

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

**Teologická fakulta**

**Katedra psychologie a sociologie**

**Diplomová práce**

**Stigmatizace duševně nemocných v současné společnosti**

**Vedoucí práce: Ing. PhDr. Marie Lhotová, PhD.**

**Autor práce: Bc. Alena Chodorová**

**Studijní obor: Etika sociální práce**

**Ročník: 2.**

**2009**

## Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou – diplomovou práci jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

8. června 2009

Bc. Alena Chodorová

Děkuji vedoucím diplomové práce Ing. PhDr. Marii Lhotové, PhD. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

ÚVOD.....	6
<b>1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ .....</b>	<b>8</b>
1.1 Duševní zdraví a duševní porucha .....	9
1.1.1 Duševní poruchy jako společenský problém.....	11
1.1.2 Jak vnímá duševní poruchy současná společnost? .....	13
1.2 Klasifikace duševních poruch.....	14
1.2.1 Psychiatrická diagnóza.....	16
1.3 Medicinizace .....	18
1.4. Náboženství a duševní zdraví.....	19
1.5 Dopady duševního onemocnění.....	21
1.5.1 Osobnostní změny .....	22
1.5.2 Možnost pracovního uplatnění .....	23
1.5.3 Společenské kontakty .....	25
1.6 Příklad duševní poruchy a jejích projevů v běžném životě .....	26
<b>2 HISTORIE PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ.....</b>	<b>29</b>
2.1 Antika.....	30
2.2 Středověk a loď bláznů .....	30
2.3 Pinelovy reformy psychiatrické péče .....	31
2.4 Nový charakter internace .....	33
2.5 Vznik prvního asylu .....	34
2.6 Psychiatrie jako instituce a věda.....	36
2.7 Psychiatrie dvacátého století .....	38
2.7.1 Socialistická psychiatrie .....	40
2.7.2 Změny v psychiatrii po roce 1989.....	41
2.8 Modely uplatňované v psychiatrických zařízeních.....	42
<b>3 STIGMATIZACE A JEJÍ DOPADY .....</b>	<b>46</b>
3.1 Stigma.....	46
3.1.1 Stigmatizace.....	47
3.1.2 Stigma hospitalizace v PL .....	48
3.1.3 Prostředí psychiatrické léčby.....	50

3.2 Vnímání duševně nemocných.....	51
3.3 Stereotypy v přístupu k duševně nemocným .....	52
3.3.1 Hodnocení duševních nemocí veřejností .....	53
3.3.2 Stereotyp a zdravotnický personál .....	55
3.4 Stigmatizace v médiích.....	57
3.5 Dopady stigmatizace na jedince a společnost.....	58
3.5.1 Nálepkování.....	59
3.5.2 Sebeznačkování .....	61
3.5.3 Nálepkování a rodina.....	61
3.6 Sociální kontrola.....	62
3.7 Společenská izolace .....	63
4 Destigmatizace .....	65
4.1 Osvěta.....	65
4.2 Humanizace psychiatrie.....	66
4.2.1 Rušení psychiatrických léčeben .....	68
4.3 Sociální psychiatrie .....	70
4.3.1 Socioterapie .....	72
4.4 Reforma současné psychiatrie.....	73
4.5 Spolupráce s rodinou .....	75
4.6 Zahraniční zkušenosti.....	78
4.6.1 Antipsychiatrie.....	78
4.6.2 Vliv interpersonální psychologie.....	78
4.6.3 Alternativní systémy .....	80
4.7 Význam komunitní péče pro začlenění duševně nemocných.....	82
4.7.1 Sociální a rehabilitační programy .....	83
ZÁVĚR.....	86
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	90
SEZNAM ZKRATEK.....	97
ABSTRAKT .....	98

## ÚVOD

Stigmatizace je definována jako označování a vyobcování lidí ze společnosti, protože jsou duševně nemocní. Toto vylučování se týká také jejich rodin a dokonce i profesionálů, kteří se o nemocné starají. Slovo stigma je odvozeno z řečtiny a vystihuje výraz „vypálené znamení“, jímž byli označováni lidé podezřelí ze zločinu. Stejně tak duševně nemocní byli považováni za hříšné, hodné odsouzení a vyloučení ze společnosti.

Psychiatrická péče je obklopena celou řadou mýtů, jedním z nejrozšířenějších je, že „kdyby se člověk s depresí víc snažil a měl vůli, hned by mu bylo líp“. S tímto názorem se psychiatričtí pacienti často setkávají a tak se jim dostává dalšího potvrzení jejich depresivních výčitek a scénářů o vlastní bezcennosti. Nabízí se otázka: Proč lidem se zlomenou nohou nikdo neradí, aby se trochu snažili pořádně chodit? Somatická nemoc či porucha nějakého orgánu je většinou srozumitelná a dobře ohraničená, u duševně nemocného je taková hranice méně zřetelná. Chování duševně nemocného se může jevit jako vystupňování stavů, které známe z běžného života, ale umíme je přemáhat. Každý z nás prožívá někdy smutek, ztrácí chuť k jídlu nebo málo spí. Dokáže to však překonat. Nemocný budí dojem, že je slabý na to, aby dokázal svůj stav zvládnout. Jeví se jako člověk neschopný, nespolehlivý, nekontrolovatelný, možná i hloupý a nebezpečný. Psychotické projevy a z nich vyplývající chování je často neobvyklé a nesrozumitelné. Konfrontace s nimi nás přivádí do situace nejistoty, vyvrací naše obvyklé představy. Psychická onemocnění se považují stále za něco, o čem se ve společnosti moc nemluví. Snažila jsem se odpovědět na otázku: Jsou duševně nemocní stále v naší společnosti diskriminováni?

Hlavním cílem práce je poukázat na etický rozměr přetrvávajících stereotypních představ společnosti vůči duševně nemocným. I když už nejde o vyloženě tabuizované téma a informovanost veřejnosti o této problematice se v posledních letech zlepšila, stigma duševní nemoci přesto přetrvává. Určitě zde hrají významnou roli normy společnosti, ve které žijeme, ale velký problém vidím

v přetrvávajícím nedostatku informací, které jsou mnohdy navíc interpretovány zavádějícím způsobem, a to zejména v médiích. Co mohou média udělat pro to, aby se o duševním zdraví informovalo pravdivě, bez zpráv, které jsou zkreslené a bezdůvodně negativní?

Zásadní problém vidím v možnostech ovlivnění povědomí společnosti ze strany profesionálů, jejich přístupem k duševně nemocným. Otázka dvojího pojetí přístupu k duševně nemocným je pro mě etickým dilematem. Souvisí s tím, zda jde o vnímání z hlediska medicínského přístupu (biologického) nebo zda je respektován i sociální aspekt problému. Vzhledem k tomu, že je v současnosti prosazována představa člověka jako bio-psycho-sociální jednotky, zdá se mi striktní oddělování sociální a somatické složky zdraví jako neopodstatněné. Ve své práci se snažím odpovědět na otázky: Který z uvedených přístupů k duševně nemocným je z etického hlediska správný? Posuzovat člověka jen po jeho somatické stránce, s tím, že vliv vnějších podmínek pro vznik nemoci je jen okrajový? Za profesionální péči je pak považováno léčení psychofarmaky a psychodiagnostika. Nebo se zabývat sociálním kontextem? V léčbě je pak upřednostněna spolupráce s rodinami, příbuznými a s pacienty navzájem. V návaznosti je třeba zajistit další komplementární sociální služby.

V první části práce jsem vymezila, kdo patří do skupiny lidí s duševním onemocněním za pomoci termínu duševní zdraví a duševní porucha. Stručně jsem popsala klasifikaci duševních poruch. Dále jsem se zabývala dopady duševního onemocnění na člověka, jeho osobnostní změny, ovlivnění společenských kontaktů. Velkým problémem je i malá možnost začlenění duševně nemocných na trhu práce. K doplnění souvislostí jsem uvedla vztah náboženství a duševního zdraví. Na příkladu bipolární poruchy jsem přiblížila projevy duševní poruchy v běžném životě.

Ve druhé části jsem nastínila historii péče o duševně nemocné a současně i vývoj názorů na tuto problematiku. V historii psychiatrie se prolínají vlivy přírodních i humanitních věd. Pro pochopení širších souvislostí problematiky

stigmatizace považují právě znalost historického kontextu za velmi důležitou. Představa o psychické nemoci vzniká uvnitř společnosti, a to je důvodem proč jsou etické problémy úzce spojeny se způsobem zacházení s duševně nemocnými. Duševní onemocnění je spojeno s mnoha předsudky a tomu odpovídá i postoj společnosti k nemocným.

Ve třetí části se zabývám stereotypy v přístupu k duševně nemocným a dopady stigmatizace. Jak smýšlíme o člověku, který byl hospitalizován v psychiatrickém zařízení? Dochází ke stigmatizaci, nemocnému je přisouzena nálepka a setkáváme se i s tím, že nemocný je odsunut na okraj společnosti, někdy i zcela vyloučen. Člověk, který nevyhovuje společenským normám, je veřejností odmítán. Spolu s nemocným je „značkována“ i jeho rodina. Dále jsem se zabývala otázkou: Jakou měrou ke stigmatizaci přispívají média?

Ve čtvrté části bych chtěla nastínit, jak lze přispět k odstranění stigmatu. Cílem destigmatizace je změnit stereotyp člověka trpícího duševní poruchou tak, aby nebyl společensky izolován ani sankciován, aby se změnil postoj zaměstnavatele, rodiny, přátel, ale i zdravotníků. Velký důraz by měl být kladen na plnou informovanost nemocného, jeho rodiny a celé veřejnosti. Popsala jsem podmínky reformy současné psychiatrie. Uvedla jsem příklady zahraničních zkušeností s alternativními systémy péče. Poslední část jsem věnovala významu komunitní péče, se zaměřením na sociálně rehabilitační programy.

Důležité je seznamovat veřejnost s projevy duševních poruch tak, aby je lidé nevnímali jako „senzaci“ a „odlišnost“, ale aby byli schopni jim porozumět a nemocné lidi pochopit. Duševně nemocní nepůjdou za své požadavky demonstrovat, nevyvinou žádný tlak, aby nastaly změny směřující ke zlepšení jejich situace. Duševní nemoc jim k tomu bere potřebnou energii a mnohdy i náhled. Důležitým krokem je prosazení Zákona na ochranu osob s duševní poruchou, který by zamezoval upírání základních práv legislativou ČR.



## **1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ**

V první kapitole jsem se pokusila o objasnění pojmů duševní zdraví a duševní porucha. Uvedla jsem stručnou klasifikaci duševních poruch s přiblížením pojmů psychiatrická diagnóza a medicinizace. Pro doplnění kontextu jsem se věnovala vztahu náboženství a duševního zdraví. Uvedla jsem dopady duševního onemocnění na osobnost, pracovní uplatnění a společenské kontakty. V závěru jsem na příkladu bipolární poruchy přiblížila projevy duševní poruchy v každodenním životě.

### **1.1 Duševní zdraví a duševní porucha**

Duševní zdraví a duševní porucha jsou pojmy, které sice pronikly do našeho běžného slovníku, ale málokdo je dokáže skutečně definovat. Nález duševní poruchy má pro nemocného dalekosáhlé sociální důsledky, někdy vede i ke ztrátě svobody. Duševně nemocní bývají považováni za nesvéprávné a psychiatrická léčba zahrnující pobyt v léčebně, je označována za nežádoucí a nepříjemnou.

V lékařském použití se slovo symptom vztahuje ke špatné funkci tělesného orgánu nebo systému, ale v psychiatrickém použití je symptomem chování jedince, které je často znepokojivé více pro okolí než pro pacienta samotného.

V současné společnosti díky nesčetným možnostem vzájemných kombinací biologických, psychických a sociálních vlivů, nelze dosáhnout názorové shody v otázce normality člověka. Duševní zdraví člověka nelze chápat jen jako nepřítomnost duševní poruchy, jde také i o schopnost realizace vlastních životních hodnot, možností člověka. Kdo je vlastně normální? Většina odborníků se shoduje v určitých rysech duševně zdravého člověka: „má reálné představy o sobě, akceptuje svoje silné i slabé stránky, zajímá se o druhé, ve svém jednání se řídí více vnitřním přesvědčením než vnějšími hodnotami, umí uspokojovat svoje

potřeby tak, aby nepoškozoval druhé. Je tedy schopen přiměřeně reagovat na rozmanité životní situace.“<sup>1</sup>

Pojmu duševní zdraví lze nejlépe porozumět jako možnému způsobu pohledu na lidské žití, současně však i výhonku tradic, ale i reakci na současné problémy naší společnosti. S existencí psychiatrie jsou spojeny první snahy o vytvoření klasifikace duševních poruch. Mnohé formy sociálně deviantního chování a zážitků tak začaly být považovány za jisté analogie tělesných onemocnění, tedy legitimní objekty vědeckého zkoumání. Společnost našla nový, kulturně odlišný způsob zacházení s lidmi, kteří narušují její normy chování. Určitým způsobem je zatracuje a zbavuje se jich, ale etické soudy jsou zastírány vědeckými pravdami. Poté, co začala medicína zahrnovat odchylné chování do své oblasti, snažili se lékaři hledat somatické příčiny pozorovaných poruch, ale u většiny duševně nemocných takové poškození prokázáno nebylo. Používání pojmu onemocnění bylo do jisté míry společensky účelné. Vžila se tak i nepříliš šťastná metoda pro označování jedinců, jejichž chování bylo považováno za společensky nepřijatelné, což legitimizovalo společenské odsouzení dotyčného díky potvrzení lékařské vědy. Pod vlivem Sigmunda Freuda v psychiatrii nabývaly na významu dynamické procesy, což vedlo k zmenšování důrazu na hledání organické patologie. Vliv materiálně vědecké lékařské tradice způsobil, že psychiatři měli sklon předepisovat somatické metody léčení. Předepisování elektrošokové léčby, drastické chirurgické procedury (lobotomie<sup>2</sup>), vystřídalo předepisování aktivních psychoaktivních farmak. V poslední době narůstá ze strany mnohých vědců z oblasti společenských věd i profesionálů z oblasti duševního zdraví nespokojenost s nepatříčně obecně rozšířeným užíváním modelu tzv. „nemoci“. Př. Thomas Szasz uvádí, že nalepování diagnóz je jen určitým druhem

---

<sup>1</sup> STYX, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*, s.19.

<sup>2</sup> operační přerušení spojů mezi čelním lalokem a talamem, př. u těžkých psychóz.; srov. KÁBRT, J., KÁBRT, J. *Lexicon medium*, s. 362.

pseudovýkladu a že lze podávat systematictější výklad symptomů př. pomocí termínů sociální komunikace.<sup>3</sup>

V roce 1976 definoval Wing „psychická postižení jako následky těžkých především chronických duševních onemocnění. Manifestují se jako narušení individua v jeho interakci se sociálním prostředím. Postižení vzniká postupně a omezuje člověka v jeho životě. Rozlišoval postižení primární (vnitřní), spojené s onemocněním, s psychickými změnami. Sekundární postižení vyplývá z reakce individua na primární postižení a projevuje se ve změněném chování, sebehodnocení, ve změněných osobnostních zvyklostech. Terciární (vnější) poškození vzniká jako následek institucionalismu, přivyknutí pacienta na prostředí nemocnice.“<sup>4</sup>

#### 1.1.1 Duševní poruchy jako společenský problém

„Duševní poruchy jsou chápány jako celosvětový problém zejména od doby, kdy byla zátěž nemocí posuzována jednorozměrně úmrtnostními ukazateli, doplněná posouzením míry postižení (disability<sup>5</sup>). Závažnost určité nemoci se tak nehodnotí jen podle toho, nakolik zkracuje naději dožití, ale vyjadřuje se počtem let prožitých s určitým omezením, postižením, resp. mírou disability- adjusted life year (DALY).“<sup>6</sup>

Světová zdravotnická organizace uvádí, že zátěž DALY způsobená duševními poruchami představuje 11% ze všech onemocnění. Závažnost duševních poruch je více než dvojnásobná ve vyspělých zemích, mezi nejzávažnějšími nemocemi se zde objevily dvě diagnózy duševního onemocnění: depresivní epizoda a závislost na alkoholu. Duševní poruchy postihují člověka v relativně mladém věku, často

---

<sup>3</sup> Srov. COAN, R.W. *Optimální osobnost a duševní zdraví. Hrdina, umělec, mudrc nebo světec?*, s. 56-60.

<sup>4</sup> SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 23

<sup>5</sup> léta přežití korigovaná funkční poruchou- „neschopností“

<sup>6</sup> DZÚROVÁ, D., SMOLOVÁ, E., DRAGOMIRECKÁ, E. *Duševní zdraví v sociodemografických souvislostech*, s. 8.

nejsou vůbec léčeny a vedou ve vyšší míře do částečné nebo plné invalidity. Dle populačních studií vyhledává psychiatrickou péči jen nepatrný počet osob s duševními potížemi, ostatní dlouhodobě navštěvují praktického lékaře. Jako nejvhodnější metoda ke zjištění celkového počtu psychických poruch se jeví aktivní šetření u obyvatelstva, které pomáhá určit i nedeklarovanou psychiatrickou nemocnost.<sup>7</sup>

Stav duševního zdraví populace citlivě a rychle reaguje na celospolečenské změny. Současné společenské změny přinesly pro českou populaci řadu nových negativních fenoménů: nezaměstnanost, bezdomovectví, imigraci, nepřipravenost zvládat nové stresové situace související s náročností v zaměstnání, možností bankrotu. Tyto problémy představují nové typy životních zátěží, což mohlo vyvolat u části populace narušení duševní pohody s možností rizika vzniku duševní poruchy. Na základě analytického šetření výskytu duševních poruch v ČR byla vymezena riziková skupina populace, která je zatížena možným vznikem duševního onemocnění. Jde o méně vzdělané, rozvedené či ovdovělé osoby (spíše ženy), žijící ve městech nad 20 tisíc obyvatel na Karlovarsku, Budějovicku či v Praze. U městské populace převládají neurotické a depresivní poruchy, u populace z venkovských oblastí spíše závislosti na návykových látkách. Toto určení rizikových skupin je nutné považovat pouze za orientační, protože na každého jedince působí celá řada faktorů, které pozitivně nebo negativně duševní zdraví ovlivňují.<sup>8</sup>

„Psychické zdraví národa můžeme posuzovat podle různých ukazatelů: sebevražednost, spotřeba alkoholu, počet osob hospitalizovaných v psychiatrických zařízeních, počet osob navštěvujících psychiatrické a psychologické ambulance, výskyt duševních poruch, počty přiznaných invalidních důchodů pro psychické poruchy, spotřeba psychofarmak, výsledky

---

<sup>7</sup> Srov. DZÚROVÁ, D., SMOLOVÁ, E., DRAGOMIRECKÁ, E. *Duševní zdraví v sociodemografických souvislostech*, s. 8-10.

<sup>8</sup> srov. tamtéž, s. 56-9.

různých vyšetření apod. Pouze souhrn těchto dat a eventuelně jejich vývoj v čase nám může na statistických číslech ozřejmit stav a změny duševního zdraví obyvatel.“<sup>9</sup>

### 1.1.2 Jak vnímá duševní poruchy současná společnost?

Většina našich představ o žádoucím stavu člověka má své kořeny západní tradici, zejména v tradicích souvisejících s křesťanstvím a židovstvím. Tyto představy vypovídají i o současném stavu naší přetechnizované společnosti a o snaze vyrovnat se s jejími produkty. To je spjato s rozvojem povolání, která souvisejí s udržením duševního zdraví, a jsou i výsledkem snahy společnosti vědecky se vypořádat s problémy vzniklými právě vědeckou industriální společností. Nejčastěji používané termíny k označení ideálního stavu jsou: přizpůsobení, normalita, zralost a duševní zdraví. Přizpůsobení znamená dosažení harmonického vztahu s okolím i osvobození od vnitřních konfliktů.<sup>10</sup>

„O dobře přizpůsobené osobě si myslíme, že dovede uspokojit své vlastní potřeby a že se současně účinně vyrovnává s fyzickými a společenskými požadavky svého okolí. Taková osoba je charakteristickým způsobem osvobozena od pocitů stresu.“<sup>11</sup>

Důraz na přizpůsobení je charakteristický pro společnost, v níž se lidé necítí dobře. Prožívají úzkost, vnímají, že něco není v pořádku někde v nich nebo ve způsobu jímž uskutečňují své vztahy. Normalita značí přiblížení se normě nebo standardu, kdy normální jedinec by měl být typickým členem populace. Za žádoucí chování a prožívání je považováno jen to souhlasné se standardy, které jsou ve společnosti obecně přijímány za platné. V každé společnosti je konformní

---

<sup>9</sup> BAUDIŠ, P. LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*, s. 68.

<sup>10</sup> Srov. COAN, R.W. *Optimální osobnost a duševní zdraví. Hrdina, umělec, mudrc nebo světec?*, s. 59-60.

<sup>11</sup> Tamtéž, s.60.

jedinec akceptován, na nekonformního je pohlíženo s podezřením, strachem a nenávisť. Zralosti dosahujeme růstem a učním se fungovat způsobem, který je přiměřený pro dospělé. Mezi kvality považované v naší společnosti za žádoucí patří vytvoření společensky přijatelné fasády, dovednosti potřebné ke zvládnutí různých společenských rolí, určitá moudrost a usuzování, pomocí nichž se vyrovnáváme s obtížnými situacemi. Obvykle je za zralého považován ten, kdo je emocionálně rezervovaný, má velkou frustrační toleranci, dovede odložit uspokojování potřeb, dovede se věnovat plnění úkolů, za které bude odměněn až v daleké budoucnost. Vlastnosti připisované duševně zdravému jsou tytéž jako u člověka přizpůsobeného, normálního a zralého, ale zatím není vymezeno, co vlastně tvoří podstatu duševního zdraví.<sup>12</sup>

„Duševní zdraví (a zralost, normalitu a přizpůsobení) můžeme tedy připsat jedinci, který projevuje rozumovou kompetenci, realismus, nezávislost, emocionální ovládnutí, vytrvalost a produktivitu. Jsou to hodnoty industriální společnosti, zaměřené na úspěch a orientované na budoucnost. Etika lásky je patrná v mnoha definicích duševního zdraví, je však obvykle podaná ve zředěné formě- v převleku sociálních zájmů a schopností být úspěšný ve vztazích k druhým lidem.“<sup>13</sup>

## 1.2 Klasifikace duševních poruch

Nejstarší archaické typy klasifikací představovaly výčet pozorovaných příznaků. První systém nemocí duše založil Hippokrates (460-377 př. n. l.). Postupně přestává platit pouhé vypočítávání příznaků, objevují se obecnější zásady, př. rozložení tělesných tekutin dle nauky o temperamentu. Antické klasifikace jsou charakteristické hrubším rozdělením jednotlivých kategorií šílenství, představují první předstupeň ve vývoji psychiatrických klasifikací. Ve

---

<sup>12</sup> Srov. COAN, R.W. *Optimální osobnost a duševní zdraví. Hrdina, umělec, mudrc nebo světec*, s. 61-3.

<sup>13</sup> Tamtéž, s.63.

středověku platila taxonomie Tomáše Akvinského, který rozdělil patologické jevy na přirozené a nadpřirozené, což vymezilo hranici mezi šílenstvím přirozeným a démonologickým. Paracelsus neužil taxonomické mřížky, duševní poruchy třídil dle vnitřních, analogických souvislostí, které tušil za projevy příznaků. Jako první skutečně systematická klasifikace bývá označován Platterův pokus utřídění nemocí. Jeho klasifikace má svůj skrytý vnitřní řád, autor jako první oddělil patologické stavy způsobené deteriorací<sup>14</sup> od nemocí způsobených poruchami intelektových a poznávacích funkcí. Šílenství je poprvé rozvrženo do hlavních skupin. V psychiatrické systematické klasifikaci osmnáctého století anglický lékař Thomas Sydenham označil dva základní požadavky třídění: všechny chorobné projevy musí být redukovány na definitivní druhy, zrovna tak jako botanik třídí a popisuje rostliny. Za základní pravidlo třídění považoval skutečnost, že druhy nemocí musí být rozlišovány na přísně faktické bázi, charakter nemoci má být odvozen z konstantních symptomů a má vést k hypotetickým závěrům. Klasifikace racionalistické byly komplikované, zobrazovaly určité pochody v myslích psychiatrů, nikoli pacientů. Šlo o utřídění šilenců, jejich pojmenování a hlavně zvládnutí. Tyto systémy byly stručné, pragmatické a přehledné.<sup>15</sup>

Na rozdíl od ostatních medicínských systémů není psychiatrická nozografie<sup>16</sup> pevně zakotvená v empirii. Neustále se vyvíjí, zpřesňuje a zkvalitňuje. Nyní je aktuální MKN-10. Američtí psychiatři vypracovali vlastní odlišný systém DSM-IV založený na klasifikaci, která nevycházela z hypotéz o příčinách vzniku jednotlivých duševních chorob a poruch, ale především z popisu jejich symptomatologie. Jde o kategorizaci fenomenologickou, kdy je každá porucha definována přítomností určitého počtu diagnostických kritérií, případně jejich nepřítomností.<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> úbytek intelektu, ztráta nabytých intelektových schopností ; srov. KÁBRT, J., KÁBRT, J. *Lexicon medium*, s.223.

