Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Diplomová práce

ETICKÝ ROZMĚR DISKRIMINACE A STIGMATIZACE U LIDÍ S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM A VLIV SOCIÁLNÍ PRÁCE NA JEJICH MÍRNĚNÍ

Vedoucí práce: doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Autorka práce: Bc. Lucie Křistková

Studijní obor: Etika v sociální práci

Ročník: 2

Forma studia: Prezenční

2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

28. března 2018 ……..……

Bc. Lucie Křistková

Poděkování:

Velice děkuji vedoucímu práce doc. PhDr. Davidu Urbanovi, Ph.D. a konzultantovi práce Mgr. Miroslavu Škodovi za jejich čas, který mi věnovali, věcné připomínky a cenné rady.

Obsah

Úvod 7

1 Duševní zdraví a duševní porucha 9

1.1 Klasifikace duševních poruch 10

2 Co je psychóza? 11

2.1 Příčiny vzniku 12

2.2 Příznaky a projevy 13

2.3 Léčba 14

2.4 Jednotlivé typy psychóz 15

2.4.1 Schizofrenie 15

2.4.2 Schizoafektivní poruchy (poruchy nálad) 16

2.4.3 Schizotypální poruchy 17

2.4.4 Duševní poruchy s bludy 17

2.4.5 Akutní a přechodné psychotické poruchy 18

3 Etika při práci s lidmi s psychotickým onemocněním 19

3.1 Etika 19

3.2 Aplikace etiky v sociální práci 20

3.3 Profesní etické kodexy 22

3.3.1 Etický kodex sociálních pracovníků v ČR jako nástroj působící proti diskriminaci a stigmatizaci 23

3.4 Etická problematika v psychiatrii 24

3.4.1 Omezovací prostředky v psychiatrii 24

3.4.2 Přijetí do lůžkového psychiatrického zařízení bez souhlasu nemocného . 25

3.4.3 Aplikace psychofarmak bez souhlasu pacienta 26

3.4.4 Omezení svéprávnosti k právním úkonům 27

4 Diskriminace a stigmatizace u osob s psychotickým onemocněním a jejich etický rozměr 29

4.1 Diskriminace 29
4.2 Nejčastější oblasti diskriminace 30
4.2.1 Diskriminace v bydlení 30
4.2.2 Diskriminace v zaměstnání 31
4.2.3 Diskriminace prostřednictvím médií 33
4.2.4 Diskriminace v osobním životě: přátelství a intimní vztahy 34
4.3 Postoje společnosti k lidem s psychotickým onemocněním 36
4.4 Stigmatizace 39
4.4.1 Sebestigmatizace 41
4.4.2 Stigmtizace rodiny a postoje rodiny k psychotickému členu rodiny 42
4.5 Důsledky diskriminace a stigmatizace 44
4.6 Boj proti stigmatizaci (destigmatizace) a diskriminaci 45
4.7 Destigmatizační aktivity pořádané v České republice 48
4.8 Seznam nejdůležitějších mezinárodních dokumentů a právních norem zajišťujících ochranu před diskriminací 49
4.9 Etický rozměr 53
5 Specifické metody sociální práce ovlivňující diskriminaci a stigmatizaci u psychotických osob 56
5.1 Sociální práce 56
5.2 Specifika sociální práce s lidmi s psychotickým onemocněním 57
5.2.1 Komunitní péče 59
5.2.2 Case management 60
5.2.3 Koncept zotavení (recovery) 62
5.2.4 Psychiatrická rehabilitace 64
5.2.5 Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR 66
Diskuze 68
Závěr 71
Seznam použitých zdrojů 74

Seznam zkratek 79

Abstrakt 80

Abstract 81

Úvod

Toto téma diplomové práce jsem si vybrala z toho důvodu, protože pracuji s lidmi s duševním onemocněním, zejména s „psychotiky“. Toto téma je mi tedy velmi blízké. Zároveň z praxe vím, že se s problematikou diskriminace a stigmatizace naši klienti setkávají velmi často, protože duševní onemocnění jsou stále spojena s mnoha předsudky. I když se informovanost veřejnosti o duševních onemocněních v posledních letech zlepšila, stigma duševní nemoci a diskriminace s ní spojená bohužel stále přetrvávají. Proto jsem prostřednictvím této práce chtěla do již zmíněné problematiky proniknout hlouběji. Diskriminace nejrůznějších skupin lidí je dle mého názoru aktuální téma, o kterém se diskutuje a proti kterému se bojuje již řadu let.

Záměrem práce je poukázat na etický i právní rozměr této problematiky. Popisuji její současný stav a východiska. Hlavním cílem mé práce je zjistit, v jakých oblastech jsou lidé s psychotickým onemocněním nejčastěji diskriminováni a jak diskriminace i stigmatizace zasahují do lidských práv, v souvislosti s kvalitou života. Bohužel lidem s duševním onemocněním jsou často upírána práva, které my „zdraví“ lidé považujeme za samozřejmé. Zároveň psychiatrie je obor, jehož pomoc je paradoxně spojena s mnoha zásahy do lidských práv a lidské důstojnosti.

Dalším dílčím cílem mé práce je zjistit, jak může sociální práce přispět k mírnění diskriminace a stigmatizace u lidí s psychotickým onemocněním. Aby se o nich nemluvilo nepravdivě a bezdůvodně negativně, a zjistit, jak přispívá k zlepšování kvality života a začleňování duševně nemocných do majoritní zdravé společnosti.

Diplomová práce je teoretická a je složena z 5 kapitol. V první kapitole pro ujasnění stručně vysvětluji pojmy týkající se zdraví a nemoci. Považuji to za důležité z toho důvodu, protože se ve zbytku práce zabývám duševním onemocněním. V druhé kapitole vysvětluji, co je psychotické onemocnění. Popisuji vznik, příznaky a projevy, léčbu a stručně představuji i jednotlivé typy psychotických onemocnění. V třetí kapitole se zaměřuji na aplikaci etiky v sociální práci a na eticko-právní problematiku v psychiatrii. Čtvrtá kapitola pojímá specifika diskriminace a stigmatizace u osob s psychotickým onemocněním. Představuji nejčastější oblasti, ve kterých k diskriminaci dochází. Dále se zabývám dopady na duševně nemocného člověka, které diskriminace a stigmatizace způsobují. A v poslední kapitole představuji právní normy, které vedou

k předcházení diskriminace a mají zajistit ochranu práv lidí s duševním onemocněním. Na tuto problematiku nahlížím z etického hlediska. V poslední páté kapitole se zabývám specifiky sociální práce s lidmi s psychotickým onemocněním. Jak s psychotickými klienty pracovat a jak jim umět pomoci s jejich sebepojetím. Dále představuji metody, pomocí kterých sociální práce pomáhá klientům s psychotickým onemocněním sociálně fungovat, začlenit je do společnosti a mírnit dopady stigmatizace a diskriminace.
V práci jsem se snažila o propojenost oborů psychiatrie, sociální práce a etiky. Z vlastní zkušenosti a praxe vím, že při práci s touto cílovou skupinou je totiž striktně důležitá spolupráce těchto tří oborů. Všechny tyto obory by měly být protkány etikou, respektive všichni pracovníci jednotlivých oborů by měli eticky uvažovat a jednat a to minimálně na úrovni jejich profesních etických kodexů. V práci jsem se dále také snažila o propojení teorie s praxí pro maximální náhled do problematiky.

Mým cílem této práce nebylo podat vyčerpávající přehled informací o diskriminaci a stigmatizaci u lidí s psychotickým onemocněním a o jejím etickém rozměru. Mojí snahou bylo spíše tuto oblast otevřít, nastínit její problematiku a zamyslet se nad správností fungování psychiatrické péče v praxi, postojem současné společnosti k lidem s duševním onemocněním a jejím dopadům a na vliv sociální práce v boji před těmito jevy.

Ve své diplomové práci jsem se opírala zejména o tyto zdroje:

- FISCHER, O., MILFAIT, R a kol. *Etika pro sociální práci*. Praha: JABOK, 2008. ISBN 978-80-904137-3-3.
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.* Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- NEČASOVÁ, M. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci*. Brno: Masarykova univerzita: 2001. ISBN 80-210-2673-1
- OCISKOVÁ, M., PRÁŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishnig, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3
- PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče.* Praha: TRITON, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3
- THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním.* Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. ISBN 978-80-260-0302-1.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-496-6

1 Duševní zdraví a duševní porucha

Na úvod práce považuji za důležité vymezit si pojmy týkající se zdraví, abychom se v následujících kapitolách mohli zabývat nemocemi, v našem případě konkrétně duševními nemocemi.

Velemínský (2011), definuje zdraví podle Světové zdravotnické organizace (WHO) jako: *„Stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, a nesestává se jen z absence nemoci nebo vady“*. Zdraví je hodnota, která výrazně ovlivňuje kvalitu života. Týká se celého člověka a jeho prostředí.[1]

Nemoc je odchylka od zdraví. Za nejvýstižnější je považována tato definice, která říká, že: *„Nemoc je stav, kdy je změněna či porušena stavba nebo funkce jednoho nebo více orgánů.*“[2]

„Zdraví (i nemoc) jsou výslednicí vzájemných vztahů mezi organizmem, psychikou a osobností jednotlivce a mezi takto celistvě pojatým jednotlivcem a jeho prostředím.“[3]

Zdraví je proces, který má svou dynamiku, není to jen daný stav. Nevyvíjí se sám o sobě, ale vždy v určitém vztahu k prostředí.[4]

Zdraví je podmínka psychické a fyzické pohody a ovlivňuje kvalitu života. Zdravý člověk je schopen realizovat sám sebe, dokáže se o sebe postarat a přizpůsobit si prostředí k obrazu svému. Dokáže vykonávat svou práci a plnit sociální role.[5]

Duševní zdraví a duševní porucha jsou pojmy, které sice pronikly do našeho běžného slovníku, ale málokdo je dokáže skutečně definovat. V současné společnosti díky nesčetným možnostem vzájemných kombinací biologických, psychických a sociálních vlivů, nelze dosáhnout názorové shody v otázce normality člověka. Duševní zdraví člověka není chápáno jen jako nepřítomnost duševní poruchy, ale v potaz je brána také schopnost realizace vlastních životních hodnot a možností člověka. Jaká je definice tedy duševně zdravého člověka? Většina odborníků se shoduje v určitých rysech duševně zdravého člověka - má reálné představy o sobě, akceptuje svoje silné i

[1] VELEMÍNSKÝ, M. *Zdraví a nemoc*, s. 8
[2] Tamtéž, s. 24
[3] Tamtéž, s. 30
[4] Srov. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., DUŠEK, K. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 22
[5] Srov. MARKOVÁ, E. a kol. Psychiatrická a ošetřovatelská péče, s. 15

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 a je schopen přiměřeně reagovat na rozmanité životní situace.[6]

Duševní zdraví se také projevuje tak, že je celá osobnost v kondici. Duševně zdravý člověk je schopen přijímat a zpracovávat nové informace, má schopnosti logicky myslet a řešit problémy. Dokáže plánovat a komunikovat, má aktivní přístup k okolnímu dění. Je schopen adaptace na nové situace a je citově vyrovnaný. Zvládá vlastní emoce, dokáže se uvolnit. Je schopen práce a udržuje partnerské vztahy. Duševně zdravý člověk se dokáže přizpůsobit situaci a reagovat na ni.[7]

Choroba (či porucha) je považována za abnormalitu, která se kvalitativně liší od zdraví a je typická svými příznaky. [8] Jankovský (2003) ve své knize uvádí, že si člověk hodnotu zdraví uvědomuje nejčastěji bohužel, až když stojí onemocnění tváří v tvář. Což také potvrzuje přísloví: *„Zdravý člověk má tisíc přání, nemocný jen jedno…“*. [9]

1.1 Klasifikace duševních poruch

Psychiatrie je lékařský obor, který se zabývá duševními poruchami a poruchami chování. Z toho vyplývá, že základním předmětem psychiatrie je nemoc sama. Světová zdravotnická organizace definuje psychiatrický případ jako: *„zjevnou poruchu duševní činnosti, natolik specifickou ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti, nebo sociálního postavení, nebo obou, a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání“.* Duševně nemocní nejsou v době manifestace poruchy schopny adekvátně sociálně fungovat podle všeobecně akceptovaných norem. Psychiatrickou diagnózu stanovuje samozřejmě lékař – psychiatr. U lidí s duševní poruchou musíme přijmout nemoc jako takovou, se všemi jejími projevy. Není to lehké pro pacienta ani pro jeho okolí. Prvním krokem je mít co nejvíce základních informací a něco o duševních nemocech a jejich diagnostice vědět.[10]

[6] Srov. STYX, P. *O psychiatrii*. s. 19
[7] Srov. MARKOVÁ, E. a kol. Psychiatrická a ošetřovatelská péče, s. 15
[8] Srov. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., DUŠEK, K. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 23
[9] JANKOVSKÝ, J. Etika pro pomáhající profese, s. 130
[10] MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 69

Základní rozdělení duševních poruch a poruch chování podle MKN:

- F00-F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických
- F10-F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- F20-F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
- F30-F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)
- F40-F 49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- F50-F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70-F79 Mentální retardace
- F80-F89 Poruchy psychického vývoje
- F90-98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci
- F99 Nespecifikovaná duševní porucha[11]

2 Co je psychóza?

Psychóza je složené slovo řeckého původu: „psyché“ překládáme jako „duše“ a koncovka „-óza“ se v medicíně používá ve významu „nemoc“. Psychiatrický termín psychóza znamená nemoc duše, tedy duševní nemoc.[12]

Mezi charakteristické znaky psychózy se řadí přítomnost psychotických příznaků, jako jsou poruchy vnímání (iluze, halucinace) a formální i obsahové poruchy myšlení (dezorganizované myšlení, bludy), nezřídka doprovázené poruchami chování. Vyznačuje se také ztrátou kontaktu s realitou.[13]

Psychóza zásadně mění způsob, jak člověk prožívá sám sebe, druhé lidi a svět, v němž s nimi žije. Společný svět ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět

[11] Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 69-70
[12] Srov. KALINA, K. *Jak žít s psychózou*, s. 16
[13] Srov. OCISKOVÁ, M., PRÁŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*, s. 43

přeludů a fantazií. Nemocný se v něm uzavírá, odtrhává se od druhých lidí a jejich realita se mu stává cizí.[14]

Bednářová (2013) ve své autobiografické tvorbě popisuje psychózu takto: *„Psychóza se nedá předstírat. Ani si nemůžete zkusit nalhávat, že to, co prožíváte, pravděpodobně psychóza není. Je to stav zcela nezaměnitelný s čímkoliv jiným.“*[15]

Psychóza není jedna jediná nemoc. Jde o celé spektrum nemocí: patří sem psychózy schizofrenního okruhu, maniodepresivního okruhu, přechodné a hraniční formy.[16] Ve své práci se zaměřuji jen na *funkční psychózy*, k nimž patří především schizofrenie a maniodepresivní psychózy. Na rozdíl od *organických* nebo *toxických psychóz* nedoprovází funkční psychózy žádné zjistitelné a typické poškození nebo ovlivnění mozkové tkáně. Nemoc je vyjádřena jako porucha funkcí centrální nervové soustavy, osobnosti a sociálního pole.[17]

Psychotická onemocnění se rozdělují do několika skupin. Patří sem schizofrenie, schizotypální poruchy, duševní poruchy s bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, schizoafektivní poruchy (poruchy nálad) a jiné poruchy.[18]

2.1 Příčiny vzniku

Příčina vzniku psychotického stavu může být různá (toxická, organická, traumatická či endogenní – nejasná).[19] Podle současného stavu vědeckého poznání nejde o jedinou příčinu, ale o souhru většího počtu nepříznivých vlivů, biologických, psychologických i sociálních. Podle Kaliny (2001) nejvýznamnější roli hrají vlivy biologické: dědičné faktory, křehké nebo nevyrovnané založení organismu včetně centrálního nervového systému a vrozené i časně vznikající odchylky v jeho utváření a činnosti. Tyto dispozice však sami k vzniku nemoci nestačí. Ke vzniku psychotického onemocnění dále přispívají poruchy vývoje v raném dětství, v tíživé rodinné situaci, v dlouhodobém nebo opakovaném stresu, který dítě zvládá nepřiměřeně v důsledku své dispozice. Svůj podíl mohou sehrát i tělesné poruchy (např. odchylky látkové výměny,

[14] Srov. KALINA, K. *Jak žít s psychózou*, s. 16
[15] BEDNÁŘOVÁ, M., HORKÁ, L. *Ve stínech za zrcadlem aneb O životě s psychózou*, s. 136
[16] Srov. KALINA, K. *Jak žít s psychózou*, s. 9
[17] Tamtéž, s. 16
[18] Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Léčíme se s psychózou*, s. 8
[19] Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 34

úrazy a záněty mozku atd). Vzájemné působení těchto vlivů není dosud přesně známo, předpokládá se, že jejich kombinace vytváří zranitelnost, na jejímž základě v určitém životním období různých změn a krizí vzniká duševní nemoc.[20]

Alanen (1977) považuje psychotická onemocnění za komplexní problém, jehož základem je reakce jedince na nějakou životní krizi. Tento jedinec je psychologicky a biologicky více zatížen než ostatní a proto je pro něj těžké čelit krizovým situacím. Zdrojem zranitelnosti tohoto jedince může být psychologická a psychosociální zkušenost z dětství.[21]

2.2 Příznaky a projevy

Psychóza se často ohlašuje tzv. prodromálními příznaky. To jsou nespecifické příznaky, jako je např. úzkost, předrážděnost, vztahovačnost, pocity neskutečnosti, únava, nesoustředěnost, nespavost atd. Pacient se změněné situace bojí, a proto se spíše uzavírá do sebe, svými potížemi trpí víc, než dává najevo, a neúspěšně s nimi bojuje.[22] Odborná pomoc může v tomto období rozvinutí psychózy odvrátit, ale nemocný, který dosud nebyl v kontaktu s psychiatrií, ji obvykle nehledá.[23]

Za hlavní příznaky psychotického onemocnění lze pokládat dezintegraci funkcí já. Důsledkem je ztráta schopnosti odlišení toho, co přichází zevnitř – vnitřní zkušenost, a co je percepce vnějšího světa. Každý psychotický stav je závažným zásahem do integrity jedince.[24]

Častým projevem psychóz jsou halucinační zážitky – zrakové, čichové, tělové a nejčastěji sluchové. Ty obvykle přicházejí na jejím počátku, jako signál propuknutí nemoci. Neobjevují se však u všech forem psychóz.[25]

Psychóza má obvykle několik fází. Rozlišujeme přípravné (prodromální) období, období rozvinuté psychózy (ataka, fáze), období vyhasínání (reziduální období) a období úpravy čili remise (ústup nemoci). Doba trvání jednotlivých období není stejná a

[20] Srov. KALINA, K. *Jak žít s psychózou,* s. 22
[21] Srov. ALANEN, I. O. *Schizophrenia: It´sorigins and need-adaptedtreatment,* s. 20
[22] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky,* s. 170
[23] Srov. KALINA, K. *Jak žít s psychózou,* s. 30
[24] Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče,* s. 34
[25] Srov. KALINA, K. *Jak žít s psychózou,* s. 37

liší se u různých pacientů i forem psychóz.[26] Rozvinutá psychóza obvykle vyžaduje hospitalizaci na lůžkovém psychiatrickém oddělení. Léčení její rozvoj zastaví a přivede k vyhasínání.[27]

2.3 Léčba

Základem léčby psychóz je vždy farmakoterapie antipsychotiky. Působí proti halucinacím[28] a bludům[29], mohou zklidnit nebo naopak oživit motoriku, působí proti depresivním či manickým náladám a proti úzkosti. Některé léky jsou k dispozici i v tzv. depotní formě – podávají se intramuskulární injekcí jen jednou za několik týdnů. Protože psychóza často narušuje fungování člověka v základních životních okruzích, doplňuje se tato léčba i psychoterapeutickou intervencí. Jejím cílem je zvýšit odolnost člověka vůči stresu, naučit jej efektivním formám komunikace a zvládání běžných požadavků ze strany sociálního okolí.[30]

