

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Filozofická fakulta

Katedra sociologie a andragogiky

Stigmatizace osob s duševním onemocněním
Stigmatization at Persons with Mental Disorders

Bakalářská diplomová práce

Drahoslava Adamová

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Pavel Kliment, Ph.D.

Olomouc 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

.....

ANOTACE

Tato práce se zabývá osobami s duševní poruchou či poruchou chování a zkoumá dopad této diagnózy na kvalitu jejich života. Zabývá se také pohledem společnosti na takto nemocné. Prokazuje stigmatizaci osob s duševním onemocněním a tento jev uvádí také do širších souvislostí, hledá tak vlastně odpověď na otázku, proč k tomuto jevu v naší společnosti dochází. Práce dále nabízí některá možná řešení daného problému, jako jsou aktivity Chráněné dílny Svaté Kláry a Klubu Pohoda, který je navazujícím článkem. Tyto projekty se snaží zlepšit kvalitu života duševně nemocných a umožnit jim návrat do společnosti a možnost uplatnit se na trhu práce.

Cílem této práce je deskripce mechanismu stigmatizace duševně nemocných, zjištění důsledků tohoto jevu a možností jeho částečné nápravy. Z toho tedy vyplývá, že tento text je určen nejen pro osoby s duševní poruchou, a pro jejich rodinné příslušníky, tedy pro někoho, kdo je přímým účastníkem popisované skutečnosti, ale i pro širší veřejnost, která by se o stigmatizaci osob s duševním onemocněním chtěla informovat.

ÚVOD	6
1 Duševní nemoc.....	8
1.1 Duševní nemoc a právo.....	10
1.2 Příznaky duševních poruch	12
1.2.1 Vnímání a jeho poruchy.....	13
1.2.2 Emotivita a její poruchy.....	14
1.2.3 Pudy a jejich poruchy.....	15
1.2.4 Myšlení a jeho poruchy.....	16
1.2.5 Paměť a její poruchy.....	17
1.2.6 Intelekt a jeho poruchy.....	18
1.2.7 Jednání a jeho poruchy	18
1.2.8 Vědomí a jeho poruchy.....	19
1.2.9 Poruchy osobnosti	20
1.2.10 Psychické syndromy	21
1.3 Onemocnění s psychotickými příznaky.....	23
1.3.1 Předsudky o psychóze.....	25
1.3.2 Schizofrenie.....	26
2 Stigmatizace	29
2.1 Duševní nemoc a stigma	30
2.1.1 Stereotyp duševně nemocného a následná stigmatizace.....	33
2.1.2 Značkovací reakce.....	34
2.1.3 Rodina duševně nemocného a strach ze značkování.....	36
2.1.4 Sebeznačkování u osoby s duševním onemocněním.....	37
2.1.5 Značkování odborníkem	38
2.1.6 Vliv stigmatizace na léčbu osob s duševním onemocněním.....	39
3 Destigmatizace	41
4 Chráněná dílna Svaté Kláry.....	45
4.1 Metody práce Chráněné dílny Sv. Kláry	48
4.2 Práva a povinnosti klientů Chráněné dílny Sv. Kláry	50

4.3 Individuální plánování průběhu služeb.....	51
4.4. Mé vlastní působení v Chráněné dílně Sv. Kláry	52
4.5. Vztah mezi Chrán. díl. Sv. Kláry a Denním cent. Klubu "Pohoda"	57
5 Integrační chráněné dílny	59
ZÁVĚR.....	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	62
SEZNAM PŘÍLOH	63

ÚVOD

„Duševní poruchy představují velkou specifickou skupinu nemocí“¹.

Tato onemocnění často vedou ke značnému utrpení v životě nemocných i jejich rodin a blízkých. Je však zcela zřejmé, že duševně nemocný člověk je v jiném postavení než člověk s tělesnou nemocí. Osoba s duševní poruchou se ostatním často jeví, jako člověk s vadami, slabý, neschopný a dokonce i jako hloupý. Neznalé okolí se tedy takového člověka často bojí a všeobecná představa je, že jeho chování je nekontrolovatelné, nepředvídatelné či dokonce nebezpečné. Osoba s duševní poruchou, tak tedy nenese jen břímě vlastní nemoci, ale i břímě hodnocení své choroby ostatními lidmi, a dochází tak ke stigmatizaci. Stigmatizace postihuje skupiny lidí, které společnost označí jako nositele jisté, v jejich očích často negativní skupinové vlastnosti a vlastně tak ovlivní jejich společenské postavení a roli. Je zcela zřejmé, že toto vede k diskriminaci osob patřících do skupiny takto označených lidí a právě mezi takto „ocejchované“ patří i osoby s duševním onemocněním. Stigmatizace brání nemocnému opětovně se zařadit do společnosti jako svébytnému jedinci, velice se snižuje možnost jeho uplatnění a příležitost najít si odpovídající práci, zhoršuje jeho naději na dobrou a velice často i jakoukoliv možnou domluvu s ostatními lidmi, kteří o problému duševních poruch v podstatě nic nevědí. Snižuje se tak víra sama v sebe, dostavuje se stav nechuti opětovně překonávat tuto bariéru. Dopady na nositele 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, osamocenost a oslabený pocit vlastní sebehodnoty².

„Odstranění nebo zmenšení stigmatu je závislé na rozpoznání jeho zdrojů. Zdroji stigmatu jsou vzájemně propojené faktory: skutečná odlišnost duševně nemocných, předsudek, nároky a hodnoty prostředí.“³

¹ Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie.1.vyd. Praha:Portál, 2002, str. 9.

² Srov.:<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psihiatrie-napric-casem-wenigova.html>, dne: 18.10.2008.

³ <http://www.anamneza.cz/moduly/clanek.php3?id=864-sekce=20>, dne: 18. 10. 2008.

Hlavním motivem k vypracování této bakalářské práce, bylo to, že v mé blízké rodině se nachází člověk s diagnózou duševní poruchy. Nejen on, ale i já sama, se tak vlastně setkávám se všemi negativními projevy stigmatizace.

Tato práce je tedy pro mne velkým přínosem a možností zjistit jaké jsou se stigmatizací zkušenosti druhých podobně postižených a zároveň najít prostředky a metody jak stigmatizaci úspěšně čelit.

Hlavním cílem bakalářské práce je deskripce mechanismu stigmatizace duševně nemocných, zjištění důsledků tohoto jevu a nastínění možností jeho částečné nápravy. Sekundárním cílem této práce je konkrétní popis služby sociální prevence a to v Chráněné dílny Svaté Kláry a Klubu Pohoda, které jsou příkladem dobré praxe.

Objektem zkoumání v této práci je tedy zcela specifická skupina a to skupina osob s duševním onemocněním. Konkrétně to zde je, osoba mě blízká, se kterou mám desetiletou zkušenost při řešení životních událostí při diagnóze duševní poruchy, dále jsou to pacienti psychiatrického oddělení nemocnice Znojmo, kde jsem v roce 2006 vykonávala odbornou praxi a v neposlední řadě to jsou klienti Chráněné dílny Svaté Kláry a Klubu Pohoda zřízené při Oblastní charitě Znojmo právě pro osoby s duševním onemocněním, kam jsem několik měsíců nepravidelně docházela, jako host.

Zdrojem dat a informací se stala výše popsaná skupina lidí a také dostupná literatura k danému tématu.

Postupovala jsem analýzou sekundárních zdrojů, tedy odborné literatury a webových stránek zaměřených na stigmatizaci osob s duševním onemocněním a sekundární metodou zkoumání se zde stalo zúčastněné pozorování a narativní rozhovor s osobami z výše uvedené skupiny. Informace touto cestou získané mají povahu ilustrativního doprovodu vlastního textu.

1. Duševní nemoc

Neoddělitelnou součástí každého člověka je psychika a je to tedy pojem, se kterým se naprostá většina z nás setkala. Z etymologického hlediska je slovo psychika odvozeno z řeckého *psýché* – duše. V řeckém bájesloví byla mladá krásná Psýché bohyní duševní krásy, milenkou Erotovou⁴.

Co si však pod tímto slovem můžeme představit, není to hmotná věc, která by se dala změřit, zvážit či ji dát vůbec konkrétní obraz a tvar. Je to tedy něco, co se dá velice obtížně definovat. Každý člověk vytváří pomocí vnímání, myšlení a emocí ve své mysli obraz okolního světa, jakož i vnitřního světa. Většina lidí ve společnosti utváří tento obraz podobně a je tím tak dána možnost navzájem si o tomto obraze povídat a porozumět tak jeden druhému.

Co se však děje, když je vnímání okolního světa odlišné od majoritní části společnosti. Takový člověk si ve svém nitru vytváří svět, který je odlišný od toho, který vnímají ostatní. V této chvíli se dá již uvažovat o duševní poruše, je to tedy stav, kdy je vnímání okolního světa odlišné od běžných norem většinové společnosti. Je zřejmé, že jiné vnímání světa sebou přináší odchylky v chování, které ostatní můžou vnímat negativně. Zde je však nutno zdůraznit, že ani hranice normálnosti není pevně stanovena, neboť co je normální pro jednoho, nemusí být přijatelné pro druhého. Nemyslím, zde samozřejmě případy, kdy je tato hranice normálnosti jasně překročena např. násilným činem. Zůstává tedy otázkou co vlastně ještě je nebo není normální. Napadá mě, že kdyby duševně nemocní byli ve většině ti, kteří se na ně dnes dívají s despektem a hrdě se označují za normální, tak by plnili ambulance i lůžková oddělení psychiatrií nemocnic.

Může tedy něco nehmotného, tak jako je duše být nemocné či dokonce bolet? Tuto větu zde uvádím proto, že se s ní v souvislosti s duševním onemocněním často setkávám a u většiny neznalých lidí je odpověď záporná. Když bolí zub je opuchlá tvář, při zánětu slepého střeva lze tento stav zjistit vyšetřením ultrazvukem, vše je tedy hmatatelné, snadno prokazatelné a bolest se tak stává lehko uvěřitelnou. Když však trpí duše, lze to prokázat právě jen

⁴ Srov.: Plháková, A. Učebnice obecné psychologie. 1.vyd. Praha: Academia, 2004, str. 42.

odlišností chování od společenské normy anebo nezbývá nic jiného než jen prostě uvěřit slovům takto trpícího člověka.

„Vyprávění Jirky: *“Zpočátku jsem měl pocit, že se něco mění, že skutečnost je nějaká jiná. Začala mě postupně ovládat hrůza a strach. Nemůžu spát a tělesně se cítím velmi špatně, jako bych snad byl otráven nebo co. Určitě to bude jed. V mém pokoji cítím slabý zápach, někdo pouští do bytu otrávený plyn. A také mě kdosi sleduje. V mém pokoji jsou skryté kamery, kterými pozorují, co dělám. Telefon je jistě odposloucháván. Musím ven! Musím utéct! Na chodbě potkávám sousedku. V jejích očích vidím něco podivného. Proč na mne tak kouká? Cítím z ní zlobu. V břiše se objevuje pocit smrti. Utíkám na ulici a cítím se trochu bezpečněji. Míjí mě auto, zpomaluje a řidič si mě prohlíží. V jeho pohledu vidím to samé, co v pohledu sousedky. Zase mám hrozný strach. Začínám sledovat lidi a ostatní auta. Všímám si barev i poznávacích značek. Všechno to má nějaký význam. Dochází mi, že se jedná o spiknutí, že jsem ohrožen ze všech stran. Chtějí mě zabít.”*⁵

Toto vše a celková neinformovanost o duševních nemocích, jejich průběhu a léčení, přispívá k tomu, že se dosavadní získaná představa nemůže konfrontovat s racionálními argumenty. Všechno tedy nahrává k utváření zjednodušené představy, že duševně nemocný je divný, nevypočitatelný, slabý, líný a v podstatě by vše, kdyby jen trochu chtěl, mohl zvládnout svůj vůlí. Což je stejný nesmysl, jako říkat člověku, který má zlomenou nohu: „Vstaň, to rozchodíš.”

„Duševní poruchy představují velkou specifickou skupinu nemocí, s nimiž se zdravotník setkává. Argument, že „duševní nemoc je jako každé jiné onemocnění“, však není zcela pravdivý. Všichni víme, že duševně nemocný člověk je v jiném postavení než člověk s tělesnou nemocí. Duševně nemocný se ostatním jeví jako člověk s vadami, slabý, neschopný, někdy i jako hloupý. Bojí se ho, protože jeho chování je nepředvídatelné, nekontrolovatelné a

⁵ Praško, J. a kol. Psychotická porucha a jak se jí bránit. 1.vyd. Praha: Janssen-Cilag, 1998, str. 13.

možná i nebezpečné. Duševně nemocný trpí a nese břímě hodnocení své choroby ostatními lidmi. Dochází ke stigmatizaci.“⁶

1.1 Duševní nemoc a právo

Další věc, která nahrává k negativnímu pohledu na duševně nemocné je to, že v souvislosti s diagnózou duševní poruchy existují zákonná opatření, která zasahují do základních občanských svobod, jakým je převzetí nebo držení v ústavu zdravotní péče proti vůli zadrženého a jeho nedobrovolné léčení.

Zákon je pod soudní kontrolou povoluje pouze v nezbytných případech, kdy duševně nemocný svým jednáním bezprostředně ohrožuje sebe nebo své okolí (např. sebevražedné tendence, tělesné napadení, destruktivní jednání). „Podle občanského soudního řádu, Sbírka zákonů č. 70/1992, § 191 a-g pak probíhá „Řízení o vyslovení přípustnosti převzetí nebo držení v ústavu zdravotnické péče“. Ústav je povinen oznámit do 24 hodin soudu, v jehož obvodu se nalézá, převzetí každého, kdo v něm byl umístěn bez svého písemného souhlasu, nebo toho, kdo s přijetím souhlasil, ale v průběhu léčby byl dodatečně omezen ve volném pohybu nebo styku s vnějším světem.“⁷

Je však nutno podotknout, že toto zákonné opatření se z většího podílu týká právě osob, které se chovají sebedestruktivně a mají suicidální myšlenky. Toto opatření tedy chrání osoby s duševní poruchou před sebou samým, všeobecně zažitý názor je však to, že jsou tyto osoby „odklizeny“ z důvodu ochrany společnosti, výskyt takových případů je však v menšině. Zde bych chtěla zdůraznit roli médií honících se za senzací, které právě tyto menšinové případy uvádějí jako lákadlo svých zpráv v hlavních vysílacích časech.

„Současný právní řád je upraven trestním zákonem (zák. č. 140/1961 Sb.), Trestním řádem (zák. č. 141/1961 Sb.), Občanským zákoníkem (zák. č. 40/1964 Sb.), Zákoníkem práce (zák. č. 262/2006 Sb.), Zákonem o rodině (zák. č. 94/63 Sb.) a dalšími zákony a předpisy v příslušných novelách. Péče o

⁶ Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, str. 9.