<sup>15</sup> Srov. ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějn*, s.178-189.

<sup>16</sup> nozografie- nauka o zeměpisném rozšíření choroby; srov. KÁBRT, J., KÁBRT, J. *Lexicon medium*, s. 418.

<sup>17</sup> Srov. RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*, s.138-140.

MKN-10 byla vydána Světovou zdravotnickou organizací v roce 1992, psychiatrii je věnována V. kapitola, označená písmenem F, která obsahuje asi tisíc kategorií rozdělených do deseti sekcí. U všech kategorií jsou uvedeny klinický popis, diagnostická vodítka, vylučující kritéria a diferenciálně diagnostické úvahy. Za písmenem označujícím kapitolu oboru následují čísla označující hlavní sekci, diagnostickou kategorii, její druh, případně průběhovou formu<sup>18</sup>. Jednotlivé poruchy jsou zařazovány do sekcí stejně jako v DSM-IV ne podle předpokládané etiopatogeneze<sup>19</sup>, ale podle společných hlavních znaků. Míží zde dříve tradovaný systém dělení na psychózy a neurózy. Shoda mezi DSM- IV. a MKN- 10 je v tom, že oba systémy jsou uspořádány do určité míry sestupně podle závažnosti duševních poruch. Diagnostický přístup k pacientovi je multidimenzionální-tříosý. Na první ose se zaznamenávají klinické diagnózy všech zdravotních poruch, neoddělují se tělesné a duševní nemoci. Základním principem je chápání psychiatrické léčby jako součásti všeobecné lékařské péče. Na druhé ose se hodnotí postižení pacienta v oblastech jako je: péče o sebe sama, pracovní výkonnost, fungování v rodině a narušení širšího sociálního chování. Na třetí ose jsou zaznamenány vlivy působící na pacienta ze zevního prostředí a faktory ovlivňující formu prezentace a průběh duševních obtíží.<sup>20</sup>

### 1.2.1 Psychiatrická diagnóza

Základní rozdělení duševních poruch a poruch chování umožňuje na základě jasně a striktně stanovených pravidel stanovit u pacienta konkrétní diagnózu. Psychiatrická diagnóza je stanovena lékařem, sociální pracovník se snaží podporovat silné stránky klienta a dosáhnout jeho sociálního fungování.

#### F00-F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických

---

<sup>18</sup> Př. označení **F20.10** znamená: F-duševní porucha, 2- kapitola schizofrenie, 0schizofrenie, 1 hebefrení forma s., 0- průběh chronický.

<sup>19</sup> soubor příčin a mechanismů, které vedou ke vzniku a rozvoji nemoci

<sup>20</sup> Srov. RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. Psychiatrie, s.139-142.



- F10-F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychotropních
- F20-F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
- F30-F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)
- F40-F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem, somatomorfní poruchy
- F50-F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami
- F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70-F79 Mentální retardace
- F80-F89 Poruchy psychického vývoje
- F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci
- F99 Nespecifikovaná duševní porucha

Je třeba brát v úvahu naprostou jedinečnost každého člověka; symptomy, jejich příčiny vzniku, prostředí, v němž klient žije. Duševní onemocnění mohou mít své biologické příčiny, mohou vznikat na základě psychogenních i sociálních vlivů. Velmi často se jedná o kombinaci více faktorů. Pro srozumitelné pochopení vzniku duševních nemocí lze použít „model psychosociální vulnerability“. Každý člověk disponuje nějakou silnou osobností, mírou zranitelnosti a stability, v závislosti na tom je schopen zvládat určitou míru stresu. Stabilní člověk snese vysokou míru zátěže a symptomy duševní poruchy se u něj projeví až při působení silných nebo nahromaděných stresorů. Naopak zranitelný člověk snadněji selhává v krizových situacích a psychopatologické projevy u něho vznikají mnohem dříve než u zdravého člověka.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Srov. MAHROVÁ, G. VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 69-70.

### 1.3 Medicinizace

Nejrozsáhlejší medicinizací<sup>22</sup> bylo zasaženo právě pole působnosti psychiatrie, a to ze dvou důvodů: vymezení duševních nemocí bylo vždy pružné a podléhalo více než somatické medicíně sociálním kritériím. Dále pokles starých systémů kontroly jako bylo náboženství vytvořil určité vakuum a podpůrná úloha sousedských vztahů byla v tomto ohledu přetížena.<sup>23</sup>

Jedním z hlavních podnětů medicinizace byl efekt podání psychostimulancií<sup>24</sup>, tedy úvaha o tom, že pomohl-li lék, jde o lékařskou záležitost. Došlo k poklesu důvěry v právní systém regulace chování, lidé začali více věřit v účinek léčby než trestů. Medicinizace znamená vynětí problému z případného morálního kontextu. Medicínská reformulace zneužívání alkoholu musela zavést charakteristiku nemotivovanosti a volní neovladatelnosti stavu na místo bezuzdné představy požitkářství. Z morální slabosti se tak stala nemoc, jež vyžaduje lékařskou péči, ohledy a oporu okolí.<sup>25</sup>

Př. nadměrné pití bylo ve Spojených státech 18. a 19. století považováno za ďáblovu dílo a bylo stíháno náboženskými tresty, někdy i akty společenské degradace jako zmrskání či uvěznění. Ke změně dochází díky dílům psychiatra B. Rushe, který nemluvil o lásce k pití, ale o nenasycené tužbě a neukojitelné žádosti.. S tím souvisely názory o nevhodnosti trestu, vzhledem k tomu, že za jednáním vlastně nebyl zlý úmysl. Vznikla řada azylů pro zajištění somatické i morální péče pro opilce. Od roku 1943 propagovalo středisko pro výzkum alkoholu názor, že alkoholismus je nemoc.<sup>26</sup>

---

<sup>22</sup> nové problémy jsou rozeznány jako nemoc; srov. HÖSHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA J., *Psychiatrie*, s. 222.

<sup>23</sup> Srov. CHROMÝ, K. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*, s. 40-2.

<sup>24</sup> psychotropní léky, které zvyšují či upravují bdělost vědomí; srov. VOKURKA, M., HUGO, J., a kol., *Velký lékařský slovník*, s. 754.

<sup>25</sup> Srov. CHROMÝ, K. *Sociologie duševních poruch*, s. 5-8.

<sup>26</sup> Srov. CHROMÝ, K. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*, s. 40-6.

Medicinizace má pro zdravotnictví řadu důsledků, mezi pozitivní patří zlepšení materiálních i personálních podmínek, předpokladů pro výzkum. Dalším důsledkem medicinizace je individualizace problému, kdy odpadá otázka zavinění ze strany okolí. Předmětem obav odborníků je rostoucí úloha medicíny jako instituce sociální kontroly.<sup>27</sup>

Redefinice společenského problému ve smyslu nemoci zahrnuje i negativní momenty. Někteří jedinci mohou medicinizaci svého problému prožívat s hořkostí, protože regulace nemoci může zahrnovat omezení svobody, které svým rozsahem převyšuje eventualitu zákonné sankce. Každá medicinizace znamená dezaktivaci nezdravotnických institucí. Lékaři jsou zde považováni za povolání experty.<sup>28</sup>

#### **1.4. Náboženství a duševní zdraví**

V křesťanském světě byly jako formy terapie u osob s duševním onemocněním užívány modlitba, četba bible a rozhřešení. V posledních desetiletích probíhá v pastoraci zřetelný vývoj, uplatňují se psychologické a psychiatrické poznatky. Naproti tomu psychiatrická léčba bere málo v úvahu náboženské názory. Duševní zdraví znamená nepřítomnost poruch v duševním životě člověka a v jeho vztazích k blízkému okolí. Jako kritérium k třídění duševních poruch se užívá bezprostřední vědomí nemoci. Čím je toto vědomí slabší, je porucha pokládána za těžší. Při výzkumu vztahu mezi náboženstvím a duševním zdravím byly rozlišeny tři skupiny:

1. pokusy definovat duševní zdraví jako nepřítomnost chorobných příznaků (religiózní osoby vykazují údajně méně poruch než ostatní).

---

<sup>27</sup> Srov. CHROMÝ, K. *Sociologie duševních poruch*, s. 5-8.

<sup>28</sup> Srov. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESJKA, J. *Psychiatrie*, s.228-230.

2. výzkumy, které se soustřeďují na hlubší momenty ve struktuře osobnosti, př. sebezpřijetí (religiózní osoby se ukazují jako méně přizpůsobivé, sebekritičtější a uzavřenější)

3. třetí skupina jsou studie zabývající se mírou neklidu a pocitů viny jednotlivce.

Zjištění souvislosti mezi religiozitou a zdravím nezávisí jen na chápání duševního zdraví, ale i na různých formách religiozity. Člověku trpícímu úzkostmi může náboženský postoj k životu přinášet úlevu, podporou člověku v krizi může být i obrácení. Zvláštní oblastí jsou duševní poruchy, které se vztahují přímo k náboženským faktorům. Jde o ekleziogenní poruchy u nichž je žádoucí léčba na nábožensko kognitivní úrovni. Vedle hlubinně psychologických interpretací je důležitá znalost emoční a kognitivní struktury náboženského systému, v němž člověk vyrůstal.<sup>29</sup>

„U lidí postrádajících kognitivní struktury, které propůjčují základním životním problémům smysl, může vzniknout určitý druh primární úzkosti. Životní dění se jim jeví jako nesmyslná a nesouvislá hra.“<sup>30</sup>

Pastorální psychologie se zabývá hraniční oblastí mezi křesťanskou pastoračí a klinickou psychologií, spojuje nábožensko-psychologické poznatky s teologickou reflexí. Frida Hedman se zabýval různými teologickými a psychologickými metodami léčby a nachází dva základní směry: „jeden se snaží umístit ve středu člověka s jeho vnitřními prožitky, zatímco druhý vychází z jeho vnějšího chování a z toho, jak je lze ovlivňovat. F. Hedman vidí paralely mezi tradiční křesťanskou pastoračí a moderními psychologickými školami. Pietismus se svým důrazem na vnitřní prožitky se tak podobá hlubinně psychologické terapii, a ještě více terapii zaměřené na klienta. U obou přístupů spočívá těžiště v osobnosti člověka a jeho vnitřních psychických procesech, předpokládají

---

<sup>29</sup> Srov. HOLM, N.G. *Psychologie náboženství*, s. 130-6.

<sup>30</sup> Tamtéž, s.136.

v člověku uzdravující se potenciál, který za patřičných předpokladů začne účinkovat. Rozhodující úloha zde připadá terapeutovi nebo pastrovi.“<sup>31</sup>

G. Bergstrand se pokusil stanovit kritéria neurotické víry, pro níž je příznačná sebejistota. „Člověk se nepřiznává žádnou pochybnost a pokušení a snaží se vytvořit si vodotěsný teologický myšlenkový systém. V praxi je bezohledný, odsuzuje druhé a pozbývá schopnost vcítění. Za každou cenu si musí být svou vírou jistý.“<sup>32</sup>

Další základní směr vidí Hedman v luterské ortodoxii a v neortodoxní pastoraci, kdy stojí ve středu Bůh. Člověk je zkažený a prostřednictvím Božího slova přichází pomoc v situaci rozhršení. Podobně i behaviorální terapie vychází z předpokladu, že chování člověka se řídí naučenými vzorci odezev, a proto je třeba odstraňovat duševní poruchy vytvářením nových vzorců chování.<sup>33</sup>

## 1.5 Dopady duševního onemocnění

Každý člen lidské společnosti má dle dokumentů WHO i podle příslušných ustanovení většiny ústav rozvinutých zemí stejné právo na zdravý a dlouhý život. Všichni lidé nedisponují předpoklady k uskutečnění tohoto cíle, protože mezi lidmi existuje ve vztahu ke zdraví mnoho rozdílů a odlišností. Nerovnosti v současném zdravotním stavu a péči o zdraví jsou převážně důsledkem rozdílů v sociálních, ekonomických i psychologických podmínkách, které si jedinec sám nezvolí a má jen malou možnost je ovlivnit. Současná společnost je ohrožena rizikem absolutizované spotřeby, konzumu, které vytěsňují jiné hodnoty a vztahy mezi lidmi. Je třeba pomoci překonávat obtížně řešitelný rozpor akcentováním

---

<sup>31</sup> HOLM, N.G. *Psychologie náboženství*, s.140.

<sup>32</sup> Tamtéž, s.141.

<sup>33</sup> Srov. tamtéž, s.140-1.

osobního růstu člověka a společnosti jako žádoucí alternativy hodnot ekonomického růstu výroby, prodeje a spotřeby.<sup>34</sup>

„Chronicky psychicky nemocní trpí zvýšenou citlivostí na stres, který nedostatečně zvládají. Jsou výrazně závislí na rodině nebo na určitých zařízeních a vyhledávají je. Pokud jsou jim nedostupné, může se vyvinout psychická dekompenzace. Mají těžkosti v uplatnění na pracovním trhu, nejsou schopni vytvářet si úzké vztahy k jiným lidem, př. k manželskému partnerovi. Zaměstnavatel často pacienta propouští pro nedostatečný výkon. Pacient pak nenávidí sám sebe, má pocit životní katastrofy.“<sup>35</sup>

### 1.5.1 Osobnostní změny

Je-li pro pacienta jeho choroba prostředkem, jak zrealizovat vlastní přítomnost, vyrůstá to z potřeby nějak se proti této přítomnosti bránit. Choroba má celý souhrn únikových a obranných reakcí, kterými nemocný odpovídá na situaci, v níž se nachází. Anna Freudová shrnula devět postupů obrany. Kombinací těchto postupů pak vznikají různé druhy neuróz: vytěsnění, regrese, reaktivní výtvar, izolace, zpětné zrušení, projekce, introjekce, obrácení proti vlastní osobě, zvrát v opak. Čemu se nemocný brání? Může dojít ke konfliktu, který vynese neurotický kompromis na světlo, ale není jeho řešením, spíše prohloubením konfliktu. Zkušenost a pocit viny jsou spojeny jako rozporná jednota jednoho chování. Normální konflikt narušuje afektivní život subjektu zvnějšku. Patologická absurdita je živena rozporem uvnitř. Jde o koherenci, která je často nepochopitelná a čím více se rozvíjí, tím víc prohlubuje rozpor, který by ráda překonala. Normální jedinec prožívá zkušenost rozporu, která se rozporem otevírá. Nemocný ale prožívá zkušenost rozpornou, která se před ním zavírá. Strach je reakcí na vnější nebezpečí, úzkost je afektivní dimenzí vnitřního

---

<sup>34</sup>Srov. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*, s. 181-5.

<sup>35</sup>SVOBODA, M. ČEŠKOVÁ, E. KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 23.

rozporu. Jde o nejvyšší výraz ambivalence, pocit jedné a téže touhy po životě, lásce i nenávisti. Za všemi obrannými mechanismy charakteristickými pro duševní poruchu je skryta úzkost. Každý typ poruchy je určen tím, jak na ni reaguje. Na základě úzkosti se duševní vývoj mění v individuální historii, protože sjednocuje minulost s přítomností a pokud toto pouto nemá podobu progresivní integrace, je člověk nemocen. Je samozřejmé, že úzkost pocítil každý člověk a vytvořil si obranné postoje, ale nemocný se své úzkosti brání. Proč znamená určitá situace pro někoho nepřekonatelný konflikt a pro jiného rozpor, ve kterém se patologicky uzavře? Analýza vývoje dovoluje chápat chorobu jako fakt psychického uskutečňování, je třeba ji však chápat v její existenční nutnosti.<sup>36</sup>

### 1.5.2 Možnost pracovního uplatnění

Práce má v naší kultuře hlubinné zakotvení v uspořádání společnosti i v psychice člověka. Pracovní vztahy jsou zdrojem identity člověka, o čemž svědčí i to, že jedním z nejdůležitějších principů určujících životní dráhu člověka jsou přechod k ekonomické aktivitě a její ukončení. Ztráta zaměstnání je většinou chápána jako určitá exkomunikace. Člověk nikam nepatří a jeho život ztrácí strukturu a účel. Dle výzkumů se simultánně se změnou míry nezaměstnanosti mění i míra psychických onemocnění a potíží (měřených počtem přijetí do psychiatrických léčeb a mírou sebevraždnosti). Důvodem je vyšší průměrná úroveň napětí a negativních pocitů a nižší úroveň štěstí a životního uspokojení. Nezaměstnaní mají tendenci být úzkostnější, je mezi nimi větší výskyt depresí, mají snížené sebevědomí i sebeúctu. Často je psychická porucha příčinou nikoli důsledkem nezaměstnanosti.<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> Srov. FOUCAULT, M. *Psychologie a duševní nemoc*, s. 36-43.

<sup>37</sup> Srov. MAREŠ, P. *Nezaměstnanost jako sociální problém*, s. 85-86.

Warr identifikuje způsoby, kterými nezaměstnanost může ovlivňovat psychické zdraví:

- finanční obtíže, pokles příjmu a finanční obavy
- změna společenského chování, omezení společenských kontaktů a zúžení sociálního prostředí nezaměstnaných (částečně proto, že nechodí do zaměstnání, částečně proto, že z finančních důvodů nechodí do společnosti)
- malý prostor pro rozhodování (i když mají k dispozici spoustu času, nemohou na svém životě pro nedostatek finančních zdrojů často mnoho změnit)
- nedostatek příležitostí k rozvíjení nových dovedností, získávání nových zkušeností a využívání těch starých
- nárůst ponižujících zkušeností (žádat o práci a být odmítán, být považován za někoho, kdo selhal, svádět boje s nesympatickými, neosobními byrokraty)
- pocit úzkosti z budoucna
- redukce kvality interpersonálních vztahů<sup>38</sup>

Ztráta zaměstnání se vztahuje ke změnám v pocitu osobní pohody a emočním vyladění, sebepojetí i postoji k práci. Vztah nezaměstnanosti a psychické dimenze zdraví se může projevovat depresí, úzkostí, snížením sebeúcty, zhoršením interpersonálních vztahů. Vykolejení z obvyklého životního rytmu je doprovázeno zvýšeným psychickým stresem. Zvládání stresu dlouhodobě vede ke zhoršení psychiky a ke zhoršení sebeprezentace, což ztěžuje hledání nové práce. Nízký socioekonomický status má negativní důsledky pro zdraví člověka. Nezaměstnanost vede k poklesu životního standardu, vytváří nerovnosti v životních podmínkách, a je v zájmu celé společnosti ji co nejvíce eliminovat.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> Srov. MAREŠ, P. *Nezaměstnanost jako sociální problém*, s.85.

<sup>39</sup> Srov. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*, s 199-206.



Akutní projevy duševního onemocnění, které mají většinou omezenou dobu trvání, nepředstavují pro pracovní uplatnění takovou zátěž jako trvalejší změny psychiky. Pro mnohé pacienty je největší obtíž každodenní boj s dlouhodobými poruchami kognitivních funkcí, pozornosti a emocí. Závažné jsou poruchy v oblasti sebeprožívání, poruchy vztahování se k lidem. Tyto potíže mohou vyústit v částečnou nebo úplnou ztrátu schopnosti pracovat.<sup>40</sup>

Duševní onemocnění může vést k apatii, nedostatku zájmu a motivace, k neochotě stýkat se s druhými lidmi. Po dlouhodobých pobytech v psychiatrické léčebně lidé ztrácejí své pracovní dovednosti. Jindy si je ani neosvojí, protože onemocnění se projeví ještě před prvním zaměstnáním a před dokončením vzdělání.<sup>41</sup>

### 1.5.3 Společenské kontakty

Sociální začlenění člověka do sociální struktury je významnou determinantou jeho psychické pohody a zdraví. Prostřednictvím sociálních vazeb k druhým osobám i širší společnosti je jedinci přístupná sociální opora, která je významným faktorem při nepříznivých životních událostech. Podle některých zjištění žijí lidé s rozvinutými sociálními vazbami déle a disponují celkově lepším fyzickým i duševním zdravím. Systém sociální opory působí jako tlumící systém, který chrání lidi proti potencionálnímu vlivu stresových událostí. Sociální vztahy jsou zdrojem identity, pozitivního hodnocení reality nebo sebeuplatnění, a přispívají tak ke všeobecnému stavu zdraví. V řadě studií zabývajících se výzkumem vztahu sociální opor, bylo prokázáno, že sebeuplatnění působí přímo preventivně vůči depresi a současně i nepřímo na úroveň vlivu sociální opory.<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*, s. 148.

<sup>41</sup> Srov. STUDIHRADOVÁ, A. Otevřeme už ty dveře. *Esprit*, 2006, č. 6-7, s. 10-11.

<sup>42</sup> Srov. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*, s. 151-8.

Sociální vyloučení je komplexní jev, prostupující společnost z nejrůznějších stran, nelze určit jasné hranice tohoto problému. „Sociální vyloučení tedy můžeme definovat jako proces, kterým jsou jednotlivci i celé skupiny osob zbavováni přístupu ke zdrojům nezbytným pro zapojení se do sociálních, ekonomických a politických aktivit společnosti jako celku“.<sup>43</sup>

## 1.6 Příklad duševní poruchy a jejích projevů v běžném životě

Bipolární porucha je charakteristická častými výkyvy nálad mezi mánii a depresí, je na šestém místě v celosvětovém pořadí zneschopňujících nemocí. Velké výkyvy nálad s sebou přináší pocity nepohody a sociální dysfunkci. Dříve bylo toto onemocnění označováno jako maniodepresivní porucha, ale pojem bipolární vystihuje skutečnost, že sem patří jedinci, kteří mají jak manické, tak smíšené i depresivní epizody. Příčiny bipolární poruchy nejsou dosud známy, ale na základě genetických studií dvojčat se předpokládá genetická vloha. Mezi ostatní rizikové faktory by mohly patřit komplikace související s těhotenstvím a porodem, stresující životní události a traumata hlavy.

Díky mánii mají pacienti pocit neutuchající energie, jsou zvýšeně aktivní a nemají potřebu spánku. Jejich sebevědomí je značně zvýšené, mají přehnaně optimistické myšlenky a pouštějí se do riskantních až extravagantních plánů, často bezstarostně utrácejí peníze. Nálada může být jak euforická, tak i rezonantní a podezíravá.<sup>44</sup>

„Aneta, dvacetiletá sekretářka, měla najednou plno nápadů. Všude začala jezdit taxíkem, prohlašovala o sobě, že mluví plynule španělsky, ačkoli skoro neuměla, nápadně se líčila oblékala, její práce začala ztrácet na přesnosti, nespala.

---

<sup>43</sup> Srov. Dostupné na WWW :

<<http://www.epolis.cz/page.php?location=&menu=first&id=28&idNotion=9>

<sup>44</sup> Srov. KOUKOLÍK, F., MOTLOVÁ, L. *Citový mozek* s. 219-222.

Kolegové v práci se domnívali, že vše je důsledkem drog, protože je nenapadlo, že tato prudká a nápadná změna v chování může mít původ v duševní poruše. Aneta však nikdy žádnou drogu nezkusila.<sup>45</sup>

Nikdo není tak málo nápadný sobě a tak hodně nápadný veřejnosti jako člověk v máni, který překračuje všechny hranice, nepřipouští jakoukoli sociální dohodu. Od nedbalého a prapodivného oblečení přes neúnavnou a neočekávanou aktivitu až po vměšování se do všeho a zaplétání se s kdekým. Projevuje se závratnou mírou tělesných, psychických i sociálních aktivit. Vše jde jakoby snadno: zakládání firem, koupě auta, vynálezy, úvěry apod. Člověk je povznesen nade vše, výsledkem však může být hrozba zruinování vlastní existence. Co v nás vyvolávají maničtí lidé? Na jedné straně je chceme chránit před jejich poruchou a násilnictvím, na straně druhé se necháváme nakazit jejich veselou náladou a pohotovostí k žertování. Velmi důležité je tady paralelně pracovat s příbuznými, kteří by měli cítit, že je potřeba si udržovat odstup od dramatu příznaků. Je třeba si zároveň podržet smysl a osvobozující charakter manického pokusu, aby se všichni v rodině mohli dohodnout, jakým způsobem si mezi sebou nově rozdělí role a zóny samostatnosti. Mánie je asi nejjednoznačnějším příkladem nutnosti hospitalizace, i když pacient sám by si rád tento stav prožíval naplno, ale škody pro něj samotného i jeho okolí bývají příliš veliké.<sup>46</sup>

Pacienti trpící bipolární poruchou tráví až jednu třetinu svého života depresivními fázemi. Bipolární deprese začíná v mladším věku, postihuje stejně často muže jako ženy, u žen je však častější cyklování. Základem léčby této poruchy je farmakoterapie, velmi účinným doplňkem jsou psychosociální intervence. Patří sem psychoedukace<sup>47</sup> individuální i rodinná, interpersonální

---

<sup>45</sup> Srov. KOUKOLÍK, F., MOTLOVÁ, L. *Citový mozek*, s. 223.

