

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2022**

**Jana Maršíková**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

**Jana Maršíková**

**STIGMATIZACE A SEBESTIGMATIZACE LIDÍ  
S DUŠEVNÍ PORUCHOU**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Petr Moravec

PLZEŇ 2022

### **Prohlášení**

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

V Plzni dne 31. 3. 2022.

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Maršíková Jana

Katedra: Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Stigmatizace a sebestigmatizace lidí s duševní poruchou

Vedoucí práce: Mgr. Petr Moravec

Počet stran – číslované: 61

Počet stran – nečíslované: 26

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 74

Klíčová slova: stigma, duševní onemocnění, stigmatizace, sebestigmatizace, zotavení

### **Souhrn:**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou stigmatizace a sebestigmatizace lidí s duševním onemocněním. Cílem práce je zmapovat subjektivně vnímanou stigmatizaci a následnou sebestigmatizaci lidí s duševním onemocněním. Kvalitativní výzkum byl proveden metodou hloubkových rozhovorů se šesti lidmi s diagnostikovaným duševním onemocněním. Výsledky ukazují, že se respondenti se stigmatizací potýkají často ze strany svých nejbližších, jejichž negativní postoje vycházejí z nepochopení a nedostatečné znalosti problematiky duševních nemocí. Zvláště problematickou se jevila stigmatizace ze strany zdravotnického personálu na psychiatrických uzavřených odděleních nemocnic. Souvislost mezi respondenty pocíťovanou stigmatizací a následnou sebestigmatizací byla prokázána, obdobně jako subjektivně snížená kvalita jejich života v důsledku mnohých omezení, která s sebou duševní onemocnění přináší. Závěrečná diskuse předkládá dosažené výsledky ve srovnání s českými i zahraničními studiemi, včetně doporučení pro praxi určeného studentům programu Všeobecné ošetřovatelství.

## **Abstract**

Surname and name: Marsikova Jana

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Stigmatisation and self-stigmatisation of people with a mental illness

Consultant: Mgr. Petr Moravec

Number of pages – numbered: 61

Number of pages – unnumbered: 26

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 74

Keywords: stigma, mental illness, stigmatisation, self-stigmatisation, recovery

### Summary:

This bachelor thesis deals with the issue of stigmatization and self-stigmatization of people with mental illness. The aim of the thesis is to map the subjectively perceived stigmatization and subsequent self-stigmatization of people with mental illness. Qualitative research was carried out by the method of in-depth interviews with six people with diagnosed mental disorder. The results show that respondents often struggle with stigmatization from their closest ones, whose negative attitudes are based on misunderstanding and lack of knowledge of the issue of mental illness. Particularly problematic appeared to be the stigmatization from medical staff in hospital psychiatric closed wards. The link between respondents felt stigmatization and subsequent self-stigmatization was proven, similarly as the subjectively decreased quality of their life due to the many limitations their mental illness brings. The final discussion presents the achieved results compared to Czech and foreign studies, including a recommendation for practice addressed to students of the General Nursing discipline.

## **Poděkování**

Děkuji panu Mgr. Petru Moravcovi za odborné vedení práce, poskytování užitečných rad a materiálů, panu PhDr. Mgr. Jiřímu Freiovi Ph.D., MBA za přínosnou konzultaci, klientům CDZ Ledovec za účast ve výzkumu a v neposlední řadě děkuji mé rodině za podporu v průběhu celého studia.

# OBSAH

SEZNAM GRAFŮ .....	10
SEZNAM OBRÁZKŮ .....	11
SEZNAM TABULEK .....	12
SEZNAM ZKRATEK .....	13
ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST .....	17
1 LITERÁRNÍ REŠERŠE .....	17
1.1 Stigma.....	17
1.1.1 Sebestigmatizace .....	18
1.1.2 Zotavení.....	18
1.1.3 Destigmatizace.....	20
1.2 Stigmatizace zdravotnickým personálem .....	22
1.3 Reforma péče o duševní zdraví .....	23
1.3.1 Přístup včasné intervence .....	24
1.3.2 Multidisciplinární tým duševního zdraví.....	24
1.4 Role sestry v psychiatrii .....	25
1.5 Diagnostika duševního onemocnění.....	27
1.6 Klasifikační systémy duševních poruch .....	28
1.6.1 Mezinárodní klasifikace nemocí.....	29
1.6.2 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch.....	30
1.7 Standardizované dotazníky.....	31
1.7.1 Global Assessment of Functioning.....	31
1.7.2 The Assessment of Quality of Life.....	31
1.7.3 Health of the Nation Outcome Scale .....	31
1.8 Závažná duševní onemocnění.....	31
1.8.1 F20 Schizofrenie.....	32
1.8.2 F31 Bipolární afektivní porucha.....	35
1.8.3 F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti .....	37
1.9 Úzkostné poruchy .....	39
1.9.1 F41.0 Panická porucha .....	39
1.9.2 F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha.....	40
1.9.3 F41.2 Smíšená úzkostně depresivní porucha.....	42
PRAKTICKÁ ČÁST .....	44
2 FORMULACE PROBLÉMU .....	44
3 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	44

3.1	Hlavní cíl .....	44
3.2	Dílčí cíle .....	44
3.3	Výzkumné otázky .....	45
4	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	46
5	METODIKA PRÁCE .....	47
5.1	Kvalitativní výzkum .....	47
5.1.1	Hlubkový rozhovor .....	47
6	ORGANIZACE VÝZKUMU .....	48
7	ZPRACOVÁNÍ DAT .....	49
8	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	50
8.1	Nástup prvních obtíží .....	51
8.1.1	Somatické příznaky .....	52
8.1.2	Sebepoškozování .....	53
8.2	Vyhledání odborné pomoci .....	53
8.2.1	První ataka .....	53
8.3	Hospitalizace na psychiatrii .....	54
8.3.1	První pocity .....	55
8.3.2	Nedostatečný progres v léčbě .....	55
8.3.3	Přístup personálu .....	56
8.3.4	(Sebe)stigmatizace v důsledku hospitalizace na psychiatrii .....	59
8.4	Stigmatizace zdravotníky mimo psychiatrii .....	60
8.5	Rodina .....	61
8.5.1	Prvotní šok .....	61
8.5.2	Popírání nemoci .....	61
8.5.3	Odlíšné postoje mezi rodiči .....	62
8.6	Přátelé .....	62
8.6.1	Neznalost .....	63
8.6.2	Porozumění .....	63
8.6.3	Důvěra .....	64
8.7	Partnerský vztah .....	64
8.8	Omezení .....	65
8.9	Sebestigmatizace .....	66
8.9.1	Nálepkování .....	67
8.9.2	Akceptace diagnózy .....	67
	DISKUSE .....	69
	ZÁVĚR .....	75
	SEZNAM LITERATURY .....	76



SEZNAM PŘÍLOH .....	83
PŘÍLOHY .....	84
Příloha A – Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru.....	84
Příloha B – Osnova polostrukturovaného rozhovoru .....	85
Příloha C – Jeden den v CDZ .....	87

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Hlavní diagnóza klientů CDZ (ÚZIS, 2022).....	23
--	----

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1 Hladina anxiety při úzkostných poruchách (Orel, 2020 str. 233) .....	41
--	----

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Základní údaje respondentů.....	50
---	----

## SEZNAM ZKRATEK

AQoL .....	Assessment of Quality of Life
BAK .....	Bipolární afektivní porucha
CDZ .....	Centrum duševního zdraví
ČR .....	Česká republika
DSM.....	Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders
DZR .....	Domov se zvláštním režimem
GAD.....	Generalizovaná úzkostná porucha
GAF .....	Global Assessment of Functioning
HoNOS.....	Health of the Nation Outcome Scale
HPO .....	Hraniční porucha osobnosti
KBT .....	Kognitivně behaviorální terapie
MKN .....	Mezinárodní klasifikace nemocí
MZČR .....	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NICE .....	National Institute for Health and Care Excellence
NS .....	Non specificata
NUDZ .....	Národní ústav duševního zdraví
PN .....	Psychiatrická nemocnice
SMI .....	Severe Mental Illness
SNRI .....	Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu
SSRI.....	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
TBC.....	Tuberkulóza

TDZ..... Týdny pro duševní zdraví

UK..... Univerzita Karlova

ÚZIS..... Ústav zdravotnických informací a statistiky

VO..... Výzkumná otázka

WHO ..... World Health Organization

WPA..... World Psychiatric Association

ZČU ..... Západočeská univerzita

## ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma stigmatizace a sebestigmatizace lidí s duševním onemocněním, v současné době téma velmi aktuální. Přestože název práce obsahuje formulaci „duševní porucha“, dále jsem se rozhodla užívat přesnější termín „duševní onemocnění“ neboli okruh nemocí, pod kterým jsou jednotlivé poruchy zahrnuty.