Každý člověk reaguje na medikaci různě, často se nalezení správných léků odehrává na principu pokus-omyl, než se najdou ty pravé. Ovšem je nezbytné přijmout skutečnost, že v případě psychotických pacientů není zatím léčba bez léků možná. Léky, i když mají své nežádoucí účinky, pomáhají a umožnují pacientovi vést téměř plnohodnotný život. Nejefektivnější je spojení léčby farmakologické a psychiatrické s psychologickou.[31]

Poměrně běžným problémem nemocných trpících psychózou je nedostatek motivace k léčbě. Příčina je jednoznačná: nemocný nemá přiměřený náhled na své onemocnění, a proto se domnívá, že léčbu nepotřebuje. Neví, proč by se měl léčit, když mu nic není a naopak se ho osobnostně dotýká, že ho někdo za nemocného pokládá. V tomto případě je léčba ohrožena. Léčba se nemocnému jeví jako útok na jeho samostatnost, je chápána jako omezování osobní svobody. Nemocný v některých

[26] Srov. KALINA, K. *Jak žít s psychózou,* s. 29
[27] Srov. Tamtéž, str. 31
[28] Halucinace jsou klamné vjemy, vznikající nezávisle na vnějším podnětu, o jejichž reálnosti je subjekt nevývratně přesvědčen. Typické jsou hlasy, jež pacientovi něco přikazují, komentují jeho chování nebo mu něco významného a tajného sdělují. Kromě sluchových halucinací existují také zrakové, tělesné či čichové atd. – VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 180
[29] Blud je mylné přesvědčení, vzniklé z chorobných duševních předpokladů na chorobném psychotickém podkladu, kterému nemocný věří a které má patický vliv na jeho jednání. - VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologe pro pomáhající profese, s. 179
[30] Srov. OCISKOVÁ, M., PRÁŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*, s. 48
[31] Srov. BEDNÁŘOVÁ, M., HORKÁ, L. *Ve stínech za zrcadlem aneb O životě s psychózou,* s. 132

případech je ochoten připustit, že nějakou pomoc potřebuje, ale není to psychiatrická péče.[32]

2.4 Jednotlivé typy psychóz

2.4.1 Schizofrenie

Schizofrenie patří k nejzávažnějším psychickým poruchám. Typickým příznakem je porucha plynulosti myšlení, jeho roztříštěnost, stav, kdy se vytrácí logická souvislost i vztah ke kontextu. Nemocný trpící schizofrenií nedokáže uvažovat v souvislostech. Jeho úsudky, které se jiným lidem jeví jako nesmyslné, odrážejí individuální svět halucinací a bludů.[33]

První příznaky schizofrenního onemocnění se obvykle objevují mezi 15. a 35. rokem života. Lidé začnou být nedůvěřiví a vztahovační, mluví si pro sebe. Mohou mít halucinace. Nemocní si neuvědomují, že jde o jev, který běží jen v jejich hlavě.[34]

Příznaky schizofrenie se rozlišují na „pozitivní“ a „negativní“. Mezi pozitivní příznaky patří halucinace, tvorba nových slov a bludy či nevývratné chorobné poruchy myšlení. Za rizikovější se označují příznaky negativní. Ty se vyznačují stažením se do sebe, ztrátou řeči, negativizmem, oploštělým nebo vyhaslým citovým životem, ztrátou vůle, motivace a neschopností mít z čehokoli potěšení.[35]

Rizikovými faktory jsou nízká porodní hmotnost, špatné rodinné vztahy, těžká životní událost, těžká šikana. Spouštěčem onemocnění může být také marihuana a jiné drogy. Schizofrenie má také silné genetické pozadí.[36]

Schizofrenie se rozděluje do čtyř základních forem: Paranoidní schizofrenie, Simplexní schizofrenie, Hebefrenní a Katonní formu schizofrenie.[37]

Pacienty je potřeba velmi intenzivně motivovat k léčbě, protože důsledná léčba onemocnění má výrazně lepší prognózu do budoucna. Čím méně atak nemoci proběhne,

[32] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*, s. 174
[33] Tamtéž, s. 177-178
[34] Srov. MALÁ, M. *Homo psychoticus*, s. 11
[35] Tamtéž, s. 12
[36] Tamtéž, s. 14
[37] Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním,* s. 76

tím je celkový stav lepší. Méně často se pak objevují postpsychotické změny v osobnosti člověka (negativizmus, apatie, snížená pozornost, poruchy vůle, motivace, sociální selhávání). Léčbou rozumíme jak farmakoterapii, tak psychoterapii a postupy psychiatrické rehabilitace.[38]

2.4.2 Schizoafektivní poruchy (poruchy nálad)

Jakýmsi přechodem mezi schizofrenií a afektivními poruchami je schizoafektivní porucha. Najdeme zde příznaky typické pro schizofrenní onemocnění a výrazné jsou přitom i změny nálady ve smyslu mánie či deprese.[39]

Mánie je období nemocného, které se vyznačuje nadnesenou, euforickou, expanzivní náladou, nadměrnou činorodostí, myšlenkovým tryskem, zvýšeným sebevědomím a sebehodnocením, sníženou potřebou spánku a roztržitou pozorností. Člověk v mánii často díky neschopnosti odhadnout své schopnosti nemoci jedná bez vědomí možných následků a dostává se tak do nepříznivých sociálních situací. Porucha nálady může vést k bizarnímu oblékání a líčení. Nemocní navazují nekontrolovaně kontakty s cizími lidmi, telefonují známým v noci, rozdávají nahodile své věci i peníze, šíří různé víry a myšlenky, mívají zvýšený sexuální apetýt spojený se sníženými nároky na úroveň objektu, objevuje se nadměrné užívání alkoholu. Typická manická řeč je hlasitá, rychlá, plná vtipů a téměř se nedá přerušit. Doba trvání mánie je různá, obvykle trvá dva týdny až 4-5 měsíců.[40]

Deprese je oproti tomu patologicky depresivní nálada, která vzniká bez zjevné příčiny. Je to období vyznačující se: nechutí k jídlu, změnou tělesné hmotnosti, poruchami spánku, psychomotorickým neklidem či útlumem, ztrátou energie, pocity bezcennosti či viny, obtížným soustředěním se, myšlenkami na smrt nebo sebevraždu. Ztráta zájmů provází i vztahovou oblast. Depresivní člověk zanedbává přátele, rodinu a před blízkým okolím se stahuje. Deprese mají tendenci k delšímu trvání, průměrná délka je šest měsíců.[41] Deprese bývají častější než mánie a leckdy zcela převládají.[42]

[38] Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním,* s. 77
[39] Tamtéž, s. 77
[40] Tamtéž, s. 78
[41] Tamtéž, s. 78-79
[42] Srov. KALINA, K. *Jak žít s psychózou*, s. 18

2.4.3 Schizotypální poruchy

Schizotypální porucha stojí na hranici mezi psychotickými onemocněními a poruchami osobnosti, podle současných trendů v psychiatrii je spíše řazena pod poruchy osobnosti. To znamená, že do velké míry vyplývá z povahových vlastností, které jsou dány vývojem jedince a jsou víceméně stálé, což tuto poruchu odlišuje od schizofrenie.[43]

Její charakteristické projevy jsou například ochuzené emoční reakce, nedostatečný vztah k druhým lidem a sklon k sociální uzavřenosti, podezíravost nebo vztahovačnost v myšlení, paranoidní bludy.[44]

Péče o tyto klienty je extrémně náročná na sounáležitost týmu, stabilitu a profesionalitu všech jeho členů.[45]

2.4.4 Duševní poruchy s bludy

Duševní porucha s bludy je onemocnění, které se objevuje na rozdíl od dříve popsaných psychotických poruch v pozdějším věku, většinou kolem 50. roku života. Sám název popisuje hlavní projevy nemoci. Dominuje bludná symptomatika. Nemocní jsou často přesvědčeni o tom, že je někdo pronásleduje, že jim někdo škodí, bludy se často týkají nějakého poměrně uzavřeného okruhu problémů, mají svým způsobem logickou souvislost. Často se jedná o jedince, kteří byli celoživotně vztahovační a nedůvěřiví a tyto projevy postupně narůstaly, až nabyly psychotické hloubky. Tato porucha je léčebně velmi obtížně ovlivnitelná. Bludy bývají velmi úporné a rezistentní.[46] Postižení jsou o svých bludech nevývratně přesvědčeni a nepovažují je za chorobný produkt, bojují za ně a snaží se o pravdě svých bludů přesvědčit i okolí.[47]

[43] Schizotypální poruchy. *Centrum pro rozvoj péče o duševního zdraví*. [online] (c) 2017. [cit. 2018-01-07]. Dostupné na WWW: http://www.cmhcd.cz/stopstigma/poradna/psychiatr/psychoterapie-u-chizotypalni-poruchy/
[44] Srov.VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., DUŠEK, K. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 226
[45] Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 85
[46] Tamtéž, s. 77
[47] Srov.VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., DUŠEK, K. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 229

Sociální práce s tímto typem klientů není jednoduchá. Jednak jsou bez náhledu na nepravdivost svých přesvědčení a jednak často nepůsobí jednoznačně jako duševně nemocní. Bývá pak obtížné rozhodovat, zda skutečně a jakým způsobem intervenovat.[48]

2.4.5 Akutní a přechodné psychotické poruchy

Akutní a přechodné psychotické poruchy jsou charakteristické rychle vznikajícími a měnícími se psychotickými příznaky. Obvykle se objevují v adolescenci nebo v rané dospělosti. Další velký výskyt je u žen v šestinedělí. Akutní a přechodné psychotické poruchy často vznikají v důsledku stresu a nadměrné zátěže.[49]

Typická pro tuto chorobu je bouřlivá emotivita, popletenost a velmi rychlé změny příznaků ze dne na den, nebo i během dne. Halucinace a bludy však musí trvat vždy alespoň několik hodin. Porucha by neměla trvat déle než tři měsíce.[50] Prognóza bývá poměrně dobrá, obvykle se vyléčí bez následků a znovu se již nemusí objevit.[51]

[48] Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním,* s. 77
[49] Akutní a přechodné psychotické poruchy. U psychiatra.cz [online] (c) 2009-2016[cit. 2018-01-18]. Dostupné na WWW: http://www.upsychiatra.cz/akutni-a-prechodne-psychoticke-poruchy/
[50] Tamtéž
[51] Srov.VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., DUŠEK, K. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s 230

3 Etika při práci s lidmi s psychotickým onemocněním

3.1 Etika

Vzhledem k tomu, že průběžně v celé práci budu eticky nahlížet na různé problémové situace, vymezení a vysvětlení etických pojmů shledávám jako nezbytné.

Etika (*ethika*, řec. *ethos* – mrav) je věda o mravnosti.[52] Fischer (2008) definuje etiku jako **„***vědní disciplínu, která se zabývá studiem mravního chování, cítění, rozhodování…".* Dále o etice píše, že se zabývá normami lidského chování, rozhodnutími, která lidé činí, a způsoby, jimiž svou volbu odůvodňují.[53]

Etika se pokouší určovat, jak mohou být lidské aktivity hodnoceny jako správné nebo špatné. Jestliže etiku používáme ve své profesi, zabýváme se nejen její etickou podstatou, ale i okolnostmi, za nichž se tato profese uskutečňuje. „Konat dobro a vyhýbat se zlu" je základní předpoklad celé etiky[54]

Etika rozlišuje tři problémové okruhy:

- *Analytická etika* (*metaetika)* analyzuje jazyk morálky - význam mravních slov a vět, jakož i logická a řečová pravidla mravní argumentace.[55]
- *Základní* (fundamentální) *etika* zkoumá základy etiky, její antropologické předpoklady a obecné podmínky mravní normativity. (Témata fundamentálně – etického problémového okruhu jsou např. pojem svědomí, problém svobody vůle nebo všeobecná teorie povinností, dober a ctnosti).[56]
- *Normativní etika* neboli *aplikovaná etika.* Konkretizuje etickou problematiku tím, že ji vztahuje na určité okruhy jednání. Kriticky posuzuje existující normy a podává návrhy na jejich zlepšení.[57]

V této práci reflektuji etický problém prostřednictvím aplikované etiky. Ta se dále rozlišuje na dvojí etickou perspektivu – individuálně-etickou a sociálně-etickou.

[52] Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním,* s. 48
[53] FISCHER, O., MILFAIT, R a kol. *Etika pro sociální práci,* s. 11
[54] Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním,* s. 48
[55] Srov. ANZENBACHER, A. *Křesťanská sociální etika*, s. 9
[56] Tamtéž, s. 9
[57] Tamtéž, s. 9

Individuální etika mravně posuzuje skutky, motivy jednání a postoje individuálních osob, o nichž víme, že jsme za ně osobně odpovědni (např. zda lžu, kradu, podvádím, jaké požadavky kladu sám na sebe, jaký je můj postoj k cizincům, zda jsem štědrý nebo lakomý či jakými představami dobrého života se řídím).[58]

Sociální etika, kterou uplatňuji v této práci, se věnuje morálnímu hodnocení sociální skutečnosti, tj. sociálních útvarů. Ústřední otázka zní: Jsou dané institucionální útvary spravedlivé? Sociální etika tedy posuzuje vztahy, struktury, systémy pravidel, řády atd. po stránce jejich spravedlnosti. Snaží se institucionální útvary kriticky posoudit, a zdali se to prokáže jako potřebné, podat návrhy na jejich zlepšení. Témata sociálně-etické reflexe jsou například ústavy, zákony, mezinárodní smlouvy, zdravotnictví či systémy sociálního zabezpečení. Bez sociálně-etického přístupu nelze dostatečně analyzovat problémy, jako je například nezaměstnanost.[59]

3.2 Aplikace etiky v sociální práci

Nejméně posledních 20 let je etika velmi aktuální a stává se předmětem mnoha odborných diskusí. Diskuse věnovaná etickým otázkám pomáhá sociálním pracovníkům, aby se dokázali orientovat v případě, kdy mají učinit morální rozhodnutí.[60]

V sociální práci etiku nelze pojmout pouze jako učení o tom, co je dobré. Je potřeba akceptovat požadavek etické správnosti hledaného řešení, o které se lze v navržených řešeních opírat.[61]

Etiku sociální práce můžeme chápat dvěma způsoby: jako studijně teoretickou disciplínu uschopňující sociálního pracovníka kriticky posuzovat dilemata a problémy své praxe, anebo jako soubor norem, hodnot a postupů přijatelných v profesní praxi sociální práce.[62]

Etické problémy v sociální práci není vhodné podceňovat. Etické normy v práci sociálního pracovníka byly u nás formulovány až v roce 1995 Společností sociálních

[58] Srov. ANZENBACHER, A. *Křesťanská sociální etika*, s. 11
[59] Tamtéž, s. 12
[60] Srov. NEČASOVÁ, M. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci*, s. 5
[61] Srov. FISCHER, O., MILFAIT, R a kol. *Etika pro sociální práci*, s. 17
[62] Srov. BANKS, S. *Ethics, Accountability and Social Professions*, s. 3

pracovníků ČR. Tato pravidla ukotvují profesionální chování sociálních pracovníků zejména s ohledem na náročné, nejednoznačné, konfliktní situace. Odpovědnost sociálního pracovníka je etickým standardem definována nejen vůči klientům, ale také vůči kolegům, vlastní profesi i celé společnosti. Etika sociální práce tedy představuje soubor mravních zásad, které by měl pracovník v sociálních službách znát a dodržovat.[63] Sociální práce tedy stanovuje normy, hranice, prosazuje individuální práva jedinců a chrání společné dobro.[64] Sociální pracovník je občan, který má více příležitostí přispět klientovi k obecnému dobru než ostatní.[65]

Sociální práce se v praxi potýká se dvěma etickými okruhy: Etickými problémy a etickými dilematy:

- *„Etické problémy vznikají v situaci, kdy je evidentní, jak by sociální pracovník měl rozhodnout, ale toto rozhodnutí se mu osobně příčí.“*[66]
- *„Etická dilemata vznikají tehdy, cítí-li sociální pracovník, že stojí před dvěma (či více) alternativními možnostmi rozhodnutí, které představují konflikt morálních principů. Není přitom jasné, které rozhodnutí bude přijatelnější*.“[67]

Jsou definovány tři hlavní oblasti, ve kterých dochází k etickým problémům a dilematům:

1. Oblasti týkající se práv a kvality života jednotlivců – jedná se např. o konflikt mezi zajištěním klientova spokojeného života a klientova práva na sebeurčení.
2. Oblasti týkající se obecného blaha – zde jde např. o konflikt potřeb a zájmů klienta a odpovědnosti, kterou má sociální pracovník k zaměstnavateli a společnosti.
3. Oblasti týkající se nerovnoprávnosti a strukturálního útlaku – jde o povinnost čelit útlaku a v tomto směru se snaží o změny v politice zaměstnavatele i společnosti.[68]

[63] Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním,* s. 48-49
[64] Srov. FISCHER, O., MILFAIT, R a kol. *Etika pro sociální práci,* s. 17
[65] Srov. NEČASOVÁ, M. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci,* s. 83
[66] NEČASOVÁ, M. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci,* s. 6
[67] Tamtéž, s. 6
[68] Tamtéž, s. 7

Častokrát dochází k problémům ve všech třech rovinách najednou. Sociální pracovník by se měl snažit svoji odpovědnost i způsoby řešení problémů na různých úrovních udržovat v rovnováze.[69]

Etické otázky vždycky souvisejí s lidským jednáním. Místem odkud vycházejí, jsou každodenní život a s ním spojené situace rozhodování. Etické otázky se týkají všech, nejen těch, kteří z povolání nesou zvláštní odpovědnost za to, jak zacházejí s druhými (např. lékař). My všichni, ať staří nebo mladí, vzdělaní či nikoli, jako žena nebo jako muž, víme, že naše jednání podléhá nějakému nároku, a tento nárok pociťujeme v podobě otázky, jestli naše jednání bylo správné.[70] Každá rozvaha jednotlivce je limitována jeho znalostmi, zkušenostmi i osobním zaujetím pro danou věc.[71]

3.3 Profesní etické kodexy

Profesní etické kodexy (např. lékař, soudce) vycházející z etiky povinnosti, kterou formuloval Immanuel Kant ve druhé polovině 18. století. Ústřední myšlenku této koncepce bychom mohli volně přeložit jako: *„Jednej vždy tak, aby morální zásady tvého jednání mohly sloužit jako obecné normy chování všech lidí a nepohlížej na spoluobčany jako na pouhý prostředek dosažení tvých cílů, ale vždy jako na hlavní účel tvého jednání.“*. Profesní etické kodexy vylučují bezohledné jednání, jehož cílem je jen osobní prospěch.[72]

Etické kodexy obsahují základní hodnoty profese, které by měl profesionál dodržovat.[73] Mimo jiné poskytují i souhrnná poučení v oblasti etických dilemat a chrání profesi před vnějším usměrňováním. Nejde tedy jen o ochranu klientů (či pacientů) a vedení profesionálů, ale i o ochranu profese samotné a její autonomie.[74]

[69] Srov. NEČASOVÁ, M. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci,* s. 7
[70] Srov. HILPERT, K. *Základní otázky křesťanské etiky*, s. 24
[71] Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 57
[72] MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 50
[73] Srov. FISCHER, O., MILFAIT, R a kol. *Etika pro sociální práci,* s. 82
[74] Tamtéž, s. 84

3.3.1 Etický kodex sociálních pracovníků v ČR jako nástroj působící proti diskriminaci a stigmatizaci

Provádění složitých morálních voleb je v sociální práci na denním pořádku. V tomto ohledu je sociální práce náročnější než mnohé jiné profese, protože situace vyžadující etické rozhodování, jsou zastoupeny v hojném počtu. Sociální pracovníci pracují velmi často s hodnotami, které jsou mezi sebou v konfliktu. Etické kodexy jim tedy pomáhají k lepší orientaci v rozhodování. Kodexy můžeme chápat jako vyjádření toho, jak mohou být práva klientů, ale i pracovníků, realizována a chráněna.[75] Jeho úkolem je ochraňovat a dodržovat standardy a regulovat profesionální chování. Etický kodex stanovuje limity profesionální odpovědnosti a zavazuje pomáhajícího k poskytování adekvátních informací a zdrojů, k podpoře růstu a rozvoji klienta a k povinnosti konzultovat s klientem postup pomoci.[76]

