

Bakalářská práce

Duševně nemocný člověk a jeho život ve společnosti

Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová

Autor práce: Kateřina Fialková

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Forma studia: Prezenční

Ročník: III.

2018

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že svoji bakalářskou 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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.

Dne 28. 3. 2018 v Českých Budějovicích

Kateřina Fialková

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Heleně Machulové za její vstřícnost a ochotu, ale také za cenné rady a připomínky, které mi při vedení bakalářské práce poskytla. Dále děkuji svým nejbližším za trpělivost, kterou se mnou měli v procesu tvorby této práce. Také bych chtěla poděkovat všem účastníkům rozhovorů, za jejich ochotu a odvahu mluvit o svém životě.

Obsah

Úvod.....	6
1. Duševní onemocnění.....	8
1.1. Charakteristika duševního onemocnění (poruchy) a duševního zdraví	8
1.2. Mezinárodní klasifikace nemocí	11
1.3. Nejčastější duševní onemocnění	12
1.3.1. Deprese	13
1.3.2. Schizofrenie	14
1.3.3. Úzkostné poruchy	16
1.4. Možné dopady duševního onemocnění	18
2. Stigmatizace duševně nemocných	20
2.1. Co je to stigmatizace?	20
2.2. Kde všude se můžeme setkat se stigmatizací, která je spojena s duševním onemocněním?	23
2.2.1. Zaměstnání.....	23
2.2.2. Zdravotnictví.....	24
2.2.3. Média	25
2.2.3. Rodina a blízké okolí	27
2.2.4. Sebestigmatizace.....	28
2.2.5. Destigmatizace.....	29
3. Sociální pracovník a jeho role v životě duševně nemocného	30
3.1. Sociální práce	30
3.2. Sociální pracovník.....	31
3.3. Péče o člověka s duševním onemocněním	34
3.4. Komunitní péče	36
3.5. Reforma psychiatrické péče	38
4. Výzkumné šetření	40
4.1. Cíl výzkumného šetření.....	40
4.2. Metodika	40
4.3. Výsledky	42
4.3.1. Charakteristika duševního onemocnění	42
4.3.2. Stigmatizace.....	43

4.3.3. Sociální pracovníci	46
4.4. Diskuze.....	49
5. Závěr	52
6. Seznam použitých zdrojů.....	54
7. Přílohy.....	61

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá tématem duševně nemocného člověka a jeho života ve společnosti. Oblast duševního zdraví i nemocí už nějakou dobu přitahuje moji zvědavost, avšak hlavním důvodem, proč jsem si vybrala toto téma je ten, že duševní nemoc je dle mého názoru věcí, která ve společnosti určitým způsobem vyniká, ale zároveň je stále potlačována. Mám tím na mysli to, že je velice snadné padnout do spárů duševní nemoci, velké množství lidí se s ní za svůj život setká, avšak stále ji vnímáme jako něco ostudného, zavrženíhodného. Ve svém okolí mám pár lidí, dokonce velmi blízkých, kteří si prošli obtížemi duševního onemocnění, ale i takové, kteří by pomoc potřebovali, avšak díky zakořeněnému stigmatu si o ní neřeknou a nadále se jí vyhýbají. Cítím tak, že je potřeba o duševním onemocnění více mluvit. S touto cílovou skupinou jsem se setkala při své praxi v organizaci Fokus a nadále bych se jí chtěla věnovat. Myslím si, že na poli sociální práce je přehlížena a není jí věnována taková pozornost. Přitom v rámci této skupiny, s ní spojené sociální práce a péče, je obrovský prostor, kde se sociální pracovník může angažovat a pokoušet se tak vylepšit systém péče o lidi s tímto onemocněním.

Cílem této práce je charakterizovat, s jakými obtížemi se potýká duševně nemocný člověk – ať už díky samotným projevům nemoci nebo díky stigmatizaci – a jakou roli pro něj hraje sociální pracovník.

V rámci první kapitoly se budu zabývat vysvětlením duševního onemocnění, protože pochopit jeho podstatu je pro další účely této práce velmi důležité. Porovnáám ho také s duševním zdravím, protože ačkoli se to nezdá, tyto dva pojmy jsou si velmi blízké, hlavně díky svým hranicím, které se mezi sebou často prolínají a jsou hůře rozpoznatelné. Jednotlivých duševních poruch je velké množství, zmiňuji proto i Mezinárodní klasifikaci nemocí, kde jsou uspořádány do přehledných kategorií. Protože nemáme tak velký prostor věnovat se každé nemoci zvlášť, vybrala jsem si jen tři nejčastěji diagnostikované a ty blíže popisuji.

Duševní onemocnění má samozřejmě dopad na celého člověka, postihuje ho v celé šíři jeho života. Jeho vliv se tedy nevyhýbá ani jeho životu ve společnosti, kde stále mohou přetrvávat negativní postoje k jeho postižení. Tomuto jevu se říká stigmatizace a podrobněji

se jím budeme zabývat v druhé kapitole této práce. Nejprve si vysvětlíme, co vůbec stigmatizace je a jak se může projevat. Následně si ji aplikujeme do několika oblastí, ve kterých může nemocného zatěžovat – jako v zaměstnání, v okruhu rodiny a přátel, ale také třeba ve zdravotnictví. Zmíníme i vliv médií nebo se podíváme na situaci, kdy může nemocný stigmatizovat sám sebe. A jako poslední si v této kapitole řekneme o způsobech, jakými se dá stigma zmírňovat, o takzvané destigmatizaci.

Třetí kapitola je věnována sociální práci s lidmi s duševním onemocněním. Sociální pracovník je často osobou, která těmto lidem nabízí pomocnou ruku, hraje v jejich životech určitou roli a tu si zde pokusíme vymezit. Podíváme se i do systému péče a služeb, kterých může nemocný využívat. Jak zjistíme, tato cílová skupina stojí na pomezí zdravotní a sociální oblasti, a proto se seznámíme i s komunitní péčí, místem, kde se sociální pracovník nejčastěji setkává právě s duševně nemocnými. Stručně zmíním i reformu psychiatrické péče, která by měla posloužit k ještě lepšímu propojení zdravotních a sociálních služeb tak, aby vznikl ucelený systém péče, který by zlepšoval a usnadňoval život těmto lidem.

V poslední části se objeví rozhovory se třemi lidmi, kteří se sami potýkají s duševním onemocněním. Jejich záměrem je doplnit teorii jejich osobními prožitky a názory, a tak napomoci ke splnění stanoveného cíle.

1. Duševní onemocnění

Pokud chceme proniknout do života člověka s duševním onemocněním, nejprve bychom měli vědět, co to vůbec duševní onemocnění je. Až poté se můžeme věnovat tomu, jak mu do života zasahuje. V první kapitole se tedy pokusím vysvětlit, co to vlastně duševní onemocnění je. Porovnáám ho i s duševním zdravím, protože hranice mezi nimi je mnohdy tenká a neostrá. Stručně představím i Mezinárodní klasifikaci nemocí, která je užitečná pro zorientování se ve velkém množství různých duševních poruch. A jako poslední stručně popíši poruchy, které se ve společnosti nejčastěji vyskytují, definuji a přiblížím je tak, abychom věděli, jak se projevují a co člověk postižený touto poruchou prožívá.

1.1. Charakteristika duševního onemocnění (poruchy) a duševního zdraví

Pro to, abychom mohli říci, co je duševní poruchou, si musíme ujasnit, co je vlastně považováno za normální a zdravé. Definovat zdraví a nemoc ale není jednoduchým úkolem. Nápomocná nám může být definice Světové zdravotnické organizace, zdraví je podle ní „stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody, nikoli jen prostá nepřítomnost nemoci nebo vady“¹. Pokud se však zamyslíme nad touto definicí a podíváme se kolem nás, kolik takových „zdravých“ lidí uvidíme?² Říká nám ale jednu podstatnou věc, a to je to, že naše zdraví zahrnuje několik oblastí (duševní, tělesnou a sociální), a proto je potřeba brát ohled na všechny z nich, pojímat zdraví celostně. Člověk je bytostí bio-psycho-sociálně-spirituální, je tak spojený se svým okolím, které není dané, ale mění se, a proto se zdraví v závislosti na něm může také měnit. Zdraví tak můžeme chápat také jako dynamický proces.³

Pokud bychom se zaměřili přímo na definici zdraví duševního, pak můžeme říci, že to není jen nepřítomnost duševní poruchy, ale i celková dobrá kondice osobnosti. Duševně zdravý člověk je schopen řešit problémy, zpracovávat informace a přijímat je, umí plánovat, logicky myslet a věci uskutečňovat. Podílí se také na vytváření nových věcí, na

¹ OREL, Miroslav a kol. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. s. 15

² Srov. Tamtéž.

³ Srov. PETR, Tomáš; MARKOVÁ, Eva a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. s. 17.

změnách, dokáže se adaptovat situacím a účastnit se dění kolem sebe, dobře komunikuje, je citově vyrovnaný.⁴

Stejně jako zdraví, i nemoc je vázána jak na celého člověka, tak i na jeho okolí. Jednoduše by se dalo říct, že nemoc je poruchou zdraví. Můžeme ji chápat jako projev změny orgánů lidského organismu, jeho tkání či změnou funkce buněk. Člověk má schopnost se přizpůsobovat různým prostředím, pokud ale z nich vyjde větší množství podnětů, které budou mít intenzitu takovou, kterou už člověk nebude schopen zvládat, dojde k narušení této schopnosti adaptace a tím k poškození zdraví a objevení nemoci. Je to tedy jistá nerovnováha mezi vnějším a vnitřním prostředím organismu-člověka. Jiná definice nám říká, že „nemoc je patologický čili nenormální stav těla nebo mysli“.⁵

A co je tedy duševní onemocnění? Projevuje se především změnami v chování, prožívání, paměti, jednání, myšlení, ale i řeči.⁶ Jde o zjevnou poruchu duševní činnosti, která je svými klinickými projevy natolik specifická (jde ji rozpoznat podle definovaného souboru znaků) a natolik závažná, že díky ní může dojít například ke ztrátě zaměstnání či sociálního postavení (často může být hodnocena i jako selhání). V době manifestace onemocnění není postižený schopný adekvátně sociálně fungovat.⁷ Příčiny vzniku jsou u větší části poruch dodnes neznámé. Avšak lidská psychika, celé bytí a život člověka se formuje jako interakční model dvou faktorů – biologického a psychosociálního. Právě tam můžeme hledat příčiny a spojitosti, které přispěly ke vzniku duševní poruchy. Do biologického faktoru můžeme zahrnout vrozené dispozice (určitý genetický základ, se kterým se člověk narodí), ale také třeba vlivy z prostředí – jako například jedy, toxiny, paraziti a infekce, či třeba poranění mozku z jakéhokoliv důvodu (nádory, degenerace, úrazy, díky vlivu jiných onemocnění a podobně).⁸ K psychosociálním příčinám se připisuje vliv osobnostních charakteristik, intrapsychických dispozic a předpokladů, působení rodiny a následně širší lidské společnosti spolu s jejím sociokulturním prostředím, životní situace a dlouhodobá zátěž, traumata, deprivace a mnoho

⁴ Srov. PETR, Tomáš; MARKOVÁ, Eva a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. s. 18

⁵ NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka: 2.díl*. s. 18-19.

⁶ Tamtéž. s. 162.

⁷ MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. s. 69.

⁸ Srov. OREL, M. a kol. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. s. 27-32.

dalšího.⁹ Jak vidíme, je zde spousta vlivů, které na nás působí a rozhodují o našem zdraví či nemoci. Duševní onemocnění (nebo naopak duševní zdraví) si tak můžeme představit jako složitou mozaiku. Zblízka uvidíme uvnitř spoustu kamínků – mohou být ošklivé, jiné jako drahokamy či střípky, některé velké a další zase maličké – když ale poodstoupíme, utvoří celistvý obraz. A právě tyto kamínky, které hrají v mozaice různě velké role, rozhodují o tom, co nakonec uvidíme.¹⁰

Jak už jsme zmínili na začátku, hranice mezi duševním onemocněním a duševním zdravím je mnoha případech tenká či neostrá. Co nebo kdo nám tedy určuje, kdy se člověk ocitá za zdravou hranicí? Co je tedy ještě „normální“ a co už je patologie? Jednoznačně určit, co je v našem chování normální je obtížné. Všichni podvědomě chápeme, co je běžné či obvyklé a co už je projevem patologie. Nejčastěji je však normalita popisována jako absence výrazné odchylky od průměru, aneb nejběžnější projev v populaci. Můžeme ji vlastně formulovat jako dohodu, na které se shodne většina společnosti. Musíme ale přihlídnout i k tomu, že tato norma se může lišit v různých sociálních, ekonomických a kulturních podmínkách. Co je normální u nás, může být na druhé straně světa naprosto výstřední.¹¹ Můžeme ji vnímat z různých pohledů:¹²

- Norma statistická – je stanovena většinou populace, normální je to, co je častým jevem
- Norma skupinová – vymezena užší skupinou (např. rodina, kolektiv pracovníků, třída ve škole, sekta a podobně)
- Norma sociokulturní, etická, morální – záleží na vlivu kultury, společnosti, doby, výrazně se v průběhu dějin mění
- Norma věková – co je normální v určitém věku, je poruchové v jiném
- Norma mediální – určována vlivem médií, který je velmi silný
- Norma právní – zakotvena v legislativě, v jednotlivých zemích je jiná

⁹ Srov. OREL, M. a kol. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. s. 49-52.

¹⁰ Srov. OREL, M. *Na Freuda já nemám čas, doktore*. s. 93-95.

¹¹ Srov. MOHR, P. *Je normální „bláznit“?* [online]. s. 42-45.

¹² OREL, M. a kol. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. s. 16-17.

- Norma odborníků – stanovena poznatky věd, které se v průběhu času mohou měnit
- Norma individuální – určována jedincem, záleží na jeho postojích, nazírání či názorech, může se překrývat s jinou normou

Norma nám tedy může být nápomocným měřítkem při posuzování normality a abnormality. Nauka, která se zabývá klasifikací, výzkumem a diagnostikou duševních onemocnění se nazývá psychopatologie. Používá k tomu poznatky z mnoha praktických a teoretických oborů, jako je medicína (konkrétně například neurologie a psychiatrie), sociologie, psychologie či speciální pedagogika a snaží se tak vědecky vymezit, co je normální a patologické.¹³ Když už jsme zmínili klasifikaci a diagnostiku, bylo by dále vhodné alespoň stručně představit systém Mezinárodní klasifikace nemocí, který je mnoha odborníkům užitečný k vymezení a pojmenování pacientových obtíží, a to nejen těch duševních.

1.2. Mezinárodní klasifikace nemocí

Aktuální 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10) je klasifikační systém, který je součástí medicíny a klinické praxe, a používá se oficiálně od roku 1992 po celé Evropě. Patologie nemocí je velmi pestrá, a tak je MKN-10 pomůckou, která diagnostiku zjednodušuje a dává jí určité hranice. Postupně se zpřesňuje a vyvíjí, absorbuje nové poznatky věd a díky tomu může buď zavádět nové či rušit některé kategorie a pojmy. MKN-10 obsahuje soubory a skupiny jednotlivých syndromů, symptomů a kritérií různých onemocnění, které dělí do kategorií a podkategorií. Podle nich se může odborník orientovat, a tak onemocnění správně diagnostikovat. Neslouží však jen k určení nemoci, ale také k tomu, aby mezi sebou mohli komunikovat zdravotničtí odborníci, pojišťovny a podobně.¹⁴

¹³ Srov. OREL, M. a kol. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. s. 16-17.

¹⁴ Srov. Tamtéž. s. 131-132.

V MKN-10 se duševní poruchy nachází pod označením F. Přehled všech diagnostických kategorií je následující:¹⁵

- Organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00-F09)
- Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19)
- Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20-F29)
- Afektivní poruchy (F30-F39)
- Neurotické, stresové a somatofornní poruchy (F40-F48)
- Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50-F59)
- Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69)
- Mentální retardace (F70-F79)
- Poruchy psychického vývoje (F80-F89)
- Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání (F90-F98)
- Neurčená duševní porucha (F99)

Jednotlivé kategorie dále obsahují vždy několik konkrétních onemocnění, které můžeme v jejich rámci rozpoznat. Nebudeme se zabývat všemi jednotlivými poruchami, v další kapitole si z nich vybereme a popíšeme ty nejčastěji diagnostikované.

1.3. Nejčastější duševní onemocnění

Výše jsme si charakterizovali duševní onemocnění a vyjmenovali jednotlivé kategorie, které můžeme v jeho rámci rozpoznat. Jak už bylo zmíněno výše, jednotlivé kategorie obsahují konkrétní rozpoznatelná onemocnění. Jelikož je jich velké množství, popíšeme si jen ty, které mezi všemi duševními poruchami jsou nejčastějšími příčinami invalidity, předčasných odchodů do důchodu či jsou pro státy nejvíce nákladné – depresi, schizofrenii a úzkostné

¹⁵ PROBSTOVÁ, V.; PĚČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. s. 24.

poruchy.¹⁶ Tyto poruchy byly u nás za rok 2016 dokonce jedny z nejčastěji diagnostikovaných.¹⁷

1.3.1. Deprese

Deprese je vůbec nejčastěji vyskytovanou psychickou poruchou. Postihuje především mladé lidi, často se ale také vyskytuje u starších dospělých. Podle Světové zdravotnické organizace je přibližně 350 miliónů lidí, kteří touto poruchou trpí. Mezi všemi nemocemi, které sužují veškeré obyvatelstvo, se deprese umístila mezi těmi nejčastěji vyskytovanými na čtvrtém místě. Předpokládá se ale, že do roku 2020 už bude na místě druhém. U žen je pravděpodobnost výskytu až dvakrát vyšší než u mužů.¹⁸

Deprese patří do kategorie poruch afektu neboli je poruchou nálady. Deprese je emočním rozpoložením, které je dlouhodobé, trvá několik týdnů až měsíců. Postižený může zažít jedinou epizodu deprese, nebo se mu může v průběhu života vracet (rekurentní deprese). Deprese se vždy nemusí vyskytovat samostatně, ale může se kombinovat i s jinými poruchami, jako je například mánie.¹⁹ Dle MKN-10 můžeme rozlišit depresi lehkou, středně těžkou, těžkou a těžkou s psychotickými příznaky. U posledního typu se psychotickými příznaky myslí halucinace, bludy či stupor.²⁰

Vyznačuje se především pesimismem a smutkem, který se nedá odvrátit. Člověk není schopen zažívat radost (odborně se tento stav nazývá anhedonie), jeho myšlenky jsou plné beznaděje.²¹ Ta může být tak nesnesitelná, že vyvolává myšlenky na smrt, která se jeví jako jediné východisko. Čím hlubší je deprese, tím roste pravděpodobnost sebevražedného jednání. Může se také stát, že člověk se dostane k adekvátní psychiatrické pomoci až tehdy, kdy neúspěšně spáchá sebevraždu. Příznačná je také ztráta energie, nejen fyzické, ale hlavně duševní, která se projevuje snížením mentálního výkonu, tzn. že veškeré reakce se zpomalují, horší se paměť, je těžké udržet pozornost, soustředit se a podobně. Tyto projevy

¹⁶ World Health Organisation. *The European Mental Health Action plan 2013-2020* [online]. s. 2.

¹⁷ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Psychiatrická péče 2016* [online]. s. 13.

¹⁸ Srov. OCISKOVÁ, M; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 87-88.

¹⁹ Srov. OREL, M. *Na Freuda já nemám čas, doktore*. s. 23-27.

²⁰ DUŠEK, K.; VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. s. 241.