<sup>46</sup> Srov. DORNER, K. PLOG, U. *Bláznit je lidské*, s. 106-112.

<sup>47</sup> „hlavním úkolem psychoedukace je poskytnout pacientům a jejich rodinám obsažné informace o nemoci a pomoci jim přizpůsobit se životu s duševně nemocným. HÖSHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA J. *Psychiatrie*, s. 686.

psychoterapie, terapie úpravou sociálních rytmů. Tyto časově omezené intervence se zaměřují na specifické problémy jako je: neochota užívat medikaci, obtíže s rozpoznáváním symptomů, problémy ve výkonu životních rolí. Cílem psychoterapeutických intervencí je zvýšit důvěru pacientů k medikaci, oslabit vliv nadměrně vyjadřovaných emocí v rodině, zmírnit vliv stresujících životních událostí a posílit pacienta tak, aby jim čelil. Smyslem psychoedukační intervence je poskytnout pacientovi informace o povaze nemoci a její léčbě, zvýšit její přijetí a tak zmírnit stigma související s diagnózou duševní nemoci. Cílem je angažovat pacienta v léčbě a motivovat ho k přijetí a dodržování medikace. Rodinná psychoedukace vychází ze studií o negativním vlivu stresujícího rodinného prostředí, podle nichž pacienti, kteří jsou vystaveni doma většímu stresu, mají větší pravděpodobnost relapsu<sup>48</sup>. Terapie zaměřená na rodinu kromě oddalování relapsů, zlepšuje spolupráci v užívání léků a zlepšení pocitu pohody.<sup>49</sup>

### **Shrnutí:**

Pojmu duševní zdraví lze porozumět jako způsobu pohledu na lidské žití, současně však i reakci na současné problémy naší společnosti. Je obecně známý odmítavý postoj společnosti právě k lidem, kteří navštěvují psychiatra či byli hospitalizováni v psychiatrické léčebně. U duševně nemocných nebývá často jejich postižení zjevné, ale psychiatrická diagnóza vrhá na jedince nepříznivé světlo. Duševně nemocní se setkávají s mnoha problémy v rámci sociálních kontaktů, v zaměstnání či v okolí svého bydliště. Právě otázka uplatnění se duševně nemocných na trhu práce je velmi obtížná k řešení. Jedinec, který opustí psychiatrickou léčebnu si jen těžko hledá příležitosti k zaměstnání. Příčinou je jak jeho omezení vyplývající ze zdravotního stavu, tak i negativní vnímání jedince s duševním onemocněním širokou veřejností, které souvisí s etickými normami současné společnosti. Duševně nemocní se potýkají s aspekty sociálního vylou-

---

<sup>48</sup> návrat choroby k předešlému stavu, opětovné vzplanutí choroby dříve potlačené; srov. KÁBRT, J., KÁBRT, J. *Lexicon medium*, s. 521

<sup>49</sup> Srov. KOUKOLÍK, F., MOTLOVÁ, L. *Citový mozek*, s. 240-5.

čení a často se sami nedokážou vypořádat s projevy stigmatizace. Nabízí se tady otázka, zda za většinou potíží nestojí právě označení psychiatrickou diagnózou? V poslední době narůstá ze strany mnohých vědců z oblasti společenských věd i profesionálů z oblasti duševního zdraví nespokojenost s nepatříčně obecně rozšířeným užíváním modelu tzv. „nemoci“.

## **2 HISTORIE PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ**

Pro komplexnější pochopení dnešních kořenů stigmatizace považuji za velmi důležité, seznámení s historickým vývojem přístupů k duševně nemocným, proto jsem věnovala tomuto tématu samostatnou kapitolu. Péče o duševně nemocné má svou dlouhou historii. Etickým otázkám však byla věnována jen okrajová pozornost, i přesto, že v psychiatrii jsou tyto problémy mnohem náročnější než v ostatních oborech medicíny. Ani medicína s vlastními etickými kodexy by neměla pracovat nezávisle na hodnotách uznávaných společností.

Historie psychiatrické léčby je naprosto odlišná od historie všeobecné medicíny. V léčení duševních chorob je patrný vliv filosofického a materiálního stavu každé doby, postoje člověka i celé společnosti. První tři století jsou spojena s rozvojem pověr, tmářství a nesnášenlivosti. Prosazuje se víra v démony, v nadpřirozené síly a moci. Středověk převzal dědictví antiky, obohacené po případě svéráznostmi arabského lékařství. Od 17.století je léčba duševních nemocí v zajetí démonologie. Od stadia pověr se začíná měnit postoj k duševně nemocným až v 18. století, kdy je duševní nemoc pokládána za neštěstí postihující nemocného i jeho okolí. Až ve 20. století dochází ke změně postoje, kdy dřívější charitativní zájem o duševně nemocného střídá směr aktivního zacíleného léčení.<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> Srov. HANZLÍČEK, L. *Biologické terapie psychóz*, s. 11-20.

## 2.1 Antika

Řecká kultura, především Hippokratova škola dávala přednost odmytologizovanému pohledu na psychická onemocnění. Byla to onemocnění jako ostatní, dokladem jsou přesné popisy mánie, deprese, horečnatého deliria či psychózy v šestinedělí a epilepsie. Aristoteles rozvíjel pojem mesotes<sup>51</sup> jako životní cíl, pojem psychoterapie pochází až od Platóna. Dědictví Řeků se uchovalo především v arabské kultuře, kde byly zřizovány zvláštní psychiatrická zařízení.<sup>52</sup>

Antická kultura rozeznávala v šílenství „kakadaimonomen“- posedlost zlými duchy, která se projevovala dezorientací a vytržením ze skutečnosti. Pokud jedinec ohrožoval ve své zuřivosti okolí, byl spoután a zavřen doma u příbuzných, případně do vězení. Nenapravitelní zuřivci byli vyobcováni z lidské pospolitosti, tím šílenec vstupují do role obětního beránka. Pomatený šílenec, který byl vybrán k rituálním účelům kamenování a vyobcování, mohl tak na sebe vzít všechny hříchy a znamení zla, ale i vlastní psychopatologii, která ohrožovala celistvost společnosti.<sup>53</sup>

## 2.2 Středověk a lodě bláznů

V první polovině 15. století bylo běžným zvykem v Německu vyhánět šílenec za městské hradby, často byli nakládáni na tzv. „lodě bláznů“, které brázdily vody Porýní a vlámských kanálů. V jistém smyslu tato plavba rozvíjí mezní postavení, které šílenec zaujímá v horizontu středověkého člověka. Postavení symbolické a zároveň realizované výsadou, že ho zavírají u bran města, je vsazen dovnitř vnějšku a naopak. Z lodi není úniku, blázen je tedy vězněn na té nejsvobodnější a nejotevřenější z cest. Nikdo nezná zemi, u které přistane a stejně tak nikdo neví, odkud přichází, až na ni vystoupí. Pranýřovat bláznovství se stává všeobecnou

---

<sup>51</sup> dobré prostřednosti

<sup>52</sup> Srov. DORNER, K. PLOG, U. *Bláznit je lidské*, s.279-280.

<sup>53</sup> Srov. ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*, s. 45-48.

formou kritiky, blázni nesměli do kostelů, ačkoli svátost jim církev nezakazovala.<sup>54</sup> Byly lodě bláznů skutečně náhodně vzniklá mobilní správa duševně chorých, která zabezpečovala jakousi detenční a izolující společenskou funkci? Ve stejné době jsou v evropských městech stavěny „věže bláznů“, v nichž bývali blázni ukazováni za mírný poplatek. Vedle tolerantního přístupu společnosti k různým společenským deviacím a psychopatologickým projevům, byl značkový proces ve stadiu zrodu. Příbuzenské a sousedské vztahy mohly zajistit sociální péči. Středověk sice ukázal relativní svobodu duševní poruchy, ale současně se zrodila praxe, jak duševní poruchy izolovat. Někteří duševně nemocní bývali hospitalizováni v asklépiích a jen ti, kteří neohrožovali své okolí, byli ponecháni na svobodě.<sup>55</sup>

„Historická realita i symbolický význam lodi bláznů je zřetelný: duševně nemocný již není jen posedlý démonem ani blahoslavený chudý duchem, není to šašek sloužící k pobavení urozených, ani lykantrop<sup>56</sup>, bloudící středověkým lesem. Je to prostě šílenec, který překročil rámec společnosti, a proto byl příslušně stigmatizován, označen, oceňován. Byl vyhnán, lépe řečeno naloděn.“<sup>57</sup> Jde o začátek moderní institucionální péče o duševně nemocné v zařízeních nemocničního typu.

### 2.3 Pinelovy reformy psychiatrické péče

Pinel umístil obor psychiatrie mezi lékařství a vědu zabývající se uměním řídit stát a společnost. Deklarace lidských práv se týkala i bláznů, kteří získali právo být svobodni a rovni ostatním. Byla tak otevřena cesta k morální léčbě, ale i Pinel byl přesvědčen, že svoboda musí být administrativně organizována. Vrcholu

---

<sup>54</sup> Srov. FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství*, s.12-17.

<sup>55</sup> Srov. ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*, s.41-5.

<sup>56</sup> Lykantropie- posedlost vlkem, ve středověku docházelo i k epidemiologickému výskytu. Postižení jedinci vyli a štěkali, vrhali se na lidi, které usmrcovali., vysávali jim krev a jedli jejich maso. Srov. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P., a kol., *Psychiatrie*, s. 509.

<sup>57</sup> ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*, s. 48.

lidskosti chtěl dosáhnout tím, že bude nařízeno úředním výnosem žít ve svobodě. V nově vznikajících psychiatrických léčebnách byl nemocný člověk tlačěn do přísné morální akce. Velká závažnost se v terapii přikládala působnosti strachu, který byl navozován v hlubší psychologické rovině. Strach byl garantován charakterem stavby léčebny, personálem, rituály léčení. Pinelova reforma vedla k novému rozložení sil. Nyní již šílenci nebudili strach, ale naopak báli se. Kromě práce zavedl Pinel do psychiatrie i potřebu úcty, která vzniká sebeovládáním. Kdo se naučil ovládat vášně, nemusel trávit svůj život v blázinci. Chod psychiatrických léčeben se odehrával v modelu rodinného působení, kdy každý dozorce vystupoval jako patriarchální autorita. Duševně nemocný byl neustále konfrontován s autoritou rozumu, které se musel přizpůsobit, chtěl-li mít šanci být uznán za zdravého. Předcházející svoboda bláznovství a šílenství byla na konci osmnáctého století zasazena do objektivního rámce duševní nemoci.<sup>58</sup>

P. Pinel organizoval sociální vzájemnost léčených a léčících syntézou, která se opírá o čtyři skrytě působící struktury:

1. Mlčení neznamena nepřítomnost řeči. Lékař chápe šílence jako nemocného, ale ten se tomuto chápání vzpírá. Od začátku devatenáctého století se na řeč duševně nemocného začalo pohlížet jako na neurovnaný znakový projev, který nemá žádnou výpovědní hodnotu.
2. Zrcadlové poznání spočívá v tom, že se nemocný pozoruje tak, až si uvědomí, že je skutečně nemocen. Duševní nemoc se pak ukáže jako čirá subjektivita a tím ztratí svou absurditu. Zrcadlem jsou v dnešní době různé postupy jako skupinová dynamika, psychodrama.
3. Věčný soud završuje terapeutický proces nebo pobyt v léčebně, který dodává všemu, co se děje pečeť mravní syntézy. Duševně nemocný, který je vyléčen a propuštěn na svobodu by měl nosit v mysli neustále hrozbu a připomínku trestu, aby nepropadl chorému duchu a nevrátil se zpátky do

---

<sup>58</sup> Srov. VENCOVSKÝ, E. *Čtení o psychiatrii*, s. 96-99.



léčebny. Ač Pinel zrušil okovy a fyzickou brutalitu, vynalezli jiné metody k uplatnění práva a spravedlnosti.

4. Téměř až zázračná síla pramení v lékařství jako předvědecké, magické instituci zasvěcených, což propůjčuje lékaři až zbožnou autoritu. Nemocní potřebují silnou postavu vůdce.<sup>59</sup>

Pinelův žák J.E. Esquirol ve svém díle *Duševní choroby* jako první rozlišil halucinace a iluze, zavedl deskriptivní systém duševních poruch. Dle Esquirola byla duševní porucha fázovaný proces, způsobený neblahou dědičností, nezdravou vášní a neutuchajícím tlakem špatných vzpomínek z dětství. Podle této teorie je každá duševní nemoc důsledkem dědičného zatížení, kdy vedle mála zdravých lidí existuje značné množství chřadnoucích a degenerujících. Kraepelin pozoroval formy duševního onemocnění, věnoval pozornost tomu, jak nemocný myslí. Tato pozorování ho dovedla k rozlišení maniodepresivních onemocnění a demencí. Německý lékař Moebius rozdělil duševní choroby na endogenní<sup>60</sup> a exogenní<sup>61</sup>, s čímž souvisí oddělení těchto chorob na vyléčitelné a nevyléčitelné. Dodnes se v psychiatrii udržuje názor, že endogenní choroby nejsou vyléčitelné. Stejně tak Kraepelin, který byl přesvědčen o biologické determinaci duševních chorob, dospěl k závěru, že endogenní choroby vyléčit nelze. V Kraepelinově díle se ukázaly dva nové světy psychopatologie. Na jedné straně afektivní poruchy: napětí, uvolnění, myšlenkový trysk a na straně druhé: svět za sklem s rozpadem a rozštěpeností osobnosti, chladem a nesrozumitelností schizofrenie.<sup>62</sup>

## 2.4 Nový charakter internace

Od poloviny osmnáctého století začíná docházet k rozkladu nápravných zařízení, která se snažila udržet šílence v izolaci. Je požadováno zrušení internace,

---

<sup>59</sup> Srov. ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*, s.50-6.

<sup>60</sup> nemoci vznikající z vnějších příčin

<sup>61</sup> nemoci vznikající z vnitřních příčin

<sup>62</sup> Srov. ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*, s. 80-102.

jako symbolu dřívějšího útisku a současně se objevují i snahy o omezení veřejné nemocniční péče, která byla považována za symbol existence zbídačelých vrstev lidu. Dřívější internační ústavy byly přenechány výhradně šilencům, čímž internace získává nový charakter a stává se opatřením lékařského charakteru. Pacienti byli podrobováni nepřetržité sociální kontrole se snahou vštípit jim pocity závislosti, pokory, viny a vděčnosti. Šilenci měli být sledováni, omezováni ve svých požadavcích. Po každé odchylce od normálního chování měl bezprostředně následovat trest. Vše se odehrávalo pod dohledem lékaře, který měl vykonávat jakousi etickou kontrolu.<sup>63</sup>

Na konci osmnáctého století se poznání šílenství snaží situovat čím dál přesněji ve směru rozvoje přírody a dějin. Výklad se stáčí stále více k ekonomii a politice. Bohatství, pokrok, správa věcí veřejných jsou označovány jako určující prvek šílenství. Touha po svobodě má i své nevýhody, jde o nepřirozené prostředí, v němž se snadno množí a rozrůstají psychologické a fyziologické mechanismy šílenství. Dle Moehsena náboženství zprostředkuje mezi člověkem a prohřeškem, člověkem a trestem, svrchovanou syntézu. Když ale náboženství ochabne a člověk se udržuje jen v pomyslné formě výčitek svědomí a duševních muk, stává se cestou k šílenství. Ve druhé polovině osmnáctého století už šílenství není tím, co člověka přibližuje věčnému pádu, ale ocitá se v prostoru. Půdou pro šílenství je prostředí, které narušuje vztahy člověka ke světu i druhým lidem. Šílenství tak dostává nový řád, který už není řádem přírody ani pádu, ale řád, v němž se formuje zkušenost neurčitě příbuzného rodu šílenství lékařů a odcizení filosofů.<sup>64</sup>

## 2.5 Vznik prvního asylu

Na počátku devatenáctého století vzbouzí pohoršení, že se s bláznů nezachází o nic lépe než s odsouzcenci. Je uplatňována řada dekretů vydaných v roce 1790, kde je konkrétně uplatněna Deklarace lidských práv: „Do šesti týdnů od tohoto

---

<sup>63</sup> Srov. FOUCAULT, M. *Psychologie a duševní nemoc*, s. 66-70.

<sup>64</sup> Srov. FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství*, s. 146-152.

dekretu budou propuštěny na svobodu všechny osoby držené na základě zatykače nebo příkazu činitelů výkonné moci v pevnostech, církevních zařízeních, káznicích, policejních budovách a jakýchkoli jiných věznicích, krom osob legálně odsouzených, vzatých do vazby, obžalovaných z nějakého těžkého zločinu nebo si odpykávajících trest postihující osobu, případně vězněných z důvodu šílenství.“<sup>65</sup>

Dále bylo uloženo městským úřadům, aby se snažily předejít nepříjemnostem, které by mohli způsobit blázní nebo zuřiví šílenci a zlá zatoulaná zvířata. Osvobození tak vrátilo bláznům statut zvířete, který tentokrát je potvrzen i zákonem. Rodiče pomatených jsou povinni je hlídat, aby se nedopouštěli řádných nevázaností.<sup>66</sup>

Vzniká první zařízení špitálového typu jako útočiště pro duševně nemocné. „Ctihodná společnost kvakerů...se rozhodla zajistit těm svým členům, které postihlo neštěstí ztráty z rozumu a z nedostatku prostředků se nemohou uchýlit do nákladných zařízení, veškerou možnou péči a veškeré příjemné stránky života, jaké jejich stav jen dovolí, na základě dobrovolných příspěvků ustavila fondy a před dvěma lety zbudovala blízko města Yorku zařízení, které, jak se zdá, spojuje řadu výhod s nejvyšší možnou hospodárností. Jestliže je pohled na onu strašlivou nemoc, jakoby stvořenou k tomu, aby pokořila lidský rozum, v první chvíli skličující, vystřídá v zápětí dojaté vědomí, co všechno dokázala vynalézt důmyslná laskavost, aby ji vyléčila a ulehčila. Budova stojí míli od Yorku, uprostřed úrodné a usměvavé krajiny, nepůsobí vůbec dojmem vězení, ale spíš veliké venkovské usedlosti, obklopuje ji rozlehlá zahrada obehnaná zdí. Žádné závory, žádné mříže v oknech.“<sup>67</sup>

Asyl měl mravně a nábožensky segregovat, vytvořit kolem šílenství prostředí podobající se komunitě kvakerů. Náboženství se stalo věkovitým zvykem, výchovou i každodenním praktikováním, podporovat vliv náboženských zásad na ducha nemocných je významný léčebný prostředek. V Asylu je smyslem

---

<sup>65</sup> FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství*, s.165.

<sup>66</sup> Srov. tamtéž, s.166-8.

<sup>67</sup> Tamtéž, s.169.

náboženské segregace zasadit pomateného do mravního prostředí, kde se ocitne v dialogu se sebou samým i okolím, aby byl v tomto prostředí udržován pod neustálou hrozbou Zákona a Prohřešku. Ve světě kvakerů se Boží požehnání lidem projevovalo jejich prosperitou, proto tedy v mravní výchově Asylu stála práce na prvním místě. Sama o sobě představuje donucovací prostředek silnější než fyzický nátlak, protože vede k časové pravidelnosti, nutí dosáhnout určitého výsledku, odvrací tak nemocného od svobodného ale škodlivého blouznění a zapojuje ho do systému odpovědnosti. Smyslem práce v Asylu nebyla výroba, ale mravní řehole, omezení svobody a podřízení řádu. Otevírá se zde možnost psychologie šílenství. Šílenství existuje jen do té míry, nakolik je vidět.<sup>68</sup>

## 2.6 Psychiatrie jako instituce a věda

Vznik svébytné psychiatrie souvisí s průmyslovou revolucí a současně s vlivem první vlny romantismu. Hospodářství té doby bylo stále jednoznačněji provozováno na kapitalistickém principu expanzivního kvantitativního růstu a zničující konkurence. To vyžadovalo stále více disciplinované, normované, sebeodříkavé chování, které je až do dneška jedním z důvodů zvětšujícího se množství nepotřebných, předčasně invalidních a psychiatrizovaných lidí. Tehdy byla upravena myšlenka z dob absolutismu. Osoby z táborů pro převýchovu nerozumných, které odpovídaly potřebným kritériím výkonu, přešly do továren. Pro ostatní byla vytvořena speciální zařízení. Tak vznikly základy dodnes platného systému zabezpečení, ve kterém mělo nejprve jít o osvobození rodiny od členů potřebujících péči. Došlo však k tomu, že se z velké rodiny se stala za účelem racionální služby průmyslovému výrobnímu procesu, rodina nukleární. Z tohoto hlediska je psychiatrie jedním z produktů tehdejšího řešení sociální otázky, protože takhle byl zabezpečen osud chudých bláznů. Od té doby až podnes, průmyslová společnost za pomoci zařízení, která financuje, podporuje

---

<sup>68</sup> Srov. FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství*, s.169-175.

kontrolu duševně nemocných. Ti z majetnějších rodin měli možnost využít domácí péči, rodinné lékaře i sanatoria.

Soudobé protestní hnutí romantismus bylo fascinováno duševní nemocí a vůbec všemi temnými city. Romantismus nevedl jen k citovému příklonu k duševně nemocným, ale také k tomu, že se ústavy pro choromyslné začaly zakládat na venkově, aby nemocní byli ušetřeni škodlivého hektického vlivu měst a současně, aby se přiblížili harmonizující léčivé síle přírody.

První model pro soběstačnou psychiatrii jako instituci a vědu jako se rozvíjel v Anglii, kde W. Battie založil r. 1751 Špitál sv. Lukáše. O sedm let později zveřejnil své dílo „Psychiatrie jako věda“, které vychází poprvé z každodenních zkušeností zacházení s nemocnými. V r. 1801 publikoval Pinel svoje zkušenosti se zacházením s bláznou jako samostatnou psychiatrickou vědu, duševní onemocnění chápal jako formy sebeodcizení. V německy mluvících zemích byly od roku 1800 zakládány bláznince v osiřelých kláštorech a zámcích. R. 1827 založil G. H. Bergmann poprvé relativně propojený léčebný a pečovatelský ústav, který se stal modelem pro 19. století. Akutně a chronicky nemocní byli ošetřováni odděleně, což je dodnes problémem každého zaopatřovacího plánu. V Německu byl vytvořen úplný model psychiatrie jako vědy roku 1848, kdy W. Griesinger zpracoval své zkušenosti. Zasadil se o ideu „městského azylu“, který by zahrnoval malé stacionáře v obci, domácí návštěvy a následnou ambulantní péči, čímž jako první podnítl skutečnou komunitní psychiatrii.<sup>69</sup>

Vedle lékařů pracovali v ústavech také učitelé, lékárníci, duchovní, právníci i obchodníci, zemědělci či řemeslníci. Základní terapeutickým přístupem byl aktivní pedagogický přístup, zaměřený jednak na ovlivnění vnitřních podmínek, jednak na životní návyky. „Pacient byl např. strčen do vany s živými úhoři, byl přiváděn do bezvědomí v centrifugách, podrobován bolestivé vodoléčbě. Cílem

---

<sup>69</sup> Srov. DORNER, K. PLOG, U. *Bláznit je lidské*, s. 282-284.

bylo ho za každou cenu „dotrýznit“ k rozumu.“<sup>70</sup> Ústavní režim byl patriarchálně rodinný, léčebné pobyty byly krátké. Nejasné však bylo kam psychiatrii jako vědu zařadit. K medicíně nebo filosofii? Tento spor související s otázkou, zda jsou důležitější duševní nebo tělesné příčiny přetrvává dodnes. Proč byla tedy psychiatrie koncem 19. století považována za jeden z oborů medicíny? Výklady somatické medicíny nabyly v této době obrovských pokroků velikou přesvědčovací moc. Pacienti byli osvobozeni od pocitů viny z náboženského a morálního selhání. Důležité byly i profesionálně politické zájmy, kdy bylo nejvhodnější spojit se s úspěšnou medicínou.<sup>71</sup>

## 2.7 Psychiatrie dvacátého století

Zúžení pohledu vnímající jen somatický aspekt bylo úspěšné, od roku 1900 uznala většina lékařských fakult psychiatrii jako lékařskou disciplínu. Odpovídajícím způsobem se vůči pacientům proměňují i terapeutické postoje, podobně jako tělesně nemocní jsou i duševně nemocní ošetřováni převážně na lůžku, což u většiny z nich podporuje závislost a vede k hospitalizmu. Doba pobytu v ústavech se znatelně prodlužuje. Díky jednostrannému vnímání se v psychiatrii množí nespolehlivá hodnocení a z jednotlivých pozorování se stávají pseudopřírodovědecké biologické absolutizace. Př. Hoche a Binding extrémně vyostřili názor o „rozumném“ průmyslovém zhodnocení lidské existence požadují osvobození od nepotřebných existencí, tj. zničení nehodnotného života. V Německu se podkladem stal Zákon o neintegrováných osobách, na jehož základě byli psychiatričtí pacienti nuceni ke sterilizaci, aby se urychlilo odstranění duševního utrpení. Hned po začátku druhé světové války začala německá komanda systematicky zabíjet pacienty v polských psychiatrických zařízeních. Toto zabíjení pokračovalo po celou válku. Přizpůsobení psychiatrie somatické

---

<sup>70</sup> DORNER, K. PLOG, U. *Bláznit je lidské*, s. 285.

