

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Katedra křesťanské sociální práce

Barbora Lichnovská

STIGMA SPOJENÉ S PSYCHIATRICKÝM  
ONEMOCNĚNÍM

Bakalářská práce

**Vedoucí práce: Mgr. Hana Krylová, Ph.D.**

**Obor: Sociální politika a sociální práce**

**Zaměření: Charitativní a sociální práce**

OLOMOUC 2009

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny a literaturu jsem uvedla v závěrečném seznamu.

V Olomouci dne 9. dubna 2009

.....  
Barbora Lichnovská, DiS.

Děkuji Mgr. Hance Krylové, Ph.D. za vstřícné vedení a inspiraci při tvorbě této bakalářské práce. Stejně tak i všem ostatním, kdo se na procesu tvorby jakýmkoli způsobem podíleli.

# Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část .....	8
1    Základy psychiatrie .....	8
1.1    Duševní zdraví .....	8
1.2    Obor psychiatrie.....	9
1.2.1    Příčiny vzniku psychiatrických onemocnění .....	10
1.3    Vybraná psychiatrická onemocnění .....	11
1.3.1    Neurotické poruchy.....	13
1.3.2    Afektivní poruchy (poruchy nálad).....	16
1.3.3    Schizofrenie .....	18
1.3.4    Poruchy vyvolané alkoholem a jinými psychoaktivními látkami.....	19
2    Dopad psychiatrického onemocnění na jedince a jeho okolí.....	23
3    Stigma spojené s psychiatrickým onemocněním .....	29
4    Možnosti péče o osoby s psychiatrickým onemocněním.....	35
4.1    Druhy a možnosti péče .....	35
4.2    Sociální práce s lidmi s psychiatrickým onemocněním jako forma péče... 36	
4.2.1    Role sociálního pracovníka ve vztahu s osobou s psychiatrickým onemocněním.....	36
4.3    Hospitalizace na psychiatrickém oddělení.....	38
4.4    Komunitní péče.....	40
5    Historie vývoje psychiatrického onemocnění a péče o lidi s tímto druhem onemocnění v průběhu jednotlivých historických etap .....	41
5.1    Starověk .....	41
5.2    Středověk .....	42
5.3    Novověk.....	42
Dvacáté století až do současnosti.....	43
Praktická část .....	44
1    Předmět, cíle a realizace výzkumu .....	44
2    Průběh výzkumu .....	45
3    Metodologie .....	46

3.1	Metody zpracování dat.....	48
4	Charakteristika souboru .....	49
4.1	Výzkumný soubor.....	50
5	Výsledky výzkumu .....	52
6	Diskuse.....	57
7	Závěry výzkumu .....	60
	Souhrn.....	62
	Anotace .....	66
	Seznam použité literatury .....	67
	Seznam obrázků.....	71
	Seznam příloh .....	72

**Motto:** “Mezi námi dvěma je veliký rozdíl. Ty jsi zdravá a já jsem nemocný, jsem blázen. Ty můžeš v životě dělat co budeš chtít. Já nemůžu dělat nic.“ (slova klienta Domu sv. Vincence Olomouc, při jednom rozhovoru).

## Úvod

Ke zpracování této bakalářské práce mne motivovalo absolvování odborné praxe při studiu na Caritas-Vyšší odborné škole sociální Olomouc. Praxi jsem vykonávala v Charitním domě sv. Vincence Olomouc, což je zařízení, jehož posláním je pomoc v návratu do plnohodnotného života a trávení volného času osob s duševním onemocněním.

Díky setkání s klienty, kteří trpí psychiatrickým onemocněním a pozorování jejich potřeb, životních osudů a plánů, mne začalo zajímat, jak oni samotní vnímají svou nemoc, postavení ve společnosti, a jak nemoci duše ovlivnily jejich životy. Je pravdou, že nejcennější informace, které může člověk získat o tom, co jej zajímá jsou přímo od zdroje. Proto jsem se rozhodla i poznatky o tomto druhu onemocnění a problémech, které člověku přináší, získávat právě od lidí, kteří jím onemocněli.

Stigma je pojem, který označuje ty vlastnosti člověka, kterými se výrazně liší od jiných. V případě osob s psychiatrickým onemocněním, je to nesporně chování, které se v akutní formě onemocnění zvláště výrazným způsobem odlišuje od chování, které je v naší společnosti považováno za „normální“. Právě stigmatizace, tedy „označkování“ těchto osob jejich nemocí, jim znemožňuje návrat, či prožívání plnohodnotného života.

Pojem duševní zdraví a péče o něj je dnes již známým termínem. Na druhou stranu, duševní nemoc, zůstává společnosti stále neznámá. Vyvolává v lidech pocity strachu, obav a to nejen z jejího výskytu u své osoby, ale také z lidí, kteří jím už onemocněli. Proto se v této práci zabývám jak pojmem duševní zdraví, tak nejčtenějšími nemocemi, které nás mohou postihnout. Dostatečné informace jsou totiž významným krokem k pochopení duševní nemoci, ale také i projevů a chování osob, které jím onemocněli.

Psychiatrické onemocnění, které se vyskytne v životě jedince má velký dopad jak na něj samotného, tak na jeho rodinu a blízké okolí. Proto se popisům těchto změn v práci také věnuji. V určitých případech mohou nastat změny v oblasti právní, znatelnější a čtenější jsou potom v oblasti sociální a osobní.

Péče o osoby s onemocněním duše se v průběhu historie společnosti značně liší. Také postoj společnosti k osobám, které jím onemocněli je historicky podmíněn. Proto se zabývám otázkou pozvolné proměny péče institucionální na péči komunitní, jejíž kořeny jsou již v roce 1996.

Cílem předkládané bakalářské práce je poznat a popsat změny v životě osob s psychiatrickým onemocněním a pokusit se pomocí výzkumu naznačit, jak působí na osoby s psychiatrickým onemocněním výskyt stigmatizace ve společnosti. Pro lepší přehlednost je práce rozdělena do dvou částí. Teoretická část se věnuje psychiatrickému onemocnění od oboru, který se jím zabývá přes popis příčin vzniku a charakteristiku jednotlivých vybraných onemocnění, až k dopadům na jedince a jeho okolí a možnosti péče o ně. Důležitou součástí je potom kapitola věnovaná stigmatu psychiatrického onemocnění, jakožto společenskému problému, který je s psychiatrickou diagnózou a osobami, které jí onemocněli neodmyslitelně spjat. V praktické části je předložen výzkum, pro který byla použita metoda kvalitativní s technikou sběru dat nestrukturované interview. Výzkum byl proveden mezi osobami s psychiatrickým onemocněním s cílem pochopit a popsat, co pro nemocné znamená pojem stigma, do jaké míry se jich týká a ovlivňuje jejich životy.

Podobné téma bakalářské práce nebylo na Univerzitě Palackého, Cyrilometodějské fakultě v historii zpracováno. Při získávání informací jsem čerpala jak z odborných knih a publikací různých autorů, tak ze zdrojů internetových.

## Teoretická část

### 1 Základy psychiatrie

V první kapitole se čtenář dozví informace o pojmu duševní zdraví, jeho zakotvení a důležitosti, dále pak několik informací o oboru psychiatrie. Důležitou součástí je popis možných příčin vzniku psychiatrického onemocnění, a konečně také výčet a charakteristika jednotlivých, nejčtenějších psychiatrických diagnóz.

#### 1.1 Duševní zdraví

Pojem **zdraví** je základní kategorií medicíny. Má aspekty biologické, psychologické a sociální, které vyjadřují sepětí člověka s prostředím. Zdraví je dynamický proces. Je jedním ze základních práv každého člověka, což zdůraznila Světová deklarace zdraví v roce 1978. Zdraví je podmínkou dobré fyzické a psychické pohody a dobré kvality života. Zdravý člověk, ten, kterého netíží žádná nemoc je schopen seberealizace, umí se postarat sám o sebe, přizpůsobit se prostředí, vykonávat svoji práci a plnit sociální role. „Definice WHO z roku 1948 hodnotí zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost choroby či poruchy nebo tělesné vady.“<sup>1</sup> **Duševní zdraví** potom znamená dobrou kondici celé osobnosti. Není to jen nepřítomnost duševní poruchy. Duševně zdravý člověk se pozná tak, že má schopnost přijímat a zpracovávat informace, řešit problémy, a logicky myslet. Umí plánovat a plány uskutečňovat. Je schopný podílet se na změnách a vytvářet nové věci. Umí komunikovat a aktivně se zúčastňuje dění kolem sebe. Dobře se adaptuje na nové situace. Duševní zdraví představuje schopnost přizpůsobovat se situacím a reagovat na ně.<sup>2</sup>

Na druhé straně je **nemoc**, jako porucha funkcí těla, kterou lze posuzovat jak z objektivního hlediska, jímž je např. lékařské hodnocení jejích příznaků a projevů, určení diagnózy, tak i subjektivně prožíváním a vnímáním choroby samotným

---

<sup>1</sup> ČERNOUŠEK, M., *Historie pojmu duševní zdraví a duševní nemoc*, s. 10.

<sup>2</sup> Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 15-16.



nemocným. Postoj k vlastní nemoci je individuálně rozdílný, různí lidé často prožívají stejnou nemoc naprosto odlišným způsobem.<sup>3</sup>

Ochrana a podpora dobrého duševního zdraví jsou vysokou prioritou především Evropské unie, která v současnosti zvažuje přijetí strategie duševního zdraví. Zelená kniha - „Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii“ vydaná v říjnu 2005 uvádí, že přidaná hodnota takové strategie by spočívala ve vytvoření rámce pro výměnu a spolupráci mezi členskými státy, zúčastněnými subjekty z příslušných odvětví a výzkumnými pracovníky. Hlavními cíli strategie EU v oblasti duševního zdraví by mohly být: preventivní opatření, péče a léčba, řešení problému stigmatizace a diskriminace osob s duševními poruchami, zlepšení informovanosti a znalostí.<sup>4</sup>

## 1.2 Obor psychiatrie

**Psychiatrie** je jedním ze základních lékařských oborů. Zabývá se diagnostikou, léčbou a prevencí duševních poruch. „Předmětem a náplní oboru psychiatrie je prevence, diagnostika, terapie a rehabilitace osob s duševními poruchami. Obor psychiatrie vymezuje hranice oproti nechorobným stavům nespokojenosti, sociálního selhání, proti přirozeným reakcím na životní zátěže, extrémním názorům a postojům politickým a filosofickým. Spolupracuje s dalšími obory při psychických následcích různých chronických, somatických onemocnění, stařeckých poruchách a úpadku sil. V prevenci duševních poruch pak usiluje o dosažení a zlepšení duševního zdraví.“<sup>5</sup>

Její význam vyplývá z množství osob, které psychiatrickým onemocněním trpí. Uvádí se, že asi 50% klientely praktického lékaře jsou nemocní trpící nějakou psychiatrickou, zpravidla neurotickou poruchou. Psychiatrické nemoci jsou častou příčinou invalidizace, některé z nich představují velké riziko sebevražedného jednání a tím předčasného ukončení života.<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 76.

<sup>4</sup> Srov. *Duševní zdraví* [online], [cit. 2009-01-02], dostupné na: <[http://ec.europa.eu/health-eu/health\\_problems/mental\\_health/index\\_cs.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_cs.htm)>., aktualizace 10.12.2007.

<sup>5</sup> Tamtéž.

<sup>6</sup> Srov. Psychiatrická společnost ČZS JEP a Česká psychiatrická společnost. *Koncepce oboru psychiatrie*. [online], [cit. 2009-02-15], dostupné na: <<http://www.ceskapsychiatrie.cz/Text/obor-psychiatrie?MenuItemId=169>>.

## **Obor psychiatrie lze rozdělit na psychiatrii:**

- Obecnou,
- speciální.

### **1.2.1 Příčiny vzniku psychiatrických onemocnění**

Tento druh onemocnění a poruch je vyvolán vlivy, které je možno poznat, i vlivy, které se zatím nepodařilo prozkoumat. Jsou to příčiny **zjevné a skryté**.

#### **Příčina vzniku je známá**

Jde zejména o situaci, kdy se psychická porucha vyvine na základě organického postižení mozku. Jde např. o cévní poruchy, zvýšení krevního tlaku, dále infekční onemocnění mozku, mozkové nádory, poranění mozku a toxické poškození.

#### **Psychickou poruchu vyvolává společně více činitelů**

V tomto případě se na vzniku duševní poruchy podílejí faktory genetické, konstituční a vlivy prostředí. Jde o faktory zděděné dispozice reagovat specifickým způsobem nebo být náchylnější, méně odolný ke vzniku, té které poruchy. Hrají velkou úlohu při vzniku tzv. predispozice k určitému onemocnění, k určité psychické poruše. Mezi negativní (rizikové) vlivy prostředí počítáme perinatální poškozující vlivy, vystavení infekcím, toxinům, vliv traumat, vliv léků vyvolávajících závislost. Patří zde i negativní životní události jako zraňující události a nepříznivé sociální situace, např. neúspěchy v práci, konflikty v rodině, ztráty (úmrť, rozvod), nefunkční rodinné zázemí, nezaměstnanost, atd. Tam, kde není člověk schopen vyvinout takové psychické mechanismy, aby se vyrovnal se zátěžovou situací, se může vytvořit psychogenní porucha. Jedinec ztrácí schopnost porozumění druhým lidem a dostává se do sociální izolace.

#### **Příčina vzniku je neznámá**

Psychické poruchy, kde dosud není známa žádná specifická příčina, jež je vyvolává. Jde o psychické poruchy v užším slova smyslu. Objevují se bizarní chování,

poruchy vnímání a myšlení nebo apatická nálada obvykle bez přítomnosti nějaké choroby.<sup>7</sup>

Složitost studia příčin psychických poruch, ale i jejich diagnostiky a léčby odpovídá složitosti anatomické stavby mozku a složitosti jeho neuronových sítí tzn. propojení neuronů mezi sebou. Neurony přijímají podráždění z tisíců synapsí a zároveň vysílají podráždění k tisícům jiných neuronů. Neuronové sítě mezi sebou komunikují pomocí chemických, ale i elektrických přenosů a reagují na změny jak zevního, tak vnitřního prostředí.

V posledních letech se velká pozornost věnuje hypotéze, že velkou roli při vzniku psychických chorob hrají látky zvané neuromediátory. Jsou to látky, zajišťující mezibuněčný přenos nervového signálu (informace). Neuron uvolní svůj neurotransmitter do synaptické štěrbině a ten specificky aktivuje receptory dalších neuronů. Nerovnováha mezi neurotransmitery působí změny v lidské psychice.<sup>8</sup>

### 1.3 Vybraná psychiatrická onemocnění

Psychiatrických onemocnění a diagnóz je velké množství avšak pro tuto práci jsme vybrali pouze ty, které se nejvíce vyskytují v psychiatrických ambulancích. To dokládá přiložená statistika výskytu duševní nemoci v ČR. Dle zaměření a tématu této práce nelze popsat všechna onemocnění, ani se zabývat jednotlivými do hloubky. Dojde však k popisu těch nejdůležitějších.

#### **Rozdělení duševních poruch:**

- Organické duševní poruchy, včetně symptomatických,
- duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek,
- schizofrenie,
- poruchy nálady (afektivní poruchy),
- neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem,
- behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory,

---

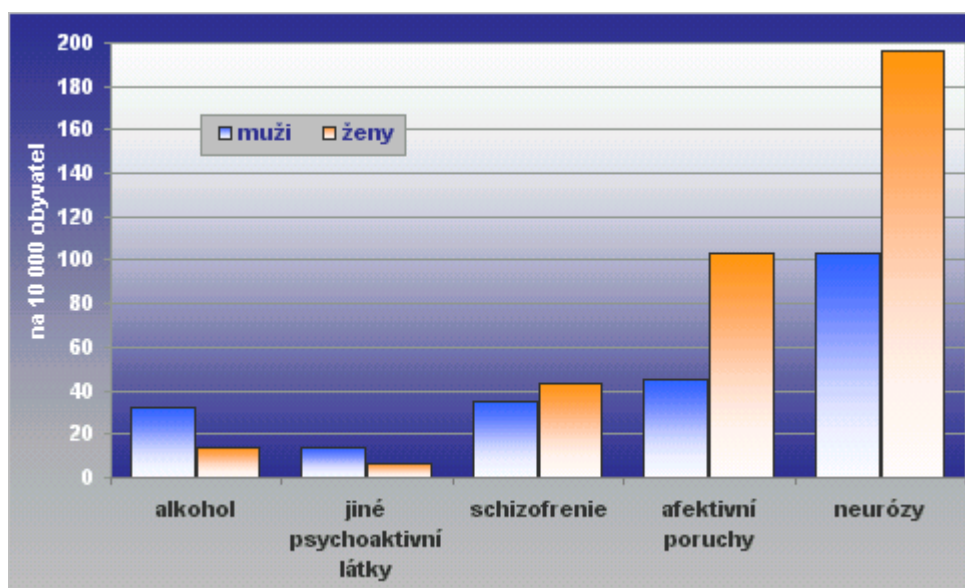
<sup>7</sup>Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, s. 15-16.

<sup>8</sup>Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, s. 17-18.

- poruchy osobnosti a chování u dospělých,
- mentální retardace,
- poruchy psychického vývoje,
- poruchy chování a emocí,
- nspecifikovaná duševní porucha.<sup>9</sup>

Podle údajů z výkazu psychiatrie, jehož prostřednictvím ÚZIS ČR sbírá agregovaná data o počtech prvních ošetření v ambulantních ordinacích psychiatra, činila v roce 2004 prevalence neurotických poruch 172 případů na 10 000 obyvatel, u schizofrenií 39 případů na 10 000 osob, u afektivních poruch to bylo 83,2. Jednalo se o jedny z nejčastěji diagnostikovaných skupin duševních onemocnění.<sup>10</sup>

Obrázek 1: Počet pacientů léčených v psychiatrických ambulancích podle pohlaví, 2002

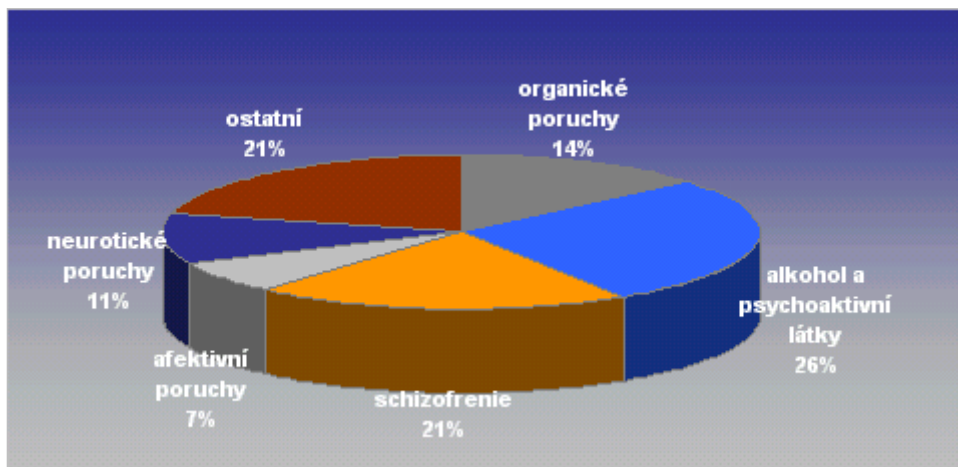


(zdroj: [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=164](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=164))

<sup>9</sup> SMOLÍK, P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 7-8.