Etické kodexy sociálních pracovníků vydávají profesní asociace. V České republice vznikla Společnost sociálních pracovníků v roce 1989 a etický kodex vydala v roce 1995.[77]

Fischer a Milfait (2008) ve svém díle popisují význam etického kodexu:

- Kodex vyjadřuje poslání profese ve formě ideálu
- Vytváří a udržuje profesní identity – vyhlašuje ideál služby, základní etické principy a způsoby jednání, které očekávají od profesionála členové profese
- Kodex chrání klienty před zneužitím úřední moci a zanedbáním péče. Jedná se o důvěryhodnost profesionála.
- Poskytuje pravidla správného jednání - je průvodcem dobré praxe
- Slouží jako podklad pro posouzení stížností a k disciplinárním účelům v případě profesionálního pochybení.[78]

Co však v kodexu nenajdeme, je vedení ve specifických problematických situacích, které se případ od případu liší.[79] Kodex nemůže být detailní kuchařkou, podle které by sociální pracovník bezmyšlenkovitě jednal, neměl by pak prostor pro vlastní úsudek a

[75] Srov. FISCHER, O., MILFAIT, R a kol. *Etika pro sociální práci,* s. 106
[76] Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním,* s. 50
[77] Srov. NEČASOVÁ, M. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci,* s. 65
[78] Srov. FISCHER, O., MILFAIT, R a kol. *Etika pro sociální práci,* s. 84
[79] Srov. NEČASOVÁ, M. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci,* s. 65

rozhodování a etická dimenze by se z jeho jednání nutně vytratila. Nabízí však obecné principy lidského jednání v situacích, které mají etické implikace.[80]

3.4 Etická problematika v psychiatrii

3.4.1 Omezovací prostředky v psychiatrii

Omezovací prostředky v psychiatrii jsou terapeutická a preventivní opatření, která omezují volný pohyb a jednání pacienta. Znamenají zásah do lidských práv a důstojnosti, nicméně v psychiatrii je někdy jejich použití nezbytné. Smyslem fyzického omezení je zabránit nemocnému v sebepoškození, v ohrožení druhých osob a v poškození věcí.[81]

Omezovací prostředky se používají v případě, když je pacient nebezpečný sobě nebo svému okolí.[82] Použití omezovacích prostředků je standardizováno podle doporučených postupů léčby České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, takže se řídí ve všech zařízeních stejnými pravidly a platí pro všechny typy agrese a neklidu. Omezovací prostředky musí být používány co nejméně a jen po nezbytně nutnou dobu a použitý prostředek musí být podle situace co nejmírnější. O jejich použití rozhoduje vždy pouze lékař a musí být zapsán záznam do dokumentace. Omezení by mělo být aplikováno co nejšetrněji a s ohledem na důstojnost pacienta (řádně vypodložené popruhy, vhodná poloha lůžka, zajištění klidného, nerušeného prostředí atd.).[83] Pacient musí být při nasazení omezujících prostředků pod pravidelnou kontrolou, aby nemohlo dojít ke zranění, dehydrataci, podvýživě, podchlazení a k proleženinám. Pacient také musí mít možnost osobní hygieny a toalety. Omezující prostředky nikdy nesmějí být využívány jako forma trestu z „výchovných důvodů“ či pro usnadnění péče o pacienta.[84]

Lidé s duševními poruchami jsou lidské bytosti, musí s nimi být tedy zacházeno humánním způsobem.[85] Intenzivní snaha o reformu tkví v celkové humanizaci psychiatrie a odlišném přístupu k pacientovi, který se týká nejen restriktivních

[80] Srov. NEČASOVÁ, M. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci,* s. 71
[81] Srov.VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., DUŠEK, K. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 559
[82] Srov. FIALOVÁ, A., STUCHLÍK, J. *Právní rádce*, s. 35
[83] Srov.VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., DUŠEK, K. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 560
[84] Srov. FIALOVÁ, A., STUCHLÍK, J. *Právní rádce,* s. 35
[85] Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 86

prostředků či zásahů do tělesné integrity, ale také práva na soukromí, důstojnosti prostředí, ve kterém žijí a dalších problémů. Na základě toho byly v roce 2004 vyřazeny z provozu klecová lůžka. Parlament na jaře 2006 přijal zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který upravuje podmínky použití omezujících opatření. Do budoucna bude v psychiatrii nutné používat širší škálu omezovacích opatření, které budou přistupovat k lidské důstojnosti s ještě větším důrazem. (vypolstrované místnosti, neklidové injekce, kurtování).[86]

3.4.2 Přijetí do lůžkového psychiatrického zařízení bez souhlasu nemocného

Zadržení pacienta v léčebném ústavu je upraveno Listinou základních práv a svobod, Úmluvou o lidských právech a biomedicíně a Zákonem o péči o zdraví lidu. Podle zákona o péči o zdraví lidu v platném znění lze zdravotní péči poskytovat bez souhlasu v těchto případech:[87]

- *„Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte anebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu.“*
- Jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u kterých je možné přikázat povinné léčení.
- Ohrožuje-li osoba jevící známky duševního onemocnění nebo intoxikace sebe nebo své okolí
- Není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony, nutné k záchraně života či zdraví.[88]

Řízení o přijetí je zahajováno zejména na podnět zdravotnického zařízení, a to ve dvou případech:

1) Přijme-li zdravotnické zařízení pacienta, který jeví známky duševního onemocnění a je nebezpečný sobě nebo svému okolí
2) V případě, že pacient je již ve zdravotnickém řízení a jeho pobyt se stane nedobrovolným.[89]

[86] Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 86
[87] Srov.VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., DUŠEK, K. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 52
[88] Tamtéž, s. 52

Nedobrovolná hospitalizace je závažným zásahem do práva člověka na osobní svobodu, proto ji Česká lékařská společnost podrobuje přísným testům.[90]

Pokud při příjmu pacient nedá písemný souhlas se svou hospitalizací a lékař na ní trvá s tím, že je pacient nebezpečný sobě nebo svému okolí, musí lůžkové zařízení do 24 hodin oznámit soudu, že došlo k nucené hospitalizaci. Soud pak musí do 7 dnů rozhodnout, zda byla hospitalizace v souladu se zákonem. Pacient má přitom právo být soudem vyslechnut, zvolit si svého právního zástupce, který ho bude v řízení zastupovat, a má také právo se proti všem rozhodnutím odvolat.[91]

Jestliže soud v průběhu 7 dnů schválí zadržení pacienta v lůžkovém zařízení a toto zadržení nadále trvá, pokračuje soud v řízení, ve kterém se musí do tří měsíců vyslovit, zda je pacientovo další zadržení přípustné. V tomto druhém řízení může soud rozhodnout o zákonnosti dalšího zadržování v lůžkovém zařízení na dobu maximálně 1 roku, ale i kratší. Proti rozsudku se lze opět odvolat.[92]

Převzetí člověka do zařízení poskytujícího zdravotní péči oznámí poskytovatel zdravotních služeb do 24 hodin soudu; to platí i v případě, je-li člověk v takovém zařízení zadržen. Soud o učiněném opatření rozhodne do sedmi dnů.[93]

Při léčbě duševních poruch může být etickým problémem požadavek dobrovolného a informovaného souhlasu, který je nutný k zahájení léčby. V důsledku aktuálního akutního zdravotního stavu dochází k tomu, že pacient není schopen objektivně posoudit a zhodnotit situaci a svobodně se rozhodnout a dát tento souhlas.[94]

3.4.3 Aplikace psychofarmak bez souhlasu pacienta

Podání psychofarmak bez souhlasu pacienta není považováno za omezovací prostředek, nýbrž za prostředek léčebný. Účelem podání psychofarmak je ve většině případů zklidnění pacienta. Pravidelnou medikaci proti vůli pacienta lze však podávat

[89] Srov.MAREČKOVÁ, M., MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání, s. 105*
[90] Tamtéž, *s. 105*
[91] Srov. FIALOVÁ, A., STUCHLÍK, J. *Právní rádce*, s. 30
[92] Tamtéž, s. 31
[93] Tamtéž, s. 31
[94] ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 117

pouze u pacientů, u kterých soud potvrdil splnění podmínek pro nedobrovolnou hospitalizaci.[95]

K nedobrovolné aplikaci psychofarmak se přistupuje až poté, pokud se nepodařilo pacienta přesvědčit k perorálnímu užití medikamentů rozhovorem, a pokud i další psychologické techniky selhaly. Po navození farmakologického útlumu je třeba zajistit dlouhodobé sledování psychického a somatického stavu a kontroly základních vitálních funkcí.[96]

3.4.4 Omezení svéprávnosti k právním úkonům

Pojmem svéprávnost je z právního hlediska termín nový, který se v našem právním řádu vyskytl s příchodem nového občanského zákoníku (dále jen NOZ), tedy 1. ledna 2014. Přitom nejde o nic převratného, neboť pojem svéprávnost jen vystřídal termín „způsobilost k právním úkonům" neboli způsobilost svým jednáním nabývat práva a zavazovat se k povinnostem. V NOZ došlo i k úpravě rozsahu omezení svéprávnosti, kdy soud mohl svéprávnosti člověka zcela zbavit, nyní lze člověka na svéprávnosti „pouze" omezit. „*Změna na možnost „pouhého" omezení je výsledkem většího důrazu na přirozená práva člověka, která prostupuje celým novým občanským zákoníkem*." Jakkoliv široké omezení svéprávnosti totiž nezbavuje člověka práva samostatně jednat v běžných záležitostech každodenního života.[97]

Důvod pro omezení svéprávnosti je definován jako duševní porucha, která není jen přechodná a která člověku brání v určitých záležitostech právně jednat.[98] *„Soud může omezit svéprávnost člověka v rozsahu, v jakém člověk není pro duševní poruchu, která není jen přechodná, schopen právně jednat, a vymezí rozsah, v jakém způsobilost člověka samostatně právně jednat omezil".*[99]

Soud může svéprávnost omezit na základě konkrétní záležitosti na dobu nutnou pro její vyřízení, nebo na jinak určenou určitou dobu, nejdéle však na tři roky. Pokud je

[95] Srov.VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., DUŠEK, K. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 565
[96] Tamtéž, s. 565
[97] Svéprávnost a možnosti jejího omezení podle nového občanského zákoníku. *Advokátní kancelář Hajduk a Partners*. [online] (c) 2016. [cit. 2018-02-20]. Dostupné na WWW: http://www.hajduk.cz/svepravnost-a-moznosti-jejiho-omezeni-podle-noveho-obcanskeho-zakoniku/
[98] Srov.MAREČKOVÁ, M., MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání, s. 142*
[99] *Nový občanský zákoník*, s. 16

zjevné, že se stav člověka v této době nezlepší, může soud omezení svéprávnosti prodloužit, nejdéle však na pět let. Po uplynutí doby omezení svéprávnosti právní účinky omezení zanikají. V případě zahájení řízení o prodloužení doby omezení, trvají právní účinky původního rozhodnutí až do nového rozhodnutí, nejdéle však jeden rok.[100]

„V rozhodnutí o omezení svéprávnosti jmenuje soud člověku opatrovníka, který bude osobu s omezenou svéprávností zastupovat v záležitostech, ve kterých tato nemůže z rozhodnutí soudu jednat sama. Při výběru opatrovníka přihlédne soud k přání opatrovance.“[101]

Zákon umožňuje zahájit řízení podáním návrhu, ale i bez něj. Návrh může podat každý, kdo má právní osobnost (člověk, právnická osoba – např. zdravotnický ústav). Z návrhu musí vyplývat, z jakých skutkových a právních důvodů je návrh navrhovatelem považován za důvodný a proč dle něj nepostačuje užití mírnějších a méně omezujících opatření.[102]

Omezení svéprávnosti je vždy závažným zásahem do osobní integrity občana. Dotýká se totiž práv, která garantuje Listina základních práv a svobod. Přistupuje se k němu tedy pouze v případě, že člověku hrozí závažná újma a k jeho ochraně nepostačuje méně omezující prostředek.[103]

[100] Srov. *Nový občanský zákoník*, s. 16.
[101] Nový občanský zákoník, s. 16
[102] Tamtéž, s. 16
[103] Srov.MAREČKOVÁ, M., MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání,* s. 78

4 Diskriminace a stigmatizace u osob s psychotickým onemocněním a jejich etický rozměr

4.1 Diskriminace

Diskriminace znamená rozdílný přístup k různým skupinám lidí, konkrétně k těm, kteří se nějakým způsobem vymykají většině a nastavenému standardu společnosti. Nejčastěji se jedná o různá menšinová etnika, emigranty či lidi různě nábožensky smýšlející. Bohužel se čím dál více přesvědčujeme o tom, že do této skupiny patří i lidé se zdravotním handicapem.[104]

Oficiální memorandum OSN definuje diskriminaci takto: *„Pod diskriminaci spadá jakýkoli postoj, který vychází z rozlišování na základě přirozených nebo společenských kategorií a nijak nesouvisí ani se schopnostmi či přednostmi jedince, nebo s jeho skutečným chováním.“*[105]

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením se zaměřuje na diskriminaci specificky související se zdravotním postižením osob a definuje ji tedy takto: *„Diskriminace na základě zdravotního postižení znamená jakékoli činění rozdílu, vyloučení nebo omezení osoby provedené na základě jejího zdravotního postižení, jehož cílem nebo důsledkem je narušení nebo zrušení uznání, užívání nebo uplatnění všech lidských práv a základních svobod na rovnoprávném základě s ostatními, a to v politické, hospodářské, sociální, kulturní, občanské nebo jiné oblasti.“*[106]

Důvod diskriminace spočívající ve zdravotním postižení osoby má oproti ostatním diskriminačním důvodům svá specifika. Ta spočívají zejména v důrazu na povinnost ostatních aktivně něco konat, aby mohlo dojít k zapojení jedince se zdravotním postižením do života společnosti, a tím nedocházelo k jeho diskriminaci.[107]

Diskriminaci rozlišujeme přímou a nepřímou. Přímou diskriminací se rozumí situace, v níž se s jednou osobou zachází méně příznivě než s jinou osobou ve srovnatelné situaci (např.: z důvodu rasy, pohlaví, národnosti, víry atd.). Poněkud

[104] Diskriminace. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví*. [online] (c) 2017 [cit. 2018-01-18]. Dostupné na WWW: http://www.cmhcd.cz/stopstigma/pribehy/pribehy-lidi-s-dusevnim-onemocnenim/diskriminace-1/
[105] ŠKODA, M. Předsudky, diskriminace a stigmatizace jako závažné etické problémy spojené s léčbou psychicky nemocných, s. 27
[106] ČERMÁK., M. *Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením*, s. 13
[107] Tamtéž, s. 13

složitější je z právního hlediska prokázat diskriminaci nepřímou.[108] Vychází totiž z toho, že určitá obecná právní úprava, která formálně neobsahuje žádnou zakázanou diskriminační klasifikaci, ve skutečnosti vyvolává diskriminaci při své aplikaci. Takováto norma, ačkoliv je v obecné rovině formálně v pořádku, a aplikuje se „rovně“, má a musí mít v realitě na své adresáty nerovný dopad (např.: restaurace vyhlásí bezvýjimečný zákaz vstupu psů, čímž zakáže vstup osobám se zdravotním postižením, které využívají vodicí nebo asistenční psy.[109]

4.2 Nejčastější oblasti diskriminace

Diskriminace se promítá prakticky do všech oblastí života duševně nemocného. Mění některé aspekty každodenního života nemocného například v rodině, v zaměstnání nebo při volnočasových aktivitách. V následující kapitole popisuji nejčastější oblasti, ve kterých k diskriminaci dochází, a reflektuji její projevy.

4.2.1 Diskriminace v bydlení

První oblastí kde může psychotické onemocnění hluboce zasáhnout je otázka bydlení. Snad nejviditelnějším projevem diskriminace z hlediska bydlení je takzvaný jev „Not In My Back Yard (NIMBY - tj. česky „ne v mém sousedství“). Tento jev popisuje tendenci lidí odmítat, aby bylo zařízení pro duševně nemocné umístěno v blízkosti jejich bydliště.[110]

Lidé s duševním onemocněním často uvádějí, že se ze strany sousedů setkávají s negativními reakcemi, zejména s verbálním napadáním. Se svou zkušeností se v knize „Ti, kterým se vyhýbáme“ (2011) podělila Louise: *„Když jdu třeba ven, tak slyším sousedy, jak říkají: „támhle jde ta bláznivá ženská!“ Kdo jim dal právo mě takhle soudit jenom kvůli tomu, že nevyhovuji jejich představám? Je to, jako když si z vás lidé dělají legraci a vy jim na to něco odpovíte. To potom vždycky řeknou: „No jo, ty jsi ten blázen nebo paranoik.“ No možná ano, ale to neznamená, že jsem hluchá.“*[111]

[108] FIALOVÁ, E., KOLDINSKÁ, K. a kol. *Neviditelný problém: rovnost a diskriminacev praxi*, s. 15
[109] Srov. BOBEK, M. a kol. *Rovnost a diskriminace*, s. 52-53
[110] Srov. THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním, s. 33*
[111] THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním, s. 34*

Tyto zkušenosti lidé s duševním onemocněním uvádějí v praxi často, v odborné literatuře se ovšem neobjevují. Neobjevují se v ní ani jiné zkušenosti, které jsou u duševně nemocných často příčinou silné úzkosti, jako například frustrace v důsledku špatné kvality bydlení, které jim je poskytováno. Následkem tohoto je zřejmé, že problémy s bydlením mohou duševní onemocnění zhoršovat.[112]

4.2.2 Diskriminace v zaměstnání

Zjištění, v jak vysoké míře řada zaměstnavatelů projevuje neochotu přijmout osoby s diagnózou duševní nemoci, může být až šokující**.** V rámci neblíže specifikované studie, realizované v Kalifornii, byli zaměstnavatelé dotazováni na to, komu by svěřili práci prodavače/ky. Zájemci o místo s duševní nemocí byli hodnoceni jako nežádoucí ve stejné míře, jako lidé v minulosti odsouzení nebo jako „těžko přizpůsobiví jedinci". S ještě větší neochotou by vybírali zaměstnavatelé jen zájemce s akutní tuberkulózou. Řada zaměstnavatelů se bohužel nepřestává k náboru postižených osob stavět neochotně ani tehdy, když je to jejich zákonná povinnost.[113]

V souvislosti s tím, se nám objevuje reálné etické dilema, které řeší lidé s psychiatrickou léčbou v anamnéze. Spočívá v tom, zda by měli tuto informaci o sobě při žádosti o místo sdělovat či nikoliv. Z výše popsaných výsledků studie lze vyvodit silné důvody, proč bychom mohli dojít k závěru, že uvedení této informace sníží pravděpodobnost úspěchu. Na druhou stranu, jestliže žadatel tuto informaci zatají, znamená to, že nebude moci žádat ani o změny pracovní náplně tak, aby ji mohl lépe zvládat. Toto dilema tedy nemá snadné řešení. Známé jsou také případy zaměstnanců s psychiatrickým postižením, kteří po určitém váhání nakonec práci dostali, avšak za nižší plat nebo za horších pracovních podmínek.[114]

V knize od Thornicrofta (2011) se se svými zkušenostmi poděluje několik psychiatricky postižených osob:

„Každý zaměstnavatel bude moji diagnózu schizofrenie považovat za nevýhodu, a já proto budu váhat, jestli se mám vůbec o práci ucházet. Předpokládám, že budu v nevýhodnějším postavení než běžný člověk. Z toho, co se objevuje v médiích, mají lidé

[112] Srov. THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*, s. 37
[113] Tamtéž, s. 74
[114] Tamtéž, s. 75

o schizofrenii určitou obecnou představu. Je to velmi nebezpečný stav, víte, kdy mají lidé větší sklon k agresivitě a násilí, a to tak, že by někoho mohli i zabít. Já osobně jako schizofrenik bych něco takového neřekl. Je to pro mě frustrující, protože sám vím, o čem to je, a znám jiné lidi se stejnou nemocí, kteří do tohoto stereotypu nezapadají. Takže váhám, jestli mám jiným lidem vůbec říkat, že jsem schizofrenik. Tuto skutečnost utajovat nebudu. Ale pokud nebudu muset, raději to lidem říkat nebudu.“ Naryan, 28 let[115]