Navzdory destigmatizačním aktivitám nejen na území ČR, ale i ve světě, je psychiatrická péče obklopena celou řadou mýtů a předsudků. Lidé s duševním onemocněním tak čelí nejen příkořím své nemoci, ale především sociálnímu stigmatu, které se právem považuje za často tíživější než samotné onemocnění. Duševní onemocnění jsou stigmatem doprovázena napříč historickým vývojem, který do určité míry utváří i pohled současné společnosti. Ta na psychická onemocnění nahlíží stále jako na odlišnost, kterou je třeba vnímat negativně, což má výrazný vliv na neměnicí se předsudečné vzorce chování. Žádné somatické onemocnění není doprovázeno tolika mýty, jako kterékoliv onemocnění psychické. Tendence k vyčleňování osob s duševním onemocněním v důsledku stigmatizace však není záležitostí pouze veřejnosti, stigmatizovat mohou rodinní příslušníci, partneři, přátelé nebo poskytovatelé zdravotnické péče, psychiatrická oddělení nevyjímaje. Lidé se o nemocech duše stále bojí mluvit. Společnost není dostatečně informována o problematice duševního zdraví, o které je třeba pravidelně pečovat. Vlivem mnoha faktorů může být v průběhu života narušeno a přímo tak vést ke vzniku duševního onemocnění.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část si klade za cíl objasnit základní pojmy týkající se stigmatizace, zotavení, destigmatizace a destigmatizačních projektů v čele s Reformou péče o duševní zdraví, která výrazně ovlivnila koncept psychiatrické péče v České republice a stala se prvním legislativním opatřením usilujícím o zvýšení kvality poskytované péče. Též přináší pohled na obtížnou diagnostiku duševního onemocnění včetně nejčastěji využívaných klasifikačních systémů a standardizovaných dotazníků při samotné diagnostice. Následným představením šesti konkrétních onemocnění poté plynule navazují na část praktickou.

Cílem praktické části je zmapovat subjektivně vnímanou stigmatizaci a sebestigmatizaci lidí s duševním onemocněním. Důraz je kladen na pocitovanou stigmatizaci ze strany jejich blízkého okolí a profesionálů ve zdravotnických zařízeních, zejména pak personálu na psychiatrických odděleních, kde byli respondenti v minulosti hospitalizováni.

Zkoumaným jevem je i skutečnost, zda má subjektivně vnímaná stigmatizace přímý vliv na vznik sebestigmatizace, která může vést ke snížené kvalitě života jedince s duševním onemocněním. S přihlédnutím na skutečnost, že je zkoumané téma velmi citlivou záležitostí, je k objasnění výzkumných cílů zvolena kvalitativní metoda šetření formou hloubkových rozhovorů se šesti lidmi s diagnostikovaným duševním onemocněním. V návaznosti na zmíněnou Reformu péče o duševní zdraví v teoretické části byli do výzkumu vybráni respondenti z řad klientů nově vzniklého Centra duševního zdraví Ledovec. Dle statistik patří mezi nejčastěji se vyskytující diagnózy klientů, kteří vyhledávají služby CDZ, diagnózy z kategorie F2, F3, F4 a F6, proto byla vybrána onemocnění zastupující tyto okruhy. Z kategorie SMI neboli vážných duševních onemocnění, která jsou dle výzkumů stigmatizací ohrožena nejvíce, byly vybrány schizofrenie, bipolární afektivní porucha a emočně nestabilní porucha osobnosti, doplněny o úzkostné poruchy, konkrétně panickou poruchu, generalizovanou úzkostnou poruchu a smíšenou úzkostně depresivní poruchu.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 LITERÁRNÍ REŠERŠE

### 1.1 Stigma

V historickém kontextu se původně řeckým slovem stigma označoval vypálený cejch antickým otrokům v thesalských dolech, který ostatním sloužil jako znamení, podle kterého byl daný jedinec rozpoznán a následně vyloučen ze společnosti (Praško, 2015 str. 5). Stigma může být spojeno nejen s národností, náboženstvím, barvou pleti, sexuální orientací, ale i s nemocemi. V minulosti byli tak nejčastěji stigmatizováni lidé s pohlavními nemocemi, nádorovým onemocněním, TBC a duševními nemocemi (Hosák, 2015 str. 612). V současné době lze stigma obecně charakterizovat jako znehodnocující přívlastek založený na předsudcích, který může zapříčinit společenské vyloučení, odmítání a diskriminaci stigmatizovaného jedince (Praško, 2015 str. 6). Tento chybný přívlastek bývá často založen na určitém rysu, na který většinová společnost pohlíží jako na nenormální či nežádoucí, ať už se jedná o vzhled, chování, nebo zdravotní stav dotyčného. Následné předsudečné postoje vůči stigmatizované menšině mohou být projeveny negativními emočními reakcemi, nepřátelstvím, až opovržením, což vede k negativnímu nálepkování (tzv. *labelling*). Dle konceptu uznávaného britského psychiatra Grahama Thornicrofta obsahuje stigmatizace duševních nemocí tři základní prvky – nevědomost, předsudky a diskriminaci neboli problém znalostí, problém postojů a problém jednání (NUDZ, 2021). „*Nejčastějším problémem je právě neporozumění, co to vlastně duševní porucha je, jak se projevuje a jak moc je její průběh neovlivnitelný vlastním rozhodnutím nebo vůlí. Podstata tohoto neporozumění je dána mylným přesvědčením každého z nás, že sami sobě rozumíme, že máme své nitro i chování pod kontrolou, že rozumíme motivům svého jednání a máme je tedy pod kontrolou. Naprostý opak je však pravdou,*” uvádí přední český psychiatr a expert na funkční zobrazení mozku Jiří Horáček (NUDZ, 2021).

Významnou součástí problematiky stigmatizace je stigmatizující jazyk. Chybná volba slov a frází mohou mít negativní dopad nejen na samotnou stigmatizaci, ale prohlubováním mylných předsudků nepřímo napomáhají i rostoucí sebestigmatizaci u jednotlivých osob. Téma duševních nemocí bohužel nemá ve společnosti takové postavení, aby se o lidech se zkušeností duševního onemocnění mluvilo se stejným respektem jako o které-

koliv jiné somatické nemoci. Nikdo by si tak ženu po prodělané rakovině prsu nedovolil nazvat „rakovinářkou“, zatímco z pojmu „schizofrenik“ se stal běžně užívaný termín. Velmi důležitým prvkem je proto nejen v procesu zotavení tzv. *people-first language*. Jedná se o způsob komunikace, ve kterém je člověk na prvním místě (MZČR, 2020). Stavění člověka před jeho diagnózu má za cíl vyhnout se tzv. depersonalizace neboli ztráty úcty a respektu k pacientovi (Křivohlavý, 2002 str. 81). Užívat by se neměly ani chybné vazby podporující negativní pohled na kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Namísto „trpí depresí“ tak lze použít mnohem citlivější spojení „má zkušenost s depresí“ (NUDZ, 2021).

### **1.1.1 Sebestigmatizace**

Sebestigmatizace lidí s duševním onemocněním je úzce spojena se stigmatizací ze strany veřejnosti, která má zažité určité stereotypy. Z pohledu sociální psychologie si pod pojmem stereotyp lze představit soubor charakteristik, o kterém se předpokládá, že definuje určitou skupinu lidí. Stereotypy vždy obsahují pro celou skupinu alespoň jeden společný identifikační znak, na jehož základě jsou jedincům připisovány další vlastnosti (Výrost, 2019 str. 823-836).