<sup>71</sup> Srov. FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství*, s. 176-181.

medicině znamenalo redukci člověka na jednotlivé orgány těla, což vedlo nutně k přehnanému přizpůsobení a ke slepotě vůči skutečným psychickým problémům.<sup>72</sup>

Postupně se ve dvacátém století začínají objevovat tendence usilující o větší samostatnost psychiatrie vůči medicíně a o celostnější pojetí psychických problémů. Současně se mění i přístup k duševně nemocným ve snaze opět je začlenit do společenského života. Dosavadní princip neomezeného ekonomického růstu neplatí už bez jakýchkoli pochyb a tak se musí změnit i význam lidského rozumu, smyslu a hodnoty. Tyto změny se odvíjejí od změn v psychiatrii, kdy Freud rozvinul metodu terapie psychickými prostředky, a to zejména pro neurotické poruchy. Freudovo přesvědčení, že mnoho aspektů duševních poruch má své historické a fylogenetické vysvětlení dokazuje jeho hypotéza. „U pacientů existuje chronologická série počátečních bodů, která probíhá takto: úzkostná hysterie, konverzní hysterie, obsedantní neuróza, dementi praecox, paranoia, melancholie, mánie. Tato série jakoby fylogeneticky opakovala svůj historický původ. To, co jsou dnes neurózy, byly kdysi fáze lidského stavu. Když se v době ledové objevila nouze, lidé se začali bát: měli všechny důvody k tomu, aby proměnili libido v úzkost.“<sup>73</sup>

Díky pojetí psychosomatické medicíny, kdy lékaři začínají vidět určité souvislosti konstitucionálně-biologických, psychodynamických a situačně sociálních podmínek, překlenula psychoanalýza spojení k somatické medicíně a rozšířila úhel pohledu. Objevují se nové terapeutické metody orientované na klienta<sup>74</sup>. Současně jsou znovu objevovány sociální aspekty při vzniku duševních onemocnění, a sociální pracovník se stává integrální součástí psychiatrické péče. Sociálně psychiatrické a psychoterapeutické zkušenosti vedou k vytváření konceptů teorie rolí a komunikace, vycházející z faktu, že narušení postihuje vztahy mezi lidmi, nikoli jen individuum. Ohled na sociální aspekty navazuje znovu na morálně pedagogické postoje z historických počátků psychiatrie. Po

---

<sup>72</sup> Srov. DORNER, K. PLOG, U. *Bláznit je lidské*, s. 285-8.

<sup>73</sup> FRANKL, G. *Archeologie mysli*, s. 41-2.

<sup>74</sup> Rogersovská psychoterapie a kognitivně behaviorální terapie

druhé světové válce se objevují činnostní terapie, jejichž účelem je tvořivější stránka individuálního prožívání při setkání s materiálem. Tím se psychiatrie obohacuje o profesionální skupinu pracovních terapeutů, tedy oblast pedagogickou. Postupný vývoj lze vidět i v terapeutickém zaměření na tělo, kdy sport a léčebná gymnastika se rozvíjejí v pohybovou terapii, která vychází z podnětů psychodramatu, hraní rolí, muzikoterapie se zaměřením na smyslové a výrazové možnosti lidského těla. Do blízké budoucnosti vyvstává řada otázek typu: Co pro člověka znamená, že se může vyjadřovat prostřednictvím duševní nemoci? Jak dokážeme pochopit, že pracovat a dojít dále můžeme jenom s psychiatricky zkušenými pacienty i příbuznými? Jaká je povaha krajiny a kontextu, ve kterých vznikají z nepatrných zvláštností tak těžké stavy utrpení a narušení?

Naše preventivná hranice vedou hranice ekonomického růstu, proto jen nutné pracovat na tom, aby společenské tlaky od nás nevyžadovaly jako prototyp rozumného člověka- „člověka totálně disponovatelného“.<sup>75</sup>

### 2.7.1 Socialistická psychiatrie

Ústřední myšlenkou socialistické psychiatrie bylo pojmání nemocného člověka jako společenské bytosti, jejíž potíže a projevy souvisí nejen se stavem mozku, ale i se vztahy ke druhým lidem a jež je nutno pokud možno řešit v přirozeném prostředí, kde nemocný žije. Rozvoj mimolůžkových zařízení souvisel se zásadními změnami nazírání na duševní choroby. Do středu pozornosti vystupují meziosobní vztahy nemocného od dětství až po vztahy současné. Prosazuje se zásada, že duševní poruchy se mají léčit v takovém společenském prostředí, v jakém vznikly. Mění se i program ústavní péče, odkloněním se od izolace a nečinnosti. Současně se měnil i názor o nebezpečnosti a jiných záporných vlastnostech duševně nemocných, i když mezi veřejností pomaleji než

---

<sup>75</sup> Srov. DORNER, K. , PLOG, U. *Bláznit je lidské*, s. 288-291.



mezi odborníky. Význam tehdejších psychiatrických zařízení byl spatřován jednak v zajišťování krátkodobého intenzivního komplexního léčebného programu před předáním nemocného do ambulantní péče, jednak v organizování delší plánovité rehabilitace postižených jedinců a v detenci společensky nebezpečných osob. Dochází k řadě změn v provozu psychiatrických lůžkových zařízení. Nemocní přestali být omezováni na lůžku a zamykáni do izolačních místností. Ústavní zařízení se snaží zprostředkovávat společenské kontakty pro hospitalizované, současně jsou povzbuzováni jejich příbuzní k častějším návštěvám v léčebně.<sup>76</sup>

### 2.7.2 Změny v psychiatrii po roce 1989

V psychiatrických zařízeních se snížil počet lůžek. Většina psychiatrických ambulancí se osamostatnila na soukromé ambulance, vznikly také soukromé psychologické ordinace. V letech 1991 až 1993 se prudce změnil poměr nedobrovolných přijetí k dobrovolným, z poměru asi 80:20 na 20:80. Přechodně došlo i ke snížení počtu přijímaných pacientů do psychiatrických lůžkových zařízení. Pokles byl z velké části zapříčiněn rozpadem sítě protitoxikologických ambulancí, jednak sníženým společenským tlakem na léčení osob se závislostmi. Během dalších 5-7 let se počet přijímaných opět postupně vyrovnal počtu před rokem 1989. Současně dochází k omezení izolace psychiatrie od ostatních oborů a její humanizaci. Dochází k otevření dialogu s nemocnými, omezení značně nerovnoprávného vztahu mezi pacienty a zdravotníky. Byly zahájeny kritické diskuse o etických pravidlech a právech psychiatricky nemocných, formulování etických kodexů pro psychiatrické pacienty.<sup>77</sup>

---

<sup>76</sup> Srov. DUŠEK, K., CHROMÝ, K., MALÁ, E. *Psychiatrie*, s. 263-9.

<sup>77</sup> Srov. BAUDIŠ, P., LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*, s. 91-95.

## 2.8 Modely uplatňované v psychiatrických zařízeních

*Morální model* převládal v psychiatrii do první poloviny 19. století, soudobá podoba je behaviorální. Koncem 18. století šlo o přístup praktikovaný v soukromých azylech pro šílence nelékařským personálem. Šlo o převratné změny v nazírání na šílenství, kdy se nemocný, který byl dosud přirovnáván ke zvířeti, dostává do pozice dítěte, které si může osvojit náležité chování za okolností, které jsou k tomu příznačné. Podmínky měl poskytnout azyl v čele s autoritou, která rozhodovala o odměnách a trestech. Dbalo se na uplatňování práce jako významného prostředku nápravy chovanců, kteří byli neustále sledováni. Přívrženci morálního modelu dokázali pomocí odměn a trestů dosáhnout sebekontroly chovanců a většinou i jejich propuštění. Soudobá verze tohoto modelu chápe poruchu jako naučené dysfunkční chování. Náprava spočívá v odstranění nežádoucího způsobu chování. Dobrovolný pobyt trvá až do dosažení změny chování. Rodina má jedince povzbuzovat k odborné pomoci, současně má nárok očekávat, že tato pomoc bude kvalifikovaná. Společnost má právo bránit se před porušovateli norem.

*Model lékařský* či *biomedicínský* koncipuje problém jako stav ne nemoci, náprava je spatřována v léčbě, chování je považováno za výraz nemoci. Rodina má právo na informace a ukládá se jí spolupracovat s odborníky. Společnost má zajišťovat podmínky pro léčení pacienta, cílem je pacienta vyléčit nebo bránit zhoršování jeho stavu.

Zásadní rozdíl mezi oběma modely je v pojmání pacientovy odpovědnosti za nežádoucí chování: behaviorální model počítá s určitou odpovědností, zatímco medicínský model odpovědnost vylučuje. Medicínský model koncipuje klasicky roli nemocného jako pasivní a odevzdanou odborníkům, v tomto směru by měla pacienta ovlivňovat i rodina. Odborná kompetence je přiznána pouze osobám se zdravotnickým vzděláním. Historické i praktické důvody vedly k tomu, že současná psychiatrická zařízení pracují s oběma modely.

*Psychoanalytický model* je shodný s medicínským v pojetí pacientova postavení, ale diagnóza zde má podružný význam, protože porucha je vždy jedinečná, s individuální etiologií. Prognóza je závislá na místě konkrétného případu v kontinuu emočních poruch, a na přání subjektu uzdravit se. Nemocný je oddělen od rodiny, v níž má jeho porucha původ. Rodina nemůže do terapie zasahovat, stejně tak ani společnost jako celek. Cíl je spatřován v rozřešení nevědomých konfliktů.

Všechny tři modely mají společné některé prvky: přistupují k duševní poruše jako k individuálnímu problému, který se realizuje v jedinci. Na poruchu a její projevy se dívají jako na události, které jsou determinovány minulými ději. Kvalitativní odlišnost chování nemocného od chování normálního vyniká u modelu psychoanalytického a medicínského, je zde provázána požadavkem hodnotového odstupu od pacientova chování.

V rámci *defektivního nebo handicapového modelu* je nemocný vnímán jako trvale narušená osoba, přičemž původ jeho stavu je bezvýznamný, chování je vykládáno jako přiměřené defektu. Neočekává se možnost vyléčení, instituce má zajišťovat opatrování, zaměstnání a rehabilitaci pod vedením rehabilitačních pracovníků. Rodina má právo na informace o defektu, společnost by měla zabránit zneužití a pronásledování lidí s defektem. Cílem je ochrana postižených a jejich rehabilitace k výkonu omezené funkce ve společnosti.<sup>78</sup>

*Rodinný interakční model* zahrnuje při léčbě všechny členy rodiny s tím, že nemoc na sebe musí vztahovat všichni, jsou zavázáni spolupracovat s odborníkem v rodinné interakci. Cílem je vrátit zdraví celé rodině. Jde o jediný model, který specifikuje léčbu, tedy nápravu komunikace, pro každého člena rodiny zvlášť.

---

<sup>78</sup> Srov. CHROMÝ, K. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*, s. 27-32.

*Sociální model* představuje nemocného jako produkt nemocné společnosti a odstranění duševních poruch spojuje s revolučními změnami ve společnosti. Výrazem jeho aplikace bylo i zabírání psychiatrických lůžek nezdavatnickými institucemi, případně somatickými obory. Sociální model neobstál, ale psychiatrie mnohde o svá lůžka přišla natrvalo.

*Psychedelický model* staví na představě, že duševní nemoc není vlastně žádné zhroucení, které by potřebovalo lékařskou pomoc, ale jde o pokus o zdokonalení vlastního nitra. Byl proveden pokus, v němž byla snaha o radikální změnu omezujícího režimu a zejména hierarchických vztahů na jednom oddělení psychiatrické nemocnice. Šlo o snahu prosadit pojetí šílenství jako pozitivní jev, kterému společnost nemá právo bránit, ale naopak měl by umožňovat jeho příznivý průběh.

*Konspirační model* zastával myšlenku, že označení za duševně nemocného slouží společnosti jako prostředek k vybírání obětních beránek. Pozoruhodnou osobností byl zakladatel tzv. Demokratické psychiatrie v Itálii benátský psychiatr Franco Basaglia. Ten propagoval názor, že symptomy vyjadřují lidská přání chudých a násilně izolovaných lidí, politický systém je však považuje za záminku k izolování jejich nositelů. Psychiatr zde slouží jako agent veřejného pořádku, který se zaštiťuje vědou. Basaglia odsuzoval pracovní terapii jako vykořisťovatelskou taktiku. Zavedl placenou práci, neorganizovaná shromáždění řízená pacienty za účasti zdravotnického personálu, odstranil izolaci pacientů, zamítl šokové léčení. V r. 1971 vytvořil z nemocnice v Terstu otevřenou komunitu, v níž byl podporován pohyb oběma směry. Pacienti byli povzbuzováni k vycházkám ven a mnoho laiků bylo přizváno k práci s pacienty. Smyslem bylo vzájemné poznání a odstranění mýtu nebezpečnosti duševně nemocných. Jedním z nejvýznamnějších Basagliových úspěchů bylo ovlivnění zákonodárství, kdy byla

radikálně omezená nucená psychiatrická hospitalizace a zajištěno ponechání občanských práv pacientů.<sup>79</sup>

Ve střední Evropě spadaly zdravotní a sociální záležitosti do kompetence církve. U jednotlivých klášterů a poutních míst se zakládaly osady bláznů, kde bylo o nemocné postaráno, ale současně jim zůstala určitá samostatnost. S koncem středověku se začal objevovat vliv inkvizice, jímž církev demonstrovala svou moc. Duševně nemocní tak byli poprvé zneužiti a pronásledováni jako obětní beránci. V období renesance se snažili občané učinit svá města co nejbohatšími a nejkrásnějšími, proto usilují očistit město od asociálů, nečistých a rušivě-nápadných lidí. Občané zakládali městské nemocnice, ale lidé trpící duševní a sociální nouzí nebyli považováni za správné pacienty a byli vykazováni z města nebo prodáváni obchodníkům. Za vlády absolutistických a osvícenských monarchů se občané snažili osvobodit od všeho iracionálního, a osobní život založit racionálně. Stát má poprvé v historii zájem na držení co největšího počtu zdravých a práceschopných poddaných a pokouší se je řídit zcela autoritativně, aby jednali „rozumně“. Kdo nechtěl, musel být vychován a jestliže se i tomu protivil, byl učiněn sociálně neviditelným. Vznikala velká odkladiště „nerozumných“, šlo o tábory ve smyslu převýchovy. Kdo se zdál měšťanskému pohledu nerozumný, mohl být učiněn pro veřejnost neviditelnou formou, jež předcházela dnešnímu ústavnímu léčení. Kromě mentálně postižených, pomatenců, podivínů a bláznů, sem byli umísťováni i př. trestanci a nevěstky.<sup>80</sup>

## Shrnutí

Dlouhé období lidských dějin bylo na duševní nemoc pohlíženo značně nechápavým pohledem a s duševně nemocnými bylo zacházeno velmi krutým způsobem. V souvislosti s tím, že začala medicína zahrnovat odchylné chování do své oblasti, snažili se lékaři hledat somatické příčiny pozorovaných poruch, ale

---

<sup>79</sup> Srov. CHROMÝ, K. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*, s. 32-37.

<sup>80</sup> Srov. DORNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*, s. 279-282.

u většiny duševně nemocných takové poškození prokázáno nebylo. Používání pojmu onemocnění bylo do jisté míry společensky účelné. Vžila se tak metoda pro označování jedinců, jejichž chování bylo považováno z hlediska společenských norem za nepřijatelné. Bylo legitimizováno společenské odsouzení dotyčného díky potvrzení lékařské vědy. Společnost duševně nemocné určitým způsobem zatracovala a zbavovala se jich, ale etické soudy byly zastírány vědeckými pravdami.

### 3 STIGMATIZACE A JEJÍ DOPADY

Vymezila jsem pojmy stigma a stigmatizace, s uvedením příkladu stigmatizace pobytu v psychiatrické léčebně. Dále se zabývám stereotypy v přístupu k duševně nemocným ze strany laické veřejnosti i zdravotníků. Popsala jsem dopady stigmatizace na nemocného i jeho rodinu, včetně sociální kontroly a společenské izolace.

#### 3.1 Stigma

Stigma se netýká jen souboru osob jež lze rozdělit na stigmatizované a normální, ale jde o všeprostupující sociální proces zahrnující dvě role, jehož každá osoba se účastní v obou rolích, alespoň v nějaké souvislosti a nějaké své fázi života. Stanoviska jsou utvářena v sociálních situacích během smíšených kontaktů na základě neuvědomovaných norem. Následkem celoživotních atributů se může osobě stát, že se stane určitým typem a může být i nucena hrát stigmatizovanou roli. Vzhledem k tomu, že jde o interakční role, může v mnoha případech osoba v jednom ohledu stigmatizovaná, projevovat veškeré normální předsudky vůči těm, kteří jsou stigmatizováni v jiném ohledu.<sup>81</sup>

---

<sup>81</sup> Srov. GOFFMAN, E. *Stigma*, s. 157-158.

Sociologickým termínem stigma se obecně rozumí určité znamení hanby či méněcennosti, které vede k odmítání svého nositele. Stigma může být zevně patrné, což se psychiatrických pacientů většinou netýká, častěji u nich jde o stigma skryté, které má odlišný mechanismus působení. U zjevných stigmat bývá prvotní podceňující postoj okolí, ale u skrytého stigmatu jedná nemocný hlavně pod vlivem pocitu vlastní méněcennosti. Jedinec tak podněcuje i okolí, aby ho vnímalo jako méněcenného. Příslušnost mezi stigmatizované ovlivňuje lidi v interakci. Př. za měřítko stigmatizace se považuje odmítání, jehož stupeň lze měřit stupnicemi společenského odstupe<sup>82</sup>. Málo příznivý postoj mají laici, kteří se nikdy s duševně nemocným nesetkali a jsou ovlivněni obecně sdíleným stereotypem. Stačí získat kladnou zkušenost s duševně nemocným a lidé pak mění svůj postoj k celé skupině. Velký význam má výklad stavu nemoci. U lidí s medicínským výkladem je odmítání větší, zatímco u výkladu psychosociálního je odmítání menší a vede k vyhledávání pomoci. Názory veřejnosti na otázky duševních poruch musí být předmětem obecného zájmu i proto, že jejich dynamika je velmi pomalá. Navíc názory odborníků jsou závislé na daných kulturních a etnických vlivech. Pravděpodobně žádný lékařský obor neposkytuje veřejnosti takové množství diagnóz k hanlivému využívání.<sup>83</sup>

### 3.1.1 Stigmatizace

Sociální informace někdy jen stvrzuje, co o dané osobě víme a může konkrétně doplňovat naši představu. Sociální informace vyjádřená prostřednictvím symbolu může zakládat zvláštní nárok na poctu nebo žádanou pozici- nárok, který by jinak uplatňován nebyl. Takovému znaku se říká statusový symbol. Symboly stigmatu upozorňují na nesrovnalost znehodnocující identitu daného jedince, narušují vytvoření celkového obrazu o něm, pak v našich očích snižují jeho hodnotu. Znaky poskytující sociální informaci se liší podle toho, zda jsou vrozené či nikoli.

---

<sup>82</sup> Ve výzkumu naší populace se potvrdilo, že utlumené pacientky nejsou příbuznými považovány za nebezpečné, což se neshoduje s odborným stanoviskem o závažnosti stavu.

<sup>83</sup> Srov. CHROMÝ, K. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*, s. 66-70.

Za účelem sociální informace bývají používány znaky nestálé povahy, mohou být použity i proti vůli nositele, pak jde většinou o symboly stigmatu.<sup>84</sup>

Goffmanův koncept stigmatu lze použít jako kognitivní nástroj ke zkoumání marginalizovaných skupin společnosti. Stigmatizaci lze rozdělit do dvou kategorií:

1. bez kognitivního obsahu. Sem patří výroky typu: Jsi debil. Patříš do blázince. Jde o verbální výroky, které neposkytují stigmatizovanému jedinci posměch ani urážky.

2. s epistemologickým rozsahem. Jde o neverbální narážky jako je hraní divadla (napodobování grimas schizofreniků). Jedinec hraje roli, kterou mu handicap určuje, proto lze říci, že pro postiženého jedince má jeho handicap imanentní charakter.<sup>85</sup>

Stigmatizující jedinec staví před stigmatizovaného zrcadlo, skrze něž může stigmatizovaný vidět svůj autoportrét. Tento vjem je přirozeně konstituován jako jevící se já, ovšem oddálené. Právě kognitivní rozměr stigmatizace, i když je téměř eticky i morálně nepřijatelný, umožňuje stigmatizovanému zahlednout svůj vlastní handicap, v tomto momentě získává stigmatizace transcendentní charakter.<sup>86</sup>

### 3.1.2 Stigma hospitalizace v Psychiatrické léčebně

Sociální selhání určitým způsobem člověka označuje, společnost má tendenci bránit se před „jinými“ a umísťuje je do psychiatrických zařízení. Člověk

---

<sup>84</sup> Srov. GOFFMAN, E. *Stigma*, s. 54-70.

<sup>85</sup> Schizofrenik komunikuje s někým, kdo neexistuje, proto ho můžeme vnímat jako člověka, který trpí samomluvou.

<sup>86</sup> Srov. KUDLÁČEK, M. Imanentní/transcendentní charakter stigmatizace in *Nemocná duše-nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*, s. 109-110.



vyčleněný mimo normu se jí snaží přiblížit, jeho pozice však umožňuje symetrický vztah jen s omezenou skupinou lidí, kteří se v minulosti stejně jako on dostali do konfliktu se sociálním prostředím. Nemocný, který přichází na chuť pobytu v nemocnici, se přestává snažit i o omezené převzetí svých přirozených sociálních rolí. V okamžiku, kdy je současná pozice nemocného využívána jako prostředek omluvy, obrany nebo adaptace, dochází k trvalé ztrátě životní perspektivy. Nejzávažnější újmou psychiatrické léčby je právě tendence nemocného setrvávat v nemocničním zařízení bez plánů do budoucna. Ztrátou kontaktů se světem, přátel, perspektiv, nečinností a direktivním vedením zdravotníky se nemocný stává obětí své „značky“. Duševní porucha ztěžuje, někdy i znemožňuje sociální kontakt a ochotu nemocného sociálně přijatelným způsobem sdělit své potíže. Jednání nemocného se často jeví jako nesmyslné či asociální. Do značné míry je určováno aktuálními potřebami nemocného, kdy může jít o vymáhání si pozornosti, až po potřebu vyčlenit se z lidských vazeb nebo potřebu neexistovat. Důvodem psychiatrické hospitalizace pak není potřeba pomoci, ale vede k ní selhání člověka ve společnosti, kde již nelze jiným způsobem obnovit rovnováhu mezi člověkem a prostředím. Dochází k tomu především v případech, kdy je okolí ohroženo nemocným člověkem nebo, když nemocný ohrožuje sám sebe. Přechod ze sociálního prostředí k psychiatrické hospitalizaci bývá provázen tím, že pacient sám zaznamenává divné pocity a snaží se situaci pochopit a omezit některé aktivity, někdy má tendence se svěřovat. Okolí obvykle rychle reaguje obecnými radami, aby se nemocný nepřepínal a bral věci s nadhledem. Ten pak zaujímá roli „divného“ člověka. Sociální činitelé tu hrají významnější roli než u somatických onemocnění.<sup>87</sup>

„Negativní vliv nemocničního prostředí a režimu na nemocného je označován jako hospitalismus. Dříve tento pojem zahrnoval i škodlivé faktory somatické (ústavní infekce, problémy hromadného stravování), ale postupným vědeckým

---

<sup>87</sup> Srov. STYX, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*, s. 26-7.