⁷ Zvolský, P. a kol. Speciální psychiatrie. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1996, str. 184.

zdraví lidu je zakotvena v zákonu č. 20/1966 Sb. novelizovaném pod č. 60/1995 Sb.“⁸

V trestním právu jsou také zakotveny:

„ § 12 **nepříčetnost**: “Kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu nemohl rozpoznat jeho nebezpečnost pro společnost nebo ovládat své jednání, není za tento čin trestně odpovědný.”⁹

„ § 32 **zmenšená příčetnost**: “(1) Jestliže pachatel spáchal trestný čin ve stavu zmenšené příčetnosti, který si, a to ani z nedbalosti, nepřivodil vlivem návykové látky, přihlídně soud k této okolnosti při stanovení druhu trestu a jeho výměry. (2) Má-li soud za to, že by vzhledem k zdravotnímu stavu takového pachatele bylo možno za současného uložení ochranného léčení (§72) dosáhnout účelu trestu i trestem kratšího trvání, sníží trest odnětí svobody pod dolní hranici trestní sazbya uloží zároveň ochranné léčení.”¹⁰

Uvádím to zde hlavně proto, že veškeré tyto soudní kauzy jsou značně medializovány, zdůrazňuje se zde případná role duševní nemoci a vždy je pak řečeno, jak se na daného obviněného vypracovává znalecký posudek z oboru psychiatrie a psychologie, což opět značně přispívá k negativnímu pohledu na duševně nemocné. Kriminální sklony však jen zřídka souvisí s duševní nemocí.

„Znalecký posudek je chápán jako důkazní prostředek (§ 89/2 tr. ř.) a jako takový je podrobován kritickému hodnocení, podobně jako každý jiný důkaz není pro soud závazný, zpravidla mu je však připisována značná vážnost.”¹¹

„Existuje také řada dalších právních norem a předpisů ČR i mezinárodních dokumentů na ochranu práv duševně nemocných.”¹²

„Přestože duševně nemocní mají stejná práva jako jiní občané, nejsou schopni je v důsledku svého onemocnění sami prosazovat a hájit. Spolu se špatnou či nedostatečnou legislativou pak dochází k tomu, že duševně

⁸ Pavlovský, P. a kol. Soudní psychiatrie a psychologie. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, str. 13.

⁹ Zvolský, P. a kol. Speciální psychiatrie. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1996, str. 185.

¹⁰ Zvolský, P. a kol. Speciální psychiatrie. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1996, str. 186.

¹¹ Pavlovský, P. a kol. Soudní psychiatrie a psychologie. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, str. 15.

¹² Příloha č. 2, Ochrana práv duševně nemocných v ČR.

nemocní jsou ve společnosti diskriminováni v přístupu k veřejným službám, hrozí jim častěji ztráta práce i majetku, během hospitalizace či při soudních řízeních jsou jejich práva obcházena či přímo porušována. Z těchto důvodů je proto zapotřebí vytvářet specifické mechanismy ochrany jejich práv. Vedle změny právních norem to v praxi znamená vytváření programů obhajování práv duševně nemocných a mechanismů kontroly nad jejich dodržováním, vzdělávání všech zúčastněných v systému péče o duševně nemocné (včetně veřejnosti), v otázkách práv duševně nemocných, vytváření koalic zájmových skupin, usilujících o dodržování práv duševně nemocných a jejich prosazování.¹³

1.2 Příznaky duševních poruch

Duševní porucha je charakterizována rozpoznatelným souborem příznaků nebo poruchou chování, které narušují hranici toho, co je obecně považováno za normální, nebo zdravé. Uvádím je zde proto, že stigmatizaci často předchází strach z nepoznaného a nepojmenovaného a tato kapitola by tedy měla sloužit k celkovému objasnění toho, jaké symptomy duševní porucha může obsahovat, tak aby existovala možnost lépe jí porozumět.

Symptom – příznak, je určitým projevem, který upozorňuje postiženého i jeho okolí na to, že probíhá nějaký proces, který je odlišný od normálu.

Symptom objektivní zahrnuje příznaky, které lze zjistit vyšetřením pomocí lékařských přístrojů, laboratorních zkoušek nebo pozorování.

Symptomy subjektivní, zde se jedná o prožitky a stavy, o kterých mluví osoba s duševní poruchou.

Symptomy specifické jsou ty, které jsou pro danou nemoc určující např. vrozené snížení intelektu u mentální retardace.

Symptomy nespecifické jsou ty, ze kterých se nedá blíže určit typ poruchy spánku, úzkost.¹⁴

¹³ Srov.: <File:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/Plocha/deklarace5.html> (8 of 14), dne: 15. 12. 2006.

¹⁴ Srov.: Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, str. 25.

Duševní porucha je může promítnout do následujících klinických obrazů.

1.2.1 Vnímání a jeho poruchy

Naše smysly, zrak, sluch atd., nám podávají zprávy o zevním světě. Děje se to tak, že na smyslové orgány (receptory čili periferní části “analyzátoru”) dopadají podněty, impulsy (tj. světlo, zvuk, tlak atd.). Tím se vyvolává podráždění, které se vede dostředivými nervovými dráhami (“konduktory”) do ústředního nervstva, až do mozkové kůry, o to do příslušného okrsku (“korový analyzátor”). Každému orgánu těla a každé částice povrchu kůže odpovídá příslušné korové ložisko (“korová projekce”). Podráždění z periferie uvede v činnost příslušné korové ložisko, ohnisko. Obvykle působí na člověka více podnětů najednou.¹⁵

Jestliže je zevní svět zkresleně zobrazován, pak se hovoří o poruchách vnímání. Dělíme na:

Poruchy vnímání

- **Iluze** neboli smyslové klamy, jsou to poruchy vnímání, při nichž skutečnost – realita – není správně zobrazena – podnět vyvolal zkreslený vjem.
- **Halucinace** jsou zdánlivé vjemy, které vznikají bez přiměřeného (adekvátního) zevního podnětu a mají pro nemocného charakter skutečných vjemů.
- **Pseudohalucinace** jsou též zdánlivé vjemy bez přiměřeného zevního podnětu. Od pravých halucinací se však liší tím, že nepůsobí na nemocného dojmem naprosté skutečnosti. Tento má náhled na nepřiměřenost svého vnímání.¹⁶

Mezi nejklasičtější schizofrenní příznaky patří halucinace, které jsou produktem zkresleného vnímání okolní reality. Vycházejí z rozbouřené a nekontrolovatelné fantazie pacientů. Znamená to, že člověk vidí, slyší nebo cítí věci, které nejsou vidět, slyšet nebo cítit ostatními lidmi.¹⁷

¹⁵ Srov.: Prokůpek, J. Psychiatrie. 3.vyd. Praha: Avicenum, 1974, str. 27 – 28.

¹⁶ Srov.: Prokůpek, J. Psychiatrie. 3.vyd. Praha: Avicenum, 1974, str. 29 – 31.

¹⁷ Srov.: Jarolímek, M. O lidech, kteří onemocněli schizofrenií. vyd. Občanské sdružení Ondřej. Praha, 1996, str. 8.

1.2.2 Emotivita a její poruchy

Emoce jsou subjektivní prožitky, které doprovázejí naše duševní dění. Vyjadřují vztah člověka k okolí a k vlastním projevům. Jsou polarizovány (např. příjemný – nepříjemný, podrážděný – uvolněný, úzkostný – klidný). Jednotlivé emoční reakce se liší svou intenzitou.¹⁸

Rozlišujeme pak:

- **Afekt**, ten charakterizuje silná krátká a intenzivní emoce.
- **Nálada** je dlouhodobý emoční stav.
- **City** jsou emoce provázející vztah k subjektům, objektům a abstraktním pojmům.¹⁹

Časté poruchy nálady bývají u schizofrenie. Úzkost doprovází pocity pronásledování a stavy velké vnitřní nejistoty. Skleslá nálada bývá spojena s pocity méněcennosti a objevuje se při uvědomění si reality probíhajícího duševního onemocnění. Časté jsou pocity beznaděje a obavy, že se nemocný neuzdraví, a pak se mohou objevit i sebevražedné myšlenky.²⁰

Poruchy emotivity jsou rozlišovány na:

- **Patický afekt** je chorobně vystupňovaný afekt, na jehož vrcholu je krátkodobá kvalitativní porucha vědomí, přidružen je amnestický syndrom.
- **Afektivní ztlum** při podnětech, kdy lidé reagují hrůzou, útekem, zůstává jedinec naprosto klidný beze změny emotivity.
- Při **anxiózním raptu** se objevuje úzkost, dezorganizované jednání spojené s ničením předmětů.
- **Patická nálada** vzniká z vnitřních příčin, je nepřiměřená v délce trvání a intenzitě projevu (nabývá obvykle podoby manické či depresivní).
- **Expanzivní nálada** se projevuje zvýšenou emoční reaktivitou, zvýšenou činností, vitalitou a sebevědomím.
- Jako **euforie** se označuje radostná, povznášející nálada.

¹⁸ Srov.: Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, str. 27.

¹⁹ Srov.: Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, str. 27.

²⁰ Srov.: Praško, J. a kol. Psychotická porucha a jak se jí bránit. 1.vyd. Praha: Janssen-Cilag, 1998, str. 28.

- **Anxiózní nálada** je výrazně úzkostná a postižený je velmi neklidný.
- **Depresivní nálada** je charakterizována smutnou náladou a pláčem, sníženým sebevědomím s vyčítáním si, malou vitalitou a aktivitou.
- **Fobie** (vtíravé obavy) jsou nutkavé strachy. Jde přitom o strachy bezdůvodné.²¹

1.2.3 Pudy a jejich poruchy

Pudy či instinkty jsou složité vrozené, nepodmíněné reflexy, které probíhají v nižších oblastech nervové soustavy a umožňují zcela primitivní adaptaci, přizpůsobení prostředí a ukojování vlastních životních potřeb.²²

Poruchy pudů jsou děleny:

- **Pud sebezáchovy** může u duševně nemocných jevit tyto změny:
 1. Sitofobie neboli odmítání potravy. Bývá následkem poruch vnímání a myšlení. Mentální anorexie, psychické nechutenství.
 2. Bulimie neboli vlčí hlad je opak sitofobie. Nemocný má zvýšený pud obživný, soustavně se přejídá.
 3. Automutilace neboli sebemrzačení. V akutních stavech některých psychóz, hlavně při depresivně anxiózních stavech a mráкотných stavech.
 4. Suicidium neboli dokonaná sebevražda je negativní společenský jev, který se může vyskytovat u psychotiků, u jiných duševních poruch a úchylek, ale i u lidí duševně zdravých.
- **Pud pohlavní** může být u duševně nemocných různě změněn:
 1. Erotománie je zvýšená pohlavní náruživost bez výběru.
 2. Exhíbicionismus, fetišismus nebo homosexualita.
 3. Pedofilie nebo sadismus patří mezi společensky zvlášť závažné sexuální úchytky.²³

²¹ Srov.: Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, str. 27 – 28.

²² Srov.: Prokůpek, J. Psychiatrie. 3.vyd. Praha: Avicenum, 1974, str. 34 – 35.

²³ Srov.: Prokůpek, J. Psychiatrie. 3.vyd. Praha: Avicenum, 1974, str. 34 – 37.

1.2.4 Myšlení a jeho poruchy

Myšlení – specifický lidský proces – je neoddělitelně spojeno s řečí, vnímáním a vědomím. Při myšlenkových operacích se zpracovávají vjemy a představy v prostoru a v čase, hledají se vztahy a zákonitosti. Myšlení by mělo být kritické, pohotové, logické. Myšlenkové procesy jsou závislé na úrovni intelektu a životních zkušenostech.²⁴

Jsou rozlišovány poruchy myšlení kvantitativní a kvalitativní.

Kvantitativní poruchy myšlení

- **Útlum myšlení** charakterizuje myšlení zpomalené, monotónní.
- **Zrychlené myšlení** je charakterizováno myšlením překotným, povrchním a nepřesným.
- **Zabíhavé myšlení** směřuje k cíli, ale nerozlišuje podstatné od vedlejšího.
- **Ulpívavé myšlení postižený** se stále, i při nových podnětech, vrací k původnímu výroku.²⁵

Kvalitativní poruchy myšlení

- **Myšlenkový záraz** je náhlá zástava myšlenkového procesu bez vnějšího zásahu.
- **Nesouvislé myšlení** se vyznačuje narušením logických vazeb.

Poruchy obsahové náplně:

- **Autistické** myšlení je tvořeno subjektivními prožitky a fantaziemi bez vztahu ke skutečnosti.
- **Magické** myšlení postižený přikládá jevům zvláštní symbolický význam.
- **Vtíravé (obsedantní) myšlení.** Vtíravé myšlenky (obsese) přicházejí do mysli proti vůli subjektu, ten je poznává jako nevhodné, chorobné, ale nemůže je vůli potlačit.²⁶

Poruchy soudnosti

²⁴ Srov.: Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, str. 28.

²⁵ Srov.: Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, str. 28.

²⁶ Srov.: Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, str. 29.

Těžkou poruchou myšlení je **blud**. Jde o nevývratné přesvědčení neodpovídající skutečnosti, vzniklé chorobným psychickým pochodem.²⁷

Mezi další nejklassičtější schizofrenní příznaky řadíme bludy. Blud je falešná představa, která dotyčnému připadá naprosto pravdivá, a nelze mu ji vymluvit. Pod vlivem těchto bludů pak nemocný i jedná, což mu působí další problémy.²⁸

„Myšlení nemocného je nesouvislé, nedokáže udržet linii rozhovoru, mluví nelogicky a obšírně, zabíhavě. Někdy je myšlení tak nesouvislé, že mu vůbec nerozumíme.“²⁹

1.2.5 Paměť a její poruchy

„Paměť je schopnost přijímat, uchovat a znovu vybavovat vjemy, zážitky a děje. Je to aktivní proces zpracování ukládaných stop, na kterém se podílejí emoce, myšlení a intelekt. Paměť zaručuje kontinuitu psychického života.“³⁰

„Paměť je vázána na určité mozkové struktury (zejména okolí třetí komory), při jejichž poškození dochází k jejím poruchám. Paměť je nezbytná pro uchování existence jedince. Vyskytuje se již jako vývojově velmi starý fenomén (paměť fylogenetická) v podobě nepodmíněných reflexů a instinktů. Jedinec na základě vlastních prožitků a učení získává též paměť ontogenetickou.“³¹

Poruchy paměti jsou děleny na:

- **Amnézii** - je to ztráta paměti na určitý časový úsek. Vyskytuje se u poruch vědomí nejrůznějšího druhu.
- **Pseudologia phantastica** (bájná lhavost), mýtomanie – polozáměrné vymýšlení dobrodružných a senzačních událostí. Vyskytuje se u dětí a u hystriónských osob v případě disociativních poruch.³²

²⁷ Srov.: Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, str. 29.

²⁸ Srov.: Jarolímek, M. O lidech, kteří onemocněli schizofrenií. vyd. Občanské sdružení Ondřej. Praha, 1996, str. 8.

²⁹ Praško, J. a kol. Psychotická porucha a jak se jí bránit. 1.vyd. Praha: Janssen-Cilag, 1998, str. 27.

³⁰ Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, str. 30.

³¹ Pavlovský, P. a kol. Soudní psychiatrie a psychologie. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, str. 13.

³² Srov.: Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, str. 30.

1.2.6 Intelekt a jeho poruchy

„Intelektem v užším slova smyslu se rozumí schopnost sbírat poznatky, operovat s nimi na obecné úrovni, odlišovat podstatné od nepodstatného. Inteligencí se zpravidla myslí schopnost vyznat se v situaci, porozumět ji a řešit ji. Zahrnuje představivost, chápavost a soudnost.“³³

Poruchy intelektu jsou:

- **Vrozené** - slabomyslnost čili oligofrenie je následek nerozvinuté rozumové činnosti, porušeného vývoje mozku, buď již za života nitroděložního, při porodu, nebo v raném dětství při traumatech nebo onemocněních mozku, popřípadě při poruchách metabolismu.
- **Získané** poruchy intelektu u lidí, jejichž rozumové schopnosti byly již přiměřeně vyvinuty, u nichž však došlo k úbytku dřívějších schopností, jmenujme demenci, zhloupnutí.³⁴

1.2.7 Jednání a jeho poruchy

Reakce organismu na změny prostředí probíhá v normálních poměrech vždy tak, že se projeví činností, kterou se organismus chrání proti změně, přizpůsobuje se nebo si přizpůsobuje prostředí. U zvířat se tato činnost, podmíněný reflex, jmenuje chování.