„Pracovala jsem v právní kanceláři jako recepční – stážistka. Nemohla jsem říct nadřízenému, že každý týden musím chodit k psychiatrovi, takže jsme mu místo toho řekla, že jednou týdně navštěvuji kurz. Když už to nešlo jinak a musela jsem mu říct, že budu hospitalizovaná, jeho reakce mluvila za všechno. Opřel se v křesle, jako kdyby ode mě chtěl být co nejdál. Jakmile se jen zmíníte o duševní nemoci, lidé od vás doslova couvnou.“[116]

Nejen hledání práce může být samo o sobě těžké. V rámci rozsáhlého průzkumu mezi více než 500 pracujícími lidmi s duševním onemocněním byli respondenti požádáni, aby popsali své hlavní problémy. Mezi nejčastěji zmiňovanými dalšími problémy byly tyto potíže: ztráta sebejistoty, pocity izolovanosti (vedoucí k horšímu pracovnímu výkonu), nedostatek porozumění ze strany kolegů, strach ze sdělení diagnózy, šikana nebo přidělování ponižujících pracovních úkolů s nízkými vyhlídkami na povýšení, častý stres a úzkost.[117]

Negativní zkušenosti v oblasti zaměstnání pojící se s psychiatrickou diagnózou popisuje ve své autobiografické knize Homo Psychoticus (2015) i autorka Monika:

„V posudku k přiznání invalidního důchodu III. Stupně mám napsáno, že z více než 80 procent nejsem schopna práce, ale že si mohu přivydělat, kolik chci. Zřejmě počítají s tím, že žádné práce schopna nejsem a nebudu. Třikrát jsem byla u přezkumné komise a teď naposledy mi důchod přiznali až do konce mého života. Je to zvláštní pocit, že už ode mě společnost nečeká, že bych kdy byla schopna někde pracovat. Ale já

[115] THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*, s. 45
[116] THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*, s. 75
[117] Tamtéž, s. 76

nějak s tímto faktem nemohu smířit. Kdybysem řekla, že mám invalidní důchod třeba na onemocnění pohybového aparátu, patrně bych místo dostala.“[118]

„Mám jednu nemilou a neveselou zkušenost. Přítel si všimnul, že v jedné galerii v centru města hledají prodavačku na poloviční pracovní úvazek. Upravila jsem podle toho svůj životopis a zašla tam. Mluvila jsem s prodavačkou a ta mi dala velkou naději. Řekla mi, ať přijdu odpoledne, že tam bude paní majitelka a že si musím pohovořit s ní. Tak jsem to tak udělala. Čím déle jsem si s paní majitelkou vykládala o svém vztahu k umění, tím víc ve mně naděje rostla. Až do chvíle, než se mě zeptala, na co mám plný invalidní důchod. Řekla jsem jí, že na duševní onemocnění. V tu chvíli jsem v její tváři uviděla, jak se lekla. Doslova lekla. Ještě jsem jí večer na její přání poslala emailem pár fotek svých obrazů a čekala jsem, až mi druhý den zavolá, jak slíbila. A dopadlo to tak, jak jsem čekala. Řekla mi ne. Že vzhledem k mým duševním problémům se rozhodla pro někoho jiného. Hodně mě to mrzelo. Cítila jsem smutek a vztek, že jsem duševně nemocná, že to mnoho lidí považuje za překážku mého případného zaměstnání a že je v lidech zakořeněný strach z psychických nemocí.“[119]

4.2.3 Diskriminace prostřednictvím médií

Veliký podíl na šíření negativních a frustrujících zpráv o duševně nemocných mají na svědomí média. Jaké informace o duševních nemocech v masmédiích převládají a jaké poselství nám sdělují? V rámci analýzy zpráv o duševních onemocněních zveřejněných v různých novinách po celém Novém Zélandu bylo dohledáno celkem 600 článků. Více než polovina článků zobrazovala duševně nemocnou osobu jako nebezpečnou a hlavním tématem, které se v nich objevovalo, bylo nebezpečí pro ostatní (61%), kriminalita (47%), nepředvídatelnost (24%) a nebezpečí pro vlastní osobu (20%). Autoři výzkumu došli k závěru, že „zobrazování lidí s duševním onemocněním v tiskových médiích je ve většině případů negativní, přehnané a neodpovídá realitě“.[120]

Průzkum uskutečněný v Kanadě přinesl velmi podobné výsledky. Noviny prezentovaly duševní nemoc způsobem, který by se dal označit za hanlivý. V USA bylo v roce 2002 rozřazeno do skupin přes 300 novinových článků o duševních nemocech.

[118] MALÁ, M. *Homo psychoticus*, s. 99
[119] MALÁ, M. *Homo psychoticus*, s. 99
[120] Srov.THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*, s. 134

Opět se zjistilo, že většina článků se zaměřovala na nebezpečí a násilí a často šlo o příběhy otištěné na první straně (39%). Mnohem méně často se uvedené články zabývaly léčbou (14%) či zotavením (4%). Velmi málo případů (20%) se zabývalo podporou zájmů pacientů a problémy, jako je například nedostatek investic do péče o duševní zdraví, nedostatek kvalitního ubytování nebo snahy o zajištění rovnoprávnosti v oblasti pojištění.[121]

Média, která se zabývají duševními nemoci, neposkytují mnoho přesných a podrobných informací, zdůrazňují násilí a posilují předsudky vůči lidem s duševním onemocněním.[122]

Pokud se podíváme do denního tisku, slova jako „šílenec“, „blázen“, „psychicky narušený“, která jsou sama o sobě hluboce stigmatizující, bývají zdůrazňována v případech, že trestný čin spáchal jedinec s psychickou poruchou, zatímco u většiny trestných činů není zdůrazněno, že je spáchal „psychicky zdravý jedinec“. Tato nevyváženost a neférovost mediálního pokrytí významně škodí psychicky nemocným lidem a jejich rodinám.[123]

U zobrazování duševních nemocí v televizních pořadech napříč různými zeměmi se dá očekávat určitá jednotnost. Jsou vykresleni jako lidé jednodušší či přihlouplí, nepředvídatelní, neproduktivní, asociální, zranitelní, vzhledem k nezpůsobilému chování nebezpeční pro sebe i pro druhé, nedůvěryhodní a také společenští vyděděnci a násilníci.[124]

4.2.4 Diskriminace v osobním životě: přátelství a intimní vztahy

Je zřejmé, že lidé s duševním onemocněním mohou být, co se týče setkávání s přáteli nebo udržení přátel, velmi hluboce zasaženi. Uvádějí, že jejich hodnota pro setkávání se s lidmi poklesla. Mají pocit, že výběr osob, s nimiž by se mohli reálně spřátelit, je omezen. Lidé s psychotickým onemocněním mívají obvykle menší sociální sítě než ostatní. Ve svém sociálním kruhu mají relativně více členů rodiny než přátel.

[121] Srov.THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním,* s. 153
[122] Tamtéž, s. 134
[123] Srov. OCISKOVÁ, M., PRÁŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch,* s. 57
[124] Srov.THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním,* s. 138

Užší sociální sítě a málo podpůrné vztahy mají za následek vyšší pravděpodobnost hospitalizací a relapsů duševně nemocných lidí.[125]

Thornicroft (2013) ve své tvorbě cituje vlastní zkušenosti duševně nemocných lidí:

„Od vypuknutí mé duševní nemoci jsem přišla o všechny své přátele. Také moji bývalí kolegové z práce se mnou přerušili veškeré kontakty. Přišla jsem o kariéru, vlastní byt, vlastní auto. Duševní nemoc mi zničila život.“[126]

„Nemyslím si, že člověk jako já může mít přátele. Snažila jsem se, opravdu usilovně jsem se snažila, abych si nějaké udržela, bylo to ale marné. Lidé se mě kvůli psychóze bojí. Nevím. Možná mají pravdu.“[127]

Stejnou zkušenost ve své autobiografické knize „Ve stínech za zrcadlem“(2013) popisuje autorka tvorby:

„Pokud se člověk vrátí domů a je připoután na vozíček, dostane se mu velké lítosti a účasti od okolí. Ale pokud se vrátíte z psychiatrické léčebny, dostanete zkrátka cejch. Těšíte se na příbuzné a kamarády. A najednou zjistíte, že okolí vás začíná vyřazovat. Jakoby snad šílenství bylo prudce nakažlivé. Stává se to navíc v době, kdy kamarády, přátele a známé přímo zoufale potřebujete. Ještě slabá jste ponechána napospas boji, který už nevedete pouze sama se sebou, ale teď nově navíc i se svým okolím. Až absolvování dlouhé psychoterapie vás dovede k poznání, že i v tomto bodě záleží pouze na vás. Můj psycholog mě učil, že člověk si dává stigma především sám. Jenže abyste tuto teorii dokázali přijmout, musíte nejdřív projít dlouhodobější kvalitní terapií. Musíte především vy sami pochopit, že psychická nemoc není hanbou ani ostudou. Postupně zjišťujete, že ti, co vás odsuzují, tak činí především ze své nevědomosti. Copak by se někdo styděl za to, že si zlomil nohu? A není divné stydět se za jakoukoli nemoc? I psychickou?“[128]

[125] Srov.THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*, s. 47
[126] THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*, s. 45
[127] THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*, s. 49
[128] BEDNÁŘOVÁ, M., HORKÁ, L. *Ve stínech za zrcadlem aneb O životě s psychózou*, s. 52

4.3 Postoje společnosti k lidem s psychotickým onemocněním

Diskriminace zdravotně postižených se od ostatních typů diskriminace liší tím, že se potenciálně týká všech členů společnosti. Hranice mezi „my“ a „oni“ je totiž nejen umělá, ale především proměnlivá. Přesto však „zdraví lidé“ mají tendenci vnímat zdravotně postižené jako „ty druhé“ a potlačují tak vědomí i hlubokou úzkost, že postižení může postihnout kohokoliv kdykoliv. Zdravotně postižení lidé proto vždycky trpěli stigmatem, předsudky a vyloučením ze společnosti.[129]

Emocionální postoj veřejnosti k duševně nemocným mívá ambivalentní charakter – obsahuje pozitivní i negativní citové hodnocení. Duševně nemocní lidé jsou předmětem soucitu, protože je potkalo neštěstí, vesměs zcela bez vlastního zavinění. Zároveň vzbuzují hrůzu a odpor, protože představují něco negativního, čemu je lépe se vyhnout. Velkou roli u duševních onemocnění hraje neinformovanost, protože vyvolávají více strachu, než běžné choroby. Postoje se mění velmi obtížně, mnohdy lze mluvit o stereotypu, resp. předsudku.[130]

Duševně nemocným bývá přisuzována role blázna. Očekává se nezvyklé chování, nebezpečnost, nekontrolovatelnost, nezodpovědnost a možná agrese. Proto veřejnost jako celek vůči jedincům s duševními poruchami zachovává výrazný odstup. Základním chováním k označenému duševně nemocnému je odstup a snaha postiženého jedince pozorovat. Laici si všímají především vnějších projevů postiženého, výrazů, pohybů, postojů, řeči a registrují neobvyklé projevy. Pokud zjistí, že označený se „divně chová“ nebo „blázní“, začne značkovací proces, který může vést až k trvalé stigmatizaci.[131]

Nejvýznamnějšími identifikačními kritérii duševní poruchy jsou pro laiky nápadnosti v reakcích a chování. Odlišnost a nepřiměřenost jednání patří k důležitým rozpoznávacím znakům (*„chová se jako blázen“, „jedná jak smyslů zbavený*“). Podle laiků je nedostatek rozumného uvažování příčinou takového chování, jakého by se myslící člověk nikdy nemohl dopustit. Předpokládá se, že duševně nemocný neví, co dělá, nic nechápe a nic si nepamatuje. Tvrzení duševně nemocného považuje veřejnost

[129] Srov. FREDMAN, S. *Antidiskriminační právo,* s. 56-57
[130] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese,* s. 169
[131] Srov. OCISKOVÁ, M., PRÁŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*, s. 28

za nedůvěryhodné a podezřelé. Není tudíž zvykem takovému člověku věřit, ať už povídá, co chce. Je to blázen, takže ani nelze očekávat, že by se mohl chovat jinak.[132]

Laik věří, že pozná duševně nemocného již podle vzhledu. Má „v sobě něco“, čím se liší od zdravých.[133]

Odlišné chápání světa, neschopnost porozumět i běžným situacím a zdánlivé chybění logiky v uvažování nemocných psychózou, vyvolávají u laické veřejnosti přesvědčení o jejich nevyzpytatelnosti. Tento názor většinou nevyplývá z vlastní zkušenosti s nemocnými, ale ze zafixovaného, stereotypního postoje dané společnosti. Již pouhá přítomnost člověka s vážnou duševní chorobou laiky znepokojuje, protože nemocný se, na rozdíl od zdravých lidí, neřídí běžnými pravidly a normami, a jeho chování může být zcela nepředvídatelné. Z tohoto důvodu se ho ostatní lidé raději straní. Laik sice ví o různých potížích, které se týkají samotného nemocného, hlavní roli v hodnocení takových lidí hrají však odchylky těch kompetencí, jež se projeví narušením chováním.[134]

Laické hodnocení duševně nemocného je ovlivněno jeho sníženou schopností adekvátní orientace ve světě a nedostatečnou regulací vlastního chování. Ve stereotypu obrazu duševně nemocného je zdůrazněno nerespektování běžných sociálních norem a z toho vyplývající narušení sociálních vztahů. Nemocný trpící psychózou působí sobě i svému okolí mnohé potíže. Veřejnost se ve vztahu k nepřijatelnému chování takového člověka cítí bezmocná, neboť zde nemůže uplatnit běžné prostředky, které bývají účinné při regulaci chování zdravých jedinců v obvyklých sociálních situacích. Odlišné chování je sice součástí role také u somatických nemocných, ale ti mívají na svou situaci náhled, zatímco duševně nemocným trpícím psychózou soudnost chybí.[135]

Nemocný bývá posuzován jako osoba nesvéprávná, nedostatečně kompetentní k rozhodování o čemkoli, tedy i o sobě samé. Manipulující a ochranitelský postoj veřejnosti vyplývá z běžného stereotypu pojetí duševně nemocného. Takového člověka je třeba chránit před ním samým a zároveň je nutné ho izolovat, aby nebyl nebezpečný

[132] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese,* s. 169
[133] Srov. JANÍK, A. *Veřejnost a duševně nemocný,* s. 73
[134] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese,* s. 169
[135] Srov. Tamtéž, s. 169

společnosti. Umístění duševně nemocného v psychiatrické léčebně splňuje představu o ochraně pacienta a zároveň o jeho izolaci.[136]

Svou zkušenost s postojem veřejnosti popsala ve své knize „Ve stínech za zrcadlem“ (2013) autorka takto: *„Známí, kteří mě potkávali, se často ptali na moji diagnózu. Odpověděla jsem. Většinou následovala otázka: „Tak ty jsi nebezpečná?“ To bolelo. Hodně bolelo. Přímo bodalo do srdce. A najednou se o mě mluvilo jako o nebezpečném zločinci, kterého je třeba bedlivě hlídat. Přitom jsem se nikdy násilně neprojevila.“*[137]

4.3.1.1 Předsudky

Předsudky s problematikou stigmatizace a diskriminace úzce souvisejí, protože důsledkem předsudku tyto dva negativní fenomény vznikají. Předsudek je tedy jakýsi předstupeň stigmatizace a diskriminace. Proto mi přijde důležité věnovat tomuto pojmu krátkou kapitolu.

Předsudek je charakteristický rigiditou, iracionalitou a obtížnou ovlivnitelností novými zkušenostmi, protože nevyplývá z pochopení určitého jevu, člověk přejímá jeho interpretaci v předem dané a ještě zjednodušené formě. Předsudek je sice nepřesným, emočně zkresleným a nesprávným hodnocením situace, ale pro laika je výhodný - nemusí se namáhat uvažováním o věcech, které nezná. Člověk má totiž vrozenou dispozici reagovat na vše, co se nějakým způsobem liší od normy, jako na něco negativního nebo ohrožujícího.[138]

Předsudek slouží jako laické diagnostické kritérium, podle něhož bývají postižení posuzováni. Ve vztahu k některým druhům defektů se zafixovaly negativní a odmítavé postoje, které se těžko překonávají a brání uspokojivé integraci takto postižených lidí do společnosti zdravých.[139]

Typickým projevem předsudků v postoji k postiženým je tendence ke generalizaci, sklon vidět je všechny stejně, bez ohledu na jejich individuální odlišnosti,

[136] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 170
[137] BEDNÁŘOVÁ, M., HORKÁ, L. *Ve stínech za zrcadlem aneb O životě s psychózou*, s. 25
[138] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 99
[139] Tamtéž, s. 99

které existují samozřejmě i v této skupině. Neochota měnit postoje může souviset s nedostatkem informací, s kognitivní pohodlností a stereotypií životního stylu.[140]

4.4 Stigmatizace

Druhý jev, který negativně zasahuje do životů duševně nemocných je stigma.

Tento termín uvedli v život Řekové, aby vyšlo najevo cosi neobvyklého a špatného o morálním statusu označovaného. Tyto znaky se vyřezávaly či vypalovaly do těla a upozorňovaly, že jejich nositelem je osoba pošpiněná, jíž je radno se vyhýbat, a to zejména na veřejnosti.[141]

Znamení na kůži způsobené ostrým nástrojem se používalo především k označení tuláků či otroků. V moderní době se jako „stigma“ začal označovat „jakýkoliv přívlastek, rys nebo porucha, které jednotlivce hodnotí jako nepřijatelně odlišného od „normálních“ lidí.[142] Stigma bývá příčinou diskriminace svého nositele. Člověk je totiž vyloučen z plného přijetí společností, tzv. normální většinou a v důsledku toho dochází k určité formě diskriminace ze strany společnosti. Stigmatizovaní mohou být například trestáni, mohou jim být omezována nebo odnímána práva, mohou být vystaveni posměchu anebo odmítavým reakcím. Stigmatizace osob s psychickou poruchou v sobě nese předpoklad o jejich morální slabosti, nebezpečnosti, kontaminaci a vině.[143]

Na rozdíl od stigmat rasových patří duševní porucha mezi stigmata působící hlavně v situacích úzkého interpersonálního kontaktu, jako jsou rodina a pracoviště.[144]

Stigmatizace vede k výrazným emočním reakcím jako je pohrdání, hněv, nenávist nebo strach. Stigmatizace může mít devastující vliv na vztahy a vést k diskriminaci v zaměstnání, rodině (nezřídka dochází k diskriminaci celé rodiny) a dalších oblastech. V možnostech bydlení, vzdělávání, poskytování zdravotní péče.[145]

[140] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese,* s. 99
[141] Srov. GOFFMAN, E. *Stigma: Poznámky o způsobech zvládání narušené identity,* s. 9
[142] Srov.THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním,* s. 195
[143] Srov. OCISKOVÁ, M., PRÁŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch,* s. 21
[144] Tamtéž, s. 22
[145] Tamtéž, s. 25

Obraz „psychiatrického pacienta“ je pro jedince natolik stigmatizující, že raději odbornou pomoc nevyhledá nebo dává přednost somatickým odborníkům. Proto se část lidí s psychózou dostává k psychiatrovi pozdě, až v situaci, kdy je jejich chování nápadné a pro okolí ohrožující.[146]

Thornicroft (2011) popisuje čtyři hlavní prvky stigmatizace:

- nálepkování, kdy jsou osobní vlastnosti považovány za signál nebo vnímány jako nositelé důležité odlišnosti,
- stereotypizace, která znamená propojování těchto odlišností s nežádoucími vlastnostmi,
- separace, tedy kategorické odlišování mezi běžnou/normální skupinou a onálepkovanou skupinou, kdy se má za to, že jsou v některých ohledech naprosto odlišné,
- ztráta statusu a diskriminace.[147]

Záporné reakce druhých lidí se objeví velice snadno, ale pak je těžké je zastavit. Když už jednou vznikly, tak většinou nezáleží na vážnosti duševní nemoci ani na míře uzdravení. V jistém smyslu platí, že jakmile byl někdo jednou označen za pacienta s duševními problémy, je tato nálepka prakticky neodstranitelná.[148]