řešením těchto otázek se tohoto termínu užívá hlavně v souvislosti se škodlivými psychickými vlivy.<sup>88</sup>

Vznikne-li něčí stigma za pobytu v ústavu a udrželi si instituce vliv i po propuštění, často pacienti narážejí na problémy při hledání zaměstnání. Při nástupu do prvního zaměstnání byl úředník na personálním oddělení úředně informován, ale nižší organizační složky bylo možno udržovat v nevědomosti. Pacienti pocítovali nejistotu, protože nemohli s jistotou určit, kdo věděl o jejich hospitalizaci. Pokud to bylo možné, pacienti dali výpověď a sehnali si zaměstnání jinde, aby se nikdo nedozvěděl o jejich pobytu v psychiatrické léčebně.<sup>89</sup>

„Společnost oficiálně soudí, že lidé jsou v psychiatrických lůžkových zařízeních především kvůli duševní poruchám. Ale za okolností, že duševně nemocní mimo tato zařízení početně dosahují nebo převyšují hospitalizované, lze říci, že se pacienti liší nikoli duševními poruchami, ale podmínkami.“<sup>90</sup>

### 3.1.3 Prostředí psychiatrické léčby

Umění hodnotit přenosové reakce nemocného je velkým přínosem komunikace v psychiatrii, protože jde o sdělení, kterého často nemocný sám schopen není. Ve vztahu ke zdravotníkovi se objevuje podbízivost, náklonnost, úzkost, nenávisť. Nemocný si ani nemusí uvědomovat, co a proč dělá, ale jen opakuje chování naučené v minulosti a tím informuje o tom, jaké reakce uplatňuje vůči lidem na nichž je závislý a jaké reakce očekává. Získáváme tak důležité informace o sociálním okolí nemocného.<sup>91</sup>

Úroveň péče o duševně nemocné byla vždy poplatná kultuře doby, v níž byla realizována. Ještě v nedávné minulosti byl účinný autoritativní a ochránářský

---

<sup>88</sup> Srov. STYX, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*, s. 41-44.

<sup>89</sup> Srov. GOFFMAN, E. *Stigma*, s. 111.

<sup>90</sup> CHROMÝ, K. *Sociologie duševních poruch*, s. 21.

<sup>91</sup> Srov. STYX, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*, s. 35-36.

postoj, kdy v důsledku malé informovanosti měla společnost větší ochotu k represí a k pasivní spotřebě péče. Tím, že duševně nemocný přijímá tuto sociální pozici, klade na zdravotníky samozřejmý morální požadavek, který je zavazuje k tomu, aby s ním zacházeli a hodnotili ho tak, jak má nemocný právo očekávat. V ošetrovatelské péči nemocný očekává především lidský zájem o svoji osobu, který mu potvrzuje jeho vlastní hodnotu. Akceptace je podmíněna empatií, které však není řada projevů duševní poruchy přístupná. U každého nemocného lze však nalézt snahu uplatnit zdravé projevy osobnosti a právě tam je možné uplatnit podporu a empatii. Nemocný vyžaduje, aby v kontaktu s ním byl zdravotník sám sebou, žádá opravdovost. Zejména středoškolských zdravotníků na oddělení jsou po dlouhou dobu hlavními sociálními vlivy pro nemocného.<sup>92</sup>

### 3.2 Vnímání duševně nemocných

Heinrot (1818) na základě starých hebrejských pověstí a starých řeckých mýtů došel k závěru, že manie, melancholie a šílenství byly považovány za výsledek účinků božských a démonických bytostí. Duševní porucha byla brána jako působení vnějších sil, jakoby neměla původ v lidech. Pro pochopení obrazu duševně nemocného má velký význam středověk, kdy došlo k rozvoji kultu ďábla působením mnoha činitelů. Ekonomická situace byla bezútěšná, kdy vládnoucí šlechta žila v blahobytu a ostatní v nepředstavitelné bídě. Pasivní řešení této situace vedl k rezignaci a mysticismu, svou úlohu při tom sehrály i psychopatologické projevy pozorované nejen u některých duševně nemocných jedinců, ale i pod vlivem alkoholu a solanaceí<sup>93</sup>. Koncem prvního tisíciletí sehrála klíčovou roli Apokalypsa, v níž se uvádělo, že království Kristovo bude trvat tisíc

---

<sup>92</sup> Srov. STYX, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*, s. 37-40.

<sup>93</sup> Solanacea měla psychedelické vlastnosti, byli součástí lektvarů a mastí (rulík, durman a blín). Srov. HÖSCHL, C., LIBIGER, J. ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*, s. 232.

let a pak bude vypuštěn satan.<sup>94</sup> Tato představa možného působení propuštěného satana vedla k zesilování boje proti kacířům, ten se institucionalizoval v inkvizici, již provozoval řád dominikánů a později františkánů. K likvidaci satanových stoupců se používaly prostředky používané v Apokalypse, a to oheň a upalování. Pověřivé démonické mechanismy lidových představ měly značný význam pro vznik pověřivého přístupu k duševně nemocným. Tomu se přizpůsobily i léčebné postupy, v nichž ustupovaly racionální prvky, které byly používány jen jako doplněk magických zákroků. V dějinném vývoji lze sledovat na sebe navazující řadu institucí, které se zabývaly duševně nemocnými. V pravěku to byl kouzelník nebo šaman, ve starověku mág, ve středověku byl uznáván inkvizitor a mnich léčící církevními kouzly, až v novověku se prosadil psychiatr.<sup>95</sup>

### 3.3 Stereotypy v přístupu k duševně nemocným

Mezi lidmi je stále živý mýtus o nebezpečnosti pacientů, ale jen malé procento duševně nemocných páchá zločiny, o to větší je s nimi spojená publicita. O bývalých pacientech, kteří žijí spokojeným životem se nikdo nezmiňuje. Strach veřejnosti z duševně nemocných není dostatečným důvodem pro ospravedlnění jejich nedobrovolné hospitalizace. Objevují se i názory, že by nemocní měli být odklizeni do určených zařízení, kde by byli nadopováni otupujícími léky a podrobováni elektrickým šokům, aby nebyli ostatním na očích. Averse části veřejnosti vůči lidem, kteří si povídají pro sebe, oblékají se jinak nebo nejedí obvyklým způsobem, nemůže být důvodem k jejich izolaci. Je smutným faktem, že do ústavu pro duševně nemocné byli zavřeni lidé, kteří vadili svému okolí, a proto byli označeni za duševně nemocné.<sup>96</sup>

---

<sup>94</sup> „A když se vyplní tisíc let, propuštěn bude satan z žaláře svého . I vyjde , aby svodil národy , kteříž jsou na čtyřech stranách země...a obklíčili stany svatých i to město milé, ale sestoupil oheň od boha z nebe, a spálil je.“

<sup>95</sup> Srov. JANÍK, A. *Veřejnost a duševně nemocný*, s. 28-41.

<sup>96</sup> Srov. CHAMBERLINGOVÁ, J. *Na vlastní pěst. Pacientem řízené alternativy systému psychiatrického zdravotnictví*, s. 203-206.

Značkovací teorie je obecný výklad deviantního chování, jehož zvláštnosti vyplývají z konfrontace s funkcionalismem, dle něhož se normou rozumí široce sdílené a relativně stálé způsoby chování. Pro definici deviace z tohoto hlediska není podstatná reakce okolí, ale to, že jedinec sám vybočil z norem, jimiž se cítí vázán. Značkovací teorie se opírá o tvrzení, že sociální procesy vytvářejí a udržují pravidla, ne naopak. Jednáním porušujícím pravidla je myšleno hodnocení ze strany auditora. V rámci značkovací teorie nabývají ústřední teoretický význam podmínky značkování, které určují proč a jak lidé přicházejí ke značce duševní poruchy. Zajímavým aspektem značkovací teorie je fyzická přitažlivost subjektu. Stereotyp je neustále mimoděk posilován v běžné sociální interakci. Veřejné sdělovací prostředky mají tendence dávat duševně nemocné do negativních souvislostí, tak jsme všichni vystavováni informacím, které udržují stereotypizovaný obraz duševně nemocného.<sup>97</sup>

„Dörner se domnívá, že psychiatrické pojetí duševní poruchy jako nemoci má vedle pozitivních i mnoho stinných stránek. Vede k uspokojení, zbavuje společnost pocitu zodpovědnosti za tento stav, neboť se na něj pohlíží jako na „soukromý“ problém postiženého. Omlouvají se tím i předsudky vůči duševně nemocným, neboť odpovědnost za jejich duševní utrpení se přenáší na ně samé.“<sup>98</sup>

### 3.3.1 Hodnocení duševních nemocí veřejností

Veřejnost spojuje určité instituce s určitými projevy duševní poruchy, lehčí se léčí v psychiatrických ambulancích a na klinikách, těžší na psychiatrických odděleních nemocnic, extrémně duševně narušení jsou hospitalizováni

---

<sup>97</sup> Srov. CHROMÝ, K. *Sociologie duševních poruch*, s. 17-21.

<sup>98</sup> JANÍK, A. *Veřejnost a duševně nemocný*, s. 24-25.

v psychiatrických léčebnách. Představa o nebezpečnosti duševně nemocných se opírá o přesvědčení, že duševně nemocnému nelze porozumět.<sup>99</sup>

Sociální příčiny vzniku duševních chorob se odrážejí v laických představách zatím jen okrajově, př. v názorech o nevypočitatelnosti, neovladatelnosti i o nebezpečnosti duševně nemocných. Objevují se zde výrazné morální postoje odrážející tradiční kulturní názory a jejich narušení duševně nemocnými. „Stereotyp obrazu duševně nemocného“<sup>100</sup> je laikem jednou osvojený obraz, který je odolný proti modifikujícím situačním vlivům, protože má fiktivní charakter. Jde o multidimenzionální komplex vzájemně propojených hledisek příčin, projevů, sociálních vazeb, ale současně i svérázných terapeutických a prognostických úvah. Ve všech sociálních soustavách lze nalézt přesně stanovené normy normálního a toleranční limity, limity určující hranice mezi ještě normálním a již nenormálním. Historicky se tyto normy a limity mění. Veřejnost hodnotí duševní normu, příznaky a projevy duševních nemocí jinak než psychiatrie, což souvisí zejména s tím, že laik si všímá zejména vnějších projevů jako je výraz, psychomotorika, chování<sup>101</sup>.

„V souvislosti s projevem duševně nemocného nutno věnovat pozornost identifikačnímu procesu poruchy. Laicky je tento proces vystihován výrazem „divně se chová“, „blázní“, „začíná blbnout“ nebo místně „bohní“: Zde je počátek „značkovacího procesu“ („labeling process“), jímž budou postižení trvale stigmatizováni.“<sup>102</sup>

Nemoc je sociální kategorie, určená k označení stavu jedinců, o němž společnost předpokládá, že znemožňuje nositeli plnění obvyklých rolí, a který nemůže odstranit pouhým chtěním. Biologické redukcionalistické pojetí nemoci vystavuje psychiatrii kritice, biologický výzkum v psychiatrii je sice nezbytný, ale není podmínkou ospravedlnění místa psychiatrie v medicíně, to je dáno

---

<sup>99</sup> Srov. JANÍK, A. *Veřejnost a duševně nemocný*, s. 75-78.

<sup>100</sup> Jde o stálost fiktivního obrazu v čase.

<sup>101</sup> Srov. JANÍK, A. *Veřejnost a duševně nemocný*, s. 70-72.

<sup>102</sup> Tamtéž, s. 72.

zaměřením na členy společnosti jejichž omezená společenská způsobilost je shodně koncipována. V padesátých letech se psychiatrie zabývala tzv. ontologickou neshodou<sup>103</sup> v souvislosti s kampaněmi, které měly zajistit sblížení stanovisek. K mapování laických názorů se používala technika pracující s vinětami<sup>104</sup>. Výsledky těchto výzkumů inspirovaly odborníky k široce pojatým zdravotně výchovným akcím, v nichž se angažovaly sdělovací prostředky. Přínosem byly další poznatky př. o plynulém přechodu duševního zdraví do duševní poruchy. Laická schopnost poznávat duševní zdraví se jen málo přiblížila odbornému hledisku, lidé považovali za duševní nemoc pouze extrémní typy chování odpovídající tzv. stereotypu. Stereotyp duševně nemocného zahrnuje vlastnosti jako je nespolehlivost, nepředvídatelnost, podivnost, vzrušivost, nejistotu.<sup>105</sup>

Reakce společnosti na šílenství vypovídá o tom, že jde o nemoc, tak by se mohlo zdát, že je shodným postižením jako př. meningitida. Mechanismy, jejichž prostřednictvím organická choroba způsobuje své projevy a symptomy, jsou prozkoumány a projevy těchto chorob bývají u různých lidí alespoň kvalitativně vždy stejné. U duševních onemocnění tomu tak není.<sup>106</sup>

### 3.3.2 Stereotyp a zdravotnický personál

Většina klíčových psychiatrických diagnóz ve veřejném životě funguje jako posměšky nebo nadávky ( př. psychopat, hysterka, schiza). Rychlé a zásadní užití diagnózy nemá v psychiatrii pozitivní placebo efekt jako v ostatních medicínských oborech. Rychlé přidělení diagnózy má však nesporný význam pro personál, opodstatňuje vyplývající omezení pobytu na psychiatrii. Mnohdy si i profesionálové udržují jakousi obecně tradovanou představu, stereotyp duševně

---

<sup>103</sup> rozdíl v rozpoznávání duševních nemocí mezi laiky a odborníky

<sup>104</sup> Viněta je krátký popis chování fiktivní osoby, který je předkládán příslušníkům zkoumané populace k vyjádření.

<sup>105</sup> Srov. CHROMÝ, K. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*, s. 19-26.

<sup>106</sup> Srov. YOUNGSON, R. M. *O šílenství, podivinství a genialitě*, s. 35-37.

nemocného, s určitými negativními vlastnostmi jako je neovladatelnost a nepochopitelnost. Snaha o obecný postoj k duševně nemocným je důsledkem tendencí zdravotníků a veřejnosti, vnímat duševně nemocné jako určitou stejnorodou skupinu, což neodpovídá skutečnosti. Teprve nepředpojatý kontakt s nemocnými umožňuje poznání, že nemocní se až tak zásadně neliší od zdravých. Takové poznání usnadňuje zánik stereotypu duševně nemocného a přirozený, angažovaný vztah mezi zdravotníkem a nemocným. Vztahy mezi nemocnými a zdravotníky na psychiatrických odděleních jsou mnohem širší než na jiných odděleních lůžkového typu. Stále se prolínají záměrné a vědomé vlivy s nezáměrnými, nevědomými a netušenými. Nemocný přenáší na zdravotníka svoje požadavky a očekávání, které nebyly dříve naplněny. Dochází k přenosu, který je specifickou iluzí ve vztahu k jiné osobě a nemocný ho prožívá skutečně. Nereálné postoje k psychiatrickému zařízení jsou způsobeny tím, že nemocný prožívá svůj vztah k zařízení jako opakování vztahu k matce či jiné významné osobě. Jde o nadměrná očekávání nebo neopodstatněnou nedůvěru. Někdy dochází k tomu, že zdravotník pohání nemocného svým jednáním k uzdravení, ten se pak uzdravuje proto, aby udělal zdravotníkovi radost. Péče o rychle se uzdravující nemocné přináší zdravotníkovi více profesionálního uspokojení, ale zdravotník sám se tak může stát závislým na péči o nemocné uspokojováním svých nevědomých potřeb. Jen nepředpojatý člověk je schopen své reakce neustále usměrňovat.<sup>107</sup>

„Nadměrně až nevkusně projevovaný soucit, vnucování péče tam, kde je nemocný soběstačný, nemocného degraduje. Zdravotníci by prostě neměli být z těch, kteří nevědí, co činí.“<sup>108</sup>

---

<sup>107</sup> Srov. STYX, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*, s. 27-35.

<sup>108</sup> Tamtéž, s. 35.



### 3.4 Stigmatizace v médiích

Prostředky masové komunikace mají značný vliv na mínění veřejnosti, tak dochází k tomu, že sdělovací prostředky vyjadřují to, co si veřejnost o problematice myslí a tato je zpětně utvrzována ve správnosti svých postojů. Denní tisk informuje čtenáře především o takových případech, kde duševní porucha nějak souvisí s trestnou činností. Dle zpráv z denního tisku z roku 1974 měli nejvyšší podíl na trestné činnosti psychopati, sexuální devianti a toxikomani. Suicidenti<sup>109</sup> a organici se podíleli na trestné činnosti jen v malém rozsahu, žádná trestná činnost nebyla nalezena v souvislosti s depresí. Popisované případy nebyly spojovány se závažnou trestnou činností, s ohrožením lidských životů a agresivním jednáním. Informace v denících o problematice lidí s duševním onemocněním byly většinou kusé, nejčastěji ve spojení se závažnou sexuální a majetkovou trestnou činností. Náš denní tisk ve srovnání se zahraničním se lišil ve dvou faktorech: v plánovitosti informací a v serióznějších formulacích. Při porovnání stereotypu duševně nemocného na základě informací v tisku a na základě postojů laické veřejnosti, zjistíme, že se shodují v zaměření vůči duševně nemocným pokud jde o emoční prožívání a negativní odsuzování. Také psychiatrické instituce se dle zpráv z tisku jevíly převážně v nepříznivém světle, nejčastěji byly zmiňovány v souvislosti s uložením ochranného léčení na základě soudního znaleckého posudku. Příčiny duševních poruch, jejich symptomy, metody léčby a sociální vliv jsou ve sdělovacích prostředcích líčeny odlišně od údajů specialistů V televizních divadelních hrách je jedinec s duševní poruchou představován se ztuhlým skleněným pohledem, mumlající nesouvislá slova nebo nekontrolovatelně se smějící. Pomoc duševně nemocnému může poskytnout nějaká silná osobnost z okolí, často člověk poučený životem nebo i rady typu-vezmi svůj život do vlastních rukou.<sup>110</sup>

Obraz duševně nemocného na základě informací ve sdělovacích prostředcích v sedmdesátých letech lze vystihnout asi takto: „Jedinec s duševní poruchou je

---

<sup>109</sup> sebevrazi

<sup>110</sup> Srov. JANÍK, A. *Veřejnost a duševně nemocný*, s. 82-85.

osoba, která se dopouští hrubých a nesmyslných činů. Schází jim pro laika srozumitelná motivace. Je to jedinec, který svým chováním narušuje uspořádané sociální vztahy mezi občany, ohrožuje socialistické soužití a právní pořádek společnosti. Je špatně sociálně adaptován a svým chováním vzbuzuje v okolí úzkost, obavy a nejistotu. Proto se ho okolí straní a nechápe ho.“<sup>111</sup>

Mezi žurnalisty se objevuje vůči psychiatrii velmi často černobílé vidění, přehnaně příznivě či nepříznivě pohlízejí na duševní poruchy i nemocné. Nejčastěji je psychiatrie obviňována z neoprávněné hospitalizace osob psychicky zdravých, z neoprávněného držení osob v ochranném léčení a z nadměrného užívání psychofarmak. Z průzkumů veřejného mínění vyplývá, že postoje sdělovacích prostředků se pozvolna mění k lepšímu. Jistě je to zásluhou jednak humanizace psychiatrie a také díky větší informovanosti sdělovacích prostředků i veřejnosti.<sup>112</sup>

### **3.5 Dopady stigmatizace na jedince a společnost**

Duševně nemocný je vystaven omezením, které na něj klade jeho nemoc a navíc nese břímě sociálního hodnocení své choroby. Toto hodnocení nerozlišuje mezi jednotlivými případy, ale má své kořeny v kultuře. Jednotlivý nemocný nese takové předsudky často bez vlastního přičinění a jsou součástí jeho údělu. Proto je snaha omezit vliv stigmatu a důsledně rozlišovat mezi nemocí a osobností nemocného. Nadřazení skupinových vlastností nad vlastnosti jednotlivců vede k diskriminaci duševně nemocným. Důsledkem pak jsou potíže se získáním i udržením zaměstnání, problémy s bydlením.<sup>113</sup>

„Očekávali bychom, že ruku v ruce s větší otevřeností psychiatrie, s větší mírou svobody našich pacientů a větší měrou osvěty opadne ostych z psychiatrie a s ním obava přiznat se k tomu, že chodím k psychiatrovi. Neděje se tak proto, že

---

<sup>111</sup> JANÍK, A. *Veřejnost a duševně nemocný*, s. 89.

<sup>112</sup> Srov. BAUDIŠ, P. LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*, s. 119-21.

<sup>113</sup> Srov. tamtéž, s. 34-37.

se společnost, ač v mnohém vzdělanější a otevřenější než před patnácti lety, zaměřila především na výkonnost, a tak nám najednou vyrostl nový důvod, proč se nepřiznat. Předtím bylo hlavním důvodem k ostychu negativní ódium psychiatrie. To přece jen do značné míry povolilo. Brutální orientace na výkon však nedovoluje lidem vyššího a středního managementu, jakoukoli přiznanou léčbu na psychiatrii, protože by o kariéru přišli. Orientace na výkon vytváří nový faktor ostychu, ovšem nejen z psychiatrie, nýbrž i ze samého aktu nemoci, neschopnosti, hendikepu nebo přiznání slabosti. A když už, tak aspoň něco hrdinského. Se zlomenou nohou nebo vyměněným kyčelním kloubem se každý rád někde pochlubí. Ne tak se schizofrení.“<sup>114</sup>

### 3.5.1 Nálepkování

Značkovací teorie byla výrazem nové orientace lékařské sociologie, která se zaměřila na procesy, jimiž se člověk stává pacientem. Základní myšlenky teorie značkování se objevily v kriminologii před druhou světovou válkou v obecné teorii deviantního jednání, která byla detailněji rozpracována na problematiku duševních nemocí. Formulace nálepkování duševně nemocných se od té doby stále vyvíjí a postupně došlo k polarizaci v řadách jejích přívrženců. Obě skupiny se shodují v tom, že pro zaujímání dlouhodobé deviantní role chronicky duševně nemocného má rozhodující vliv význam kvalifikace (nálepkování) ve smyslu deviace zejména na odborné úrovni. Pro duševní poruchy byl zpracován normativní přístup, kdy je jako primární deviace rozpoznané porušení pravidel, které je buď tolerováno nebo označeno neformální nálepkou bez přidělení nové společenské role. Sekundární deviace pak znamená deviantní roli, v níž jedinec může používat deviantní jednání jako prostředek přizpůsobení a jako osobní strategii. Pozice duševně nemocného byla původně líčena jako status připsaný bez jeho aktivního přispění, ne jako získaný. V posledních letech výzkum nemocí

---

<sup>114</sup> JANÍČEK, J., HÖSCHL, C. *Kde bydlí lidská duše*, s. 148.

podporuje domněnky, že ústřední roli hrají existující pravidla subjektivního prožívání a zevních projevů emocí. Hypotéza výzkumu emočních pravidel umožňuje vysvětlit i situaci, kdy lidé shledávají duševní poruchu sami u sebe. Vzhledem k tomu, že anticipujeme i reakce druhých na své, dochází k předpokladu, že okolí zaznamenává naše vlastní emoční normy nebo výrazová pravidla. Tato situace znamená započetí úsilí o uvedení vlastního prožitku nebo výrazu emocí do souladu s pravidly. Nepříznivé okolnosti pro úspěch tohoto úsilí představuje přetrvávání zevní situace a chybění sociální opory. Atribuční teorie studuje, jak lidé vysvětlují chování druhých a jak příslušné závěry ovlivňují jejich reakce. Při atribuci se neuplatňuje jen chování problematické osoby, ale i posuzovatel svými hodnotami, postoji a přesvědčeními. Čím je větší rozdíl mezi oběma zúčastněnými, tím je větší pravděpodobnost tzv. atribučního selhání-usuzování na duševní porucha.<sup>115</sup>

Nálepka duševně nemocného je často připisována na základě pouhého kontaktu s psychiatrickým zařízením. Zajímavým jevem v okamžiku přidělování deviantní nálepky je tzv. retrospektivní interpretace, jde o přehodnocení časově vzdáleného jednání devianta, které dosud nebylo považováno za problematické, ale v souladu s nálepkou nabývá nového smyslu. Značkovací teorie připisuje zvláštní význam stereotypu duševně nemocného. Tento stereotyp je posilován obraty o bláznech v běžné řeči, vtipy a ve sdělovacích prostředcích. Stereotyp duševně nemocného se blíží malé části psychiatrických pacientů a na trestné činnosti se podílejí nevýznamně. Význam stereotypu v okamžiku použití nálepky byl spatřován v tvorbě očekávání pacientova okolí, které je důležitým vodítkem chování subjektu, ten může v osobní krizi nálepku přijmout a začít se chovat dle stereotypu. Výzkumy ukázaly, že značkovací teorie přecenila podíl institucí a odborného personálu při vzniku deviantní kariéry, podcenila podíl samotného subjektu a jeho rodiny.<sup>116</sup>

---

<sup>115</sup> Srov. CHROMÝ, K. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*, s. 52-55.

<sup>116</sup> Srov. tamtéž, s. 59-61.