I u člověka probíhají podobné reflexní pochody – chování a jednání, které jsou pohybovou, motorickou odpovědí na nejrůznější vnitřní podněty. Již výraz obličeje nás může informovat o náladě, o hnutí mysli a pozornosti i o stavu vědomí.³⁵

Poruchy jednání

- Stupor řadíme do **katatonního syndromu**, při němž podle I.P.Pavlova jde o proces útlumu v mozkové kůře, v motorickém analyzátoru. Katatonní

³³ Pavlovský, P. a kol. Soudní psychiatrie a psychologie. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, str. 34.

³⁴ Srov.: Prokůpek, J. Psychiatrie. 3.vyd. Praha: Avicenum, 1974, str. 44.

³⁵ Srov.: Prokůpek, J. Psychiatrie. 3.vyd. Praha: Avicenum, 1974, str. 45.

nemocný někdy odpoví na dotaz pronesený šeptem, čili reaguje na abnormálně slabý podnět.

- **Jednání impulsivní** nazýváme tak onen druh jednání, kdy nemocný jedná náhle, rychle, neočekávaně, bez rozvažování.
- **Zkratkové jednání** se liší od impulsivního tím, že má obvykle afektivní podnět, je motivované, má určitý cíl.
- **Obsedantní, nutkavé jednání, nemocný** jedná proti své vůli, marně se brání, je si vědom nicotnosti, zbytečnosti svého jednání.³⁶

„**Suicidium, sebevražda** jakožto patický čin se vyskytuje v průběhu těžkých depresí nebo schizofrenie, motivace je zde chorobná, psychotická. Esquirol ji považoval za chorobný projev vyvěrající z duševní nemoci nebo z lidských vášní. Sebevražedné jednání pod vlivem vášní hodnotí jako jednání bez svobodného rozhodování.“³⁷

1.2.8 Vědomí a jeho poruchy

Vědomí je stav, v němž probíhají psychické funkce, které si jedinec uvědomuje a je schopen je vztahovat ke svému já. Vědomí je jednak uvědomění si sebe samého jako jedinečného individua proti ostatním lidem a světu, jednak bdělost – vědomí jako optimální stav centrální nervové soustavy, schopné reagovat na podněty.

Kvantitativní poruchy vědomí – tzv. zastřené vědomí

- **Somnolence** je stav spavosti, zastřené vědomí
- **Sopor** je stav, kdy postižený je spavý, nereagující, ale lze jej na krátko probudit silným, zpravidla bolestivým podmětem.
- **Kóma** je těžký stav bezvědomí.
- **Mdloba** je krátká ztráta vědomí, obvykle zapříčiněná náhlou nedokrevností mozku nebo prudkou emocí.³⁸

³⁶ Srov.: Prokůpek, J. Psychiatrie. 3.vyd. Praha: Avicenum, 1974, str. 47 – 48.

³⁷ Pavlovský, P. a kol. Soudní psychiatrie a psychologie. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, str. 31.

³⁸ Srov.: Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, str. 32.

Kvantitativní poruchy vědomí, jsou charakterizovány celkovým poklesem bdělosti (vigility) od lehké ospalosti (somnolence) přes středně těžkou poruchu (sopor) až k hlubokému bezvědomí (komatu).³⁹

Kvalitativní poruchy vědomí – tzv. obluzené vědomí

- **Delirium-** těžká porucha vědomí, která se vyznačuje neklidem, ztrátou orientace – zmateností, bohatými iluzemi, halucinacemi, úzkostí, poruchou chování, hluchostí a někdy agresivitou. Méně bouřlivý stav se dříve nazýval **amence, amentní syndrom**.
- **Mráкотné stavy** (obnubilace), při kterých se objeví náhlá ztráta a náhlý návrat vědomí, jsou záchvatovitého charakteru. Po návratu vědomí je zjišťována ztráta vzpomínek na dobu poruchy.⁴⁰

Kvalitativní poruchy vědomí jsou charakterizovány změnou, nikoli ztrátou vědomí. Jedinec neadekvátně reaguje na indiferentní zvuky, cítí v nich projevy nepřátelství a proto prchá nebo útočí. Na údobí porušeného vědomí je amnézie – chybí vzpomínka.⁴¹

1.2.9 Poruchy osobnosti

Osobnost je souhrn tělesných a duševních jevů, přítomných a minulých, spojených v samostatný celek. Osobnost sjednocuje biologické a psychické procesy. Navenek se projevuje charakterem, povahou, formou a obsahem rozhodování a jednání. Poruchy osobnosti dělíme do tří základních skupin:

Degradace osobnosti

- **Dezintegrace osobnosti** bývá spojována s psychotickými procesy a demencí.
- **Deteriorace osobnosti** znamená snížení hlavně intelektových funkcí na základě organických poruch.

³⁹ Srov.: Pavlovský, P. a kol. Soudní psychiatrie a psychologie. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, str. 24.

⁴⁰ Srov.: Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, str. 32 – 33.

⁴¹ Srov.: Pavlovský, P. a kol. Soudní psychiatrie a psychologie. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, str. 25.

- **Depravace osobnosti** je poruchou hlavně v oblasti morální a sociální. Jde o ztrátu vyšších citů.⁴²

Poruchy identity

- U intoxikací, při těžkých infekcích se vyskytují **poruchy tělesného schématu**, kdy postižený má pocit, že mu roste hlava, zmenšují a deformují se končetiny.
- **Depersonalizace** je porucha subjektivního prožívání své vlastní osobnosti, pocit odcizení vlastních prožitků i vlastního těla a neskutečnosti svého "já".
- **Transformace osobnosti** postižený se považuje za někoho jiného. V podstatě jde o ztrátu identity.⁴³

„Ze získaných poruch osobnosti, k nimž dojde v průběhu schizofrenie nebo demence, lze uvést transformaci osobnosti (přesvědčení o tom, že je subjekt např. králem, tedy jinou osobností, než kterou ve skutečnosti je) a rozpad osobnosti (ztráta životních dovedností, přerušení kontinuity osobnosti, vyhasnutí emotivity, roztržité myšlení – vše u pokročilé demence nebo chronické schizofrenie).“⁴⁴

Specifická porucha osobnosti

Specifická porucha osobnosti je porucha strukturálního utváření osobnosti. Některé rysy osobnosti jsou nadměrně vyjádřeny, jiné potlačeny.⁴⁵

1.2.10 Psychické syndromy

Jednotlivé duševní nemoci se od sebe liší klinickými příznaky. Příznaky však nejsou u téže nemoci stejné ani nezůstávají u téhož nemocného neměnné po celou dobu nemoci. Naproti tomu některé příznaky se mohou vyskytovat u různých chorob.

⁴² Srov.: Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, str. 35.

⁴³ Srov.: Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, str. 35.

⁴⁴ Pavlovský, P. a kol. Soudní psychiatrie a psychologie. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, str. 35.

⁴⁵ Srov.: Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, str. 35.

Abychom mohli stanovit diagnózu, musíme nejprve pečlivě zjišťovat jednotlivé chorobné příznaky, jak se vyvíjely, a řadit je v syndromy. Dobře zjištěné příznaky seřazené v syndrom tvoří podklad první diagnózy, syndromologické. Dalším pozorováním musíme správnost diagnózy prověřovat.⁴⁶

„Jednotlivé symptomy duševních poruch se spolu sdružují a vytvářejí symptomové trsy, které tvoří syndromy. V seskupení je některý symptom převládající, nebo psychopatologicky má vedoucí roli, a podle toho se syndromy rozdělují. Vyčleňování syndromů má u psychických poruch značný význam jednak pro diagnostiku, jednak pro terapii.“⁴⁷

„Přehled syndromů duševních poruch:

- **Depresivní syndrom**
- **Manický syndrom**
- **Paranoidní syndrom**
- **Katatonní syndrom**
- **Deliriózní syndrom**
- **Organický psychosyndrom**
- **Odvýkací stav (abstinenční syndrom)“⁴⁸**

⁴⁶ Srov.: Prokůpek, J. Psychiatrie. 3.vyd. Praha: Avicenum, 1974, str. 58 - 59.

⁴⁷ Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, str. 37.

⁴⁸ Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, str. 37.

1.3 Onemocnění s psychotickými příznaky

V této kapitole, bych se chtěla zabývat onemocněním s psychotickými příznaky, především psychózou a schizofrenií. Psychóza a schizofrenie sebou nesou právě nejvíce odlišností od norem stanovených majoritní společností a o těchto typech duševních poruch existuje také nejvíce zkreslených a mylných informací. Postižení těmito druhy duševních poruch se tedy se stigmatizací setkávají nejčastěji a nejintenzivněji.

V kapitole 1.2. jsem se zabývala příznaky duševních poruch, abych alespoň částečně nastínila různé druhy duševních poruch, které máme a co o nich víme. Duševní poruchy se nejvíce objevují u lidí, kteří onemocněli psychózou a schizofrenií. Právě proto, jsem je popisovala, aby další kapitoly byly více srozumitelné, abychom si dokázali trochu představit, co prožívají lidé, kteří mají různé druhy duševních poruch.

„Psychóza je závažné duševní onemocnění, které mění prožívání člověka ve vztahu k okolí a k sobě samému. Během psychotického onemocnění dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit našeho duševního života. Změny v myšlení, vnímání a citech mohou dosáhnout takové intenzity, že člověk nedokáže odlišit, co je skutečné a co není.

Psychotické poruchy můžeme rozdělit do několika základních skupin:

- Organické a symptomatické psychózy
- Schizofrenie a schizotypální poruchy
- Schizoafektivní poruchy
- Maniodepresivní porucha
- Poruchy s bludy⁴⁹

„V psychóze dochází k poruše kontaktu s realitou. Znamená to, že jinak vnímáme, myslíme a prožíváme.“⁵⁰

„Podle současného stavu vědeckého poznání nejde o jedinou příčinu, ale o souhru většího počtu nepříznivých vlivů, biologických, psychologických i sociálních. Prvotní jsou vlivy biologické: dědičné faktory, křehké nebo

⁴⁹ Praško, J. a kol. Psychotická porucha a jak se jí bránit. 1.vyd. Praha: Janssen-Cilag, 1998, str. 17.

⁵⁰ Praško, J. a kol. Psychotická porucha a jak se jí bránit. 1.vyd. Praha: Janssen-Cilag, 1998, str. 9.

nevyrovnané založení organismu včetně centrálního nervového systému (konstituce, temperament) a vrozené i časné vznikající odchylky v jeho utváření a činnosti. Tyto dispozice však samy k vzniku nemoci nestačí. K dalším dílčím vlivům patří poruchy vývoje v raném dětství, v tíživé rodinné situaci, v dlouhodobém nebo opakovaném stresu, který dítě zvládá nepřiměřeně v důsledku své dispozice. Svůj podíl mohou sehrát i tělesné poruchy. Vzájemné působení těchto vlivů není dosud přesně známo, předpokládá se, že jejich kombinace vytváří zranitelnost, na jejímž základě v určitém životním období různých změn a krizí vzniká nemoc. Biologický podíl na dispozici, zranitelnosti i nemoci je u jednotlivých okruhů a forem psychóz nestejně závažný a liší se i u jednotlivých pacientů, psychologické a sociální vlivy se uplatňují při formování zranitelnosti a při vývoji a průběhu nemoci rovněž v různé míře a kvalitě.“⁵¹

„V psychóze můžeme například slyšet jeden či více hlasů, které k nám promlouvají nebo komentují, co děláme. Tyto hlasy sice neslyší nikdo jiný, ale jsou tak zřetelné, že jsou jako skutečné. Jedná se o změnu vnímání, kterou nazýváme **sluchové halucinace**.“⁵²

„Dalším příznakem psychózy je **blud**, který způsobuje změnu kontaktu se skutečností v oblasti myšlení. Osoba v psychóze se pohybuje ve světě, kde pro něj má vše určitý význam a důležitost. Neděje se nic náhodně a věci k ní promlouvají v důležitých symbolech, náznacích či jinotajích a tím takto tedy dochází k potvrzení pravdivosti bludu. Další rovinou, ve které u osoby postižené psychózou, dochází ke změně je emocionální prožívání, které přestává odpovídat daným okolnostem, ve kterých se postižený momentálně nachází. Psychóza je tak často spojená s pocity deprese či hlubokého smutku, strachu, děsu a obav. Může se však také dostavit nepřiměřená a velmi intenzivní radost, euforie a spokojenost a to v situacích, kdy k tomu ve skutečnosti není žádný důvod. Můžou také nastat stavy, kdy osoba s psychózou ztratí schopnost cokoliv cítit nebo prožívat. Během psychotického

⁵¹ Kalina, K. Jak žít s psychózou. 1.vyd. Praha: Portál, 2001, str. 22.

⁵² Praško, J. a kol. Psychotická porucha a jak se jí bránit. 1.vyd. Praha: Janssen-Cilag, 1998, str. 9.

onemocnění dochází tedy v různé míře ke změně všech základních kvalit duševního života postiženého a tyto změny v myšlení, vnímání a citech často dosahují takové intenzity, že postižený nedokáže odlišit, co je skutečné a co není.“⁵³

1.3.1 Předsudky o psychóze

Existuje mnoho mylných přesvědčení o psychóze, které jsou hluboce zakořeněny a rozšířeny v povědomí veřejnosti. Jedním z nich je, že psychóza je nejhůře léčitelným duševním onemocněním s nevratnými změnami a chronickým průběhem.

Pravdou však je, že při současném vývoji vědy, kdy se objevují stále nové léky s minimem nežádoucích příznaků a kdy jsou vypracovány obsáhlé psychoterapeutické a rehabilitační programy má léčitelnost tohoto onemocnění stále se zlepšující tendenci. Je nutno podotknout, že se jedná opravdu o velice závažnou nemoc a chronický průběh je možný v případě, že není včas zahájené komplexní léčení. Doba nezbytné hospitalizace se ve fázi akutně probíhající nemoci v průběhu posledního desetiletí snížila na 6 – 8 týdnů.⁵⁴

Řada lidí si také myslí, že psychózou onemocní především lidé s nižším intelektem, a že při onemocnění dochází ke zhroupení postižených. Není to však pravdou. Nejenže lidé s nižší inteligencí neonemocní psychózou častěji, ale je také zcela scestné domnívat se, že u takto postižených dojde ke zhroupení. Je však nutno připustit, že se v některých případech u takto postižených mění komunikační dovednosti, což by představu zhroupení mohlo vyvolávat, postižení se stávají více uzavření, někteří jsou méně citově vřelí a celkově zpomalenější.⁵⁵

⁵³ Srov.: Praško, J. a kol. Psychotická porucha a jak se jí bránit. 1.vyd. Praha: Janssen-Cilag, 1998, str. 10-12.

⁵⁴ Srov.: Praško, J. a kol. Psychotická porucha a jak se jí bránit. 1.vyd. Praha: Janssen-Cilag, 1998, str. 31-32.