²¹ OREL, M. *Na Freuda já nemám čas, doktore*. s. 23.

nám mohou připomínat projevy demence. Dotyčný tak nezvládá úkony, které dříve bez problémů prováděl.²² Dochází ke ztrátě sebedůvěry, zájmu, objevují se pocity viny a úzkost.²³

Mezi další obtíže, které přináší deprese, patří například i problémy se spánkem, postiženému se nesnadně usíná a ráno se velmi brzo probouzí.²⁴ Snižuje se chuť k jídlu a klesá tělesná váha, snižuje se i libido. Běžné jsou také psychosomatické potíže, jako například bolesti zad a hlavy, závratě a podobně, mohou vést až k hypochondrickému chování.²⁵

Dnes se pojem deprese (nebo také populárně „depka“) užívá velmi často, a to i pro stavy, které se tak označit nedají.²⁶ Mnohdy se tak stává, že je zneužívaný, a jedinci, kteří tvrdí, že mají „depku“, zpravidla nemají ponětí, jak bolestivá může doopravdy být (a to nejen psychicky, ale i fyzicky).²⁷

1.3.2. Schizofrenie

Schizofrenie znamená v překladu „rozštěp mysli či rozumu“, což znamená, že jsou „rozštěpeny“ různé oblasti psychických funkcí. Je to poměrně časté duševní onemocnění (1 člověk ze 100) a postihuje hlavně mladé lidi. U žen začíná většinou ve 25-35 letech a u mužů už v 15-25 letech. Ovlivňuje hlavně oblast vnímání, chování a myšlení. Dochází ke ztrátě kontaktu s realitou, postižený nedokáže rozpoznat, co je reálné. Díky tomu jedná zvláště či nepřiměřeně. Tak se vlastně dají popsat stavy psychózy, které jsou syndromem psychotických poruch, ke kterým schizofrenie patří (a je z nich nejzávažnější a nejčastější).²⁸

²² Srov. OREL, M. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. s. 180-181.

²³ SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. s. 205.

²⁴ OREL, M. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. s. 180-181.

²⁵ SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. s. 205.

²⁶ KUČEROVÁ, H. *Psychiatrické minimum*. s. 23.

²⁷ Srov. PROBSTOVÁ, V.; PĚČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. s. 76.

²⁸ Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Léčíme se s psychózou: Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. s. 9-11.

Psychózu může člověk zažít například i v depresi, při demenci, díky intoxikaci drogami nebo při odvykacím stavu.²⁹

Schizofrenie probíhá v epizodách, je chronická a rekurentní. Průběh onemocnění se vlastně skládá z relapsů (ataky onemocnění, které se opakovaně vracejí a zpravidla trvají šest měsíců) a remisí (fáze bez potíží, kdy je člověk schopen vést každodenní život). Před atakou nemoci se projevují určité varovné příznaky, mezi které patří například strach z lidí a s tím spojená sociální izolace, nepozornost, zhoršení paměti, nervozita, podezřívavost či podrážděnost.³⁰

Při atace můžeme zpozorovat příznaky pozitivní, negativní a kognitivní. Výše zmíněné varovné příznaky přecházejí nejprve do pozitivních příznaků. Ty tvoří symptomy, které nemocný získá „nad rámec“ vnímání a chování zdravého člověka. Patří mezi ně například halucinace a bludy.

- Halucinace – nemocný vnímá vjemy, které vznikly v jeho mozku, jde o poruchu vnímání. Může se jednat o vjemy sluchové (hlasy), zrakové (vidiny), chuťové, ale i dotykové či čichové.
- Bludy – přesvědčení, které si vytvořil sám nemocný. Jsou pro něj nevyvratitelné a pevné. Vnímá je jako realitu, i když neexistují důkazy, že by mohly být pravdivé. Mohou mít různou podobu, může jít o pocit, že ho jiní sledují, píše si o něm či ho špehují, nebo dokonce může věřit tomu, že má nadpřirozené schopnosti a původ.

Jako další se objeví negativní příznaky, které nemocného svým způsobem připravují o jisté vlastnosti. Mohou být okolím hodnoceny jako neschopnost či lenost. Jde například o apatii, negativismus, ztrátu vůle a afektu, nekomunikativnost a podobně. Ty mohou mít za důsledek sociální izolaci i třeba nedodržování hygieny. Poslední skupinou jsou kognitivní příznaky, mezi které patří zhoršování pozornosti, paměti či soustředění. Onemocnění mohou doprovázet i příznaky, které jsou typické pro depresi, hlavně beznaděj, myšlenky na sebevraždu a pocity méněcennosti.³¹

²⁹ OCISKOVÁ, M; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s.43-44.

³⁰ PETR, T.; MARKOVÁ, E. a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. s. 210-212.

³¹ Srov. Tamtéž. s. 213-214.

Existuje několik druhů schizofrenie, jednotlivě se liší průběhem, délkou a prognózou. U každého člověka může mít jinou formu a obsah, proto se jí právem říká „nemoc sto tváří“. Nejčastěji vyskytovaným druhem je schizofrenie paranoidní.³²

1.3.3. Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy patří do rozsáhlé skupiny neurotických poruch. V této kategorii mají všechny onemocnění tři společné znaky – úzkost, strach a tělesné projevy.³³ Oproti psychotickým poruchám zde není narušen kontakt s realitou, avšak ovlivňují ji tak, že nepříjemně narušují životní spokojenost a normální fungování.³⁴

Úzkost je typická tím, že člověk prožívá pocit ohrožení, který nemá žádný předmět. Očekává něco špatného, má obavy, ale nedokáže říct, z čeho konkrétně.³⁵ Oproti tomu strach je obava z něčeho konkrétního, může to být předmět nebo určitá situace či jednání.³⁶ Oba tyto pocity se mohou objevovat společně nebo se prolínat. Jejich trvání a intenzita i příčiny mohou být různé. Provází nemocného delší dobu, nebo se objeví nárazově, mohou se projevovat jen ve formě neklidu či vygradovat do stavu paniky, vázat se k určité situaci nebo pouhé myšlenky na ní, objevit se může i bez důvodu. Velmi často je doprovázejí tělesné projevy. Jde například o pocení, třes a napětí, zvyšování dechové a tepové frekvence, změny trávicího a vylučovacího systému (průjmy, problémy s polykáním, časté močení), parestezie (brnění, štípání, mravenčení), blednutí či rudnutí.³⁷

Úzkostné poruchy si můžeme rozdělit následovně:³⁸

- Fobické úzkostné poruchy
 - Agorafobie
 - Sociální fobie
 - Specifické fobie

³² Srov. OREL, M. *Na Freuda já nemám čas, doktore*. s. 40.

³³ Srov. OREL, M. *Na Freuda já nemám čas, doktore*. s. 56.

³⁴ Srov. OREL, M. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. s. 187.

³⁵ Srov. NOVÁK, T., LÁSKOVÁ, H. *Peklo v duši: deprese a mánie*. s. 56.

³⁶ Srov. Tamtéž. s. 55.

³⁷ Srov. OREL, M. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. s. 188-189.

³⁸ Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. *Rozdělení neurotických poruch* [online].

- Jiné úzkostné poruchy
 - Panická porucha
 - Generalizovaná úzkostná porucha
 - Smíšená úzkostně depresivní porucha

Jak už jsme si řekli výše, všechny tyto poruchy mají společný strach, úzkost a tělesné projevy. Mezi těmito dvěma skupinami je rozdíl jen v tom, že u fobických poruch mají tyto projevy konkrétní podstatu a jiné úzkostné poruchy jsou nekonkrétní, neopodstatněné.³⁹ Pro představu, jak se projevují poruchy z každé skupiny, si následovně popíšeme sociální fobii a panickou poruchu.

Člověk postižený **sociální fobií** má strach ze situací, v kterých by mohl být posuzován nebo sledován druhými lidmi. Je přesvědčen, že jeho strach a projevy všichni dobře vidí a následně ho soudí, bojí se ztrapnění či zesměšnění. Díky tomu se vyhýbá sociálním interakcím, což někdy může vést až k úplné izolaci. Může mít strach z konkrétních situací (např. jezení, mluvení před lidmi, strach ze setkání s opačným pohlavím), nebo obecně ze všech interakcí, které by probíhaly mimo rodinu. Typickými projevy je rudnutí, třes, neschopnost pohledět druhým do očí, pocení nebo třeba pocity na zvracení. Často se objevuje strach z kritiky a nízké sebevědomí.⁴⁰

Panická porucha se projevuje náhlými epizodami, které se objevují bez zjevné příčiny. Postižený zažívá intenzivní úzkost až hrůzu, má pocit, že se stane něco hrozného, často má strach ze smrti, ztráty kontroly či zbláznění. Typickými příznaky jsou bušení srdce, pocity na omdlení, zvracení, silný třes, mravenčení, pocit nedostatku kyslíku a zkrácený dech nebo různé bolesti. Neočekávaný stav vyděsí člověka natolik, že je poté přesvědčen, že má vážné onemocnění, se kterým nemůže nic dělat (například že mu selhává srdce a podobně). Cítí se bezmocný a často se snaží uniknout z místa, kde k záchvatu došlo, vyhledává bezpečí či pomoc. Může se také stát, že se následně bude těmto místům

³⁹ Srov. OREL, M. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. s. 189-191.

⁴⁰ Srov. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. *Sociální fobie* [online].

a situacím vyhýbat ze strachu z opakování. Tyto epizody většinou trvají několik minut, ale výjimečně se mohou také opakovat ve vlnách v průběhu několika hodin.⁴¹

1.4. Možné dopady duševního onemocnění

Duševní onemocnění samozřejmě působí ve většině oblastí života. Stručně si popíšeme dopady, které mohou u člověka díky onemocnění nastat v těchto oblastech života – práce, zaměstnání a volný čas.⁴² V této práci se však zabýváme především oblastí stigmatizace, kterou se budeme podrobněji zabývat v další kapitole.

Lidé s duševním onemocněním se v práci setkávají s problémem přetrvávajících změn jejich psychiky. Poruchy, které ovlivňují emoce, pozornost či kognitivní funkce a podobně, tak omezují schopnost vykonávat práci – a to buď částečně nebo úplně. Může tak dojít i ke ztrátě zaměstnání a třeba i získání invalidního důchodu, který je následně jediným příjmem nemocného.⁴³

V oblasti bydlení jde hlavně o problémy dlouhodobých pobytů v prostředí léčeben, a ne v přirozeném prostředí, ve kterém by se člověk mohl rozvíjet, nebo naopak nevyhovující přirozené prostředí (nestabilní či nepřátelské prostředí, které je psychickou zátěží a tím působí na stav nemoci). Dále může nastat situace, kdy nemocnému chybí dostatečné dovednosti, které mu brání v samostatném fungování. Ty buď vlivem nemoci mohl pozbyť, nebo díky dlouhodobým pobytům v psychiatrických institucích nikdy nezískat. A jako poslední problém s bydlením je spojená i finanční náročnost.⁴⁴

Je spoustu duševně nemocných lidí, kteří mají různé zájmy, ale díky nemoci se jim nedaří jimi naplňovat svůj volný čas. Nejčastějšími problémy, které brání v jeho naplnění jsou finanční náročnost, různé bariéry ze strany nemocného – hlavně strach, a to jak z nového a neznámého, z lidí, ze společenského stigma, vliv také může mít internalizované stigma. Dále například problémy se sociálním fungováním, jako komunikační potíže, nápadné

⁴¹ Srov. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. *Panická porucha* [online].

⁴² Srov. MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. s. 145-151.

⁴³ Srov. Tamtéž. s. 148.

⁴⁴ Srov. Tamtéž. s. 145-148.

chování a podobně. Projevující se symptomy nemoci a vedlejší účinky medikace mohou být také překážkou.⁴⁵

⁴⁵ Srov. MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. s. 150-151.

2. Stigmatizace duševně nemocných

Charakterizovali jsme si pojem duševního onemocnění a některé poruchy si blíže popsali. Máme představu o tom, co se může odehrávat v člověku, který onemocnění prožívá. Popsali jsme si stručně i oblasti, ve kterých ho může nemoc jako taková omezovat. Proto můžeme pokročit dále a zaměřit se na společenský život nemocného. Jak už jsme si řekli na začátku, člověk je také bytostí sociální, což znamená, že je v kontaktu s ostatními lidmi, žije ve společnosti. Se svým onemocněním a jeho projevy však nezapadá do její normy, a tak je jasné, že na něj lidé budou nějakým způsobem reagovat. Samozřejmě se můžeme setkat s pozitivní reakcí, kdy je nemocný okolím přijímán, podporován. Často se však objevuje negativní reakce, díky níž je člověk společností odmítán, diskriminován či z něj ostatní mají obavy. Tuto reakci můžeme nazvat slovem stigmatizace.

Tato kapitola se tedy bude zabývat stigmatizací, která ztěžuje život duševně nemocného ve společnosti. Podíváme se na ní v několika oblastech, jako je například zaměstnání, rodina a další vztahy, zdravotnictví či média, zmíníme i problém sebestigmatizace. Nakonec si řekneme, co můžeme dělat pro to, abychom stigma ve společnosti zmírnili.

2.1. Co je to stigmatizace?

Pojem „stigma“ pochází z řečtiny, byl používán k označení fyzických znaků, které vypovídaly o něčem podivném, nesprávném a z morálního hlediska nepříznivém. Tyto znaky se vypálily či vyřezaly do kůže jedince a ostatní varovaly, že jde o někoho „nečistého“, komu je radno se na veřejnosti vyvarovat.⁴⁶ Pokud bychom význam stigmatu převedli do dnešní doby, můžeme ho definovat jako „jakýkoliv přívlastek, rys nebo porucha, která jednotlivce hodnotí jako nepříjemně odlišného od „normálních“ lidí, s nimiž je v pravidelném kontaktu, a které s sebou nesou nějakou formu společenského postihu.“⁴⁷ Velice podobně stigma popisují Hartl a Hartlová ve *Velkém psychologickém slovníku*, jako „znamení hanby či odsuzující společenský postoj pro údajnou duševní, tělesnou nebo sociální

⁴⁶ Srov. GOFFMAN, E. *Stigma: Poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. s. 9.

⁴⁷ THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*. s. 195.

méněcennost, následně vedoucí k odmítání a vyloučení jedince, skupiny či organizace z okolní společnosti“.⁴⁸

Základem stigmatizace je tedy hodnocení „normálního“, které je prováděno společností. Je to jev, který doprovází tři prvky – diskriminace, neznalost (ignorace) a předsudky. Diskriminací můžeme nazvat poškozující chování, které omezuje uplatnění člověka.⁴⁹ Neznalost duševních nemocí je stále poměrně velká, i když v dnešní době jsou informace prakticky neomezené a snadno dostupné. Pomoci by mohla destigmatizace a s ní spojené aktivity, o kterých si povíme později. Předsudek můžeme charakterizovat jako negativní rozsudek, který doprovází emoce jako například zlost, odpor či strach.⁵⁰

Stigmatizace má také čtyři jednotlivé složky či stadia, které jsou pro tento proces typické – značkování, stereotypie, separace a ztráta pozice spojená s diskriminací.⁵¹

Značkování neboli také jinak nálepkování, stojí na počátku stigmatizace. Dochází k rozpoznání podstatných znaků, které jsou okolím považovány za odlišné. Ty následně prostředí přiřadí do oblasti „duševní poruchy“, kterou ale nazve tradičními nálepkami, jako je „psychouš“, „blázen“ nebo třeba „magor“. Nálepku člověk může dostat i jen kvůli kontaktu s psychiatrickou institucí. Je tak následně podroben zvýšené kontrole, každý jeho projev (často však jen domnělý), který podle okolí nějakým způsobem vybočuje z normy je tak vykládán ve smyslu přidělené nálepky.⁵²

Stereotypy jsou ustálené a pasivně přijímané způsoby, kterými se posuzují určité skupiny lidí. Tyto způsoby vznikají na základě předsudků a tradic, umožňují tak posuzovateli rychlou kategorizaci. Ovlivňují jeho chování i předpoklady o lidech a skupinách, a to i v případech, kdy s nimi má minimální či žádnou zkušenost. Můžeme rozlišit autostereotypy a heterostereotypy. V prvním případě jde o smýšlení a představy, které mají představitelé skupiny o sobě samých. A v druhém případě jde o představy, které mají o příslušnících skupin jiných (např. jak nahlíží zdraví na duševně nemocné). Díky stereotypům bývají často

⁴⁸ HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. s. 553.

⁴⁹ Srov. OCISKOVA, M.; SEDLÁČKOVÁ, Z.; PRAŠKO, J.; LÁTALOVÁ, K.; KAMARÁDOVÁ, D. *Pokud mě cejchujete, běžte s tou terapií někam! Hraniční porucha osobnosti a stigma* [online]. s. 62-63.

⁵⁰ Srov. OCISKOVA, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 25-26.

⁵¹ Srov. Tamtéž. s. 24-25.

⁵² Srov. Tamtéž. s. 22-23.

ostatní posuzování iracionálně a simplifikovaně, dochází ke stírání individuálních vlastností a odlišností mezi členy.⁵³ Stereotyp duševně nemocného je jeden z nejtypičtějších, jaký v naší společnosti koluje. Setkáváme se s ním už od dětství, kdy slýcháváme různé historky, vtipy, obraty a úsloví (jako např. typické „Nejsi na hlavu?“). Posilovat ho mohou média a sdělovací prostředky, ale také třeba zážitky s někým, kdo byl označen za „blázna“. Důsledky tohoto stereotypu nemusí být vždy negativní, ale také mohou být i pozitivní – pochopení nemocného a jeho ochrana, soucit nebo zmírnění požadavků v jeho životní roli. Bohužel, pozitivní důsledky stále nepřevažují ty negativní.⁵⁴

Separaci zjednodušeně rozumíme stadium, kdy dojde k rozlišení mezi „my“ a „oni“, kdy členové skupiny „oni“ je považováni za zásadně odlišné. Pokud je separace stigmatizovanými zřetelně pocíťována, může se stát, že přijmou stereotypy za své a oproti ostatním lidem se budou považovat za méněcenné a podřadné.⁵⁵

Okolí si tak díky nálepce, stereotypům a odlišení stigmatizovaných vytváří důvody pro jejich diskriminaci. Ta může probíhat několika způsoby, nejčastěji však zasahuje jednotlivce – jako příklad si můžeme vzít žádost o zaměstnání, která je následně zamítnuta díky zjištění psychiatrické diagnózy.⁵⁶

Stigma ještě může působit na třech úrovních:⁵⁷

- Celospolečenské
- Strukturální (jinak institucionální)
- Internalizované (jinak sebestigmatizace)

⁵³ Srov. PRAŠKO, J.; DIVEKY, T. a kol. *Stigmatizace a panická porucha* [online]. s. 101.

⁵⁴ Srov. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 22-23.

⁵⁵ Srov. LINK, B. G.; YANG, L. H.; PHELAN, J. C.; COLLINS, P. Y. *Measuring Mental Illness Stigma* [online]. s. 513.

⁵⁶ Srov. Tamtéž. s. 513.

⁵⁷ GAMBAL, A., PRAŠKO, J., KASALOVÁ, P. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. s. 34.

2.2. Kde všude se můžeme setkat se stigmatizací, která je spojena s duševním onemocněním?

V předchozí kapitole jsme si charakterizovali stigmatizaci, kterou nyní můžeme aplikovat do života duševně nemocného. Může působit jak v okolí člověka, tak i v něm samém. Stigmatizace se ve všech oblastech života prolíná, pro přehlednost si je však rozdělíme do těch nejhlavnějších.