<sup>10</sup> DAŇKOVÁ, KASALOVÁ, Š. *Co (ne) víme o duševním zdraví*. [online], [cit. 2009-02-23], dostupné na: <<http://www.ceskapsychiatrie.cz/Text/obor-psychiatrie?MenuItemId=169>>.

Obrázek 2: Počet pacientů léčených v psychiatrických léčebnách podle skupin diagnóz, 2003



(zdroj: [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=164](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=164))

### 1.3.1 Neurotické poruchy

S poruchami jež se dříve označovaly jako neurózy, se zdravotníci i psychiatři setkávají velmi často. Neurotické poruchy jsou funkčními poruchami adaptace jednak vůči prostředí, jednak vůči sobě samému. Tato špatná přizpůsobivost souvisí s výskytem opakovaných stresujících životních událostí. Při jejich překonávání se může objevit konflikt, který navozuje úzkost. Ve zvládnání těchto situací a ve vývoji takovéto poruchy hrají velkou roli také temperamentové rysy člověka, vlastnosti a genetický základ osobnosti.

„Úzkost je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu není možné přesněji definovat. Je často doprovázena vegetativními příznaky, které mohou vést po delší době k únavě nebo vyčerpání. Strach lze definovat jako emoční a fyziologickou odpověď na rozpoznatelné nebezpečí.“<sup>11</sup>

- **Fobické úzkostné poruchy**

Hlavním znakem tohoto onemocnění je nepřiměřený strach z něčeho. Jde o skupinu poruch, u nichž je úzkost vyvolávána pouze určitými, dobře definovanými situacemi nebo objekty vně pacienta, které běžně nejsou nebezpečné. Člověk s tímto druhem onemocněním, se proto takovým objektům vyhýbá, nebo je prožívá s hrůzou.

---

<sup>11</sup> SMOLÍK, P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 246.

Fobická úzkost se nedá subjektivně, ani fyziologicky rozlišit od jiných typů úzkostí a může se, co do závažnosti, pohybovat od mírného pocitu nepohody až k děsu.<sup>12</sup>

- **Specifické fobie:**

- Agorafobie – strach z otevřených prostranství, ale i velkých uzavřených prostorů. V dnešní době např. supermarkety, velká kina, metro či letadlo. Agorafobie bývá spojena s panickou poruchou, a depresivními stavy.
- Sociální fobie – přehnaný strach ze znemožnění se v kontaktech s lidmi a ve společenských situacích (dotyčný přílišně zčervená, potí se, má sevřené hrdlo). Příznaky úzkosti vedou k nepříjemným emočním pocitům, k obavám z pozorování a negativního hodnocení ze strany okolí. Může vést k sociální izolaci a v extrémních případech až k sebevraždě.
- Izolované fobie – vyznačují se strachem z určité věci, jako např. strach z pavouků, hadů, vody, hmyzu.<sup>13</sup>

- **Jiné úzkostné poruchy**

- Panická porucha – je typická periodicky se opakující masivní úzkost, vznikající náhle, bez objektivního nebezpečí. Panika má náhlý začátek s několikaminutovým trváním. Stav je provázen nesnesitelným strachem, že člověk zešílí, či ztratí nad sebou kontrolu.
- Generalizovaná úzkostná porucha – zahrnuje trvalé, nadměrné obavy, úzkosti a zlé předtuchy obecného charakteru z každodenních životních událostí. Lidé s tímto onemocněním žijí v neustálém úzkostném napětí a očekávání.<sup>14</sup>

- **Obsedantně – kompulzivní porucha**

Tato porucha se vyznačuje neodbytnými vtírajícími se myšlenkami, představami (obsesemi), nebo akty (kompulsemi). Obsese zahrnují strachy ze špíny, nákazy, z poškození, ze ztráty. Kompulze snižují úzkost, kterou obsese vyvolaly. Časté jsou celé

---

<sup>12</sup>Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., a kol., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 80.

<sup>13</sup>MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 260-261.

<sup>14</sup>Tamtéž, s. 261-262.

kompulzivní rituály (např. 3x přešlápnout, 10x vyfouknout špatnou myšlenku, nebo 50x si umýt ruce), které podle víry takto nemocného člověka představují zabránění budoucí „katastrofě“. Jde o chronické onemocnění postihující jak osobní, tak profesní život klienta. Ti si uvědomují nesmyslnost svého nutkavého chování a myšlení, snaží se mu odporovat, avšak pociťují velké napětí a úzkost, které vymizí po provedení rituálu. Avšak poté se znovu úzkost objeví.<sup>15</sup>

### **Průběh neurotických poruch a jejich vliv na jedince:**

K rozvoji těchto poruch dochází obvykle pozvolna, jednotlivé příznaky postupně nabývají na intenzitě, nebo se objevují další. Některé potíže se mohou objevit již v dětském věku a přetrvávají pak až do dospělosti. Jiné se rozvíjí až v adolescenci, či v mladé dospělosti a po 40. roku věku už většinou nevznikají. První problémy se objevují při setkání s velkou psychickou zátěží, na níž člověk reaguje nepřiměřenou úzkostí. Podobná reakce se pak opakuje vždy, dostane-li se člověk do podobné situace.<sup>16</sup>

Všechny úzkostné poruchy mají velké sociální následky a nemocné trvale zatěžují, omezují jejich výkonnost, sociální kontakty a snižují kvalitu života jedince. Projevy takto nemocných lidí mohou být nápadné a nepříjemně zatěžující pro ostatní lidi v jejich blízkosti. Z těchto důvodů dochází i ke skrývání nemoci na jejím počátku.<sup>17</sup>

Léčba neurotických a úzkostných poruch je kombinovaná. Zahrnuje jak léčbu farmakologickou, která je zaměřena na redukci úzkostných stavů, tak psychoterapii, socioterapii a terapeutickou práci s rodinou.<sup>18</sup> Přínosná je také hypnóza s doplňkem různých relaxačních technik.<sup>19</sup>

---

<sup>15</sup> Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, s. 70.

<sup>16</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 414.

<sup>17</sup> Tamtéž, s. 415.

<sup>18</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 422-423.

<sup>19</sup> Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, s. 69-70.

### 1.3.2 Afektivní poruchy (poruchy nálad)

Afektivní poruchy mohou mít různý průběh. Nemocný může trpět jen jedním typem afektivní poruchy, což je nejčastěji deprese, nebo se střídavě objevuje jak deprese, tak mánie. Různá je i délka trvání, nebo opakování atak takové nálady.<sup>20</sup>

- **Deprese**

„Deprese je chorobný stav projevující se depresivními rysy. Podle intenzity a množství příznaků můžeme depresi specifikovat jako lehkou, středně těžkou nebo těžkou.“<sup>21</sup> Deprese se může vyskytnout v kterémkoli věku, nejčastěji však začíná kolem 40. roku. Někdy navazuje na závažnější psychickou zátěž, jindy vznikají bez zjištěné příčiny.<sup>22</sup>

„Smutek a depresivní reakce jsou v životě každého člověka natolik běžnou zkušeností, že mají svoji pevnou „společenskou“ normu“. Sociální okolí má tendence smutek konejšit nebo s ním vyjadřovat nesouhlas. Nemocný je podroben tlaku „aby se vzchopil“, „nemyslel na to“, „odpočinul si“. Toho však, protože jde o nemoc, není schopen. Dobře míněné jednoduché rady mohou potom prohlubovat depresi prostě tím, že nemocný si uvědomuje, že není schopen se jimi řídit a udělat okolí radost.“<sup>23</sup>

To, že jsou smutek a deprese tolerovány a utišovány, může být příčinou, že se zdravotníci s takto postiženým nemocným setkávají dost pozdě, někdy až po agresivním činu. Často až tehdy, když nemocný svoji pozici vůči životu vysvětluje např. bludem. Z hlediska přístupu k člověku lze depresi dělit na exogenní, depresi pochopitelnou a nepochopitelnou „psychotickou“, endogenní. Ta začíná v normě, avšak končí ve stádiu, kdy je nemocný do deprese nepochopitelně vtažen.<sup>24</sup>

#### **Projevy deprese**

- „Zřetelná ztráta zájmu nebo potěšení při aktivitách, které jsou normálně pro člověka příjemné,
- nedostatek emočních reakcí na události nebo aktivity, které normálně vyvolávají emoční odpověď,

---

<sup>20</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 387

<sup>21</sup> SMOLÍK, P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 219.

<sup>22</sup> Tamtéž, s. 231.

<sup>23</sup> Srov. STYX, P., *O psychiatrii, jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*, s.112.

<sup>24</sup> Srov. STYX, P., *O psychiatrii, jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*, s.113.



- ranní probouzení trvající dvě nebo více hodin před obvyklou dobou,
- deprese bývá těžší po ránu,
- výrazná ztráta chuti k jídlu,
- zřetelná ztráta libida.<sup>25</sup>

## • **Mánie**

Mánie je onemocnění popisováno jako „porucha nálady“, projevující se překotným myšlením, neodůvodnitelnou podnikavostí, optimismem, elánem a veselím. Manický nemocný projevuje sklon chovat se podle okamžitých nápadů nebo nahodilých vlivů. Neuspořádaně a neúčelně. Není schopen předvídat průběh a výsledky vlastní činnosti s ohledem na vzdálenější budoucnost.<sup>26</sup>

Mánie zasahuje myšlení, rozhodování, chování a náladu způsobem, který vede k vážným problémům a ostudám, ale který jeho nositeli v dané chvíli nevadí, naopak je s ním velmi spokojený. Může to být utrácení peněz, ukvapená pracovní a společenská rozhodnutí, sexuální dobrodružství atd. Všechny tyto projevy jsou pro okolí a především blízké okolí nemocného velmi nepříjemné a obtížně zvládnutelné.<sup>27</sup>

## • **Bipolární afektivní porucha**

Dříve zvaná maniodepresivní psychóza, je onemocnění, kde se střídají depresivní epizody s manickými. Mohou končit remisí nebo mohou přejít do opačného pólu (deprese do mánie nebo naopak), avšak toto střídání je obvykle nepravidelné. Často se později, po depresivních epizodách, vyskytne jen několik manických fází během života. Pokud dochází k opakování manických epizod, obvykle se zkracuje období remise a objevuje se rychlé střídání deprese a mánie. Jde o závažné celoživotní onemocnění.

Terapie se skládá z léčby akutního stavu, na kterou navazuje léčba stabilizační, přecházející v léčbu udržovací. Obecně má splňovat zásady co nejméně omezující klienta. Zvážení nutnosti hospitalizace musí být provedeno vždy, když jsou přítomny aktivní suicidální (sebevražedné) tendence. Převažuje léčba antidepresivy.<sup>28</sup>

---

<sup>25</sup> SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 221.

<sup>26</sup> Srov. STYX, P., *O psychiatrii, jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*, s. 124.

<sup>27</sup> Srov. PRAŠKO, J., *Co je to deprese a jak se léčí*, s. 7.

<sup>28</sup> Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, s. 65.

## **Průběh afektivních poruch a jejich vliv na jedince:**

Poruchy nálad, ať už se jedná o depresivní, či manické projevy působí sociálně rušivě. Laické veřejnosti se nemusejí jevit natolik chorobně, jako např. schizofrenie, jelikož její příznaky nejsou navenek tolik zřetelné, avšak díky tomu může dojít k tzv. bagatelizaci tohoto onemocnění. Ze sociálního hlediska je přijatelnější deprese než mánie. Deprese je sice pro ostatní členy např. rodiny zatěžující, ale nevede tak často k vyřazení nemocného z rodinného společenství. Manické projevy se jeví jako rušivější.<sup>29</sup> Afektivní poruchy jsou léčitelné, i když mnohdy po určité době dojde k obnovení chorobného procesu. Léčba musí být komplexní, to znamená, že musí zahrnovat jak psychofarmaka, tak psychoterapii. Důležitou součástí je také socioterapie.<sup>30</sup>

### **1.3.3 Schizofrenie**

Termín schizofrenie lze přeložit jako „rozštěp mysli“. Přibližně 1% populace trpí schizofrenií a je jednou z nejzávažnějších duševních poruch. Ničí intelektový, osobnostní, emoční i sociální život jedince. Vede ke ztrátě kontaktu s realitou, k narušení vztahu k sobě samému a k vnějšmu světu.

Člověk nemocný schizofrenií v akutní fázi se často projevuje nepřiměřeně, nápadně a nepředvídatelně. Má nesrozumitelnou a podivnou řeč, trpí halucinacemi a bludy a projevuje se podivnými pohyby a neobvyklými činnostmi. Pro psychiatra je člověk s takovýmto chováním a jednáním nemocný s pozitivními psychotickými příznaky. Daleko méně zřejmé jsou příznaky negativní, jako oploštění emocí, neschopnost radovat se, úbytek vůle, nedostatečné porozumění a sociální izolace. Pozitivní příznaky také rychleji ustupují po léčbě neuroleptiky, kdežto negativní jsou hůře ovlivnitelné.

U pacientů s těžkou formou schizofrenie dochází k odcizení a změně ke všem emočně blízkým osobám, ke ztrátě schopnosti fungovat v zaměstnání, v běžném životě. Objevuje se rozpad osobnosti a pacienti se stávají trvale invalidními. Avšak asi 20% pacientů má velmi dobrou prognózu. Prodělá za život pouze jednu epizodu onemocnění

---

<sup>29</sup> Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, s. 392

<sup>30</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 395.

bez jakýchkoliv následků. Přibližně třetina pacientů je postižena několika epizodami. Poslední třetina má opakující se epizody, vedoucí k devastaci jak psychických, tak sociálních funkcí.<sup>31</sup>

### **Průběh a formy onemocnění**

Člověk se schizofrenií většinou není schopen od začátku onemocnění vykonávat své zaměstnání, interpersonální vztahy jsou narušeny nebo se výrazně zhoršila schopnost starat se sám o sebe. Když je začátek onemocnění časný, např. v dětství a adolescenci, pacient nedosáhne předpokládané úrovně mezilidských vztahů, základního nebo akademického vzdělání nebo adekvátního zaměstnání.<sup>32</sup>

### **Základní formy schizofrenie jsou:**

- Paranoidní - nejčastěji se vyskytující, obsahující bludy a halucinace,
- schizofrenie hebefrenní - připomíná vystupňované klackovité chování v adolescenci, s nesmyslným šklebením, grimasováním a chichotáním, připojeny jsou také poruchy myšlení,
- katatonní schizofrenie – je charakteristická funkčními poruchami motoriky,
- simplexní schizofrenie – nejnápadnější je změna osobnosti, pokles výkonnosti až ztráta zájmů, nečinnost, otupělost a ochuzené myšlení.<sup>33</sup>

Základem v léčbě schizofrenie jsou neuroleptika. V poslední době jsou pro lidi se schizofrenií nejšetnější vysoce účinné atypické neuroleptika. Velmi důležitá je také psychoterapie a socioterapie.<sup>34</sup>

### **1.3.4 Poruchy vyvolané alkoholem a jinými psychoaktivními látkami**

Za psychoaktivní látku považujeme každou látku, která ovlivňuje psychickou činnost. Některé z nich vyvolávají závislost, ke které dochází po různě dlouhém

---

<sup>31</sup>Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, s. 58.

<sup>32</sup>Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, s. 59.

<sup>33</sup>Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese* s. 60.

<sup>34</sup> Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese* s. 61.

zneužívání. Závislost na alkoholu se rozvíjí po mnohaletém zneužívání, k heroinové závislosti dojde během několika týdnů.<sup>35</sup>

#### **Důsledky užívání psychoaktivních látek:**

- Akutní intoxikace – což je přechodná změna fyziologických i psychických funkcí, která může mít až charakter poruchy,
- zneužívání (abúzus) – psychické nebo somatické změny, resp. poškození, která vznikají v důsledku obvykle dlouhodobého užívání této látky,
- závislost – na užívání psychoaktivní látky. Závislost je onemocněním, které postupně vede k narušení tělesných, psychických i sociálních funkcí.<sup>36</sup>

#### **Lze rozlišovat závislost:**

- Fyzickou – rozvoj nepříjemných tělesných příznaků (např. třesu, pocení..) po vysazení nebo prudkém snížení pravidelné dávky návykové látky,
- psychickou – znamená touhu po opětovném navození příjemných duševních stavů.<sup>37</sup>

#### **Poruchy vyvolané požíváním alkoholu**

Alkohol je v našich krajích nejčastěji, legálně, užívanou psychoaktivní látkou. Škodlivé užívání může vést v průběhu let k předčasnému rozvoji aterosklerózy s komplikacemi jako srdeční infarkt, nebo cévní mozková příhoda, dále jaterní cirhóze, poruchám pankreatu, ledvin a mnohé další. V průběhu rozvíjející se závislosti se tolerance k alkoholu zvyšuje, což znamená, že k dosažení požadovaného účinku je potřeba dávky zvyšovat. Jako typický odvykací syndrom se objevuje delirium tremens, který lze charakterizovat jako psychotický stav s kvalitativní poruchou vědomí, třesem, pocením, psychomotorickým neklidem, úzkostí, halucinacemi a iluzemi.<sup>38</sup>

#### **Psychické a somatické poruchy, podmíněné dlouhodobým zneužíváním alkoholu**

- Alkoholový abstinenční syndrom – vzniká jako reakce na snížení či vynechání potřebné dávky. Závislý jedinec reaguje úzkostí, neklidem, depresivní nebo

---

<sup>35</sup> Srov. SMOLÍK, P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 130-131.

<sup>36</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 556.

<sup>37</sup> Tamtéž, s. 51.

<sup>38</sup> Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, s. 52-53.

podrážděnou náladou, třesem a bolestí hlavy. Abstinenční syndrom je příznakem existující metabolické závislosti na alkoholu.