Stigma není skutečnou vlastností člověka, ale je mu sociálně přisouzeno. Postižený jedinec je společností do role stigmatizovaného manipulován. Má velmi málo privilegií, je mu přisuzováno více negativních vlastností, je více odmítán, a proto má větší tendenci k izolaci od zdravé populace.[149]

Lidé s diagnózou duševní poruchy diskriminaci očekávají, a bez ohledu na to, zda k ní skutečně dojde, může být takovéto očekávání samo o sobě nesmírně hendikepující. Tomuto jevu se říká rozdíl mezi reálným a pociťovaným stigmatem. „Reálné stigma“ odkazuje na epizody či události, kdy došlo k diskriminaci vůči lidem, kteří jsou považováni za nepřijatelné, zatímco „pociťované stigma“ označuje prožitky hanby a

[146] Srov. OCISKOVÁ, M., PRÁŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch,* s. 29
[147] Srov.THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním,* s. 205
[148] Tamtéž, s. 178
[149] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese,* s. 100

studu za svůj zdravotní stav a strach z reálného stigmatu. Zkušenost s reálnou stigmatizací je velmi častá a má významné důsledky.[150]

Nedávno provedený celonárodní průzkum v USA zahrnoval přes 1300 osob s diagnózou duševní nemoci a při rozhovoru se tito lidé se z větší části vyjádřili, že:

- mají strach, aby se na ně ostatní nedívali špatně,
- se v masmédiích setkali s tvrzením, která se jich dotkla nebo byla urážlivá,
- se vyhýbají tomu, aby druhým o svém zdravotním stavu říkali,
- se k nim druzí chovají jako k méně schopným, jsou odmítáni, nebo se jim druzí vyhýbají,
- jim bylo doporučeno, aby od svého života moc nečekali.[151]

Vážná duševní nemoc funguje jako silné sociální stigma. Pokud se člověk nedokáže alespoň minimálně přizpůsobit běžným požadavkům společnosti, vyvolává negativní odezvu okolí. Běžnou reakcí na odchylku od normy je odmítání odlišného jedince, popř. tendence k jeho úplnému vyloučení ze společnosti. Člověk trpící psychózou se do takovéto situace dostává velmi snadno. Nezvyklé projevy chování, vyplývající z jeho choroby, mu v očích okolí dávají pocit podivného, nenormálního jedince.[152]

Stigma výrazně zasahuje do života lidí s psychickou poruchou, omezuje je v důležitých životních cílech souvisejících se zaměstnáním, nezávislým životem, zdravím a cítěním se dobře.[153]

4.4.1 Sebestigmatizace

Mezi stigmatizací a sebestigmatizací je rozdíl, byť se vzájemně významně ovlivňují. Veřejné stigma je předsudek, který vede k diskriminaci, pokud lidé mají ve svých postojích specifické stereotypy, např. všichni lidé s duševní poruchou jsou potenciálně nebezpeční. Sebestigmatizace představuje dopad stigmatu na jednotlivce.[154]

[150] Srov.THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*, s. 179
[151] Tamtéž, s. 181
[152] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 168
[153] Srov. OCISKOVÁ, M., PRÁŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*, s. 40
[154] Tamtéž, s. 40

Sebestigmatizace je třífázový proces, kdy nemocný člověk přijímá negativní postoje, které vůči němu zaujímají druzí lidé, za své. První fáze probíhá v období, jakmile jedinec přestává být společností přijímán a následkem toho dochází k izolaci nemocného. V druhé fázi si nemocný tyto postoje přivlastní a začíná s nimi souhlasit. V konečné fázi s postoji veřejnosti souhlasí a aplikuje je na vlastní osobu.[155]

Sebestigmatizace má zásadní dopad na sebepojetí člověka. Následkem je větší očekávání odmítnutí od druhých, dále pak vede ke zvýšené sebekritice, studu a vyhýbání se sociálním kontaktům. Dále je spojena s poklesem sebedůvěry a sebevědomím, horším sociálním a pracovním fungováním, zvýšenou závažností příznaků a poklesem spolupráce v léčbě. Dochází ke změnám identity, pohledu na sebe a celkového sebehodnocení. Pacient pociťuje snížení vlastní hodnoty, přestává věřit, že dokáže řadu vlastních věcí řešit. Rizikem může být samovolné upuštění od léčby či vysazení psychofarmak.[156]

4.4.2 Stigmtizace rodiny a postoje rodiny k psychotickému členu rodiny

Stigma nezasahuje jen samotné osoby trpící duševním onemocněním. Terčem omezeného porozumění, zaujatého postoje a stigmatizujícího chování jsou také členové jejich rodin. V roce 1989 proběhl průzkum mezi téměř 500 členy Národní aliance pro duševně nemocné ve dvaceti státech USA, který se zaměřoval na jejich zkušenosti. Dotazované osoby vyjadřovaly velmi shodné názory. Téměř všechny označily za hlavní problém u svých duševně nemocných příbuzných stigma. Jako nejčastější důsledky tohoto stigmatu pro jejich nemocné příbuzné pak tyto osoby uváděly poškození sebeúcty, obtížné navazování a udržení přátelství, potíže s hledáním práce a neochotu připustit si existenci duševní nemoci. Pokud jde o nejhorší důsledky pro ně samotné, tak těmi nejzávažnějšími byly pokles sebeúcty a narušení rodinných vztahů. Tento lavinový efekt negativních postojů vůči členům rodin osob s duševním onemocněním bývá popisován jako „asociační stigma“.[157]

[155] Srov. OCISKOVÁ, M., PRÁŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*, s. 38
[156] Tamtéž, s. 40
[157] Srov.THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*, s. 27

Tendence přenosu stigmatu ze stigmatizovaného na jeho blízké vysvětluje, proč se obecně lidé takovým vztahům vyhýbají nebo se ty, které již existují, snaží ukončit.[158]

Ze strachu ze stigmatizace někdy příbuzní odrazují člena své rodiny od léčby na psychiatrii. Jakoby platilo, že „kdo se léči na psychiatrii, je blázen". Rodina se obává „hanby", která by na ni mohla být uvalena v důsledku označení člena rodiny za „blázna". Tuto „hanbu" se snaží zredukovat. Stává se, že pacient vyhledá léčbu nebo radu odborníka a příbuzní se rozzlobí, protože to podle nich nebylo třeba. Někdy může mít rodina svérázné postoje k léčbě a psychiatrickou intervenci pokládá za zbytečnou.[159]

Velkým problémem zde je skutečnost, že rodiny nebývají příliš začleněny do procesu léčby svého blízkého, který trpí duševní poruchou, přitom spolupráce s příbuznými má důležitý význam, a to především tehdy, je-li potřeba dlouhodobá léčba. Součástí kontaktu s rodinami by měla být dostatečná edukace o podstatě duševní poruchy a její léčba. Skrze edukaci pak může dojít ke korekci mylných přesvědčení o psychiatrických poruchách a léčbě, které příbuzní pacientů nezřídka zastávají, a snížení sebestigmatizace.[160]

Své zkušenosti ze života na tuto tématiku, níže popisují ženy ze dvou pohledů. První úryvek je reálná zkušenost zdravé matky, jenž má duševně nemocnou dceru. Druhý úryvek je z pohledu duševně nemocné dívky.

„Na veřejnosti se o psychicky nemocných nemluvilo, a pokud ano, tak ne zrovna dobře. Všechny informace byly tehdy" tabuizovány". K duševně nemocným se přistupovalo spíše ve smyslu: „Pozor na něj, je divnej!" Že by mohla být Markéta duševně nemocná, mě tehdy nenapadlo. Nebo jsem se téhle možnosti zřejmě podvědomě bránila a myslím, že jsem nebyla v rodině sama". matka Markéty.[161]

Maria:*„Kdybych měla nějakou somatickou nemoc a byla kvůli ní v nemocnici, rodina by mě navštěvovala a posílali by mi pozdravy s přáním, ať se brzy uzdravím. Když jsem ale byla v léčebně kvůli duševní nemoci, chodili za mnou málo a mezi*

[158] Srov. GOFFMAN, E. *Stigma: Poznámky o způsobech zvládání narušené identity*, s. 42
[159] Srov. OCISKOVÁ, M., PRÁŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch, s. 288*
[160] Tamtéž, s. 290
[161] BEDNÁŘOVÁ, M., HORKÁ, L. *Ve stínech za zrcadlem aneb O životě s psychózou*, s. 166

návštěvami byly dlouhé intervaly. A na nějaká přání brzkého uzdravení zapomněli. Nepředpokládá se, že se z duševní nemoci uzdravíte.“[162]

Stigma se nevyhýbá ani odborníkům na duševní zdraví. Psychiatři či psychologové bývají ve filmech znázorňováni jako poněkud potrhlí (doktor Chocholoušek), nebo zlí.[163]

4.5 Důsledky diskriminace a stigmatizace

Doposud jsme viděli, že případy skutečného setkání se s diskriminací a stigmatizací představují pro lidi s duševní nemocí běžnou skutečnost. Pro psychotiky je (sebe)stigmatizace a diskriminace každodenním zdrojem starostí a velkou bariérou pro společenskou participaci. Jaké jsou důsledky?

Mezi nejčastější důsledky se řadí sebestigmatizace, chronický stres, nízké sebehodnocení, demoralizace, deprese, opakované hospitalizace, skrývání psychiatrických zkušeností a problémů.[164]

Dále je to vyhýbání se společnosti, vyhýbání se návratu do práce, vyhýbání se intimním vztahům. Úsilí stáhnout se ze společnosti se u některých lidí s duševní nemocí může jevit jako vědomá a záměrná volba, jak minimalizovat nepříjemné důsledky kontaktu s lidmi, kteří jejich situaci nechápou. Může jít o snahu vyhýbat se situacím, při kterých diskriminace již nastala, nebo situacím, u kterých očekáváme stigmatizaci. Konečný výsledek je stejný – různá míra společenské izolace a odsouvání na okraj společnosti.[165]

Mezi další důsledky stigmatizace a diskriminace se řadí pocity studu, pocity ponížení či utrpení způsobené vědomím „špatného nebo hloupého chování“. Pramení zčásti z toho, nakolik se člověk cítí vinen za nějaké morální pochybení či slabost. Emocionální dopad může být velmi hluboký. Vlastní pocit, že člověk selhal, může být zdrcující. Takové pocity dokážou člověka s duševním onemocněním zahltit, aniž by byl ze strany druhých skutečně obviňován. Stud je odrazem závažného sebehodnocení lidí, kteří si myslí, že porušili nějaký nepsaný kodex toho, co znamená být právoplatným

[162] THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním,* s. 25
[163] Srov. OCISKOVÁ, M., PRÁŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch,* s. 278
[164] Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče,* s. 23
[165] Srov.THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním,* s. 184

členem společnosti. Není pak překvapením, že tento silný koktejl emocionálních reakcí na stigma a diskriminaci s sebou přináší i pocity bezmoci či deprese.[166]

Z uvedeného je vidět, že stigmatizace a diskriminace hluboce zasahuje do integrity člověka. Degraduje lidskou osobnost, znemožňuje naplňování potřeb, ovlivňuje smysl a kvalitu života a výrazně ovlivňuje průběh duševního onemocnění.[167]

4.6 Boj proti stigmatizaci (destigmatizace) a diskriminaci

Vzhledem k tomu, že jsme v předchozí kapitole viděli, jak rozsáhlé a závažné důsledky stigmatizace a diskriminace obnášejí, nastává otázka, co s tím?

K boji proti diskriminaci je potřeba zdokonalení právního systému. V budoucnu bude třeba častěji využívat právních opatření na ochranu lidí s duševní nemocí před nespravedlivou diskriminací. Přípravy, úpravy i zavádění takových předpisů a zákonů bude nejspíš účinnější, pokud se každé fáze přímo zúčastní i lidé s duševním onemocněním. To také plně odpovídá „standardnímu pravidlu“ Organizace spojených národů, ve kterém se uvádí, že *“státy by měly přizvat osoby s postižením a jejich rodiny i organizace, aby se účastnily veřejných vzdělávacích programů zaměřených na záležitosti související s postižením“.* Podobné postoje jsou rovněž předmětem oficiálních prohlášení v rámci Evropy: *„K významnému pokroku však nedojde bez potřebné politické vůle a zapojení zákonodárců do realistických politických strategií. Nezbytným krokem je konstruktivní zapojení všech dotčených stran včetně samotných osob s duševním onemocněním, jejich rodin, politiků, právníků, lékařů a neziskových organizací. Tito aktéři musejí vystupovat jako partneři a nikoli jako protivníci, jelikož všichni mohou přispět svým dílem“.*[168]

V Evropské unii jsou dnes zákony proti diskriminaci povinnou součástí legislativy. Tyto zákony musejí zakazovat veškerou diskriminaci na pracovišti, mimo jiné také z důvodu zdravotnického postižení. Členské státy mají rovněž povinnost vytvářet instituce dohlížející na dodržování těchto zákonů. Dozrál tedy čas, aby se různé státy podělily o své zkušenosti, jak úspěšné byly při uplatňování těchto zákonů při omezování diskriminace lidí s duševním onemocněním, a aby lépe pochopily, co zahrnout do nové

[166] Srov.THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*, s. 182
[167] Vlastní shrnutí
[168] THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*, s. 270

legislativy nebo jak upravit již existující zákony, jestliže se jim nepodařilo dosáhnout jejich původních záměrů.[169]

V současnosti 25 procent zemí na světě nedisponuje legislativou ohledně péče o duševní zdraví a polovina z těch států, které takové zákony mají, je přijala před více než 15 lety. Mezinárodní organizace, jako je WHO, mohou rovněž přispět k lepší péči a menší diskriminaci, když budou prosazovat potřebnost národních strategií péče o duševní zdraví a také zveřejnovat obsah směrnic. V roce 2005 mělo například pouhých 62 procent zemí na celém světě vypracovaný strategický systém péče o duševní zdraví. Ministerstva zdravotnictví evropských států podepsala Deklaraci o duševním zdraví a Akční plán s následujícími prioritami:

- podporovat povědomí o duševních nemocech,
- zasahovat proti stigmatizaci, diskriminaci a nerovnoprávnosti,
- poskytovat ucelené a integrované systémy zdravotní péče,
- podporovat kompetentní a efektivní pracovní sílu,
- uznávat zkušenosti a znalosti uživatelů služeb i pečovatelů.[170]

K Destigmatizaci je třeba řádné edukace společnosti, větší informovanost laické veřejnosti o duševních chorobách. Důležitý faktor je také způsob léčby nemocného, tedy psychiatrická reforma.[171]

V posledních letech byla v mnoha zemích vyvinuta řada iniciativ, které se zaměřovaly na destigmatizaci duševních nemocí ve společnosti. Mezi ně patří destigmatizační kampaně, veřejné diskuse, přednášky, programy stimulující zaměstnanost duševně nemocných, terénní a krizové týmy zvyšující léčenost závažně nemocných, posilování uživatelských hnutí a organizací, zavádění legislativy podporující práva duševně nemocných.[172]

Stigmatizace psychiatrických pacientů je vážným problémem, který vede k diskriminaci, řadu pacientů odvádí od léčby a vede ke znásobení jejich utrpení. Je proto důležité se zamýšlet nad možnými cestami k jeho snižování a realizovat destigmatizační programy. Důležitou roli v tomto procesu proměny postojů k duševně

[169] Srov.THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním,* s. 271
[170] Tamtéž, s. 280
[171] Srov. OCISKOVÁ, M., PRÁŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch,* s. 65
[172] Tamtéž, s. 67

nemocným má osvěta veřejnosti. Povědomí populace o současné problematice psychických poruch je velmi malá a je značně ovlivňována předsudky a masmédii. Udržuje se nepříznivý stereotyp duševně nemocného s celou řadou předsudků o jeho chování a léčbě.[173]

Důsledky, které stigmatizace a diskriminace přinášejí, vede odborníky na duševní zdraví a státní i nestátní organizace k úsilí vyvinout programy, které by snižovaly dopad stigmatu a diskriminace na duševní zdraví a kvalitu života pacientů i jejich příbuzných.[174]

Stigmatizace psychických poruch může být v zásadě redukována třemi přístupy: edukací, protestem a kontaktem. Ze všech tří jmenovaných možností snižování stigmatu se ukazuje jako nejefektivnější právě sociální kontakt. Přímý kontakt s osobami s psychickou poruchou zvyšuje osobní pozitivní pohled na ně.[175]

Cílem osvěty je mimo jiné popularizovat odborné poznatky o duševních nemocech tak, aby se svět laiků vymanil ze svých předsudečných postojů. Neznalost a předsudky totiž mají neblahý vliv na chování lidí, kteří jsou jimi ovlivněni.[176] Ačkoliv však vzdělávání a osvěta mohou pomoci ke změně postoje, doba trvání těchto změn nebývá dlouhodobá.[177]

Úspěch u snížení stigmatizace mají zpravidla dlouhodobé programy, nikoli jednorázová akce, byť rozsáhlá kampaň. Osvětové programy boje proti stigmatizaci proto potřebují působit spíše kontinuálně, nenásilně, být spíše běžnou součástí plánů zdravotních a sociálních služeb než mediálně propagovanou velkolepou jednorázovou kampaň. Pro destigmatizační program je také velmi důležité, aby byl snadno srozumitelný, měl jednoduchý plán i hodnotící nástroje.[178]

[173] Srov. OCISKOVÁ, M., PRÁŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*, s. 253
[174] Tamtéž, s. 253
[175] Tamtéž, s. 257
[176] ŠKODA, M. *Předsudky, diskriminace a stigmatizace jako závažné etické problémy spojené s léčbou psychicky nemocných*, s. 26
[177] Srov. OCISKOVÁ, M., PRÁŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*, s. 258
[178] Tamtéž, s. 260

4.7 Destigmatizační aktivity pořádané v České republice

V této kapitole budu popisovat nejčastější a největší destigmatizační aktivity, které jsou pravidelně pořádány neziskovými organizacemi a sociálními službami v ČR.

Centrum pro duševní zdraví se od roku 2004 účastní projektu „Změna“, který se celostátně zaměřuje na boj proti stigmatizaci a diskriminaci duševně nemocných. V rámci projektu byla uspořádána celá řada kampaní.[179]

Zajímavým přístupem ve snaze snížit stigmatizaci je festival „Mezi ploty“. Je to jeden z nejvýraznějších rozsáhlých uměleckých festivalů v ČR, který se koná každoročně v Praze, Brně a Dobřanech. Program probíhá v areálech psychiatrických zařízení. Festival kombinuje komerční úspěch se sociálním posláním. Cílem je „otevřít dveře“ psychiatrické nemocnice pro změnu negativního obrazu veřejnosti k duševním nemocem. Festival umožnuje umělcům z řad nemocných vystupovat před veřejností společně s profesionálními umělci.[180]

Projekt „Blázníš? No a!“ je zaměřený na mladé lidi ve věku 15–25 let. Spuštěn byl organizací FOKUS Praha se zaměřením na studenty středních škol. Hlavní myšlenkou je fakt, že vhodné vzdělání a objektivní informace o duševní nemoci a léčbě mohou prolomit stereotypy, strach a separaci. Projekt probíhá ve škole, kam dochází projektový tým složený z „moderátora“, experta v oblasti duševního zdraví a jednoho až tří „odborníků“, osob, které mají osobní zkušenost s duševním onemocněním. Cílem je, aby si mladí lidé uvědomovali, že fyzické a psychické krize se mohou dotknout každého, a věděli, že existují způsoby, jak je překonat.[181]

Každým rokem začátkem podzimu se koná kampaň „Týden duševního zdraví“. Během tohoto týdne se koná řada koncertů, výstav, diskuzí a workshopů s cílem podpořit sociální a emocionální pohodu obyvatel. Existuje několik organizací podílejících se na destigmatizačních aktivitách, mezi něž patří Sympathea, Vida, Green Doors, Práh, Lomikámen, Ledovec, Domino a již zmíněný Fokus.[182] Smyslem celé akce Týdnů pro duševní zdraví je co nejvíce informovat veřejnost o problematice duševně nemocných, mentální hygieně jako prevenci duševních onemocnění i o aktivitách

[179] Srov. OCISKOVÁ, M., PRÁŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*, s. 261
[180] Srov. OCISKOVÁ, M., PRÁŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*, s. 261
[181] Tamtéž, s. 262
[182] Tamtéž, s. 262

organizací působících v sociálně zdravotní oblasti a tím přispět ke zlepšení postoje k duševně nemocným a větší toleranci společnosti.[183]

Projekt „Změna“, který spustilo Centrum rozvoje péče duševního zdraví v roce 2005, je destigmatizační kampaň v pražských stanicích metra a dopravních prostředcích – letáky, plakáty s příběhy duševně nemocných, výstava obrazů duševně nemocných lidí, anonymní poradenství, tisková konference, bezplatná odborná měsíční poradna.[184]

Organizace Vida pořádá besedy a přednášky na školách na téma „Jak se žije s duševním onemocněním“. Spolupráce na osvětových kampaních, spolupráce s médii.[185]

Zapojení uživatelů v tréninkových kavárnách a obchodech (V projektu zapojeny organizace Green Doors, o.s., Práh, Lomikámen, Fokus). Uživatelé psychiatrických služeb se dostávají do kontaktu s širší veřejností jako obsluha či prodavači.[186]

Česká asociace pro duševní zdraví, od r. 1998 až dosud, vydávání časopis Esprit, jehož hlavním cílem je pomáhat lidem s psychickými obtížemi a jejich blízkým.[187]

4.8 Seznam nejdůležitějších mezinárodních dokumentů a právních norem zajišťujících ochranu před diskriminací

Přestože duševně nemocní mají stejná práva jako jiní občané, nejsou schopni je v důsledku svého onemocnění sami prosazovat a hájit. V následující kapitole představím nejdůležitější právní dokumenty a normy, které zajišťují lidem s duševním onemocněním právní ochranu před diskriminací.