⁵⁵ Srov.: Praško, J. a kol. Psychotická porucha a jak se jí bránit. 1.vyd. Praha: Janssen-Cilag, 1998, str. 32.

Dalším velkým mýtem je obava z nebezpečnosti a nevypočitatelnosti postižených psychózou.

Tento předsudek vychází z toho, že v akutní fázi psychózy jsou někteří postižení neklidní, či se brání hospitalizaci a mohou být také pod vlivem svých bludných představ agresivní. Takové chování však vychází především z velké úzkosti nemocného. Někdy dochází ke konfliktům, kdy jsou např. postižení psychózou odvázeni k hospitalizaci na psychiatrii za asistence policie. Tyto události si většinou velice dobře všichni pamatují a právě toto pak posiluje mylnou představu o nebezpečnosti osob s duševním onemocněním.

Pro změnu přístupu k nemocným je nejdůležitější si uvědomit, že většina předsudků vychází z toho, že je velmi těžké a někdy nemožné v průběhu akutní fáze psychózy postiženému porozumět.

1.3.2 Schizofrenie

„Duševní nemoc zvaná schizofrenie patří do většího šuplíku duševních nemocí, které nazýváme psychózy.“⁵⁶

Na schizofrenii jsem se zaměřila proto, že mě osoba blízká trpí onemocněním schizofrenie, o kterém jsem se chtěla dovědět co nejvíce, dále pak jsem se setkávala s lidmi, u kterých byla diagnostikovaná také schizofrenie. Jednak to byli lidé, které jsem poznala na lůžkovém oddělení psychiatrie ve Znojmě, kde jsem vykonávala 40 hodin odborné praxe a dále to byli lidé, se kterými jsem se setkala v Chráněné dílně Svaté Kláry, kam jsem nepravidelně docházela jako host. Měla jsem tak velkou možnost mluvit a vidět lidi, kteří jednak mohou chodit do Chráněné dílny Svaté Kláry a pak ty, kteří jsou na lůžkovém oddělení psychiatrie a také mě osobu blízkou, jak tato diagnóza probíhá v rodině.

„Schizofrenie patří mezi nejrozšířenější duševní nemoci. Její jméno pochází z řečtiny a znamená „rozštěpení mysli“. Tím označením je vystižen způsob myšlení, jak se jeví v rozvinuté formě nemoci. Název zavedl švýcarský

⁵⁶ Jarolímek, M. O lidech, kteří onemocněli schizofrenií. vyd. Občanské sdružení Ondřej:Praha, 1996, str. 7.

psychiatr E. Bleuler místo dřívějšího „dementia praecox“, jež značí předčasnou demenci, k níž však docházelo jen v některých případech nemoci.“⁵⁷

Schizofrenní onemocnění je onemocněním převážně mladých lidí. Zřídka dochází k onemocnění náhle a nečekaně. Většinou onemocnění předchází různě dlouhé období několika měsíců až let, kdy se tito lidé postupně mění, uzavírají se a přerušují sociální kontakty. Rodiče si leckdy náhle uvědomí, že mají doma někoho úplně jiného, někoho, komu přestali rozumět. Na začátku onemocnění se často klienti cítí podivně bez radosti, s nepochopitelným napětím a obavou, tělesnou únavou a neschopností se soustředit. Někteří z nich jsou naopak bezcílně aktivní, zahajují řadu činností, ale nic pořádně nedokončí. Ztrácejí schopnost komunikovat s vrstevníky, dostávají se jaksi, mimo a začínají se uzavírat do svého vlastního fantazijního světa. Objevují se zvláštní pocity jakési předtuchy, začínají všude kolem sebe vidět zvláštní souvislosti, jsou nedůvěřiví a úzkostní a z toho může vznikat neklid a nespavost. Přirozené události z jejich okolí mohou vnímat již jako ohrožující. Nejen okolní svět, ale i vnitřní prožívání jim připadá jako cizí.⁵⁸

Je však již známo, že při schizofrenii je v některých částech mozku nadbytek chemické látky, která se nazývá dopamin. Tato látka slouží k přenosu informací mezi jednotlivými buňkami v mozku. Můžeme si pak představit, že v důsledku nadbytku dopaminu je v mozku přenášeno současně příliš velké množství informací, takže je mozek nedokáže zpracovat, rozlišit důležité zprávy od nepodstatných, informace přicházejí z jiných částí mozku od informací přicházejících zvenku. Toto vše pak může vést ke zkreslenému vnímání, zmatečnému myšlení a narůstání vnitřní úzkosti. Množství dopaminu v mozku snižují léky, které se nazývají neuroleptika. Při jejich pravidelném užívání se mohou chemické pochody v mozku normalizovat a dotyčnému se vrátí schopnost myslet a vnímat jasně a logicky. Je již tedy zřejmé, že neexistuje jedna zásadní příčina vzniku schizofrenie, ale že se jedná o

⁵⁷ Prokůpek, J. Psychiatrie. 3.vyd. Praha: Avicenum, 1974, str. 121.

⁵⁸ Srov.: Praško, J. a kol. Psychotická porucha a jak se jí bránit. 1.vyd. Praha: Janssen-Cilag, 1998, str. 23.

společné působení řady dílčích faktorů jak biologických, tak psychosociálních. Teprve pokud se tyto různé faktory složí za určité situace do jakési nešťastné mozaiky, vznikne nemoc.⁵⁹

U schizofrenie vzniká hluboké narušení vztahu k realitě, obvykle na počátku provázané úzkostí, zmatkem, vztahovačností a pocity neskutečnosti. Nemocný se vztahuje do sebe, do svého fantazijního světa s jinými časoprostorovými zákony, ve kterém halucinuje hlasy, vidiny nebo změny svého těla, uniká přeludům a je ohrožován neosobními, např. kosmickými silami. Často se cítí pronásledován a vytváří si bludné představy o vlivech či osobách, které na něj působí. Jeho emoce jsou ve vleku závislosti a nepřátelství, touhy a strachu, zatímco přiměřené citové reakce často vyhasínají. Myšlení a jednání je roztříštěné a řídí se vnitřní fantazijní logikou, což nemocného stále více vzdaluje od skutečnosti a blízkých lidí. Celá jeho osobnost ztrácí své uspořádání a svou souvislost s okolím. Schizofrenie může začínat postupně nebo náhle, má různý průběh a varianty co do obsahu závažnosti a výskytu recidiv, záleží také na osobnosti nemocného a životních situacích.⁶⁰

⁵⁹ Srov.: Jarolímek, M. O lidech, kteří onemocněli schizofrenií. vyd. Občanské sdružení Ondřej: Praha, 1996, str. 11.

⁶⁰ Srov.: Kalina, K. Jak žít s psychózou. 1.vyd. Praha: Portál, 2001, str. 17.

2. Stigmatizace

„Řecké slovo stigma se překládá jako znak nebo stopa, která nese nějaké svědectví. Kdysi se tímto slovem označoval cejch vypalovaný otrokům v thesálských dolech antického Řecka. Později se slovo dostávalo do širšího kulturního slovníku našeho světa v různých souvislostech. „Kladivo na čarodějnice“ dominikánů J. Sprengera a H. Institoris, manuál inkvizitorů, obsahovalo návod, jak a kde hledat „stigmata diaboli“. Byla známá stigmata Kristova – krvácející rány v místech, kde Kristovy údy protknuly hřeby, kterými byl přibyt na kříž. V prvním případě byla stigmata znamením spolku s ďáblem, v druhém znaku mimořádné svatosti.“⁶¹

„Stigma zdůrazňuje skupinovou identitu jedince a oslabuje váhu jeho individuálních vlastností. Vyčleňuje ho do skupiny stejnou charakteristikou postižených jedinců. Někdy ho může i chránit. Na královských a knížecích dvorech byli „blázni“, označení šaškovským čepcem, vyviněni ze zodpovědnosti za výroky proti majestátu a kladení nepřipustných otázek. Také společnost se stigmatizací zdánlivě může chránit. Cejchováním zločinců jim bránila v útěku, cejchováním duševně nemocných se brání z nemoci plynoucí odlišnosti chování.“⁶²

Postupným vývojem se toto označení stalo pro ostatní znamením, na základě kterého byli jeho nositelé rozpoznáváni a vylučováni ze společnosti, což dnes můžeme chápat jako proces stigmatizace. Stigmatizace je tedy takový proces, který umožňuje rozpoznání příslušnosti jedinců ke skupině, ke které se potom ostatní chovají relativně jednotným, snadno předvídatelným způsobem, který odpovídá předpokládaným skupinovým vlastnostem. Stigma tak tedy zdůrazňuje skupinovou identitu jedince, oslabuje v očích ostatních a také v očích takto označeného, váhu jeho individuálních vlastností. Vyčleňuje

⁶¹ http://www.anamneza.cz/moduly/clanek.php3_id=864sekce=20, dne: 18. 10. 2008.

⁶² http://www.anamneza.cz/moduly/clanek.php3_id=864sekce=20, dne: 18. 10. 2008.

ho do skupiny stejnou charakteristikou postižených jedinců. Stigmata poukazují na specifickou skupinovou příslušnost.

2.1 Duševní nemoc a stigma

Stigmatizace je tedy založena na základním předpokladu odlišnosti populace psychiatrických pacientů od populace běžné. Velice často nezáleží ani tak na tom, o jakou duševní poruchu jde, zda jde o psychózu, poruchu osobnosti či neurotické projevy, ale je zde důležitý samotný fakt psychiatrické léčby, který může a velice často znamená automatické nálepkování. Proto se osoby trpící duševní poruchou tolik psychiatrické nálepky obávají. Snaha vyhnout se tomuto značkování vede k popírání poruchy odkládáním nebo vyhýbáním se léčbě. Samotný fakt značkování může tedy působit jako jeden z udržovacích faktorů duševní poruchy.

Stává se, že se takovému značkování osob s duševní poruchou nevyhnou ani odborníci, jsou podobně jako postižený a jeho rodina částečně závislí na obraze duševně nemocného ve společnosti. Značkování osoby s duševní poruchou tak může vést buď k nadhodnocení, nebo podhodnocení potíží, což v konečném důsledku může vést k nepřiměřené léčbě.

Z hlediska lékaře pak stigma působí vždy proti jeho cílům: brání nemocnému vrátit se do společnosti jako svébytný jedinec, snižuje pravděpodobnost uspokojení jeho vlastních potřeb, snižuje jeho příležitost pracovat, zhoršuje jeho naději na dobrou domluvu s ostatními lidmi. Velice často také snižuje jeho víru v sebe sama a v to, že se uzdraví, dále také klesá motivace k léčbě. Tyto faktory zvyšují situační zátěž, a právě ta je u některých duševních poruch spouštěcím momentem relapsu či zhoršení momentálního stavu osoby s duševní poruchou.

Odstranění nebo zmenšení stigmatu je i částečně spjato s rozpoznáním jeho zdrojových částí. Jak už jsem v úvodu předeslala, zdroje stigmatu jsou vzájemně propojené faktory: skutečná odlišnost duševně nemocných osob, předsudek a nároky a hodnoty prostředí.

Skutečná odlišnost bývá s nemocí někdy spojená bezprostředně. U některého typu duševních poruch se jedná například o pohybové zvláštnosti, či nápadný vzhled a chování plynoucí z chorobných vjemů nebo přesvědčení. Jindy je zde známka sociálního chátrání a úpadku spojeného s chronickým duševním onemocněním. Tato odlišnost je hlavním zdrojem stigma spojeného s duševním onemocněním, kterým je bludný kruh izolace ke které tato nemoc vede. Duševní porucha velice často načas přetrhá sociální vazby nemocného, kterému pak chybí síla a energie je znovu navazovat. Předpoklad sociálního úpadku osoby s duševním onemocněním, se tak stává sebenaplňující předpovědí a proto, aby se stala tato předpověď faktem plně postačí, aby duševně nemocný zastával pasivní roli. Jako příklad bych zde uvedla narušení sociálních vazeb psychózou, které vedou k izolaci (hospitalizace, dočasná neschopnost pracovat, ztráta zaměstnání). Nemocní psychózou je však v izolaci ponechán i po odeznění akutní psychotické ataky a v důsledku stigmatizace je v ní pak ještě utvrzován. Vnímá ji jako součást vlastní choroby ač je vlastně důsledkem sociálního mechanismu, který vystihuje tzv. teorie značkování. Přijal tak svou deviantní roli.⁶³

„Druhým velkým zdrojem stigma je předsudek. Stigma není totéž co předsudek, může ale být jeho důsledkem. Z obecného stereotypu, mnohdy místně a historicky podmíněno, jsou vybírány vlastnosti, které mezi lidmi slouží jako významná charakteristika duševně nemocných. Duševně nemocný je považován za nespolehlivého, nepředvídatelného a nebezpečného. Předsudek je posilován a udržován médii, která připomenou, že ten či onen zločinec se léčil na psychiatrii, málokdy uvedou, že psychiatrií prošel učenec, politik, veřejně známá a úspěšná osobnost.“⁶⁴

Jako příklad bych zde uvedla Výzkum názorů na schizofrenii, který proběhl v roce 2004 v rámci spolupráce projektu Změna s agenturou Dema na vzorku cca 700 dospělých lidí v ČR, z něž, mimo jiné, vyplývá, že:

- „Minimální procento lidí odmítlo vyjádřit svůj názor na schizofrenii.

⁶³ Srov.: http://www.anamneza.cz/moduly/clanek.php3_id=864sekce=20, dne: 18. 10. 2008.

⁶⁴ http://www.anamneza.cz/moduly/clanek.php3_id=864sekce=20, dne: 18. 10. 2008.

- Chování lidí vůči osobám se schizofrenií se opírá o laický pohled na duševní nemoci jako takové. Vychází z tradičních představ utvářených v minulosti a generačně předávaných. Nese s sebou stereotypy a mnohdy racionálně neověřená tvrzení (např.: schizofrenik – nebezpečný člověk násilnické povahy).
- Úvahy o duševní poruše jsou vytěšňovány. Navenek je mínění deklarováno nezájmem nebo stručnými až kategorickými výroky od soucitného konstatování "jsou to chudáci", přes věcné "jsou to nemocní lidé", až po pejorativní a odsuzující pojmenování "jsou to blázni, magoři, cvoci".
- Veřejnost si uvědomuje, že duševní stav a chování psychicky nemocného jsou nestálé a mohou se často měnit. Klidné období je měněno za nejistotu. A právě tato nevyzpytatelnost je podhoubím obavy a mýtů.
- Obecná informovanost o podstatě a projevech schizofrenické poruchy je chabá a zcela nedostatečná. Informace, které se dostávají k běžným občanům jsou náhodné a útržkovité.
- Lépe se staví k nemocným (např. nechtějí je izolovat, považují duševní nemoci za léčitelné) ta část populace, která se dostává se schizofreniky do interpersonálního kontaktu, tvořeného rodinnými, přátelskými či pracovními vztahy.⁶⁵

„Nejvíce se tedy při utváření obrazu o takto nemocných projeví tři aspekty, a to: nevyzpytatelnost chování schizofrenika, jeho možná agresivita a obavy, které může vzbuzovat ve svém okolí.“⁶⁶

Dalším významným zdrojem stigmatu mohou být i hodnoty a nároky prostředí a kultura, do které je duševní nemoc zasazena. V některých částech světa je stigma onemocnění tuberkulózou nebo leprou pro takto nemocného větším břemenem než stigma duševní nemoci. Studie Světové zdravotnické organizace prováděná v deseti zemích světa, zjistila, že se počty pacientů s psychózou, kteří dostanou psychofarmaka v rozvinutých a rozvojových zemích nijak podstatně neliší. Výrazné rozdíly jsou ale v trvání doby, po kterou

⁶⁵ http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/aktual_poruchy.html, dne: 18. 10. 2008.