- Alkoholový abstinenční syndrom s deliriem – je bouřlivější reakcí závislého člověka, který nemá dostatek potřebné látky. Reakce bývá velmi silná s třesem, pocením, tachykardií a někdy záchvaty křečí. Mohou se objevit i poruchy vědomí, bludy a halucinace. Delirium tremens může končit až smrtí. Může trvat kolem 72 hodin.
- Alkoholová psychóza, halucinóza – vzniká jako reakce na snížení dávky alkoholu. Častými příznaky bývají nepříjemné sluchové halucinace, hlasy jiných lidí, kteří diskutují o postiženém, nemocný mívá i děsivé sny.
- Amnestické alkoholové poruchy a demence – dlouhodobé zneužívání alkoholu často vede k poškození CNS. To se může projevovat poruchou paměti a postupným úpadkem inteligence. Do takové kategorie patří Korsakovův syndrom, který je charakteristický celkovou otupělostí, apatií, úpadkem paměti.<sup>39</sup>

### **Poruchy vyvolané zneužívání nealkoholových drog**

„Závislost na psychoaktivních látkách a jejich zneužívání mění psychické projevy a v souhrnu celou osobnost takového jedince. Dlouhodobé užívání psychoaktivních látek může vést až ke vzniku tzv. organického psychosyndromu, tj. psychických změn, které jsou vyvolány poškozením mozku.“<sup>40</sup> Poruchy vznikají v důsledku užívání různých psychoaktivních látek jako (opioidy, kanabinoidy, sedativa a hypnotika, kokain, stimulantia včetně kofeinu, halucinogeny, tabák, organická rozpouštědla).<sup>41</sup>

- Poruchy psychotického charakteru – vznikají jako reakce organismu na nadužívání některých psychoaktivních látek (např. stimulantů). Jejich typickými projevy jsou zejména poruchy vnímání, halucinace, bludy, narušení citového prožívání, apod.
- Amnestická porucha – se projevuje zhoršením paměti a výskytem demence (např. u organických rozpouštědel).
- Psychické reminiscence – jsou spontánní návraty halucinací, iluzí. Vracejí se takové stavy, které závislý prožíval, když drogu užíval.<sup>42</sup>

---

<sup>39</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 559-560.

<sup>40</sup> Tamtéž. s. 564.

<sup>41</sup> Srov. SMOLÍK, P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 132-145.

<sup>42</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 569.

### **Vliv dlouhodobého zneužívání psychoaktivních látek:**

Závislost na alkoholu má jiné dopady, než závislost na drogách. Důvodem může být také postoj společnosti a různé charakteristiky obou skupin. V naší společnosti je tolerance vůči alkoholu poměrně velká a drobnější výkyvy nejsou považovány za závažné. Alkohol představuje pro společnost menší hrozbu, než drogová závislost. I přes to, lidé označováni jako alkoholici nejsou často schopni plnit základní sociální požadavky. Role alkoholika má nízký sociální status a tito lidé mohou být odmítáni, odsuzováni, opovrhováni. Závislost na alkoholu a s tím spojené problémy představují velkou zátěž zejména pro rodinu. A to jak po stránce materiální, tak po stránce sociální a psychické.<sup>43</sup>

Ke konzumentům nealkoholových drog je postoj společnosti odmítavější a stigmatizující. S tím je spojena i nedůvěra v možnost nápravy a tendence drogově závislé sociálně izolovat. Člověk užívající drogy velmi rychle získává nálepku narkomana a bývá z hlediska společnosti nepřijatelný. To přispívá k identifikaci těchto osob s drogovou subkulturou a k přijetí jejích norem a hodnot. Bývá to často jediná skupina, která je neodmítá. Závislost na psychoaktivních látkách má své sociální důsledky, které vyplývají z psychických změn a odlišného chování těchto osob. Velký vliv má potom závislost na rodinu závislého.<sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 569.

<sup>44</sup> Tamtéž. s. 569-570.

## **2 Dopad psychiatrického onemocnění na jedince a jeho okolí**

Psychiatrické onemocnění znamená pro člověka změnu nejen v jeho zdravotním stavu, osobním a společenském životě, ale i jeho právní postavení ve společnosti se může změnit. Tyto změny stojí za povšimnutí. Zejména je potřeba charakterizovat možné dopady na život a psychiku jedince.

### **Individuální dopady**

Odhaduje se, že v časovém rozmezí jednoho roku trpí alespoň jednou z duševních poruch 27% dospělých Evropanů. Duševní nemoci ovlivňují jednoho ze 4 občanů a při nedostatečně kvalitním systému péče mohou vést k sebevraždám. Duševní nemoci mají dopad na jedince, jako individualitu, na jeho život, jak rodinný, tak pracovní.

### **Sociální dopady**

Duševní nemoci způsobují značné ztráty hospodářskému, sociálnímu, vzdělávacímu jakož i trestnímu a soudnímu systému a jsou pro tyto systémy zátěží. Stále existuje stigmatizace, diskriminace, nedodržování lidských práv a nerespektování důstojnosti duševně nemocných osob. Sociální život osob s duševním onemocněním je ohrožen zejména v oblasti vztahů, kdy může docházet ke snížení možnosti jejich navazování a tím často k izolaci.

### **Ekonomické dopady**

Náklady související s duševními nemocemi činí zhruba 3-4% HDP. Nejčastější příčinou je odchod do důchodu a invalidního důchodu. Kvalitní služby a péče může snížit dobu hospitalizace a uvolnit hospodářské zdroje na jiné účely.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> Srov. ŠUPA, J., Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“ [online], [cit. 2008-12-13], dostupné na: < [www.kpss.brno.cz/download/osp/1197449363.doc](http://www.kpss.brno.cz/download/osp/1197449363.doc)>.

## 2.1 Dopady psychiatrického onemocnění na jedince

Psychiatrické onemocnění má vliv na člověka, který jím onemocněl již od samého počátku, i když v této fázi to mnohdy ani jako nemoc nemusí vypadat. Objevují se různé nespecifické příznaky, které se mohou vyskytovat i za jiných okolností, což je úzkost, únava, podrážděnost, atd. Jelikož se jedná o změněnou situaci, člověk se jí začíná bát, ztrácí jistotu ve svou osobu i v okolní svět a často se uzavírá do sebe. Ke změnám dochází i v rodinném životě, což nemocné může velmi zasáhnout. Atmosféra v rodině začíná být z důvodu postupující nemoci neúnosná, a rodinní členové si ani nemusí uvědomit, že se jedná o příznaky nějaké nemoci.<sup>46</sup>

Když se nemocní odhodlají a vyhledají pomoc, nastává řada změn, které provázejí člověka, který takto onemocní. Začíná se měnit status člověka ze zdravého na nemocného. Od této doby musí psychiatricky nemocní navštěvovat pravidelně lékaře, užívat doporučení a léky a někdy v akutní fázi onemocnění je nemocnému doporučena hospitalizace na psychiatrickém oddělení. S tím přichází často změna, jak ve volném čase a dosavadním životě člověka, tak v životě pracovním. Trvalý pracovní poměr bývá buď přerušen, nebo úplně zrušen podle závažnosti onemocnění a druhu diagnózy. Po dlouhodobé hospitalizaci může dojít k problému v oblasti bydlení. Nejvhodnějším řešením je návrat do původního bydliště k rodině. Mohou však nastat situace, kdy nemocný buď bydlel sám, nebo se o něj rodina nemůže postarat. Je proto nutné zajistit náhradní variantu bydlení. Také návrat do pracovního procesu nebývá jednoduchý. Někdy se mohou lidé po odeznění akutní fáze onemocnění vrátit zpět do svého zaměstnání, nebo se snažit hledat nové. To však závisí na zdravotním stavu takového člověka. Dlouhodobě psychiatricky nemocní lidé však bývají často plně invalidní. To sebou nese další změny a dopady po stránce ekonomické, kdy se mění původní životní standard jedince.<sup>47</sup>

---

<sup>46</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 354-355.

<sup>47</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 88-90.



## 2.2 Dopad psychiatrického onemocnění na rodinu nemocného člena

Změny, které nastávají po diagnostikování psychiatrického onemocnění se netýkají jen člověka, který onemocněl. Člověk je bytostí společenskou a je zvyklý být obkloповán lidmi, kteří jej mají rádi, se kterými je mu dobře. Takto bychom mohli charakterizovat též rodinu. Právě v rodině se může po zjištění psychiatrického onemocnění u jednoho z členů objevit řada změn, problémů a těžkostí. Ty je potřeba řešit, aby nedošlo například k rozpadu, narušení stability rodiny. Ta je pro nemocného člověka velice důležitá.

„Krise, která je dána onemocněním jedince, vždy naruší dosavadní rovnováhu celého rodinného systému a zároveň může otevřít všechny neřešené či skryté problémy, jež rodina má. Nemocný je sice pouze jeden člen rodiny, ale krize, již jeho choroba vyvolala, zasáhne všechny.“<sup>48</sup> Proto je důležité, aby se na řešení celé situace podílela rodina jako jeden systém. Během vzniklého problému, např. po diagnostikování jednoho člena rodiny se v rodině vytváří řada obranných mechanismů, které mohou být emoční, agresivní chování nebo stažení se. Rodina s nemocným členem má potom tendence k odstupu od vnějšího světa a potýká se s problémy s okolím.<sup>49</sup>

Pochopení projevů člena rodiny s psychiatrickou diagnózou může být pro rodinu velmi obtížné. I když se projevy nemocného odvíjí od druhu onemocnění, rodině se mohou jevit jako nespecifické a spatřují před sebou náhle jiného člověka. Postoje a chování rodinných příslušníků se mohou změnit potom, co je nemocný vyšetřen a rodina se dozví, jakou chorobou vlastně trpí. Potvrzení duševní nemoci, však často působí jako zátěž, rodina je frustrovaná a s nově vzniklou situací se musí vyrovnat. To však může trvat i velmi dlouho a někdy dochází k vytvoření odstupu od nemocného a k jeho izolaci. V chování zdravých členů rodiny se mohou projevovat tendence k popírání nepříjemné reality, či k tabuizaci tohoto problému. O nemocném členu rodiny se pak nemluví buď vůbec, nebo jen tehdy, když není přítomen.<sup>50</sup> „Rodina se potýká také se stigmatizací, což má dopad nejen na nemocného člena, ale i na rodinu jako celek. Častou příčinou pak bývá dlouhé váhání, než vezme rodina na vědomí, že jejich člen je duševně nemocný. Duševní porucha vrhá špatné světlo i na ostatní

---

<sup>48</sup> VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 357-358.

<sup>49</sup> Srov. STYX, P., *Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*, s. 163.

<sup>50</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 357.

příslušníky rodiny a v tom se rodina bohužel nemýlí.“<sup>51</sup> Dále psychiatrické onemocnění přináší pacientovým blízkým řadu emočních i praktických problémů. Některé problémy vznikají v důsledku nedorozumění. Tím nejčastějším je skálopevné utvrzování a přesvědčování mnoha rodičů, že onemocnění svého potomka způsobili špatnou výchovou. Tento názor vnikl již z psychoanalytických teorií z počátku 20. století. Tyto teorie hledaly klíč k vysvětlení psychiatrických poruch v určitých konfliktech, které mohou nastat a dějí se přímo v rodině. Jelikož však šel vývoj ve zjišťování příčin vzniku velmi pomalu kupředu, trvalo mnoho let, než se dokázalo, že „špatná“ výchova, nezpůsobuje tento druh onemocnění. Tento vývoj však zavinil, že několik generací rodičů, prožilo stresující chvíle s myšlenkou, že za vše mohou oni. Takový rodičovský pocit viny komplikuje život nejen rodiči, ale i nemocnému, tedy rodinnému příslušníkovi. Rodič s pocitem viny má větší tendence svého potomka pozorovat, vměšovat se do jeho každodenního života, více jej ochraňovat a více se obětovat za každou cenu. To v nemocném vyvolává chronický stres, který je pro průběh jeho nemoci velice škodlivý.<sup>52</sup>

Obrázek 3: Vliv stresu na člověka s psychiatrickým onemocněním



(zdroj: [http://www.lecimesespsychozou.cz/kapitola.php?02\\_projevy duševních poruch](http://www.lecimesespsychozou.cz/kapitola.php?02_projevy_dusevnych_poruch))

---

<sup>51</sup> HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. s. 85.

<sup>52</sup> Srov. *Projevy duševních poruch* [online], [cit. 2008-11-03], dostupné na: <[http://www.lecimesespsychozou.cz/kapitola.php?02\\_projevy](http://www.lecimesespsychozou.cz/kapitola.php?02_projevy)>.

Křehký psychický terén znamená, že velmi často musí rodinní příslušníci slevit z nároků na nemocného a nepřetěžovat jej úkoly, které nemůže splnit. Často, problém nastává po odeznění akutních příznaků nemoci. Všichni si přejí brzký návrat nemocného do školy, či do zaměstnání. Avšak je potřeba dopřát nemocnému dostatečnou rekonvalescenci a klid, který opravdu potřebuje.<sup>53</sup>

Stresem se potom rozumí dlouhodobě a chronicky působící nepříznivá situace, jako je život v chaotickém rodinném prostředí, nadměrná zátěž v práci nebo ve škole, také však nepřátelský postoj společnosti k člověku s psychiatrickou diagnózou. V důsledku těchto nepříznivých vlivů, se mohou nemocnému příznaky nemoci zhoršit, či nastat tzv. relaps nemoci. Možností jak se takovému druhu stresu vyhýbat, či se jej vyvarovat existuje celá řada. Blízcí nemocného často volí špatnou cestu v komunikaci. Přehnaně se snaží s nemocným komunikovat, vyptávat se a kritizovat jej. Zde je několik rad, jak se zhoršení příznaků, či dokonce relapsu nemoci vyhnout.<sup>54</sup>

#### **Nedoporučuje se:**

- hodně mluvit,
- málo se na nemocného dívat,
- rušivě zasahovat do komunikace,
- šeptat,
- často vtipkovat,
- myslet si, že projevy nemoci lze ovlivnit vůlí,
- vymlouvat bludy,
- myslet si, že to nemocný dělá naschvál,
- přetěžovat nemocného emočními výlevy.

#### **Doporučuje se:**

- méně mluvit,
- používat krátké věty,
- soustředěně poslouchat, chválit.<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> Srov. *Projevy duševních poruch [online]*, [cit. 2008-11-03], dostupné na: [http://www.lecimesespsychozou.cz/kapitola.php?02\\_projevy](http://www.lecimesespsychozou.cz/kapitola.php?02_projevy).

<sup>54</sup> Tamtéž.

<sup>55</sup> Tamtéž.

## 2.3 Duševní poruchy, které mohou vést k omezení způsobilosti k právním úkonům

„Jsou to převážně duševní poruchy, jež postihují jen některé složky osobnosti a jednání nemocného, které ovlivňují zejména jeho způsobilost nakládat s jeho majetkem i příjmem. Jde většinou o osoby s paranoiou, či psychózou a zejména kverulační aktivity v pracovněprávní oblasti ztěžují možnost obživy vlastní či obživy rodiny.“<sup>56</sup>

Osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům nemůže v podstatě činit žádné právní úkony. Ty za něj činí opatrovník. Taková osoba nemá aktivní ani pasivní volební právo, rodičovská práva, nemůže držet zbraň a nosit střelivo, nemá oprávnění k řízení motorového vozidla, nemůže být osvojitelem.<sup>57</sup>

„Posuzování způsobilosti k právním úkonům se v tomto případě týká zletilých osob ztížených duševní poruchou. U nich přichází v úvahu buď zbavení způsobilosti k právním úkonům, nebo její omezení. Institut zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům sleduje ochranu osob ztížených duševní poruchou, zejména ochranu jejich majetkových práv. Zároveň též určitou ochranu společnosti.“<sup>58</sup>

Tyto dvě role, jako je manželství a rodičovství jsou v životě člověka natolik důležité, že jejich omezení, či vůbec neumožnění je pro nás velmi zásadní.

Zákon č. 234/1992 Sb. (zákon o rodině, kterým se mění a doplňuje zák. č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění zák. č. 132/1982 Sb.) uvádí že: „Manželství nemůže uzavřít občan ztížený duševní poruchou, která by měla za následek omezení způsobilosti k právním úkonům. Soud může uzavření takového manželství povolit, je-li zdravotní stav občana slučitelný se společenským účelem manželství. Uzavře-li manželství občan ztížený duševní poruchou bez povolení soudu, vysloví soud neplatnost tohoto manželství na návrh kteréhokoliv z manželů.“<sup>59</sup>

---

<sup>56</sup> BAŠTECKÝ, J., *Posuzování způsobilosti k právním úkonům ve světle nových ustanovení Nejvyššího soudu ČR*, s. 26-37.

<sup>57</sup> Srov. Zákon č. 234/1992 Sb., zákon o rodině, kterým se mění a doplňuje zák. č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění zák. č. 132/1982 Sb.

<sup>58</sup> BAŠTECKÝ, J., *Posuzování způsobilosti k právním úkonům ve světle nových ustanovení Nejvyššího soudu ČR*, s. 26-37.

<sup>59</sup> Zákon č. 234/1992 Sb., zákon o rodině, kterým se mění a doplňuje zák. č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění zák. č. 132/1982 Sb.

### 3 Stigma spojené s psychiatrickým onemocněním

Jelikož je pojem stigma stěžejní součástí této bakalářské práce, je následující kapitola věnována jak původu tohoto slova, tak jeho významu v kontextu dnešní společnosti.

#### 3.1 Pojem stigma

Slovo **stigma** je odvozeno z řečtiny a vystihuje výraz „vypálené znamení“. Plinius užil výrazu stigma pro člověka, který je podezírán ze zločinu, a je tímto vypáleným znaméním označen.<sup>60</sup>

„**Stigmatizace** je definována jako označování a vyobcování lidí ze společnosti, protože jsou duševně nemocní. Vylučování se netýká jen duševně nemocných, ale také jejich rodin a dokonce i profesionálů, kteří se o nemocné starají.“<sup>61</sup>

Stigma duševní nemoci je označení pro ty vlastnosti, které nápadně odlišují psychiatrické pacienty od ostatních lidí. Je založeno na stereotypu duševně nemocného a jeho zdrojem jsou obavy lidí z duševní nemoci. Stigma vede k diskriminaci a k izolaci duševně nemocných. Vytváří pokřivený obraz psychiatrických pacientů i duševní nemoci a snižuje naději na jejich rehabilitaci. Informovanost o problematice duševní nemoci a důraz na kvalitu života dává naději na pokrok v odstranění diskriminace duševně nemocných spojené se stigmatem.

Součástí snahy omezit vliv stigmatu je i důsledné rozlišování mezi nemocí a osobností nemocného. Pacient je vždy osobnost, kterou je třeba poznat, a onemocněl chorobou, kterou je třeba vyšetřit. Stigma spojené s diagnózou se zdá menší, pokud nemocní nejsou hromadně zahrnuti do jednoho zjednodušujícího označení. „Schizofrenik“, „neurotik“, bojují s předsudkem nebo hromadným soudem více než nemocný s depresí. To vede k tomu, že se dnes dává přednost obrátům jako „nemocný schizofrenií“ nebo „pacient trpící obsedantně-kompulzivní poruchou“.<sup>62</sup>

---

<sup>60</sup>HINTERHUBER, H. *Stigma schizofrenie: snaha o jeho překonání*. Psychiatrie, 5: 216, s.220.

<sup>61</sup> Tamtéž, s. 217.