1) Ústava České republiky (Ústavní zákon č. 1/1993 Sb.)

Ústava, jako základní zákon státu vymezuje základní postavení občana ČR. *„Každý může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon*

[183] *Týdny pro duševní zdraví*. [online] [cit. 2018-01-18]. Dostupné na WWW: http://www.tdz.cz/index.php?co=0
[184] Srov. OCISKOVÁ, M., PRÁŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*, s. 263
[185] Tamtéž, s. 264
[186] Tamtéž, s. 263
[187] Tamtéž, s. 263

neukládá". Toto klíčové ustanovení je východiskem pro úpravu lidských práv a svobod.[188]

2) Konkrétněji ukotvuje základní lidská práva **Listina základních práv a svobod**

Je součástí ústavního pořádku České republiky. Listina základních práv a svobod (Zákon č. 2/1993 Sb.) je nadřazena nad jednotlivé zákony a určuje českému zákonodárství jeho hodnotovou orientaci.[189]

3) Nový občanský zákoník

Řeší v souvislosti s problematikou duševního onemocnění především okolnosti zbavení způsobilosti k právním úkonům a problematiku opatrovnictví.[190]

4) Zákon o péči o zdraví lidu (Zákon č. 86/1992 Sb.)

Tento zákon především stanovuje indikace k nedobrovolné hospitalizaci a povinnost ohlásit převzetí nemocného do péče bez jeho písemného souhlasu do 24 hodin soudu. Dále upravuje podmínky souhlasu s léčbou vedení zdravotnické dokumentace a přístup k ní a stížnostní procedury na způsob výkonu lékařské péče.[191]

5) Deklarace lidských práv a duševního zdraví

Byla schválena Světovou federací pro duševní zdraví v roce 1989. Definuje práva duševně nemocných.[192]

6) Deklarace práv duševně postižených lidí, Valné shromáždění OSN, 1971

Definuje 7 oblastí, na které mají lidé s duševním postižením právo, např: mají stejná práva jako ostatní občané, právo na ochranu před zneužíváním a ponižujícím jednáním, právo na přiměřený životní standard atd.[193]

---

[188] *Ústava ČR Listina základních práv a svobod*
[189] Tamtéž
[190] Nový občanský zákoník
[191] *Zákony pro lidi.cz*. [online] (c) 2010-2018 [cit. 2018-03-01]. Dostupné na WWW: http:// https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-20
[192] Práva duševně nemocných. *Česká asociace pro psychické zdraví*. [online] aktualizováno 2000 [cit. 2018-03-01]. Dostupné na WWW: http://capz esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/deklar_prava_dusev_nemoc.html
[193] Deklarace práv duševně postižených lidí. *Bioetika a lékařská etika*. [online] (c) 2008 [cit. 2018-03-01]. Dostupné na WWW: http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=59

7) Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod

Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (dále jen „Úmluva“) vstoupila v platnost v roce 1953. Tato úmluva představuje všeobecný katalog základních práv a svobod.[194]

Zdravotní postižení není sice v Úmluvě jako zakázaný diskriminační důvod výslovně zmíněno, nicméně v praxi bývá jako uznávaný důvod běžně podřazováno pod“ jiné postavení“.[195]

8) Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů, APA, Washington, 1992

Tímto tvrzením Světová zdravotnická organizace definuje klíčové oblasti, které by v rámci legislativy týkající se duševního zdraví měly být ošetřeny. Jedná se o oblasti zajištění lidské důstojnosti bez předsudků při výkonech zdravotní péče, aplikace minima omezujících opatření, práva na informace, dále o oblasti informovaného souhlasu, dokumentace atd.[196]

9) Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (ÚPOZP)

ÚPOZP je v současnosti stěžejním dokumentem mezinárodního práva, které prohlubuje, specifikuje a zaručuje práva osob se zdravotním postižením. Upravuje práva osob s postižením komplexně a netýká se pouze otázek diskriminace, ačkoliv ochrana před diskriminací tvoří jeden z hlavních pilířů tohoto významného lidskoprávního dokumentu. Účelem ÚPOZP je propagovat, zajistit a garantovat práva osob s postižením ze strany smluvních států. Kromě rovnosti příležitostí tvoří další pilíře zapojení (inkluze) a resocializace osob se zdravotním postižením.[197]

---

[194] Srov. MAREČKOVÁ, M., MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání,* s.43
[195] ČERMÁK, M. *Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením,* s.18
[196] Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů. *Česká asociace pro psychické zdraví*. [online] aktualizováno 2003 [cit. 2018-03-01]. Dostupné na WWW: http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/ deklar_mezinar_listina_prav.html
[197] Srov. ČERMÁK, M. *Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením,* s.10

10) Evropská úmluva o lidských právech a biomedicíně

Evropská úmluva o lidských právech a biomedicíně byla přijata v roce 1999. Pro lidi s postižením jsou důležitá ustanovení čl. 5 a čl. 6 řešící otázku informovaného souhlasu. Problematické je ustanovení čl. 7, který umožnuje podrobit člověka trpícího duševní poruchou lékařskému zákroku zaměřeného na léčbu duševní poruchy bez jeho souhlasu.[198]

11) Všeobecná deklarace lidských práv a svobod, Valné shromáždění OSN, 1948

Lidská práva neodmyslitelně patří k člověku. Lidská práva jsou práva, která náleží každému člověku právě proto, že je člověkem. My všichni jsme lidé, všichni máme nárok na lidská práva. Platí pro všechny stejně, pro každého jedince bez rozdílu rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, náboženství, politického nebo jiného smýšlení, národnostního nebo sociálního původu, rodu nebo jiného postavení.[199]

Teorie lidských práv obecně vychází ze dvou klíčových hodnot, kterými jsou lidská důstojnost a rovnost.[200]

Lidská práva jsou v etických kodexech zmíněna jako východisko a jako kritérium pro eticky správné jednání. Je tedy na místě přistupovat k etice v sociální práci především jako k disciplíně, která je založena na respektu k důstojnosti a k lidským právům klientů. Lidská práva tak tvoří základní rámec, který je etice sociální práce v tomto smyslu nejvlastnější.[201]

12) Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon)

Je základním dokumentem, který v českém právním řádu komplexně zakazuje diskriminaci a vymezuje prostředky ochrany, kterých může oběť diskriminace využít. Antidiskriminační zákon obsahuje výčet základních druhů diskriminace, vymezuje

[198] Srov.MAREČKOVÁ, M., MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání,* s. 44
[199] Srov. FISCHER, O., MILFAIT, R a kol. *Etika pro sociální práci,* s. 95
[200] Tamtéž, s. 96
[201] Tamtéž, s. 95

oblast práva, v nichž se zakazuje diskriminovat a také důvody, na jejichž základě není rovné zacházení (diskriminace) povoleno(a). Zákon stanoví také možnosti procesní obrany před diskriminací. Antidiskriminační zákon obsahuje vlastní definici zdravotního postižení, tedy vymezuje zdravotní postižení jako důvod, na základě kterého je zakázáno diskriminovat.[202]

4.9 Etický rozměr

Jak jsem již výše popisovala, diskriminace je poměrně často se vyskytující společenský jev, který souvisí s odepřením práv určité sociální skupině anebo jejím jednotlivým členům. „*Etika prosazuje individuální práva jedinců a zároveň chrání společné dobro*“[203]

Prvním, dle mého názoru obrovským, etickým úskalím, které diskriminace a stigmatizace obnáší, je tedy upírání práv, popřípadě zásah do lidských práv. Přestože existuje řada dokumentů, zákonů a norem, které diskriminaci kompletně zakazují a mají zaručit, aby k porušování práv nedocházelo, přesto zejména konkrétně u psychiatricky nemocných lidí k zásahům do jejich lidských práv a svobod dochází. Psychiatrické diagnózy páchají totiž jednu zásadní negativní věc a to tu, že přehlížejí člověka jako individuum s jeho specifickými potřebami a problémy.[204]

Vše začíná první psychotickou atakou – většinou dochází k nedobrovolné hospitalizaci, a aplikaci psychofarmak bez souhlasu pacienta. Později při těžší formě duševního onemocnění se k tomu může přidružit ještě omezení svéprávnosti. Jaké dopady tento druh „péče“ o duševně nemocné může mít na lidskou sebeúctu a důstojnost? Jak se asi musí cítit člověk, kterého proti jeho vůli zavřou do nemocnice? A co teprve člověk, který je na řadu let omezen ve svéprávnosti, takže o všechno musí prosit a dovolovat se svého opatrovníka? Nejedná se tu o znevažování hodnoty osobnosti a lidské důstojnosti v souvislosti s upíráním práv? [205]

[202] Srov. ČERMÁK, M. *Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením*, s. 19-20
[203] FISCHER, O., MILFAIT, R a kol. *Etika pro sociální práci*, s. 17
[204] Vlastní
[205] Vlastní

Etika si klade otázky „Co je dobré?“ a „Co je spravedlivé“? [206] Je takto nastavený systém psychiatrické péče a legislativy opravdu správný? Jak velký je to zásah do lidské důstojnosti? Jak velký je to zásah do lidských práv? A jaké to může činit následky? To všechno jsou otázky, na které je těžké najít správné odpovědi. Psychiatrie je oborem, u kterého dochází k neustálé reformě právě z těchto důvodů. Z důvodů neustálého hledání toho „správného“ či „dobrého“ přístupu k duševně nemocným. Na prvním místě hraje roli bezpečnost společnosti i bezpečnost samotného duševně nemocného jedince a z toho se vychází.[207]

Další etické úskalí, které se spojí s fenomény diskriminace a stigmatizace, jsem již nastínila pár kapitol výše. Jedná se o etické dilema, zda má duševně nemocný při hledání zaměstnání zaměstnavateli sdělit či nesdělit svou psychiatrickou diagnózu.[208] Na jednu stranu uvedení této informace může vést ke snížení pravděpodobnosti úspěchu získat žádanou pracovní pozici. Na druhou stranu, jestliže žadatel tuto informaci zatají, znamená to, že nebude moci žádat ani o změny pracovní náplně tak, aby ji mohl lépe zvládat. Toto dilema tedy nemá snadné řešení. [209]

Zmíněnou dilematickou situaci v práci se svými klienty řeším velmi často. Se zdravotním handicapem se počítá jen v chráněných dílnách. Pokud se snažíme klienty zaměstnat na volném trhu práce, ochota zaměstnavatelů přijmout duševně nemocného zaměstnance do své firmy není moc častá. A pokud ano, jedná se o úklidy nebo pomocné síly v kuchyni.[210]

Dle mého názoru v této otázce záleží především na závažnosti duševního onemocnění jedince. Pokud je jedinec dlouhodobě stabilizovaný a daří se mu, nemyslím si, že je podstatné, aby hned na začátku zaměstnavateli říkal o své diagnóze. Přeci jen je to citlivý údaj, který se nesděluje každému na potkání. V případě ale, že žadatel o práci není v dobré psychické kondici a vidina možného relapsu je pravděpodobná, zaměstnavatel by to vědět dle mého názoru měl i přes to riziko, že jedinec na základě

[206] Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 48
[207] Vlastní
[208] Srov. THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*, s. 37
[209] Vlastní
[210] Vlastní

toho nebude přijat. V takovém případě by totiž na něj neměl být vyvíjen nátlak jako na stoprocentně zdravého člověka, ale měl by mít práci „ušitou na tělo“. [211]

Z vlastní zkušenosti také vím, že pokud duševně nemocný zaměstnavateli svou diagnózu sdělí a je na pracovní pozici přijat, pracuje se mu tam mnohem lépe, než člověku, který je na pracovní pozici přijat a svou diagnózu tají. Na jedince bývá totiž vyvíjen psychický nátlak nejen z okolí ale především z vlastního nitra. Strach z prozrazení či z ataky je natolik velký, že stejně duševně nemocný mnohdy tento psychický nátlak neustojí a skončí s relapsem.[212]

Klientům tedy ve většině případech radím, aby své duševní onemocnění nezatajovali. Výbornou věcí je existence pracovních konzultantů v sociálních službách s cílovou skupinou duševně nemocných, kteří nejen, že pomáhají svým klientům s hledáním pracovního místa, ale také poskytují svým klientům v prvních dnech zapracování podporu přímo na pracovišti a kontrolují, zda nedochází ze strany zaměstnavatele či kolegů k projevům diskriminačního chování.[213]

Pokud však duševně nemocný jedinec není navázán na žádnou sociální službu, s dilematickou situací si musí poradit sám. Většinou však převládá zatajování své diagnózy.[214]

Dalším etickým úskalím je otázka po smyslu života. Opět se odkáži na vlastní zkušenosti, se kterými se setkávám v praxi. Se svými klienty velmi často řeším otázku smyslu života. Bohužel musím konstatovat, že velké množství mých klientů smysl života nemá nebo ho hledá. Příčinou je potýkání se se sociální izolací, nefungující sociální i rodinné vazby, nízké sebehodnocení, nulová náplň života, neschopnost najít zaměstnání, nízká kvalita života, nemožnost naplňování potřeb atd. Jaký je smysl takového života, který jedinci neposkytuje žádný osobní rozvoj?[215] *„Dle A. Maslowovi pyramidy potřeb stojí na úplném vrcholku potřeba seberealizace“.*[216] Pro lidskou bytost je přirozené se během života kultivovat. Vzdělávat se, něčeho dosáhnout, na něčem pracovat a něco po sobě zanechat. Člověk se tedy potřebuje v životě realizovat, a pokud naplnění této potřeby není saturováno, dochází k obrovské frustraci. Pokud se s tím ještě

[211] Vlastní
[212] Vlastní
[213] Vlastní
[214] Vlastní
[215] Vlastní
[216] MAREČKOVÁ, M., MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání, s. 81*

spojí nefunkční sociální sítě, které by jedinci poskytovaly pomoc v nepříznivých životních situacích, dochází ke ztrátě smyslu životu. Dochází k nabourání sebehodnocení a sebedůvěry. Duševně nemocný přijme za vlastní negativní postoje veřejnosti. A začne si klást otázky typu: „Co na tomto světě vlastně dělám?“ „Proč tu vůbec jsem?“ Stigmatizace a diskriminace duševně nemocných může dosahovat i takových rozměrů. Proto je velmi důležité v boji proti nim vydržet.[217]

Poslední etický problém nastiňuje Ondok (2005). Ten poukazuje na to, že k zahájení léčby při hospitalizaci na lůžkovém psychiatrickém oddělení je nutný dobrovolný a informovaný souhlas, který pacienti často v důsledku aktuálního akutního zdravotního stavu nejsou schopni objektivně posoudit a zhodnotit situaci a svobodně se rozhodnout tento souhlas dát.[218]

5 Specifické metody sociální práce ovlivňující diskriminaci a stigmatizaci u psychotických osob

V následujících kapitolách budu popisovat nejprve obor sociální práce jako takový, i s jejími specifiky s danou cílovou skupinou. Dále představím vybrané metody a nástroje sociální práce, které sociální pracovníci mohou v praxi využívat ke zmírňování stigmatizace a diskriminace u svých klientů. Jsou jimi komunitní péče, case management, recovery a psychiatrická rehabilitace. Krátkou kapitolu věnuji i etickému kodexu sociálních pracovníků, protože i ten přispívá v boji proti diskriminaci.

5.1 Sociální práce

Posláním sociální práce je poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám. Účelem těchto služeb je pomoci klientům vyrovnat se s jejich nezměnitelnými problémy, omezit nebo odstranit problémy, které lze vyřešit, případně přispět ke zlepšení situace tam, kde je možná úprava sociálních poměrů. Zároveň sociální práce vede dialog mezi tím, co chce společnost ve svých normách, a tím, co chce klient. Sociální práce v sobě nese nejen rysy jedinečnosti v rámci

[217] Vlastní
[218] Srov. ONDOK, J. P. Bioetika, biotechnologie a biomedicína, s. 117

specifického přístupu ke každému klientovi. Ale současně též rysy komplexnosti v přístupu k řešení sociální situace z hlediska ekonomického, psychologického, zdravotního, právního, sociologického a pedagogického. Cílem je pak podporovat klienta v jeho sociálním fungování.[219] Sociální fungování je mnohoznačný pojem. Odkazuje na to, že lidé a jejich prostředí jsou v trvalé interakci. Prostředí pak klade na člověka určité požadavky (definuje sociální role) a ten je nucen na ně reagovat. Mezi požadavky prostředí a člověkem je obvykle rovnováha. Problém nastává v okamžiku, jestliže člověk požadavky prostředí dostatečně nezvládá a rovnováha je tím narušena. Někteří lidé jsou schopni si s problémem poradit sami a zpět do rovnováhy se dostat. Jiní tuto schopnost nemají. Příčinou problému nebo jeho nezvládnutí může být jak nedostatek dovedností na straně klienta, tak nadměrnost požadavků prostředí vůči němu. Předmětem intervencí sociálního pracovníka je tedy snaha o interakce mezi způsobilostí klienta ke zvládání požadavků a tím, co prostředí od klienta očekává. Cílem sociální práce je podpořit sociální fungování klienta tím, že pomůže obnovit nebo udržet rovnováhu mezi dostatečnou kapacitou zvládání úkolů a přiměřenými požadavky prostředí.[220]

5.2 Specifika sociální práce s lidmi s psychotickým onemocněním

Práce s lidmi s psychotickým onemocněním je obecně náročná. Je potřeba orientovat se v základní psychopatologii duševní nemoci a brát ji při jednání s klientem s psychotickým onemocněním v úvahu.[221]

Duševní onemocnění většinou ukáže na potřebu odborné pomoci. Tady pak nastupuje sít pomáhajících pracovníků, specialistů, zařízení a organizací, které nabízejí své služby. Duševní onemocnění je mnohdy záludné, má individuální průběh a především je zahaleno mnoha mýty a předsudky. Základní vlastností sociálního systému služeb o duševně nemocné by mělo být aktivní vyhledávání. Do širokého systému služeb o duševně nemocné patříme všichni, kdo v pomáhajících profesích pracujeme.[222]

[219] MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 9
[220] Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 12
[221] Tamtéž, s. 126
[222] Tamtéž, s. 46

Klient s duševním onemocněním je především člověk. Nikdy bychom na něj neměli pohlížet jen jako na diagnózu, nebo jako na problém. Je to člověk, který má specifické potřeby a odlišné způsoby jejich uspokojení.[223] Dle etického kodexu sociálních pracovníků *„sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka.“*[224]