2.2.1. Zaměstnání

Práce je jednou z věcí, která má pro většinu lidí veliký životní význam. Nepřináší nám jenom peníze, ale také sociální kontakt, smysluplně trávený čas či pocit osobního úspěchu. Sociálně nás začleňuje do společnosti, a to jak zdravé lidi, tak i duševně nemocné. Avšak duševně nemocní jsou o toto začlenění často připraveni díky diskriminaci, předsudkům a stigmatu.⁵⁸

Díky vlivu nemoci tak člověk může přestat zvládat svou práci, což ho může donutit ji opustit. Propuštění ze zaměstnání po ukončení léčby také není zvláštním případem. Najít vhodné pracovní místo, které by bylo vyhovovalo specifickým potřebám a možnostem nemocného také není snadným úkolem. Stále přetrvává nedůvěřivý postoj, neznalost a obavy z duševních nemocí, které ovlivňují zaměstnavatele. Nálepka duševní nemoci tak může být automatickým důvodem pro nepřijetí do zaměstnání. Občas zaměstnavatelé mají strach z otevřené diskriminace, a tak se snaží nemocného donutit k odchodu různými prostředky – přidávají mu více práce, mění pracovní podmínky či nařizují přesčasy.⁵⁹

Problémem taktéž mohou být vztahy na pracovišti. Nemocný se bojí možného neporozumění od kolegů, a proto například svou nemoc dlouho tají. Pokud vyplave diagnóza na povrch, reakce ze strany kolegů bývají nepředvídatelné – buď se projeví pochopení, nebo naopak dojde k odmítnutí a vyhýbání se nemocnému. Občas se stává, že po dlouhé absenci (např. po léčbě), je návrat do zaměstnání nepříjemnou zkušeností – dochází k otázkám po

⁵⁸ Srov. BOARDMAN, J.; GROVE, B.; PERKINS, R.; SHEPHERD, G. *Work and employment for people with psychiatric disabilities* [online]. s. 467.

⁵⁹ Srov. GABRIEL, J. *Problémy pracovního uplatnění lidí s vážným duševním onemocněním* [online].

důvodu absence, negativním reakcím od kolegů a podobně, může dojít i k přesunu na nižší pozici.⁶⁰

2.2.2. Zdravotnictví

Ve zdravotnictví je problém se stigmatizací znát ve dvou oblastech – v oboru psychiatrie a ve skupině dalších zdravotnických profesionálů.

Samotný obor psychiatrie je zatížen společenským stigmatem. Děje se tak díky předsudkům, které mají historický původ. Psychiatrie byla považována za nevědeckou, existovalo přesvědčení, že používá šarlatánské postupy v terapii, léčebny se díky nim staly „blázince“ a psychoterapie pouhý brain washing. Ani psychofarmaka využívané k léčbě nejsou výjimkou, jsou považované za „jedy“, které mění člověka⁶¹, nadužívané psychiatrie a mající nebezpečné vedlejší účinky.⁶² Velký vliv na pověst psychiatrie mají média, o těch si ale povíme až později.⁶³

Bohužel dochází ke stigmatizaci nemocných i v okruhu zdravotních pracovníků – ze strany všeobecných lékařů, dalších různě specializovaných odborníků, ošetřujícího personálu, dokonce i ze strany psychiatrů a budoucích pracovníků v medicíně, tedy studentů. Přitom jejich profesionální postoj je důležitý, protože ovlivňují jednak názor veřejnosti, tak samotného pacienta – působí tím eventuálně na rozvoj sebestigmatizace a ovlivňují jeho zdravotní i popřípadě sociální situaci. Samozřejmě nemusí ke stigmatizaci dojít ve všech případech.⁶⁴ Dochází však k tomu hlavně v případě, kdy ošetřující počítá s namáhavou léčbou. Může dát nálepku i pacientům, se kterými se nedaří spolupráce, jsou mu nesympatičtí či ho kritizují. Hanlivé výrazy, jako například „hysterka“, „paranoik“ či „psychopat“, používá i před personálem a mnohdy slouží jako osobní obrana, která značí neochotu se nemocnému více věnovat či zdůvodňuje neúspěch při léčbě.⁶⁵

⁶⁰ Srov. THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*. s. 76-78.

⁶¹ Srov. KUSÁ, Z.; ONDREJKA, I. *Stigmatizácia a psychická porucha* [online]. s. 275.

⁶² Srov. THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*. s. 117.

⁶³ Srov. Tamtéž.

⁶⁴ Srov. JANOUŠKOVÁ, M.; WINKLER, P. *Stigma a psychiatrie* [online]. s. 31.

⁶⁵ Srov. PRAŠKO, J.; DIVEKY, T. a kol. *Stigmatizace a panická porucha* [online]. s. 102.

Odborník může závažnost onemocnění snadno přecenit nebo podcenit. Tím sklouzne k tomu, že buď rezignuje na vyléčení poruchy, nebo se nemocnému snaží obtíže vymluvit a léčbu podcení. Někdy pak nastane situace, kdy dojde ke sdělení: „Máte to od nervů.“, což může působit na pacienta a jeho strach ze stigmatizace. Problém nastává ve chvíli, kdy si pacient začne stěžovat na nedostatečnou léčbu. Hlavně u duševních poruch (např. typicky u hypochondrické poruchy) pak vznikne jakýsi „bludný kruh“ – pacient si postěžuje, následně je ošetřujícím onálepkován, a ten mu poté nevěnuje dostatečnou péči – který se neustále opakuje.⁶⁶

Stigma se nevyhýbá ani samotné terapii, a to jak individuální, tak skupinové. Zde záleží na tom, jak se vytvoří takzvaný terapeutický vztah. Jde hlavně o postoj terapeuta k pacientovi, který rozhoduje o jeho zájmu a snaze v léčení. Stává se, že na základě pacientovy diagnózy terapeut předpokládá například jeho neovlivnitelnost, složitou léčbu či jiné potíže, a tím jeho angažovanost klesne. Stigmatizovat nemocného může i na základě jeho přesvědčení, že se v rámci terapie nelepší tak, jak by čekal. Terapeut může používat náznaky a výroky jako například „To máte z toho, jakou máte povahu.“ nebo „Jste hypochondr.“ – což nemusí dobře působit ve skupině (pacient se stane „černou ovčí“), ale i na samotného pacienta (riziko rozvoje sebestigmatizace). Nevhodně tyto výroky může potvrzovat i rodině pacienta, která nemocnému na jejich základě udělí nálepkou, nemusí se nadále při léčbě snažit spolupracovat nebo je proti němu používá při neshodách (jako např. „Vždyť hraješ jen divadlo, ty hysterko.“).⁶⁷

2.2.3. Média

Média nad námi drží obrovskou moc. Člověk je s nimi v kontaktu v podstatě každý den, ovlivňují jeho život – říkají mu, co si má koupit, co si myslet a podobně. Jejich vliv je natolik silný, že lidé mají tendenci věřit čemukoliv, co se v nich objeví. Avšak už nemají potřebu si fakta ověřovat, staví se k nim nekriticky. Není proto divu, že obraz, jaký utvářejí

⁶⁶ Srov. PRAŠKO, J. *Stigmatizace u „psychogenních poruch“* [online]. s. 4.

⁶⁷ Srov. OCISKOVA, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 31-32.

o duševních nemocích je takový, jaký je – velká část zpráv má negativní charakter, přináší nesprávné informace a stereotypy, které líčí nemocné jako velmi agresivní.⁶⁸

Za primární zdroj, který veřejnost používá k získání informací o duševních nemocích, můžeme považovat právě média. Nejvíce stigmatizovanými jsou hlavně poruchy vznikající díky užívání drog a schizofrenie. Jsou spojovány s výrazy jako násilí, kriminalita a nebezpečnost. Lidé si tyto postoje následně přebírají a rozšiřují je dále do společnosti, kde se stávají její součástí. Ti, kteří věří, že poruchy a násilí spolu významně souvisí, svůj názor zakládají z většiny na informacích, které byly prezentovány v médiích. V porovnání se zbytkem obyvatelstva však lidé s psychickými poruchami nemají významně vyšší pravděpodobnost k tomu, aby spáchali trestnou činnost či zločin (a to ani pokud požijí drogy nebo alkohol).⁶⁹

Jak v novinách, tak v televizi či filmu se ve spojení s duševní poruchou nejčastěji objevuje téma násilí a obavy z něj. Samozřejmě existují i výjimky, nemůžeme všechna média házet do jednoho pytle, avšak negativní předsudky a stereotypy stále převládají. Proč tomu tak je? Cílem většiny médií je pobavit, ne vzdělávat. Obsah sdělení musí být takový, aby byl většinou diváků přijatelný, měl co největší dopad a byl, pokud možno, také kontroverzní a dramatický, aby udržel divákovu pozornost a tím i sledovanost. Autoři často nevědí o duševní nemoci více než běžná veřejnost. Proto jsou stereotypy velmi osvědčeným nástrojem. Jsou to ověřené vzorce, které zajistí komerční úspěch a není u nich potřeba se zaměřovat na průkazné a pravdivé informace (ty jsou autory sdělení vnímané jako zatěžující). Jednoduše tak můžeme říci, že realita je přikrášlována fikcí, která je pro média výhodná a pro diváka zábavná. S duševním onemocněním je tedy v médiích zacházeno nespravedlivě, a tím dochází k upevňování stereotypů a předsudků ve společnosti.⁷⁰

⁶⁸ Srov. SMITH, B. P. *Mental Illness Stigma in the Media* [online]. s. 2 (51).

⁶⁹ Srov. NAWKA, A.; RUKAVINA, T. V. a kol. *Psychiatric disorders and aggression in the printed media: is there a link? A central European perspective* [online]. s. 1.

⁷⁰ Srov. THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. s. 138-145.

2.2.3. Rodina a blízké okolí

Stigmatizující postoje se bohužel nevyhýbají ani rodině nemocného. Typické stereotypy, které zažívá stigmatizovaná rodina jsou vina, ostuda a jakési „poskvrnění“ okolím. Je na ni nahlíženo jako na neschopnou, je obviňována za vznik onemocnění, nejčastěji hlavně kvůli „špatným rodičovským dovednostem“. I když vznikly různé medicínské modely (jak jsme si řekli v úvodu, mohou zde být biologické i genetické důvody pro vznik onemocnění), které tuto představu viny špatného rodičovství nahradily, ve společnosti je stále zakořeněna. Členové rodiny díky této vině zažívají pocit ostudy, který následně může vést až k sociální izolaci. Zmíněné „poskvrnění“ nám říká, jak nás díky blízkému vztahu s nemocným může okolí považovat za méněcenné a snižovat tak naši hodnotu – například děti mohou být považovány za „znečištěné“ poruchou jejich rodičů. Tyto prožitky mohou vést k poškození vztahů v nejbližší i širší rodině, zapírání vztahu s nemocným či snížení sebevědomí členů rodiny.⁷¹

Díky strachu ze stigmatizace, vžitým předsudkům (které mohou například podporovat již zmíněná média) či malým znalostem o duševních nemocích se tak stává, že rodina odrazuje svého člena od psychiatrické léčby a tím ji oddaluje. Objevuje se obava, že se u něj opravdu potvrdí psychická porucha, kvůli které by pak celá rodina dostala od okolí nálepku. Díky tomu jsou potíže před ostatními utajovány či bagatelizovány. Další důvodem k zavržení léčby může být celková nedůvěra v psychiatrii a její léčebné intervence – je považována na zbytečnou a psychiatrům rodina nevěří. Nemocný tak může ze svého blízkého okolí slyšet fráze, které ho pobízí k tomu, aby „se vzchopil“, jako například „Měl bys pořádně pracovat/oženit se/najíst se“ a podobně. Rodina také může problémy nemocného přebrat na sebe – ulehčuje mu v různých oblastech, vyřizuje za něj na úřadech či ho všude vozí – a to proto, aby poruchu zakryla a vyhnula se případným nepříjemným situacím.⁷²

Pokud nemocný nakonec vyhledá psychiatrickou pomoc, díky které se potvrdí přítomnost poruchy, nastává pro něj samotného, ale i pro rodinu proces, kdy se obě strany snaží přijmout tuto skutečnost.⁷³ Rodina může reagovat různými způsoby, objevit se u ní

⁷¹ Srov. LARSON, J. E.; CORRIGAN, P. *The Stigma of Families with Mental Illness* [online]. s. 88.

⁷² Srov. OCISKOVA, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 36-37.

⁷³ Srov. Tamtéž. s. 67.

mohou pocity bezmoci, nejistoty do budoucnosti či beznaděj.⁷⁴ Tato zátěž rodinu posílí, nebo naopak velmi oslabí – nakonec buď nemoc blízkého přijme nebo se rozpadne. Každopádně celé rodinné soužití a vztahy se mění. Může dojít k izolaci nemocného, omezení kontaktu nebo se naopak může vytvořit postoj, kdy se ostatní členové chovají vůči němu hyperprotektivně.⁷⁵ Na to, jak bude rodina reagovat, může mít vliv i představa o uzdravení. Pokud se domnívá, že není možné, aby se nemocný uzdravil (i když dnes už se většina duševních nemocí dá úspěšně léčit), je zde větší riziko, že ho opustí.⁷⁶

Stigma však zasahuje i vztahy s přáteli. Ti, kteří se chovali velmi přátelsky a vřele, se tak po zjištění diagnózy mohou chovat velmi chladně, nebo dokonce zmizet z života nemocného. Jiní naopak můžou poskytnout velkou oporu.⁷⁷

2.2.4. Sebestigmatizace

Sebestigmatizaci můžeme jinak nazvat internalizované stigma. Zahrnuje stereotypy, předsudky a diskriminaci, avšak zde se na ně díváme očima nemocného. Ten si je může internalizovat, tedy přijme je za své, souhlasí s nimi. Sebestigmatizaci můžeme charakterizovat několika fázemi, které v jejím procesu probíhají – uvědomění, shoda, aplikace, poškození.⁷⁸

V první fázi si nemocný povšimne, že okolí k němu kvůli jeho nemoci chová negativní postoj – zažívá diskriminaci a pociťuje z okolí jednání, které snižuje jeho hodnotu – uvědomuje si společenské stigma duševního onemocnění. Následně s těmito stereotypy může souhlasit a považovat je za pravdu. To může vést k tomu, že je aplikuje sám na sebe, což poté může přispívat k poškození, jako je pokles sebevědomí, osobní angažovanosti, ale také třeba dochází ke zhoršení stavu onemocnění a ve výsledku i k poklesu celkové kvality života.⁷⁹

⁷⁴ Srov. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 136.

⁷⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 358-359.

⁷⁶ Srov. THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. s. 25.

⁷⁷ Srov. Tamtéž. s. 48.

⁷⁸ Srov. CORRIGAN, P. W.; RAO, D. *On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change* [online]. s. 465.

⁷⁹ Srov. Tamtéž. s. 465.

Díky internalizaci tak dochází k negativním reakcím ze strany nemocného. Projevu se takzvaná sebe-diskriminace, která může mít podobu sociální izolace, omezení lékařské péče, již zmíněného zhoršeného zdravotního stavu nebo snížené osobní angažovanosti, která může vést například k zahození příležitostí spojených se zaměstnáním či šancí k osamostatnění. Objevuje se takzvaný „The Why Try Effect“, volně si pojem můžeme přeložit jako efekt „Proč se snažit“. Internalizované stigma funguje jako překážka k tomu, aby nemocný mohl dosáhnout životních cílů. Pocity méněcennosti a snížené sebevědomí vedou člověka k dojmu, že není hoden takových příležitostí, jako je například dobré zaměstnání, vlastní bydlení, hezký vztah a podobně. Může se objevit i přesvědčení o vlastní neschopnosti. Výsledkem pak často bývá vyhybavé chování, kdy se nemocný snaží předejít situacím, u kterých předpokládá odmítnutí či devalvací vlastní hodnoty. Avšak existují lidé s duševním onemocněním, kteří si stigmatizace nevšímají a nepocítují ji, nebo takoví, kteří se dokonce proti němu aktivně staví.⁸⁰

2.2.5. Destigmatizace

Podle Corrigan a Watsonové existují tři cesty, jak lze bojovat proti stigmatizaci a diskriminaci duševně nemocných – protest, vzdělávání a kontakt.

Protest je aktivní strategií, která se snaží zmírňovat stigma duševní nemoci. Skupiny, které se protestům věnují, tak vysílají dvě zprávy, a to do médií a lidem ve společnosti – aby přestali prezentovat nepřesné informace o duševním onemocnění, a aby jim lidé přestali věřit. Co jim ale chybí, je větší podpora pozitivních postojů, které by byly podloženy fakty. K tomu však dopomáhá právě vzdělávání, které poskytuje správné informace, které přispívají k lepšímu postoji lidí. Jak ukázaly průzkumy, ten, kdo má více znalostí o duševních nemocech, pak méně propadá stigmatizujícímu postoji. Existují tak různé vzdělávací programy, které jsou přístupné jak široké veřejnosti, tak odborníkům.⁸¹

⁸⁰ Srov. CORRIGAN, P. W.; RAO, D. *On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change* [online]. s. 466.

⁸¹ Srov. CORRIGAN, P.; WATSON, A. C. *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*. s. 17.

Co je ale nejučinnější, je samotný kontakt s duševně nemocnými. Když má člověk šanci potkat se a mluvit s někým, kdo si i přes svou nemoc dokáže udržet práci či bydlí ve stejné komunitě a není s ním žádný problém, výrazně to stigma snižuje. A pokud je tento kontakt pravidelný a dlouhodobý, účinek je ještě lepší – vztahy se lepší a lidé vnímají duševně nemocné jako sobě rovné.⁸²

Můžeme si všimnout, že v posledních letech se vyvíjí spousta iniciativ, které se snaží stigma snižovat. Vedou se různé kampaně či přednášky, existují různé programy (do kterých se zapojují i samotní uživatelé sociálních služeb) a podobně.⁸³ U nás se destigmatizaci věnuje například FOKUS ČR, který pořádá Týdny duševního zdraví, při kterých vzdělává veřejnost, pořádá besedy a diskuze, nebo třeba zapojuje do programů i školy.

3. Sociální pracovník a jeho role v životě duševně nemocného

V předchozích dvou kapitolách jsme si charakterizovali potíže, se kterými se může duševně nemocný člověk ve svém životě setkat, ať už z pohledu samotné nemoci, nebo díky stigmatizaci. Jak ale může tyto překážky zvládat? Kromě podpory od rodiny, léčebné intervence psychiatrů a podobně, se zde objevuje i sociální pracovník, který mu může pomoci navrátit se do běžného života.

V této kapitole se budeme zabývat rolí sociálního pracovníka, kterou má v životě nemocného. Dále si řekneme, jaká zdravotní a sociální péče je poskytována duševně nemocným a následně ji zasadíme do kontextu komunity. A jako poslední si stručně představíme reformu psychiatrické péče, která je pro celý tento systém důležitá.

3.1. Sociální práce

Nejprve je vhodné si říci, co je to vlastně sociální práce, tedy obor, kterým se sociální pracovník zabývá a ve kterém pracuje. Dle Matouška je sociální práce „Společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování

⁸² Srov. CORRIGAN, P.; WATSON, A. C. *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*. s. 17.