<sup>62</sup> Srov. LIBIGER, J. Stigma duševního onemocnění [online], [cit. 2009-01-23], dostupné na: < <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/08libige.htm>>.

Stigma a pověry o duševně nemocných přetrvávají ještě dnes. Lidem s psychickými potížemi se často stane, že se od nich společnost distancuje, vyřazovací tendence jsou silné. Duševní nemoc se projevuje jinak, než tělesná nemoc. Ve většině případů je tělesná nemoc porucha nějakého orgánu, srozumitelná a dobře ohraničená. U duševně nemocného je takové ohraničení méně zřetelné. Chování duševně nemocného se může jevit jako vystupňování stavů, které známe z běžného života, ale umíme je přemáhat. Všichni někdy prožívají smutek, ztrácejí chuť k jídlu, málo spí a jsou smutní. Překonají to však. Nemocný budí dojem, že je slabý na to, aby dokázal svůj stav překonat. Díky nedostatku informací o duševních nemocech, jejich průběhu a léčení, se získaná představa nemůže konfrontovat s racionálními argumenty. Naopak živnou půdou pro zjednodušenou představu, že nemocný je divný, nevypočitatelný, slabý a líný je posilována naším přirozeným strachem z toho co neznáme, spolu s věky předávanými mýty o duševní nemoci.<sup>63</sup>

### 3.2 Pojem „blázen“

„Blázen je obecné pojmenování člověka duševně chorého. Synonyma jsou zádumčivec, potřeštěnec, zběsilec, zuřivec, blouznivec, hloubavec, pomatenec, šílenec, bloud, bláhovec.“<sup>64</sup>

Pokud se budeme chvíli zabývat tím, o kom všem se vykládá, že je „blázen“, myslím si, že budeme velmi překvapeni. Lidé užívají toto označení nejen pro lidi z psychiatrických léčeb, ale také často pro lidi s mentálním postižením. Tito nemocní a jejich nemoci se však značně liší. Avšak jedno mají společné. V určitých situacích se chovají nestandardně a pro ostatní lidi je toto chování divné.

Omyly v pojmenovávání a škatulkování nejsou však výhradou pouze lidí z průměrné populace, u kterých se neočekává velká znalost v oboru psychiatrie. Takových označení se však nevyvarují ani lidé politicky a veřejně činní, kteří by v těchto věcech a oborech měli být značně vzdělanější.

---

<sup>63</sup>Srov. WENIGOVÁ, B. *O stigmatu: stigma a psychiatrie* [online], [cit. 2008-10-26], dostupné na: <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma.html>>.

<sup>64</sup>Srov. *Blázen* [online], [cit. 2008-07-14], dostupné na: <<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/220866-blazen>>.

Čeští psychologové a psychiatři vyzvali české politiky ke změně svých slovníků. Psychologům a psychiatrům vadí, že někteří z politiků při označování svých politických protivníků používají v hanebném slova smyslu psychiatrické diagnózy. Podle nich tím prohlubují stigma duševní nemoci.<sup>65</sup> Říkají, že: „Naši politici své politické protivníky označují za duševně nemocné a posílají je k psychiatrovi. Různé negativní jevy nálepkují psychiatrickými diagnózami a jejich projevy se hemží psychiatrickou terminologií.“<sup>66</sup>

Dle přerovské klinické psycholožky Blanky Rektorové a psychiatra Juraje Rektora tato slova z politické scény zanechávají ve společnosti negativní stopu, která zahanbuje ty, kteří skutečnými psychickými poruchami trpí, a kteří se v důsledku těchto označení stydí ke svým psychickým potížím přiznat. Tím se zase opět více prohlubuje sociální vyloučení lidí s tímto typem onemocnění. Podle politologa Jana Outlého je podobný slovník doménou několika jednotlivců. Bohužel těch nejvýraznějších. Cílová skupina v případě předsedy vlády tato slova nebere jako něco opovrženého.<sup>67</sup>

### 3.3 Důsledky stigmatu

Nadřazení skupinových vlastností nad vlastnostmi individuálními, strach a nedostatečná informovanost vedou k diskriminaci duševně nemocných. Důsledkem této diskriminace jsou potíže se získáním a udržením zaměstnání, problémy s bydlením, zvýšení izolace, menší spolupráce s lékaři a ochota se léčit. V důsledku horších životních podmínek a většího stresu se opakuje zhoršení nemoci. Dochází k chronifikaci nemoci a zvětšení stigmatu. Rozetnutí bludného kruhu je pro samotné pacienty a jejich rodiny velmi nesnadné. Dopady na nositele nemoci jsou tak značné, že se někdy mluví o stigmatu jako o „druhotné nemoci“. Pravdou je, že mnozí pacienti si více než na samotné příznaky nemoci stěžují na izolaci, osamocení a oslabený pocit vlastní sebehodnoty.<sup>68</sup>

---

<sup>65</sup>Srov. OUTLÝ, J., *Psychologové vyzvali politiky ke změně slovníku* [online], [cit. 2008-08-30], dostupné na: <[http://www.drogy.info.cz/index.php/info/přehled\\_tisku\\_a\\_medii/domaci\\_tisk/vyber\\_z\\_domaciho\\_tisku\\_2005\\_02\\_22\\_22](http://www.drogy.info.cz/index.php/info/přehled_tisku_a_medii/domaci_tisk/vyber_z_domaciho_tisku_2005_02_22_22)>.

<sup>66</sup>Tamtéž.

<sup>67</sup>Tamtéž.

<sup>68</sup>Srov. WENIGOVÁ, B. *O stigmatu: stigma a psychiatrie* [online], [cit. 2008-10-26], dostupné na: <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma.html>>.

### 3.4 Destigmatizace

Destigmatizace spočívá ve změně postojů společnosti a v legislativních opatřeních. Péče o duševně nemocné se přesouvá do menších zařízení a komunit, které jsou mimo lůžkových zařízení, do denních stacionářů a středisek. Tento posun v péči napomáhá lidem s psychiatrickou diagnózou udržet si své sociální dovednosti.<sup>69</sup>

K destigmatizace osob s psychiatrickou diagnózou mohou velmi dobře přispívat aktivity různých organizací, které pořádají takové akce, které psychiatrická onemocnění přinášejí mezi zdravou populaci. Výborným příkladem rozšíření informací občanů jsou např. „Týdny pro duševní zdraví“. Tato ojedinělá, humanitární a kulturní akce se konala poprvé v roce 1990, kdy byla oceněna Cenou ministra zdravotnictví za bourání bariér vůči psychiatrii a lidem s psychiatrickou diagnózou. Setkala se s ohlasem a úspěchem, a proto se z ní stala tradice. Tento program se koná pravidelně každý rok od 10. září do 10. října, což je Světový den pro duševní zdraví. Smyslem Týdnů pro duševní zdraví je pokoušet se o změnu přístupu veřejnosti k lidem s psychiatrickým onemocněním, bořit myšlenkové stereotypy, ukázat tyto lidi v pozitivním světle, a také informovat o způsobu péče, o prevenci duševních nemocí, i o aktivitách organizací v sociálně zdravotní oblasti.<sup>70</sup>

Dalším velmi prospěšným projektem v České republice, který se týká destigmatizace psychiatricky nemocných občanů je projekt „Změna“. Ten vznikl pod hlavičkou Nadace Academia Medica Pragensis, ve spolupráci s dalšími organizacemi. Má za cíl snižovat vliv stigmatu a diskriminační postoje vůči duševně nemocným i oboru psychiatrie.<sup>71</sup>

### 3.5 Smysluplnost života jako nástroj destigmatizace

Důležitou součástí destigmatizace a posílení statusu osoby s duševním onemocněním je možnost uplatnit se v lidské společnosti po stránce pracovní,

---

<sup>69</sup>Srov. OUTLÝ, J., *Psychologové vyzvali politiky ke změně slovníku* [online], [cit. 2008-08-30], dostupné na: <[http://www.drogy.info.cz/index.php/info/přehled\\_tisku\\_a\\_medii/domaci\\_tisk/vyber\\_z\\_domaciho\\_tisku\\_2005\\_02\\_22\\_22](http://www.drogy.info.cz/index.php/info/přehled_tisku_a_medii/domaci_tisk/vyber_z_domaciho_tisku_2005_02_22_22)>.

<sup>70</sup> Srov. *Týdny pro duševní zdraví*, Sociální práce, č. 1/2008, s. 130.

<sup>71</sup> Srov. *stopstigmapsychiatrie.cz* [online], [cit. 2008-08-30], dostupné na: <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz>>.



samostatného bydlení a smysluplného využívání volného času. Tyto tři atributy lidského života, které podporují samostatnost člověka a určují jeho místo ve společnosti si zaslouží zmínění i v této bakalářské práci.

- **Práce**

Význam práce pro osoby s duševní nemocí je veliký. Zaměstnání není důležité pouze jako aktivita a příležitost pro sociální kontakty, ale také pro rozvoj sebedůvěry, rozvíjení schopnosti zacházet s vlastní nemocí, pro integraci do komunity, a zvýšení kvality života. Podle závažnosti handicapu a schopností lze lidem s duševní nemocí nabízet zaměstnání. Existuje široká paleta možností a přístupů. Od chráněných dílen, přes tréninková místa, podporu při hledání zaměstnání, job cluby až k podpoře zaměstnání na otevřeném trhu práce, sociální firmu či sociální družstvo. Práce v chráněné dílně přirozeně strukturuje den na čas práce a čas odpočinku, což má psychohygienické účinky, přispívá k duševní rovnováze, pomáhá aktivizovat a zachovávat v lidském životě prvek reality. Pomáhá v procesu zotavení a v tréninku mezilidských kontaktů. Práce jako aktivita strukturující čas, a jako příležitost pro získání osobních a sociálních kompetencí a sociálních kontaktů je nezbytným pilířem pro kvalitní péči o duševně nemocné osoby.<sup>72</sup>

- **Bydlení**

V moderní psychiatrii se snižuje hospitalizace na co nejkratší dobu, kdy se má člověk vrátit do původního prostředí. Dlouhodobá hospitalizace přináší izolovanost od okolního světa, činí člověka závislým na nemocničním prostředí, vzniká tzv. hospitalizační syndrom. Snižují se sociální kompetence, pocit sebevědomí, pocit vlastní úspěšnosti. Propuštění z hospitalizace (především z dlouhodobé) bez práce na kontaktech s původním prostředím či místní komunitou může vést k bezdomovectví. Může se také stát, že člověk nemá po propuštění z nemocniční péče kam jít. Návrat domů však nemusí být jednoduchý. Komplikované příbuzenské vztahy mohou přispívat k problematice duševního onemocnění, stejně jako život příbuzných může být značně zkomplikován onemocněním člena rodiny.

---

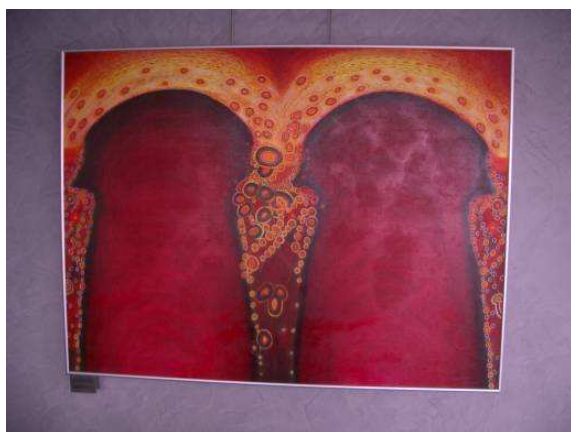
<sup>72</sup> Srov. ŠUPA, J., Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“ [online], [cit. 2008-12-13], dostupné na: < [www.kpss.brno.cz/download/osp/1197449363.doc](http://www.kpss.brno.cz/download/osp/1197449363.doc)>.

Existuje několik možných forem bydlení – chráněné bydlení, podporované bydlení v bytové jednotce s dalšími lidmi, podporované bydlení samostatné, domy na půli cesty, byty na půli cesty, dlouhodobé chráněné bydlení. Bydlení pro lidi s duševními onemocněními může znamenat mnohonásobný zisk – uvolnění z problematických vazeb, rozvíjení samostatnosti, zvyšování subjektivně vnímané kvality života, snižování rizika bezdomovectví.<sup>73</sup>

- **Smysluplné využití volného času**

Smysluplné využití volného času souvisí s oblastmi jako je sociální izolace, bydlení a rozvoj sociálních kompetencí. Lidé s duševním onemocněním v důsledku svých změněných limitů a možností mohou mít potíže se strukturováním dne, se sociálními kontakty. Starost o volný čas se nejčastěji odehrává v centrech denních aktivit, denních stacionářích. Smysluplné trávení dne s druhými lidmi podporuje proces socializace, vystavuje člověka realitě všedního dne, podporuje vytváření mezilidských vztahů a psychohygienicky přispívá k duševní pohodě a kvalitě života. Nabídka smysluplného trávení volného času a aktivizace je nezbytnou součástí komplexního přístupu kvalitní péče. Dokladem o důležitosti a smysluplnosti volného času jsou i níže uvedené obrázky, které namalovala žena trpící schizofrenií.<sup>74</sup>

Obrázky 4 a 5: Ukázky obrázků ženy se schizofrenií



(zdroj: <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psychiatrie-napric-casem-wenigova.html>)

<sup>73</sup> Srov. ŠUPA, J., Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“ [online], [cit. 2008-12-13], dostupné na: < [www.kpss.brno.cz/download/osp/1197449363.doc](http://www.kpss.brno.cz/download/osp/1197449363.doc)>.

<sup>74</sup> Tamtéž.

## 4 Možnosti péče o osoby s psychiatrickým onemocněním

Péče o duševní zdraví je poskytována v České republice v různých formách. Posláním je poskytování kvalitní péče v oblasti psychiatrické, ošetrovatelské, psychologické i sociální. Cílem péče o osoby s duševními poruchami, je co nejvíce podpořit schopnosti pacienta a jeho přirozeného zázemí tak, aby nemocný byl schopen se sám co nejvíce vypořádat se svými obtížemi. Snahou je napomoci osobám s duševní poruchou k dosažení produktivního a subjektivně uspokojivého života, v co nejpřirozenějších podmínkách. Pro dlouhodobé duševně nemocné je nezbytné doplnění zdravotní péče o péči sociální a rehabilitační. Zdravotní a sociální péče se u těchto nemocných vzájemně prolínají a doplňují.<sup>75</sup>

„Systém péče o duševní zdraví se může rozdělit na péči institucionální poskytovanou na psychiatrických klinikách a v léčebnách, a na péči komunitní, tedy mimo zdi institucí. Dalším stupněm jsou potom krizová centra a psychiatrické ambulance.“<sup>76</sup>

### 4.1 Druhy a možnosti péče

Prvním článkem systému péče o duševně nemocné je první kontakt s klientem. Může být zprostředkovaný klientem samým, jeho rodinou a blízkými osobami nebo odborníkem. Tento úkol si jako prvořadý kladou **nízkoprahová zařízení**. Ta plní mnoho preventivních funkcí a zároveň bývají často prvokontaktním bodem v sociální síti. Jejich terénní pracovníci aktivně vyhledávají a nabízejí různé druhy pomoci lidem s psychickými problémy. Dalším krokem je potom doporučení **ambulance** nebo **kontaktního centra**. Pro klienta je to obtížná cesta. Otevřít dveře takového zařízení znamená rozhodnutí se s problémem něco dělat a zároveň je zdrojem velkého strachu a obav. Někteří klienti mohou využít jakýsi mezistupeň, kterým je stacionární péče. Ta kombinuje pobyt klienta v zařízení s odbornou péčí a jeho pobytem doma. Klient zcela

---

<sup>75</sup>Srov. Psychiatrická společnost ČZS JEP a Česká psychiatrická společnost. *Koncepce oboru psychiatrie*. [online], [cit. 2009-02-15], dostupné na: <<http://www.ceskapsychiatrie.cz/Text/obor-psychiatrie?MenuItemId=169>>.

<sup>76</sup>MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 38

neztrácí kontakt s rodinou a svým domácím prostředím a zázemím. Problémem často bývá dostupnost, protože tato péče je často dostupná pouze ve velkých městech. Návazným prvkem je pak **rezidenční (pobytová) péče**. To už pro klienta znamená různě dlouhý pobyt v zařízení s nepřetržitým provozem. Může jím být psychiatrické oddělení nemocnice, psychiatrická klinika, psychiatrická léčebna, domov pro osoby se zdravotním postižením, apod.<sup>77</sup>

## **4.2 Sociální práce s lidmi s psychiatrickým onemocněním jako forma péče**

Základní vlastností sociálního systému služeb a péče o duševně nemocné by mělo být aktivní vyhledávání. Každý sociální pracovník by si měl klást otázku, do jaké míry je schopen vidět a mluvit o psychických problémech klienta. Hlavním posláním a cílem sociální práce, je podpora, a poskytování sociálních služeb, jak jednotlivcům, tak skupinám a komunitám. Osoby s psychiatrickým onemocněním svou situaci mohou řešit individuálně, nebo v rámci pracovní a terapeutické skupiny. Účelem je potom pomoc klientům vyrovnat se s vzniklou situací, snažit se odstranit problémy, které jejich život doprovází a omezit vznik rizik, za které lze považovat také stigma psychiatrického onemocnění, které těmto lidem znesnadňuje návrat do společnosti. Účinnou sociální práci lze chápat, i jako určitý druh destigmatizace psychiatrického onemocnění. „Cílem je pak podpora fungování klienta v jeho sociální situaci. Sociální práce se rovněž profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí.“<sup>78</sup>

### **4.2.1 Role sociálního pracovníka ve vztahu s osobou s psychiatrickým onemocněním**

V sociální práci s lidmi s psychiatrickým onemocněním hraje významnou roli osoba sociálního pracovníka. Klíčový je potom vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem, který lze označit jako pole, ve kterém se odehrává ona práce. Je motivující a dodává klientovi tolik potřebnou odvahu a zkušenost s ostatními lidmi.

---

<sup>77</sup>Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., a kol., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 44-46.

<sup>78</sup> ÚLEHLA, I., *Umění pomáhat*, s. 25.

Nástrojem k vytváření vztahu je účinná komunikace. Ta musí být vedena takovým způsobem, který respektuje osobu a jedinečnost klienta. Informace, které je mu pracovník schopen poskytnout musí být sdělovány jazykem, který je pro klienta srozumitelný a musí být vždy pravdivé.<sup>79</sup>

### **Principy podporující dobrý vztah:**

**RESPEKT** – partnerská spolupráce se nemůže odehrát bez prokázané oboustranné úcty. Respektovat klienta znamená přijmout jej takového, jaký je.

**DOBŘÍ ÚMYSL** – základním principem sociální práce s klientem je dobro klienta, a neustálé přemýšlení o tom, zda to, co dělám, dělám ve prospěch klienta.