⁶⁶ http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/aktual_poruchy.html, dne: 18. 10. 2008.

osoby s duševním onemocněním léky berou, v četnosti a délce trvání hospitalizace a především míře narušení sociální funkce. V rozvojových zemích bere psychotik kratší dobu léky a stráví v nemocnici kratší čas. Je zde ovšem větší riziko remise, ale větší zachování sociální funkce než u pacientů v rozvinutých zemích. Zdá se tedy, že výraznou roli zde hrají sociální faktory, kterými jsou v rozvojových zemích tolerantnější rodinné a společenské postoje vůči duševně nemocným a také menší soutěživost a orientace na výkon. To vše přispívá k nižší pohotovosti ke stigmatizaci pacienta s duševní poruchou v rozvojovém světě.⁶⁷

2.1.1 Stereotyp duševně nemocného a následná stigmatizace

Stereotypy jsou v sociální psychologii vysvětlovány jako rigidní, pasivně přijímané formy posuzování určitých skupin lidí na základě předsudků a tradic. Tyto stereotypy v posuzování se týkají jak skupin lidí, tříd nebo určitých představitelů obyvatel (intelektuál, sedlák, psychicky nemocný atd.), ale i celých národů a ras (černoši, Židé apod.).

Rozlišují se dva typy stereotypů a to **autostereotypy**, což jsou mínění a představy, které mají příslušníci určité skupiny o sobě samých (psychicky nemocní o psychicky nemocných) a **heterostereotypy**, což jsou představy o členech skupin jiných (zdravých a o psychicky nemocných). Právě pomocí těchto stereotypů velice často bývají určité skupiny posuzovány iracionálně a zjednodušeně. Při stereotypním posuzování tak dochází k zastírání individuálních vlastností a odlišností.⁶⁸

Typickým stereotypem je právě stereotyp duševně nemocného. Lze ho nalézt například ve vtipech o bláznech, v hovorových obratech, ve zprávách v médiích, ale i v uměleckých dílech. Nutno zde podotknout, že stereotyp může mít pro jedince i pozitivní důsledek. Mezi tento pozitivní důsledek může například patřit ochrana jedince, soucit s ním, kladením menších nároků na

⁶⁷ Srov.: http://www.anamneza.cz/moduly/clanek.php3_id=864sekce=20, dne: 18. 10. 2008.

⁶⁸ Srov.: <http://www.tigis.cz/PSYCHYAT/PSYCH101/07prasko.html>, dne: 18.10.2008.

výkon. Daleko častější je však negativní důsledek stereotypu, kterým je právě stigmatizace.

Sociolog Erving Goffman ve své knize „*Stigma*“ ukazuje, že osoba se stigmatem je nejčastěji ztotožňována s vizí někoho, kdo je definován jako „horší než člověk“. Stigmatizace se tedy projevuje jak méněcenností, tak znehodnocujícím přístupem okolí. A právě u duševních poruch je výše uvedené tvrzení Ervinga Goffmana naplňováno ve velké míře. U psychických poruch je odmítání od tzv. zdravých vázáno na odchylné chování, které v okolí vzbuzuje pocit ohrožení. Ovšem zůstává zde otázka proč se stigmatizace uplatňuje i u poruch, kde takovéto odchylné chování není zcela viditelně vyjádřeno. Patrně zde funguje již samotná nálepka „duševní nemoc“. Funkci nálepky zde plní i samotná informace o kontaktu s psychiatrickými institucemi a zejména pak informace o hospitalizaci. Osoba s duševním onemocněním, která takovou nálepkou získala je pak zcela prokazatelně vystavena zvýšené společenské kontrole s jasným úmyslem vykládat každé, velice často i domnělé, vybočení ze stanovených norem negativně a to vše ve smyslu získané nálepky.⁶⁹

2.1.2 Značkovací reakce

Reakci sociálního prostředí, která je interpretována do zjednodušujícího závěru „duševní porucha“ je možno označit jako značkovací nebo nálepkovací reakci. Existují dvě úrovně této značkovací reakce, v první úrovni a to v úrovni laické se používají tradiční nálepky (zhroucení, zbláznění či jakási charakterová vada). V druhé úrovni a to v úrovni odborné se používají nálepky diagnostické. Nálepka může mít tedy jak nápravný, tak stabilizující vliv na chování osoby s duševním onemocněním. Nápravný vliv působí skrze rozpoznání duševního onemocnění a následného léčení.⁷⁰

⁶⁹ Srov.: <http://www.tigis.cz/PSYCHYAT/PSYCH101/07prasko.html>, dne: 18.10.2008.

⁷⁰ Srov.: <http://www.tigis.cz/PSYCHYAT/PSYCH101/07prasko.html>, dne: 18.10.2008.

„Mechanismy stabilizujícího vlivu mohou být různé:

- pacient mění obraz o sobě samém a své chování pod vlivem nálepky, nebo aby se jí zbavil,
- retrospektivně interpretuje své chování ve smyslu deviace (“vždy jsem byl smutný”),
- pro okolí může sloužit jako status: neponechává místo pro jiné vlastnosti, než obsahuje stereotyp (jedinec je redukován na „hypochochondra“).⁷¹

Na laické úrovni se v rámci nálepky duševní nemoci očekává nezvyklé chování, nebezpečnost, nezodpovědnost, nekontrolovatelnost a možná agrese. Tento osvojený obraz je pak mnohdy odolný vůči pozměňujícím vlivům. Stává se tak relativně stálý v čase a označuje se také jako stereotyp obrazu o duševně nemocném. Laici si u osoby s duševním onemocněním všímají především vnějších projevů takto postiženého, a to: výrazů, pohybů, postojů, fysiognomie i řeči, a registrují všechny neobvyklé projevy. Pokud se tyto projevy odlišují od toho, co je považováno za normální a chování osoby s duševním onemocněním je označeno za “divné” nebo za “bláznění”, začne značkovací proces, který často vede až k trvalé stigmatizaci. Pokud je však chování označeného nálepkou shledáno nápadným, ale v rámci jakési tolerance, obvykle je označen pouze za “nerváka” s předpokladem, že jde buď o osobnostní příčinu, nebo situační zhroucení.⁷²

Zde bych se chtěla opět pozastavit nad tím, jak velmi subjektivní je hranice mezi “nervákem” a “bláznem” a nutno podotknout, že i velice často krajně nespravedlivá neboť se stává, že nálepku “blázna” se všemi negativními důsledky obdrží člověk, který nikomu neublíží a značně agresivní chování a tedy něco co je hodno odsouzení je většinovým okolím tolerováno.

„Obraz může být tedy modifikován představou o příčině poruchy. Postoje laiků k příčinám psychických poruch by se daly zjednodušeně rozdělit do několika kategorií:

⁷¹ Srov.: <http://www.tigis.cz/PSYCHYAT/PSYCH101/07prasko.html>, dne: 18.10.2008.

⁷² Srov.: <http://www.tigis.cz/PSYCHYAT/PSYCH101/07prasko.html>, dne: 18.10.2008.

- charakterové – duševní méněcennost, slabost, zvrhlost, nemorálnost,
- organické – dědičné zatížení, nemoc mozku,
- situační – zhroucení po traumatu, leknutí, životní rány, zhoršení materiální situace, „ze žalu“, „z trápení“.⁷³

Může se tak tedy měnit i postoj k postiženému. Při předpokládané osobnostní příčině převládá laický názor, že by se postižený měl snažit změnit, či by měl být převychován. Při organické příčině by ho lékaři měli léčit nebo izolovat a při situační příčině převládá stanovisko, že by takto postiženého měli chápat a pomáhat mu, eventuálně, že „už by bylo na čase se vzchopit“. Je však nutno podotknout, že ve všech případech takto postiženému nejvíce pomohlo vstřícné a začleňující chování.⁷⁴

„Stereotyp „psychiatrického pacienta“ je pro neurotického nebo úzkostného jedince natolik ohrožující, že raději odbornou pomoc nevyhledá nebo dává přednost somatickým odborníkům. Proto odhadem pouze 25% trpících sociální fobií a kolem 40% trpících depresí nebo panickou poruchou se nakonec dostane k odborníkovi.“⁷⁵

2.1.3 Rodina duševně nemocného a strach ze značkování

Každý z nás se setkal s tvrzením „co na to řeknou lidé“. A je zřejmé, že toto tvrzení vyplývá většinou z nějaké situace vnímané negativně. Člověk s duševním onemocněním se však s tímto tvrzením setkává od svých nejbližších, tedy od rodiny a příbuzných, téměř s jistotou. Chtěla bych zde uvést i svoji vlastní zkušenost, tato fráze mě také totiž napadla ve chvíli, kdy byla u mě blízkého člověka diagnostikována duševní porucha. V té chvíli jsem o duševních nemocích v podstatě nic nevěděla a řídila jsem se právě zažitým stereotypem obrazu o duševně nemocném.

Není proto divu, že příbuzní a rodina někdy odrazují svého člena s duševním onemocněním od léčby na psychiatrii, právě ze strachu ze stigmatizace. Jako by zde opravdu platilo, že: léčba na psychiatrii = blázen. Často se proto

⁷³ <http://www.tigis.cz/PSYCHYAT/PSYCH101/07prasko.html>, dne: 18.10.2008.

⁷⁴ Srov.: <http://www.tigis.cz/PSYCHYAT/PSYCH101/07prasko.html>, dne: 18.10.2008.

⁷⁵ <http://www.tigis.cz/PSYCHYAT/PSYCH101/07prasko.html>, dne: 18.10.2008.

oprávněně obávají toho, že tento cejch tak dostane celá rodina a “bude to hanba”. Riziko takovéto “hanby” pak připadá členům rodiny jako nadměrné, zvláště v případech, kdy vnější projevy postižené osoby s duševním onemocněním nejsou až tak markantní. Jejich snaha je tedy přesvědčit nemocného, aby se nějak vzchopil, či mu pomáhají svým zabezpečovacím chováním, jako je například to, že za něj vyřizují věci na úřadech nebo mu poskytují úlevy v oblastech, kde má duševně nemocný strach. Je si však nutno uvědomit, že toto chování zpravidla upevňuje a v konečném důsledku prohlubuje příznaky duševního onemocnění.⁷⁶

Svoji roli zde také sehrává zakořeněná nedůvěra k psychiatrům a k psychiatrii vůbec, která je opět součástí stereotypu obrazu o duševních nemocích.

„Z laického pohledu „psychiatr v každém vidí blázna“. Navíc může mít rodina svérázné postoje k léčbě a psychiatrickou intervenci pokládá za zbytečnou: „Měl by se oženit či měla by se vdát“, začít žít sexuálním životem, pořádně pracovat, „obalit se tukem“.“⁷⁷

2.1.4 Sebeznačkování u osoby s duševním onemocněním

Označení člověka za duševně nemocného mívá velmi často za následek různé formy represe, sociálního i existenčního ohrožení. Není divu, že se lidé takovému označení brání a pokud možno se psychiatrovi vyhnou nebo se snaží odstranit nebo zmírnit následky *značkovacího procesu*. Přístup postiženého k subjektivnímu prožívání duševních potíží může být rovněž svérázný. U neurotických poruch postižený často podléhá silné úzkosti „aby se z toho nezbláznil“ nebo už začíná věřit “že se zbláznil”.⁷⁸

Pokud je u něj již duševní onemocnění diagnostikováno, pak pod tlakem nálepky velmi často touží, aby na něm nikdo nic nepoznal, či se snaží izolovat od ostatních. Toto je opět má osobní zkušenost, kdy právě mě osoba blízká s duševní poruchou několikrát uvedla, že se před ostatními snaží hrát, že je jí

⁷⁶ Srov.: <http://www.tigis.cz/PSYCHYAT/PSYCH101/07prasko.html>, dne: 18.10.2008.

⁷⁷ <http://www.tigis.cz/PSYCHYAT/PSYCH101/07prasko.html>, dne: 18.10.2008.

⁷⁸ Srov.: <http://www.tigis.cz/PSYCHYAT/PSYCH101/07prasko.html>, dne: 18.10.2008.

dobře nebo se naprosto stranila kontaktu s ostatními ze strachu, aby to na ní nepoznali. Někdy byl ten strach z nálepky tak velký, že své potíže před ostatními naprosto bagatelizovala.

2.1.5 Značkování odborníkem

Výše jsem uvedla, jaké mohou být postoje laické veřejnosti k duševním onemocněním. Stejně tak, se mohou lišit i postoje samotných odborníků pracujících s osobami s duševním onemocněním, vždy se odvíjejí a jsou poplatny jednak názorům jejich sociální skupiny, ale také medicínské výchově. Proto se u odborníků osoba s duševním onemocněním může setkat, jak s přeceňováním závažnosti poruchy, to v případech, kdy jsou symptomy méně srozumitelné, tak se zlehčováním duševního onemocnění. Můžou tedy nastat případy, kdy při přeceňování odborník sklouzne do celkové rezignace na vyléčitelnost poruchy a při podceňování se stává, že se nemocnému snaží vyvrátit jeho potíže nebo léčbu zcela podcení. Oba tyto případy, kdy odborník pod vlivem určité nálepky jedná zaujatě jsou pro nemocného naprosto negativní.

To jak bude osoba s duševním onemocněním léčena, vždy záleží na terapeutickém vztahu. Vnitřní postoj odborníka k duševně nemocnému je tedy hlavním faktorem pro terapeutickou angažovanost. K nálepkování odborníkem dochází v případě diagnóz, u nichž se již dopředu stereotypně počítá s obtížnou léčbou. Více také bývají nálepkovány osoby z nižších sociálních vrstev a často také bývají méně intenzivně léčeny. Velice často se stává, že dá odborník nálepkou hůře léčitelné diagnózy všem těm, kteří jsou mu nějakým způsobem nesympatičtí, či těm, u kterých se mu nedaří navázat spolupráci na úrovni podle jeho představ. Tuto nálepkou mohou dostat, ale i ti, kteří odborníka kritizují. Je pak možno od odborníka slyšet hanlivá synonyma diagnostické nálepky jako jsou například “hysterka”, “psychopat” atd. Nutno však podotknout, že tato hanlivá nálepka může sloužit jako obrana odborníka,

kterou zdůvodňuje nějaký svůj vlastní neúspěch, ale i třeba neochotu se nemocnému intenzivněji věnovat.⁷⁹

2.1.6 Vliv stigmatizace na léčbu osob s duševním onemocněním

„Stigmatizace může výrazně ovlivňovat na mnoha rovinách cestu k pomoci. Identifikovaný interní nebo chirurgický pacient přichází a je odeslán ke zdrojům pomoci přímo. Identifikace sebe coby psychiatrického pacienta je daleko obtížnější. Obranné mechanismy popření a potlačení fungují výrazně. Postižený hledá jinou příčinu, zejména ze somatické oblasti. Pokud sám pacient nebo okolí identifikují potíže jako psychické, ještě to neznamena, že se k pomoci dostane. Jak rodina, tak sám pacient mají tendenci nejdříve vyčkávat, zda potíže neodezní spontánně. Zda dovolená, relaxace nebo cokoliv „přirozeného“ nepomůže. I když to nepomůže, obvyklé je vyčkávat dále.“⁸⁰

Má osobní zkušenost založená na soužití s člověkem s diagnózou duševní nemoci je taková, že jsou určité druhy léčby preferovány a nemusí plně dojít ke značkování toho, kdo ji podstoupí, zde se jedná o určité druhy psychoterapie nebo naopak zcela zavrhovány a tedy ty, u kterých ke značkování těch, kdo ji podstoupí zcela jistě dojde, což je zejména farmakoterapie.