Při komunikaci s psychotickým klientem je třeba lépe vážit slova a počítat s tím, že klient může být zvýšeně vztahovačný, takže to, co by v běžné komunikaci proběhlo bez povšimnutí, může být zdrojem tenze a nedorozumění. V potaz musíme brát halucinace, které mohou vzájemnou komunikaci komplikovat. Mohou se stát „třetí osobou“ v probíhajícím rozhovoru. A nemusí být zrovna na naší straně. U halucinací však platí základní poučka – halucinace nikdy nevymlouváme.[225]

Kompetentní sociální pracovník také umí připravit pacienta na přechod z lůžkového zařízení do přirozeného společenství a pomáhá mu se zajištění návazné péče. Zabezpečení podmínek k životu (práce, bydlení, vztahy, finanční zabezpečení) jsou základní zřetele sociální práce ve fázi po hospitalizaci, které zabraňují mimo jiné mnohočetnosti krátkodobých opakovaných hospitalizací. Sociální pracovník klientovi pomáhá budovat most, který mu umožňuje hladší návrat z instituce zpět do domácího prostředí např. formou docházky do stacionáře či programu centra denních aktivit.[226]

Nástrojem pro vytváření vztahu mezi klientem a pracovníkem je komunikace. Ta musí být vedena s dostatečným respektem ke klientovi a přizpůsobena aktuální situaci, ve které se klient nachází. Jinak jednáme s klientem, který je stabilizovaný a jinak s klientem, který přichází v akutní krizi, v akutní atace, či je u něj již přítomný postpsychotický defekt osobnosti.[227]

V sociální práci s lidmi s psychotickým onemocněním je potřeba brát v úvahu také mnohdy sníženou vůli řešit různé životní situace. Někdy se na ně zlobíme, že jsou

[223] Tamtéž, s. 28
[224] Společnost sociálních pracovníků ČR. *Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR.* [online] aktualizováno 2018, [cit. 2018-01-18]. Dostupné na WWW: <http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=sspcr&lang=cz>
[225] Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 126
[226] Tamtéž, s. 137
[227] Tamtéž, s. 97

líní, pomalí, nedůslední a zapomínají. Jsou u nich mnohdy omezeny i běžné činnosti (péče o sebe, strava, hygiena apod.). Zapomínáme, že za tyto projevy je zodpovědná duševní nemoc. Nicméně to, že o těchto projevech víme a bereme je v úvahu, neznamená, že se je ve vzájemné spolupráci nesnažíme pomalu měnit.[228]

5.2.1 Komunitní péče

Jako komunitní péče je označován systém terapie, pomoci a podpory, který je obsahově i organizačně uspořádán tak, aby pomohl i lidem s vážnějším zdravotním postižením žít v co možná nejlepších podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem. Zároveň si klade za cíl poskytovat takovou míru podpory, aby pacient dosáhl co největší úrovně soběstačnosti a kontroly nad svým životem.[229]

Komunitní péče velmi pomáhá k destigmatizaci a zmírňování diskriminace např. v oblasti bydlení. Naše organizace FOKUS České Budějovice hledá svým klientům bydlení skrz správu domu v Českých Budějovicích, se kterou před několika lety zahájil spolupráci. Princip byl takový, že úředníci ze správy domu věděli, že jde do bytu samostatně bydlet duševně nemocný člověk. Zavázali jsme se, že klient bude pravidelně intervenován z naší strany a v případě, že by se něco dělo, bude správa domu kontaktovat naši organizaci a my budeme vzniklou situaci řešit. Dosud tento způsob funguje a správa domu s umisťováním našich klientů do jejich bytů nemá sebemenší problém.[230]

Idea komunitní péče je tvořena několika myšlenkami a předpoklady:

a) Komunita jako přirozené společenství má k dispozici mnohem více rozmanitých zdrojů pomoci a podpory než samotné zdravotnické a sociální služby.
b) Léčba v přirozeném prostředí předchází sociálnímu vyčlenění a naopak podporuje sociální začlenění. Tím dochází ke snižování stigmatizace, a naopak k posílení běžných sociálních vazeb pacientů s možností využití formálních i neformálních podpůrných sítí v obci.
c) Samo onemocnění (nemoc = ne-moci něco dělat) znamená omezení životních možností („co nemohu“). Systém péče, která zahrnuje širokou škálu služeb a

[228] Tamtéž, s. 128
[229] Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 211
[230] Vlastní

nabízí různé formy léčby, dává pacientům větší možnost volby, výběru („co mohu“). Umožnuje rovněž zapojování pacientů a rodinných příslušníků do řízení a poskytování péče.[231]

Nemoc a její symptomy tvoří pouze malou část života nemocného, proto ani léčba se nemá stát osou, kolem níž se točí celý pacientův život. Vhodně dimenzovaná péče staví na zdravých částech osobnosti pacienta a rozvíjí jeho individuální potenciál (opět „co mohu“). Situování léčby do přirozeného prostředí usnadňuje péči o práva a důstojnost nemocných, jakož i kontrolu kvality a efektivity služeb. Aspekt důstojnosti a lidských práv je jedním z hlavních ukazatelů kvality péče.[232]

Komunitní péče nesmí sloužit pouze k udržení klientů mimo nemocnici nebo ke stabilizování jejich symptomů, nýbrž také k pomáhání klientům při realizaci jejich cílů.[233]

Konečným cílem komunitní péče je podpořit účast lidí s psychickými omezeními ve společnosti. Bojovat proti stigmatizaci a prosazovat jejich práva. Systém komunitní péče vytváří kontext pro efektivní rehabilitaci a je významnou podmínkou pro příznivě probíhající procesy zotavování. Aktivní musí být i další skupiny a organizace, které tak podporují začlenění klientů do společnosti. Komunitní péče rovněž znamená, že klienti a jejich nejbližší získají významný podíl na vytváření „své“ nabídky podpory.[234]

5.2.2 Case management

Case management je specifická metoda komunitní práce, která spočívá v koordinaci péče o klienta jedním klíčovým pracovníkem (case managerem). Case manager je klíčová osoba nejen pro klienta, ale pro celý systém poskytování péče. Je koordinátorem práce týmu a odpovídá za vytvoření, aktualizaci a provádění plánu intervence.[235]

Case management slouží k získání přehledu o potřebách a schopnostech klienta, k plánování péče a podpory, k uskutečňování plánu s využitím zdrojů klientovo sociální

[231] Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 212
[232] Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 212
[233] Tamtéž, s. 24
[234] Tamtéž, s. 23
[235] Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, s. 132*

sítě, k monitorování dosažených výsledků a vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí. Za charakteristickou vlastnost case managementu lze považovat také to, že je realizován multidisciplinárním týmem. Týmy bývají složeny ze sociálních pracovníků, zdravotních (psychiatrických) sester, ergoterapeutů, pracovních konzultantů, psychiatrů, psychologů, rodinných terapeutů a peer konzultant (člověk s vlastní zkušeností uživatele psychiatrických služeb).[236] Prokázanými výsledky jsou snížení počtu hospitalizací, zvýšení stability bydlení, kontrolování psychických symptomů a zlepšení kvality života.[237] Case manager vnímá klienta takového, jaký je, včetně jeho silných a slabých stránek, podporuje jeho vnitřní důstojnost a sebehodnocení.[238]

Na pozici case managera, pracuji v organizaci FOKUS České Budějovice já. Proto mohu z vlastní zkušenosti říct, že tato metoda skutečně výrazně ovlivňuje kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Vzhledem k tomu, že dochází k intenzivní vzájemné spolupráci mě a klienta, mohu reagovat na jeho aktuální potřeby. Dochází tedy k okamžité pomoci tam, kde je to nutné. Např: Klientovi končí nájemní smlouva bytu a hrozí mu, že půjde na ulici.[239]

Metoda case managementu, významně pomáhá klientovi fungovat v oblasti mezilidských vztahů. V intenzivním kontaktu býváme nejen s klienty samotnými, ale také spolupracujeme s jejich rodinami a ostatními blízkými. Tyto vztahy bývají často narušeny v důsledku duševní nemoci klienta. Proto se prostřednictvím společných osobních schůzek či telefonických rozhovorů snažíme blízkým osobám duševně nemocného pomoci s porozuměním chování, projevů a jinak neobvyklými situacemi souvisejícími se zvláštnostmi nemoci.[240]

Hlavní zásady case managementu:

- <u>Zaměření na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii</u>
  Psychiatrická diagnóza se pojí se stigmatizací a nevypovídá dostatečně o potížích, schopnostech a nadějích klienta do budoucna. Existence a intenzita symptomů jsou sice významnými faktory ovlivňující kvalitu života, nikoli však tak významnými jako schopnost klienta fungovat v sociálních vztazích.

[236] Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 140
[237] Tamtéž, s. 145
[238] Srov. NEČASOVÁ, M. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci*, s. 49
[239] Vlastní
[240] Vlastní

- Podstatný je vztah klienta a case managera

  Vztah mezi case managerem a klientem je mnohdy významnější než přesný plán intervencí. Case manager by měl budovat vztah s vědomím, že čím více bude klient v postavení partnera, a ne pasivního příjemce pomoci, tím více budou intervence odpovídat klientovým skutečným potřebám.
- Intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí

  Při práci s vážně duševně nemocným klientem nastávají situace (klient je nebezpečný sám sobě nebo okolí), kdy case manager musí činit rozhodnutí, které jsou sice v zájmu klienta (nebo společnosti), ale v rozporu s jeho přáním. Case manager by se měl snažit těmto situacím předejít (například vytvořit s klientem plán řešení možné krize předem) a zohledňovat klientovo přání a volbu, kdykoli je to možné.
- Asertivita intervencí

  Case manager nemůže spoléhat na to, že klient požádá o pomoc sám. Je třeba znát a neustále mapovat klientovo situaci a pomoc mu nabídnout.
- Terapeutický optimismus

  I lidé s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním se mohou měnit, učit, zlepšovat a je třeba je v tom podporovat.
- Komunita je zdrojem podpory

  Úsilí case managementu by mělo směřovat k pomoci najít klientovi zaměstnání, přátele, zábavu a koníčky. Využití profesionálních služeb je na místě tehdy, když ostatní postupy selhávají.[241]

5.2.3 Koncept zotavení (recovery)

Pojem „recovery“ je do češtiny překládán jako zotavení. Zotavení (někdy také úzdrava) je popisováno jako hluboce osobní, unikátní proces změny přístupu, hodnot, pocitů, cílů, schopností nebo rolí člověka. Jde o žití spokojeného, nadějného a přínosného života navzdory omezením způsobeným duševní nemocí. Zotavení zahrnuje vývoj nového smyslu života člověka. Neznamená to dosažení úplného vymizení symptomů, ale úspěšnou životní adaptaci i přes přetrvávající symptomy.[242]

[241] Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 146
[242] Tamtéž, s. 103

Pěč a Probstová (2009) ve své tvorbě definuje zotavení jako „*hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojům hodnot, pocitů a cílů, dovedností a/nebo rolí. Je to způsob žití života, který přináší uspokojení, naději a prospěch i přes limity způsobené nemocí. Zotavení zahrnuje vytváření nového smyslu a účelu vlastního života"*. Zotavení tedy neznamená vyléčení se v lékařském smyslu.[243]

Zotavení spočívá v postupné výměně identity „pacienta" za identitu „občana". Je to aktivní přijetí nemoci i s jejím omezením. V tomto světle se musí klienti často zotavovat z psychiatrického stigmatu, které se stane součástí jejich osobnosti, ze závislosti na určitých formách jednání, ze svých neuskutečněných přání do budoucna a z omezených možností, které jim poskytuje společnost. Klienti definují svoje zotavování často jako překonání pocitů hlubokého zoufalství a bezmocnosti.[244]

Zotavení má 4 fáze procesu:

1. „Přemnožení" nemocí – klient se zaměřuje se především na mentální a tělesné přežití. Tuto fázi charakterizuje beznaděj, bezmoc a pocity izolace.
2. Zápas s nemocí – klient se snaží aktivně vyrovnat se symptomy a nalézt znovu sama sebe.
3. Život s nemocí – klient vyvíjí nové já a učí se znát svá omezení a silné stránky. Jsou znovu obnoveny staré role a nové se zkoušejí. Omezení jsou stále ještě pociťována, ale dochází k smíření se s nimi.
4. Život mimo nemoc – choroba se dostává více do pozadí. Klient se cítí spojen s ostatními a je opět schopen plnit požadované role. Je prostor pro nové významy a cíle v životě.[245]

V naší organizaci FOKUS České Budějovice probíhá skupina „Zotavení" pravidelně dvakrát do měsíce. Nevede jí přímo sociální pracovník, nýbrž naše kolegyně na pozici „peer konzultanta" (člověk s vlastní zkušeností s nemocí). Skupina probíhá tak, že vždy někdo z účastníků vznese problém, s kterým se potýká a ten se řeší. Cílem je naučit se žít s duševní nemocí plnohodnotný život – tedy destigmatizace v individuálních oblastech každého jedince.[246]

[243] Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 221
[244] Tamtéž, s. 20
[245] Tamtéž, s. 21
[246] Vlastní

5.2.4 Psychiatrická rehabilitace

Pojem rehabilitace vychází z latinského slova „habilitas“ (=schopnost) a předpony „re“ označují navrácení schopnosti. To, že zde rehabilitaci označujeme jako psychiatrickou, znamená, že se týká duševních poruch a navazuje na psychiatrickou léčbu, včetně léčby biologické nebo psychoterapeutické. Často užívaným termínem téhož významu je pojem „psychosociální rehabilitace“, vytvořený před devadesátými lety minulého století profesionály, kteří spíše vylučovali ze svého repertoáru biologickou léčbu a zdůrazňovali její sociální komponentu.[247]

V posledních letech rostou snahy povznést psychiatrickou rehabilitaci na vyšší profesionální úroveň.[248]

Pěč a Probstová (2009) ve své tvorbě definoval psychiatrickou rehabilitaci takto: *„Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svojí schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory“*.[249] Tato definice znamená, že záměrem rehabilitace je zvýšení vlastního fungování za současného snižování profesionální pomoci. Teoretické koncepty rehabilitace vycházejí z toho, že současná psychiatrická léčba dokáže zmírnit nebo odstranit symptomy psychiatrických poruch, nedokáže však zmírnit funkční účinky, které z poruchy vyplývají. Řada lidí tak může žít mimo nemocniční zařízení, kvalita jejich života je ale omezena jejich funkčními postiženími.[250] Důležité oblasti rehabilitace jsou bydlení, práce, učení a sociální kontakty.[251]

Jednou z nejzávažnějších otázek psychosociální rehabilitace, které je u nás i ve světě věnována zvýšená pozornost, je problematika zaměstnávání duševně nemocných. V této souvislosti je třeba zdůraznit, že práce není pro většinu jen zdrojem obživy, ale v nemenší míře též prostředkem seberealizace a výrazným sociálně rehabilitačním účinkem.[252]

[247] Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 94
[248] Tamtéž, s. 22
[249] PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 91
[250] Tamtéž, s. 94
[251] Tamtéž, s. 21
[252] Srov. HUTAŘ, J. *Sociálně právní minimum pro zdravotně postižené*, s. 23

Sociální pracovník může v oblasti zaměstnání svým klientům poskytnout vysokou míru pomoci především před diskriminací. V naší organizaci FOKUS České Budějovice máme pracovní konzultanty, kteří klientům pomáhají práci nejenom najít, vyjednat pro ně specifické pracovní podmínky, doprovázet je při zapracovávání na pracoviště, ale také dohlížet na dodržování práv a důstojné jednání ze strany zaměstnavatele i kolegů.[253]

Potíže duševně nemocných lidí nestačí řešit pouze na úrovni péče zdravotnické a nemocniční, ale je třeba zajistit pro ně další doplňkové sociální služby. Je to skupina, o niž pečují dva systémy. Sociální a zdravotní. Aby bylo možné poskytovat kvalitní péči, je nutné tyto systémy zkoordinovat.[254]

I když během klinické léčby dojde k výraznému omezení symptomů onemocnění, funkční postižení většinou zůstává. Mnoho duševně nemocných lidí stojí tváří v tvář dalším omezením vyplývajícím z individuálních okolností. Jsou to například malý finanční příjem, nedostatek sociální podpory, dlouhodobá hospitalizace, sociální bariéry ve formě stigmatizace, nedostupnost institucí poskytujících služby a nedostačující informace o službách. Kombinace více negativních faktorů může vést k silnému sociálnímu znevýhodnění a snížené kvalitě života. A právě na tyto osoby se zaměřuje psychiatrická rehabilitace.[255]

Pěč ve své tvorbě uvádí 9 principů psychiatrické rehabilitace:

1) Rehabilitace je zaměřená primárně na zlepšení schopností a kompetencí lidí s psychiatrickým onemocněním.
2) Přínosem psychiatrické rehabilitace pro klienta je zlepšení chování v prostředí, které potřebuje.
3) Přechodné zvýšení závislosti může vést k postupné nezávislosti.
4) Dvě základní intervence psychiatrické rehabilitace jsou rozvoj klientových dovedností a rozvoj zdrojů podpory v okolí.
5) Psychiatrická rehabilitace se zaměřuje na zlepšení dovedností v oblasti bydlení, vzdělávání a práce u osob s psychiatrickým postižením.

[253] Vlastní
[254] Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 127
[255] Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 98

6) Aktivní účast a začlenění osob do rehabilitačním procesu je úhelným kamenem celého procesu.
7) Dlouhodobá terapie léky je často nezbytným, ale nedostačujícím doplňkem rehabilitační intervence.
8) Psychiatrická rehabilitace je eklektická - používání tedy různé techniky.
9) Naděje je hlavní složkou rehabilitačního procesu.[256]

5.2.5 Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR

Jednání sociálních pracovníků dle etického kodexu, je základ v přístupu nediskriminujícího a spravedlivého chování ke všem svým klientům. Etický kodex dává sociálním pracovníkům také právo bojovat a vystupovat proti nerovnostem a porušování práv svých klientů.[257]

Dle etického kodexu má: *„Sociální pracovník právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.“*[258]

Dále se sociální pracovník zasluhuje o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.[259]

A v neposlední řadě sociální pracovník dále působí např. na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.[260]

Sociální pracovníci v sociální službě FOKUS České Budějovice z.ú., která podporuje osoby s duševním onemocněním, se řídí navíc ještě svým interním etickým kodexem. V tom se píše, že: *„Pracovník podává pravdivé a nezaujaté informace o oblasti duševního onemocnění, vyvrací ve společnosti zakořeněné předsudky vůči lidem*

[256] Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 99
[257] Vlastní
[258] Společnost sociálních pracovníků ČR. *Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR.* [online] aktualizováno 2018, [cit. 2018-01-18]. Dostupné na WWW: <http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=sspcr&lang=cz>
[259] Tamtéž
[260] Tamtéž

s duševní nemocí. Na veřejnosti aktivně vystupuje proti stigmatizaci lidí s duševním onemocněním a prosazuje jejich práva.“[261]

[261] Etický kodex organizace FOKUS České Budějovice, z.ú – Vlastní zdroj

Diskuze

Ve své diplomové práci jsem si stanovila dva cíle, nad kterými jsem bádala. Hlavním cílem mé práce je zjistit, v jakých oblastech jsou lidé s psychotickým onemocněním nejčastěji diskriminováni a jak diskriminace i stigmatizace zasahují do lidských práv, v souvislosti s kvalitou života. Dalším dílčím cílem bylo zjistit, jak může sociální práce přispět k mírnění diskriminace a stigmatizace u lidí s psychotickým onemocněním. S pomocí nashromážděných zdrojů jsem se pokusila na tyto otázky odpovědět.

Thornicroft (2011) popisuje, v jakých oblastech dochází k diskriminaci nejčastěji. Jsou to oblasti bydlení, zaměstnání, a oblasti interpersonálních vztahů. Jako nejproblematičtější se ukazuje oblast zaměstnání. Thornicroft (2011, str. 75) upozorňuje na etické dilema, které se nám v souvislosti s ním objevuje. Spočívá v tom, zda by měli tuto informaci o sobě při žádosti o místo sdělovat či nikoliv.

Také Hutař (2009, str. 23) upozorňuje na to, že by se problematice zaměstnávání u duševně nemocných měla vést zvýšená pozornost. Zdůrazňuje totiž fakt, že práce není pro většinu jen zdrojem obživy, ale v nemenší míře též prostředkem seberealizace a výrazným sociálně rehabilitačním účinkem.