**FLEXIBILITA** – schopnost reagovat na aktuální potřeby klienta a tomu přizpůsobit i vzájemnou spolupráci.

**DŮVĚRA** – psychiatrické onemocnění doprovází pocity méněcennosti a strachu. Jen spolupráce založená na vzájemné důvěře, dobře volená slova a citlivý přístup, může klientovi pomoci, řešit jeho situaci.

**PARTNERSTVÍ** – sociální pracovník a klient jsou neodmyslitelnými partnery a oba se podílejí na změně a pomoci. Společně hledají příčiny potíží a možnosti jejich řešení.<sup>80</sup>

Člověk s psychiatrickou diagnózou se dostává do styku se sociálním pracovníkem, ať už je hospitalizován, nebo ne, zpravidla v průběhu dlouhodobé léčby. Stává se pro něj cenným zdrojem informací a pomocníkem v řešení nově vzniklé situace. Měl by být schopen poskytnout mu kontakty a informace, vysvětlit systém zdravotní a sociální péče. Řeší s ním jak jeho budoucí finanční stránku, druhy a výše dávek, které mu náležejí, možnosti zaměstnávání a bydlení, a v neposlední řadě také rodinnou situaci. Dále pak poskytuje informace o možnostech péče a rehabilitace. Důležitým posláním sociálního

---

<sup>79</sup> Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., a kol., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 44-45.

<sup>80</sup> Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., a kol., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 97-98.

pracovníka je znovu-objevovat klientovy schopnosti a možnosti řešit svou situaci vlastními silami, dodávat klientovi odvalu a sebevědomí a především rozvíjet jeho sociální dovednosti, tolik potřebné, k zvládnutí náročného životního období. Sociální pracovník by měl též sloužit jako určitý nástroj pro destigmatizaci psychiatricky nemocných osob. Dále pak k šíření informací o tomto druhu onemocnění a tím i snahu o odstranění mýtů o duševní nemoci.<sup>81</sup>

### 4.3 Hospitalizace na psychiatrickém oddělení

Hospitalizace na psychiatrii je většinou chápána jako prohra, selhání, neschopnost řešit své problémy samostatně. To může prohlubovat stigma psychiatrického onemocnění už z hlediska postavení psychiatrické instituce ve společnosti. Zdravotníci pracující s pacienty v prvním kontaktu tj. lékaři, sestry a ošetřovatelé, mají těžký úkol motivovat pacienta ke vstupu na oddělení, získat jeho důvěru pro vytvoření terapeutického vztahu nutného pro léčbu. V některých situacích tito lidé nejsou schopni se pro nutnost hospitalizace rozhodnout, proto toto rozhodnutí musí učinit lékař, v pacientově nejlepším zájmu. Tak vzniká narušení vztahu mezi pacientem a oddělením a také lékařem.

Pacient může být hospitalizován na **psychiatrickém oddělení** nemocnice. Ta jsou určena pro krátkodobou a většinou dobrovolnou hospitalizaci osob s akutní psychickou poruchou. Provádí se zde diagnostika, terapie, rehabilitace a posuzování psychických poruch. Obvykle jsou součástí nemocnic, ale mohou být i samostatnými zařízeními. Pracují zde psychiatři a ostatní lékaři, kliničtí psychologové a další zdravotničtí a sociální pracovníci.<sup>82</sup>

Další možností je hospitalizace v **psychiatrické léčebně**. Úkolem těchto zařízení je dlouhodobá léčba a rehabilitace psychicky nemocných pacientů. Psychiatrické léčebny poskytují diferencovanou péči, která se uskutečňuje na specializovaných

---

<sup>81</sup> Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., a kol., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 97-98.

<sup>82</sup> Srov. Psychiatrická společnost ČZS JEP a Česká psychiatrická společnost. *Koncepce oboru psychiatrie*. [online], [cit. 2009-02-15], dostupné na: <<http://www.ceskapsychiatrie.cz/Text/obor-psychiatrie?MenuItemId=169>>.

odděleních, jako jsou příjmové, doléčovací, rehabilitační, psychoterapeutické, psyschogeriatrické, pro léčbu závislostí, dětské a adolescentní, aj.<sup>83</sup>

- **Přijetí na oddělení**

Pacienti jsou k hospitalizaci přijati na základě doporučení ambulantních psychiatrů, eventuálně praktických lékařů nebo psychologů. Příjem na psychiatrické oddělení by měl v každém případě splňovat společenské normy. Přijetí by mělo probíhat v co možná největším klidu. Přijímací lékař doporučí nejvhodnější oddělení k hospitalizaci, také informuje rodinu o přijetí jejího příslušníka k hospitalizaci, pokud s tím pacient souhlasí. Pacient při příjmu podepisuje „Prohlášení o dobrovolném vstupu“, pokud s hospitalizací souhlasí. Přijímací lékař dle stavu pacienta rozhodne zda bude vhodné jej umístit na otevřeném, uzavřeném, či specializovaném oddělení. Je-li pacient přijat bez svého souhlasu, sociální pracovník vyplní hlášení o hospitalizaci.

- **Hospitalizace se souhlasem osoby s psychiatrickým onemocněním**

Tento druh hospitalizace se obvykle realizuje na tzv. otevřeném oddělení psychiatrického lůžkového zařízení. Člověk, který se chce léčit na psychiatrickém oddělení a jeho stav splňuje indikace k hospitalizaci, si vyžádá doporučení od ošetřujícího psychiatra, praktického nebo závodního lékaře. Nemocný se musí podrobit domácímu řádu oddělení. Má právo hospitalizaci ukončit dle svého uvážení. Nesouhlasí-li lékař s předčasným nebo neuváženým rozhodnutím nemocného i jeho příbuzných s ukončením léčení, vyžádá si písemné prohlášení, tzv. negativní revers.

- **Hospitalizace bez souhlasu osoby s psychiatrickým onemocněním**

Člověk může ztratit právo na osobní svobodu, když spáchá trestný čin a je odsouzen k nepodmíněnému trestu. Při některých onemocněních (infekční nemoci, duševní poruše) je jeho svoboda také omezena. Jestliže je jeho život, nebo život jeho blízkých ohrožen duševní poruchou, nastupuje zde nedobrovolná hospitalizace. Musejí

---

<sup>83</sup> Srov. Psychiatrická společnost ČZS JEP a Česká psychiatrická společnost. *Koncepce oboru psychiatrie*. [online], [cit. 2009-02-15], dostupné na:< <http://www.ceskapsychiatrie.cz/Text/obor-psychiatrie?MenuItemId=169>>.

však být dodrženy zákonné podmínky. Problematika nedobrovolné hospitalizace se dotýká oblasti vůle člověka i jeho občanských práv.<sup>84</sup>

#### 4.4 Komunitní péče

V polovině našeho století se začíná objevovat nový směr a přístup o duševně nemocné - komunitní péče. Komunitní přístup je založen na idejích, které vznikly na konferenci ve Swampscottu ve státě Massachusetts v roce 1966. Základem komunitní péče je hnutí za duševní zdraví, jehož popisu se věnujeme hned v první kapitole. Toto hnutí lze charakterizovat jako usilovnou snahu zřizovat a rozvíjet širokou síť sociálních služeb v každé komunitě, a jejich prostřednictvím využívat co nejvíce ambulantní služby a omezit či prakticky vyloučit dlouhodobé hospitalizace ve zdravotních a psychiatrických zařízeních. Znamená to zavádět nové služby a propojovat všechny složky sociální práce ku prospěchu občana, člena komunity. Zásadně se odmítá izolace a spoléhání se na výsledky péče, léčby či převýchovy kdesi mimo komunitu. Jde tedy v zásadě o léčení nebo péči o jedince budované na komunitním základě, oproti dosud praktikované péči založené na institucích a pobytu v nich.<sup>85</sup>

Prioritou komunitní péče je tedy integrovat občany se znevýhodněním zpět do společnosti. Poskytovat péči, co nejdéle to jde, v přirozeném prostředí pacienta, pokud je to jeho přání. Minimalizovat hospitalizace a zkracovat dobu hospitalizací na dobu nezbytně nutnou. Jistou a velmi důležitou pomocí jsou také svépomocné skupiny. Dobrým příkladem komunitní péče je v České republice zařízení Fokus Praha o.s.<sup>86</sup>, které podává ruku lidem s duševním onemocněním, nabízí jim smysluplné trávení volného času a tolik potřebnou resocializaci. Takových zařízení existuje stále více a rozvíjejí se po celém území našeho státu.<sup>87</sup>

---

<sup>84</sup>Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 59,72.

<sup>85</sup>Srov. Fokus Ústí nad Labem. *Komunitní přístup*. [online]. [cit. 2009-02-13], Dostupné na: <[http://www.fokusul.cz/stranky/komunitni\\_pristup.htm](http://www.fokusul.cz/stranky/komunitni_pristup.htm)>.

<sup>86</sup>Viz. příloha č. 2.

<sup>87</sup>Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 59,72.



## 5 Historie vývoje psychiatrického onemocnění a péče o lidi s tímto druhem onemocnění v průběhu jednotlivých historických etap

Touto kapitolou chceme poukázat na vývoj péče o lidi s psychiatrickým onemocněním, také na jejich postavení ve společnosti a vývoj stigma psychiatrického onemocnění. Velmi zajímavým obdobím v této problematice je např. 17.-18. století ve francouzské společnosti, které popsal Michael Foucault.

### 5.1 Starověk

O péči v tomto historickém období se dozvídáme především z dochovaných papyrů. Velmi zajímavým byl například Ebersův papyrus (1500 př.n.l.), který obsahuje řadu modliteb a zaříkávání proti zlým duchům. Nejstarší záznam o duševní chorobě pochází od vezíra Ptahhotepa (3000 př.n.l.), který popsal duševní poruchy doprovázející stáří. V Egyptské říši bylo provozováno léčení duševních poruch na posvátných místech (tzv. chrámové léčení) pomocí modliteb, zaříkávání a vyhánění zlého ducha z těla nemocného. Staří Indové popisovali vznik duševní poruchy jako trest vzniklý nadpřirozenými silami, zlými duchy a démony. Avšak zdůrazňovali lidský a přátelský přístup k nemocnému.<sup>88</sup>

V dobách antických jsou považovány za směrodatné spisy Ilias a Odysea. Na počátku řeckého národa se duševní poruchy vysvětlovaly náboženským způsobem, nikoliv způsobem medicínským. Významnými antickými lékaři, kteří se zabývali duševními poruchami u lidí byli zejména Hippokrates a po něm Asklepios, Soranaus a Galén. Ti považovali duševní nemoci za projev tělesné poruchy a zcela opustili předchozí mystické názory.<sup>89</sup>

---

<sup>88</sup> Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, s. 9-10.

<sup>89</sup> Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, s. 11-12.

## 5.2 Středověk

Poznatky antického lékařství převzala v dobách středověku arabská kultura. Vynikající lékař Avicenna popsal příznivý vliv malarické horečky na epileptické záchvaty u nemocného. V Evropě byl však středověk poznamenán návratem k přesvědčení o nadpřirozeném původu duševních nemocí, což vedlo k vymítání zlého ducha, modlitbám a zaříkávání. Jako příručka k vynucování přiznání o posedlosti i za použití mučení sloužila kniha Kladio na čarodějnice (*Malorus malleficarum*) z roku 1439. Od konce 15. století však sílí názory pokrokových lékařů o tělesné podstatě duševních chorob. Postavení těchto nemocných však zůstávalo nadále **velmi smutné**. Běžně byli **drženi v temných sklepech a poutáni řetězy**. Pro obveselení veřejnosti byli předváděni v klecích jako dravá zvěř.<sup>90</sup>

## 5.3 Novověk

V roce 1755 byl za vlády Marie Terezie zrušen zákon o čarodějnictví. Šlo o jeden z projevů osvícensko-humanistického myšlení, které v průběhu 18. století vyústilo v ideály Velké francouzské revoluce. V Paříži se prosadilo zřizování ústavů. Tuto etapu v přístupu k psychiatricky nemocným velice dobře popsal Michel Foucault.

Dle Michela Foucaulta, profesora College de France, filosofa a psychologa je postavení lidí s psychiatrickou diagnózou v průběhu 17.-18. století více než smutné, především z důvodu, že je s nimi nakládáno jako s trestanci. Nejjednodušším způsobem zbavení se a napravení takovýchto lidí bylo jejich uvěznění.<sup>91</sup>

*„V roce 1815 byli v Londýně a Paříži ve špitálech ukazováni zuřiví šílení za poplatek jedné pence každou neděli. Roční příjem z těchto návštěv dosahoval přitom až 400 liber, což znamená překvapivě vysoký počet 96 000 návštěvníků za rok. Ve Francii patří procházka a podívání na blázny až do Velké revoluce k rodinným zábavám měšťanstva z levého břehu. Strážci předváděli blázny jako kejklíři na saintgermainském*

---

<sup>90</sup> Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, s. 12.

<sup>91</sup> Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 27.

tržišti cvičené opice. Někteří žalárnici byli proslulí obratností, s níž je dokázali pár ranami biče přimět k divokému tanci a akrobatickým kouskům.“<sup>92</sup>

Michel Foucault ve své knize uvádí několik příběhů ze života „bláznů“ 18. století. „Popis cely v Bicetre ve Francii koncem 18. století, tak jak existovaly. Nešťastník, přitisknutý hlavou, nohama, celým tělem ke zdi na svém slaměném pelechu, který byl jediným jeho vybavením, neokusil ani chvíle spánku, aby ho nezmáčela voda, jež se po té mase kamene řinula.“<sup>93</sup>

„V celách Salpetriere byl pobyt ještě zhoubnější a často smrtelný, protože když se v zimě rozvodnila Seina, stávaly se tyto cely, ležící v úrovni kanálů, nejen ještě nezdravějšími, ale navíc se do nich utíkal celý dav velikých krys, které se v noci vrhaly na nešťastníky tam zavřené a hryzaly je všude, kam se jenom dostaly. Našli se tam šílenci pokousaní na nohách, rukách i ve tváři tak nebezpečně, že na to leckdy zemřeli.“<sup>94</sup>

## Dvacáté století až do současnosti

Všechny změny ve společnosti se promítly i do historie psychiatrické péče. První a druhá světová válka, nacistické hnutí, osvobození v roce 1945 a následná komunistická ideologie, která ovlivnila nejen systém a organizaci práce, vzdělávání ve zdravotnictví, ale i celkové vnímání života a svobody.

Během 70. let rostl počet specializovaných odborníků lékařů, psychologů, pedagogů. Léčebny se snažily poskytovat moderní léčebné prostředky. V posledních deseti letech se vytvořily nové podmínky, které otevřely nové možnosti a vzbudily nová očekávání. Zkracuje se ošetrovací doba. Vlivem společenských změn je snaha upřednostňovat méně direktivní a demokratičtější přístup k nemocným se zřetelně volnějším ošetrovatelským režimem. Významným mezníkem našich novodobých dějin, byl jistě převrat v roce 1989, který přinesl tendence všechny pacienty propustit, a zrušit psychiatrické léčebny a vytvořit vstřícnější a humánnější systém. Tedy pozvolný přechod od péče institucionální k péči komunitní.<sup>95</sup>

---

<sup>92</sup> FOCAULT, M. *Dějiny šílenství*, s. 78.

<sup>93</sup> Tamtéž, s. 80.

<sup>94</sup> MIRABEU, H. *Mémoires d'un voyageur*, s. 213.

<sup>95</sup> Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 31-32.

## Praktická část

### 1 Předmět, cíle a realizace výzkumu

Z teoretické části bakalářské práce je patrné, že psychiatrické onemocnění je v lidské populaci přítomné již od dávných dob. Přesto je stále provázáno řadou mýtů, nepravd a především strachem. Stigma psychiatrického onemocnění je neodmyslitelně spjata s osobami, které jím onemocněli a proto jsme se právě na ně rozhodli zaměřit výzkum v této bakalářské práci. Tedy na osoby, které mohou na základě své odlišnosti čelit řadě obtíží, jež jsou sekundárně spojeny právě psychiatrickým onemocněním.

Níže uvedený výzkum vychází z kvalitativní metodologie a techniky sběru dat nestrukturované interview, který byl prováděn mezi osobami s psychiatrickým onemocněním. Hlavní poslání výzkumu spočívá ve snaze přiblížit se životu osob s duševním onemocněním a pokusit se popsat, jak na ně působí stigmatizace ve společnosti. Již z teoretické části bakalářské práce lze vyčíst, co pojem stigma znamená, a jaký vliv může jeho negativní výskyt ve společnosti mít na osoby, které psychiatrickou nemocí onemocněli. Avšak subjektivní informace získané přímo od samotných osob mají dle našeho názoru nevyvážitelnou hodnotu. Tato onemocnění totiž ovlivňují člověka nejen po stránce fyzické, ale daleko více zatěžují jeho psychiku. **Proto bylo cílem kvalitativního výzkumu snaha pochopit a popsat, co pro nemocné stigma znamená a do jaké míry se jich dotýká a ovlivňuje jejich životy.**

**Na základě cíle výzkumu jsme si položili tyto výzkumné otázky:**

1. Co si lidé s psychiatrickým onemocněním představují pod pojmem stigma, stigmatizace?
2. Jakou mají lidé s psychiatrickou diagnózou zkušenost se stigmatizací a jak ji vnímají?
3. Jaký vliv může mít stigma na život jedince?
4. Co se podle osob s psychiatrickou diagnózou podílí na vzniku a přetrvávání stigmatu ve společnosti?
5. Jak se osoby s psychiatrickým onemocněním cítí ve společnosti?

## 2 Průběh výzkumu

Kvalitativní výzkum probíhal od ledna roku 2009 do března roku 2009 v nestátní neziskové organizaci Menssana v Ostravě. Klientům tohoto zařízení byl autorkou osobně předán průvodní dopis<sup>96</sup>, který obsahoval základní informace týkající se bakalářské práce, průběhu a povahy výzkumu. Po přečtení tohoto dopisu měli klienti možnost autorku kontaktovat a domluvit si v zařízení schůzku na jiný termín, nebo rozhovor poskytnout během trvání jejich programu Kreativní dílna od 8 – 12:00 hod. téhož a následujícího dne.

Pět klientů se rozhodlo poskytnout rozhovor v tentýž den, dalších 5 klientů další den a se zbývajících klienty bylo dohodnuto datum příchodu do zařízení. Pro tento výzkum jsme tedy získali 15 nestandardizovaných interview. Klienti, kteří souhlasili s provedením interview vždy sdělili, kdy během dopoledne si udělají čas.

Délka trvání jednoho interview byla zhruba 20 minut. Informace byly zaznamenávány písemnou formou na papír. O tomto způsobu zaznamenávání byli všichni dotazovaní informováni. V některých případech se klienti po položení otázky rozpovídali, někteří však potřebovali více času, nebo odpovídali např. jednou větou. Interview probíhaly v místnosti, kde se odkládá vyrobená keramika před vypálením. V místnosti byl k dispozici stůl a dvě židle, dveře se daly zavřít. Interview se uskutečňovaly v soukromí. Dva klienti denního centra a kreativní dílny odmítli po vyzvání interview poskytnout.