Autostereotypy, do nichž lidé sami zapadají, bývají tak zejména díky fenoménu vnitřně skupinového upřednostňování vnímány pozitivně na rozdíl od heterostereotypů týkajících se příslušníků jiných sociálních skupin, jejichž obsah má přímou souvislost s problematikou předsudků (Výrost, 2019 str. 832-836). Třífázový proces, během kterého člověk se zkušeností duševního onemocnění začne tyto negativní stereotypy přijímat za vlastní, je tzv. proces internalizovaného stigmatu. V první fázi se daný jedinec setkává se sníženým zájmem okolí, začíná si uvědomovat stereotypy vedoucí okolí k jeho postupnému vyčleňování, až s nimi po čase začne souhlasit a v konečné fázi je na sebe i aplikovat (Praško, 2015 str. 38). To vše může vést k pocitům studu, nízkého sebevědomí vedoucích až k pochybám o sobě samotných (NUDZ, 2021). Sebestigmatizace může po čase vyústit v sebediskriminaci neboli dobrovolnou izolaci, která s sebou nese mnoho zhoubných dopadů vedoucích k nižšímu využívání služeb zdravotní a sociální péče, špatným zdravotním výsledkům a celkově horší kvalitě života (Corrigan, 2013).

### **1.1.2 Zotavení**

Dosud nejznámější definici zotavení vypracoval ředitel bostonského centra psychiatrické rehabilitace, William Anthony. Zotavení je dle něj (2007) „*hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a/nebo rolí. Je to způsob, jak žít uspokojující, nadějný a přispívající život i s omezeními způsobenými nemo-*

*ci. Zotavení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu v životě člověka, který roste nad rámec katastrofických následků duševní nemoci".*

Přístup zaměřený na zotavení nutně nevyžaduje úplné uzdravení, aby mohl být považován za úspěšný. Snaží se poukázat na smysluplnost života každého jedince navzdory příznakům duševního onemocnění. I proto jej překlad z anglického termínu *recovery* mnohem více vystihuje pojem zotavení nežli údrava (MZČR, 2020). Důležitým prvkem v komunikaci je jazyk podporující zotavení. Principy takového jazyka jsou:

- Důraz na jedinečnost každého člověka.
- „Nic o nás bez nás“. Heslo, kterým se řídí většina lidí se zkušeností duševního onemocnění. Kdo jiný by měl nejlépe znát daný problém než člověk, který se s ním sám ve svém životě potýká.
- Zaměření na silné stránky. V rámci zdravotní či sociální péče má ošetřující personál často tendence řešit jen samotné onemocnění, nebo nepříznivou sociální situaci. Úplně tak přehlíží rozvoj silných stránek člověka, jeho ambic, přání nebo snahy něco dokázat. Právě to je však v procesu zotavení stěžejní. Komunikace zaměřená na silné stránky potíže nepřehlíží, jen dbá na to, aby osobnost člověka tvořily spíše jeho dovednosti a úspěchy, než jen problémy a selhání.
- Srozumitelnost. Komunikace ze strany profesionálů by měla být uzpůsobena tomu, aby ji porozuměl i člověk bez znalosti medicínských termínů. Redukovat by se měl především nemocniční jazyk, kterým je nepřímo sdělováno, že zde není člověk doma a tím pádem o sobě nerozhoduje sám. Namísto věty „Budete umístěn do DZR.“ lze použít nedirektivní „Našlo se pro Vás volné místo v DZR.“ Samozřejmostí by mělo být mluvit tak, aby to mohl pacient či klient kdykoliv slyšet. Správná volba slov by měla být užita i při psaní do dokumentace, na jejíž přístup k ní by měl mít právo každý člověk, o němž je vedena.
- Posuzování a hodnocení lidí se zkušeností duševního onemocnění profesionálům nepřisluší, ale přesto k tomu na pracovištích často dochází. Devalvačním chováním však mohou poskytovatelé péče namísto dodání podpory lidem leda ublížit (MZČR, 2020).

Častým nežádoucím jevem je tendence paušalizovat celou skupinu na základě jedné zkušenosti s jednotlivcem. Nepomáhají tomu ani média, která často chybně formulovanými titulky ve společnosti vyvolávají pocit strachu a zvýšené obezřetnosti, např. „*Z bohnické psychiatrie utekl pacient, může být nebezpečný.*“ (Novinky, 2021) Chybné je i plošné

uplatňování teorie, že duševní onemocnění ovlivní člověka natolik, že v důsledku něj není schopen vykonávat běžné denní činnosti. Nízké nároky a očekávání snadno vyústí v jejich osvojení a následnou sebestigmatizaci, např. „*Znám řadu lidí se schizofrenií a žádný ještě nezvládl práci na celý úvazek.*“ (MZČR, 2020) Neopomenutelnou součástí zotavení je naděje, víra v možnost pokroku i ve zdánlivě bezvýhodné situaci. Není třeba se již od začátku procesu soustředit na, v této fázi ještě vzdálený, výsledek. Více motivující je postupné dosahování menších, pravidelných pokroků. Sdílení svého životního příběhu, nebo naopak vyslechnutí příběhu cizího, může být dalším krokem k přemožení nemoci. I pouhé vyslechnutí totiž druhým dodává naději, že v jejich zdánlivě neřešitelné situaci nejsou sami (MZČR, 2020).

### **1.1.3 Destigmatizace**

Destigmatizaci lze chápat jako proces snižování stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním. Vyvrací předsudky a nepravdivé informace o stigmatizovaných jedincích či skupinách a usiluje o zlepšení přístupu lidí k duševnímu zdraví (MZČR, 2022). Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 udává, že „*destigmatizace je zásadním předpokladem pro snižování zátěže způsobované duševními onemocněními, protože umožňuje lidem bez zábran vyhledat odbornou pomoc a lépe se vypořádat se všemi důsledky duševních onemocnění a zvyšovat kvalitu života, včetně naděje na dožití.*“ (MZČR, 2020) Jedním z hlavních cílů psychiatrie se spolu se zlepšením kvality péče o lidi s duševním onemocněním stala až počátkem 21. století, přestože projekt WPA *Open the Doors* zahájil rozsáhlou edukační kampaň již v roce 1996 (Hosák, 2015 str. 613).

Jelikož je stigmatizace u lidí s duševním onemocněním důležitým faktorem, který nejenže negativně ovlivňuje jejich životy, ale také je častým důvodem pozdního vyhledání pomoci právě kvůli obavám z potenciální stigmatizace, je destigmatizace velmi potřebným, ale zároveň obtížným úkolem. Cílem destigmatizace je především změnit stereotypy lidí s duševním onemocněním tak, aby nebyli vylučováni ze společnosti, aby se změnil postoje zaměstnavatelů, přátel, rodin a poskytovatelů zdravotně sociální péče a aby přestali být veřejností vnímáni jako „odlišnost“ (Praško, 2015 str. 293).

#### **1.1.3.1 Destigmatizační projekty v ČR**

Destigmatizaci lidí s duševním onemocněním se v České republice věnují převážně poskytovatelé sociálních služeb a neziskové organizace. Komplexní znalosti problematiky stigmatizace duševních onemocnění a jejího dopadu na život a zlepšení zdravotně sociální

péče o lidi se zkušeností duševního onemocnění pomáhají vytvořit destigmatizační programy (Praško, 2015 str. 293). Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 má mimo jiné jako jeden z dílčích cílů i celostátní destigmatizační iniciativu. V rámci Reformy péče o duševní zdraví mezi lety 2017-2022 vznikl *Projekt Destigmatizace* společně s webem *Na rovinu*, realizovaný Národním ústavem duševního zdraví (Pěč, 2019). Projekt zahrnuje vytvoření plánu destigmatizace lidí s duševním onemocněním a psychiatrické péče v ČR, tvorbu destigmatizačních opatření a jejich pravidelnou aktualizaci, podporu destigmatizace v jednotlivých regionech, včetně odborných školení pracovníků v zdravotních a sociálních službách a podporu uživatelů služeb i jejich rodinných příslušníků (NUDZ, 2021). Mimo jiné provozuje po australském vzoru tzv. *Stigma Watch*, jejímž cílem je osvěta novinářů o zvýšené citlivosti k informování veřejnosti o lidech s duševním onemocněním (NUDZ, 2021).