⁸³ Srov. PĚČ, O. *Destigmatizace* [online].

a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti aj.). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potencionálu...sociální práce je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci“.⁸⁴ Další definice sociální práce může znít následovně: „Sociální práce je praktická profese a akademická disciplína, která podporuje sociální změnu a rozvoj, sociální soudržnost, zmocňování a svobodu lidí. Principy sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní spravedlnosti a respekt k rozdílnostem jsou základy sociální práce. Na základě teorií sociální práce, společenských věd, humanitních věd a vlastních (původních) znalostí, sociální práce zapojuje lidi a struktury k tomu, aby řešili životní problémy a zlepšovali obecné blaho. Tato definice může sílit na národních a/nebo regionálních úrovních.“.⁸⁵

3.2. Sociální pracovník

Zákon 106/2008 Sb. obsahuje předpoklady pro práci sociálního pracovníka. Náplň jeho práce je dle tohoto zákona následující: „Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytující služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytující služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“⁸⁶ Obsahuje i další požadavky, které jsou nutné k výkonu činnosti sociálního pracovníka – svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost.⁸⁷ Ještě bychom mohli dodat úryvek z Matouškova *Slovníku sociální práce*: „Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky.“⁸⁸ Jak vidíme, pole působnosti sociálního pracovníka je široké. Proto zastává ve své práci hned několik rolí, které se vzájemně mohou prolínat. Váha

⁸⁴ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. s. 200-201.

⁸⁵ International Federation of Social Workers. *Global Definition of Social Work* [online].

⁸⁶ Zákon 108/2006 Sb., § 109.

⁸⁷ Srov. Zákon 108/2006 Sb., § 110.

⁸⁸ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. s. 201.

různých rolí se může měnit podle náplně práce, zařízení a jeho vedení, cílů a prostředků zařízení, ale také podle typu cílové skupiny:

- Pečovatel/poskytovatel služeb – pomáhá klientům v denním životě, při vykonávání důležitých činností, na které sami nestačí díky svému onemocnění, postižení, slabosti či jiné neschopnosti.
- Zprostředkovatel služeb – klientům pomáhá zajišťovat kontakt s potřebnými zařízeními, případně hledá jiné zdroje pomoci. Má přehled o zařízeních, umí zjistit potřeby klienta a podle nich mu doporučit službu, ale také umí potřeby hájit a koordinovat osoby, které s klientem pracují.
- Cvičitel/učitel sociální adaptace – pracovník pomáhá měnit chování klientů tak, aby zvládali lépe řešit své problémy. Učí je různých dovedností (sociálních, adaptačních), povzbuzuje ke změně. Plní i funkci preventivního činitele, který předchází případné krizi.
- Poradce/terapeut – napomáhá klientům k osobnímu růstu a přizpůsobivějšímu jednání tak, že jim pomáhá získat náhled na jejich jednání, postoje a pocity. Funguje jako poradce, socioterapeut, psychosociální diagnostik a popřípadě i jako výzkumník v praxi.
- Případový manažer – pracovník funguje jako agent klienta, který se snaží zajistit potřebné služby tak, aby byly vhodně zvolené, zkoordinované, plynule na sebe navazovaly a byly tak co nejefektivnější.
- Manažer pracovní náplně – funguje jako organizátor ve větších zařízeních. Organizuje práci, plánuje, sleduje kvalitu služeb, zpracovává informace.
- Personální manažer – zajišťuje supervizi, výuku, výcvik a konzultace pracovníkům v zařízení. Někdy funguje ve více zařízeních, často se jeho úkoly propojují s následující rolí administrátora.
- Administrátor – vedoucí či ředitel, který plánuje, rozvíjí. Zavádí i nové způsoby práce, programy či služby, které jsou ku prospěchu jeho klientům.
- Činitel sociálních změn – analyzuje a následně řeší společenské problémy. Angažuje se jako mobilizátor vůle komunity, skupinový advokát či povzbuzuje sociální iniciativy. Často jde o komunitního pracovníka, který se

angažuje v politice, legislativních nebo správních orgánech proto, aby napomáhal zájmům klientely i pomáhajících profesí.⁸⁹

Pro duševně nemocné je v některých fázích jejich života práce sociálního pracovníka velmi důležitá, primární a často i nezastupitelná. Potřebují od něj komplexní péči a pomoc – jako například poradenství, pomoc v oblasti práva (např. problém svéprávnosti), sociálního zabezpečení (dávky, příspěvky a invalidní důchody), zprostředkování služeb, trénink dovedností a podobně.⁹⁰

Sociální pracovník by pro práci s touto cílovou skupinou měl určitě vědět co nejvíce o duševních nemocích – o jejich symptomatice, dynamice, vlivech medikace, terapeutických intervencích, znát standardy zdravotní péče a podobně. Jsou pro něj důležité pojmy, které souvisí s diagnózami klientů.⁹¹ Pomáhají mu teoreticky porozumět nemoci, avšak pracovník by měl celého klienta vnímat jako individuum – i když je více klientů, kteří dle MKN-10 mají stejné onemocnění, jejich životy, projevy a prognózy mohou být úplně rozdílné.⁹² Pracovník by měl být taktéž obrněn trpělivostí – navázání kontaktu, vztahu i samotná komunikace s duševně nemocnými klienty jsou náročné. Můžeme jednat s klientem, který je stabilizovaný, v akutní atace nebo krizi – musíme se přizpůsobit jeho projevům. Někteří zapomínají, jsou nedůvěřiví nebo naopak přehnaně komunikativní, mají omezené schopnosti (osobní péče, hygiena, stravování a podobně) nebo celkově malou vůli k řešení životních situací. Práce s nimi tak může být pomalá a náročná a vyžaduje tedy velkou vytrvalost.⁹³ Dále by se pracovník měl nadále vzdělávat, pro práci s duševním onemocněním jsou vhodné například psychosociální a psychoterapeutické výcviky a podobně, pokud pracuje v psychiatrické léčebně, doplňuje si znalosti i z medicíny a ošetrovatelství (následně se může stát zdravotně-sociálním pracovníkem).⁹⁴

⁸⁹ ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce: Podklady ke stážím a ke kazuistickým seminářům*. s. 63-64.

⁹⁰ Srov. PROBSTOVÁ, V. In MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: specifiky různých cílových skupin a práce s nimi*. s. 133-136.

⁹¹ Srov. Tamtéž. s. 136.

⁹² Srov. MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. s. 70.

⁹³ Srov. Tamtéž. s. 127-129.

⁹⁴ Srov. Tamtéž. s. 15.

Na cestě k obnovení sociální role klienta pak sociální pracovník⁹⁵:

- zakládá vztah mezi ním a klientem – tvoří ho především na základě spolupráce (tedy partnerství) a vzájemného respektu
- chápe každého klienta jako individuum – liší se diagnózou, dovednostmi, zkušenostmi, hodnotami a cíli, zázemím a podobně
- snaží se ovlivňovat prostředí klienta tak, aby bylo k němu a jeho potřebám humánnější a vnímavější
- mapuje potřeby, které klient má a z nich vychází (všímá si potřeb nenaplněných ale i naplněných, vlivů prostředí, nových zdrojů, ale také vnímá ze strany klienta potřebu podpory)
- napomáhá nemocnému přijmout své onemocnění a adaptovat se na něj, naučit se zvládat nemoc a podobně – jedná se o koncept úzdravy (zotavení)
- usiluje o změnu postojů osob, které se duševně nemocných obávají, postojů profesionálů, ale také klientů, kteří si zvnitřnili pocity neschopnosti a nekompetence – napomáhá tedy k sociální integraci
- funguje jako most ke komunitě (např. obci) – velmi dobře zná její podmínky, vytváří s ní vztahy, plní funkci obhájce a zástupce duševně nemocných – jeho záměrem je opět sociální integrace

3.3. Péče o člověka s duševním onemocněním

Péči o duševně nemocné můžeme rozdělit na dvě části – psychiatrickou a sociální. K psychiatrické péči můžeme zařadit psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance a lůžková zařízení, ke kterým patří psychiatrické nemocnice (dříve léčebny) a kliniky, psychiatrická oddělení nemocnic.⁹⁶ Duševně nemocní mohou využít také různých sociálních služeb – poradenství, sociální péče a prevence. Ty mohou být

⁹⁵ PROBSTOVÁ, V. In MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. s. 135-136.

⁹⁶ Srov. PETR, T.; MARKOVÁ, E. a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. s. 43.

pobytové, ambulantní nebo terénní.⁹⁷ Výčet a popis všech služeb najdeme v Zákoně 108/2006 Sb.⁹⁸

Sociální poradenství se dělí na základní a odborné. Základní zahrnuje poskytování informací k řešení nepříznivé sociální situace, je základem při poskytování všech sociálních služeb. Odborné poradenství už je zaměřeno na jednotlivé sociální skupiny – jako jsou poradny pro oběti domácího násilí a trestných činů, manželské páry, seniory, osoby se zdravotním postižením, či je například používáno v sociální práci s osobami s rizikovým způsobem života, u kterých hrozí konflikt se společností.⁹⁹

Dále máme k dispozici služby sociální péče, které „napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.“¹⁰⁰

Jako poslední jsou zde služby sociální prevence. Jejich činnost je definována v Zákoně 108/2006 Sb. následovně: „Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.“¹⁰¹

Duševně nemocní potřebují sociální péči zejména v oblasti bydlení, práce, volného času, taktéž potřebují získat sociální dovednosti a schopnosti. Vzhledem k těmto oblastem tak nejčastěji využívají například chráněného bydlení, podporovaného bydlení a sociálních

⁹⁷ Zákon 108/2006 Sb., § 32-33.

⁹⁸ Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf.

⁹⁹ Srov. Zákon 108/2006 Sb., § 37.

¹⁰⁰ Zákon 108/2006 Sb., § 38.

¹⁰¹ Zákon 108/2006 Sb., § 53.

bytů, chráněné práce (dílny, kavárny, podporované a přechodné zaměstnávání), denní stacionáře, denní centra, poradny a podobně.¹⁰²

3.4. Komunitní péče

Jak jsme mohli vidět v předchozí kapitole, duševně nemocní využívají jak zdravotní, tak sociální péče a služeb. Je to cílová skupina, která stojí na pomezí těchto resortů. Odborníci proto cítí nutnost spolupráce k tomu, aby se zlepšila sociální situace cílové skupiny.¹⁰³ A právě k tomu by mohla přispět komunitní péče. Mezi její postupy patří kromě samotné léčby i podpora v sociální oblasti – jako podpora vztahů, pomoc v oblasti práce či bydlení a podobně. Komunitní péče nepracuje jen se samotným nemocným, ale podporuje i celé jeho okolí, aby mu i nadále mohli poskytovat pomoc. Je spojena s takzvanou deinstitucionalizací, jejímž záměrem je přesunout péči z léčeben do komunity. Objasněme si ale nejdříve několik pojmů, které souvisí s tímto tématem.

Pojem komunity můžeme vymezit do tří kategorií. Zaprvé jako lokalitu, zadruhé jako skupinu, kterou spojují určité zájmy. A za třetí jako skupinu, kterou spojuje společný problém (ti, kteří jsou znevýhodněni – právě jako duševně nemocní). Pojetí komunity jako skupiny se společným problémem je v sociální práci často používáno.¹⁰⁴ Můžeme zmínit ještě tuto stručnou definici komunity: „Komunita je místo, kde člověk může získávat emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě.“¹⁰⁵

Komunitní práce zplnomocňuje komunitu tak, aby byla schopna vlastní organizace a tím si vytvořila most k většinové společnosti. Je vlastně souhrnem různých metod a technik, které ke zplnomocnění používá.¹⁰⁶ Napomáhá k vyvolání změny v rámci komunity, využívá její zdroje, zapojuje do rozhodování její členy, čímž jim dává možnost

¹⁰² Srov. MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. s. 130-133.

¹⁰³ Srov. Občanské sdružení Péče o duševní zdraví. *Na cestě ke komunitní psychiatrii: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. s. 127.

¹⁰⁴ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. s. 89.

¹⁰⁵ KINKOR, M. In MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. s. 253.

¹⁰⁶ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. s. 89.

rozhodovat o nich samých a tím je aktivizuje, vytváří projekty. Lze ji použít ve spoustě oblastech a nabízí různá řešení problémů.¹⁰⁷

Komunitní péči rozumíme takové uspořádání pomoci, podpory a terapie tak, aby fungovaly co nejefektivněji pro příslušníky komunity. Toto uspořádání jim tak dovoluje co nejlépe a nejdéle žít ve svém přirozeném prostředí. Znamená to provádět intervence a poskytovat podporu tak, aby člověk získal kontrolu nad svým životem a byl soběstačný, tedy ve vhodném čase, podobě a na správné úrovni.¹⁰⁸

Můžeme se setkat i s pojmem komunitní přístup. Jde o spolupráci různých sektorů – veřejného (státní a místní správa), podnikatelského (podniky v komunitě) a místních občanů (v různých neziskových či neorganizovaných organizacích) – která vyvolá změnu v místní komunitě.¹⁰⁹

Pokud bychom se podívali na to, co dělá sociální pracovník v komunitní péči o duševně nemocné, dostaneme se k několika pojmům – psychiatrická rehabilitace, case management a týmová spolupráce.¹¹⁰ Jako základ si můžeme vzít týmovou spolupráci. Jak už jsme řekli, je potřebná provázanost sociálních a zdravotních služeb. Vzniká tak multidisciplinární tým, ve kterém sociální pracovník často hraje roli koordinátora neboli vedoucího.¹¹¹ V týmu se kromě sociálního pracovníka může objevit psychiatr, psycholog, terapeuti, praktický lékař, zdravotní i psychiatrické sestry, rodina nemocného a podobně. Tým funguje díky ochotě spolupracovat, respektu (k odbornosti, postavení a pohledu na péči) a důvěře.¹¹² Účel psychiatrické rehabilitace je posílení nemocného v jeho sociální roli, funkcích a zařazení. Pomáhá mu fungovat tak, aby byl úspěšný a co nejspokojenější v prostředí, kde žije, a potřeboval trvale co nejmenší odbornou pomoc. Pojí léčbu nemoci a sociální služby (jako například chráněné a podporované bydlení, sociálně terapeutické

¹⁰⁷ Srov. KINKOR, M. In MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. s. 255.

¹⁰⁸ Srov. FOITOVÁ, Z. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. s. 211.

¹⁰⁹ KINKOR, M. In MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. s. 255.

¹¹⁰ PROBSTOVÁ, V. In MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. s.138.

¹¹¹ Srov. Tamtéž. s. 143.

¹¹² Srov. MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. s. 60-63.

dílny, přechodné zaměstnávání, centra denních aktivit, poradenství a podobně¹¹³), které ho udržují v prostředí. Cílem je takzvané zotavení, anglicky recovery – i když je klient stále nemocný a sociálně nemusí být „v plné síle“, i tak může žít spokojený a naplněný život.¹¹⁴ A jako poslední sociální pracovník provádí takzvaný case management neboli česky případové vedení. Využívá při tom přirozené zdroje (rodina, sousedé), ale také regionální systém služeb, obě složky se snaží koordinovat a co nejlépe přizpůsobit konkrétnímu klientovi. Má přitom přehled o klientových potřebách, schopnostech, dosažených cílech, má sestavený plán péče a postupně výsledky vyhodnocuje nejen s klientem, ale se všemi, kteří se práce s ním účastní.¹¹⁵ Všechny tyto činnosti může provádět v různých komunitních zařízeních a jejich služeb (například chráněné bydlení, dílny, kluby a podobně) nebo v rámci komunitního (terénního) týmu, který pracuje v přirozeném prostředí klienta.¹¹⁶ Jako příklad si můžeme vzít organizaci FOKUS České Budějovice, která má svůj komunitní tým, chráněné bydlení, sociálně terapeutické dílny, spolupracuje s léčebnami i odděleními nemocnic, ale nabízí i zdravotní služby (lékový management, aplikace depotních injekcí¹¹⁷). Podílí se i na tvorbě různých projektů (destigmatizačních, podpora v zaměstnání a podobně).¹¹⁸

3.5. Reforma psychiatrické péče

Jako poslední zmíním reformu psychiatrické péče. Komunitní péče a provázanost služeb u nás v ČR funguje jen na některých místech, je tak značně nedostatečná. V roce 2013 tak byla schválena ministerstvem zdravotnictví strategie reformy, která zahrnuje změnu jak psychiatrie, tak celého systému péče, který se stará o lidi s duševním onemocněním. Jejím

¹¹³ Srov. RABOCH, J.; WENIGOVÁ, B. a kol. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí): Odborná zpráva z projektu*. [online]. s. 66-67.

¹¹⁴ Srov. HEJZLAR, P.; HALÍŘ, M.; FIALA, M. *Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné* [online]. s. 147.

¹¹⁵ Srov. HEJZLAR, P.; HALÍŘ, M.; FIALA, M. *Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné* [online]. s. 147-148.

¹¹⁶ Srov. Tamtéž. s. 148.

¹¹⁷ Injekce, která nahrazuje tablety. Aplikuje se několikrát za měsíc, záleží na rozhodnutí psychiatra. Je zde menší riziko, že nemocný přeruší léčbu (občas se totiž stává, že úmyslně přestane brát tablety).

¹¹⁸ Více informací na stránkách: <http://www.fokus-cb.cz/>.

cílem je obecně zlepšit život lidí s duševním onemocněním.¹¹⁹ Jde vlastně o to vytvořit moderní systém péče, zajistit síť provázaných služeb v každém kraji ČR. Tato změna je založena na principu zotavení, rozšíření komunitní péče a týmů, multidisciplinárním přístupu a týmů, spolupráci mezi resorty (ministerstva), novém systému financování či změně v psychiatrických lůžkových zařízeních. Dochází také k zapojování samotných nemocných a jejich blízkých, jejich pohled a názory jsou v procesu tvoření systému důležité, jelikož oni sami budou nakonec jeho uživatelé. Jak už víme, život duševně nemocného je zatěžkán společenským stigmatem, měly by proto vzniknout dlouhodobé destigmatizační kampaně, které by napomáhaly k jeho zmírnění a následné eliminaci překážek, které stojí v cestě uplatnění a začlenění do společnosti.¹²⁰

Nově by měla vzniknout další Centra duševního zdraví. Ty by měly poskytovat různé druhy služeb – denní, ambulantní, krizové, ale i mobilní. Spolupracovat budou se službami ve svém regionu (specializovanými, ale i s těmi, které jsou dostupné běžné populaci). K dispozici zde bude tým, ve kterém budou všichni odborníci v oblasti duševního zdraví (psychiatri, klinický psycholog, sociální pracovník, ale i třeba psychiatrická sestra), a který bude nepřetržitě pečovat o své klienty. Díky této péči dojde k prevenci rozvoje onemocnění, a tím pádem k menší nutnosti hospitalizací či ke zkrácení její doby.¹²¹ Co je zajímavé, tak v týmu by se měli nacházet i takzvaní peer pracovníci, tedy lidé, kteří mají s duševním onemocněním vlastní zkušenost.¹²² Ti tak mohou být zdrojem v procesu zotavení, poskytují podporu, obohacení, pochopení, ale také naději – sami jsou ukázkou zotavení, a tak mohou inspirovat ostatní.¹²³

¹¹⁹ Srov. PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. s. 4-6.

¹²⁰ Srov. PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. s. 7-24.

¹²¹ Srov. Tamtéž. s. 19-20.

¹²² Srov. Tamtéž. s. 9.

¹²³ Srov. FOITOVÁ Z. a kol. *Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví* [online]. s. 10-11.

4. Výzkumné šetření

4.1. Cíl výzkumného šetření

Cílem mého výzkumného šetření bylo charakterizovat, s jakými obtížemi se potýká duševně nemocný člověk – ať už díky samotným projevům nemoci nebo díky stigmatizaci – a jakou roli pro něj hraje sociální pracovník.