Celá povaha a atmosféra jednotlivých dní strávených v zařízení Menssana byla více než přátelská, jak ze strany uživatelů služby, tak ze strany pracovníků. Bylo patrné, že osobám s psychiatrickým onemocněním, kteří se výzkumu účastnili nedělá problém o své nemoci a problémech s ní spojených hovořit. Provádění výzkumu v tomto zařízení probíhalo bez komplikací. Byla jsem překvapena vstřícností a otevřeností všech dotazovaných, kteří se výzkumu účastnili.

---

<sup>96</sup> Průvodní dopis viz. příloha č. 6.

### 3 Metodologie

Pro provádění průzkum byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Pro sběr dat byla použita technika nestrukturovaného interview. „Kvalitativní přístup je nenumerické šetření a interpretace sociální reality, jehož cílem je odkrývat význam podkládaný sdělovanými informacemi.“<sup>97</sup> „Kvalitativní přístup v psychologických vědách je přístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.“<sup>98</sup> Klíčovými termíny pro kvalitativní výzkum jsou jedinečnost a neopakovatelnost a zásadní význam má také procesualnost a dynamika.

Z terminologického hlediska se nazývá celý proces získávání dat termínem tvorba dat, nebo také sběr dat. **Rozhovor** je taková technika terénního sběru informací, při které jsou potřebné informace od zkoumaných osob získávány prostřednictvím záměrně cílených otázek kladených respondentovi v rozhovoru vedeném tváří v tvář (face to face). Rozhovor je ucelená soustava ústního jednání mezi tazatelem a dotazovaným, v němž výzkumník získává potřebné informace v podobě otázek. Ty směřují ke zjištění skutečností vztahujících se ke zkoumané realitě. Jde o určitý verbální kontakt, který má za cíl sběr informací. Použitá technika je založena na předem formulovaných otázkách, které jsou respondentovi pokládány, avšak respektuje jeho vstupy do rozhovoru, další vysvětlení otázky, i zahrnutí doplňujících otázek pokud je potřeba téma více prohloubit.<sup>99</sup>

Metoda **moderovaného rozhovoru (interview)** patří mezi obtížné, ale velmi rozšířené metody pro získávání kvalitativních dat. Jako interview se označuje takový druh rozhovoru, který je moderovaný a prováděný s cílem a účelem výzkumné studie. Interview bývá prováděno s jednou, maximálně třemi osobami. Termín interview se používá místo termínu rozhovor k odlišení výzkumné metody od běžné lidské komunikace.

---

<sup>97</sup> DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost*, s. 285.

<sup>98</sup> MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s.17.

<sup>99</sup> Srov. KOZLOVÁ, L., *Metody výzkumu v sociální práci* [online], dostupné na: <[http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/pore/czv/studijni\\_materialy-dokumenty/metody\\_vyzkumu\\_soc\\_prace](http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/pore/czv/studijni_materialy-dokumenty/metody_vyzkumu_soc_prace)>.

Pro předkládaný výzkum byla použita metoda **nestrukturovaného interview**. Je to metoda, která se vnějšími znaky podobá běžnému rozhovoru. Důraz je přitom kladen na přirozenost konverzace a nenásilný průběh. Při tomto druhu interview není přímo, předem stanovený plán v podobě struktury. Tazatel se drží především hlavního tématu, jehož rozvíjení sledujeme v kontextu výzkumných otázek. Není přitom důležité, zda se dotazovaných ptáme stejně, dokonce se nemusíme ani striktně držet strategie vedení interview. Dle situace volíme buď direktivní, či nedirektivní způsob vedení. Při provádění nestrukturovaného interview máme jasnou představu o tom, na jakou otázku hledáme odpověď a čeho chceme dosáhnout. Výhodou je především flexibilita nestrukturovaného interview a zejména pro výzkumníka, který se nebrání improvizaci a je schopen kreativně přemýšlet, i když předem neví kam vše povede, je tato metoda jako stvořená.<sup>100</sup> Pro lepší zodpovězení výzkumných otázek jsme si však vytvořili jádro výzkumu.

#### **Jádro rozhovoru se týkalo těchto témat:**

1. Pojem stigma, stigmatizace.
2. Vlastní zkušenost se stigmatizujícím chováním.
3. Možné změny v osobním, pracovním, rodinném životě s ohledem na nemoc.
4. Co způsobuje rozdílné chování ke zdravým a nemocným lidem ze strany společnosti?
5. Pocity ve větší skupině lidí.

Každý rozhovor začínal krátkým představením autorčiny osoby a osoby klienta, upozorněním na možnost neodpovídat z různých důvodů a nastíněním probíraných témat. Rozhovory probíhaly po dobu 20 -30 minut. Přístup ke klientovi, který byl volen, byl vždy nedirektivní a to především z důvodu zájmu dotazovaných o samotný rozhovor. Bylo patrné, že klienti měli zájem o poskytnutí informací o své osobě a nemoci pro studijní účely. Dále zde byl patrný důvěrný vztah mezi pracovníci zařízení a psychiatricky nemocnými osobami. Vždy před začátkem samotného interview byli dotazovaní seznámeni s průběhem a obsahem rozhovoru. Tyto informace jim

---

<sup>100</sup> Srov. MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s.158-159.

poskytli samy pracovnice, které je tím ujišťovaly o neškodnosti a prospěšnosti výzkumu. Také tato skutečnost nám byla nápomocna v získávání potřebných dat.

### 3.1 Metody zpracování dat

Vzhledem k cíli výzkumu, kterým byla snaha pochopit a popsat, co pro nemocné pojem stigma znamená a do jaké míry ovlivňuje jejich životy, byla pro zpracování dat zvolena kvalitativní analýza. Pod tímto termínem lze chápat tyto fáze výzkumu:

- Kódování – což je přiřazování klíčových slov, nebo symbolů k částem textu tak, aby práce s takovými částmi byla snadnější a rychlejší,
- archivace kódovaných dat – je uchování zakódovaného, ale i původního textu,
- propojování dat – hledají se spojitosti v datech a části se propojují ve větší celky,
- komentování a doplňování dat – psaní komentářů a doplňků, které rozšiřují existující data,
- vyvozování závěrů a verifikace – je interpretace údajů a ověřování jejich platnosti,
- budování teorie – vytvoření a vysvětlení nálezů, vytvoření rámce, kde své nálezy popisujeme a vysvětlujeme,
- grafické mapování – vytváření schémat, grafů, které zobrazují naše nálezy.<sup>101</sup>

Při zpracovávání dat byly u všech provedených interview s klienty, které byly zaznamenány na papíře písemnou formou vyznačeny takové informace, které vedly k zodpovězení cíle výzkumu. Tedy takové informace, které odpovídaly na výzkumné otázky, které jsme si položili. Jako dílčí postup zpracování dat byla zvolena metoda prostého výčtu. Je to taková metoda, která leží na hranici mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem. Díky ní lze vyjádřit vlastnost určitého jevu podle toho, jak často se jev vyskytl, nebo v jakém poměru byl k jinému jevu.<sup>102</sup>

---

<sup>101</sup>Srov. MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 219-220.

<sup>102</sup>Tamtéž. s. 222.



## 4 Charakteristika souboru

Pro kvalitativní výzkum a výběr výzkumného souboru jsme zvolili osoby s psychiatrickým onemocněním. Tedy osoby, které mohou mít zkušenost s výskytem stigmatu ve společnosti a mohou charakterizovat jeho důsledky přímo z vlastní zkušenosti.

Pro charakteristiku základního souboru, ze kterého se posléze tvoří soubor výzkumný posloužil autorce před-výzkum, konaný v roce 2008 na téma „*Psychiatrická diagnóza očima společnosti i nemocných*“<sup>103</sup> Data byla získávána prostřednictvím dotazníků ve většinové zdravé společnosti i mezi nemocnými.

Z dat vyplynulo, že většinová zdravá společnost má docela konkrétní, ale povrchní představu o nálepce a identitě psychiatricky nemocného člověka. Psychiatricky nemocné vnímá jako vyčleněné ze vztahů, práce, rodiny a normálního života a zároveň si nepřipouští, že by tito lidé byli objektivně ze společnosti vyřazeni. Zdravá populace vnímá podvědomě toto onemocnění i jako osobní hrozbu. Tento strach možná podporuje i psychiatrická léčebna zobrazovaná v představách lidí jako vězení. Ti, ale nevyjadřují potřebu, že by bylo dobré společenské vztahy k psychiatricky nemocným měnit.<sup>104</sup>

Odpovědi osob s psychiatrickým onemocněním tyto závěry více méně odrážely. Dle dotazníků se duševně nemocní cítí ve společnosti spíše špatně, pozorovaně, nepříjemně. Proto jsme chtěli tyto informace rozšířit a zkvalitnit pomocí kvalitativního výzkumu a dozvědět se, jak osoby s psychiatrickým onemocněním tento postoj společnosti, který lze označit za stigmatizující, subjektivně vnímají.

Do základního souboru patří osoby s duševním onemocněním, jehož průběh má dlouhodobý charakter a v jehož důsledku došlo k narušení psychických, sociálních a pracovních schopností, či toto nebezpečí hrozí. Osoby, které patří do této skupiny tvoří až 40% klientely psychiatrických léčeben a také představují velký podíl klientely opakovaných a dlouhodobých hospitalizací. Péče o dlouhodobě psychiatricky nemocné pacienty se v současné době odehrává převážně v psychiatrických léčebnách a dále

---

<sup>103</sup> Více viz. příloha č. 4. Absolventská práce ( *Psychiatrická diagnóza očima společnosti i nemocných* 2008).

<sup>104</sup> CIELUCHOVÁ, B.,(2008). *Psychiatrická diagnóza očima společnosti i nemocných*. Nепublikovaná absolventská práce. Caritas- Vyšší odborná škola sociální Olomouc, Česká republika.

v zařízeních, které jsou orientované na readaptaci pacientů v běžných životních podmínkách, např. denní centra.<sup>105</sup>

#### 4.1 Výzkumný soubor

Jako metoda výběru výzkumného souboru, byl zvolen záměrný výběr přes instituce. Je to taková metoda, při níž využíváme určitý typ služeb nebo činnosti nějaké instituce, která je určená pro cílovou skupinu vyhovující našemu výzkumu. Záměrný výběr přes instituce je z hlediska času a nákladů pro výzkumníka velmi efektivní. Nedostatek může spočívat v tom, že takto utvořený výzkumný soubor může představovat jen určitou část základního souboru.<sup>106</sup>

Do výzkumného souboru byli zařazeni klienti z nestátní neziskové organizace MENSANA o.s. Tato organizace se snaží vytvářet pomoc a podporu lidem s duševním onemocněním a psychosociálními problémy. Cílem organizace je udržení kvality života lidí s duševním onemocněním. Klienty jsou lidé, kteří mají nebo měli během svého života zkušenost s psychiatrickým onemocněním, většinou lidé dlouhodobě duševně nemocní. Do výzkumu se zapojilo 15 klientů, kteří občanské sdružení Mensana navštěvují již delší dobu. Jednalo se o muže i ženy v různém věkovém rozmezí, s rozdílnými druhy psychiatrického onemocnění, pro které byl spojujícím prvkem to, že se rozhodli sami vyhledat pomoc. Byli to návštěvníci keramické dílny a textilní výroby v kreativní dílně, která je provozována denně od 8:00 do 14:00 a poskytuje tak klientům kvalitní trávení volného času.

---

<sup>105</sup> CIELUCHOVÁ, B.,(2008). *Psychiatrická diagnóza očima společnosti i nemocných*. Nepublikovaná absolventská práce. Caritas- Vyšší odborná škola sociální Olomouc, Česká republika.

<sup>106</sup> MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 138.

#### **4.2.1 Základní demografické údaje účastníků výzkumu:**

- **Dle pohlaví**

Prováděného výzkumu se zúčastnilo 9 žen a 6 mužů.

- **Dle věku**

Účastníci výzkumu byli v tomto věkovém rozmezí: 20-30 let mělo 6 klientů, tedy největší počet; 31-40 let měli 3 klienti; 41-50 let měli také 3 klienti; 51-60 let měl 1 klient a 60 let a více měli 2 klienti.

- **Dle dosaženého vzdělání**

Dosažené vzdělání účastníků interview se pohybovalo od základního do vysokoškolského. Dva respondenti dosáhli základního vzdělání, 3 respondenti vystudovali učiliště, 7 respondentům se podařilo vystudovat střední školu s maturitou a 3 respondenti dokončili vysokoškolské vzdělání.

- **Dle psychiatrické diagnózy**

Nejčastěji se vyskytující diagnózou byly neurotické poruchy a to v 9 případech. 3 respondenti onemocněli afektivními poruchami a 3 respondenti schizofrenií.

Zajímavým ukazatelem v prováděném kvalitativním výzkumu bylo zjištění, že více než polovina účastníků pobírá plně invalidní důchod a jsou trvale neschopni zařazení do pracovního procesu. Všichni dotazovaní vyhledali pomoc odborníka a všichni byli alespoň jednou hospitalizováni na psychiatrickém oddělení.

## 5 Výsledky výzkumu

Při interpretaci výsledků prováděného kvalitativního výzkumu jsme vycházeli z položených výzkumných otázek, na jejichž základě bylo prováděno samotné interview. Interpretace jednotlivých výzkumných otázek je obohacena o autentické výpovědi dotazovaných osob, které s jejich uveřejněním v bakalářské práci souhlasili. Odpovědi klientů jsou zvýrazněny kurzívou a jsou uvedeny v uvozovkách pro snadnější přehlednost a orientaci v textu.

### Charakteristika výsledků dle jednotlivých výzkumných otázek

Na základě **první výzkumné otázky** jsme se chtěli dozvědět, co pro dotazované znamená samotný pojem stigma, který je v odborné literatuře často zmiňován a je úzce spjat s psychiatrickým onemocněním.

Při provádění jednotlivých interview všichni dotazovaní vypovídali, že je jim tento pojem velmi málo známý. Respondenti jej mají spojený s Ježíšem Kristem, s bolestí, utrpením, ne však u lidí ve společnosti, ale pouze u Ježíše Krista. Ve všech 15 případech musel být daný společenský jev vysvětlen, aby mohl náš rozhovor pokračovat. Všichni dotazovaní slovo STIGMA nikdy neslyšeli ve spojitosti s duševním, či jiným onemocněním. Po vysvětlení, co STIGMA, STIGMATIZACE znamená, byli klienti schopni uvědomit si přítomnost takového jednání ve svém okolí. Bez možnosti vstupu výzkumníka do interview a upřesnění pojmu STIGMA by celý výzkum zřejmě prošel velkým zkreslením, jelikož by dotazovaní nevěděli, čeho se daný rozhovor vlastně týká.

Z uvedených výsledků vyplývá, že osoby z výzkumného souboru si pod pojmem STIGMA, STIGMATIZACE představují rány a bolest způsobené Ježíši Kristu při jeho ukřižování a následných podobných projevech u jiných lidí. Nikdo z nich však tento pojem neslyšel v souvislosti s psychiatrickým onemocněním, či se stigmatizací jedince dle jeho odlišnosti ve společnosti.

Po vysvětlení, co stigmatizující chování znamená mohla být zodpovězena **druhá výzkumná otázka** a další téma interview o zkušenosti lidí s psychiatrickou diagnózou se stigmatizací, a o vnímání takové situace.

Lze konstatovat, že dle získaných kvalitativních dat se 13 z 15 dotazovaných od doby výskytu jejich nemoci setkali s nálepkováním a označkováním podle psychiatrické diagnózy. Byli dle jejich slov posuzováni podle projevů a znalostí o nemoci, ne však podle opravdových charakterových vlastností. Zajímavé potom je, že ve 12 případech se stigmatizující chování objevuje častěji ve vlastní rodině a mezi dobrými známými, než ve společnosti, kam přicházejí nově. Vyprávění situací o nepochopení ve vlastní rodině bylo provázeno silnými emocemi a smutkem. Pro upřesnění je zde uvedeno pár záznamů.

*„Setkala jsem se s tím, právě u svého syna. Nadhazuje mi, že jsem blázen, psychopat. Prý už se z toho nikdy nedostanu. Povleče se to se mnou celý život. Prý to říkali ve škole a taky i kamarádi. Kdo je jednou blázen, a opavák, je prostě ztracený.“*

*„Jo, sousedi se ke mně chovají jinak, co jsem nemocná. I šéfová v práci na mě nakládala, že jsem na nervy a tak v práci nemám co dělat, až jsem odešla. Manžel mi nadává, že jsem psychopat, že doma žádného blázna nechce, jsou prý nebezpeční.“*

*„Oni neví, co s tím, ta rodina. Myslí si, že si to vymýšlím, kdybych prý jen trochu chtěla a snažila se, nemusela bych do Opavy. Chodím si tam prý jenom odpočinout od dětí. Blázní si prý všechno vymýšlí. Když na mě není nic vidět, nikdo mi nevěří. Tak se občas řežu, aby viděli, že se něco děje. Prý to není nemoc, jen se nesnažím a jsem magor.“*

V případě, že dotazovaní uváděli, že se s stigmatizací setkali právě u cizích lidí, byli to případy vyřizování sociálních dávek na úřadech, nebo při žádání o zaměstnání.

*„V práci bych to nedal. Už když jsem tam chtěl dělat, a oni si přečetli, že jsem byl v Opavě, hned se začali vyptávat, co jsem udělal. Komu jsem prý, co udělal. Ale já jsem nic neudělal. Nechtěl jsem tam, musel jsem. Už to nešlo zvládat, ty stavy. Pak jsem byl dobrý, chci být užitečný a dělat a mít peníze a tak. Oni mě ale nechcou.“*

Z provedených interview je patrné, že pokud se lidé z výzkumného souboru někdy setkali s posuzováním své osoby dle nemoci, kterou onemocněli a podle zažitých vzorců chování a škatulkování, mělo to na ně podstatný vliv. Zejména jedná-li se o členy rodiny, kteří jsou v životě člověka tak důležití. Na jejich názoru většině lidí nejvíce

záleží. Daleko lépe se dotazovaní cítí mezi lidmi, kteří je neznají a oni mohou být posuzováni jako každý jiný.

Pro zodpovězení **třetí výzkumné otázky** jaký vliv může mít stigma na život jedince byly v interview probírána témata o důsledcích stigmatizujícího chování na dotazovaného. Většina odpovědí se však vztahovala na důsledky a dopady samotné nemoci na život člověka.

12 z 15 dotazovaných popisovalo změny po onemocnění především v rodinných a příbuzenských vztazích, kde zmiňovali především nepochopení jejich nemoci, častou bagatelizaci, kdy příbuzní zaměňují nemoc za chtěný odpočinek, či vymyšlení si.