Neméně známou destigmatizační aktivitou jsou kampaně *Týdny pro duševní zdraví* pořádané Fokusem Praha, neziskovou organizací zacílenou na podporu lidí s duševním onemocněním. Od roku 1990 se tak pravidelně konají na mnoha místech republiky koncerty, filmová a divadelní představení, workshopy, besedy lidí s vlastní zkušeností s duševním onemocněním za účelem obeznámení veřejnosti s problematikou duševních nemocí, jejich prevencí v podobě mentální hygieny i o dalších aktivitách této organizace v sociálně zdravotní sféře (Fokus ČR, 2022). TDZ se konají vždy od 10.9. – 10.10., symbolicky jsou tedy ukončeny Světovým dnem pro duševní zdraví. Fokus Praha pořádá i destigmatizační interaktivní programy primární prevence ve školách s názvem *Blázníš? No a!* rozvíjející znalosti v oblasti péče o duševní zdraví (Fokus Praha, 2022).

Významnou neziskovou organizací v Plzeňském kraji je organizace *Ledovec*, jenž nabízí podporu při udržování a zlepšování kvality života lidem s vlastní zkušeností duševního onemocnění nebo mentálního handicapu. Ledovec poskytuje telefonickou krizovou linku, poradenství, sociální rehabilitaci, chráněné bydlení, denní stacionář a podporu vzdělávání studentů, kteří onemocní duševním onemocněním během studia (Ledovec z.s., 2017). Ledovec stál mimo jiné i za zrodem úspěšného projektu *Cirkus Paciento* v psychiatrických nemocnicích. Jedná se o socializační a aktivizační program určený pacientům v PN nebo psychiatrických odděleních nemocnic. Čtyřčlenný tým terapeutů si společně se zdravotním klaunem, pacienty a nemocničním personálem během pár dní nazkoušejí společné cirkusové představení pro nemocnici a veřejnost, kterým vyvrcholí celý program (Cirkus Paciento, 2010).

## 1.2 Stigmatizace zdravotnickým personálem

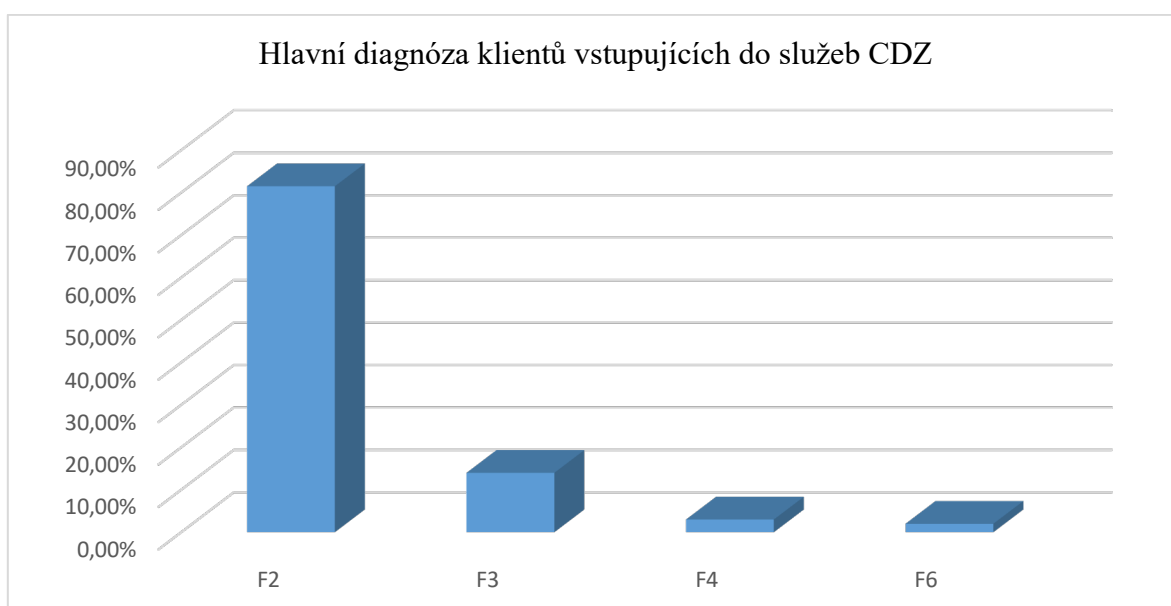
Přestože by se mohlo předpokládat, že lékaři, sestry a jiné zdravotnické či sociální profese budou vykazovat menší míru stigmatizace vůči lidem s duševním onemocněním, výzkumy prokázaly, že obzvláště zdravotníci zaměřující se na somatická onemocnění mají leckdy negativnější postoj vůči výše zmíněným nežli laická veřejnost. Do jisté míry jsou jejich postoje a názory utvářeny dosaženým vzděláním, avšak určitě není pravidlem, že by vysokoškolsky vzdělaný profesionál nemohl mít předsudky o psychiatrických diagnózách. Snadno pak může dojít k přeceňování závažnosti onemocnění, často se jedná o obsedantně kompulsivní či panickou poruchu, nebo naopak zlehčování příznaků vedoucí k podcenění celé léčby. Za mnohdy podceňované diagnózy lze považovat generalizovanou úzkostnou poruchu, fobie nebo poruchy přizpůsobení, kdy může docházet i ke snaze pacientovy subjektivní obtíže vyvracet a mylně jej tak z medicínského hlediska považovat za vyléčeného (Praško, 2015 str. 227-234).

K častější stigmatizaci dochází taktéž u lidí, u kterých se dopředu předpokládá obtížnější léčba a spolupráce. Do této kategorie tak spadá většina SMI ohrožených chronifikací nemoci, opakovanými hospitalizacemi, až postupným vyloučením ze společnosti. Označení hůře léčitelné diagnózy se může od psychiatra dostat i člověku, se kterým se lékaři nedaří navázat bližší vztah, což lze považovat za obranné chování jeho vlastního neúspěchu, kterého si je vědom. Mnohdy k tomu využívá pseudodiagnostické hanlivé nálepky jako jsou *neurotik*, *psychopat*, *hysterka*, *hraničář*, *hypochondr* a další (Praško, 2015 str. 84-87). Chování profesionálů vůči lidem s duševním onemocněním má tak významný vliv nejen na samotné šíření zažitých stigmat laickou veřejností, ale i případný rozvoj sebestigmatizace. Dle Janouškové a Winklera (2015 str. 30-36) „výzkumy naznačují, že lidé s duševním onemocněním jsou stigmatizováni jak mezi všeobecnými lékaři, tak mezi psychiatry, lékaři jinak specializovanými, ostatním zdravotním personálem a také studenty medicíny, na nichž byly výzkumy pro svoji relativní jednoduchost realizovány poměrně často, a proto zde existuje solidní empirická základna.“

Stigmatizace v lékařském prostředí tak vede k diskriminaci lidí s duševním onemocněním související s neposkytnutím adekvátní péče i v případech, kdy tito lidé přicházejí s vážnými zdravotními problémy (Thornicroft, 2018).

### 1.3 Reforma péče o duševní zdraví

Od roku 2013 probíhá na území České republiky Reforma péče o duševní zdraví s jediným cílem – zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním a péči o ně tak přiblížit evropskému standardu (Hosák, 2015 str. 31-35). Jedná se o dlouhodobý proces představující komplexní změnu systému. Jedním z cílů je kromě boje proti stigmatizaci psychických poruch i deinstitucionalizace. Nejvýraznějším prvkem se tak vedle standartních lůžkových zařízení a psychiatrických ambulancí s rozšířenou péčí jednoznačně stalo vytvoření zcela jedinečného konceptu, tzv. Center duševního zdraví. Jedná se o komunitní zařízení, které, na rozdíl od dosavadních psychiatrických institucí, poskytují klientům individuální péči. Hlavním nástrojem CDZ jsou nově vytvořené multidisciplinární týmy složené z profesionálů zdravotně sociální sféry, které tak přispívají k nastolení nového způsobu péče o duševně nemocné (Dudová, 2017). Cílovou skupinou CDZ jsou převážně dospělí klienti s vážným duševním onemocněním z kategorie SMI (viz graf 1) neboli klienti, kteří jsou dle výzkumů společností nejčastěji vylučováni a stigmatizováni (ÚZIS, 2022).