4.2. Metodika

Pro účely této práce jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu, jelikož zde potřebujeme proniknout hlouběji do života nemocného, tato metoda je nejvhodnější. V jejím rámci jde totiž o porozumění, které se váže k sociálnímu problému, fenoménu, procesu a podobně, na který nahlížíme v jeho přirozeném prostředí a následně se snažíme utvořit jeho obraz. Předmětem zkoumání tak může být právě i život lidí.¹²⁴

Použila jsem techniku polostrukturovaného rozhovoru. Ten se provádí pomocí předem připraveného návodu s okruhy, které chceme projít a je částečně řízený. Tazatel má určitou volnost, nemusí se držet pořadí otázek, může je během rozhovoru modifikovat či doplňovat dotazy.¹²⁵ Díky utvořené struktuře se rozhovor lépe udržuje, ale zároveň má respondent prostor k vyjádření svých zkušeností, pohledů a podobně. Struktura také slouží k jednoduššímu srovnání jednotlivých rozhovorů.¹²⁶ Před uskutečněním rozhovorů jsem si tak utvořila seznam s okruhy a podotázkami, kterými jsem se chtěla zabývat.¹²⁷

Díky mé praxi v chráněném bydlení jsem se dostala do kontaktu s duševně nemocnými lidmi, měla jsem tak možnost s nimi trávit čas a navázat bližší vztah. Před oslovením klientů jsem si o výzkumném šetření promluvila se sociální pracovnící, od které jsem k němu dostala povolení. Vybrala jsem si klienty, se kterými jsem během praxe navázala bližší vztah a následně jsem je oslovila s tím, jestli by nebyli ochotní pomoci mi se šetřením k bakalářské práci, předem jsem je informovala o tématu a okruzích, které by mě

¹²⁴ Srov. REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. s. 40-41.

¹²⁵ Srov. Tamtéž. s. 111-112.

¹²⁶ Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. s. 179.

¹²⁷ Viz. Příloha I.

zajímaly. Všichni souhlasili, a tak jsme se domluvili na termínech rozhovorů, které proběhly v polovině března, v průběhu dvou dnů. Rozhovory probíhaly v pokojích klientů, kam jsem byla pozvána. Vše jsem si nahrávala na mobilní telefon, samozřejmě s povolením respondentů. Ujistila jsem je i o jejich anonymitě, kterou v rozhovorech zachovám – jednotlivá jména jsou proto falešná. Získaná nahraná data jsem poté převedla do písemné podoby, abych s nimi dále mohla pracovat a připojit je k práci jako přílohy.

Na základě studia odborné literatury a vytyčeného cíle jsem vyčlenila několik kategorií, podle kterých rozhovory vyhodnotím:

- Charakteristika duševního onemocnění
 - Počátek onemocnění
 - Projevy onemocnění
 - Dopady onemocnění
- Stigmatizace:
 - v zaměstnání
 - ve zdravotnictví
 - v rodině a mezi přáteli
 - stigmatizace v médiích
- Sociální pracovníci
 - Kdo je pro nemocné sociální pracovník?
 - Oblasti pomoci

4.3. Výsledky

4.3.1. Charakteristika duševního onemocnění

- **Počátek onemocnění**

Všichni tři respondenti trpěli schizofrenií. Jak už jsme si řekli v první kapitole, důvodů pro vznik onemocnění je spousta, u každého k němu může dojít jinou cestou. Tak tomu bylo i u mých respondentů.

U pana Karla tomu bylo díky užívání anabolik „...bral jsem anabolika...prášky mi nestačily, tak jsem si začal píchat. A tím vlastně jsem si oddělal všechno. Jak psychiku, tak zdraví.“, ale také díky depresím, které se u něj objevily. Poprvé se u něj onemocnění projevilo po vojně.

Pan Jakub zažil v práci nervové zhroucení, které pak schizofrenii spustilo: „...jsem se tam nervově zhroutil, no. A místo do nemocnice mě odvezli na psychiatrii.“

U paní Kláry došlo k rozvoji onemocnění díky užívání návykových látek, konkrétně marihuany. Respondentka však zmínila i rodinné problémy, které zažila v dětství a které podle ní nemoc ovlivňovaly.

- **Projevy onemocnění**

Jak jsme se mohli dočíst v první kapitole, typickými projevy schizofrenie jsou halucinace a bludy. Tyto projevy byly všem třem klientům společné:

„...viděl jako dvojníka vedle sebe... zase vidím selky, který mi říkají, abych se sebeпоškodil a takový ty věci...když se s někým bavím, tak furt cítím to pozorování... furt mi někdo něco říká...žiju v tom, že se lidi baví o mě“

„...jsem se podíval z okna na auto, a to auto na mě začalo mluvit...najednou jsem se podíval na strom a on na mě promluvil“

„...ale stejně jsem vnímala takový sledování...ty hlasy už jsou zlé...začala jsem mít představy...že vedle mě jde leopard nebo lev třeba. Nebo že jsem žena, která nemá možnost být normální“

Jak jsem se dozvěděla, u respondentů nedochází jen k projevům psychickým, ale také fyzickým:

„...začnu se klepat, na prsou sevření, nemohu pořádně dýchat, nervózní jsem...“

„...mě začala v tu ránu bolet hlava, měl jsem takovej tlak do hlavy...furt se to zvětšovalo, zvětšovalo...“

Jakub i Klára však zmiňují, že projevy už delší dobu nepocítily, jelikož užívají medikaci, která jejich projevy drží na uzdě.

• **Dopady onemocnění**

U Jakuba a Karla jsem zaznamenala společný problém – potíže s hledáním partnerky. U každého z nich se však projevuje z jiné strany.

Pan Jakub by neměl problém vztah navázat, avšak setkal se s negativním postojem od potencionální partnerky: *„Ale jinak třeba když jsem si psal s nějakou holkou přes Badoo, no tak už málem jsem s ní byl, jakože ve vztahu...ale jak zjistila, že mám schizofrenii, tak si o tom něco přečetla a řekla mi „Nezlob se, ale já s takovým člověkem nemůžu bejt.“. Tak mě to docela mrzelo...“* Onemocnění tak vnímá jako bariéru při hledání partnerky.

Pan Karel také zažil zklamání od žen, problém ale vychází i z jeho strany, cítí se méněcenný, za své onemocnění se stydí a pociťuje strach, který způsobuje jeho odstup. Ženu, která měla zájem o vztah, tak radši rovnou odmítnul: *„Já se prostě za tu nemoc stydim... měla zájem jedna, ale já jsem prostě řekl že ne... Hned jsem řekl, že ne. Jinak to nešlo.“*

4.3.2. Stigmatizace

Dále jsem chtěla zjistit, jestli respondenti mají zkušenosti či pociťují stigmatizaci, která by se vážala k jejich onemocnění. Nejprve jsem se však zeptala, jestli vědí, co to stigmatizace

vůbec znamená. Ani jeden tento pojem neznal, a proto jsem ho všem během rozhovorů vysvětlila. Každý měl rozdílné zkušenosti, v některých oblastech se respondenti se stigmatizací setkali, v jiných vůbec.

- **Zaměstnání**

Asi největší zkušenost se stigmatizací v zaměstnání měl pan Jakub. Pracoval u bezpečnostní služby, kde zažil již zmíněné nervové zhroucení. Po pobytu na psychiatrii se do práce vrátil, avšak postoj ze strany pracovního kolektivu se k němu změnil. Pocítil ho hlavně ze strany kolegy – kamaráda: „...kamarád se na mě díval jako na nějakýho...lenivce, jo...že on je lepší. Takovej opovržený.“. V jiném zaměstnání byl spokojený s vedoucím, avšak opět se setkal s problémem v kolektivu: „...ale ten kolektiv zase když zjistili, že mám invalidní důchod, tak záviděli, že ho mám, a ještě беру výplatu, jo. A už takový řeči, prostě. Takový nepříjemný.“.

Naopak pan Karel a paní Klára se se stigmatizací v zaměstnání nikdy nesetkali. Pan Karel pracoval jako kuchař, v práci ho podle něj dokázali pochopit, a dokonce se jim mohl i svěřit. Paní Klára si zkusila zaměstnání v rámci pracovní rehabilitace, kde byla spokojená.

- **Zdravotnictví**

Pokud bychom se podívali do zdravotnictví, ani jeden ze tří respondentů nezažil stigmatizaci ze strany lékařů, ani terapeutů. Naopak s nimi měli pozitivní zkušenosti:

„...pan doktor... se ke mně choval jako k normálnímu pacientovi.“

„Nějaký takový škodolibý chování si myslím, že asi ne. Vždycky byli moc šikovný...mám s nima dobrý zkušenosti.“

U pana Karla a paní Kláry se jen objevila subjektivní nespokojenost s určitými přístupy v terapii. Paní Kláře bylo občas při skupinové terapii nepříjemné přílišné zabývání se určitými tématy: „...jsme měli taky takovou skupinu... tam byla taková třináctá komnata, a tam jsem jako cítila trošku jakoby...bezpečí, ale zároveň se moc mluvilo, na nějaký témata...To mi přišlo nepříjemný.“. Pan Karel měl zase pocit, že ho terapeuti často nutili k práci, což mu také nebylo příjemné: „...mě ta terapie nedělá dobře. Terapeut furt

práci, práci, práci a nutí, nutí, nutí. To se mi nelíbí... když mě někdo k něčemu nutí, tak prostě ne. Musím sám od sebe, prostě začít dělat.“. Setkal se také se zvláštním přístupem svého lékaře: „...když se mu s něčím svěřím, tak mi řekne „No, to musíte za psychiatrem“...mě prostě posílá, že ho city nezajímají, že ho zajímá moje zdraví...“.

Určitě jsme všichni někdy zažili nepříjemného lékaře či sestru, panu Jakubovi však uvízl v paměti přístup jedné psychiatrické sestry: „...ta sestřička byla strašně nepříjemná, když jsem si ustýlal postel. Začala na mě z ničeho nic rvát, já jsem byl úplně rozklepanej a ona tam furt na mě řvala...“.

• Rodina a přátelé

I zde jsem se setkala jak s pozitivními, tak negativními zážitky. Nejprve jsem se zaměřila na rodinu a její reakci na diagnózu respondentů. U obou pánů šlo hlavně o vztahy se sourozenci, rodiče již nemají, nebo se s některým z nich nestýkají:

„...mám jen sestru, rodiče mi umřeli...se sestrou si voláme...máme dobrou vztah.“

„...Mamka ta umřela. A s tátou se nestýkám...sestra nevlastní...se mnou přestala komunikovat...bratr L., toho mám taky rád, ale ten zase mi říká, že nechci dělat...bratr D.,ten se mnou mluví prostě jako s bráchou...nejlepší je asi moje sestra...tu mám rád. Mám ještě sestřenic...ta mě bere jako normálního bratránka, je strašně hodná.“

O paní Kláru se starala matka, ta se však později také potýkala s psychickými problémy: „Mamka se o mě hodně starala...pak vybuchla a musela se jít léčit taky, no.“. Má ještě bratra, ten podle jejích slov onemocnění špatně přijal: „...brácha ten byl nešťastnej bohužel...ten prostě brečel furt.“. Celkovou situaci v rodině popisuje takto: „...co se léčím, tak s rodinou nevyházím. Část rodiny na mě zanevřela...snažili se mě do poslední chvíle vlastně brát...ale už se stalo, no.“.

Následně jsem se zajímala i o přátelské vztahy, které respondenti udržují nebo udržovali. Jak už jsem zmiňovala výše, u pana Karla hrají roli jeho stud a projevy onemocnění (neustálý pocit sledování a vnímání neexistujících komentářů ostatních lidí), vnímá ho tak jako překážku k utváření vztahů, a to jak partnerských, tak přátelských.

Paní Klára v minulosti zažila i urážky. Pokud se seznamuje s novými lidmi a zmíní svou nemoc, cítí z jejich strany určitý odstup, který ale nedají navenek najevo – „*Že přede mnou nic neřeknou jakoby. Že mě neurazej, neponížej...cítím to, ale nevyplave to na povrch.*“.

Jelikož se jednalo o osoby, které bydlí společně v chráněném bydlení, často mezi sebou udržují blízké přátelské vztahy. Čeho jsem si ale všimla, že pan Jakub udržuje vztahy i mimo chráněné bydlení, avšak s lidmi, kteří mají také duševní onemocnění – „*ted'kon budu kontaktovat toho mého kamaráda...ten je duševně nemocnej, takže to chápe, tu moji nemoc...mám kamarádku, která má nějakou manio...prostě výkyvy nálad...jsme kamarádi už pět let...takže nás pojí takový pouto přátelství, no.*“.

- **Stigmatizace v médiích**

V práci jsem se zabývala i médii a jejich vlivem na stigma duševních nemocí. Proto mne zajímalo, jestli respondenti někdy zaregistrovali zprávy, které by se zmiňovaly o onemocnění a co si o nich případně myslí.

Všichni tři se s takovými zprávami setkali, jejich názory na ně byly podobné. Především se objevila pochybnost o pravdivosti, nesouhlasili ani s obrazem nemoci, který byl v médiích prezentován.

„No, to jsem slyšel v televizi. Třeba že schizofrenik zabil svoji přítelkyni. Což to já bych nikdy neudělal. Já bych ani holku neuhodil a nic...třeba ten člověk ani schizofrenii neměl, jednal v afektu nebo tak.“

„To já se dívám na televizní noviny, poslouchám to tolikrát...a říkám takový slova sprostý...je to úplně něco jinýho...než je to doopravdy. Ale zažít bych to nechtěl, co ukazují v televizi.“

„Jo, někdy si říkám, že něco vymyšlenýho být může, no.“

4.3.3. Sociální pracovníci

Jak už jsem zmiňovala, duševně nemocný se kromě jiných odborníků často setkává také se sociálním pracovníkem. Ten mu napomáhá dosáhnout zotavení tak, aby mohl žít co

nejkvalitnější život dle svých možností. V poslední části rozhovorů jsem se proto tázala, jaký význam a roli sociální pracovníci mají pro mé tři respondenty.

- **Kdo je pro nemocné sociální pracovník?**

Nejprve jsem respondentům položila otázku „*Kdo je pro Vás sociální pracovník?*“ – každý odpověděl jiným způsobem, ale ve výsledku z odpovědí vyplynulo, že sociální pracovník je pro ně velmi důležitý. Je to někdo, kdo je vyslechne, zajímá se o jejich pocity, poradí – mají s ním vztah, cítí, že mu mohou věřit. Často si nedokáží představit, že by nebyli v kontaktu se sociálními pracovníky, jejich práce je pro ně přínosná, má smysl. Paní Klára si neumí představit, kde by bez pomoci sociálních pracovníků skončila. Podobně tomu bylo i u pana Jakuba, myslí si, že bez pomoci by v počátcích své nemoci skočil trvale v léčebně.

„Bez nich nevím, co bych dělala...možná bych skončila někde v popelnici [smích].”

“Možná, že bych skončil někde v léčebně napořád.”

Respondenti cítí, že sociální pracovníci svou práci dělají dobře, jsou s nimi spokojeni a není nic, co by jim z jejich strany chybělo. Zajímavý byl také postřeh pana Jakuba – na moji otázku, kdo je pro něj sociální pracovník mi odpověděl „*Myslíte jako tady nebo někde na úřadě?*“. Mezi jednotlivými pracovníky vidí rozdíl – na rozdíl od pracovnice na Úřadu práce, která je „pro všechny“, má s pracovníky v chráněném bydlení vztah, cítí se s ním pohodlněji a podle něho vnímá i jejich větší kompetentnost. Tu vnímá i paní Klára.

„...když jdu jako na úřad, tak vnímám, že je to tam takový pro všechny. Ale když jsem tady s Váma nebo s nějakou pracovnící, tak se cejtim líp, protože už je to takový...více pohodlnější. Že ti lidi vystudovali nějakou školu a něco o tom ví. Kdežto ta úřednice na pracáku, ta dělá jen s počítačem a tohle všechno.“

„...všichni jsou dost kompetentní, dost realističtí, dost vzájemný...”

Zajímal mě i pohled respondentů na peer pracovníky, tedy osoby, které by s nimi taky pracovaly, ale mají navíc vlastní zkušenost s duševním onemocněním. U všech jsem se setkala s pozitivní odpovědí, mají pocit, že by si s nimi ještě více rozuměli, jelikož by dokázali jejich nemoc ještě více pochopit než pracovník bez onemocnění.

- **Oblasti pomoci**

Jak vidíme, sociální pracovníci mají pro duševně nemocné význam. V jakých oblastech jim ale pomáhají? Všichni respondenti například zmínili pomoc se šetřením peněz, tuto dovednost se postupně učí nebo se ji již naučili:

„...ale třeba Lenička, ta mi šetří penízky, to jsem spokojenej, jinak bych to všechno propil...“

„Když jsem byl mladší, tak jsem utrácel strašně. Ale už jsem se to naučil, naučili mě to v Táboře...“

„...s penězma jsem na tom dobře nebyla, neumím šetřit, ale co jsem tady, tak vycházím jak finančně, tak prostě i sociálně.“

Co bychom ještě mohli z finanční oblasti uvést, tak je pomoc se zařizováním různých finančních prostředků:

„...mi zařídili hmotnou nouzi...A příspěvek na bydlení...“

„...v nějakých jakoby finančních prostředcích, kdybych měla znalosti, vyhledala bych všechny příspěvky...prostě to, co pro mě tady dělá Lenka.“

Respondenti však uvedli i další oblasti, jako například získávání nových či ztracených dovedností (jako třeba vaření), pomoc s hledáním zaměstnání či bydlení. Paní Klára jednoduše shrnula pomoc od sociálních pracovníků následovně:

„Pomáhají mi všude kde potřebuju.“

Pan Jakub také zmínil činnosti, které se sociální pracovníci zažil v jiném chráněném bydlení: *„...jsme se chodili koupat, na procházky, dělali jsme všelijaký blbosti, tančili jsme třeba jo...“*. Zde si můžeme všimnout, že sociální pracovníci tráví s klienty i jejich volný čas, čímž si s nimi utváří hlubší vztah.

Jako poslední zmíníme skutečnost, že se všichni respondenti se sociálními pracovníky setkali už v psychiatrických léčebnách. Dva dokonce zmínili, že jim nabídli navazující služby, kterých následně mohli využít, hlavně chráněné bydlení.

4.4. Diskuze

V první kategorii – charakteristice duševního onemocnění – jsme se zabývali počátkem, projevy a dopady onemocnění u jednotlivých respondentů. Jak jsme mohli vidět, u každého onemocnění propuklo i probíhá rozdílným způsobem. Jak víme, určit, co způsobilo počátek onemocnění je těžké, je spousta faktorů, které ho ovlivňují a u některých nemocí není ani jasné, co ho způsobuje (viz. kapitola č. 1.1.). Díky rozhovorům tak máme představu, co u jednotlivých respondentů bylo spouštěčem, avšak nemůžeme jednoznačně říci, že uvedené faktory působily jako jediné nebo že to byly právě ony, které onemocnění způsobily. Všichni tři respondenti trpěli schizofrenií neboli „nemocí sta tváří“ – u každého může mít jinou formu a obsah. Jsou však symptomy, které jsou všem lidem se schizofrenií společné (a můžeme je nalézt i v Mezinárodní klasifikaci nemocí – viz. kapitola č. 1.2. a 1.3.2.), jako například halucinace a bludy, což se nám potvrdilo i v rozhovorech – všichni pociťují jakési pozorování, vidí a slyší neexistující podněty a podobně. Nejenže se pak musí potýkat s těmito obtížnými projevy, ale i s dopady, které onemocnění má na jejich život. Nejzajímavější dopad, který z výzkumu vyšel, je potíže s hledáním partnera. Oba respondenti, kteří tento problém zmínili, zažili zklamání ze strany žen. U pana Jakuba k tomu došlo konkrétně poté, co se potencionální partnerka dozvěděla jeho diagnózu, zde si můžeme tuto reakci spojit se stigmatizací – schizofrenie je jedna z nejvíce stigmatizovaných psychických poruch (viz. kapitola č. 2.2.3.), lidé s ní často nejsou obeznámeni, a i když se o ní něco dozví, strach často přetrvává a od nemocného se distancují. V případě pana Karla šlo také o zklamání, avšak bariéra stojí i na jeho straně – během rozhovoru vyjádřil pocit méněcennosti, strach, stud za své onemocnění, ale přiznal i přímé odmítnutí ženy. V návaznosti na literaturu bychom mohli říci, že v tomto případě se může jednat o projev sebestigmatizace (viz kapitola č. 2.2.4.).