*„Nevím jak ta stigmatizace, ale projevuje se to hlavně v rodině. Říkají, že se chovám jako opavák. Mysleli si, že mě kazí někdo jiný, nějaká parta. Přístup ke mně je teď mnohem horší, nechcou se s tím smířit. Berou to jako ze strachu, jako jestli budu ještě někdy žít normální život. Často říkají, z toho už se nedostaneš, to je jasné.“*

*„Vliv to na mě má takový, že to radši nikde neříkám. Bud' mě mají lidi za blázna, nebo mi říkají, že mi nic není. Říkám si, kdybych měla nějakou jinou nemoc, třeba něco s ledvinami nebo tak, lidi by mi to věřili a nedívali se na mě přes prsty. Je hrozné s tím žít.“*

*„Ovlivňuje to všechno, ale podle lidí to musím hrát, z čeho to vzniklo. I v práci se na mě dívali jinak. Už to nešlo to zvládat. I v rodině mi to nadhodí. Nemůžu dělat nic jako dřív. Všechno se změnilo a je to jinak.“*

Dva dotazovaní, kteří odpověděli, že se s stigmatizací nikdy nesetkali, popisovali, že jsou na tom teď lépe, že ví, co se s nimi děje. Oba však zdůraznili, že se vyhýbají prostředí, které před tím považovali za domov.

Z uvedených příkladů a z analýzy interview vyplývá, že dotazovaní veškeré změny ve svém životě a svém okolí přisuzují nemoci. Díky ní se vše mění. A to jak člověk sám, tak vztahy v rodině, na pracovišti, ve společnosti. Z výpovědí je také patrné, že lidé v okolí dotazovaných mají stále málo informací o psychiatrickém onemocnění a často se uchylují k nesprávnému usuzování o průběhu nemoci, což nadále prohlubuje její stigma a stigmatizaci osob, které jí onemocněli. Proto lze předpokládat,

že STIGMA jako takové může mít vliv na osoby z výzkumného souboru právě v ohrožení a narušení rodinných vztahů.

**Čtvrtá výzkumná otázka** týkající se toho, co se podílí na vzniku a přetrvávání stigmatu ve společnosti, byla zodpovězena skoro jednohlasně ve všech 15 případech. Jako první zaznělo vždy: „málo informací“. Na tomto se shodli opravdu všichni dotazovaní. Lidé z výzkumného vzorku si uvědomují a umějí dobře popsat, proč se lidé chovají tak rozdílně k lidem zdravým a nemocným.

*„Neví o tom nic. Bud' nás litují, nebo mají soucit, ale vždyť nám to šibuje všem, ne? Společnost prostě není schopna respektovat odlišnosti.“*

*„Nemají informace, ale mají předsudky a chtějí se povýšit. Hledají obětního beránka, který je jiný, aby mu to mohli osladit.“*

*„Oni to nepochopí, neví a nechcou vědět, co se děje uvnitř. Kdyby měli více pojem o čem to je, třeba by se chovali jinak.“*

*„Hlavně nadřazenost a nevědomost. Myslí si, že jsou nejlepší. Když se to dozví, že jsem nemocná, hned mají strach. Může se to stát přece každému, ne?“*

*„Ti, co jsou zdraví jsou namyšlení a arogantní. Jsou rychlí, všechno zvládají. Ale k těm, co jsou jiní se chovají jako k odpadu. Nezvládám to mezi nima. Nemají o tom ani ponětí, co to je, ale mluví jak kdyby znali všechno.“*

Z uvedených příkladů a studia všech interview lze předpokládat, že osoby, které onemocněly psychiatrickou diagnózou a byli přítomni našeho výzkumu dokáží charakterizovat příčiny výskytu stigmatizace ve společnosti. Jelikož se často jedná o vlastní zkušenosti, jsou výpovědi velmi autentické a doprovázené emocemi a nespokojeností se situací ve společnosti. Dotazovaní si všímají odlišného chování ke svým osobám po onemocnění a přesně dokáží definovat, proč tomu tak je. Je to tedy nedostatek informací o duševním onemocnění, neschopnost vžít se do podobné situace, nepřipravenost a neochota společnosti akceptovat odlišnosti u jiných lidí.

**Pátá výzkumná otázka** se týkala toho, jak se lidé s psychiatrickou diagnózou cítí ve společnosti ostatních lidí. Položením takové otázky jsme se chtěli dozvědět, jak subjektivně osoby z výzkumného souboru vnímají společnost a svůj osobní statut v ní.

Odpovědi se lišily zřejmě podle vlastních zkušeností, které klienti zažili a podle chování lidí k jejich osobám. 12 dotazovaných z 15 odpovědělo spíše negativně. Tzn. že společnost vnímají jako místo, kde se cítí nejistě, zranitelně a nervózně. 3 klienti odpověděli, že se cítí mezi lidmi známými i neznámými normálně, stejně jako před onemocněním.

Při pokládání poslední otázky zmíněných 13 dotazovaných projevovalo velikou lítost nad tím, jak se ve společnosti cítí. Z jejich řeči a chování bylo patrné, že je to velmi zatěžuje a přáli by si to změnit.

*„Lidi se ke mně chovají jinak, když se to dozví. Pak se mi vyhýbají a mě to nedělá dobře být mezi nima. Ten kdo to neví se baví normálně.“*

*„Cítím se špatně tam, kde neznám lidi. Je vám lépe samotnému, nebo mezi svými. Společnosti se raději vyhýbám, nechci aby to na mě poznali a utahovali si ze mě.“*

*„Cítím se nejistě. Mezi známýma je to lepší, ale i tak se prostě cítím nejistě.“*

*„Nejradši bych odtamtud utekl, nedávám to tam. Nedělá mi to dobře. Ale musím si to prožít. Lidi jsou prostě buď dobří nebo špatní a agresivní. Raději do společnosti nechodím.“*

I po skončení interview, klienti často pokračovali a rozvíjeli komunikaci právě v rámci této poslední otázky. V 5 případech zaznělo přání mít nějakou jinou nemoc, ze které lidé nemají strach a dokáží si představit, jak se člověk, který jí onemocněl asi cítí. Také z uvedených příkladů je patrné, že osoby z výzkumného souboru společnost subjektivně vnímají spíše negativně, stejně tak i její postoj ke své osobě.



## 6 Diskuse

Pro prováděný výzkum s cílem pochopit a popsat, co pro psychiatricky nemocné osoby znamená pojem STIGMA, a do jaké míry se jich týká a ovlivňuje jejich životy, byla použita metoda kvalitativní. Její použití umožňuje poznat zkoumaný jev zejména po stránce subjektivní, což napomáhá ucelenému chápání celé problematiky.

Výzkumný soubor zvolený technikou záměrného výběru přes instituce, byl složen z 15 osob (žen i mužů), kteří navštěvují občanské sdružení Menssana v Ostravě. Kvalitativní metoda výzkumu, která byla zvolena nám umožnila použít vzorek těchto 15 dotazovaných osob, díky kladení důrazu na kvalitu sdělených informací a možnosti hlouběji proniknout do chápání a vnímání osob. Výzkum zahrnuje osoby, jejichž onemocnění má dlouhodobý charakter a sami aktivně vyhledali odbornou pomoc. Nezahrnuje sice osoby v akutní fázi onemocnění, většina dotazovaných však tuto fázi během své nemoci zažila. Za výhodu zvoleného souboru považujeme to, že zahrnuje jak ženy, tak muže, rozdílného věku i vzdělání. S ohledem na věk účastníků výzkumu se výpovědi mladých a starších lidí nijak zvlášť neliší. To může být také dokladem toho, že problémy se stigmatizací přetrvávají ve společnosti po celé generace.

Zvolená technika sběru dat nestrukturované interview nám umožnila na zkoumaný jev nahlížet z osobního pohledu samotných nemocných a přinést tak nové poznatky o jeho výskytu a působení na životy dotazovaných. Jsme si vědomi, že průběh rozhovoru mohl být ovlivněn neznalostí osoby výzkumníka.

Zvolené jádro rozhovoru nám pomohlo získat odpovědi na výzkumné otázky, které jsme si stanovili. Během jednotlivých interviw vyvstávaly i další možné otázky a odpovědi, které by danou problematiku mohly více osvětlit, což považujeme za motivaci pro další prováděné výzkumy.

Ostatní výzkumy, které se nám podařilo najít a prostudovat se zabývají psychiatrickým onemocněním z hlediska výskytu a názorů na něj ze strany většinové společnosti. Týkají se většinou jednoho onemocnění, zejména schizofrenie a použitá metodika je kvantitativní. Výzkum, který jsme měli k dispozici byl proveden v roce 2004 v rámci spolupráce projektu „Změna“ s agenturou Dema a jmenoval se „Názory

na schizofrenii“<sup>107</sup>. Výzkumný vzorek cca 700 lidí, mužů a žen z ČR projevoval tyto názory:

1. Chování lidí vůči osobám se schizofrenií se opírá o laický pohled na duševní nemoci, který se vytváří na základě tradičních představ předávaných z generace na generaci.
2. Úvahy o duševní poruše jsou u lidí vytěšňovány. Navenek je mínění prezentováno nezájmem a soucitnými výroky. Psychicky nemocní jsou označováni jako „blázní“, „magoři“, „opaváci“, či „paka“.
3. Obecná informovanost o duševní poruše, zvláště schizofrenii je chabá a nedostatečná a často způsobuje nesprávné usuzování o této nemoci.

Závěry výzkumu projektu Změna poukazují na to, že podle názorů lidí ve společnosti jsou duševní nemoci nevléčitelné, duševně nemocní lidé jsou agresivní a neschopní pracovního a rodinného života. Navíc se do představ o této nemoci přidává strach, jak ze samotné nemoci, tak z jejich nositelů. Při srovnání výzkumů „Názory na schizofrenii“ a výzkumu prováděného v této bakalářské práci jsme dospěli ke zjištění, že odpovědi osob z našeho výzkumného souboru ohledně chování společnosti vůči nim, více méně odrážejí názory na psychicky nemocné ve společnosti. Zejména pak v bodě 2, který pojednává o úvahách o duševní poruše, které jsou lidmi vytěšňovány, o nezájmu a soucitných výrocích, nebo označením lidí s psychiatrickým onemocněním hanlivými výrazy. Také bod 3, tedy chabá informovanost o psychiatrickém onemocnění, která způsobuje nesprávné usuzování o této nemoci byl v odpovědích dotazovaných často zmiňován, a to především, jako důvod přetrvávání stigmatizace. To do jisté míry potvrzuje, že reakce společnosti vůči psychiatricky nemocným, podpořené předsudky a stigmatem existují a nemocní lidé se s nimi setkávají.

Námi předložený výzkum by mohl naznačit, že je třeba se zabývat osobami s psychiatrickým onemocněním, a že problém stigmatizace ve společnosti přetrvává. Určitým východiskem z nelehké společenské situace je jistě větší informovanost nejen společnosti zdravých lidí, ale také osob, které onemocněli. Ukázalo se totiž, že s některými problémy, jako je stigmatizace by nemocné osoby mohly lépe pracovat a zvládat je, kdyby o nich měli větší pojem. To se však nemusí týkat pouze stigmatu, ale

---

<sup>107</sup> Srov. WENIGOVÁ, B. *O stigmatu: stigma a psychiatrie* [online], [cit. 2009-03-05], dostupné na: <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma.html>>.

i jiných důležitých skutečností, které jsou pro obranu, léčbu, ale také resocializaci těchto osob zásadní. Proto se domníváme, že provedený kvalitativní výzkum, v této práci, může poukazovat na to, že je přínosné zjišťovat potřebná data přímo od osob, kterých se týkají a metoda kvalitativního výzkumu se jeví jako vhodné řešení pro jejich získání.

## 7 Závěry výzkumu

Průběh interview a probírané otázky směřovaly k zodpovězení pěti výzkumných otázek, které jsme si stanovili. Na jejich základě a na základě výpovědí dotazovaných se ukázalo, že osoby s psychiatrickým onemocněním, které byli účastny výzkumu pojem stigma neznají v souvislosti s nemocí či odlišností. Tak jak je tento pojem prezentován v odborných publikacích týkajících se problematiky stigmatu, či nálepkování nebo označení jedince v důsledku jeho odlišnosti byl pro naše klienty neznámý. Mohlo by se zdát, že proto v jejich životech nehraje žádnou roli, nejsou jím ovlivněni. Opak je však pravdou. Právě zvolená metoda výzkumu nám umožnila, dotazovaným pojem vysvětlit, a získat tak potřebná data. Po dostatečném pochopení pojmu stigma klienty, bylo patrné, že se s takovým druhem chování ve společnosti již setkali. Za zajímavé zjištění považujeme fakt, že výskyt stigmatizace se podle dotazovaných objevuje spíše ve vlastní rodině a blízkém okolí. Právě zde se nejčastěji setkávají s nepochopením, bagatelizací a jistou konečností diagnózy. Autentičnost interview ukázala, že tento stav je pro nemocné velmi obtížný a často dlouho trvající.

Vliv stigmatizace na život jedince s psychiatrickou diagnózou je úzce spojen s nemocí samotnou. Většina účastníků výzkumu přisuzuje odlišné chování k jejich osobám právě nemoci, která zapříčiňuje změny jak v osobním, rodinném, tak pracovním životě. V rámci povědomí ostatních lidí o psychiatrické diagnóze jsou nemocní posuzováni odlišně a často se stávají terčem hanlivých označení (opavák, magor, blázen, psychopat...), nebo nesprávného usuzování o jejich stavu a průběhu nemoci. Největší vliv nemoci byl zaznamenán opět v rodinných vztazích, což může vést k prohlubování nemoci a prodlužování doby rekonvalescence nemocného člověka.

Bylo zjištěno, že dotazovaní umí přesně charakterizovat, co vede ke stigmatizaci psychiatrického onemocnění, a proč se k nim ostatní lidé chovají jinak než k lidem zdravým, či odlišně nemocným. Za hlavní důvod je považován nedostatek informací o nemoci, jejich příčinách, průběhu, projevech a možnostech léčení. Zmiňovaná byla také nepřipravenost a neochota společnosti akceptovat jakoukoliv odlišnost u svých spoluobčanů. Společnost je v povědomí duševně nemocných lidí zakotvena jako místo, kde se cítí nejistě a jsou často posuzováni na základě své odlišnosti.

Ze zjištěných skutečností se problematika stigmatu psychiatrického onemocnění, jeví jako velmi živá a lidmi z výzkumného souboru vnímaná. I když dotazovaní neznají

sociologický termín stigma, mají velké zkušenosti s jeho výskytem. Proto je podle našeho mínění vhodné zabývat se těmito jevy v obou směrech jejich působení a zjišťovat zda je daným skutečností opravdu porozuměno. Jako možné řešení se nám jeví, co možná největší a nejlepší informovanost společnosti i nemocných o psychiatrické nemoci. S ohledem na fakt, že tento druh onemocnění může postihnout kdykoliv člověka samotného, nebo člena jeho rodiny je nezbytné porozumět a snažit se pochopit jak příčiny nemoci, tak její projevy a možnosti vrácení zpět do běžného života.

Nástroje destigmatizace, jako příručky, letáky a akce spojené se vzájemným poznáváním nemocných lidí a prostředí, ve kterém žijí se zdají být dobrým východiskem z této nelehké situace. V rámci příloh bakalářské práce jsme si dovolili vypracovat určitou příručku, kde jsou shrnuty důležité informace o psychiatrickém onemocnění a problematice stigmatu. Snahou bylo navrhnout možnou strukturu informativní příručky, která by občanům nastínila, co psychiatrické onemocnění je, koho se týká a kde lze vyhledat pomoc.

## Souhrn

Psychiatrické onemocnění lze charakterizovat jako stav, kdy u jedince dochází k přechodu z duševního zdraví do duševní nemoci. Hranice mezi těmito stavy se jeví jako velmi tenká už z hlediska příčin i vzniku, avšak ve společnosti je již řadu let vymezena docela ostře. V posledních letech lze v České republice zaznamenat jistý nárůst duševních onemocnění, kdy převažují zejména nemoci neurotické, afektivní, schizofrenie a poruchy, které způsobují psychoaktivní látky. Každá z forem psychiatrického onemocnění s sebou přináší rozdílné příznaky, průběh i možnosti léčby a následné resocializace. Společným znakem je potom jedinec, který touto diagnózou onemocní a musí se s ní vypořádat. Člověk, který se stane psychiatrickým pacientem se ocitá ve stavu nemoci, který přináší řadu změn. Každá taková změna, může v životě člověka zanechat následky, které pak ovlivňují jeho každodenní činnosti a dosavadní život.

Důsledky psychiatrického onemocnění lze rozdělit na individuální, týkající se přímo člověka, který onemocněl a na takové, které přímo ovlivňují vztahy a klima rodiny, ve které žije. Pod pojmem individuální dopady si lze představit především změny ve statusu a rolích, které nemocný člověk zastává. Z člověka se statusem zdravý, se stává člověk nemocný, který se musí naučit hrát a plnit nové společenské role, které z nemoci vyplývají. To s sebou přináší značné úsilí a ne vždy mohou být z různých příčin nové role plněny, což je ovlivněno nejen osobností člověka, ale také diagnózou a v neposlední řadě rodinným zázemím, které má. Kvůli časté, plné invalidizaci dlouhodobě psychiatricky nemocných osob se mění jejich pracovní zařazení, a oni buď své místo mohou ztratit, nebo nejsou schopni si novou práci najít. Důsledky pak můžeme zaznamenat v rovině ekonomické, psychické a sociální.

Dalo by se říci, že po diagnostikování psychiatrického onemocnění, se dosavadní život jedince dostává do úplně jiné dimenze, se kterou se musí vyrovnat jak sám nemocný, tak jeho nejbližší. V rodinných vztazích, kde se objeví nemocný člen vzniká nové klima. V rodině s nemocným členem nemusí ze začátku nemoci dojít k jejímu pochopení a poznání jejich příznaků a především i možností léčby. Proto se může jako systém uchýlovat k jisté konečnosti diagnózy, nebo tuto nemoc bagatelizovat. K tomu přispívá i fakt, že soužití s člověkem s psychiatrickou diagnózou přináší řadu změn a také problémy, které rodinu jako systém zatěžují.