*Graf 1 Hlavní diagnóza klientů CDZ (ÚZIS, 2022)*

Neméně výrazná byla také podpora vzniku psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích s cílem návaznosti komplexní péče o pacienta na péči somatickou. Důraz byl kladen na přirozené prostředí klientů včetně dostupnosti ve všech regionech (Hosák, 2015 str. 31). Zcela zásadní byla v rámci reformy i snaha o destigmatizaci jak celého oboru psychiatrie, tak zejména lidí s duševním onemocněním a jejich rodin (Dudová, 2017).

### 1.3.1 Přístup včasné intervence

Jedním z projektů předkládaných v rámci Reformy péče o duševní zdraví, který má za cíl zvýšení dostupnosti a efektivity zdravotně sociálních služeb, je komunitní přístup včasné intervence. Včasné intervence poskytují specializované multidisciplinární týmy. Jedná se o přístup zaměřený na pomoc lidem, u kterých se rozvíjí vážné duševní onemocnění nebo se již projeví první příznaky (VIZDOM, 2021). Opakovaně bylo prokázáno, že poskytnutí včasné intervence lidem v raném stádiu závažného psychotického onemocnění velmi významně zlepšuje jejich prognózu nejen z hlediska dalšího průběhu nemoci, ale i sociálních aspektů (Říčan, 2016). Stejný názor má i odborný garant projektu Petr Winkler (2021) z Národního ústavu duševního zdraví, který říká: „*Naši hlavní snahou je nabídnout pomoc co nejdříve, protože včasná pomoc se podle mnoha studií a zahraničních zkušeností ukazuje jako nejúčinnější a nákladově nejefektivnější.*“

Cílem včasné intervence je tedy brzké poskytnutí odborné pomoci nejen mladému člověku, ale i jeho rodině formou psychoterapie, rodinného poradenství, farmakoterapie a psychoedukace. Na rozdíl tak od ambulantní psychiatrie nabízí týmy včasné detekce a včasné intervence komplexní podporu bez dlouhých čekacích lhůt. Odborné týmy se v současné době nacházejí v Praze, v Plzni a v okrese Blansko, a mohou pracovat jak v ambulantní, tak terénní formě (VIZDOM, 2021). Především se snaží o navázání důvěrného vztahu a pozitivní přístup při spolupráci s lidmi s psychotickou zkušeností, čímž výrazně napomáhají snížení rizika stigmatizace a sebestigmatizace (Šupa, 2016).

Za včasnou intervenci lze obecně považovat období prvních 3–5 let od vypuknutí nemoci. Její přístup vychází z podobných principů jako komunitní péče. Probíhat by tak měla nejlépe v místě, kde se člověku rozvinuly prvotní symptomy. Odezva multidisciplinárního týmu na první kontakt by měla být co nejrychlejší, dle metodiky National Institute for Health and Care Excellence z roku 2016 by mělo k prvnímu setkání dojít do 2 týdnů od doporučení. Délka podpory se odvíjí od vývoje života člověka v počátečních fázích nemoci a je tak velmi individuální (Šupa, 2016).

### 1.3.2 Multidisciplinární tým duševního zdraví

Pojem multidisciplinární tým duševního zdraví se začal objevovat souběžně s psychiatrickou reformou, kde byl tento přístup koncipován jako jedna ze strategií. Jedná se o způsob práce, jakým spolu různé profese efektivně spolupracují tak, aby byly naplno využity jejich schopnosti, znalosti a potenciál vedoucí k úspěšnému procesu zotavení lidí s duševním onemocněním s ohledem k jejich individuálním potřebám (MZČR, 2021).



Optimální složení multidisciplinárního týmu se dle strategie MZČR skládá z psychiatra, klinického psychologa, sestry pro péči v psychiatrii a sociálního pracovníka. V rámci širšího týmu odborníku jej doplňují psychoterapeut a peer konzultant. Peer konzultant neboli člověk s vlastní zkušeností s duševním onemocněním podporuje klienty v jejich procesu zotavení na základě sdílení svého osobního příběhu. Nabízí tak odbornému týmu pohled „z druhé strany“, čímž se tak stává spojujícím článkem mezi klienty a odborníky (NUDZ, 2021). Psychiatr se podílí na procesu vstupního vyhodnocování, stanovuje diagnózu, spolurozhoduje o případné hospitalizaci a další terapii. Jeho role je významná i v případě předčasně ukončené péče či nespolupráce ze strany pacienta. Může mít psychoterapeutický výcvik, který je výhodou, ale ne podmínkou (Šupa, 2016). Na procesu vstupního vyhodnocování se podílí i klinický psycholog. Jeho role stojí především na psychodiagnostice a doplnění vyšetření psychiatra o neuropsychologické údaje člověka, údaje o nejvýraznějších charakteristikách osobnosti, o jeho emocionalitě a způsobu zvládnání stresu a jiných těžkostí, včetně jeho celkovém psychickém stavu (Křivohlavý, 2002 str. 61). Úloha sociálního pracovníka spočívá v odborných konzultacích, sociálně právním poradenství, sociální rehabilitaci a poskytování krizové pomoci (Strossová, 2016).

#### **1.4 Role sestry v psychiatrii**

Práce sestry na psychiatrickém oddělení se výrazně liší od práce sestry na jiném standardním oddělení. V současné době smí na psychiatrických odděleních pracovat bez odborného dohledu již výše zmíněná specializovaná sestra pro péči v psychiatrii a všeobecná sestra. Kompetence, k jejichž provádění je sestra oprávněna, jsou uvedeny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků. Dle této vyhlášky splňuje ošetrovatelská péče v psychiatrii kritéria specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče (Petr, 2014 str. 37).

Sestra se specializovanou způsobilostí pro péči v psychiatrii by měla být odborně připravena k vykonávání následujících činností:

- Vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti pacientů, včetně včasného rozpoznání známek zhoršování psychického stavu pacienta, a s tím spojeného vyhodnocení, zdali pacient není potenciálně nebezpečný sobě nebo okolí, např. skrze screening rizika agrese a autoagrese.

- Podpora pacienta při adaptaci na nové životní podmínky ovlivněné duševním onemocněním.
- Rehabilitace kognitivních funkcí za pomoci cílených aktivit, jako je trénink kognitivních funkcí, relaxace, nácvik sociálních dovedností aj.
- Ošetrovatelská péče o pacienta, jehož stav vyžaduje užití omezovacích prostředků. Je schopna rozeznat situace, ve kterých je použití těchto prostředků nezbytné, a i přes které je schopna pacientovi zajistit komplexní ošetrovatelskou péči.
- Vytváření podmínek pro návrat pacienta do vlastního sociálního prostředí již v průběhu hospitalizace, včetně aktivní spolupráce s komunitními službami.
- Edukace a reedukace v oblasti prevence duševních nemocí a v oblasti resocializace.
- Vykonávání krizových intervencí a psychoterapie pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo klinického psychologa (Petr, 2014 str. 38).

Činnost sestry v komunitní psychiatrické péči je zaměřena zejména na případové vedení a individuální kognitivní rehabilitaci v úzké spolupráci se sociálními pracovníky. V nově vzniklých Centrech duševního zdraví má specializovaná sestra pro péči v psychiatrii svou nezastupitelnou roli v multidisciplinárním týmu duševního zdraví. Mezi její nejčastější výkony, které následně sama vykazuje zdravotním pojišťovně, patří:

- Psychiatrické vyšetření sestrou, jehož výsledkem je naplánování dalšího setkání s klientem, v případě vyhodnocení stavu jako závažného okamžité přivolání lékaře.
- Vytvoření terapeuticko-rehabilitačního plánu včetně odpovídající administrativy.
- Telefonická konzultace v péči o pacienta, psychoedukační a podpůrný rozhovor s jeho rodinou včetně opakované edukace a reedukace.
- Vykonávání terénních krizových intervencí v rámci akutního stavu pacienta.
- Vedení skupinových podpůrných terapeutických aktivit, do kterých jsou zařazeny aktivity rehabilitační, nácvikové a kognitivní.