Jak vidíme, nemoc není limitující jen sama o sobě, ale také ve vztahu k okolí. Duševně nemocný člověk je součástí společnosti jako každý jiný, avšak kromě pozitivních reakcí se může setkat i reakcemi negativními, které označujeme jako stigmatizaci. Tou jsme se zabývali v druhé kategorii výzkumu i druhé kapitole práce. Respondenti se v oblastech, které mě z hlediska stigmatizace zajímaly, setkali jak s negativními, tak i pozitivními zážitky. Nejprve jsme se zaměřili na zaměstnání, kde stigmatizaci zažil hlavně

pan Jakub. Problém pocítil hlavně v pracovním kolektivu, kde se po návratu z psychiatrické léčebny setkal s negativním postojem ze strany kolegů, tedy reakcí, kterou jsme zmiňovali v rámci podkapitoly „Zaměstnání“ (č. 2.2.1.). Co se týče zdravotnictví, nikdo neměl zkušenost s přímou stigmatizací, právě naopak, všichni byli s lékaři a terapeuty spokojeni. Objevily se zde jen určité zkušenosti, které v respondentech vzbudily negativní pocity – jako nespokojenost s určitou terapií nebo nepřijemná sestra. Dalším zkoumaným okruhem byla rodina a přátelé. Jak už jsme zmínili v podkapitole „Rodina a blízké okolí“ (č. 2.2.3.), duševní onemocnění je pro rodinu zátěží, po zjištění diagnózy započne proces, během kterého buď nemocného přijme a rodina posílí, nebo ho nepřijme a dojde tak k oslabení rodinných vazeb. Respondenti mají se stigmatizací v rodině různé zkušenosti – někteří členové je přijali a mají spolu vřelý vztah, ale jiní s nimi přestali komunikovat nebo se k nim otočili zády. O paní Kláru se například starala matka, která podle jejích slov následně „vychoupla a musela se jít léčit taky“ – jak už jsme zmínili, pro rodinu je starost o jejího člena zátěží, a proto její členové potřebují podporu, aby byli schopni péči zvládat, ale zároveň myslet také na sebe a svůj život¹²⁸, aby takto následně „nevybuchli“. Při navazování kontaktů s novými lidmi některým respondentům brání nemoc jako taková, jiní cítí odstup ze strany ostatních. Odstup si opět můžeme spojit se strachem a neznalostí duševního onemocnění. Pan Jakub udržuje vztahy s lidmi, kteří mají také duševní onemocnění, což se zde jeví jako logické: při otázce, zdali by respondenti uvítali, kdyby mezi nimi byl pracovník se zkušeností s onemocněním odpovídali kladně, protože by cítili větší pochopení a vzájemnost – což si myslím, že se dá aplikovat i do roviny přátelství, kde hraje roli hlavně právě hlubší vzájemné pochopení. Posledním okruhem z problematiky stigmatizace byla média. Ty často slouží jako primární zdroj informací o duševním onemocnění, což vede k udržení stigmatu ve společnosti (viz. kapitola č. 2.2.3.). Respondenti takové zprávy zaznamenávají, pochybují však o jejich pravdivosti a nesouhlasí ani s obrazem, který média vykreslují o duševním onemocnění.

V podkapitole „Sociální pracovník“ (č. 3.2.) jsme si vyjmenovali několik rolí, které pracovník může zastávat v práci s různými cílovými skupinami. Z výpovědí respondentů jsme si mohli všimnout, že opravdu pracovník při práci funguje jako terapeut, cvičitel sociální adaptace, poskytovatel i zprostředkovatel služby a podobně. Oblastí, ve kterých tak

¹²⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 360-361.

pomáhají nemocnému je velké množství. Hlavním poznatkem ale je, že ho považují za někoho velmi důležitého, kdo jim pomáhá překonávat strasti jejich onemocnění a vede je tak k zotavení (viz. kapitola 3.4.). Všimnout si také můžeme, že ho považují za někoho, s kým mohou mít vztah a vložit v něj důvěru. Jak už jsme zmínili ve třetí kapitole, spolupráce s duševně nemocným je založena na vztahu, který je pro obnovení jeho sociální role důležitý, tady vidíme, že pracovníkům v chráněném bydlení se daří tento vztah tvořit a udržovat. Od respondentů jsme se také dozvěděli, že se se sociálními pracovníky setkali již v léčebnách, kde jim nabídli další služby, kterých by po propuštění mohli využívat. Pracovníci informují nebo vyhledávají nové klienty, a tak propojují péči psychiatrickou a sociální (viz. kapitoly 3.3. a 3.4.). Jak víme, systém péče o duševně nemocné není dokonalý (viz. kapitola 3.5.), avšak vidíme, že je zde snaha pracovníků k tomu, aby fungovat začal a zajistil duševně nemocným zázemí, které tak potřebují.

5. Závěr

Tato práce se zabývala duševně nemocným člověkem a jeho životem ve společnosti. Jejím cílem bylo charakterizovat, s jakými obtížemi se potýká duševně nemocný člověk – ať už díky samotným projevům nemoci nebo díky stigmatizaci – a jakou roli pro něj hraje sociální pracovník.

Na začátku práce jsme si definovali, co si máme představit pod pojmem duševního onemocnění, ale také jsme si ukázali, s jakými obtížnými projevy se musí nemocný potýkat. V rámci rozhovorů jsme si je pak ještě více přiblížili v rámci každého respondenta. Nejenže jsme se dozvěděli, co u nich mohlo onemocnění spustit, ale také jak ho prožívají nebo jaké dopady pocítují.

Dalším větším tématem byla stigmatizace. Nejprve jsme si vysvětlili, co vůbec znamená, a následně si vytyčili několik oblastí, ve kterých se může dotknout nemocného a jeho života ve společnosti. Postupně jsme si uvedli, jak stigmatizace v jednotlivých oblastech může vypadat. Z výpovědí respondentů jsme se dozvěděli, kde a jakým způsobem stigmatizaci pocítili, pocítují nebo naopak, kde ji ani nezažili. Mohli jsme si tak v návaznosti na uvedenou teorii představit, jak vypadá stigmatizace v reálném životě. Samozřejmě nemůžeme výpovědi respondentů vztahovat na všechny duševně nemocné, každý člověk může mít jinou poruchu, žije v jiném prostředí a jinak funguje – zážitky tak mohou být rozdílné nebo se někdy ani objevit nemusí.

Jako poslední nás zajímali sociální pracovníci a jejich role v životě nemocného. Definovali jsme si, kdo to sociální pracovník je a jak pracuje s lidmi s duševním onemocněním. Věnovali jsme se také komunitní péči a reformě psychiatrické péče. Respondenti nám poté potvrdili to, že je pro ně sociální pracovník někdo, bez jehož pomoci by se neobešli.

Myslím si, že díky dostupné literatuře, internetovým zdrojům a rozhovorům se mi podařilo cíl bakalářské práce naplnit. V průběhu práce jsem obtíže i roli sociálního pracovníka charakterizovala a následně jsem je poskytnutými rozhovory podložila tak, abych ukázala reálný pohled duševně nemocného člověka na tyto oblasti jeho života.

Problematika duševního onemocnění je široké téma. Oblasti, které jsem v této práci zmínila by se určitě daly dále rozvíjet, zde jsme se orientovali hlavně na osobu s duševním onemocněním, avšak mohli bychom se stejně tak zajímat o pohled z druhé strany – například jaký názor mají zaměstnavatelé na duševně nemocné pracovníky? Jak se vyrovnává rodina s duševně nemocným členem? Jak se cítí lidé, kterým takto onemocní přítel či přítelkyně? To jsou jedny z otázek, které mě nyní napadají k dalšímu zpracování. Stejně by se dalo rozvíjet i téma sociální práce s touto cílovou skupinou, hlavně v oblasti komunitní péče a tvoření uceleného systému péče. Tato práce je tedy takovým úvodem do problematiky duševního onemocnění, který může být nadále rozvíjen.

6. Seznam použitých zdrojů

Tištěné zdroje:

DUŠEK, Karel; VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN: 978-80-247-4826-9.

GAMBAL, Aleš; PRAŠKO, Ján; KASALOVÁ, Petra. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN: 978-80-247-5796-4.

GOFFMAN, Erving. *Stigma: Poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha: SLON, 2003. ISBN: 80-86429-21-0.

HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. 4. vydání. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-686-5.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN: 978-80-262-0982-9.

KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN: 978-80-247-4733-0.

KUZNÍKOVÁ, Iva a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN: 978-80-247-3676-1.

MAHROVÁ, Gabriela; VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN: 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-368-0.

Na cestě ke komunitní psychiatrii: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví ve spolupráci s nakladatelstvím Theo, 2010. ISBN: 978-80-904009-6-2.

NOVÁK, Tomáš; LÁSKOVÁ, Hana. *Peklo v duši: Deprese a mánie.* Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN: 978-80-247-5851-0.

NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost.* Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN: 978-80-247-3709-6.

OCISKOVÁ, Marie; PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch.* Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN: 978-80-247-5199-3.

OREL, Miroslav. *Na Freuda já nemám čas, doktore.* Praha: Portál, 2015. ISBN: 978-80-262-0931-7.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2., aktualizované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5516-8.

PĚČ, Ondřej; PROBSTOVÁ, Václava a kol. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče.* Praha: TRITON, 2009. ISBN: 978-80-7387-253.

PETR, Tomáš; MARKOVÁ, Eva a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii.* Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN: 978-80-247-4236-6.

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

PROBSTOVÁ, Václava; PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly.* Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: Podklady ke stážím a ke kazuistickým seminářům.* Praha: SLON, 1994. ISBN: 80-85850-00-1.

SVOBODA, Mojmír; Češková, Eva; KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. 3. vydání.* Praha: Portál, 2015. ISBN: 978-80-262-0976-8.

THORNICROFT, Graham. *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, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-414-4.

Online zdroje:

BOARDMAN, Jed; GROVE, Bob; PERKINS, Rachel; SHEPHERD, Geoff. Work and employment for people with psychiatric disabilities. In *The British Journal of Psychiatry* [online]. 3. January 2003, vol. 182, issue 6, s. 467-468 [cit. 12. 3. 2018]. Dostupné na: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/DA5EC960B970AFB752D785EE3E024A19/S0007125000228936a.pdf/work_and_employment_for_people_with_psychiatric_disabilities.pdf. ISSN: 1472-1465.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. *Panická porucha* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2017 [cit. 13. 2. 2018]. Dostupné na: <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/neuroticke-poruchy/panicka-porucha/>.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. *Rozdělení neurotických poruch* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2017 [cit. 13. 2. 2018]. Dostupné na: <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/neuroticke-poruchy/rozdeleni-neurotickych-poruch/>.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. *Sociální fobie* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2017 [cit. 13. 2. 2018]. Dostupné na: <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/neuroticke-poruchy/socialni-fobie/>.

CORRIGAN, Patrick W.; RAO, Deepa. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. In *The Canadian Journal of Psychiatry* [online]. August 2012, vol. 57, no. 8, s. 464-469 [cit. 10. 3. 2018]. Dostupné na: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674371205700804>. ISSN: 1497-0015.

CORRIGAN, Patrick W.; WATSON, Amy C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. In *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association* [online]. February 2002, vol. 1, n. 1, s. 16-19 [cit. 11. 3. 2018]. Dostupné na: http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/English/wpa-02-2002.pdf. ISSN: 2051-5545.

FOITOVÁ, Zuzana a kol. *Manuál zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2014 [cit. 16. 3. 2018]. Dostupné na: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Manual_ZPK_web.pdf.

FOKUS České Budějovice [online]. České Budějovice: FOKUS České Budějovice, 2018 [cit. 14. 3. 2018]. Dostupné na: <http://www.fokus-cb.cz/>.

GABRIEL, Josef. Problémy pracovního uplatnění lidí s vážným duševním onemocněním. In *Lidemezilidmi.cz* [online]. Praha: Spolek Dobré místo, 24. 3. 2017 [cit. 12. 3. 2018]. Dostupné na: <http://www.lidemezilidmi.cz/mise-pro-dusevni-zdravi/problemy-pracovniho-uplatneni-lidi-s-vaznym-dusevnim-onemocnenim>.

HEJZLAR, Petr; HALÍŘ, Martin; FIALA, Marek. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. In *Psychiatrie – časopis pro moderní psychiatrii* [online]. 2010, roč. 14, č. 3, s. 146-152 [cit. 14. 3. 2018]. Dostupné na: http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2010/03/08_hejzlar_3_2010.pdf. ISSN: 1212-6845.

International Federation of Social Workers. *Global Definition of Social Work* [online]. Switzerland: International Federation of Social Workers, 6. August 2014 [cit. 12. 3. 2018]. Dostupné na: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>.

JANOUSHKOVÁ, Miroslava; WINKLER, Petr. Stigma a psychiatrie. In *Psychiatrie – časopis pro moderní psychiatrii* [online]. 2015, roč. 19, č. 1, s. 30-36 [cit. 4. 3. 2018]. Dostupné na: http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2015/01/06_janouskova_psych_1-15.pdf. ISSN: 1212-6845.

KUSÁ, Zuzana; ONDREJKA, Igor. Stigmatizácia a psychická porucha. In *KONTAKT – časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci* [online]. 2006, roč. 8, č. 2, s. 272-279 [cit. 4. 3. 2018]. Dostupné na: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120326192416567828.pdf>. ISSN: 1804-7122.

LARSON, Jon E.; CORRIGAN, Patrick. The Stigma of Families with Mental Illness. In *Academic Psychiatry* [online]. 2008, vol. 32, issue 2, s. 87-91 [cit. 6. 3. 2018]. Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/5503787_The_Stigma_of_Families_with_Mental_Illness. ISSN: 1545-7230.

LINK, B. G.; YANG, L. H.; PHELAN, J. C.; COLLINS, P. Y. Measuring Mental Illness Stigma. In *Schizophrenia Bulletin* [online]. 1. January 2004, vol. 32, issue 3, s. 511-541 [cit. 3. 3. 2018]. Dostupné na: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>. ISSN: 1745-1701.

MOHR, Pavel. Je normální „bláznit“? *SANQUIS: Časopis o umění, medicíně a zdravém životním stylu* [online]. 2008, č. 56, s. 42-45 [cit. 9. 2. 2018]. Dostupné na: http://www.address.cz/data/www.sanquis.cz/articles/files/sanquis_56_42.pdf. ISSN: 1212-6535.

NAWKA, Alexander; RUKAVINA, Tea Vukušić; NAWKOVÁ, Lucie; JOVANOVIĆ, Nikolina; BRBOVIĆ, Ognjen; RABOCH, Jiří. Psychiatric disorders and aggression in the printed media: is there a link? A central European perspective. In *BMC Psychiatry* [online]. 12. March 2012, vol. 12, issue 19 [cit. 6. 3. 2018]. Dostupné na: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-12-19?site=bmcp psychiatry.biomedcentral.com>. ISSN: 1471-244X.

OCISKOVÁ, Marie; SEDLÁČKOVÁ, Zuzana; PRAŠKO, Ján; LÁTALOVÁ, Klára; KAMARÁDOVÁ, Dana. Pokud mě cejchujete, běžte s tou terapií někam! Hraniční porucha osobnosti a stigma. In *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2014, roč. 15, č. 2, s. 62-66 [cit. 26. 2. 2018]. Dostupné na: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/02/04.pdf>. ISSN: 1803-5272.

PĚČ, Ondřej. Destigmatizace. In *Psychiatrie.cz* [online]. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost, 2018 [cit. 12. 3. 2018]. Dostupné na: <http://www.psychiatrie.cz/index.php/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace>.

PRAŠKO, Ján. Stigmatizace u „psychogenních poruch“. In *Psychiatrie – časopis pro moderní psychiatrii* [online]. 2001, roč. 5, č. 1 [cit. 6. 3. 2018]. Dostupné na: <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2001/01/07prasko.pdf>. ISSN: 1212-6845.

PRAŠKO, Ján; DIVEKY, Tomáš; KAMARÁDOVÁ, Dana; JELENOVÁ, Daniela; GAMBAL, Aleš; MAINEROVÁ, Barbora; LÁTALOVÁ, Klára; SIGMUNDOVÁ, Zuzana; ŠILHÁN, Petr. Stigmatizace a panická porucha. In *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2012, roč. 13, č. 3, s. 100-103 [cit. 3. 3. 2018]. Dostupné na: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/03/02.pdf>. ISSN: 1803-5272.

Psychiatrická společnost ČLS JEP. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. Praha: Galén, duben 2017 [cit. 16. 3. 2018]. Dostupné na: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf.

RABOCH, Jiří; WENIGOVÁ, Barbora a kol. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí): Odborná zpráva z projektu*. Praha: Česká psychiatrická společnost, 2012 [cit. 14. 3. 2018]. Dostupné na: http://www.psychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf.

SMITH, Brian P. Mental Illness Stigma in the Media. In *The Review: A Journal of Undergraduate Student Research* [online]. 2015, vol. 16, issue 1, article 10, s. 50-63 [cit. 6. 3. 2018]. Dostupné na: <https://fisherpub.sjfc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1150&context=ur>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Psychiatrická péče 2016* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2017 [cit. 10. 2. 2018]. Dostupné na: <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2016>. ISBN: 978-80-7472-167-0.

World Health Organisation. *The European Mental Health Action Plan 2013-2020* [online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015 [cit. 10. 2. 2018]. Dostupné na: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2015/european-mental-health-action-plan-20132020-the>. ISBN: 978-92-890-5095-1.

Zákony:

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf.

7. Přílohy

Příloha I. Seznam s okruhy a podotázkami

Příloha II. Rozhovor s panem Karlem

Příloha III. Rozhovor s panem Jakubem

Příloha IV. Rozhovor s paní Klárou

Příloha I. – Seznam s okruhy a podotázkami

• **Duševní onemocnění**

Jakým typem duševního onemocnění trpíte?

Kdy a jak se u Vás poprvé projevilo?

Jaké projevy pociťujete, když se začne nemoc horšit?

Omezují Vás projevy nemoci v nějakých oblastech?

• **Stigmatizace**

Víte, co to znamená stigmatizace?

○ Setkali jste se někdy se stigmatizací:

✓ V zaměstnání?

✓ Ve zdravotnictví?

Nezlehčoval lékař/jiný odborník Vaše obtíže, že by je svaloval na Vaše onemocnění?

Nesetkal/a jste se někdy se stigmatizací ze strany terapeuta?

✓ V rodině a mezi přáteli?

Jak se rodina postavila k Vašemu onemocnění? Přijala ho nebo ne?

Udržujete kontakt s nějakými přáteli z dřívější doby?

✓ V médiích?

Viděli jste někdy v médiích nějaké zprávy, kde se mluvilo o duševním onemocnění?

Co si o nich myslíte?

✓ Sebestigmatizace

Jak vnímáte sebe samého/samou?

• **Sociální pracovníci**

Kdo je pro Vás sociální pracovník?

Kdy jste se s ním poprvé setkal/a?

Je pro Vás osobně jejich práce přínosná?

V jakých oblastech se Vám od nich dostalo pomoci?