Jeden ze společenských jevů, který výrazně ovlivňuje život psychiatricky nemocných členů společnosti a dotýká se i jejich rodin je stigma psychiatrického onemocnění. Ačkoliv je tento druh onemocnění známý již dlouhá léta, přesto se lidé, kteří jím onemocněli potýkají s nerovnými příležitostmi, jsou často terčem posměchu a jsou jim přisuzovány vlastnosti a typy chování, které nevystihují jejich osobnost, ale nemoc, kterou trpí. Navíc jsou tyto představy mnohokrát výplody fantazie, či neznalosti a záměny s jinými druhy onemocnění či deviací. Odborná společnost uvádí, že stigma lze definovat jako druhotnou diagnózu k té psychiatrické, jelikož člověku může přinášet mnohem více obtíží, než nemoc samotná. Není tedy pochyb, že psychiatrické onemocnění a problém stigmatu spolu neodmyslitelně souvisí. Aby nedocházelo k časté izolaci a znesnadněné resocializaci psychiatrických pacientů, snaží se spousta odborníků, včetně psychiatrické společnosti a řady nestátních neziskových organizací o tzv. destigmatizaci psychiatrického onemocnění. Ta spočívá především ve větší informovanosti společnosti o této problematice a v pořádání společných akcí, které pomáhají v setkávání lidí zdravých s těmi nemocnými a v odstraňování mýtů, které jsou s tímto onemocněním spojeny. Jako dobrá cesta ve znovuvytvoření sebedůvěry a plnohodnotného života osob s psychiatrickou diagnózou se jeví i rozvoj komunitní péče, která má svůj význam zejména na poli samostatného bydlení, pracovního zařazení a smysluplného využití volného času osob s duševním onemocněním. Na rozdíl od péče institucionální je zde uplatňován přístup komunitní, kde má právě komunita několika lidí se společným problémem svůj zásadní význam. Důležitou roli v péči o psychiatricky nemocné, ať už v zařízeních institucionálních při hospitalizacích, nebo v zařízeních komunitní péče, sehraává sociální práce. Ta svými nástroji umožňuje člověku, který onemocní snadnější vyrovnání se s nastalou situací, je jistým prostředkem k řešení narušených vztahů v rodině a napomáhá v resocializaci psychiatricky nemocných členů společnosti. Své zásadní místo má také v situaci, kdy musí být psychiatrický pacient hospitalizován, což je životní období, které je provázeno řadou změn, problému, jak osobních, tak rodinných.

Jak již bylo řečeno společným znakem psychiatrického onemocnění a jeho diagnóz je jedinec, který onemocní. Ten, který se potýká s řadou potíží způsobených jak nemocí, tak stigmatem, které se ve společnosti neustále objevuje. Abychom lépe pochopili a popsali, co pro psychiatricky nemocné osoby znamená pojem stigma, a do jaké míry se jich týká a ovlivňuje jejich životy, provedli jsme kvalitativní výzkum, který nám tyto informace může poskytnout. Výzkumu se účastnilo 15 klientů (9 žen

a 6 mužů) nestátní neziskové organizace Menssana v Ostravě, kteří byli vybráni metodou záměrného výběru přes instituce. Věk dotazovaných se pohyboval od 20 do 60 let. Pro sběr dat byla vybrána metoda nestrukturovaného moderovaného interviu. Pro následnou analýzu dat byla zvolena metoda prostého výčtu.

Z analýzy dat vyplynulo, že dotazovaní, většinou dlouhodobě psychiatricky nemocní lidé pojem stigma neznají a nedokáží jej spojit s psychiatrickým onemocněním. Díky možnosti vysvětlení tohoto pojmu se ukázalo, že většina z dotazovaných se s stigmatizujícím chováním během své nemoci setkala a zajímavým zjištěním pro nás bylo, že nejčastěji ve vlastní rodině. Právě v tomto prostředí se potýkají s nepochopením, bagatelizací nemoci a jistou konečností a neodvratitelností své diagnózy. Vliv stigmatu na život psychiatricky nemocných byl u dotazovaných charakterizován tak, že veškeré problémy a změny, které po diagnostikování v jejich životech nastaly přisuzují právě nemoci a jejím projevům. Tyto změny se týkaly jak života osobního a vztahů, tak života rodinného a pracovního. Účastníci výzkumu umí přesně definovat důvody, proč se ve společnosti stigma vyskytuje a proč se společnost chová odlišně k lidem zdravým a nemocným. Hlavním důvodem je nedostatek informací o nemoci, nepřipravenost a neochota společnosti akceptovat jakoukoliv odlišnost u svých spoluobčanů. Společnost jako taková je v povědomí duševně nemocných lidí zakotvena jako místo, kde se cítí nejistě a jsou často posuzováni na základě své odlišnosti.

Tento fakt poukazuje na to, že je potřeba s vlivem stigmatu na psychiatricky nemocné počítat a zajímat se o něj, nejen z pohledu společnosti, ale také z pohledu samotných nemocných. Informace získané přímo od osob, které trpí určitým znevýhodněním a analýza jejich pocitů a pohledů na věc se zdá být velmi důležitá. Nejen, že pomáhá osvětlit různá zákoutí vnímání těchto osob, ale vyznačuje se i zájmem společnosti o problémy, které se psychiatricky nemocných osob týkají.

Význam destigmatizace je velký a je třeba ji nadále rozvíjet. Výzkum však poukázal i na to, že informace o psychiatrické problematice musí směřovat nejen k lidem duševně zdravým, ale také k těm nemocným.

Na závěr lze říci, že psychiatrické onemocnění je nemoc, jako každá jiná a lidé, kteří jí trpí si zaslouží pomoc a pochopení stejně jako kdokoli jiný. Proto by se měla společnost snažit, o co největší pochopení příznaků a projevů jejich nemoci, aby se tak stále snižovalo stigma, které je velmi nebezpečné a ve společnosti stále přítomné.



Onemocnět psychiatrickou diagnózou může kdokoliv, a proto bychom se měli snažit, chovat k nemocným tak, jak si přejeme, aby se ostatní, v případě nemoci chovali k nám.

## **Anotace**

Příjmení a jméno autora: LICHNOVSKÁ Barbora

Instituce: Katedra křesťanské sociální práce CMTF UP v Olomouci

Název práce: Stigma spojené s psychiatrickým onemocněním

Vedoucí práce: Mgr. Hana Krylová, PhD.

Počet stran: 72

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 18

Klíčová slova: stigma  
stigmatizace  
psychiatrické onemocnění  
psychiatrie  
duševní zdraví  
kvalitativní výzkum

Bakalářská práce se zabývá souvislostmi mezi psychiatrickým onemocněním a společenským jevem, který se nazývá stigma. Psychiatrické onemocnění charakterizované stavem přechodu z duševního zdraví do duševní nemoci přináší lidem řadu změn a dopadů, jak v životě osobním, pracovním, tak rodinném. Na druhé straně stojí stigmatizace považovaná za druhotnou nemoc, která často zabraňuje léčbě, resocializaci a běžnému životu osob s psychiatrickým onemocněním. Tato skutečnost je prezentovaná na základě provedeného kvalitativního výzkumu v o.s. Menssana, prostřednictvím jeho klientů.

## Seznam použité literatury

- BAŠTECKÝ, J. *Posuzování způsobilosti k právním úkonům ve světle nových ustanovení Nejvyššího soudu ČR*. In: Sborník přednášek z krajského soudně psychiatrického soustředění. 1. vyd. Mikulov, 198 s. ISBN: 70-4556-908-12.
- CIELUCHOVÁ, B. *Psychiatrická diagnóza očima společnosti i nemocných*. Nepublikovaná absolventská práce. Caritas- Vyšší odborná škola sociální Olomouc, Česká republika, 2008. 75 s.
- ČERNOUŠEK, M., *Historie pojmu duševní zdraví a duševní nemoc*. 1. vyd. Praha: Novinář, 1990. 115 s. ISBN: 80-8512-160-3.
- DAŇKOVÁ, KASALOVÁ, Š. *Co (ne) víme o duševním zdraví*. [online], 2009- [cit. 2009-02-23], dostupné na World Wide Web: < <http://www.ceskapsychiatrie.cz/Text/obor-psychiatrie?MenuItemId=169>>.
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. 374 s. ISBN: 80-7184-141-2.
- Duševní zdraví*, [online], 2009- [cit. 2009-01-02]. Dostupné na World Wide Web: <[http://ec.europa.eu/health-eu/health\\_problems/mental\\_health/index\\_cs.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_cs.htm)>.
- FOCAULT, M. *Dějiny šílenství*, z francouzského originálu *L'histoire de la folie á láge classique*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1994. 350 s. ISBN: 80-7106-085-2.
- Fokus Ústí nad Labem. *Komunitní přístup*. [online]. 2009- [cit. 2009-02-13], Dostupné na World Wide Web: <[http://www.fokusul.cz/stranky/komunitni\\_pristup.htm](http://www.fokusul.cz/stranky/komunitni_pristup.htm)>.
- HINTERHUBER, H. *Stigma schizofrenie: snaha o jeho překonání*. Česká a slovenská psychiatrie, časopis psychiatrické společnosti, Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně. č. 5/2008, ISSN: 1212-0383.

- HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Tigris, 2002. s.895. ISBN: 80-9001-301-5.
- KRYLOVÁ, H. Kvalitativní analýza příčin bezdomovství, vedoucí práce: M. Miovský, diplomová práce, katedra psychologie FF UP, Olomouc, 2008.
- LIBIGER, J. *Stigma duševního onemocnění* [online]. 2008 – [cit. 2007-01-23]. Dostupné na World WideWeb: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/08libige.htm>>.
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, a.s., 2008. 176 s. ISBN: 978-80-247-2138-5.
- MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 180 s. ISBN:80- 634-1221-7.
- MARKOVÁ, E. VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 230 s. ISBN: 80-247-1151-6.
- MCKENZIE, K. *Deprese*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 360 s. ISBN: 80-247-0093X.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN: 80-247-1362-4.
- MIRABEU, H. *Mémoires d'un voyageur Anglii*. Paříž, 1788. 340 s. ISBN: 80-7106-085-2.
- OUTLÝ, J., *Psychologové vyzvali politiky ke změně slovníku* [online]. 2008 – [cit. 2007-08-30]. Dostupné na World Wide Web: <[http://www.drogyInfo.cz/index.php/info/přehled tisku a medii/domaci tisk/vyber z domácého tisku 2005 02 22 22](http://www.drogyInfo.cz/index.php/info/přehled_tisku_a_medii/domaci_tisk/vyber_z_domacího_tisku_2005_02_22_22)>.

*Práce pro zdravotně postižené.cz* [online]. 2008 – [cit. 2008-02-25]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.praceprozp.cz/hledani-prace/seznam-zvlaste-vhodnych-pracovnich/dusevni-postizeni.html>>.

PRAŠKO, J. *Co je to deprese a jak se léčí*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. 432 s. ISBN: 80-7254-030-03.

*Projevy duševních poruch* [online]. 2008 – [cit. 2008-02-22]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.lecimesespsychozou.cz/kapitola>>.

Psychiatrická společnost ČZS JEP a Česká psychiatrická společnost. *Koncepce oboru psychiatrie*. [online]. 2009- [cit. 2009-02-15]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.ceskapsychiatrie.cz/Text/obor-psychiatrie?MenuItemId=169>>.

*Slovo blázen* [online]. 2008 – [cit. 2008-07-14]. Dostupné na World Wide Web: <<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/220866-blazen>>.

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 1. vyd. Praha: Maxdorf s. r. o., 1996. 504 s. ISBN: 80-85800-33-0.

*Stigmatizace trpících bolestmi duše* [online]. 2008 – [cit. 2007-11-11]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.mediatarget.org/clanky/konference/stigmatizace-trpicich-bolestmi-duse/>>.

STYX, P. *O psychiatrii, jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 356 s. ISBN: 80-7226-828-7.

ŠUPA, J., Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“ [online], 2008- [cit. 2008-12-13], dostupné na World Wide Web: <[www.kpss.brno.cz/download/osp/1197449363.doc](http://www.kpss.brno.cz/download/osp/1197449363.doc)>.

ŠVEJDOVÁ, M. *Sociální pracovníce v psychiatrickém zařízení jako zdravotní sestra*. Sociální práce, časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci, České Budějovice: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. č. 1/2008, ISSN: 1213-6204.

*Týdny pro duševní zdraví. Sociální práce, časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci, České Budějovice: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. č. 1/2008, ISSN: 1213-6204.*

*Umírání.cz* [online]. 2008 - [cit. 2008-10-09]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&type=19>>.

*Úvodní informace* [online]. 2008 – [cit. 2008-02-22]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.fokus-mb.cz/vnitri/dokum/11103/htm>>.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN: 978-80-7367-414-4.

WENIGOVÁ, B. *O stigmatu: stigma a psychiatrie* [online], 2008 - [cit. 2008-10-26], dostupné na World Wide Web : < <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma.html> > .

Zákon č. 234/1992 sb. ( zákon o rodině, kterým se mění a doplňuje zákon, č. 94/1963 sb., o rodině), ve znění zákona č. 132/1982 sb.6. Ústí n. Labem KÚNZ 1987.

## Seznam obrázků

<b>Obrázek 1:</b> Počet pacientů léčených v psychiatrických ambulancích podle pohlaví, 2002 .....	12
<b>Obrázek 2:</b> Počet pacientů léčených v psychiatrických léčebnách podle skupin diagnóz, 2003.....	13
<b>Obrázek 3:</b> Vliv stresu na člověka s psychiatrickým onemocněním.....	26
<b>Obrázky 4 a 5:</b> Ukázky obrázků ženy se schizofrenií.....	34

## Seznam příloh

- Příloha č. 1:** Charitní dům sv. Vincence Olomouc
- Příloha č. 2:** Fokus Praha o.s.
- Příloha č. 3:** Průvodní dopis
- Příloha č. 4:** Příručka: Co je nemoc duše a jak se projevuje



## **Charitní dům sv. Vincence Olomouc**

Posláním domu sv. Vincence je podpora dospělých lidí s duševním onemocněním při jejich postupném začleňování do běžného života. Uživatelům pomáhá zvládat sociální souvislosti a důsledky duševního onemocnění včetně prevence duševních stavů, které je provázejí. Cílem tohoto zařízení je obnova sociálních vazeb a dovedností, podpora soběstačnosti uživatele a změna stabilizace životního stylu.<sup>108</sup>

### **Tato organizace provozuje služby:**

- Centrum denních služeb – poskytuje pracovní rehabilitace (běžné pracovní návyky, nácvik pracovních dovedností),
  - skupinová psychoterapie
  - psychosociální rehabilitace (sociálně - právní poradenství, psychologické konzultace, nácvik sociálních dovedností)
  - volnočasové aktivity (sportovní odpoledne, literární klub, odpoledne pro ženy, výuka angličtiny, turistika)
- Dům na půl cesty – slouží pro nácvik dovedností potřebných pro pozdější samostatné bydlení. Zde se pracovníci Domu sv. Vincence snaží o to, aby se uživatelé služeb stali „samostatnými lidmi“, kteří již jejich služby nepotřebují.
- Chráněné pracoviště Betánie – posláním tohoto pracoviště je pomoci lidem s duševním onemocněním znovu obnovit své pracovní a sociální dovednosti a najít tak rovnoprávné postavení ve společnosti.

Uživatel absolvuje pracovní rehabilitaci buď v provozu kavárny jako číšník/servírka, v kuchyni jako pomocný kuchař / kuchařka, nebo v prodejně výrobku z chráněné dílny jako prodavač / prodavačka. Pracovní náplň a doba je přizpůsobena

---

<sup>108</sup> Dostupné na: <<http://www.olomouc.charita.cz>>.

možnostem každého uživatele. Ti vykonávají svou práci pod odborným dohledem asistentů, na které se mohou v případě jakýchkoliv obtíží obrátit.<sup>109</sup>

---

<sup>109</sup> Dostupné na: <<http://www.olomouc.charita.cz>>.

## **Fokus Praha o.s.**

Posláním Fokusu Praha je podpora lidí se zkušeností duševní nemoci ve spokojeném zvládnání života a nalezení osobní realizace ve společnosti. Toto zařízení se snaží, aby každý klient odsud odcházel vyrovnanější, silnější ve svých vlastních schopnostech a lépe vybavený pro praktický život. Fokus Praha působí od roku 1990 a je členem mezinárodních organizací World Federation for Mental Health, Arge Ost West a Mental Health Europe.<sup>110</sup>

Maximálně se tato organizace snaží prosazovat legislativní a jiné změny v oblasti psychiatrie a sociálních služeb v České republice. V péči o duševně nemocné kladou důraz na komunitní péči, minimalizace restriktivních opatření a ochranu práv psychicky nemocných. Prosazují nové standardy sociálních služeb dostatek, dostupnost a kvalitu služeb. Působí také na veřejnost, a to v takovém duchu, aby vůči duševně nemocným neměla předsudky. Svou práci dělají profesionálně, s úctou a láskou ke každému z klientů.

### **Poskytované služby:**

- komplexní komunitní péče
- pomoc psychoterapeutů a socioterapeutů
- odbornou pomoc psychiatrů
- odborníky přes vzdělávání
- a další pracovníky včetně dobrovolníků<sup>111</sup>

---

<sup>110</sup> Dostupné na: <<http://www.fokus-praha.cz>>.

<sup>111</sup> Dostupné na: <<http://www.fokus-praha.cz>>.

## **Poskytnutí rozhovoru**

Dobrý den, jmenuji se Barbora Lichnovská a jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci. Obor, který studuji se nazývá Sociální práce, sociální politika. Tento rok je v mém studiu poslední a proto píše svou bakalářskou práci. Ta nese název STIGMA SPOJENÉ S PSYCHIATRICKÝM ONEMOCNĚNÍM.

V rámci této práce se zabývám jak psychiatrickým onemocněním, tak osobami, které jím onemocněly. Je známo, že se v dnešní společnosti objevuje tzv. stigmatizace osob, které onemocněly právě duševním onemocněním. Tento jev je velmi nebezpečný a zabraňuje osobám takto nemocným v prožívání plnohodnotného života. Stigma lze potom charakterizovat jako určité označení, či nálepkování osob podle jejich nemoci. Na takového člověka potom společnost může nahlížet ne dle jeho opravdových vlastností, ale podle symptomů, které jeho nemoc vykazuje.

Abych se o působení tohoto jevu dozvěděla více informací, které odborné publikace neobsahují, chtěla bych se dozvědět subjektivní názory a zkušenosti samotných osob s touto nemocí.

**Proto bych Vás chtěla poprosit o poskytnutí krátkého rozhovoru, pro možnost zpracování výzkumu, do mé bakalářské práce. Závěry, nikoliv samotné rozhovory budou použity v této práci.**

Každý rozhovor je samozřejmě ANONYMNÍ, a jako sociální pracovník jsem vázána mlčenlivostí dle ETICKÉHO KODEXU sociálních pracovníků. Otázky, které budou položeny nemají intimní povahu a poskytovatel má možnost jakoukoliv otázku nezodpovědět.

Pokud by někdo z Vás byl ochoten mi krátký rozhovor poskytnout, budu přítomna v této budově po dobu trvání KREATIVNÍ DÍLNY a to dnes a zítra. Jestliže by Vám vyhovoval jiný termín, můžeme se domluvit, který by Vám vyhovoval. Mockrát Vám děkuji, že jste si tento dopis přečetli a budu Vám nesmírně vděčná, pokud mi rozhovor poskytnete.

S pozdravem

Barbora Lichnovská, DiS.