### 3.5.2 Sebeznačkování

Vědomí méněcennosti znamená, že člověk trpí úzkostí a strachem, že si vás druzí nebudou vážit kvůli něčemu, co je na vás vidět a co způsobí, že budete v kontaktu s okolím vždy nejistí. Tato nejistota vyvěrá z něčeho, o čem víte, že to nemůžete napravit. Stigmatizovaný jedinec může pociťovat nejistotu ohledně svého přijetí, protože neví, do jaké kategorie bude zařazen. V případě příznivého přijetí, jej můžou druzí definovat na základě jeho stigmatu., což přispívá k pocitu, že neví co si o něm doopravdy myslí. <sup>117</sup>

„Člověk mění obraz o sobě samém a upravuje své chování pod vlivem „nálepk“ nebo aby se jí zbavil. Ve svém dosavadním životě hledá podporující důkazy pro nové stigma a důkazy pro novou identitu (ukotvuje se). Člověk je redukován na svůj soubor symptomů, okolí mu přisuzuje atributy nové role.“<sup>118</sup>

### 3.5.3 Nálepkování a rodina

Zjištění o pozdním rozpoznání duševní poruchy v rodině je zřejmě výsledkem atribučního selhání, kdy dává důvěrná obeznámenost s nějakou osobou mnohem větší možnost atribuce, pokud jde o její chování, a k selhání dochází za extrémnějších situací. Důležitou roli hraje určitě i stigma, protože rodina se obává hanby, která ji může postihnout zveřejněním duševní poruchy člena. Rodiny se vzájemně odlišují ve stylu, jakým reagují na krizi a uplatňuje se také aktuální situace rodiny. Velký význam má i integrace rodiny v komunitě, rodiny s kladnými emočními vztahy s okolím pohotověji rozpoznají problémy jako medicínské a konzultují je s odborníky. Silný sklon k „normalizaci“ mají manželští partneři nemocných, kteří mnohdy nálepce duševní poruchy dlouho vzdorují a někdy se jejich postoj nemění ani po několika hospitalizacích. Rodina

---

<sup>117</sup> Srov. GOFFMAN, E. *Stigma*, s. 22-24.

<sup>118</sup> MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 129.

se neliší od širší společnosti chování nemocného navazuje nejen na porušení pravidel, ale i na samotnou nálepku. Kritickou situací pro rodinu je období po propuštění z psychiatrické léčebny, kdy nejrůznější děje a zásahy v rodině mají rozhodující význam na pacientovu resocializaci. Někdy dochází k tlaku na rehospitalizaci, kdy může jít o strach rodiny z nekontrolovatelnosti pacientova chování, který je závislý na rodinných zkušenostech. Časté rehospitalizace bývají také u pacientů, k nimž má rodina hostilní postoj.<sup>119</sup>

Předstírání klade velký psychický tlak na předstírajícího, který je neustále plný úzkosti. Manželka pacienta psychiatrické léčebny: „Skrývání může začít být velmi nepohodlné. Aby zabránila tomu, že sousedi zjistí, v jaké nemocnici ležel její manžel (poté co jim sdělila, že manžel je v nemocnici kvůli podezření na rakovinu), musí paní běžet do svého bytu, aby vyzvedla poštu předtím, než to pro ni udělají sousedi, jak to dělali dříve. Musela zanechat přesnídávek v bufetu, kam dříve chodívala se sousedkami, aby se vyhnula jejich otázkám. Než dovolí návštěvě vstoupit do bytu, musí posbírat veškeré věci, z nichž by bylo možné určit nemocnici, a tak dále.“<sup>120</sup>

### 3.6 Sociální kontrola

Termín sociální kontrola pochází ze severoamerické sociologie, ale jednotlivými směry není pojímán stejně. Funkcionalismus považuje za sociální kontrolu za schopnost reagovat sankcemi na deviace nebo za schopnost zajistit účinnost norem a pravidel. Interakcionalismus pojímá sociální kontrolu jako tvorbu a aplikaci pravidel, v jejichž důsledku se akt jedince stane deviantním. Marxisticky orientovaný směr se zaměřuje na třídní podstatu sociální kontroly a její úlohu v potlačování jevů, které ohrožují podstatu kapitalistického systému.

---

<sup>119</sup> Srov. CHROMÝ, K. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*, s. 62-65.

<sup>120</sup> GOFFMAN, E. *Stigma*, s. 102.

Sociální kontrola je pak zaměřena na podporu norem daných vládnoucí menšinou. O sociálně kontrolní funkci psychiatrie se hovoří od 50. let, protože psychiatři v různých zemích a v různém rozsahu začínají určovat to, čemu se říká způsobilost k právním úkonům, možnost převýchovy pachatele, předpoklady pro výchovu dítěte, platnost závěti apod. Původním vymezením lékařské kontrolní funkce byl dohled nad správnou distribucí a výkonem role nemocného, současná pravomoc lékařů je mnohem širší. Může jít o kontrolu disciplinární, která je typická pro zdravotnictví totalitních komunistických států. Zde hojně sankční role nemocného, nepatrná volba možnosti lékaře a organizační a materiální stav zdravotnictví působily jako brzda kontaktu lidí se zdravotnickými zařízeními. Kontrola kooptační je uskutečňována na lidech převzatých do péče, kdy je sledováno procento pracovní neschopnosti jako jedno z kritérií kvality lékařské práce. Souvisí to s představou, že počet lidí vyřazených z pracovního procesu reguluje společnost. Zvláštní význam prohlubující se sociálně-kontrolní funkce psychiatrie je dán jejím extenzivní rozvojem.. V klinické činnosti pak vyvstává otázka závazků vůči pacientovi a společnosti. Pokud se lékaři zabývali převážně léčbou, bylo jasné, že hájí vždy pacientovy zájmy. Pokud je psychiatr pověřen sociálně-kontrolní činností, není úplně snadné určit pacientův zájem, který může být ztotožněn jen s jeho přáním.<sup>121</sup>

### 3.7 Společenská izolace

Neexistuje kultura, která by nereagovala na určité odlišnosti v lidském chování a řeči. Tito lidé nejsou pro společnost ani zločinci, ani kouzelníky, ale ani docela normální. „Šílenství v tom nejširším slova smyslu má své místo zde, v této sedimentační rovině kulturních fenoménů, kde začíná být negativně hodnoceno to, co bylo původně chápáno jako Odlišnost, Bezesmyslné, Ne-rozum. Začínají působit mravní významy, do hry zasahují obranná opatření a organizuje se celý rituál exkomunikace. Podle druhu kultury může být exkomunikace různého typu:

---

<sup>121</sup> Srov. CHROMÝ, K. Duševní nemoc. *Sociologický a sociálněpsychologický pohled*, s. 47-51.

separace zeměpisná, (jako je tomu v případě indonéských společenství, kde odlišný člověk žij osaměle, někdy i několik kilometrů od vesnice), separace tělesná (jako je tomu v naší společnosti, která používá internace) nebo separace virtuální (jako tomu bylo v Evropě na počátku 17. století). Tyto izolační techniky vytvářejí rámec, v němž je šílenství vnímáno.<sup>122</sup> Izolace byla v psychiatrii dlouhá léta součástí léčebného postupu, kdy psychiatrické léčebny poskytovaly nemocným léčbu daleko od ostatních. Izolace však stigma posiluje.

## **Shrnutí**

Duševně nemocní se v kontaktu s ostatními lidmi střetávají se strachem a předsudky, které se mnohdy zakládají na nepochopení problematiky duševních nemocí. Hovorová řeč používá pro vystižení duševních poruch termínů a pojmů, které se liší od odborných jak po stránce obsahové, tak i po formální. Je nutné počítat i s odlišným hodnocením závažnosti psychických poruch ze strany laické veřejnosti, která hodnotí především podle vnějších znaků. K tomu přispívá i atraktivita psychiatrické tematiky, která je pro novináře sice výhodná, ale může být snadno zneužita. Sdělovací prostředky by mohly být nástrojem komunikace a být prostředníkem mezi oběma oblastmi, odbornou i laickou. Stigma může být překážkou přístupu k bydlení a zaměstnání. Časté pobyty v psychiatrických léčebnách mnohdy znehodnotí sociální kompetence a dříve vybudované vazby. Strach ze stigmatizace může těmto lidem bránit i ve vyhledání pomoci. V této rovině je stigma úzce spojeno s termínem sociálního vyloučení.

---

<sup>122</sup> FOUCAULT, M. *Psychologie a duševní nemoc*, s. 73-74.



## 4 Destigmatizace

Ve čtvrté části bych chtěla nastínit, jak lze přispět k odstranění stigmatu. Cílem destigmatizace je změnit stereotyp člověka trpícího duševní poruchou tak, aby nebyl společensky vyčleňován. Přiblížila jsem nutnost humanizace psychiatrie a aspekty sociální psychiatrie. Popsala jsem podmínky reformy současné psychiatrie. Dále jsem se zaměřila na spolupráci s rodinou, kterou považuji za nedílnou součást péče o duševně nemocné. Uvedla jsem příklady zahraničních zkušeností s alternativními systémy péče. Poslední část jsem věnovala významu komunitní péče, se zaměřením na sociálně rehabilitační programy.

### 4.1 Osvěta

Stigmatizaci se dá bránit zvyšováním informovanosti veřejnými akcemi<sup>123</sup> nebo prostřednictvím medií<sup>124</sup>, případně integrací prostřednictvím tréninkových pracovišť. Nejúspěšnější jsou kampaně, jejichž cílem je oslovit širokou veřejnost, učitele na základních školách a praktické lékaře. Ti všichni můžou rozpoznat duševní problém a dotyčného někam doporučit.<sup>125</sup>

V naší republice se zaměřuje na destigmatizační kampaň mnoha duševních onemocnění projekt Změna, který byl v roce 2004 vyústěním snahy změnit situaci stigmatizace u duševních poruch v České republice. Je realizován pod

---

<sup>123</sup> přednášky, vystoupení

<sup>124</sup> reklama, film, články

<sup>125</sup> JAROLÍMEK, M. Je bláznivé být odlišný? *Esprit*, 2002, č. 11, s. 4-5.

hlavičkou Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví a Nadace Academia Medica Pragensis, ve spolupráci s uživateli.<sup>126</sup>

Švédská královna Sylvie k vyhlášení roku 2001 Rokem duševního zdraví: „Duševní nepohoda a duševní porucha je výrazným utrpením a břemenem pro pacienty, jejich rodiny, děti, příbuzné a přátele, ale i pro společnost, která je postižena jako celek. Je nutné prolomit prostředí ticha a strachu, ve kterém se lidé chovají tak, jak se chovají v ostatních situacích vzbuzujících obavy, tedy vyhýbají se psychiatrickým pacientům, bojují s nimi, nebo si z nich dělají legraci. Ke změně by se mělo dojít výukou, odpovědnou informovaností, osvětou. Světová zdravotnická organizace, která spolupracuje s mnoha organizacemi, společenskými seskupeními, náboženskými skupinami, jedinci a rodinami, si dala za úkol, že pomůže rozšířit vědomosti, zpochybnit stigmata, zmírnit diskriminaci, humanizovat psychiatrické služby a zplnohodnotnit pacienty ve společnosti na celém světě.“<sup>127</sup>

## 4.2 Humanizace psychiatrie

Humanizace psychiatrie je velmi závislá na všeobecné a trvale existující ochotě akceptovat odlišného člověka. V podvědomí veřejnosti je hluboce zakořeněná představa, že psychiatrie vlastní prostředky, jak z nesourodých jedinců vytvořit přijatelný průměr. Člověk je výrazně sociální bytost, jen ve spolupráci s druhými je schopen uspokojit své základní biologické potřeby. Tím je podtržen význam ryze lidských potřeb: bezpečí, lásky, akceptace, potřeb psychosociálních. Prostřednictvím utváření vztahů k jiným lidem, je člověk začleňován do určitého

---

<sup>126</sup>Srov. Projekt změna. Dostupné na WWW : <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-uvod.html>

<sup>127</sup> MALÁ, E. Pavlovský, P. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, s. 10.

lidského společenství. Normy společnosti, ve které žijeme se člověk učí plnit od narození prostřednictvím souhlasu či nesouhlasu okolí<sup>128</sup>. Psychické vývojové změny probíhají v závislosti na zrání a věku člověka, který má vždy určité biologické možnosti dotvářející rámec, ve kterém se postupně formuje osobnost. Pro schopnost plnit požadavky sociálního prostředí se užívá normativní pojem role, který vystihuje představu nutnosti plnit určité předpisy pro konkrétní životní situace a pozice, které člověk postupně zaujímá a které se naučil dávno předtím, než byl nucen je přijmout. Potřeba zaujímat určité role provází člověka celým životem v souvislosti s požadavky kladenými ostatními členy společnosti na jeho chování v určitých situacích. Na psychiatrických odděleních se o převzetí role nemocného s označeným jedincem často bojuje.<sup>129</sup>

Psychiatrické reformní hnutí začalo kritickým popisem nedůstojných podmínek života psychicky nemocných občanů. Napětí mezi tím, co je a tím, co by mělo být, vytvořilo politicky i veřejně účinnou reformní sílu. Část reformních cílů byla uznána za nerealistické, část byla uskutečněna. Každá reforma se ve svém poločase nachází v obzvláště labilním stavu. Díky příkladům z historie je patrné, že pokud nezměníme svůj přístup, budeme pravděpodobně následovat návrat na trochu zlepšenou pozici, ale rozhodně to nelze považovat za krok vpřed. Stará reforma mohla být úspěšná kvantitativním přiblížením cílů, ale nová by se měla nadchnout pro kvalitativní průlom ve smyslu řešení každého jednotlivého případu. Současně by měla probíhat ve smyslu radikálních strukturálních změn, které by se dotkly zúčastněných osob, zřizovatelů a poskytovatelů finančních zdrojů až tak, že by před ně postavila i otázku existence.<sup>130</sup>

---

<sup>128</sup> tzv. sociálního zrcadla

<sup>129</sup> Srov. STYX, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*, s. 10-17.

<sup>130</sup> Srov. CHAMBERLINGOVÁ, J. *Na vlastní pěst. Pacientem řízené alternativy systému psychiatrického zdravotnictví*, s. 210-211.

#### 4.2.1 Rušení psychiatrických léčeb

Všeobecné hnutí humanizace psychiatrie a vzrůstu významu lidského individua a jeho práv se odvíjelo od poukazování na nevyhovující etické i hmotné podmínky péče o duševně nemocné po druhé světové válce. Negativně byla vnímána i tendence institucionalizace problému pacienta. Bylo poukazováno i na to, že bez návazných služeb má medicínská péče pouze omezený dosah. Vznikala snaha poskytovat péči respektující všechny potřeby pacienta vyplývající z jeho nemoci, s maximálním respektem k běžným podmínkám života.<sup>131</sup>

Po druhé světové válce byla v USA místo ústavů vytvořena komunitní centra. Velké ústavy dostávaly stále méně peněz, takže byly nuceny propouštět pacienty. To způsobilo v krátké době velký nárůst bezdomovectví. Před padesáti lety bylo ve velkých psychiatrických ústavech asi půl milionu psychiatrických lůžek, dnes je jich asi 45 tisíc. Mezi bezdomovci je asi 200 tisíc duševně nemocných, ve vězeních také asi 200 tisíc, mnoho jich žije doma a neléčí se.

Ve Velké Británii je bezdomovectví obrovské. Převládá názor, že duševně nemocní jsou svobodnější na ulici. Zde se o ně starají ambulantní týmy, které pomáhají se zvládnutím péče o sebe. Asi od sedmdesátých let vznikají zařízení jako př. Hostel pro 24 hodinovou péči s pomocí zdravotnického personálu.

Ve Švédsku vedlo uzavření ústavů k velkému nárůstu bezdomovectví a současně i kriminality duševně nemocných bezdomovců. Ti se pak dostávají do různých vězeňských zařízení nebo na uzavřená oddělení. V současné době s ohledem na svobodu pacientů chtějí rušit i tato uzavřená oddělení, což může vést k návratu duševně nemocných opět na ulici.<sup>132</sup>

V rámci projektu The team for the Assessment of Psychiatric Services z let 1985-1988 v Německu, kdy byli sledováni po propuštění dlouhodobí pacienti,<sup>133</sup> byly zjištěny zajímavé výsledky. Nezvýšila se úmrtnost ani sebevražednost,

---

<sup>131</sup> Srov. HÖSCHL, C. LIBIGER, J. ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*, s. 638.

<sup>132</sup> Srov. GABRIEL, J. Duševně nemocní „neklíčí“. *Esprit*, 2009, č. 1, s. 12.

<sup>133</sup> hospitalizace delší než jeden rok

bezdomevctví bylo minimální, kriminalita se objevila u 2% pacientů. Rehospitalizace nastala u 38% pacientů, z nichž třetina zůstala v nemocnici déle než rok. Přímé finanční náklady na komunitní péči nepřevyšovaly původní náklady na péči v léčebně.<sup>134</sup>

Odpůrci psychiatrických ústavů se obrátili proti totální instituci a požadovali uzavření mnohých ústavních struktur. Psychiatrické ústavy nemají jen funkci restriktivní obranou, ale i své nutné věcné funkce. Určitě není pochybnosti tom, že útlak a obrana by měly být odstraněny. U obrany je třeba zvážit, zda není lepší bez určitých okolností dát přednost nevýhodám institučně vynucených mezí před chaosem těch, kteří pomáhají. Léčba osvobozená od nátlaku má hranice, které často i sami pacienti nahlízejí a přijímají. Jako nátlakový bývá označován postup při medikaci, kurtování k posteli nebo nedobrovolný pobyt na uzavřeném oddělení. Velmi důležitý je ale celkový postoj k pacientovi, proti jehož vlastnímu vnitřnímu útlaku bychom neměli bojovat, ale měli bychom ho respektovat. To by nám mělo pomoci při rozlišování mezi zbytečným a nutným násilím.<sup>135</sup>

Naše myšlenkové tradice způsobují, že málo věříme jednotlivým lidem a myslíme na „zařízení“. Ze zkušenosti víme, že většina chronických pacientů nepotřebuje žádná tréninková zařízení, protože mají stejné potřeby jako my všichni. Chtějí a často i mohou žít samostatně, potřebují práci nebo jinou smysluplnou činnost. Bylo by žádoucí, aby každá léčebna a sociálně-psychiatrická služba vyčlenila jednoho pracovníka, který by se specializoval na využívání mechanismů trhu s byty. Mohl by tak zajišťovat dostatek vhodných bytů, pomáhat se zařizováním a následně organizovat supervizi v již fungujícím chráněném bydlení. Dále by bylo vhodné uvolnit dalšího pracovníka na hledání a vytváření pracovních příležitostí s tím, že bude odhalovat okrajové zóny pracovního trhu, aby mohly být dány k dispozici i chronickým pacientům bez ohledu na to, zda se

---

<sup>134</sup> Srov. FRANZ, M., MEYER, T., EHLERS, F., GALLHOFER, B. Schizophrenic patients, who still live in psychiatric hospitals despite decades of institutionalization. Part of the Deinstitutionalisation Study, *Psychiatr Prax*, 2002, 29(5), s. 245-250.

<sup>135</sup> Srov. MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*, s. 120-124.

jedná o klasický pracovní poměr nebo sociálně smysluplnou pomocnou práci<sup>136</sup>  
V rozporu s naším přáním nechtějí mnozí chroničtí pacienti trénovat  
v rehabilitačních zařízeních. Dávají přednost tomu, že budou prostě pracovat s  
těmi schopnostmi, které aktuálně mají k dispozici. V Německu již existuje celá  
řada aktivit, které nenahrazují dílny pro lidi s postižením, ale představují nutný  
doplňek pro pacienty, kteří jsou schopni pracovat jen v podmínkách pro ně  
upravených a nemají šanci uplatnění ve stále ostřejších podmínkách běžného  
pracovního trhu.<sup>137</sup>

Je třeba se obracet k lidem, které nyní izolujeme, k problémovým příbuzným  
i známým. Systém psychiatrické péče se vyvinul právě z toho, že tímto  
problémem nechtějí mít lidé nic společného. Důležitá je podpora zakládání  
krizových center, azylových domů a skupinového bydlení ve svém okolí. Měli  
bychom do svého společenství přijmout i takové lidi, kteří zřejmě vždycky budou  
odlišní a trochu divní.<sup>138</sup>

### 4.3 Sociální psychiatrie

Pojem sociální psychiatrie poprvé použil v roce 1917 E. E. Southard ve své  
monografii *Mental Hygiene*. Pole působnosti a náplň činností oboru sociální  
psychiatrie nebyl od počátku zcela zřejmý. Sociální psychiatrie se snaží  
postihnout léčbu v mnohem širším spektru než jen medikamentózní formou tak,  
jak to činí klasická psychiatrie. K rozkvětu sociální psychiatrie došlo ve druhé  
polovině 20. století, kdy dochází k zdůraznění interdisciplinárního  
multikauzálního přístupu k problematice duševního zdraví a duševních poruch.<sup>139</sup>

Sociální psychiatrie se zabývá sociálními a kulturními faktory, které se  
vztahují k duševnímu zdraví a poruchám. Shromažďuje epidemiologické údaje

---

<sup>136</sup> př. shromažďování vozíků v supermarketu

<sup>137</sup> Srov. DORNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*, s. 271-275.

<sup>138</sup> Srov. CHAMBERLINGOVÁ, J. *Na vlastní pěst. Pacientem řízené alternativy systému  
psychiatrického zdravotnictví*, s. 210-211.

<sup>139</sup> Srov. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 503.

o psychiatrické nemocnosti obyvatelstva, koncepce a realizace programů v oblasti prevence poruch duševního zdraví a rehabilitace duševně nemocných. Týká se i vztahu nemocných k jejich příbuzným i k profesionálním pracovníkům v psychiatrii. Psychiatrická sociologie přistupuje k duševním poruchám jako k sociálním fenoménům a klade důraz na sociální proměnné. Používá statistických metod ke zkoumání aspektů duševních poruch. Sociální psychiatrie je členěna na explikační a akční část. Explikační část shromažďuje poznatky o sociální podmíněnosti některých aspektů duševních chorob a jejich následcích. Akční část sociální psychiatrie směřuje k prosazování veřejné odpovědnosti za vytváření podmínek pro upevňování duševního zdraví obyvatel. Iniciuje vznik optimální sítě systému komunitní psychiatrické péče. Psychiatrická epidemiologie se zabývá výskytem psychických onemocnění v prostoru a čase.<sup>140</sup>

Sociální psychiatrie má úzký vztah k duševní hygieně, chápe ji jako preventivní složku boje s psychickým onemocněním a zabývá se mimo jiné otázkou rehabilitace v psychiatrii. V rámci sociální psychiatrie jsou zahrnuty tyto typy psychiatrické péče: stacionární, ambulantní a komplementární.

*Péče stacionární* je poskytována v rámci jednotlivých léčení a právě tento typ léčby a terapie pacientů probíhá během jejich hospitalizace. Součástí stacionární péče je i rehabilitace.

*V ambulantním pojetí léčby* pacient žije svůj život ve stávajícím prostředí, do jeho života nezasahuje dlouhodobá hospitalizace. Při ambulantní péči je pacientův zdravotní stav přeshetřován, tak aby bylo možno upravovat medicínská a sociální opatření. Velmi důležité je vést nemocné k tomu, aby v době akutních projevů duševní poruchy sami neřešili zásadní záležitosti svého života<sup>141</sup>, ale odložili je až na pozdější dobu. Lze tak předcházet vzniku velmi nepříjemných životních situací.

Třetí složkou sociální psychiatrie je *komplementární psychiatrická péče*. Naplňují ji především nelékařská zařízení. Všechna tato zařízení vykazují zájem o to, aby

---

<sup>140</sup> Srov. SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 21-23.

<sup>141</sup> př. rozvod, změna bydliště, zaměstnání

o psychicky nemocného bylo postaráno komplexně. Duševně nemocný má díky př. chráněným dílnám náplň činností pro běžný den. Je mu dodáván pocit potřebnosti a prospěšnosti svému okolí, což má určitě kladný význam pro další průběh jeho nemoci. V neposlední řadě pozitivně působí proti syndromu sociálního vyloučení, kterým jsou duševně nemocní ohroženi, protože pohled většinové, zdravé společnosti na ně je často plný předsudků, obav a nepochopení.<sup>142</sup>

#### 4.3.1 Socioterapie

Smyslem socioterapie je upozorňovat na zacházení s pravidly a normami, povinnostmi a svobodou, individualitou a sociálním kontextem. Při zacházení se sociálním kontextem je vždy nejdůležitější skupina blízkých. Socioterapie by měla být základem terapeutického jednání v psychiatrických zařízeních, omezuje globální nároky medicíny a psychoterapie. V psychoterapii se má odehrávat učení bez nátlaku sociálních norem, jistým způsobem člověka osvobozuje od požadavků skutečnosti. I proto by psychoterapie a medicína měly tvořit pouze zlomek jednání v psychiatrických zařízeních. Členové ošetřujícího personálu by se tedy měli na socioterapii podílet a podporovat tak normální, všední zdravé a na nemoc nevázané stránky individua. Cílem veškerého snažení by mělo být, aby pacient mohl zkusit svou schopnost jednat v sociálním a politickém prostoru. Měl by mít možnost vyzkoušet si, které oblasti jsou pro něj jako nemocného skutečnou překážkou, případně, kde z nich překážku dělá sám. Pacient by měl mít prostor si otestovat, že sám má vliv na pravidla a současně získat zkušenost, že je schopen přebírat různé funkce, které je schopen i opustit. Zde se objevuje otázka moci: Nechat druhému jeho sílu a důstojnost, aniž bychom negovali jeho bezmocnost?