V širším slova smyslu může být problémem pro léčbu i sama stigmatizace oboru psychiatrie a psychologie. Psychiatrie byla v minulosti v některých systémech, jako je nacismus a komunismus zneužívána. V současné společnosti má však kromě léčebné funkce, také funkci kontrolní, zde se jedná o detenci deviantních jedinců a psychiatr, je tak proto často vnímán jako určitý agent sociální kontroly s možností určit nějaká represivní opatření, což jistě nepřispívá k pochopení a přijetí léčby duševních onemocnění. Své zde také sehrává i další laické přesvědčení, že psychiatrické onemocnění není v pravém slova smyslu nemoc, což opět vede k nedůvěře možnosti léčby. Veřejnost tak často vyjadřuje vůči odborníkům, kteří se zabývají duševními

⁷⁹ Srov.: <http://www.tigis.cz/PSYCHYAT/PSYCH101/07prasko.html>, dne: 18.10.2008.

⁸⁰ <http://www.tigis.cz/PSYCHYAT/PSYCH101/07prasko.html>, dne: 18.10.2008.

nemocemi značnou nevoli. Je samozřejmé, že pro stigmatizovaný obor je zpravidla těžší sehnat zdroj peněz a tím pádem se zmenšuje i celkový rozvoj léčebných možností. Odborníci, kteří pracují s duševně nemocnými jsou tak často značkováni jako "taky blázni" a celkově tak mohou budit nedůvěru. Jak sama nedůvěra v možnosti pomoci, tak i celková stigmatizace oboru jsou postoje, které sami o sobě snižují pocit bezpečí v přítomnosti odborníka.⁸¹

A sebeznačkování působí proti integraci po odeznění chorobných příznaků, kdy má duševně nemocný takové problémy, jako je únavnost, nižší výkonnost, menší zájem o dění kolem sebe, zvýšená potřeba klidu a soukromí.

„Průběh i vyhlídky psychotické poruchy jsou v současnosti díky moderním formám léčby podstatně lepší, než tomu bylo dříve. Závisí i na nemocném samotném, zejména na jeho spolupráci s lékařem a na užívání doporučených léků. Důležitý je také vliv rodinného a pracovního prostředí.“⁸²

⁸¹ Srov.: <http://www.tigis.cz/PSYCHYAT/PSYCH101/07prasko.html>, dne: 18.10.2008.

⁸² Praško, J. a kol. Psychotická porucha a jak se jí bránit. 1.vyd. Praha: Janssen-Cilag, 1998, str. 33.

3. Destigmatizace

Informace a fakta, které jsem doposud uvedla, jsou jasným důkazem toho, že stigmatizace osob s duševním onemocněním je vážným problémem, který nejenže odráží řadu postižených od léčby, ale i velice stěžuje situaci osob již léčených nebo i vyléčených a je tedy velice důležité se zamyslet nad cestami, které by vedly k destigmatizaci duševních nemocí.

Důležitou roli v tomto procesu proměny negativních postojů k postiženým by měla mít zdravotnická osvěta a výchova. Informovanost laické veřejnosti o současně problematice duševních poruch je relativně malá či naprosto zkreslená a právě tato nedostatečná informovanost velkou měrou přispívá k udržování nepříznivého stigmatizovaného stereotypu o duševně nemocném s celou řadou předsudků, o jeho chování a léčbě. Nejúčinnější se mi tedy jeví ovlivnění pro budoucnost klíčové populace dětí a dospívající mládeže, hned potom veřejných činitelů a široké veřejnosti. Je třeba si uvědomit, že hlavním motivem značkování je to, že nám dává falešný pocit, že jsme hodnotnější než značkováný a pokus o destigmatizaci duševně nemocných je tak vlastně spjat s bojem proti jakékoli diskriminaci. Nejlepší cestou je přímý kontakt majoritní populace s nositeli stigmatu.⁸³

Cestou by tedy mělo být, umožnění hlubšího porozumění problému osob s duševním onemocněním, které by šlo zprostředkovat například semináři s těmito osobami, vedenými citlivými profesionály, dokumenty, které by pravdivě a nezaujatě popisovaly vnitřní stavy duševně nemocných s jejich souvislostmi a stereotyp psychiatrického pacienta v médiích zbavený všech senzacechtivých motivů, který stigma velmi účinně udržuje, by byl tak alespoň částečně změněn. Je třeba si uvědomit, že stigmatizace je vždy spojená s pocitem odlišnosti a pokud tedy vnímáme skupinu lidí jen podle této odlišnosti zdá se nám být cizí a tím pádem v nás vzbuzuje pocit ohrožení. Je tedy třeba výchovou dosáhnout toho, aby tato odlišnost byla vnímána jako

⁸³ Srov.: <http://www.tigis.cz/PSYCHYAT/PSYCH101/07prasko.html>, dne: 18.10.2008.

něco zcela nepodstatného a zdůraznit hlavně ty vlastnosti, které jsou většinou společností vnímány kladně či neutrálně.⁸⁴

Odlišnost psychiatrických pacientů se zmenšuje se zavedením nových léků- především tzv. antipsychotik II. generace. Léky jako risperidon, olanzapin, ziprasidon, amisulpirid, klozapin a některé další jsou účinné v léčbě psychózy, ale nevyvolávají polékový parkinsonismus, nemají sedativní účinek a nevedou k pozdním dyskinézám. Měřítka kvality života jasně ukazují, že přívažkem k jejich terapeutickému působení je lepší kvalita života a dlouhodobě pravděpodobně i lepší prognóza nemoci. Vedou k lepší spolupráci nemocného a důslednějšímu setrvání v léčbě. Důraz na včasnou rehabilitaci sociálních dovedností a edukace rodiny o povaze onemocnění pacienta a o způsobech, jak mu pomáhat, jsou dalšími kroky moderní psychiatrie, které mají pacienta zbavit nápadností plynoucích z bezradnosti nad ztrátou jistoty, sebevědomí a z narušených mezilidských vztahů v rodině.⁸⁵

„Prostřednictvím sociální rehabilitace (zájmové kluby pacientů, sportovní aktivity, pobyty v přírodě apod.) získává nemocný nové korektivní zkušenosti o tom, že lze lépe fungovat ve společenství lidí bez pocitu ohrožení. Získává zde otřesenou sebejistotu, znovu se učí nabývat důvěru vůči svému okolí.“⁸⁶

Další možnost jak pomoci destigmatizaci spatřuji ve vytvoření svépomocných skupin, s jasným účelem poskytnou psychickou podporu osobám s duševním onemocněním pod odborným vedením, jakými jsou například denní stacionáře nebo třeba Chráněná dílna Svaté Kláry zřízená při Oblastní charitě Znojmo pro osoby s duševním onemocněním, kterou se budu podrobněji zabývat v následující kapitule mé práce, které alespoň částečně postižené reintegrují a vyvádějí je tak z jejich izolace.

⁸⁴ Srov.: <http://www.tigis.cz/PSYCHYAT/PSYCH101/07prasko.html>, dne: 18.10.2008.

⁸⁵ Srov.: http://www.anamneza.cz/moduly/clanek.php3_id=864 sekce=20, dne: 18. 10. 2008.

⁸⁶ Jarolímeck, M. O lidech, kteří onemocněli schizofrenií. vyd. Občanské sdružení Ondřej: Praha, 1996, str. 20.

„Destigmatizace psychiatrie je důležitým, ale zároveň obtížným úkolem. Cílem je změnit stereotyp člověka trpícího duševní poruchou tak, aby nebyl společensky izolován ani sankcionován, aby se změnil postoj zaměstnavatele, rodiny, přátel ale i zdravotníků. Znamená to seznamovat veřejnost s projevy duševních poruch, aby je nevnímala jako „senzaci“ a „odlišnost“, ale byly schopna jim porozumět a postižené lidi pochopit, případně jim přiměřeně pomoci. Přitom osvětu nelze přeceňovat. Podobně je potřebné pracovat s rodinou a samotným pacientem, protože stereotyp duševně postiženého se projevuje zejména v malých přirozených skupinách. Důležitá je tedy edukace rodiny nebo rodinná terapie. Dalším úkolem je změnit postoje profesionálů. To je možné cestou komplexnějších výcviků, které budou zaměřeny nejen na diagnózu maladaptivních znaků, ale i na adaptivní zdroje v pacientovi.“⁸⁷

Závěrem této kapitoly bych zde uvedla rezoluci schválenou VS OSN 20. 12. 1971. Uvádím ji zde proto, že i téměř po čtyřiceti letech je minimálně v několika bodech neustále majoritní společností ve vztahu k osobám s duševním onemocněním porušována.

Deklarace práv duševně postižených lidí

1. Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
3. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standart. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá pokud možno jeho schopnostem.

⁸⁷ <http://www.tigis.cz/PSYCHYAT/PSYCH101/07prasko.html>, dne: 18. 10. 2008.

4. Tam, kde je možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.
7. Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instituci.⁸⁸

⁸⁸ Deklarace práv duševně postižených lidí. Valné shromáždění OSN, 1971.

4. Chráněná dílna Svaté Kláry

Chráněná dílna Svaté Kláry je jednou ze sociálních služeb snažící se o destigmatizaci duševně nemocných lidí a tato služba je zaregistrovaná dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jako sociálně terapeutická dílna. Účelem dílny je vytvoření podmínek pro rozvoj sociálně terapeutické dílny, jako významné součásti sociálních služeb poskytované v rámci komplexní léčebné psychiatrické rehabilitace s cílem podpořit zlepšování zdravotního stavu nemocných a jejich návrat do společnosti.

Provoz chráněné dílny je organizován s předpokladem částečně ekonomické návratnosti vynaložených nákladů bez plánování zisku. Dotace přiděluje EU, MPSV, Jihomoravský kraj, granty a město Znojmo.

Zřizovatelem této dílny je Diecézní charita Brno a funguje v rámci poskytovaných služeb Oblastní charity Znojmo, Dolní Česká 1, 669 02 Znojmo. Tento projekt vznikl v říjnu roku 2000 a nadále je realizován.

Posláním Chráněné dílny Sv. Kláry je poskytovat dlouhodobou podporu lidem s duševním onemocněním, kteří se chtějí uplatnit na trhu práce.

Cílem je tedy poskytování sociální služby a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je tato služba poskytována. Těmito cíly jsou tedy zejména zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním, umožnění návratu a co možná největšího opětovného zapojení do společnosti a jejich příprava pro možnost uplatnění se na trhu práce, s vytvořením takového prostředí, které klientům tohoto zařízení umožní stanovit si pracovní dobu i tempo s ohledem na vlastní zdravotní stav. Hlavní cílovou skupinou jsou dospělí dlouhodobě duševně nemocní, kteří mají plný nebo částečný invalidní důchod.⁸⁹

Služby Chráněné dílny Sv. Kláry se poskytují ambulantně v pracovní dny od 7:00 do 16:00 hodin a obsahují tyto základní činnosti:

⁸⁹ Standardy kvality soc. služeb. 1. Cíle a způsoby poskytování soc. služeb. Chráněná dílna Sv. Kláry Znojmo.

- ***nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění***
 - pracovně výchovná činnost – pracovní terapie ve dřevařské a multifunkční dílně dle individuálních plánů,
 - nácvik a upevňování, psychických a sociálních schopností a dovedností dle individuálních plánů odpovídajících potřebám jednotlivých uživatelů,
- ***podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností,***
- ***poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy.***

Poskytované služby dílny Sv. Kláry jsou stavěny na těchto principech:

- zachování důstojnosti uživatelů služby,
- dodržování práv uživatelů služby,
- respektování rozhodnutí uživatelů služby,
- ohled na specifické potřeby uživatelů služby,
- možnost seberealizace,
- vzájemný respekt a úcta uživatele služby a zaměstnance,
- podpora nezávislosti uživatelů služby,
- rozvoj schopností a dovedností uživatelů služby.⁹⁰

Poskytovatel dále vytváří podmínky, aby osoby, kterým tuto sociální službu poskytuje, mohli uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace.

Klient sám rozhoduje o průběhu nabízené sociální služby:

- podílí se na tvorbě svého individuálního plánu,
- podílí se na tvorbě svého týdenního plánu činností (kdy a jakou dílnu pracovní terapie bude navštěvovat),
- klienti služeb mohou své názory a potřeby sdělovat instruktorům nebo vedoucímu zařízení,

⁹⁰ Standardy kvality soc. služeb. 1. Cíle a způsoby poskytování soc. služeb. Chráněná dílna Sv. Kláry Znojmo.

- má možnost rozhodovat, kam se pojede podívat na výlet a výběr aktivit pro volný čas.⁹¹

Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby a to v těchto bodech:

- **uživatelé služeb:**
 - nenosí jednotné oblečení, oblékají se sami a to přiměřeně svému věku,
 - jsou instruktory vedeni k dodržování pravidel slušného chování ve Chráněné dílně Sv. Kláry i na veřejnosti při vycházkách nebo akcích mimo dílnu,
 - žijí ve svých rodinách v přirozeném prostředí.
- **zařízení dbá na to:**
 - aby nebyly v médiích používány pojmy, popírající důstojnost uživatelů,
 - aby si instruktoři uvědomovali, že uživatelé služeb jsou lidé jako jiní a je potřeba zachovávat jejich důstojnost, chovat k nim respekt (tykání není samozřejmostí, nový uživatel je při příchodu dotazován, jak má být osloven),
 - prezentuje veřejnosti prostřednictvím médií aktivity, úspěchy a činnosti uživatelů i celého zařízení,
 - aby uživatelé navštěvovali v rámci pobytu v dílně i akce pro veřejnost – např. výstavy se zajímavou tematikou, apod.
- **instruktoři Chráněné dílny Sv. Kláry:**
 - oslovují a představují uživatele jménem, ne diagnózou,
 - pokud potřebují při představování uživatele sdělit, že nekomunikuje – uvedou, že např. nepoužívá běžné komunikační prostředky, používá znakovou řeč.⁹²

⁹¹ Standardy kvality soc. služeb. 1. Cíle a způsoby poskytování soc. služeb. Chráněná dílna Sv. Kláry Znojmo.

⁹² Standardy kvality soc. služeb. 1. Cíle a způsoby poskytování soc. služeb. Chráněná dílna Sv. Kláry Znojmo.

Chráněná dílna Sv. Kláry se řídí těmito předpisy:

- Listina základních lidských práv a svobod,
- Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách,
- Vyhláška č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách,
- Zákon č.100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení,
- Zákon č.101/2000 Sb., o ochraně osobních dat,
- Vyhláška č.182/1998 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení,
- Etický kodex sociálních pracovníků České republiky.⁹³

Personální obsazení dílny:

- 1 x vedoucí dílny,
- 2 x instruktoři.