Umíte si představit, že byste neměli sociálního pracovníka?

Je něco, co Vám na práci sociálních pracovníků chybí nebo čeho je moc?

Mělo by pro Vás význam, kdyby byl mezi sociálními pracovníky někdo, kdo by měl osobní zkušenost s duševním onemocněním?

Příloha II. – Rozhovor s panem Karlem

Respondent č. 1 – pan Karel, 46 let

Mohl byste mi pro začátek říct, jakým duševním onemocněním trpíte?

No, schizofrenie, druhého až třetího stupně.

Kdy se u Vás projevila a jak?

Projevila se mi po vojně, no. A prostě takhle to vzniklo, prostě že jsem byl nervózní, že jsem viděl jako dvojníka vedle sebe...ted' se to trochu zlepšilo, ale zase vidím selky, který mi říkají, abych se sebepoškodil a takový ty věci.

Takže to vzniklo díky stresu?

Depresí takových...já jsem měl deprese a pan doktor mi řekl, že to mám prostě chronický. S tím se budu muset naučit žít. A mě to pořád nejde. Já jsem prostě v takovém bludným kruhu, jo, a prostě z toho nejde ven. Než to u mě vypuklo, tak jsem před vojnu dělal kulturistiku, bral jsem anabolika...prášky mi nestačily, tak jsem si začal píchat. A tím vlastně jsem si oddělal všechno. Jak psychiku, tak zdraví. Dělal jsem to asi čtyři roky, jsem si píchal. Takže jsem s tím bojoval...pak jsem šel na vojnu a pak se mi projevila ta nemoc.

Takže se u Vás ataky nemoci stále opakují?

Spíš jako mi řekli v nemocnici, že se to spíš zhoršuje, než se to zlepšuje. Musím s tím bojovat. Prostě dopoledne mi to jenom dá upozornění třeba. No a odpoledne to vznikne třeba.

A jakým způsobem se to projevuje?

Že se začnu klepat, na prsou sevření, nemohu pořádně dýchat, nervózní jsem...nejsem to já.

Takže takhle poznáte příznaky nemoci, kdy už to začíná být „špatné“?

Jo jo, je to chronický.

Omezuje Vás nemoc v nějakých oblastech?

V práci mě neomezuje, ale já, když se s někým bavím, tak furt cítím to pozorování. I když třeba s Váma se bavím, tak furt to pozorování cítím. I když třeba večer usínám, tak mě furt někdo pozoruje. Takový podvědomí, že prostě mě někdo pozoruje, furt mi někdo něco říká.

Nebojíte se díky tomu vyjít mezi lidi, když máte třeba volno?

No třeba, když mám ty deprese, tak prostě si myslím, že ty lidi se baví o mě, i když jsem venku a tohle, jdu se někam projít, prostě žiju v tom, že se lidí baví o mě...“On je nemocnej, on má tohle, aby se sebepoškodil“ a takovýhle věci.

Víte, co to znamená stigmatizace?

Ne, to slyším poprvé v životě.

[Následně jsem panu Karlovi vysvětlila, co znamená pojem stigmatizace]

No, to se cejtím, méněcennej se cejtím. Já mám těžký to, se prostě s někým seznámit.

Opravdu?

Já se prostě za tu nemoc stydim, za tu schizofrenii.

Takže je to překážka k tomu navazovat nové vztahy?

Jo, a ještě ta minulost se mi vrací, že jo. Můj tatínek mě podle mě zneužil, to mi bylo 12 let a takhle to koluje. A furt s tím žiju, každý den s tím žiju, furt si to připomínám. Jako kdyby to bylo včera.

Setkal jste se někdy se stigmatizací v zaměstnání?

Ne, ti mě dokázali pochopit. Těm jsem se svěřil, třeba když jsem pracoval v tom Jivně, jako kuchař. Tam jsem se zpovídal a bylo to v pohodě.

Takže žádný problém?

Ne, jezdili tam za mnou terapeuti za mnou, dvakrát do týdne.

A co stigmatizace ve zdravotnictví? Nestalo se Vám, že by třeba lékař zlehčoval Vaše problémy, nesvaloval je na duševní onemocnění?

No prostě mi řekne...když se mu s něčím svěřím, tak mi řekne „No, to musíte za psychiatrem“.

Takže Vás automaticky přeposílá?

On mě prostě posílá, že ho city nezajímají, že ho zajímá moje zdraví a takové ty věci. Ale jinak každých půl rok chce ode mě písmenou zprávu [pozn. od psychiatra], aby věděl, co mi třeba má napsat, nebo jak se ke mně chovat.

Nezažil jste stigmatizaci třeba ze strany terapeuta?

Ne, to ne. Byl jsem několikrát ve Lnářích, ale mě ta terapie nedělá dobře. Terapeut furt práci, práci, práci a nutí, nutí, nutí. To se mi nelíbí.

Jakto?

Prostě když mě někdo k něčemu nutí, tak prostě ne. Musím sám od sebe, prostě začít dělat.

Když se trochu vrátí k rodině, jak se Vaše rodina postavila k Vašemu onemocnění? Přijala ho, nebo ne?

No přijali ho, teda jo. Já už mám jen sestru, rodiče mi umřeli, takže jako jsem teďkon takhle na půl cesty v tomhle bydlení. Se sestrou si voláme...

Takže s ní máte dobrý vztah?

Máme dobrý vztah...i když mě několikrát naštvě třeba. Že mi pošle fotku s vínem a já jsem jí tuhle volal, a říkám „Už mi to neposílej.“

Láká Vás to?

Jo, láká mě to potom.

Předtím jste vlastně říkal, že máte problém navazovat nové vztahy... (chtěla jsem dodat, jestli to platí i pro partnerské vztahy, ale pan Karel mě předběhnul)

Hmm, to mám, velikej problém. Já jsem byl tolikrát zklamanej od ženský, že si prostě říkám, že už ne. Je mi 46, no... prostě takovej zvláštní strach jo, takovej odstup.

Takže odstup z Vaší strany?

[kývá] Jo, měla zájem jedna, ale já jsem prostě řekl že ne.

A vysvětlil jste jí, čím trpíte, nebo jste ji rovnou odmítnul?

Hned jsem řekl, že ne. Jinak to nešlo.

Zpozoroval jste někdy v televizi například, že by se mluvilo o duševních nemocích?

To já dívám na televizní noviny, poslouchám to tolikrát...no, a říkám takový slova sprostý.

Co si o tom myslíte?

No, že je to úplně něco jinýho...než je to doopravdy. Ale zažít bych to nikdy nechtěl, co ukazujou v televizi, nebo tohle, nechtěl bych to nikdy zažít.

Jako že by se Vám něco stalo? Něco jste udělal?

No.

Kdo je pro Vás sociální pracovník?

Já jich mám víc teďkon tady, ale třeba Lenička, ta mi šetří penízky, to jsem spokojenej, jinak bych to všechno propil...jako nefetuju, to ne, spíš bych to propil.

Takže jejich práce má pro Vás smysl?

Má smysl. Vyslechnou mě, co mi je a takový ty věci. No a pomůžou mi to chování měnit a takový ty věci.

Takže Vám pomáhají získávat různé dovednosti?

Jo. Ale když mě někdo nutí, to je konečná, to já jsem vzteklej, nervózní. Se mi to nepovede a...to musí člověk sám od sebe chtít. Já jsem to říkal i terapeutům [*a oni*] "To je dobře, že to sám od sebe to děláte" a tohle. Aby mě někdo do něčeho nutil, to jako ne. Prostě to nenávidím. „Musíš tohle, musíš támhleto.“, jo.

Umíte si třeba představit, že byste nebyl v kontaktu se sociálními pracovníky?

Nedokážu si to představit.

Jsou tedy pro Vás důležití?

Jsou pro mě důležití.

A je něco, co by Vám na jejich práci chybělo? Nebo naopak, je něčeho moc?

Nic.

Takže jste spokojený?

Jsem s nima spokojenej.

Mělo by pro Vás význam, kdyby mezi pracovníky byl někdo, kdo má osobní zkušenost s duševním onemocněním?

To by mi nevadilo. Byli bysme si stejně rovní.

Že by třeba více chápali tu nemoc?

No, tu nemoc. A já zase je.

Kdy jste se poprvé setkal se sociálním pracovníkem?

V roce 2013.

Kde to bylo?

Ve Lnářích.

Už v léčebně byla sociální pracovnice?

No, no.

Ta Vám pak pomohla co dál? Nabídla Vám další služby?

No. Tak třeba na chráňáku tak tam jsem byl dva a čtvrt roku, jednou jsem byl sám, jsem bydlel. Pak jsem bydlel zase u vojáků a takový ty věci.

Takže Vám pomohli sehnat bydlení?

Bydlení jako, no.

A se zaměstnáním Vám taky pomohli?

S hledáním prací mi taky pomáhají hodně.

A co třeba se zaplněním volného času?

S volným časem, to já si třeba něco najdu, nějakou práci. Abych prostě neseděl a nekouřil jednu za druhou. Vždycky při komunitě to řeknu, a uvidíme během dne, co udělám. Jako snažím se fungovat, jak mám, udržovat pořádek a takový věci. Hledám nějakou činnost, abych se zabavil, abych prostě na to zapomněl.

Příloha III. – Rozhovor s panem Jakubem

Respondent č. 2 – pan Jakub, 31 let

Mohl byste mi pro začátek říct, jakým duševním onemocněním trpíte?

Paranoidní schizofrenie.

Kdy se u Vás poprvé projevila?

Poprvý to bylo, když jsem byl v Praze, tak jsem dělal u bezpečnostní služby u televize Nova, v Ordinaci v Růžový zahradě. No a prostě jsem se tam nervově zhroutil, no. A místo do nemocnice mě odvezli na psychiatrii. Tam jsem byl dva měsíce a oni mi řekli, ať se dál léčím.

Takže se Vám to spustilo díky stresu?

Ano, ano.

Jak poznáte projevy nemoci, co pociťujete, když se začnete horšit?

Jo, jo. Jako teď už to moc necítím, protože mám dobrý prášky a beru injekci po třech tejdnech. Ale jinak jsem to cejtíl, když třeba jsem byl u táty, tak on je jako alkoholik – já jako nepiju, jo, nemám to rád – a prostě on tam furt se rozčiloval nad něčím, jo, nad někým a tohle. A mě to prostě dovedlo tak, že mě začala v tu ránu strašně bolet hlava, měl jsem takovej tlak do hlavy, jo. A ta bolest nepřestávala, furt se to zvětšovalo, zvětšovalo a když jsem pak třeba byl v klidu, tak jsem prostě z ničeho nic měl jako bludy. Že jsem se podíval z okna na auto, a to auto na mě začalo mluvit, jo...tak jsem si s ním povídal. Asi jsem byl sám, ta samota mi nedělala dobře. Nedělá.

Omezuje Vás sama nemoc v nějakých oblastech?

No tak v práci mě to omezovalo, ale už moc taky ne, protože už prostě nemám ani čas na nějaký myšlenky a podobně. Ale když jsem dělal v Kauflandu a byl jsem pak unavenej z práce, že jsem šel a najednou jsem se podíval na strom a on na mě promluvil, jo...že prostě nedojdu domu, že to nedám...ale dal jsem to, jako jo. Ale prostě takový divný.

Víte, co to znamená stigmatizace?

Nevím. Není to něco s těmi příznaky nemoci?

[Následně jsem panu Jakobovi vysvětlila, co to znamená stigmatizace]

S tím jsem se taky setkal, no...

Co třeba v zaměstnání?

V zaměstnání nesetkal, ale kdybych jim řekl, že mám tu paranoidní schizofrenii, tak bych se s tím určitě setkal. To už by na mě koukali jinak, možná že by mě nechali dělat, ale už by prostě...myslim si to, ještě jsem to nezažil...i když vlastně zažil. Když jsem dělal u tý bezpečnostní služby, tak jsem se vrátil z tý psychiatrie a už prostě kamarád se na mě díval jako na nějakýho...lenivce, jo...že on je lepší. Takovej opovržený.

Takže ten postoj k Vám se změnil, když jste se vrátil a oni se to dozvěděli.

Ano, ano.

A co třeba při hledání zaměstnání?

No...když jako řeknu, že mám invalidní důchod...tak třeba co jsem dělal v McDonaldu, tak tam to bylo dobrý, byl tam dobrej vedoucí, ale ten kolektiv zase když zjistili, že mám invalidní důchod, tak záviděli, že ho mám, a ještě beru výplatu, jo. A už takový řeči, prostě. Takový nepříjemný.

Setkal jste se někdy se stigmatizací ve zdravotnictví? Nezelehčoval někdo Vaše problémy, nesvaloval je na nemoc?

No, ono záleží, jakou máte sestřičku. To jsem se setkal třeba v Dobřanech, že jsem měl záchvat úzkosti a volal jsem si sanitku, jo. A pak druhý den mě dali na jiný oddělení a ta sestřička byla strašně nepříjemná, když jsem si ustýlal postel. Začala na mě z ničeho nic rvát, já jsem byl úplně rozklepanej a ona tam furt na mě řvala, pak jsem byl rád, když mě dali na jiný oddělení.

A třeba u obvodního lékaře?

No, to ne. Já jsem byl na vyšetření zánětu žaludku, a tam jako když pan doktor zjistil – nebo jestli se na to vůbec díval, nevím – tak se ke mně choval jako k normálnímu pacientovi. Měl jsem v Dobřanech takový to EEG, že vám dají špunty na hlavu, pak mi dělali vyšetření CT mozku, jo a takhle...nikdy jsem se s tím nesetkal.

Nesetkal jste se někdy s negativními postoji ze strany terapeuta?

Ne, to ne.

Když bychom se bavili o rodině, jak se k Vašemu onemocnění postavila? Přijala ho nebo ne?

No, tak sestra nevlastní, ta to vzala asi za špatnej konec, že se mnou přestala komunikovat. Bratr D., ten se mnou mluví jako prostě s bráchou, ale už mě má jakože...nevím. Nejlepší je asi moje sestra, ta to bere, jakože jsem fakt nemocnej a lituje mě...já zase jako nechci, aby mě litovala, jo, ale prostě když jí to dělá dobře, nebo já nevím, že se ke mně chová slušně, jako bych byl zdravěj i nemocnej, jo. Ale to bude asi tím...tím člověkem, jestli má dobrý srdce, no...a ona má dobrý srdce, takže tu mám rád. Pak bratr L., toho mám taky rád, ale ten zase mi říká, že nechci dělat...ale já chci dělat, ale prostě zatím nebyla žádná práce, která by mě opravdu bavila, no, takže uvidim. Já mám ještě sestřenicu, takovou pani, tý je 50 myslim asi, a vlastně ta mě bere jako normálního bratráčka, je strašně hodná.

A co třeba rodiče?

Rodiče, no. Mamka ta umřela. A s tátou se nestýkám.

Když se vrátíme k těm přátelům, udržujete s někým kontakt z dřívější doby?

No, teďkon budu kontaktovat toho máho kamaráda, co jsem u něj chvíli bydlel. A ten je duševně nemocnej, takže to chápe, tu moji nemoc. Ale jinak třeba když jsem si psal s nějakou holkou přes Badoo, no tak už málem jsem s ní byl, jakože ve vztahu...ale jak zjistila, že mám schizofrenii, tak si o tom něco přečetla a řekla mi „Nezlob se, ale já s takovým člověkem nemůžu bejt.“. Tak mě to docela mrzelo, ale teď mám kamarádku, která má nějakou

manio...prostě výkyvy nálad a takhle, a je to strašně hodná holka...jsme kamarádi už pět let...takže nás pojí takový pouto přátelství, no.

Takže onemocnění je bariérou ve hledání partnerky?

Hm, já myslím že jo. Ale taky záleží na povaze té holky, že jo, nebo té ženy.

Vnímáte sebe samého jinak, než před vypuknutím nemoci?

Hm, vnímám. Vnímám to, že jsem takovej...když nemám co dělat – já musím furt něco dělat, jako můj brácha, ten furt něco opravuje, stará se o děti nebo vaří a tohle – tak jakmile nic nedělám, tak prostě si lehnu a přemýšlím nad blbostma, když to řeknu takhle. Lítaj mi všelijaký myšlenky, no...člověk si musí zvyknout na ten režim, něco dělat. No...ale jinak se cejtím dobře. Dělá mi to tady dobře, no. Lepší než v Písku.

Ano?

Tam toho na mě bylo moc. Furt jsem hledal nějakou práci...tlak takovej.

Jako nátlak na Vás, ať si něco najdete a podobně?

No, no.

Ze strany pracovníků?

Ne, ne, od toho kamaráda, co jsem s ním bydlel.

Takže Vám to nedělalo dobře...

Hm, hmm.

Když bych se Vás teď zeptala, neviděl jste někdy v médiích...

No, viděl. Když jsem byl poprvý v té Praze na psychiatrii, tak jsem měl jako nadpřirozenou schopnost, že když se někoho dotknu, že ho uzdravím, jako Ježíš jsem si připadal. [smích] Takže jsem ke každému chodil a na každého jsem šahal a on mi říkal “Jo, já to cejtím, úplně si mě uzdravil”, jo. Když jsem se třeba díval na zprávy, tak jsem si myslel, že mě furt někdo sleduje, nějaký ufouni.

Když to ale přetočíme z Vás do společnosti, myslím tím, jestli vnímáte třeba zprávy v televizi, které by se týkaly duševních nemocí?

No, to jsem slyšel v televizi. Třeba že schizofrenik zabil svojí přítelkyni. Což to já bych nikdy neudělal. Já bych ani holku neuhodil a nic. Já jsem spíš takovej mírumilovnej. A pak na to doplácím. Začnu být moc důvěřivej a lidi toho začnou využívat...a to je špatně. Už si dávám větší pozor.

Co si o těch zprávách myslíte?

Hmm...Je to blbý. Třeba ten člověk ani schizofrenii neměl, jednal v afektu nebo tak.

Když bychom se přesunuli k sociálním pracovníkům – kdo je pro Vás sociální pracovník?

Myslíte jako tady nebo někde na úřadě?

Jakýkoliv, mezi nimi vnímáte rozdíly?

No, když jdu jako na úřad, tak vnímám, že jsou tam takový...moc akční, mi přijde. Prostě je to tam takový pro všechny. Ale když jsem tady, třeba s Váma nebo nějakou pracovnící, tak se cejtím líp, protože už je to takový...víc jako...jak bych to řekl...

Osobnější?

Jo, víc pohodlnější. Že ty lidi vystudovali nějakou školu a něco o tom ví. Kdežto ta úřednice na pracáku, ta dělá jen s počítačem a tohle všechno.

Takže s tím pracovníkem tady máte...

Větší důvěru, vztah.

Ano. A zajímá se třeba o Vás, vyslechne...

Ano, ano.

Je pro Vás práce toho pracovníka nějak přínosná?

Je.

V jakých oblastech se Vám třeba od nich dostalo pomoci?

Tak třeba v Krumlově, tam jsem neměl co jíst, tak jsem dostal nějaký jídlo, nějakou potravinářskou pomoc, tady taky. Což je dobrý. Třeba v Táboře mi zařídili hmotnou nouzi, jo. Protože mi přestal chodit invalidní důchod, tak jsem si ho zase musel obnovit. A příspěvek na bydlení mi zařídili. Takže jsem nějaký finance měl. Jinak...

A co třeba práce s těmi penězi? Jako šetření, myslím.

Jo, no to...jako ušetřím. Když jsem byl mladší, tak jsem utrácel strašně. Ale už jsem se to naučil, naučili mě to v Táboře i ten kamarád z Písku. Radši si navařit než všechno sníst hned.

Takže jste se od pracovníků naučil i nějaké dovednosti, které by Vám pomohly ve fungování?