---

<sup>142</sup> Srov. RADIMSKÝ, M. a kol. *Psychiatrie 2*, s. 116-128.



Důležité je ovlivnit i malé detaily tam, kde cítíme tabu, útlak a nutkavost. Nepřijímat sociální nerovnosti jako osudové.<sup>143</sup>

#### 4.4 Reforma současné psychiatrie

Předpoklad dnešní reformy z celosvětového pohledu je založen na sdružování příbuzných a také duševně nemocných do svépomocných iniciativ na komunální i státní úrovni. Jen tak se jim podaří prosazovat své zájmy. Zkušenosti posledních dvaceti let odůvodňují dosažitelnost nového cíle, a to, že téměř každý psychicky nemocný člověk může bydlet ve vlastním bytě a mít práci. To napomůže ke splnění normy komunitní psychiatrie. Vzhledem k tomu, že nová reforma spočívá především v radikálních strukturálních změnách, neměli by partnery do budoucna být jen sociální odborníci, ale i finanční experti. Ve spolupráci s nimi je třeba vyčíslit, proč se vyplatí pro méně nemocné vydávat méně peněz, ale pro nejméně oblíbené nemocné většinu. Současně i fakt, proč se vyplatí v dlouhodobém časovém horizontu, reforma psychiatrie uskutečněná až do konce.<sup>144</sup>

#### *Proces transformace v ČR*

V porovnání s vyspělými evropskými státy je naše péče o osoby s duševními poruchami méně rozvinuta. Preferuje se lůžková péče, nedochází ke zvyšování lůžek v psychiatrických oddělení nemocnic na úkor lůžek v psychiatrických léčebnách, pomalu se rozvíjí intermediární péče. Percentuální podíl finančních výdajů na psychiatrii je u nás nižší než v Evropě.

Od r. 2001 je schválena vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví nová Koncepce oboru psychiatrie, která hovoří o transformaci psychiatrické péče. Podstatné body této koncepce jsou:

---

<sup>143</sup> Srov. DORNER, K. PLOG, U. *Bláznit je lidské*, s. 293-300.

<sup>144</sup> Srov. tamtéž, s. 265-268.

- Prosazovat funkční propojení všech složek péče o osoby s duševními poruchami a spolupráci se sociálními službami.
- Zřizovat plánovitě nové služby podle schválené koncepce s převáděním akutní lůžkové psychiatrické péče do psychiatrických oddělení nemocnic, s důrazem na budování ambulantních a intermediárních služeb (denní sanatoria, krizová centra, chráněná pracoviště, chráněné bydlení, kluby).
- Vyvolat diskusi o legislativních otázkách v psychiatrii (přijetí do ústavní péče bez souhlasu nemocného a léčení bez souhlasu nemocného, způsobilost k právním úkonům, předávání do jiné zdravotnické péče).
- Dále propracovávat standardy psychiatrické péče.
- Vytvořit systém a nástroje pro hodnocení kvality psychiatrické péče.
- Zlepšit stavební, technické a hygienické podmínky v psychiatrických léčebnách a to zvláště na odděleních geriatrických a na odděleních uzavřených.<sup>145</sup>

Požadovaná transformace vážne, vznikají sice regionální sítě propojených služeb, ale tempo jejich vzniku je dosud pomalé, nemá systémovou ani finanční oporu. Vzdělávání pro komunitní péči nebylo ještě zařazeno do vzdělávacího systému. Nedošlo ani k proměně psychiatrie jako oboru, nedochází k navrhovaným změnám restrukturalizace lůžkového fondu psychiatrických zařízení, i když na potřebnost změn poukazuje mnoho domácích vypracovaných dokumentů a studií.<sup>146</sup>

Z výsledků studie Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví a agentury STEM/MARK vyplynulo, že přijetí transformačních snah psychiatrickou veřejností je spíše deklarované než skutečné. Moderní prvky směřující k vyšší samostatnosti a sebedůvěře pacientů uvnitř psychiatrické obce aktivně podporují

---

<sup>145</sup> Srov. Koncepce oboru psychiatrie 2001. Dostupné na WWW:  
[http://vida.partnerprozdravi.cz/User\\_data/Media/Original/VIDA/Koncepceoboropsychie.doc](http://vida.partnerprozdravi.cz/User_data/Media/Original/VIDA/Koncepceoboropsychie.doc)

<sup>146</sup> Srov. Koncepce oboru psychiatrie 2001. Koncepční východiska k systému péče o lidi s psychiatrickým onemocněním Dostupné na WWW:  
[http://vida.partnerprozdravi.cz/User\\_data/Media/Original/VIDA/Koncepceoboropsychie.doc](http://vida.partnerprozdravi.cz/User_data/Media/Original/VIDA/Koncepceoboropsychie.doc)

spíše jednotlivci. Většina tyto změny pouze pasivně chápe a přijímá do okamžiku, než začnou vyžadovat konkrétní kroky, i komplikace a zátěž.<sup>147</sup>

Síť poskytovatelů komunitní péče je nedostatečná a jejich provoz naráží na legislativní, koncepční a v neposlední řadě i finanční nepřipravenost celého systému zdravotní a sociální péče. Prakticky zcela chybí terapeutické komunitní služby jako domácí léčba a domácí péče.

#### 4.5 Spolupráce s rodinou

Po propuknutí duševní poruchy se jako typická reakce rodiny popisuje tzv. dvoufázová nálepkovaná reakce. Nejprve rodina zesílí svůj kontakt s nemocným, snaží se všemi možnými dostupnými prostředky jeho chování „normalizovat“. Když se toto nepodaří, nebo ohrožuje-li nemocný svým chováním podstatné hodnoty rodiny, rodina kontakty s ním omezuje, případně ho svěří do péče psychiatrické léčebny. Prováděné výzkumy prokázaly, že pro pacienta je příznivé, když si rodina myslí, že jeho porucha vznikla působením faktorů zvenčí<sup>148</sup>. Rodina je pak schopna pacienta podporovat. Jestliže si rodina myslí, že duševní porucha propukla jako výraz vnitřních procesů, probíhajících v jeho mysli, případně jako důsledek jeho stálých povahových vlastností, je pak rodinou často odmítán. Rodinné reakce nemají žádný vztah k typu choroby. Vylučovací reakce rodiny je častější u dlouhodobého přetrvávání psychické poruchy a při trvalém soužití s nemocným v jednom bytě. Proto je žádoucí ovlivňovat rodinu pacienta během hospitalizace i po ní. Je nutné snižovat úzkost rodiny, vzbuzovat naději na uzdravu<sup>149</sup> i tlumit někdy příliš intenzivní vliv rodiny na nemocného.<sup>150</sup>

---

<sup>147</sup> Srov. Dostupné na WWW : [http://www.cmhcd.cz/dokumenty/STEMMARKBariery\\_psychiatrie\\_zaverecna\\_zprava%20\(2\).pdf](http://www.cmhcd.cz/dokumenty/STEMMARKBariery_psychiatrie_zaverecna_zprava%20(2).pdf)

<sup>148</sup> pracovní přetížení, ztráta blízké osoby

<sup>149</sup> Zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu života, hluboce osobní proces změny přístupu hodnot , pocitů, cílů a rolí člověka. Znamená žití spokojeného a přínosného života navzdory omezením způsobených nemocí.

Rodina může ovlivnit průběh duševní nemoci poměrně zásadním způsobem. Dle výzkumů může zapojení rodiny do léčby snížit výskyt relapsů až o dvacet procent. Jedním z nejlepších způsobů, jak zlepšit spolupráci mezi nemocnými, jejich příbuznými a psychiatry, je poskytnutí dostatečného množství informací. Během rodinných psychoedukačních programů se rodiny od odborníka dozvídají klíčové informace o nemoci, prognóze a léčbě. Sami rodinní příslušníci identifikují komunikační zlovyky, které mohou průběh onemocnění zhoršovat, trénují vhodnější komunikaci.<sup>151</sup>

Deprese člověka vylučuje z lidské společnosti, jeho svět a svoboda jsou zúženy na minimum. Stává se nepřístupným a uzavřeným, ztrácí zájem o lidi i věci, je těžkopádný, zpomalený. Lituje minulosti, popírá budoucnost, anticipuje svůj zánik, znehodnocuje svůj život. Někteří nemocní dokáží celé měsíce naříkat a stěžovat si na svůj stav, odmítají pomoc, nevidí sebemenší pokroky v léčbě. Okolí depresivního pacienta popuzuje jeho „neochota“ a ztráta vůle. Cítí se ohroženo „nakažlivostí“ jeho pesimizmu a nihilizmu. Pobídky ke vzchopení se, mobilizaci sil nebo rozveselení se mívají účinkem, eventuálně situaci ještě zhoršují. Nemocný signalizuje, že úsilí všech okolo je zbytečné. Následkem toho se stává, že se časem okolí od nemocného odklání a jeho izolace se ještě stupňuje. „Vnitřní svět druhého člověka můžeme poznat hlavně tak, že on nám ho popíše svými slovy. Slova na jedné straně dorozumívání velmi usnadňují, na druhé straně však mohou přispívat i k nedorozumění.“<sup>152</sup> Není tedy vhodné předpokládat, že slova mají pro druhého stejný význam jako pro nás. Př. Lidé se schizofrenií mohou používat slova, která se druhým zdají nesmyslná. Pro ně samotné je však to, co vidí nebo slyší, naprosto reálné a nezáleží na tom, že druhým to může připadat zcela neuvěřitelné nebo nereálné. Jakmile jim nerozumíme, měli bychom se snažit komunikovat jinak. Svůj zájem můžeme projevit i bez použití slovo-posloucháním hudby, díváním se společně na televizi nebo jen svou přítomností. Na varovné příznaky mohou rodinní příslušníci zareagovat tím, že si budou

---

<sup>150</sup> Srov. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*, 106-8.

<sup>151</sup> Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Léčíme se s psychózou*, s. 60-65.

<sup>152</sup> Srov. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*, s.33.

obzvlášť dávat pozor na to, aby se vyhnuli kritice a nepřátelství. Je třeba velké trpělivosti a snahy neustále se snažit porozumět a být podporou těm, kteří vzhledem ke svému omezení nemocí, potřebují zázemí fungujících rodinných vztahů ke zvládnutí každodenního života.

Dle výzkumu, provedeného v letech 1996-2000 v Denním stacionáři LF UK, který byl zaměřen na chování příbuzných k duševně nemocným z jejich pohledu byla zjištěna následující fakta. Za negativní projevy příbuzných pacienti považovali hádky a nervozitu v domácím prostředí, kritizování, přísný dozor, ale také lhostejnost a nezáměr. Mezi pozitivně působící projevy zařadily ochotu pomoci a poradit, pochopení, optimismus a humor a zejména společně trávený čas. Důležitým zjištěním je také to, že závažnost symptomaticky při příjmu do psychiatrické léčebny ovlivňuje chování příbuzných při propuštění. Čím více příbuzný chápe projevy, tím je jeho chování ohleduplnější. Pacient je spoluvůrcem rodinné atmosféry, proto je třeba situace v rodině chápat v komplexních souvislostech, s ohledem i na ekonomické a sociální podmínky.<sup>153</sup>

„Před návratem pacienta do domácího prostředí by bylo dobré realisticky s rodinou naplánovat pacientovu budoucnost, naučit rodinu i pacienta rozpoznat známky hrozícího návratu obtíží, případně naučit rodinu tolerovat pacientovy projevy (které by jinak hrozily zmnožit negativní emoce v rodině a zvyšovaly by pravděpodobnost pacientova návratu do ústavního zařízení). Rodina by měla být trénována na rozpoznání stresu, který pacient špatně snáší a předcházet mu.“<sup>154</sup>

---

<sup>153</sup> BÖHMOVÁ, Z., ANDRÉ, I., ŠEFRÁNKOVÁ, V. O vplyve rodiny z pohľadu pacienta. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 2002, roč. 98, č. 4, s. 205-7.

<sup>154</sup> MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*, s. 108.

## 4.6 Zahraniční zkušenosti

### 4.6.1 Antipsychiatrie

Zvrat v americké psychiatrii od poloviny šedesátých let, kdy dochází k odklonu od psychoanalytických, psychodynamických a sociálně psychiatrických tendencí, přiblížil psychiatrii ostatní medicíně. I přesto se neustále objevují nové směry a hypotézy, které se pokoušejí znovu pozicemi psychiatrie otřást. K nim patřily i zastánci antipsychiatrie, která svého vrcholu dosáhla v teoriích psychiatra S. Sasze<sup>155</sup>. Některé antipsychiatrické principy převzala transpersonální psychiatrie, která se odvolává na filosofická stanoviska novoplatonismu, přijímá některá hlediska Freudova učení.

### 4.6.2 Vliv interpersonální psychologie

Transpersonální znamená přesahující vědomí osoby. Jde o proklamaci názoru, že v hlubinách duše člověka se nacházejí ideje a představy, které tam zůstaly od našich dávných předků i z dob, kdy člověk jako tvor ještě neexistoval. Při jistých procedurách v rámci psychoterapie nebo při intoxikaci LSD se v reminiscencích<sup>156</sup> člověka objevují představy z jeho dávné existence, př. jako prvoka z oceánu.<sup>157</sup>

„Základní předpoklad, jak zvládnout spirituální krize, vychází z poznatku, že ve stavech vysoce vybuzeného vědomí, kdy je archetypální nevědomí energetizováno a aktivizováno, vykoná psýcha svou práci zcela autonomně vlastním způsobem. V takovém stavu člověk nepotřebuje léčbu, nýbrž důvěrný a hluboký vztah s druhým člověkem, který se dokáže vcítit, umí dodat odvalu, ale

---

<sup>155</sup> Př. Sazs tvrdil, že schizofrenie je pouhý mýtus a výmysl psychiatrů, kteří se snaží ze společnosti vyloučit odchýlné a nepohodlné jedince.

<sup>156</sup> vzpomínání si

<sup>157</sup> Srov. VACEK, J. *Velké psychiatrické případy*, s. 445-448.

nevměšuje se.“<sup>158</sup> Archetypální vyšší Já je aktivizováno v intenzivním mezilidském vztahu a charakterizuje ho potřeba emočního rámce- partnera, bez něhož tento způsob obnovy nemůže postupovat. Při společném sezení se tak oživuje celá minulost od porodu až po současnost se všemi ranami, úzkostmi a zlostmi, což má léčivé důsledky na velmi hluboké úrovni. Pojem psychospirituální krize odděluje transformační krizi od psychických poruch. Je podporován svědectvím odlišných oborů, šamanismus je nejstarším světovým náboženstvím a nejstarším léčitelským uměním lidstva. Dráha šamanů začíná dramatickou epizodou změněného stavu vědomí, kterou považuje tradiční západní psychiatrie většinou za projev vážné duševní choroby. Tento stav zahrnuje vizionářské prožitky sestupu do podsvětí, nelidské mučení a zkoušky, po nichž obvykle následuje zážitek smrti, znovuzrození, vstupu do nebeských sfér. Je-li tato krize úspěšně překonána a zakončena, vyústí v uzdravení, zlepšení sociální aktivity a rozvinutí šamanských schopností. Po překonání iniciační krize je šaman schopen cílevědomě vstupovat do mimořádných stavů vědomí a zároveň tyto stavy vůlí zastavit. Mnozí z nich disponují takovými prostředky a schopnostmi, že dokážou podobné stavy navodit i u svých klientů a dosáhnout tak uzdravení a vyléčení emočních a psychosomatických poruch.<sup>159</sup>

Jednou z velkých překážek zabraňujících přijetí myšlenky spirituální krize je nekritické užívání konceptu nemoci pro všechny mimořádné stavy vědomí. Existuje bohatá psychoanalytická literatura, která se snaží vysvětlit různé psychotické stavy prostřednictvím psychologického mechanismu a zastává léčbu spíše pomocí psychoterapie než biologické terapie. C. C. Jung rozšířil model lidské osobnosti daleko nad hranice biografických dat a uvedl do psychiatrie transpersonální dimenze. Jeho pojmy jako kolektivní nevědomí, dynamika, ego a vyšší Já, představují základ moderního pojetí psychóz.<sup>160</sup>

---

<sup>158</sup> GROF, S. a CH. *Krize duchovního vývoje*, s. 88.

<sup>159</sup> Srov. tamtéž., s. 90-91.

<sup>160</sup> Srov. tamtéž., s. 241-242.

#### 4.6.3 Alternativní systémy

Projekt osvobození psychiatrických pacientů v New Yorku byl jednou z prvních svépomocných skupin sdružující duševně nemocné. Bývalí pacienti si vyměňovali zkušenosti z pobytů v různých typech psychiatrických zařízení. Postupně došli k závěru, že neexistuje způsob, jak reformovat současný nemocniční systém. Skupiny hnutí za osvobození pacientů věří, že nejhodnotnějším měřítkem pro rozhodnutí, zda je léčba účinná, je pacientův úsudek.<sup>161</sup>

„Alternativní systémy řízené pacienty mohou poskytovat služby bez demoralizujících důsledků autoritářské hierarchické struktury tradičního psychiatrického zdravotnictví. Pokud se pozornost zaměří na vzájemnou pomoc, propast mezi pacientem“ a „personálem“ zmizí. Tentýž člověk, který pomoc hledá, ji může i nabídnout. Lidé, kteří byli pacienty, vědí z vlastní zkušenosti, že účast a podpora (když byly k dispozici), byly účinnou pomocí, zatímco zacházení s nimi jako nesvéprávnými nikoliv. Dokonce i ve stavu tísně může být člověk nápomocen ostatním. Osoba zažívající extrémní bolest může mít potřebu pouze přijímat spíše než dávat, takovéto situace však mívají často jen relativně krátké trvání (i když špatné zacházení, časté v psychiatrických léčebnách, je může prodloužit). Být schopen přiblížit se k druhému člověku, dokonce i ve velmi špatném stavu, ukazuje osobě v tísně, že není nesvéprávná a bezcenná. Účast při rozhodování, i o tak základních věcech, jako co si dát k večeři, ukazuje člověku, že má nad svým životem jistou kontrolu, což mu dává dostatek důvěry, aby se podílel na významnějším rozhodování v rámci celé skupiny v záležitostech, jako jsou například finance nebo přijímání zaměstnanců.“<sup>162</sup>

V letech 1974-1975 existovalo ve Vancouveru centrum vytvořené zcela bez psychiatrického dozoru. Toto centrum se zaměřilo na lidi, kteří se ocitli

---

<sup>161</sup> Srov. CHAMBERLINGOVÁ, J. *Na vlastní pěst. Pacientem řízené alternativy systému psychiatrického zdravotnictví*, s. 76.

<sup>162</sup> Tamtéž, s. 21.



v intenzivních krizových situacích, byl stanoven maximální dvoutýdenní pobyt. Cílem centra bylo během tohoto pobytu napomoci člověku odhodlat se k dramatickým změnám v životě a současně nedopustit, aby docházelo k závislosti, již by mohl způsobit delší pobyt. Centrum bylo organizováno jako společenství, kde všichni členové personálu měli stejnou zodpovědnost za činnosti nutné pro fungování domu, nehierarchickým způsobem. Vancouverské centrum se lišilo od psychiatrických léčeben. Personál nabízel osobnější vztah k pacientům, není prezentován jako „experti“, ale jako lidé s vlastními pocity a problémy.<sup>163</sup>

Ústavní zařízení Diabasis založené v sedmdesátých letech v San Francisku bylo zřízeno pro jedince prožívající bouřlivé vizionářské zážitky, první epizody akutních psychóz. Bylo používáno pojetí nonlabeling (nenálepkující), kdy bylo od personálu vyžadováno, aby souhlasil s názorem, že tato dramatická životní hnutí nemají povahu nemoci. Personál se skládal z pracovníků schopných dobře rozlišovat mezi vnitřním smysluplným procesem a patologií. Vzhledem k tomu, že proces zahrnuje obrodu transpersonálního vyššího Já i obrazu sebe samého bylo nezbytné, aby se personál naučil reagovat na dotyčného se skutečnou péčí a láskyplným oceněním nových kvalit. Důležité bylo současně rozlišovat, co tvoří skutečnou podstatu člověka a co bylo navrženo nahodilými událostmi a výchovou. Mezi požadované vlastnosti personálu v Diabasis patřili: citlivá receptiva, respekt k člověku prožívajícímu zcela odlišný mentální stav, empatie a prožitek „být tam“ – v nějaké formě klientova světa. Tento personál vytvářel skutečně opravdovou komunitu, otevřenou každému, oddaně sloužící potřebám klientů. V takovém prostředí se i ten největší duševní zmatek během několika dnů rozplývá a vyjasní. Přístup v Diabasis byl založený na prohlášení, že žádní odborníci neexistují. Všichni přispívali svými vlohami a zkušenostmi, otevření novým objevům.<sup>164</sup>

Tyto neprofesionální alternativy jsou pozitivními příklady změn, které by mohly být učiněny pro duševně nemocné, aby mohli růst a měnit se. Alternativní

---

<sup>163</sup> Srov. CHAMBERLINGOVÁ, J. *Na vlastní pěst. Pacientem řízené alternativy systému psychiatrického zdravotnictví*, s. 139-146.

<sup>164</sup> Srov. GROF, S. a CH. *Krize duchovního vývoje*, s. 86-88.

system je vytvořen tak, aby vyhovoval potřebám lidí a mohl citlivě reagovat na jejich případné změny. Lidé nemohou být nuceni k účasti na alternativních programech. Pokud se klientovi nedostane pomoc, jakou očekával, může navrhnout změnu nebo vyhledat jiné zařízení.<sup>165</sup>

#### **4.7 Význam komunitní péče pro začlenění duševně nemocných**

Komunitní péče je systém terapie, pomoci a podpory, který je uspořádán tak, aby byl schopen pomoci lidem i s vážnějším psychickým onemocněním žít, co nejlépe podmínkám běžného života. Péče je poskytována profesionály co možná nejvíce přímo v komunitě. Komunita by měla vzít zodpovědnost a naplnit ji pomocí změny svých postojů. Používá se zde mnoho metod a přístupů známých z institucionální péče, které jsou modifikovány a specifikovány. Při plánování a konkrétnímu rozvoji systému regionální komunitní péče se naráží na konflikt mezi univerzalitou a specializací. Při plánování jakékoliv služby v oblasti péče o duševně nemocné je třeba hledat optimální kompromis mezi principy centralizace a decentralizace tak, aby nejlépe odpovídal konkrétním podmínkám daného místa.<sup>166</sup>

Komunitní systém je široký soubor služeb, programů a zařízení. Podpora duševně nemocných by měla vycházet z běžných zdrojů v komunitě<sup>167</sup> a ze specializovaných služeb<sup>168</sup>, včetně péče lůžkové. U nás se zatím nepodařilo komunitní péči rozvinout kvantitativně (dostupnost služeb jen ve větších městech) ani kvalitativně. Největším problémem je neprovázanost služeb a vážnoucí spolupráce mezi nimi. Do budoucna je třeba maximálně využít ambulantní psychiatrie a těsně spolupracujícího případového vedení, zajišťovaného psychiatrickými sestrami a sociálními pracovníky. Mělo by jít o základní prvek

---

<sup>165</sup> Srov. CHAMBERLINGOVÁ, J. *Na vlastní pěst. Pacientem řízené alternativy systému psychiatrického zdravotnictví*, s. 75.

<sup>166</sup> Srov. HÖSCHL, C. LIBIGER, J. ŠVESTKA, K. *Psychiatrie*, s. 637-8.

<sup>167</sup> rodina, přátelé, běžné služby obce

<sup>168</sup> ambulantní psychiatrie, specializované terénní týmy, případové vedení, denní stacionáře a krizová péče

péče, kdy tito můžou navazovat spolupráci v zájmu pacienta se sociálněrehabilitačními službami i s další zdravotní péčí.