4.1 Metody práce Chráněné dílny Sv. Kláry

Klient do této dílny přichází na základě doporučení psychiatra či informací z jiných zdrojů s úvodním přáním a potřebou pracovní rehabilitace, a tím dochází k prvnímu kontaktu. Další fází je mapování potřeb klienta a hledání vhodné pomoci. Výsledkem je rehabilitační plán péče. Ten lze definovat, jako uzavřený kontrakt, který formuluje cíl a konkrétní kroky, kterými se má k tomuto cíli dojít. Klient je dále seznámen s programem, který v Chráněné dílně Sv. Kláry probíhá, s chodem zařízení a provozní dobou. Součástí rehabilitace se tak stává nejen průběžné hodnocení pracovního výkonu a oceňování úspěchů, ale i posilování silných stránek klienta. Ideálním způsobem ukončení pracovní rehabilitace je dosažení takové úrovně pracovních schopností klienta, aby byl schopen zvládnout nároky konkrétního pracovního zařazení nebo dokonce uplatnit se na trhu práce.

⁹³ Standardy kvality soc. služeb. 1. Cíle a způsoby poskytování soc. služeb. Chráněná dílna Sv. Kláry Znojmo.

Přijímání klientů do Chráněné dílny Sv. Kláry:

Pro přijímání nových uživatelů nejsou stanovena žádná výběrová pravidla, a proto je zde pouze omezení kapacitou zařízení, která je 30 lidí. Průměrně však dílnu navštěvuje denně 2 – 10 klientů, v evidenci je 37 klientů. Věková hranice klientů se pohybuje od 18 let až do 64 let. Složení klientů je vyrovnané dochází jak muži, tak i ženy ve stejném poměru.

Veškeré poskytované služby jsou bezplatné. Klient se může dále rozhodnout, zda se zapojí přímo do chodu Chráněné dílny Sv. Kláry či pouze do Denního centra Klubu „Pohoda“, který je navazujícím článkem Chráněné dílny Sv. Kláry, jehož náplní jsou volnočasové aktivity (vycházky, besedy, pobyty v přírodě atd.) a sportovní aktivity (posilovna, plavání), ale tyto aktivity si klient hradí sám (jako je např. vstup do plavání, do posilovny, kina, divadla atd.). V klubu je možnost zapojit se do různých forem pracovní terapie.

Jednání se zájemcem o službu:

Zájemce o zaměstnání, případně pracovní terapii, v Chráněné dílně je nejprve seznámen s jejím posláním, cíli služby, podmínkami pro přijetí a ukončení služby. Poté je klient proveden zařízením a seznámen s provozem dílny. Klient má možnost rozhodnout se, zda do chráněné dílny nastoupí či nikoliv.

Při nástupu do zaměstnání je s klienty uzavřena pracovní smlouva, spolu s ní dostávají platový výměr nebo dohodu o provedení práce (dle přání klienta). Práce je vybrána tak, aby odpovídala schopnostem klientů s ohledem na jejich psychický stav a přitom přinášela i ekonomický efekt. Forma uzavírání dohody je písemná.

Doba setrvání v programu není striktně stanovena, je individuálně řešena vzhledem k potřebám klienta, formou individuálního rehabilitačního plánu. Znamená to, že klient může dlouhodobě setrvat v chráněné dílně Sv. Kláry, neboť jeho schopnost pracovat není taková, aby se na trhu práce uplatnil.⁹⁴

⁹⁴ Standardy kvality soc. služeb. 3. Jednání se zájemcem o soc. službu. Chráněná dílna Sv. Kláry Znojmo.

4.2 Práva a povinnosti klientů Chráněné dílny Sv. Kláry

Klienti mají právo na:

- citlivou péči, zachovávající jejich autonomii a podporující kompetence, poskytovanou kvalifikovanými pracovníky (bez ohledu na původ, etnickou příslušnost, mateřský jazyk atd.),
- soukromí a důvěrnost sdělení,
- zachování lidské důstojnosti a ochranu jména,
- ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě,
- projevy svého náboženství nebo víry,
- vyjadřování svých názorů a svobodných rozhodnutí a jejich respektování,
- doplnění vzdělání dle schopností,
- seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení takového práva u druhých osob,
- kvalitě poskytované sociální služby,
- ochranu osobních údajů (v souladu se zákonem č. 100/2000Sb.),
- poskytování osobních dat a informací pouze v míře nezbytné s ohledem na potřebnost pro zajištění služeb, které jim mají být poskytnuty,
- poskytování osobních údajů třetí osobě pouze s jejich písemným souhlasem (souhlasem uživatele, zákonného zástupce, opatrovníka),
- nahlédnutí do své dokumentace (uživatel, zákonný zástupce, opatrov.),
- podílet se na řešení svých problémů a na chodu organizace,
- být seznámeni se všemi nabízenými službami a využít této nabídky v plném rozsahu,
- seznámeni s veškerou dokumentací, která se k nim vztahuje a být informováni o všech krocích, které zařízení v jejich věci hodlá učinit,
- znát jména pracovníků zařízení, kteří jim služby poskytují,
- odmítnout nabízené služby,
- být doporučení do jiného zařízení, jehož služby by odpovídaly co nej přesněji jejich potřebám. Mají právo být seznámeni se všemi známými alternativami,

- vznést stížnosti na jednotlivé členy týmu zařízení nebo na zařízení jako celek (řediteli oblastní charity Znojmo), případně se obrátit na jiné profesní organizace.

Povinnosti uživatelů:

- uživatel je povinen dodržovat provozní řád poskytovatele a dbát pokynů personálu, pokud jimi není dotčen ve svých právech,
- respektovat názor instruktora (personálu),
- respektovat jedinečnost ostatních uživatelů služeb,
- dbát na bezpečnost práce se svěřenými nástroji.⁹⁵

4.3 Individuální plánování průběhu služeb

Průběh sociální služby je plánován společně s uživatelem s ohledem na osobní cíle a možnosti uživatele:

- **Jednání se zájemcem o službu.**

Se zájemcem o službu jedná vedoucí Chráněné dílny Sv. Kláry. Při tomto rozhovoru se vedoucí ptá uživatele na jeho očekávání, uživatel může formulovat svůj cíl.

- **Nabídka činností v Chráněné dílně Sv. Kláry.**

Přílohou smlouvy o poskytování služeb je nabídka činností v Chráněné dílně Sv. Kláry. Zde uživatel označí ty činnosti, které chce při pobytu v Dílně využívat. Tuto přílohu může uživatel kdykoliv aktualizovat.

- **Průběžné individuální rozhovory.**

Uživatelé služeb vedou tyto rozhovory s klíčovým pracovníkem, ostatními pracovníky a s vedoucím Dílny.

- **Skupinové rozhovory s uživateli.**

Každý den ráno při kávě mají všichni možnost říci něco všem. Uživatelé vypráví většinou o tom, jak se měli o víkendu, ale mají možnost tento prostor využít k vyjádření svých přání, spokojenosti či nespokojenosti, vyjadřují se o činnostech v Dílně, co je baví a co ne, co by chtěli změnit

⁹⁵ Standardy kvality soc. služeb. Práva a povinnosti uživatelů služeb. Chráněná dílna Sv. Kláry Znojmo.

apod. Instruktoři a vedoucí tento čas využívají k informování uživatelů o tom, co se bude následující týden dít, ale i o jiných věcech, pokud je potřeba.

- **Poskytovatel společně s uživatelem hodnotí, zda jsou naplňovány cíle individuálního plánu.**

Při hodnocení individuálního plánu a pomocí Dotazníku spokojenosti s poskytovanými službami.⁹⁶

4.4. Mé vlastní působení v Chráněné dílně Sv. Kláry

V průběhu roku 2008 jsem jako host nepravdělně navštěvovala Chráněnou dílnu Svaté Kláry i Denní centrum „Pohoda“ a zúčastňovala jsem se běžného chodu tohoto zařízení. Při této příležitosti jsem měla možnost hovořit s klienty, ptát se na věci, které souvisí se stigmatizací osob s duševním onemocněním a mohla jsem tak vyhodnotit fakta, která jsem našla v odborné literatuře a porovnat i problémy ostatních osob s diagnózou duševní nemoci s problémy, které zažívá osoba mě blízká již byla stanovena tato diagnóza a je léčena na právě takové onemocnění.

Uvedu zde volný přepis jednoho rozhovoru, ovšem při zachování všech faktů, jehož obsah liší se v detailech jsem z úst klientů Chráněné dílny Sv. Kláry slyšela několikrát a jeho podobnost, i s mou vlastní zkušeností je až zarážející. Jména všech zúčastněných jsem kvůli ochraně osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb. pozměnila, nebo je vůbec neuvádím.

Petrovi bylo v době tohoto rozhovoru 36 let a byl již rok klientem Chráněné dílny sv. Kláry. Pobíral již několik let plný invalidní důchod z důvodu duševního onemocnění. Záměrně se v tomto přepisu rozhovoru vyhnu uvádění příznaků a prožitků, o kterých Petr mluvil v souvislosti s akutními fázemi své nemoci, a dovolím si soustředit jen na období klidu mezi atakami nemoci. Petr uváděl, že nejhorší ze všeho bylo vždy znovu a znovu po hospitalizaci na psychiatrickém oddělení vysvětlovat lidem, že vlastně není vůbec nebezpečný, a že pobyt v

⁹⁶ Individuální plánování průběhu sociální služby. Chráněná dílna Sv. Kláry Znojmo.

“blázinci” je vlastně stejný, jako pobyt na jakémkoliv jiném oddělení nemocnice. Jelikož bydlí na vesnici, kde všichni lidé o sobě všechno vědí, a fámy putují mezi lidmi velice rychle, stala se tato úloha téměř nadlidským výkonem, s tím přišla postupná rezignace a nechť cokoli komukoli vysvětlovat. Což, jak říká ho dostávalo neustále do větší a větší izolace. Přestal chodit do hospody, což je na vesnici jedna z mála možností společenských setkání, neboť neustále slyšel poznámky na svoje onemocnění od mírných až po ty nejvulgárnější. Situace se ještě více zhoršila, když mu byl přiznán plný invalidní důchod, neboť zde, jak dodává zcela určitě zafungovala závist a často se pak i při běžném nákupu v obchodě setkával s poznámkami typu: no jo, ten si to uměl zařídit, vždyť je to zdravěj chlap a bere důchod atd. Začalo se mu vyhýbat i těch několik kamarádů, které doposud měl a to, jak říká, patrně z důvodu, aby i na ně nedopadlo toto všeobecné negativní mínění o něm. Několikrát se pokoušel tuto izolaci prolomit tím, že si podal inzerát, že hledá životní partnerku, což však skončilo opět fiaskem. Několik žen se ozvalo, avšak po setkání s ním, když jim Petr řekl, že je invalidní důchodce a důchod bere právě z důvodu duševního onemocnění, již k další schůzce nedošlo, což nakonec vedlo k veškerému útlumu snahy nějaké nové kontakty navazovat. Nakonec zůstal zcela osamocen, neboť rodiče již zemřeli a slovo rezignace patrně nejlépe vystihuje stav, ve kterém se Petr nacházel. Úplně přestal dbát na svůj zevnějšek, neholil se, nestříhal si vlasy a koupal se jen občas. Přestal také udržovat pořádek v domku po rodičích, ve kterém bydlel. V tomto období u něj také docházelo k relapsům nemoci, ale Petr říká, že i přes nepříznivé projevy související s nemocí se na toto období těšil, neboť byl hospitalizován na otevřeném oddělení psychiatrie, kde měl možnost setkávat se a komunikovat s lidmi. Tyto situace se periodicky střídaly, po návratu z nemocnice se vždy nějaký časový úsek snažil více setkávat s lidmi, či hledal nějaké jiné uplatnění ve společnosti. Po jednom návratu si dokonce našel brigádu u jedné firmy. Jednalo se o jednoduchou práci na dvě hodiny denně, balil výrobky do krabic, a jak uvádí toto období pro něj bylo velice příjemné, neboť se cítil potřebný a měl možnost setkávat se s lidmi. Jednoho dne mu však bylo oznámeno, že již

není potřeba a jak se později dozvěděl, hlavním motivem k ukončení brigády bylo to, že majitel firmy ustoupil tlaku svého okolí a propustil ho proto, že si ostatní zaměstnanci stěžovali na úlevy, které mu v souvislosti s jeho nemocí byly poskytovány. Samozřejmě následovala další perioda izolace, osamocení, následné zhoršení nemoci a hospitalizace. A právě při poslední hospitalizaci se dověděl o Chráněné dílně Svaté Kláry, jejichž služeb následně využil. Sám říká, že zde nejde o zisk z odvedené práce, ale právě o možnost setkávání a komunikace s ostatními lidmi, kteří jsou na stejné lodi a není u nich zakořeněn předsudek o duševních nemocích a proto se v jejich společnosti cítí dobře, neboť jak závěrem dodává samota je hrozná.

Co tedy vlastně vyplývá z tohoto rozhovoru? Jsou to hlavně a především dvě slova a to: rezignace a izolace. Faktem zůstává, že tato dvě slova se při rozhovorech s osobami s diagnózou duševní nemoci objevovala velice často. Způsobuje tedy duševní nemoc izolaci? Má osobní zkušenost s osobou s duševním onemocněním a rozhovory s klienty Chráněné dílny Svaté Kláry mne přivedli k na názoru, že tomu tak není. Samotná duševní nemoc izolaci nezpůsobuje, i když s tímto tvrzením se dá jistě polemizovat, neboť v akutních fázích nemoci je vnímání postiženého natolik odlišné, že samo o sobě k určité izolaci vést může. Já zde však hovořím o obdobích relativního klidu mezi jednotlivými atakami nemoci, kdy je takto postižená osoba částečně nebo zcela zbavena většiny negativních příznaků své nemoci a její vnímání reality je tedy totožné s majoritní částí společnosti. Přesto všechno jsou osoby s duševním onemocněním prokazatelně v izolaci. S určitostí se dá tedy říci, že zde funguje nálepka duševní nemoci, jako taková a to se všemi nepříznivými příznaky a důsledky. Nálepka vede k sociální exkluzi.

Jak z rozhovorů vyplývá, osoba s nálepkou duševní nemoci je vystavena v plné míře zažitým předsudkům, jejímiž důsledky je právě stigmatizace. Tato stigmatizace se projevuje ve většině oblastí života osoby s duševním onemocněním. Na takto označovanou osobu je pohlíženo skrze prsty při běžných životních úkonech, jako je např. nákup v obchodě či společenská setkání, a to zvláště v případech, kdy postižený bydlí na vesnici a nemá

možnost navštěvovat zařízení, kde ho nikdo nezná. Vše se prohlubuje, pokud selhává i rodina a blízké okolí postiženého a to z důvodu strachu, aby negativní důsledky nálepky duševní nemoci neulpěly i na nich samotných.

Osoba s duševním onemocněním se tak dostává do společenské izolace a postupně rezignuje na jakoukoliv snahu tuto situaci změnit. Tato rezignace se ovšem projevuje i v běžných denních stereotypně se opakujících věcech, jako je např. hygiena. Je to celkem pochopitelné, protože proč by osoba s duševním onemocněním měla mít upravené vlasy, když se stejně s nikým nestýká. Tato izolace a rezignace působí negativně i na samotný průběh nemoci a zvyšuje riziko relapsu.