- Provedení sociálního šetření a sběr objektivní anamnézy v domácím prostředí pacienta (Pastucha, 2020).

## 1.5 Diagnostika duševního onemocnění

Diagnostika v psychiatrii je jednou z nejobtížnějších napříč medicínskými obory. Je to dáno nejen rozmanitými příznaky jednotlivých onemocnění, ale i jejich častou proměnlivostí. V dřívějších letech nebyla v psychiatrii diagnostika jednotná, což způsobovalo mezi lékaři značné rozpory. Důležitým milníkem se proto stala desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) sjednocující psychiatrickou diagnostiku na mezinárodní úrovni (Dušek, 2015 str. 30-34). Aby však bylo možné diagnostikovat duševní onemocnění, je potřeba znát nejen diagnostická kritéria, ale i normu duševního zdraví. Dokud adaptabilita organismu převyšuje hranici nároků prostředí, ve kterém se nachází, lze tento stav považovat za zdraví. Pokud je schopnost přizpůsobení snížena natolik, že ji rozsah nároků vytvářející prostředí převyšuje, lze tento abnormální stav považovat za jedno z kritérií pro diagnostiku poruchy (Dušek, 2015 str. 37-45).

Základem diagnostiky duševního onemocnění je podrobné komplexní psychiatrické vyšetření, ze kterého je třeba vždy pořídít záznam nazývaný chorobopis, jenž je součástí zdravotnické dokumentace (Orel, 2020 str. 82). Velmi důležitým prvkem je podrobná rodinná, osobní, sociální, psychiatrická a farmakologická anamnéza, abusus, znalost premorbidní osobnosti, nynějších onemocnění a zaměřené psychiatrické vyšetření. K rozpoznání duševního onemocnění tak nestačí znát pouze současný klinický obraz. Je třeba odlišit psychické onemocnění od dočasných psychických změn ovlivněných jednotlivými životními obdobími, k čemuž pomáhá diferenciální diagnostika (Dušek, 2015 str. 32).

Základní a klíčovou metodou psychiatrického vyšetření je rozhovor a pozorování vyšetřovaného během něj. Vzhled, chování, mimika a jiné tělesné projevy jsou často nápomocným ukazatelem. Pro lepší orientaci během rozhovoru klade psychiatr zaměřené otázky k řešení určitých úkolů, které napomáhají odhalit aktuální stav v jednotlivých psychických kvalitách daného jedince. Vhodně volenými otázkami lékař zjišťuje stav vědomí a pozornost vyšetřovaného, současně dochází i k vyšetření řeči, písemného a výtvarného projevu, paměti, intelektových schopností, kritičnosti, soudnosti a celkového psychomotorického tempa. Všechna prováděná vyšetření jsou zaznamenávána do chorobopisu, do kterého jsou zanášeny i případné změny v chování vyšetřovaného (Dušek, 2015 str. 32). Z důvodu možné rychlé změny stavu a výpovědi vyšetřovaného je kromě data uváděn

i přesný čas, jehož záznam může mít v případě komplikací i forenzní váhu (Orel, 2020 str. 84). Součástí psychiatrického vyšetření je rovněž i tělesné, orientační neurologické a interní vyšetření. Řadu duševních nemocí doprovází různé somatoneurologické anomálie a je tak třeba vyloučit vzájemné souvislosti (Dušek, 2015 str. 32). Pozornosti by se též mělo dostat případným známám sebepoškozování a poraněním. Nezpochybnitelný význam má rovněž vyšetření laboratorní. Prováděna jsou základní vyšetření krevních parametrů, základní vyšetření moči a speciální laboratorní vyšetření stanovující koncentraci hormonů, psychofarmak, návykových látek, metabolitů neurotransmiterů a aktivitu enzymů. Všechny zmíněné parametry se zjišťují vyšetřením krevní plazmy nebo moči, v některých případech lze vyšetřit vzorky slin, sputa nebo jiného biologického materiálu (Orel, 2020 str. 88-89).

Psychiatrické vyšetření bývá často doplněné i o vyšetření psychologické (Dušek, 2015 str. 32). Psychologické vyšetření je závislé na konkrétních otázkách, které je třeba zodpovědět. Od nich se odvíjí postup psychologa v přípravě baterie psychodiagnostických testů, jako jsou výkonové testy, testy jednotlivých psychických funkcí, testy osobnosti, testy speciálních schopností či testy odhalující organické poškození mozku. Klinický psycholog může rovněž využít i speciálních nástrojů neuropsychologické diagnostiky (Orel, 2020 str. 86).

Po psychiatrickém vyšetření následuje psychiatrické zhodnocení, jenž představuje závěrečnou fázi třídění získaných poznatků. Zhodnocení zahrnuje symptomovou charakteristiku neboli utřídění zjištěných příznaků a projevů vyšetřovaného, a dynamický vývoj příznaků, jelikož pouze současný popis symptomů není dostačující, je třeba zachytit i jejich průběžný vývoj. Na základě psychopatologického rozboru dochází ke stanovení syndromové diagnózy. Ta vychází ze souboru příznaků neboli syndromu typického pro dané onemocnění. Zvláště v počátečních obdobích je syndromová diagnóza pro terapii dostačující, avšak nevypovídá nic o etiologii, patogenezi nebo prognóze konkrétní nemoci. K určení definitivní diagnózy se využívá diferenciální diagnostika, během které se zvažují různé alternativy, až se nakonec, po postupné eliminaci nepravděpodobných verzí, dochází k jednomu závěru, kterým je diagnóza na úrovni psychické poruchy (Dušek, 2015 str. 33).

## **1.6 Klasifikační systémy duševních poruch**

Klasifikační a diagnostické systémy jsou nedílnou součástí medicínské praxe. Na základě rozboru jednotlivých příznaků je stanovena diagnóza, od které se dále odvíjí opora léčebného postupu. Systémy diagnostické slouží k zjednodušenému vymezení různor-

rodé možnosti patologie, jenž je přesně definována diagnostickými kritérii. Určité úskalí tento systém představuje v případě hraničních stavů, které nespadají do žádné kategorie a jejich diagnostika je tak obtížnější (Orel, 2020 str. 164).

V současnosti hlavní dva klasifikační systémy, MKN-10 a DSM-5, jsou výsledkem komplexní mezinárodní spolupráce lékařských i nelékařských odborníků napříč obory. Přestože jsou stále mnohými kritizovány, je třeba mít na paměti, že i přes snahy jejich tvůrců se jedná pouze o zjednodušený opěrný systém, který je v mnoha případech limitující. Ke každému jedinci by se proto mělo přistupovat individuálně a na místo diagnózy by měl být viděn především člověk (Orel, 2020 str. 165).

### 1.6.1 Mezinárodní klasifikace nemocí

Dle ÚZIS (2022) je „*mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN) publikace Světové zdravotnické organizace (v originále International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, zkráceně ICD), která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností*“.

V České republice je již od roku 1994 v platnosti MKN-10. Od 1. ledna 2022 vešla v platnost 11. revize MKN-11 s pětiletým přechodným obdobím, kterou WHO schválila v květnu 2019 na 72. Světovém zdravotnickém zasedání. Přípravy její české verze jsou předběžně plánovány na konec roku 2022 (ÚZIS, 2022).