Thornicroft (2011, s. 184) dále sděluje, že problém není pouze v hledání práce. Mezi nejčastěji zmiňovanými dalšími problémy se zaměstnáním jsou např. nedostatek porozumění ze strany kolegů, šikana nebo přidělování ponižujících pracovních úkolů s nízkými vyhlídkami na povýšení.

Stigmatizace i diskriminace výrazně zasahují do lidských práv a negativně ovlivňují kvalitu života. Na tomto faktu se shodnou všichni autoři. Probstová a Pěč (2009, str. 23) uvádí jako důsledky těchto dvou jevů například chronický stres, nízké sebehodnocení, demoralizaci, depresi či opakované hospitalizace. Thornicroft (2011, str. 184) ještě přidává např. vyhýbání se společnosti, vyhýbání se návratu do práce, vyhýbání se intimním vztahům, společenská izolace, sociální vyloučení.

Ocisková (2015) i Thornicroft (2011) se shodují na tom, že diskriminaci a stigmatizaci u duševně nemocných masivně ovlivňují média. Ocisková (2015, s. 7) píše, že *„Pokud se podíváme do denního tisku, slova jako „šílenec“, „blázen“, „psychicky*

narušený“, která jsou sama o sobě hluboce stigmatizující, bývají zdůrazňována v případech, že trestný čin spáchal jedinec s psychickou poruchou, zatímco u většiny trestných činů není zdůrazněno, že je spáchal „psychicky zdravý jedinec“. Tato nevyváženost a neférovost mediálního pokrytí významně škodí psychicky nemocným lidem a jejich rodinám“. Thornicroft (2011, s. 134) se odkazuje na různé průzkumy. Například v průzkumu v Kanadě vyšel najevo tento fakt: *„Více než polovina článků zobrazovala duševně nemocnou osobu jako nebezpečnou a hlavním tématem, které se v nich objevovalo, bylo nebezpečí pro ostatní (61%), kriminalita (47%), nepředvídatelnost (24%) a nebezpečí pro vlastní osobu (20%). Autoři výzkumu došli k závěru, že „zobrazování lidí s duševním onemocněním v tiskových médiích je ve většině případů negativní, přehnané a neodpovídá realitě“*

Jako problémová v dodržování lidských práv, se ukázala některá psychiatrická opatření. Večeřová-Procházková a Dušek (2010, str. 559) říkají, že omezovací prostředky v psychiatrii znamenají zásah do lidských práv a důstojnosti, nicméně jejich použití je někdy nezbytné.

Stejně tak se vyjadřují Marečková a Matiaško (2010, str. 105) k nedobrovolné hospitalizaci: *„Nedobrovolná hospitalizace je závažným zásahem do práva člověka na osobní svobodu, proto ji Česká lékařská společnost podrobuje přísným testům“.* Také omezení svéprávnosti je dle Marečkové a Matiaška (2010, str. 78) závažným zásahem do osobní integrity občana. *„Dotýká se totiž práv, která garantuje Listina základních práv a svobod*“.

Thornicroft (2011, str. 270) říká, že, k boji proti diskriminaci je potřeba zdokonalení právního systému.

Ocisková (2015, str. 65) říká, že k destigmatizaci je třeba řádné edukace společnosti a větší informovanost laické veřejnosti o duševních chorobách. Důležitý faktor je také způsob léčby nemocného, tedy psychiatrická reforma.

Ocisková (2015, str. 253) dále říká, že stigmatizace psychiatrických pacientů je vážným problémem, který vede k diskriminaci, řadu pacientů odvádí od léčby a vede ke znásobení jejich utrpení. Je proto důležité se zamýšlet nad možnými cestami k jeho snižování a realizovat destigmatizační programy.

Škoda (2016, str. 26) ve svém článku také mluví o důležitosti boje proti stigmatizaci a diskriminaci. Mluví zde o osvětě, jejímž cílem je mimo popularizovat odborné poznatky o duševních nemocech tak, aby se svět laiků vymanil ze svých předsudečných postojů. Neznalost a předsudky totiž mají neblahý vliv na chování lidí, kteří jsou jimi ovlivněni.

Nečasová (2001, s. 83) říká, že sociální pracovník je občan, který má více příležitostí přispět klientovi k obecnému dobru než ostatní.

Sociální práce může proti těmto negativním dvěma společenským jevům bojovat jednat prostřednictvím zmíněných akcí. Nebo prostřednictvím specifických metod. Např. psychiatrická rehabilitace (Pěč, Probstová, 2009, str. 98): *„I když během klinické léčby dojde k výraznému omezení symptomů onemocnění, funkční postižení většinou zůstává. Mnoho duševně nemocných lidí stojí tváří v tvář dalším omezením vyplývajícím z individuálních okolností. Jsou to například malý finanční příjem, nedostatek sociální podpory, dlouhodobá hospitalizace, sociální bariéry ve formě stigmatizace, nedostupnost institucí poskytujících služby a nedostačující informace o službách. Kombinace více negativních faktorů může vést k silnému sociálnímu znevýhodnění a snížené kvalitě života. A právě na tyto osoby se zaměřuje psychiatrická rehabilitace.“*

Dle etického kodexu mají „*sociální pracovníci právo podněcovat změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní“ (Etický kodex sociálních pracovníků ČR).* I toto tedy může být forma pomoci.

Závěr

Tato diplomová práce má za cíl nastínit etický rozměr diskriminace a stigmatizace u lidí s psychotickým onemocněním a popsat vliv sociální práce na jejich mírnění. Na základě podkladů, které jsem shromáždila, jsem se snažila poskytnout ucelený pohled na tuto problematiku.

Práce je teoretická a popisuji v ní příčiny vzniku, projevy, léčbu a jednotlivé typy psychotických onemocnění. Dále popisuji eticko-právní problematiku v psychiatrii v souvislosti s dilematy a upíráním práv a základních svobod duševně nemocným. V další části se zabývám problematikou stigmatizace a jednotlivými oblastmi diskriminace včetně jejich dopadů na duševně nemocného. Zmiňuji také destigmatizační aktivity pořádané v praxi sociálními službami a jinými neziskovými spolky na podporu lidí s duševním onemocněním. A v poslední kapitole popisuji specifika sociální práce při práci s psychotickými klienty a metody používané v sociální práci, vedoucí v praxi, k mírnění stigmatizace a diskriminace. Dosáhla jsem tak teoretického přehledu o problematice, který jsem obohacovala příklady z praxe, aby byla lépe pro praxi uchopitelná.

Jak jsme se již v práci dozvěděli, diskriminace je velmi často vyskytující se společensky nežádoucí jev, vlivem kterého dochází k odepření práv určité sociální skupině anebo jejím jednotlivým členům. Zasahuje všechny oblasti života. Postihuje oblast bydlení, zaměstnání, rodinných i jiných personálních vztahů. Duševně nemocní jsou ve velké míře také společností stigmatizovány. Důvody stigmatizace a diskriminace jsou různé. Největší podíl však na tom nese nedostatečná informovanost veřejnosti o duševních nemocech. Spousta lidí se o duševních nemocích dozvídá pouze prostřednictvím mediálních zdrojů, které ve většině případů, udávají negativní, mylné a nadsazené informace. Duševně nemocní bývají popisováni jako nebezpeční, „blázniví“ a hloupí lidé. Dalším důvodem jsou předsudky, které se k duševním nemocem odjakživa pojí a dobové vnímání rozdílů mezi lidmi. Důsledky, které však diskriminace a stigmatizace obnášejí, mají gigantický vliv na kvalitu života duševně nemocných lidí. Mezi tyto důsledky patří sebestigmatizace, chronický stres a deprese, nízké sebehodnocení, opakované hospitalizace, skrývání psychiatrických zkušeností a problémů. Dále je to vyhýbání se společnosti, vyhýbání se návratu do práce, vyhýbání se intimním vztahům, sociální vyloučení, pocity studu, pocity ponížení, pocity bezmoci. Z uvedeného je vidět, že

stigmatizace a diskriminace znemožňují naplňování potřeb člověka, zasahují do jejich práv a negativně ovlivňují kvalitu a smysl života.

Eticko-právní problematika je součástí psychiatrické péče. Paradoxně je aplikace psychiatrické péče spojena též s častým upíráním práv pacientů, zásahů do lidské důstojnosti a používání léčebných metod proti vůli pacientů. Ovšem použití těchto opatření je v psychiatrii někdy nezbytné. Jejich smyslem je totiž vždy ochrana samotného nemocného i jeho okolí. Jedná se o opatření omezující pohyb osob, nedobrovolnou hospitalizaci, aplikaci psychofarmak proti vůli pacienta a omezení ve svéprávnosti k právním úkonům. Přestože by se všechna opatření měla používat jen v nejkrajnějších případech a co nejšetrněji k lidské důstojnosti, z praxe vím, že pro mnohé pacienty, kteří si tím prošli, je to trauma, které je provází po zbytek života. Již samotná hospitalizace na psychiatrickém oddělení či v psychiatrické nemocnici, dává nálepku obrovského sociálního stigmatu. Stigmatizace psychiatrických pacientů je vážným problémem, který vede k diskriminaci, řadu pacientů odvádí od léčby a vede ke znásobení jejich utrpení.

Proti stigmatizaci a diskriminaci se ve společnosti bojuje nejen prostřednictvím legislativních dokumentů, norem a zákonů, ve kterých dochází k jejich neustálé reformaci a zdokonalování, ale do boje se zapojují také sociální služby, popřípadě jiné nestátní neziskové spolky. Jak jsme si již v této práci ukázali, existují tři možnosti destigmatizačního a antidiskriminačního boje. Je to osvěta, protest a přímý kontakt s duševně nemocným. Ze všech tří jmenovaných možností se ukazuje jako nejefektivnější právě přímý sociální kontakt. Ten totiž zvyšuje osobní pozitivní pohled. Druhým nejefektivnějším způsobem destigmatizačního a antidiskriminačního boje jsou edukační činnosti směrem k veřejnosti. Mezi destigmatizační akce se řadí různé kampaně, veřejné diskuse, přednášky či terénní a krizové týmy zvyšující léčenost závažně nemocných. Ty organizují především právě sociální služby spolupracující s duševně nemocnými klienty nebo jiné spolky podporující lidi s duševním onemocněním. Sociální pracovníci mají dle etického kodexu také právo podílet se na zavádění legislativy podporující práva duševně nemocných.

Již samotná práce sociálních pracovníků s duševně nemocnými lidmi by měla od samého začátku směřovat ke snižování stigmatu a diskriminujícího chování u svých klientů. Proto jsem popisovala ještě specifické metody, pomocí nichž se klientovi

pomáhá bojovat s vyskytujícími se oblastmi diskriminace a žít spokojený, nadějný a smysluplný život navzdory omezením způsobeným duševní nemocí.

Z výše uvedeného je patrné, že jsem v diplomové práci naplnila svůj cíl. Psaní této práce pro mě bylo velkým přínosem, protože jsem si obohatila své dosavadní znalosti a promítla je do své praxe. Zjištěné poznatky mohu dále v praxi rozvíjet. Doufám, že diplomová práce bude přínosem i pro širokou veřejnost, co se obohacení nových znalostí týče.

Seznam použitých zdrojů

1) ALANEN, Y. O. *Schizophrenia: It´sorigins and need-adaptedtreatment*. London: Karnac, 1997. ISBN neuvedeno.

2) ANZENBACHER, A. *Křesťanská sociální etika*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2004. ISBN 80-7325-030-6.

3) BANKS, S. *Ethics, Accountability and theSocialProfessions*. Basingstoke: Palgrave, 2004. ISBN978-0333751664.

4) BEDNÁŘOVÁ, M., HORKÁ, L. *Ve stínech za zrcadlem aneb O životě s psychózou*. Praha: TRITON, 2013. ISBN 978-80-7387-663-0

5) BOBEK, M. a kol. *Rovnost a diskriminace*. Praha: C. H. Beck, 2007. ISBN 978-80-7179-584-1.

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

7) ČERMÁK, M. *Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2012. ISBN 978-80-87181-08-9.

8) FIALOVÁ, A., STUCHLÍK, J. a kol. *Právní rádce: Příručka pro všechny, kteří se potkávají s duševní nemocí.* Praha: Česká asociace pro psychické zdraví, 2005. ISBN 80-239-5610-8

9) FIALOVÁ, E., KOLDINSKÁ, K. a kol. *Neviditelný problém: rovnost a diskriminacev praxi*. Praha: Gender Studies, o.p.s. 2010. ISBN 978-80-86520-30-8.

10) FISCHER, O., MILFAIT, R a kol. *Etika pro sociální práci*. Praha: JABOK, 2008. ISBN 978-80-904137-3-3.

11) FREDMAN, S. *Antidiskriminační právo*. Praha: Multikulturní centrum, 2007. ISBN 978-80-254-1054-7.

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

13) HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.

14) HILPERT, K. *Základní otázky křesťanské etiky*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2017. ISBN 978-80-7325-442-1.

15) HUTAŘ, J. *Sociálně právní minimum pro zdravotně postižené*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2009. ISBN 978-80-903640-4-2.

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

17) JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

18) KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.

19) MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.* Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

20) MALÁ, M. *Homo psychoticus*. Praha: TRITON, 2015. ISBN 978-80-7387-845-0

21) MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-4757-0.

22) MAREČKOVÁ, M., MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání.* Praha: Linde, 2010. ISBN 978-80-7201-801-7.

23) MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

24) NEČASOVÁ, M. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci*. Brno: Masarykova univerzita: 2001. ISBN 80-210-2673-1

25) *Nový občanský zákoník*. Úplné znění. Ostrava: Sagit, 2014. ISBN 978-80-7208-920-8.

26) OCISKOVÁ, M., PRÁŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: GradaPublishnig, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3

27) ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-486-1.

28) PAVLÍK, J. *Deklarace práv duševně postižených lidí* [online] (c) 2008, aktualizováno 2008, [cit. 2011-01-07]. Dostupné na www: <http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=59>.

29) PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče.* Praha: TRITON, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3

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

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

32) ŠKODA, M. Předsudky, diskriminace a stigmatizace jako závažné etické problémy spojené s léčbou psychicky nemocných. *Psychiatrie pro praxi*. 2016. Ročník 17, Číslo 2E, s. 24–34. ISSN 1213-0508.

33) THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním.* Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. ISBN 978-80-260-0302-1.

34) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-496-6

35) VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A., DUŠEK, K. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: GradaPublishing, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.

36) VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Zdraví a nemoc*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, 2011. ISBN 978-80-7394-326-4.

37) *Ústava ČR Listina základních práv a svobod*. Úplné znění. Ostrava: Sagit, 2006. ISBN 80-7208-587-5.

38) Schizotypální poruchy. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví*. [online] (c) 2017. [cit. 2018-01-07]. Dostupné na WWW: http://www.cmhcd.cz/stopstigma/poradna/psychiatr/psychoterapie-u-schizotypalni-poruchy/

39) Akutní a přechodné psychotické poruchy. *U psychiatra.cz* [online] (c) 2009-2016. [cit. 2018-01-18]. Dostupné na WWW: http://www.upsychiatra.cz/akutni-a-prechodne-psychoticke-poruchy/

40) Svéprávnost a možnosti jejího omezení podle nového občanského zákoníku. *Advokátní kancelář Hajduk a Partners*. [online] (c) 2016. [cit. 2018-02-20]. Dostupné na WWW: http://www.hajduk.cz/svepravnost-a-moznosti-jejiho-omezeni-podle-noveho-obcanskeho-zakoniku/

41) *Týdny pro duševní zdraví*. [online] [cit. 2018-01-18]. Dostupné na WWW: http://www.tdz.cz/index.php?co=0

42) Diskriminace. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví*. [online] (c) 2017 [cit. 2018-01-18]. Dostupné na WWW: http://www.cmhcd.cz/stopstigma/pribehy/pribehy-lidi-s-dusevnim-onemocnenim/diskriminace-1/

43) Práva duševně nemocných. *Česká asociace pro psychické zdraví*. [online] aktualizováno 2000 [cit. 2018-03-01]. Dostupné na WWW: http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/deklar_prava_dusev_nemoc.html

44) Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů. *Česká asociace pro psychické zdraví*. [online] aktualizováno 2003 [cit. 2018-03-01]. Dostupné na WWW: http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/deklar_mezinar_listina_prav.html

45) Deklarace práv duševně postižených lidí. *Bioetika a lékařská etika*. [online] (c) 2008 [cit. 2018-03-01]. Dostupné na WWW: http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=59

46) Společnost sociálních pracovníků ČR. *Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR.* [online] aktualizováno 2018, [cit. 2018-01-18]. Dostupné na WWW: <http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=sspcr&lang=cz>.

47) *Zákony pro lidi. cz.* [online] (c) 2010-2018 [cit. 2018-03-01]. Dostupné na WWW: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-20

Seznam zkratek

Etický kodex – Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

NOZ - nový občanský zákoník

OSN – Organizace spojených národů

ÚPOZP - Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Abstrakt

KŘISTKOVÁ, L. *Etický rozměr diskriminace a stigmatizace osob s psychotickým onemocněním a vliv sociální práce na jejich mírnění.* České Budějovice 2018. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Klíčová slova: diskriminace, stigmatizace, psychóza, duševní onemocnění, etika, sociální práce

Diplomová práce se zabývá problematikou diskriminace a stigmatizace osob psychotickým onemocněním, jejím etickým i právním rozměrem a specifiky sociální práce s touto cílovou skupinou. Tato práce se skládá z 5 kapitol. V první kapitole stručně definuji zdraví a nemoc obecně a specifika duševního zdraví a duševní poruchy. V druhé kapitole popisuji psychotické onemocněn všeobecně – tzn. vznik, příznaky a projevy, léčbu a stručně představuji i jednotlivé typy psychotických onemocnění. Ve třetí kapitole se zaměřuji na uplatňování etiky v sociální práci a na etickou a právní problematiku v psychiatrii. Čtvrtá kapitola se zabývá specifiky diskriminace a stigmatizace u osob s psychotickým onemocněním. Představuji nejčastější oblasti, ve kterých k diskriminaci dochází, důsledky, které diskriminace a stigmatizace přinášejí, aktivity vedoucí k jejich mírnění a právní normy, které mají vést k předcházení diskriminace a zajistit tak ochranu práv lidí s duševním onemocněním. Tuto problematiku eticky reflektuji. V páté poslední kapitole se zabývám specifiky sociální práce s lidmi s psychotickým onemocněním. Popisuji, jak s touto cílovou skupinou pracovat, představuji metody, pomocí kterých sociální práce pomáhá klientům s psychotickým onemocněním sociálně fungovat, začlenit je do společnosti a mírnit dopady stigmatizace a diskriminace.

Abstract

KŘISTKOVÁ, L. *The Ethical Dimension of Discrimination and Stigmatization of People with a Psychotic Illness and the Influence of Social Work on its Reduction.* České Budějovice 2018. Thesis. University of South Bohemia in České Budějovice. Faculty of Theology. Department of Ethics, Psychology and Charity Work. Thesis supervisor doc. PhDr. David Urban, Ph. D.

Key words: discrimination, stigmatization, psychosis, mental illness, ethics, social work

The thesis deals with the problem of discrimination and stigmatization of people with a psychotic illness, its ethical as well as legal dimension and the specificity of social work with this target group. The thesis consists of five chapters. In chapter I. I briefly define health and illness in general and the specifics of mental health and mental disorders. In chapter II. I describe psychotic illness in general – i.e. formation, symptoms and manifestation, treatment and I also shortly introduce particular types of psychotic illnesses. In chapter III. I specialize in the application of ethics in social work and in ethical and legal problems in psychiatry. Chapter IV. deals with the specifics of discrimination and stigmatization of people with a psychotic illness. I present the most frequent areas in which discrimination occurs, consequences which are caused by discrimination and stigmatization, activities leading to their moderation and legal standards that are supposed to aim at the prevention of discrimination and ensure the protection of rights for mentally ill people. I ethically reflect these issues. Chapter IV. is concerned with the specifics of social work with people suffering from a psychotic illness. I describe how to work with such a target group, I introduce methods of social work helping clients with a psychotic illness to function socially, to integrate into the society and reduce the impact of stigmatization and discrimination.