Dalším bodem, u kterého bych se chtěla pozastavit, je možnost pracovního zařazení. Při plném či částečném invalidním důchodu není legislativou zakázáno pracovat. Možnost získání přiměřeného zaměstnání je však zcela minimální. Je to opět pochopitelné, pracovní tempo a nasazení osoby s duševním onemocněním je vlivem samotné nemoci či podávaných léků sníženo a sehnat, tak místo kde by toto snížené tempo a nasazení bylo tolerováno, je v dnešní době, kdy je práce zaměřena především na výkon téměř nadlidským úsilím. Jak jsem uvedla, ve výše popsaném rozhovoru, může se to někdy podařit, přesto však po nějakém čase toto místo pro osobu s duševním onemocněním zaniká, a to především z důvodu selhání a vytracení se solidarity ostatních pracovníků.

Opět je to špatné, ale ve svém důsledku pochopitelné, na takto zaměstnanou osobu s duševním onemocněním jsou brány ohledy a to např. právě při pomalejším tempu práce či častějších návštěv u lékaře. Navíc osoba s duševním onemocněním není postižena fyzicky, tedy viditelně, jako je tomu např. u tělesně hendikepovaných, kdy solidarita okolí ještě, i když někdy zcela minimálně, funguje a je k nim tedy v těchto případech přistupováno, jako k naprosto zdravým a proč mají mít zdraví nějaké úlevy. Což se ještě více projeví, pokud se zjistí, že postižený pobírá plný či částečný invalidní důchod a dochází tak právě ke ztrátě tolerance okolí. Je ovšem nutno si uvědomit, že právě každodenní pracovní činnost dává možnost osobě s duševním

onemocněním najít nový smysl života, nové možnosti setkávání a komunikace, což ji v konečném důsledku vyvádí z izolace. V naší na výkon orientované společnosti je pracovní zařazení důležitým integrujícím prvkem.

Společnost a okolí osoby s duševním onemocněním se vlivem předsudků ihned či postupem času rozdělí na dva tábory. Jeden tábor zastává názor, že osoba s duševním onemocněním je nebezpečný agresivní blázen či „úchyl“, a jako takový patří doživotně odklidit do zařízení, kde bude neustále pod kontrolou a tento pohled a přístup k osobě s duševním onemocněním a je tedy veskrze negativním. Druhá skupina zastává názor, že osoba s duševním onemocněním své potíže pouze předstírá právě z důvodu přiznání plného či částečného invalidního důchodu a je k ní tedy přístupováno s určitou podezíravostí a s přesvědčením, že osoba s duševním onemocněním se chová lživě a podle a tento pohled je opět zcela negativní.

Osoba s diagnózou duševní nemoci nemá prakticky žádnou možnost tuto nálepku nějak ovlivnit, ač se o to ze začátku pokouší, ale po zjištění marnosti jakéhokoli vysvětlování o podstatě svého onemocnění ztrácí další chuť cokoliv vysvětlovat a na toto konání postupně rezignuje, což v konečném důsledku vede právě k izolaci a totálnímu osamocení.

Můžou se tak i stát případy, kdy osoba s duševním onemocněním podléhá tlaku samoty a řeší vzniklou situaci suicidálním pokusem, ač už dokonaným nebo nedokonaným. Podle mého zjištění je právě izolace z důvodu stigmatizace ve větším procentu případů důvodem k sebevražedným pokusům než nemoc samotná, což vyplynulo z rozhovorů, které jsem vedla s klienty Chráněné dílny Svaté Kláry, kdy jako důvod svých suicidálních pokusů uváděli právě spíše pocit samoty, vycházející ze stigmatizace, než duševní nemoc jako takovou a jejich pokusy byly tedy spíše voláním o pomoc, sloužící právě k přetržení řetězce rezignace a izolace.

V Chráněné dílně Svaté Kláry jsem se setkala i s případy, kdy se osoby s duševním onemocněním staly velice ortodoxními a aktivními členy různých sekt a náboženských hnutí. Zde spatřuji jako důvod právě absenci normálních společenských vazeb, která jsou běžně navazována na pracovištích či při

různých společenských setkáních. Můj pohled na věc je takový, že jsou osoby s duševním onemocněním aktivně pracující pro tato hnutí často zneužívány, což oni sami nevidí či nechtějí vidět, výměnou za to, že jsou přijaty do komunity a jsou tak vyvedeni ze své osamocení a izolace, čímž se stávají na těchto sektách a hnutích zcela závislé.

4.5. Vztah mezi Chráněnou dílnou Sv. Kláry a Denním centrem Klubu „Pohoda“

Navazujícím článkem Chráněné dílny Sv. Kláry je Denní centrum - Klub „Pohoda“. Oba tyto projekty mají jednoho stejného vedoucího a instruktory, kteří zajišťují provoz od 7.00 do 17.00. Chráněná dílna Sv. Kláry má pracovní dobu od 7.00 do 11.45, pak následuje 30 min. přestávka na oběd a po ní navazuje Klub „Pohoda“. V dílně i v klubu jsou neustále instruktoři, kteří se věnují jednotlivým klientům. Odpovídají za provoz a odvedenou práci.

Do Chráněné dílny Sv. Kláry jsou přijímáni duševně nemocní, kteří mají plný nebo částečný invalidní důchod. Je určena především lidem s různými psychickými poruchami nebo těm, kteří v minulosti prodělali léčení psychických potíží. Záměrem dílny je vytvářet příjemné pracovní prostředí s pohyblivou pracovní dobou, na klienty není vyvíjen tlak, nemusí plnit žádné limity nebo normy. Práci, kterou klienti vykonávají, není nijak fyzicky ani psychicky náročná. Většinou se jedná o kompletaci různých součástek, navlékání korálků, šití jednoduchých výrobků nebo lepení reklamních letáček. Práce v dílně je vede k získávání pracovních návyků a tím se zlepšuje jejich prosazení na trhu práce. Motivací pro klienty dílny je také finanční odměna za odvedenou práci. Klienti mají právo možnosti nejprve si práci nezávazně vyzkoušet.

Do Denního centra Klubu „Pohoda“ jsou přijímáni klienti s chronickým duševním onemocněním, kteří se cítí osamělí a hledají společnost. Jak už jsem již zmínila je to navazující článek Chráněné dílny Sv. Kláry a funguje vždy v odpoledních hodinách od pondělí do pátku. Každý den má určený program, který si klienti spolu s instruktory plánují sami dle jejich vlastních zájmů.

Nabídka spočívá ve volnočasových a sportovních aktivitách, kulturních akcí a pracovní terapie. Účast klientů na všech aktivitách klubu je dobrovolná, klienti mají právo možnosti několika nezávazných návštěv klubu.

Chráněná dílna Sv. Kláry a navazující Denní centrum „Pohoda“ je tedy možným řešením, jak stigmatizaci a hlavně z ní vyplývající rezignaci a izolaci osob s duševním onemocněním řešit. Přesto ji však nevidím jako zcela ideální, osoby s diagnózou duševní nemoci se mají možnost setkávat pouze sami mezi sebou, což spatřuji pouze jako částečně dobré, ale v současné situaci jako maximum možného. Za ideální stav se dá považovat integrace osob s duševním onemocněním mezi tzv. zdravou populaci. Jistě by tak došlo ke zmenšení či přehodnocení negativní nálepky duševní nemoci a postižení by byli v konečném důsledku daleko méně stigmatizováni. Přesto jsou však zařízení tohoto druhu velice potřebná, a pokud budou sloužit právě, jako mezičlánek přechodu k výše uvedenému ideálnímu stavu mají své veliké opodstatnění i v budoucnosti.

5. Integrační chráněné dílny

„Vývoj a ověřování programu Integrace podnítil vznik a definování nového typu sociální služby nazvaného Integrační chráněné dílny.“⁹⁷

„Posláním integračních chráněných dílen je pomáhat dlouhodobě nezaměstnaným lidem se zdravotním postižením znovu najít pracovní uplatnění na otevřeném trhu práce. Služba je určena dlouhodobě nezaměstnaným lidem se zdravotním postižením, kteří potřebují dlouhodobou podporu při získání pracovního místa na otevřeném trhu práce. Cílem je umožnit lidem v produktivním věku získat a udržet si pracovní místo na otevřeném trhu práce za rovných platových podmínek.

Integrační chráněné dílny poskytují:

- Časově omezené, placené zaměstnání v chráněných dílnách, zajišťují obnovení a rozvoj pracovních návyků.
- Vzdělávací a výcvikový program podporující získání nových dovedností, potřebných pro uplatnění na otevřeném trhu práce.
- Pomoc sociálního pracovníka s naplňováním individuálního plánu, s nalezením a získáním pracovního místa na otevřeném trhu práce.“⁹⁸

Tato sociální služba se liší od sociálních služeb jako jsou Dílny, Podporované zaměstnání, Přejížděné zaměstnávání tím, že mezi uživatelem a poskytovatelem vzniká pracovněprávní vztah.⁹⁹

„Program Integrace umožňuje osobám cílové skupiny žít běžným způsobem, být znovu součástí většinové společnosti, nevytváří dlouhodobou závislost na poskytovaných sociálních službách, ale naopak v maximální míře aktivizuje, podporuje jejich osobní růst, schopnost převzít iniciativu a řešit svou situaci vlastními silami, jak nejvíc je to možné.“¹⁰⁰

⁹⁷ Plesník, V. a kol. Integrace dlouhodobě nezaměstnaných osob se zdravotním postižením zpět do pracovního procesu. Reintegra: EPAVA Olomouc, 2004, str.153.

⁹⁸ Plesník, V. a kol. Integrace dlouhodobě nezaměstnaných osob se zdravotním postižením zpět do pracovního procesu. Reintegra: EPAVA Olomouc, 2004, str.153 – 154.

⁹⁹ Srov.: Plesník, V. a kol. Integrace dlouhodobě nezaměstnaných osob se zdravotním postižením zpět do pracovního procesu. Reintegra: EPAVA Olomouc, 2004, str. 154.

¹⁰⁰ Plesník, V. a kol. Integrace dlouhodobě nezaměstnaných osob se zdravotním postižením zpět do pracovního procesu. Reintegra: EPAVA Olomouc 2004, str. 154.

ZÁVĚR

Závěrem bych si dovolila malé shrnutí. Jak jsem výše uvedla hlavními zdroji stigmatizace je skutečná odlišnost, předsudek a nároky a hodnoty prostředí. A právě kvůli těmto třem faktorům spatřuji ve stigmatizaci problém, který se netýká jen osob s určitou přidělenou negativní nálepkou např. duševní nemoci, ale spatřuji v ní problém celospolečenský. Netroufám si zde tvrdit, že mezi osobami s diagnózou duševní nemoci se nacházejí pouze lidé, které je možno označit za dobré, samozřejmě se mezi takovouto skupinou lidí nachází i osoby s negativními povahovými vlastnostmi, ovšem nelze paušalizovat a odsoudit někoho jen na základě mylných předpokladů o duševních nemocích jako celku. A právě hlavně v paušalizování, které sebou stigmatizace přináší, vidím výše zmíněný celospolečenský problém. Může se snadno stát, že bude zobecněn např. i pohled na otlé lidi, nebo na lidi s vyšším či menším vzrůstem, což povede i k vytváření nových těžko odstranitelných předsudků a následné stigmatizaci těchto osob, protože odlišnost je zde zcela zřejmá. Je zde tedy zcela nutné prohlubovat proces destigmatizace, který by měl vést zkvalitnění života osob nejen s duševním onemocněním, ale všech stigmatizovaných. Ještě lépe by však bylo, kdyby se každý člověk, který o duševně nemocném vyřkne tvrzení, že je to nebezpečný blázen či simulující lenoch, zamyslel nad tím, co vlastně říká, neboť jak občas tvrdí mě blízká osoba s diagnózou duševní poruchy, nemoc si člověk nevybírá a nikdo neví, co se mu může stát zítra.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

PLHÁKOVÁ, A.: *Učebnice obecné psychologie*. 1.vyd.Praha: Academia, 2004.
ISBN 80-200-1086-6.

PRAŠKO, J. A KOL.: *Psychotická porucha a jak se jí bránit*. 1.vyd. Praha:
Janssen-Cilag, 1998.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P.: *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002.
ISBN 80-7178-700-0.

ZVOLSKÝ, P. A KOL.: *Speciální psychiatrie*. 1.vyd.Praha: Univerzita Karlova,
1996. ISBN 80-7184-203-6.

PRAŠKO,J., PRAŠKOVÁ,H., PRAŠKOVÁ,J.: *Deprese a jak ji zvládat*. 1.vyd.
Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0.

PROKUPEK, J., *Psychiatrie*. 3.vyd. Praha: Avicenum, 1974, ISBN 08-018-74.

KALINA, K., *Jak žít s psychózou*. 1.vyd.Praha, Portál, 2001,
ISBN 80-7178-563-6.

JAROLÍMEK, M., *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, 1.vyd. Občanské
sdružení Ondřej: Praha Pallata, 1996.

PAVLOVSKÝ, P. a kol., *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3. vyd. Praha:Grada
Publishing, 2009, ISBN 978-80-247-2618-2.

STANDARDY KVALITY SOC. SLUŽEB. *Práva a povinnosti uživatelů služeb*.
Chráněná dílna Sv. Kláry Znojmo.

INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ PRUBĚHU SOC. SLUŽBY. Chráněná dílna Sv. Kláry Znojmo.

PLESNÍK,V.a kol.: *Integrace dlouhodobě nezaměstnaných osob se zdravotním postižením zpět do pracovního procesu*. Reintegra: EPAVA Olomouc, 2004.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJU

<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psychiatrie-napric-casem-wenigova.html>, dne: 18. 10. 2008.

http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/aktual_poruchy.html, dne: 18. 10. 2008.

<http://www.anamneza.cz/moduly/clanek.php3?id=864-sekce=20>, dne: 18. 10. 2008.

<File:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/Plocha/deklarace5.html> (8 of 14), dne: 15.12. 2006.

<http://www.tigis.cz/PSYCHYAT/PSYCH101/07prasko.html>, dne: 18. 10. 2008.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Přehled mezinárodních dokumentů, právních norem a předpisů
ČR týkajících se ochrany práv duševně nemocných

Příloha č.1:

Přehled mezinárodních dokumentů, právních norem a předpisů ČR týkajících se ochrany práv duševně nemocných

Seznam nejdůležitějších mezinárodních dokumentů na ochranu práv mimo jiné i duševně nemocných:

- Deklarace lidských práv a duševního zdraví, Nový Zéland, 1989.
- Deklarace práv duševně postižených lidí, Valné shromáždění OSN, 1971.
- Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod.
- Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů, APA, Washington, 1992.
- Světová deklarace zdraví (World Health Declaration), WHA, 1998.
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně.
- Všeobecná deklarace lidských práv a svobod, Valné shromáždění OSN, 1948.
- Zásady pro ochranu psychicky nemocných osob a pro zlepšení péče o psychické zdraví.

Přehled nejdůležitějších právních norem a předpisů ČR týkajících se ochrany práv duševně nemocných:

- Ústavní zákon č.1/1993 Sb., Ústava České republiky.
- Usnesení ČNR č.2/1993 Sb., o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součásti ústavního pořádku České republiky.
- Ústavní zákon č.23/1991 Sb., kterým se uvozuje LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako ústavní zákon Federálního shromáždění České a Slovenské Federativní republiky.
- Zákon č. 349/1999 Sb., o Veřejném ochránci práv.
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.
- Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád.
- Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon.

- Zákon č. 141/1961 Sb., trestní řízení soudním (trestní řád).
- Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině.
- Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení.
- Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.
- Zákon č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti.
- Zákon č. 463/1991 Sb., o životním minimu.
- Stavovský předpis České lékařské komory č.10: Etický kodex ČLK.
- Práva pacientů.