MKN vyčlenila psychiatrii jako samostatný obor až od 6. decenální revize v roce 1948 (Svoboda, 2015 str. 82). V současné době nesou duševní poruchy a poruchy chování označení písmene F a jsou rozděleny na následujících 11 oddílů:

- F00-F09 – organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10-F19 – poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- F20-F29 – schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- F30-F39 – afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F40-F48 – neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50-F59 – syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60-F69 – poruchy osobnosti a chování u dospělých

- F70-F79 – mentální retardace
- F80-F89 – poruchy psychického vývoje
- F90-F98 – poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání
- F99-F99 – neurčená duševní porucha (ÚZIS, 2022)

### 1.6.2 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

Druhým klasifikačním systémem, užívaným zejména v Severní a Jižní Americe, Austrálii a na Novém Zélandu, je Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti (DSM-5). Tato klasifikace vychází z empirických výzkumů, je velmi podrobná a na rozdíl od MKN se klasifikace DSM týká pouze duševních onemocnění. Současná 5. verze DSM-5 byla vydána v roce 2013, v české verzi je dostupná od roku 2015 a mnohými je považována za významný milník v diagnostických systémech (Orel, 2020 str. 165). Diagnostická kritéria dělí následovně:

- neurovývojové poruchy
- poruchy schizofrenního spektra a jiné psychotické poruchy
- bipolární a související poruchy
- depresivní poruchy
- úzkostné poruchy
- obsedantně-kompulzivní a související poruchy
- traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem
- disociativní poruchy
- poruchy se somatickými příznaky a související poruchy
- poruchy příjmu potravy a jídelního chování
- eliminační poruchy
- poruchy schématu spánek-bdění
- sexuální dysfunkce
- genderová dysforie
- disruptivní poruchy, poruchy ovládní impulsů a poruchy chování
- poruchy spojené s užíváním látek a poruchy se závislostí
- neurokognitivní poruchy
- poruchy osobnosti
- parafilní poruchy
- jiné duševní poruchy

- abnormní pohyby vyvolané léky a jiné nežádoucí účinky léků
- jiné problémy, které se mohou dostat do centra klinické pozornosti (Raboch, 2015)

## 1.7 Standardizované dotazníky

V rámci Reformy psychiatrické péče, a k ní se pojícím novým konceptem péče o lidi s duševním onemocněním, vznikly standardizované dotazníky, které jsou v současné době povinnou součástí vstupního a průběžného hodnocení klientů Center duševního zdraví. Kompletní data z níže popsanych hodnotících nástrojů jsou důležitým ukazatelem zhodnocení služeb poskytovaných CDZ (Říčan, 2018).

### 1.7.1 Global Assessment of Functioning

Hodnotící škála Global Assessment of Functioning je zaměřena na posuzování současného celkového fungování a kognitivního postižení lidí s duševním onemocněním. Sledovanými oblastmi jsou závažnost příznaků, pozorovatelné chování, potíže při každodenních činnostech nebo při vykonávání sociálních rolí. Všechny tyto ukazatele jsou následně souhrnně zanášeny na 100 bodovou škálu, přičemž platí, že čím lépe člověk zvládá celkové fungování, tím vyšší má skóre na hodnotící škále GAF. Bodová hranice pro přijetí člověka do CDZ je stanovena na 70 bodů, což odpovídá trvale mírným příznakům nebo trvale mírným potížím ve fungování (Říčan, 2021 str. 232).

### 1.7.2 The Assessment of Quality of Life

The Assessment of Quality of Life je sebehodnotícím dotazníkem sloužícím k měření kvality života související se zdravím. Dle počtu otázek jsou známy AQoL-8D, jež obsahuje 35 otázek rozdělených do osmi dimenzí, a zkrácená verze AQoL-6D o 20 otázkách. Vždy se hodnotí situace v posledním týdnu (Říčan, 2021 str. 232).

### 1.7.3 Health of the Nation Outcome Scale

Dotazník HoNOS byl vyvinut k měření zdraví a sociálního fungování lidí s duševním onemocněním. Obsahuje 12 otázek, které rovněž po sečtení tvoří celkové skóre. Čím nižší skóre je, tím pro klienta lépe. Škála je vhodná pro posuzování zdravotního stavu jak pro rutinní praxi, tak pro posuzování výsledků léčby, je ji tedy možné využít v klinické praxi, ve výzkumu i v sociálních službách (Říčan, 2021 str. 232).

## 1.8 Závažná duševní onemocnění

Severe Mental Illness neboli závažné duševní onemocnění je definováno jako duševní, behaviorální nebo emoční porucha, jejímž důsledkem je závažné funkční poškození, které narušuje nebo omezuje jednu nebo více životních činností. Do kategorie SMI

spadají poruchy, které vyvolávají psychotické příznaky, tedy schizofrenie, schizoafektivní porucha a závažné formy dalších nemocí, jako jsou těžké deprese, poruchy osobnosti a bipolární poruchy (Foundation, 2016). Závažné duševní onemocnění však není dáno jen diagnózou, ale zejména tím, jak výrazně člověku narušuje běžný život a jak dlouho onemocnění trvá, u závažných forem se jedná o 2 a více let (MZČR, 2021).

Závažná duševní onemocnění jsou nejnáchylnější skupinou duševních nemocí ke stigmatizaci, která může mít devastující dopad na kvalitu života lidí s onemocněním z této kategorie, z čehož vyplývá, že i cesta k zotavení bývá pro lidi s diagnostikovaným závažným duševním onemocněním delší a náročnější (Stárková, 2013). V rámci této bakalářské práce byly z kategorie SMI vybrány diagnózy, s jimiž, dle statistik, přichází do CDZ nejvíce klientů. Jedná se o diagnózy z okruhu F2, F3 a F6 (ÚZIS, 2022).

### **1.8.1 F20 Schizofrenie**

Málokterý lékařský termín je zatížen tak velkým stigmatem jako slovo schizofrenie. Samotný název pocházející již z antického Řecka je složen ze dvou slov – *schizo*, tj. rozštěpit a *frén* neboli duše. Dříve se lidé domnívali, že se opravdu jedná o rozštěpení jejich osobnosti. Ačkoliv byl tento mýtus již opakovaně vyvrácen, mnoho lidí se stále chybně domnívá, že schizofrenie je rozdvojená osobnost (Jarolímek, 2021 str. 13).

Schizofrenii lze definovat jako závažné progredující duševní onemocnění s poruchami v oblasti myšlení, vnímání, chování, emocí a osobnosti, které vzniká již v dětském či mladém věku a následně probíhá několik let buď kontinuálně, nebo v relapsech (Dušek, 2015 str. 115). Pohlaví v četnosti výskytu u schizofrenie nehraje roli, jediný rozdíl je ve věku nástupu onemocnění. U mužů schizofrenie zpravidla nastupuje o něco dříve, zhruba mezi 15. – 25. rokem, zatímco u žen až mezi 25. – 35. rokem. Z hlediska psychosociální zralosti je tak brzký nástup onemocnění u mužů značně nevýhodný. Schizofrenie je z velké části podmíněna geneticky. Přestože je dnes již známo, že schizofrenie není dědičná, jedinec zdědí určité predispozice, které v kombinaci s nepříznivým psychickým vývojem a větší dlouhodobou zátěží mohou zapříčinit rozvoj nemoci. Dle neurovývojové hypotézy vzniku tohoto onemocnění došlo u lidí s diagnostikovanou schizofrenií v prenatálním období k narušenému vývoji mozku, a to zejména během druhého trimestru. Dále pak v adolescentním období, kdy dochází k prořezávání mozkových spojů, se některé neuronové systémy stanou kvůli chybnému prenatálnímu založení neschopny vyrovnat se s psychosociálním stresem a životními změnami. Z důvodu poškození rozvíjejícího se



mozku zvyšují riziko rozvoje schizofrenie i komplikace během těhotenství a porodu, obzvláště porodní hypoxie může být důležitým faktorem (Praško, 2015 str. 45-47).