Jo, vařit a tak. V Chebu jsme taky vařili, to bylo fajn.

A co třeba zaplnění volného času?

Taky, no. Tak já jsem [zaplnil čas] třeba tou prací...a že jsem třeba kreslil nebo jsem šel na procházku. To jsem víc dělal v Táboře, v Chebu tam ne. Tam jsem ležel v posteli. Bylo to tam takový...jako na jednu stránku fajn, na druhou stránku nuda. Neměl jsem tam tu práci, taky jsem tam hledal, tam je strašná nezaměstnanost v tom Karlovarském kraji.

A pomohli Vám najít zaměstnání?

Tam jsem začal po půl roce dělat recepční.

Takže Vám to zprostředkovali?

Ano, ano. Vyzkoušel jsem si tam i tu dílnu, ale to prostě pro mě nebylo. Tam prostě nějak kompletovat nějaký pneumatiky do hraček a takhle a za pár korun. Za dva tisíce...jako když to děláte z volného času, z radosti, nějakej ten výrobek, tak je to příjemný. Ale když to děláte pro peníze a oni vám za měsíc pro takový dřině dají jen dva tisíce...

A umíte si představit, že byste žádného sociálního pracovníka neměl?

Umím si to představit. Uvázaný sám na sebe. Třeba kdybych kolem sebe měl nějaký dobrý přítel, tak si myslím, že bych to ani nepotřeboval. Občas zajít k psychiatrovi nebo psychiatrice na injekci a pak prášky. Už takhle jsem obeznámený z těch léčen a chráněného bydlení, že se dokážu osamostatnit.

A co kdybyste je neměl před tím? Myslím po tom propuku té nemoci.

Tak by bylo těžší. Možná, že bych skončil někde v léčebně napořád.

Je něco, co Vám v práci sociálních pracovníků chybí? Nebo je naopak něčeho moc?

Já myslím, že dělají dobře, dobrou práci. Ale záleží na povaze člověka, jestli ho to baví nebo ne. Pak taky jdou vidět výsledky, že jo.

A mělo by pro Vás význam, kdyby mezi nimi byl někdo, kdo sám má zkušenost s duševním onemocněním?

Já myslím že jo, že bych si víc s tím člověkem rozuměl.

Že by Vás líp pochopil než pracovník bez onemocnění?

Ano, ano, asi tak.

Kdy jste se vlastně poprvé setkal se sociálním pracovníkem?

No to už je dávno...asi v tom chráněném bydlení v Chebu. Tam jsem se potkal s jednou paní O., blondýnkou, takovou sympatickou paní, asi tak 40 let jí je. A ta byla úplně úžasná. S tou jsme chodili se koupat, na procházky, dělali jsme všelijaký blbosti, tančili jsme třeba jo, a takhle. No a dopadlo to [smích] šíleně. Ona totiž neměla přítele a jeden kluk, jako pacient, teda klient – přišel můj kamarád ze začátku...no a on se jí strašně líbil. Tak se do něj zamilovala a dopadlo to tak, že on vlastně...mě přišel zpětně důchod, asi 30.000,-, tak jsem šel s tím kamarádem do bytu, všechno jsem platil, on neměl peníze ani práci, jen důchod, to jsme pak platili napůl byt. No a oni spolu teda chodili a já myslím, že doteď jsou spolu. Já jsem pak odešel z toho bytu, oni chtěli být sami.

Takže nakonec to dali dohromady, zajímavý.

No, i to se může stát.

A léčebnách sociální pracovníci nebyli?

V léčebně...tam myslím že asi ne. Sestřičky, doktoři...A jako občas tam jezdili nějaký, třeba z Ledovce z Plzně, do Dobřan. Tady možná v Budějčích na psychiatrii chodili nějaký. Myslím zrovna Fokus...ale o těch jsem se dozvěděl už v Dobřanech. Vlastně mi volala paní O., ta mi řekla o Fokusu

Takže Vám nabídla ty jejich služby?

Ano. Chráněný bydlení.

Příloha IV. – Rozhovor s paní Klárou

Respondent č. 3 – paní Klára, 30 let

Mohla byste mi nejprve prozradit, jakým typem duševního onemocnění trpíte?

No...duševní onemocnění u mě znamená to, že se propadám jakoby do nitra. Dlouho jsem nemohla žít normálně, omezovala mě nemoc, schizofrenie. To bylo způsobené návykovými látkami.

Takže počátek nemoci se projevil díky užívání drog?

Ano.

A kdy se poprvé projevilo?

No já jsem vlastně po operaci srdce, když mi byly tři roky. Trpěla jsem vrozenou vadou, pak se operace povedla. Vzali mě přednostně, bylo to u mě akutní. Od první třídy si pamatuju celý svůj život dopodrobna – prošla jsem problémy v rodině, že jsem neměla tátu, ale máma měla přítele, se kterým se vdala. Pak porodila syna, brácha. Máme vlastně stejnou mámu, akorát teda otce jiného. Vychovávali mě vlastně předtím, než se brácha narodil...tam byly prostě takový věci, který souvisely s onemocněním srdce i s onemocněním psychickým. Od toho věku 6 až 12 let. Tím se táhla moje schizofrenie vlastně. Dlouho jsem měla psychický potíže, ale nikdo to nesledoval, nikdo o tom nevěděl. Od 10 let se to zhouplo, protože jsem poznala babičku z tátovo strany a ta mě vedla k velký spokojenosti. Měla jsem vlastně lepší život, když jsem jela třeba na víkend nebo na prázdniny k babičce. A vždycky když jsem pak přijela, tak jsem viděla mámu, jak je šťastná, že jsem doma. A já jsem byla nešťastná.

Takže ta nemoc se horšila, když jste přijela domů?

Hmm.

Ale lepší se, když jste byla s babičkou.

Hmm.

Takže tam byly nějaké rodinné problémy?

Hmm. Máma s tím přítelem byla do mejh 8 let. Bráchovi byli 2 roky, když se rozvedli. U tý babičky to šlo postupně ke „šťastný Kláře“ – jezdili jsme k moři, na hory, jezdila jsem do divadla – mámu jsem tolik nevnímala. Měla jsem, co jsem potřebovala. Děda byl pro mě všechno. Takhle krásně to šlo do 15 let. Vlastně od 13 let jsem začala kouřit cigarety a pít alkohol. Pak jsem šla na tu střední a v prváku jsem jela k moři, do Afriky a prostě se stalo to, že děda umřel. A my jsme vlastně byly v tý Africe a tam mě to absolutně položilo. Zůstaly jsme tam, nejely jsme zpátky, že jo, dokončily dovolenou. Babička řekla, že půjdeme na pohřeb a tak. Tim se vlastně moje psychika samozřejmě ještě zhoršila, že jo. Ale já jsem...nejhorší, co jsem mohla udělat, tak jsem odmítla, že půjdu na pohřeb. Odmítla jsem to prostě a hlasy mi začaly říkat „Jeď radši za kamarádama, pochlub se, jak si se měla u moře...ty bys ten pohřeb nezvládla, bylo by to pro tebe úplně drtící“. Pak jsem na dědu zapomněla a začala fetovat. Nebylo to moc dobrý, ze začátku to bylo fajn, ale začala jsem mít představy, třeba v zimě, že vedle mě jde leopard, jo, nebo lev třeba. Nebo že jsem žena, která nemá možnost být normální – tak jsem začala chodit na Svatou horu, protože jsem si myslela, že mi to pomůže. Už jsem se prostě začala chovat divně, cejtit divně...měla jsem myšlenky na sebevraždu. Drogy mi nedělaly vůbec dobře...byla to teda jen marihuana, ale nechutnalo to tak, nebylo to dobrý. Psychicky jsem byla úplně na dně. Nešlo to prostě...umm...otevřít jako lepší stránku vůbec nešlo. Chodila jsem za školu, měla jsem divný pohledy na svět, prostě halucinace, hlasy. Nemohla jsem spát, nemohla se učit...i přes tu všechnu bolest jsem se učila, pak jsem chodila do školy, sice pozdě, ale pak jsem to napravila, začala jsem mít i dobrý známky...ale stejně jsem vnímala takový sledování, schizofrenii...ale nevěděla jsem furt, co to je. Když jsem třeba nemohla vydržet spát, tak jsem začala v noci chodit ven, máma mě jednou vyhodila z baráku, byla zima. Musela jsem prostě spát u jednoho kamaráda...pak jsem přišla domů, všechno bylo v pohodě. Pak jsem to prostě nevydržela a začala chodit do pátýho patra, kde bydlela moje kamarádka, a vyhlížela jsem lidi, kteří se na mě dívali – ale žádný lidi tam nebyli. Přestala jsem slyšet, přestala jsem mluvit, sledovala jsem oranžovou barvu, která se mi furt ukazovala před očima, nevěděla jsem, jestli mě někdo zabije, že mě lidi pronásledují, a že jsem celej svět otráвила nějakou nemocí...

Jak jste se vlastně dostala k psychiatrické péči?

No, jak se to vlastně furt horšilo, tak jsem prostě z toho okna teda skočila. Dostala jsem se do péče v Plzni, tam jsem nejdřív byla na ARU, na JIPce a pak mě převezli na psychiatrii, i když jsem byla furt ležící, což bylo hrozný. Začali do mě cpát nějaký léky, Risperdal, což bylo v tom stavu tak hnusný a nic mi nepomáhalo. Furt jsem brečela...když jsem se probudila na tom ARU, tak jsem prostě koukala, co se děje, jakto, že jsem v nemocnici, jakto, že jsem přežila, když jsem si byla 100 % jistá že umřu...a chtěla jsem to, abych umřela. Na tý dětský psychiatrii na Lochotíně je moje první zkušenost s psychiatrií. Pomohli mi hodně, to jo...vlastně veškerá psychiatrie, kterou jsem měla, tak mi pomohla. I když jsem to třeba nevnímala, byla utlumená lékama...byla jsem vlastně ve spacím režimu několik let. Nemohla jsem třeba ráno vstát z postele, potřebovala jsem furt spát. Poznala jsem třeba v Dobřanech nebo v Bohnicích spoustu pacientů, doktorů, procedur, skupinový terapie, atreterapie, ergoterapie...Moje poslední zkušenost je v Českých Budějovicích. Jsem ráda za tu zkušenost s psychiatrií.

Jak se u Vás projevují příznaky zhoršení?

Myslím si, že mě udržují léky a dlouho jsem tohle neměla. Ale jakmile zjistím, že třeba nemůžu spát nebo že třeba ty hlasy už jsou zlé...tak si volám záchranku. Několikrát jsem si volala záchranku. Jsem srozuměná s tím, že na psychiatrii je to na trochu delší dobu, ale u mě se to zlepšuje, protože jsem dosáhla toho, že tu schizofrenii umím ovládat, abych neměla ataku nebo psychózu, jo.

Ovlivňuje Vás nemoc v nějakých oblastech?

Já to mám vlastně ozkoušený takovým způsobem, že dělám věci hned, abych je neudělala pozdě...jako že pracuju na sobě, abych mohla jít do práce. Protože já jsem vlastně v říjnu přišla z Prahy sem, jo. A něco se tady učím postupně. Nějakou rovnováhu sociální a vlastně do tý práce se snažím jít už od samýho začátku, ale v práci mám zkušenosti, že jsem dělala v Plzni, a tam mě nic neomezovalo, absolutně nic. Naopak. Všichni mě učili, byli tam rehabilitační pracovníci...pracovat prostě umim, no.

Takže ta práce byla v rámci nějaké pracovní rehabilitace?

Hmm.

Zkoušela jste někdy hledat zaměstnání i mimo tyto rehabilitace?

Nikdy jsem nebyla na úřadu práce, nikdy jsem nedělala nic jiného, než mi povoluje invalidní důchod. Mám třetí stupeň a 70 % pracovní neschopnosti.

Když bych se Vás teď zeptala, víte, co to je stigmatizace?

Hmm...takový to osamostatnění?

[následně jsem paní Kláře vysvětlila, co to znamená stigmatizace]

Ahaaa.

Když jsme mluvily o tom zaměstnání, setkala jste se v něm někdy se stigmatizací?

No, nesetkala. Další zkušenosti teda nemám, ale zkoušela jsem třeba volat do práce například, na nějakou nabídku. Vždycky jsem vyhledávala jen to, co je pro invalidní důchodce jakoby. Takže jsem třeba byla na pohovoru ještě v jedné práci, to bylo v Plzni taky, ten pohovor byl taky příjemnej. Já s tím umím pracovat...jakoby...tu přízeň si dokážu získat. Jakože jsem hodně pečlivá, že jsem pozorná.

Když bychom tu stigmatizaci teď přesunuli do zdravotnictví, nesetkala jste se s ní třeba u lékařů?

Nějaký takový škodolibý chování si myslím, že asi ne. Vždycky byli moc šikovný.

A co třeba ze strany terapeuta?

To si pamatuju, měla jsem službu v čajovně, a tam jsme měli taky takovou skupinu, byla to terapie. Zjistila jsem někdy, že to nebylo přímo jako terapie...tam byla taková třináctá komnata, a tam jsem jako cítila trošku jakoby...bezpečí, ale zároveň se moc mluvilo, na nějaký témata. Myslela jsem si, a teď možná budu mluvit trochu paranoidně, že ze mě chtěj vyndat informace jako. To mi přišlo nepříjemný. Ale jinak jako vlastně...myslím si, že myšlenky nějaký tam ty doktoři měli, ale berou to moc profesionálně. Mám s nima dobrý zkušenosti.

Neviděla jste někdy v médiích nějaké zprávy, které by se týkaly duševního onemocnění?

Jo, někdy si říkám, že něco vymyšleného být může no. Jinak úplně nevím, no. Když ale vezmu tu společnost, tak si určitě povídaj.

Když se Vaše rodina dozvěděla, jakým onemocněním trpíte, jak se k tomu postavila?

Mamka se o mě hodně starala, brácha ten byl něšťastnej bohužel...ten prostě brečel furt. Mamka pak vybuchla a musela se jít léčit taky, no. Ale já jsem to brala tak, když jsem měla ty kamarády, tak jsem tu rodinu vynechala úplně. Od té doby, co se léčím, tak s rodinou nevycházím. Část rodiny na mě zanevřela...snažili se do poslední chvíle vlastně mě brát...ale už se stalo, no.

A co přátelé?

No vim, že mají ke mně určitý názory. Že asi vědí, protože...nic se neutají. Tohle mě dokáže dostat do špatnýho stavu, když myslím na tu minulost a vím, že to ví i někdo jinej. A že si říkají mezi sebou nějaký věci, ale...jako nějaký urážky a tohleto, to jsem si prožila.

A když byste se seznamovala s novými lidmi, je Vaše nemoc překážkou?

Je to tak, že když se seznamuju, tak ta nemoc na mě není vidět jakoby, to mi říká hodně lidí. Já jsem většinou první člověk, kterej se ozve...jakože to jsem „já“.

Mění to pak jejich postoj k Vám, ovlivní je to?

Myslím si, že je to neovlivní, no. Že přede mnou nic neřeknou jakoby. Že mě neurazej, neponížej.

Takže žádný odstup od nich necítíte...

Cítím to, ale nevyplave to na povrch.

Jak vnímáte sebe samotnou?

Mám ze sebe dobrej dojem. Hodně dobrej.

Kdo je pro Vás sociální pracovník?

Já bych sociální pracovník být nemohla, protože já bych všechno dovolila. Kdybych třeba měla na starosti jednoho člověka, tak bych pro něj udělala maximum, jako jo. Prostě chodila bych s ním všude, kde potřebuje, podporu prostě...jakoby v nějakých úředních věcech, v nějakých jakoby finančních prostředcích, kdybych měla znalosti, vyhledala bych všechny příspěvky, vyhledala bych všechno...prostě to, co pro mě tady dělá Lenka.

Takže ta pomoc od sociálních pracovníků, je pro Vás přínosná?

Určitě. Je to velmi slušná organizace, všichni jsou dost kompetentní, dost realističtí, dost vzájemný...já jsem sem šla s tím, že jsem nic nevěděla...tak jak mi pomáhali v Bohnicích, tak jsem se hodně zlepšila...a vlastně s penězma jsem na tom dobře nebyla, neumím ušetřit, ale co jsem tady, tak vycházím jak finančně, tak prostě i sociálně. Se všim všudy.

Takže jste se tady přiučila nějakých dovedností?

Spíš jsem našla, co jsem se kdysi dávno naučila.

Kdy jste se vlastně poprvé setkala se sociálním pracovníkem?

Už v léčebně. Ale už máma mě vodila na úřad práce, vyplňovat papíry...vim, že si s tím nevěděla rady, tak ty papíry vyplňovala před tou sociální pracovnící, jako aby jí poradili, takže už od dětství.

V jakých oblastech se Vám od nich dostalo pomoci?

Já bych řekla celkově celá sociální spokojenost veškerá – v celým tom okruhu, že jsem tu pomoc měla. Pomáhají mi všude kde potřebuju. Dokážou mi všechno vysvětlit, vyslechnou mě, poradí mi.

A je něco, co Vám v jejich práci chybí nebo čeho je moc?

Rozhodně mě žádná nespokojenost netíží.

Umíte si představit, že byste sociální pracovníky neměla k dispozici?

Nedokážu si představit život bez nich, bez sociálního pracovníka. Ale možná časem k tomu budu muset dospět. Bez nich nevím, co bych dělala...možná bych skončila někde v popelnici [smích].

Mělo by pro Vás význam, kdyby byl mezi pracovníky někdo, kdo by sám měl zkušenost s duševní nemocí?

Hm, určitě. Měla bych pocit, že mě víc chápe.

ABSTRAKT

FIALKOVÁ, K. *Duševně nemocný člověk a jeho život ve společnosti*. České Budějovice, 2018. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Oddělení praxe. Vedoucí práce Mgr. H. Machulová.

Klíčová slova: duševní onemocnění, život s duševním onemocněním, stigmatizace, komunitní péče, sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Práce se zabývá duševně nemocným člověkem a jeho životem ve společnosti. Jejím cílem je charakterizovat, s jakými obtížemi se potýká duševně nemocný člověk – ať už díky samotným projevům nemoci nebo díky stigmatizaci – a jakou roli pro něj hraje sociální pracovník. Zabývá se vymezením duševního onemocnění, ale také problematikou stigmatizace v různých oblastech života ve společnosti – jako jsou například rodina a přátelé, zaměstnání, média a podobně. Sociální pracovník je mnohdy důležitou součástí života duševně nemocného, a proto je mu také věnována samostatná kapitola, která se zabývá jeho rolí a činnostmi. Cílová skupina duševně nemocných stojí na pomezí sociální a zdravotnické péče, a proto se v práci objevuje i téma komunitní péče a reformy psychiatrické péče. Součástí práce jsou i rozhovory s nemocnými, které by měly práci doplnit o reálný pohled na jejich život, a tím přispět k vytyčenému cíli.

ABSTRACT

The mentally ill person and his life in society

Key words: mental illness, life with mental illness, stigmatization, community work, social work with people with mental illness

This thesis deals with a mentally ill person and his life in the society. Its aim is to characterize the difficulties of a mentally ill person – whether due to the manifestations of the disease itself or stigmatization – and the role of a social worker. It's dealing with the definition of mental illness and with the issue of stigmatization in various areas of life within the society – such as family and friends, work life, media, and so on. A social worker is often an important part of the life of the mentally ill, that's why there is also a chapter dedicated to his role and activities. The target group of mentally ill stands between social and health care and therefore the topics of community care and reform of psychiatric care appear in this thesis. Part of the work includes interviews with the ill, which should complement the work with a real view of their lives, thus contributing to the stated goal.