Co brání posunout strukturu psychiatrické péče blíže k moderním trendům:

1. Motivace všech zainteresovaných ke změně, a to pacientů, poskytovatelů a plátců péče i politiků.
2. Zajištění zvýšených prostředků pro péči o duševně nemocné.
3. Dostatek odborně vzdělaného personálu. Chybí magisterské studijní programy v ošetrovatelství v psychiatrii a systematické postgraduální vzdělávání sociálních pracovníků pro práci s psychiatrickými klienty.
4. Dosažení systémových změn v organizaci a úhradách služeb.<sup>169</sup>

„Cílem destigmatizace je změnit stereotyp člověka trpícího duševní poruchou tak, aby nebyl společensky izolován ani sankcionován, aby se změnil postoj zaměstnavatele, rodiny, přátel, ale i zdravotníků. Z tohoto důvodu může k destigmatizaci přispět i to, že klient není dlouhodobě hospitalizován, ale využívá ambulantních služeb nebo dochází do denního stacionáře.“<sup>170</sup>

#### 4.7.1 Sociální a rehabilitační programy

Kvalitní péče o lidi s duševním onemocněním by měla být komplexní, to znamená propojená v oblasti biologické léčby, psychologické terapie a sociální práce. Jde o psychosociální rehabilitaci, která je zaměřena na dlouhodobou zdraví, spolu s maximalizací samostatnosti a fungování v sociálních rolích v komunitě. Léčba se zabývá především poškozením, odstraňuje symptomy

---

<sup>169</sup> Srov. PĚČ, O. Možnosti a meze změn struktury psychiatrické péče u nás. *Psychiatrie pro praxi*, 2008, ročník 9, č. 4, s. 155.

<sup>170</sup> PRAŠKO, J. *Stigmatizace u „psychogenních poruch“*. Dostupné na WWW [http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/Obsah\\_f.htm](http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/Obsah_f.htm)

nemoci. Rehabilitace působí na postižení a handicap, který v sobě zahrnuje sociální odpověď na postižení. Úzdava je proces, během kterého člověk dosahuje stavu, kdy může žít plnohodnotný a uspokojivý život i s vážným zdravotním postižením. Psychosociální rehabilitace je program, který je obecně zaměřen komunitně, protože většina lidí s duševním onemocněním chce žít raději v přirozených podmínkách. Určité množství pacientů ale dává přednost dlouhodobé hospitalizaci v psychiatrické léčebně, proto nelze z programu rehabilitace vynechat ani tyto klienty. V České republice jsou rehabilitační programy uskutečňovány většinou nestátními neziskovými organizacemi.<sup>171</sup>

Filosofie rehabilitace je přesvědčení a naděje, že každý člověk ať má sebevětší psychiatrické postižení, je schopen rozvíjet své dovednosti a osobnost, zlepšit kvalitu života. Rehabilitace se zaměřuje na rozvoj dovedností a získávání co největší nezávislosti. Rehabilitace pomáhá člověku s psychiatrickým postižením v jeho procesu uzdravy. Úzdava je osobní, jedinečný proces změny přístupu, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí člověka. Je to způsob, jak žít uspokojivý, nadějný a plnohodnotný život. Zahrnuje rozvoj nového smyslu a významu života i přes přetrvávající postižení.<sup>172</sup>

Příkladem rehabilitačního programu je ACT (asertivní komunitní léčba), který vznikl v sedmdesátých letech v USA. Jeho základním předpokladem je, že efektivní komunitní péče je komplexní a dlouhodobá. Taková péče může nahradit nebo zkrátit hospitalizaci a zvýšit kvalitu života klientů. Podpora se děje ve třech rovinách:

1. snížení biologické vulnerability (podávání psychotropních léků)
2. pomoc klientovi při posilování ochranných faktorů (sociální dovednosti, pracovní rehabilitace)

---

<sup>171</sup> Srov. VACHKOVÁ, L. Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné. *Psychiatrie pro praxi*, 2008, roč. 9, č.3, s. 130-133.

<sup>172</sup> ANTHONY, W.A. A Recovery- Oriented Service System: Setting some System Level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, roč. 24, č. 2, s. 159-168.

3. zeslabení enviromentálních stresorů (asistence při zajišťování základních potřeb, zajištění podpůrného pracovního a existenčního prostředí)

Základem modelu PACT je tým pro kontinuální léčbu, který je složený z profesionálů v oblasti duševního zdraví. Tým pracuje v komunitě, je mobilní a poskytuje většinu bio-psycho-sociálních intervencí, čímž je zajišťována kontinuita potřebné péče. Poskytované služby jsou vysoce přizpůsobeny jednotlivým klientům.<sup>173</sup>

*Komunitní péče zahrnuje koordinaci těchto zařízení:*

Sociální centra – centra denních služeb a aktivit

Chráněné bydlení

Chráněné pracoviště

Case management-případové vedení

Krizová centra

Svépomocné skupiny

Terénní práce

Domácí péče

Poradny

Psychoterapeutická pracoviště

Terapeutické komunity

Příkladem organizace poskytující psychiatrickou rehabilitaci je občanské sdružení Fokus. Toto sdružení pro péči o duševně nemocné je střešní organizací osmi Fokusů působících v České republice. Fokusy byly první organizace na poli

---

<sup>173</sup> Srov. TEST, M.A., KNOEDLER, W.H., ALLNESS, D.J., SENN, B.S., KAMESHINA, S., ROUNDS, L. Comprehensive community care for persons with schizophrenia through the programme of assertive community treatment (PACT). In: BRENNER H.D. et. al.: *Towards a comprehensive therapy for schizophrenia*, s. 167-174.

péče oduševní zdraví. Dohromady tvoří silnou, úzce spolupracující skupinu, která usiluje především o kvalitu služeb pro duševně nemocné a jejich další rozšíření.

Cílem Fokusu je pomoci lidem s duševním onemocněním žít plnohodnotný život ve společnosti. Za tímto účelem Fokus rozvíjí široký škálu služeb sociální a pracovní rehabilitace, které směřují k obnově sebedůvěry a praktických životních dovedností duševně nemocných.<sup>174</sup>

Jednou ze služeb poskytovaných Fokusem je Case management. Je to specifická metoda komunitní práce, která spočívá v koordinaci péče pro klienta jedním klíčovým pracovníkem. Case manager je klíčová osoba nejen pro klienta, ale pro celý systém poskytování péče, je koordinátorem práce týmu a zodpovídá za vytvoření, aktualizaci i provádění plánu péče. Case management je individuální péče, která vychází z klientových potřeb, nikoliv z existující nabídky služeb. Podpora je poskytována v terénu, atypicky nepreferuje využívání služeb pro duševně nemocné, ale snaží se o zapojování sociálního okolí klienta. Case management se může uplatnit na mnoha místech, kde selhávají z různých důvodů standardní modely péče.<sup>175</sup> Tato služba je uváděna jako prvek programu pro lidi dlouhodobě duševně nemocné v Koncepti oboru psychiatrie z roku 2001, pod názvem „případové vedení“. Nemá zatím však legislativní podklad ani v Zákoně o sociálních službách z roku 2007, kde je uváděna jen služba "osobní asistent", která nevystihuje náplň práce case managera, i když se jí alespoň blíží.

## **Shrnutí**

Stigmatizace je velmi negativní jev, který napomáhá k udržování člověka v sociální izolaci. Ke zlepšení by mohla napomoci lepší obeznámenost s významem duševního zdraví a vlivů duševních nemocí na zdraví, kvalitu života,

---

<sup>174</sup> Srov. Fokus – sdružení pro péči o duševně nemocné. Dostupné na WWW : <http://www.fokus-cr.cz/onas.htm>

<sup>175</sup> Srov. S TUCHLÍK, J. *Asertivní a komunitní léčba*, s. 26-31.

hospodářské a sociální zabezpečení, zařazení do společnosti a základní práva i na služby v oblasti duševního zdraví. Pomáhá především takové setkávání, kdy jedinec přestává být vnímán jen skrze svoje onemocnění, ale může prokázat svoje schopnosti a dovednosti.

Proti stigmatizaci rodinnými příslušníky se ukazuje jako vhodná jejich psychoedukace, která má významné výsledky pro příbuzné duševně nemocných, snižuje se riziko relapsů, redukuje se psychotické symptomy. Informovanost pomáhá lépe zacházet s člověkem s duševním onemocněním, příbuzní získávají větší vhléd do potíží. Významnou etickou zásadou moderní psychiatrie je dosažení co možná největší spolupráce pacienta a rodiny na rozhodnutích týkajících se léčení a péče.

Všeobecné hnutí humanizace psychiatrie a vzrůstu významu lidského individua a jeho práv souviselo s poukazováním na nevyhovující etické i hmotné podmínky péče. Vznikala snaha poskytovat péči respektující všechny potřeby pacienta vyplývající z jeho nemoci, s maximálním přihlédnutím k běžným podmínkám života. Z uváděných příkladů alternativních systémů ze zahraničí je patrné, že ani tento typ péče bez zdravotnických odborníků není ideální. Deinstitutionalizace navíc vedla k tomu, že velké množství náhle propuštěných a nepřipravených psychiatrických pacientů se dostalo mezi bezdomovce.

Duševně nemocní potřebují kontinuum péče od hospitalizace, která pomocí farmakoterapie a další léčby řeší chování, které je mimo kontrolu nemocného. Po propuštění z lůžkového zařízení se stává stěžejní psychosociální rehabilitace, péči o klienty návazně přebírají služby komunitní péče.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem práce je poukázat na etický rozměr přetrvávajících stereotypních představ společnosti vůči duševně nemocným. Na základě podkladů ze shromážděných zdrojů jsem se snažila poskytnout ucelený pohled na tuto problematiku.

Skupina lidí s duševním onemocněním je vymezena prostřednictvím diagnostických kategorií vytvořených v systému zdravotnictví. Zastánci psychiatrické rehabilitace zdůrazňují, že duševní nemoc se neprojevuje jen nějakým duševním defektem, či symptomy, ale je spojena se značnými sociálními limity a nezpůsobilostí pro určité činnosti. Dopady potíží duševně nemocných se ve velké míře ukazují v oblasti sociální a společenské: nezaměstnanost, bezdomovectví, sebevražednost, stigmatizace, společenská izolace. Problémy osob s duševním onemocněním nestačí řešit pouze na úrovni péče zdravotnické, ale je třeba zajistit pro ně další komplementární sociální služby. Jde o skupinu, o niž pečují dva systémy, které je nutno zkoordinovat. Jen tak lze poskytovat kvalitní péči.

Předsudky a negativní hodnocení okolní společnosti plyne především z nedostatečného povědomí o duševních poruchách a problémech, které s sebou přinášejí. Nevědomost vyvolává strach a čeho se bojíme, to pak můžeme ignorovat nebo napadat. Zásadní význam při odstraňování stigmatizace má podle mého názoru informovanost. Zde by mohla být velmi nápomocná média. Atraktivnost psychiatrické tematiky je sice pro novináře výhodná, ale může být snadno zneužita. Dochází tak k udržování stereotypního obrazu lidí s duševní poruchou, kteří jsou často popisováni jako násilníci. Veřejnost se tak jen velmi zřídka dozvídá z médií o tom, že i duševně nemocní se mohou úspěšně léčit a vést produktivní život. Současně by měla média informovat i o tom, jaká je skutečná prevalence násilí v populaci s duševním onemocněním, aby se veřejnost měla možnost dozvědět, že tito lidé představují relativně malé riziko. Příběhy lidí



s duševním onemocněním, kteří uspěli v životě mohou pomoci odstranit negativní stereotypy o duševně nemocných.

Nerovnoprávný přístup k duševně nemocným stále existuje, jako příklad slouží zjevné i skryté diskriminační praktiky při přijímání do zaměstnání, nedostatečná nebo neexistující terapie duševních poruch ve všeobecném zdravotnictví i omezený příjem finančních prostředků určených pro psychiatrická zařízení. Stigmatizace se stává také překážkou pro vytváření sociálních služeb v souvislosti s přetrvávajícím *stereotypem duševně nemocného*. Setkáváme se s názory, že duševně nemocní stejně nikdy nebudou pracovat, tedy je naprosto zbytečné vytvářet pro ně tréninková místa. Představa o duševní nemoci vzniká uvnitř společnosti, proto jsou etické problémy úzce spojeny se způsobem zacházení s duševně nemocnými. Považuji za nutné ještě více posilovat vnímání duševně nemocných jako jedinců. Současně také podporovat setkávání s nimi na veřejnosti, aby nedocházelo ke stigmatizaci. Překonání stigmatizace je těžký úkol, který však může usnadnit zavádění některých sociálních služeb.

V závěrečné kapitole jsem zmínila antipsychiatrické hnutí, které bylo prospěšné tím, že poukázalo na fakt, že duševní onemocnění není jen jakýsi biologický problém, který se dá vyřešit podáváním psychofarmak. Existují zde velmi významné psychologické a sociální aspekty, které je třeba respektovat. Veřejnost byla seznámena s nevyhovujícími hmotnými a etickými podmínkami péče v některých psychiatrických zařízeních. Tím byl nastartován postupný proces deinstitucionalizace psychiatrické péče. Díky těmto novým pohledům se i laická veřejnost začala zajímat o tuto problematiku.

Po propuštění z psychiatrické léčebny potřebuje nemocný pomoc a podporu při opětovném začleňování do běžného života, k tomu by měly být nápomocny služby následné péče. V posledním desetiletí zaznamenávají tyto služby velký vzestup, ale stále nejsou tak rozšířené, jak by pacienti potřebovali. Velký přínos vidím v propojení spolupráce všech zúčastněných odborníků na komunitní úrovni. Koordinace je náročným úkolem, protože poskytovatelé těchto služeb v obcích

jsou orgány státní a místní správy, nestátní neziskové organizace, zdravotní a sociální dobročinné agentury, soukromé organizace i spolky pacientů a rodin. Ne všichni poskytovatelé sledují péči stejné cíle, každá organizace má jinak nastavená etická pravidla pro poskytování svých služeb. Je velmi důležité neustále pracovat na vztazích a řízení sítě služeb v jednotlivých obcích tak, aby byla zajištěna co největší dosažitelnost těchto služeb v pokud možno nej hustší síti po celé republice. Tvorba politiky duševního zdraví by měla být součástí politiky zdravotní a sociální, důležité je i pokrytí všech úrovní, a to národní, krajské i místní.

Snažila jsem se hledat odpověď na otázku: Který z uvedených přístupů k duševně nemocným je z etického hlediska správný? Posuzovat člověka jen po jeho somatické stránce nebo se zabývat sociálním kontextem? Jednotlivé části mé práce ukázaly, že oddělování zmíněných oblastí při posuzování duševních nemocí je značně problematické. Vývoj psychiatrie se ubírá cestou biologizace oboru, mění se struktura poskytované péče. Je výrazná snaha snížit četnost hospitalizací, zkrátit jejich délku a zkvalitnit prostředí psychiatrických ústavů při zachování kontaktu s ostatními medicínskými obory. Za velmi důležité považuji zachování komplexního biopsychosociálního pohledu a zdůraznění humánního přístupu k duševně nemocným. Je třeba budovat ambulantní a intermediární zařízení, které by umožnily duševně nemocným žít co možná nejkvalitnější život v domácím prostředí. V tomto pojetí pak je nezbytná účast celé společnosti a přijetí veřejné odpovědnosti za úroveň zdravotně sociální péče o všechny osoby s duševními poruchami.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### *Monografické publikace*

BAUDIŠ, P., LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-104-1.

COAN, R.W. *Optimální osobnost a duševní zdraví. Hrdina, Umělec, mudrc nebo světec?* Praha : Grada, 1999. ISBN 80-7169-662-5.

COHEN, R.M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.

ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha : Grada avicenum, 1994. ISBN 80-7169-086-4.

DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*. Praha : Grada, 1996. ISBN 80-7169-628-5.

DUŠEK, K., CHROMÝ, K., MALÁ, E. *Psychiatrie*. Praha : Avicenum, 1981. ISBN 08-090-81.

DZÚROVÁ, D., SMOLOVÁ, E., DRAGOMIRECKÁ, E. *Duševní zdraví v sociodemografických souvislostech*. Praha : Univerzita Karlova, 2000. ISBN 80-238-6038-0.

FOUCAULT, M. *Psychologie a duševní nemoc*. Praha : Horizont, 1971. ISBN 40-007-71.

FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství: Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha : Nakladatelství Lidové noviny, 1994. ISBN 80-7106-085-2.

FRANKL, G. *Archeologie mysli*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-692

GOFFMAN, E. *Stigma (Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity)*. Praha : Slon, 2003. ISBN 80-86429-21-0.

GROF, S. a CH. *Krise duchovního vývoje*. Praha : Chvojko nakladatelství, 1999. ISBN 80-86183-09-2

HOLM, N.G. *Úvod do psychologie náboženství*. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-217-3.

HANZLÍČEK, L. *Biologické terapie psychóz*. Praha : Státní zdravotnické nakladatelství, 1959. ISBN neuvedeno.

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha : Tigris, 2002. ISBN 80-900130-1-5.

CHAMBERLINGOVÁ, J. *Na vlastní pěst, pacientem řízené alternativy systému psychiatrického zdravotnictví*. Praha 1999. ISBN 80-238-5532-8.

CHROMÝ, K. *Duševní nemoc Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. Praha : Avicenum, 1991. ISBN 80-201-0050.

CHROMÝ, K. *Sociologie duševních poruch*. Brno : ÚDV SZP, 1984. ISBN 57-864-84.

JANÍČEK, J., HÖSCHL, K. *Kde bydlí lidská duše*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-954-2.

JANÍK, A. *Veřejnost a duševně nemocný*. Praha : Avicenum, 1987. ISBN 08-073-87.

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha : Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha : Portál, 1980. ISBN 80-7178-429-X.

KOUKOLÍK, F., MOTLOVÁ, L. *Citový mozek*. Praha : Galén, 2006. ISBN 80-7262-404-0.

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha : Grada, 2008. ISBN 80-2472-138-5.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

MAREŠ, P. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Praha : Slon, 1998. ISBN 80-901424-9-4.

MATOUŠEK, O. a kol. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2. vydání. Praha : Slon, 1980 ISBN 80-85850-24-9.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-496-6.

MENTZOS, J. *Dynamika duševní nemoci*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-992-5.

PRAŠKO, J. a kol. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. Praha : Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2.

RABOCH, J., ZVOLSKÝ P. a kol. *Psychiatrie*, Praha : Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

RABOCH, J., ZRZAVECKÁ, I., DOUBEK, P. *Nemocná duše- nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. Praha : Galen, 2006. ISBN 80-7262-420-2.

RADIMSKÝ, M. a kol. *Psychiatrie I*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993. ISBN 80-7013-151-9.

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, M. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha : 2006. ISBN 80-7367-154-9.

STUHLÍK, J. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha : Fokus Books, 2002. ISBN neuvedeno.

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

TEST, M.A., KNOEDLER, W.H., ALLNESS, D.J., SENN, B.S., KAMESHINA, S., ROUNDS, L. Comprehensive community care for persons with schizophrenia through the programme of assertive community treatment (PACT). In: BRENNER, H.D. et. al.: *Towards a comprehensive therapy for schizophrenia*. Seattle : Hogrefe and Huber Publisher, 1997.

VACEK, J. *Velké psychiatrické případy*. Praha : Horáček- Paseka, 2001. ISBN 80-7185-351-8.

VENCOVSKÝ, E. *Čtení o psychiatrii*. Praha : Avicenum, 1983. ISBN 08- 067-83.

YOUNGSON, R.M. *O šílenství, podivínství a genialitě*. Praha : Portál, 200. ISBN 80-7178-401-X.

### ***Příspěvky v odborných časopisech***

ANTHONY, W.A. A Recovery- Oriented Service System: Setting some System Level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, ročník 24, č. 2, s. 159-168.

BÖHMOVÁ, Z., ANDRÉ, I., ŠEFRÁNKOVÁ, V. O vplyve rodiny z pohľadu pacienta. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 2002, ročník 98, č. 4, s. 205-207. ISSN 1805-6597.

GABRIEL, J. Duševně nemocní „nekřičí“. *Esprit*, 2009, ročník 13, č.1, s. 12-13. ISSN 1214-2123.

JAROLÍMEK, M. Je bláznivé být odlišný? *Esprit*, 2002, ročník 6, č.11, s. 4-5. ISSN 1214-2123.

PĚČ, O. Možnosti a meze změn struktury psychiatrické péče u nás *Psychiatrie pro praxi*, 2008, ročník 9, číslo 4. ISSN 1213-0508.

STUDIHRADOVÁ, A. Otevřeme už ty dveře. *Esprit*, 2006, roč. 10, č. 6-7, s. 10-11. ISSN 1214-2123.

VACHKOVÁ, L. Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné. *Psychiatrie pro praxi*, 2008, ročník 9, číslo 3, s. 130-133. ISSN 1213-0508.

### ***Slovníky:***

KÁBRT, J., KÁBRT, J. *Lexicon medicum*. Praha : Avicenum, 1988. ISBN 08-063-88.

VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 5. vydání. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-058-5.

**Internetové zdroje:**

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [online]. [cit 2009-01-08]. Dostupné na WWW:

<[http://www.cmhcd.cz/dokumenty/STEMMARKBariery\\_psychiatrie\\_zaverecna\\_zprava%20\(2\).pdf](http://www.cmhcd.cz/dokumenty/STEMMARKBariery_psychiatrie_zaverecna_zprava%20(2).pdf)>.

Fokus – sdružení pro péči o duševně nemocné [online]. [cit. 2009-01-03].

Dostupné na WWW :

<<http://www.epolis.cz/page.php?location=&menu=first&id=28&idNotion=9>>.

PRAŠKO, Ján. Stigmatizace u „psychogenních poruch“. *Psychiatrie* [online].

2001, roč. 5, č. 1, [cit 2009-02-18]. Dostupné na WWW :

<[http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/Obsah\\_f.htm](http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/Obsah_f.htm)>.

Koncepce psychiatrie 2001. *Vida* [online]. [cit 2009-04-01]. Dostupné na WWW

:<[http://vida.partnerprozdravi.cz/User\\_data/Media/Original/VIDA/Koncepceoboru\\_psychiatrie.doc](http://vida.partnerprozdravi.cz/User_data/Media/Original/VIDA/Koncepceoboru_psychiatrie.doc)>.

Sociální exkluze. *Polis* [online]. [cit. 2009-01-16]. Dostupné na WWW :

<<http://www.epolis.cz/page.php?location=&menu=first&id=28&idNotion=9>>.

Projekt změna. *Stopstigma* [online]. [cit. 2009-03-16]. Dostupné na WWW :

<<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-uvod.html>>.



## **SEZNAM ZKRATEK**

ČR- Česká republika

DALY- Disability-Adjusted Life Years (léta přežití korigovaná funkční poruchou- „neschopností“)

DSM- IV.- klasifikace nemocí Americké psychiatrické společnosti, 4. revize

WHO- World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

LF UK- Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

LSD- dietylamid kyseliny lysergové, lysergamid

MKN-10- 10. decennální revize Mezinárodní klasifikace nemocí

PACT- programme of assertive community treatment

USA- Spojené státy americké

## ABSTRAKT

CHODOROVÁ, A. *Stigmatizace duševně nemocných v současné společnosti.*

České Budějovice 2009. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra psychologie a sociologie.

Vedoucí práce PhDr. Ing. M. Lhotová, PhD.

**Klíčové pojmy:** duševní zdraví, duševní porucha, duševně nemocný, psychiatrie, stigmatizace, psychiatrická léčebna, nálepkování, destigmatizace, sociální psychiatrie, sociální rehabilitace.

Práce se zabývá problémem stigmatizace duševně nemocných v současné společnosti. Je vymezena skupina osob s duševním onemocněním na základě definování pojmů duševní zdraví a duševní porucha, jsou popsány dopady onemocnění na kvalitu života duševně nemocných. Dále je přiblížena historie péče o duševně nemocné a vývoj názorů společnosti na tuto skupinu. Je popsána problematika stereotypů v přístupu k duševně nemocným a poukázáno na závažnost dopadů stigmatizace na osobnost nemocného i jeho okolí. V poslední části jsou nastíněny možnosti, jak přispět k odstranění stigmatu, se zřetelem na využití zkušeností v oblasti péče o duševně nemocné v zahraničí.

Stigmatizaci duševně nemocných lze chápat jako označování a vylučování lidí ze společnosti na základě jejich onemocnění. „Značkování“ se týká jejich rodin a dokonce i profesionálů, kteří s nimi pracují. Cílem destigmatizace je změnit stereotyp člověka trpícího duševní poruchou tak, aby nebyl společností izolován, sankcionován ani podceňován.

## ABSTRACT

CHODOROVÁ, A

*Stigmatization of mentally ill in the present society.*

**Key words:** mental health, mental disorder, mentally ill, psychiatry, stigmatization, mental hospital, labeling, destigmatization, social psychiatry, social rehabilitation.

The work deals with the problem of stigma creation among mentally ill people in the contemporary society. A group of people with mental illness is determined by defining the terms of mental health and mental illness. The consequences of the illness on the quality of life are described. A history of mental health care and the development of the opinions on the group of mentally ill people are mentioned. The problems of stereotypical attitudes to mentally ill are dealt with, together with the importance of impact of stigmas on the personality of the mentally ill and their environment. In the last part the possibilities of shifting off the stigmas are eliminated, respecting the experience in the field of mental health care abroad.

Putting stigmas on mentally ill people can be understood as marking and eliminating people from the society on account of their illness. The “labeling” concerns their families and even professionals who work with them. The goal of destigmatization is the changing the stereotype of a person suffering of mental illness, so that he or she will be neither isolated, punished nor underestimated by the society.