Obecně lze více či méně specifické symptomy pro schizofrenii rozdělit do následující čtyř kategorií:

1. psychotické symptomy
2. poruchy iniciativy a motivace doprovázené sociálním stažením
3. poruchy poznávacích funkcí, pozornosti a exekutivních funkcí
4. afektivní symptomy (Španiel, 2017 str. 15)

Psychotické příznaky spadají do kategorie příznaků pozitivních. Diagnóza schizofrenie je dnes již založena na výskytu těchto symptomů, mezi které patří především ozvučování, vkládání nebo odnímání myšlenek, bludy, ovládnutí nebo halucinace, nejčastěji sluchové (Španiel, 2017 str. 16). Halucinace se dle Kučerové (2010 str. 10) definují jako „*vnímání bez přítomnosti vnějšího podnětu*“ neboli je to stav, kdy je člověk přesvědčený, že slyší skutečné hlasy, přestože nikdo nemluví. Psychotické symptomy mohou být doprovázeny nespecifickými projevy, jako je úzkost, strach či nespavost. Člověk postupně ztrácí kontakt s reálným světem a naopak preferuje své vlastní psychotické prožitky, podle kterých se i chová. Zároveň je ale bytostně přesvědčený, že je zcela v pořádku a jakoukoliv pomoc od okolí radikálně odmítá (Svoboda, 2015 str. 184). Ataka psychózy trvá obvykle šest měsíců, kdy vrcholí výrazným zhoršením kontaktu s realitou a ve většině případů je v tomto období nutná hospitalizace (Španiel, 2017 str. 37).

Sníženou emoční reaktivitu, ochuzení zájmů, sníženou sociální aktivitu, ztrátu iniciativy, vedoucí až k apatii, lze zařadit do příznaků negativních, avšak jejich nástup přichází až po odeznění akutních psychotických příznaků, nejčastěji po propuštění z nemocnice. Člověk vlivem těchto příznaků ztrácí motivaci, propadá pesimismu, cítí se neschopný, bez zájmu o cokoli. Okolí tyto stavy snadno zaměňují za lenost. Přestože se negativní příznaky dají léčit, zmírnění přichází až po několika měsících (Španiel, 2017 str. 16-17).

Kognitivní poruchy neboli poruchy poznávacích funkcí, pozornosti a exekutivních funkcí významně ovlivňují pracovní a sociální dovednosti. Zhoršení těchto funkcí lze pozorovat jak v prodromální, tak chronické fázi nemoci a je dobře měřitelné, tím pádem dlouhodobě sledované a snadno porovnatelné, čehož lze dosáhnout celou řadou neuropsy-

chologických testů, nejčastěji komplexního MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) (Španiel, 2017 str. 18-22).

Afektivní příznaky neboli poruchy nálad jsou též přítomny poměrně často. Depresivní náladu, pocity méněcennosti, sebevýčitky, úzkosti, pocity beznaděje je třeba nepřehlížet, přestože nesplňují kritéria pro samostatně diagnostikovanou afektivní poruchu (Španiel, 2017 str. 23).

Jeden z nejdůležitějších aspektů v diagnostice, ostatně jako u každé jiné psychické nemoci, je třeba všechny výše uvedené symptomy hodnotit ve vzájemných souvislostech, a především je sledovat v časovém vývoji. Proces nemoci a její možná charakteristika na základě příznaků je sice u většiny pacientů obdobná, ale je třeba brát v potaz skutečnost, že vzájemná vazba mezi osobností daného jedince a charakterem nemoci tak často vytváří podobu tohoto onemocnění velmi rozmanitou a obtížně diagnostikovatelnou (Kučerová, 2010 str. 26-28).

Jelikož se jedná o multifaktoriální onemocnění, je nutné, aby léčba byla komplexní. Nejvýznamnější roli v léčbě schizofrenie hrají především psychofarmaka, zvláště ve fázích akutních atak. Nejdůležitějšími léky, vedoucí k celkovému zklidnění již po prvních dnech užívání, jsou neuroleptika. Ta se nejčastěji podávají perorálně v tabletách či kapkách, případně injekční formou, tzv. depotní injekcí. Po odeznění akutních psychotických příznaků je zvláště velké riziko suicidálního chování, proto dalšími významnými medikamenty jsou antidepressiva. Třetím typem užívaných psychofarmak jsou stabilizátory nálady zabraňující přílišným výkyvům nálad, ať už se jedná o depresivní propady, nebo manický elán. Posledním užívaným typem farmak jsou anxiolytika neboli léky odstraňující úzkost, psychickou tenzi a napětí (Jarolímek, 2021 stránky 45-49). Samotné nasazení léků je však nedostatečné. Pokud chce člověk se schizofrenním onemocněním předejít relapsu, je nutné jejich aktivní a pravidelné užívání, jelikož relaps nastává ve většině případů právě v důsledku vysazení medikace (Španiel, 2017 str. 41).

MKN-10 dělí schizofrenii do následujících skupin. Jednotlivé poddruhy jsou charakterizovány dominujícími příznaky (Praško, 2015 str. 45).

- F20 schizofrenie
- F20.0 paranoidní schizofrenie

- F20.1 heberfrenní schizofrenie
- F20.2 katatonní schizofrenie
- F20.3 nediferencovaná schizofrenie
- F20.4 postschizofrenní deprese
- F20.5 reziduální schizofrenie
- F20.6 schizofrenia simplex
- F20.8 jiná schizofrenie
- F20.9 schizofrenie NS (ÚZIS, 2022)

### 1.8.2 F31 Bipolární afektivní porucha

Vážné duševní onemocnění, dříve nesoucí název *manidepresivní psychóza*, bylo postupem času změněno s ohledem na snížení stigmatizace lidí s tímto onemocněním na bipolární afektivní poruchu, jelikož pojem mánie v sobě nesl stigmatizující prvek *maniak* (Praško, 2015 str. 78).

Bipolární afektivní porucha se vyznačuje opakujícími se obdobími manických, případně hypomanických a depresivních epizod se změnami v myšlení a aktivitě, které jsou odděleny remisí či rovnou přechodem do opačné polarity. Jednotlivá období mohou mít různou závažnost, délku trvání i frekvenci, přítomna může být i fáze smíšená, charakterizována buď rychle se střídajícími epizodami manických a depresivních stavů, nebo smíšenými příznaky (Praško, 2015 str. 78). Na rozdíl od schizofrenie, kde se akutní propuknutí nemoci nazývá ataka, se v případě bipolární afektivní poruchy jedná o fáze (Kučerová, 2013 str. 264).

Depresivní fáze je charakterizována alespoň 2 týdny trvajícím obdobím, ve kterém jsou přítomny některé ze symptomů deprese. Přestože se pojem deprese stal součástí běžné mluvy pro vyjádření smutné nálady, je třeba odlišit laické pojetí tohoto termínu od skutečné patické nálady (Praško, 2015 str. 280). Deprese je nemoc celého organismu vedoucí k pocitům smutku, skleslosti, ztrátě zájmů, zvýšené únavě, apatii, zpomalenému psychomotorickému tempu, pesimismu, poruše soustředění, pocitům beznaděje až myšlenkám na smrt, které mohou zapříčinit sebepoškozující jednání (Zemanová, 2021). Při léčbě bipolární deprese je akutním cílem zabránění možnému suicidiu a redukce depresivních

symptomů s cílem dosažení remise neboli asymptomatického období. Na rozdíl však od unipolární deprese, kde jsou dominantními farmaky antidepresiva, případně jejich kombinace, jsou zde léky první volby stabilizátory nálady. Monoterapie antidepresivy není doporučována ani v případě závažněji nemocných, psychotických jedinců, u nichž se naskytá možná léčebná alternativa v podobě elektrokonvulzivní terapie (Látalová, 2010 str. 133). Elektrokonvulzivní terapie je neurostimulační, minimálně invazivní metoda v psychiatrii, jejíž cílem je léčebné ovlivnění závažných, leckdy až život ohrožujících neuropsychiatrických stavů. Ačkoliv jde o vysoce účinnou, někdy až jedinou možnou léčebnou metodu s minimem nežádoucích účinků, je v očích veřejnosti zatížena velkým stigmatem. Její historie sahá až do 30. let 20. století, v současné době je užívána modifikovaným způsobem. Dle Kališové (2019 str. 13) je „*podstatou účinku modifikované elektrokonvulzivní terapie indukce adekvátně regulovaného, časově omezeného, sekundárně generalizovaného, biletárně synchronizovaného, tonicko-klonicko epileptiformního paroxysmu (induced generalized tonic-clonic seizure – iGTCS) vyvolaného působením modulovaného elektrického proudu procházejícího přesně lokalizovanými skalpovými elektrodami.*“

Na rozdíl od depresivní epizody je manická fáze charakterizována minimálně týden trvajícím obdobím za přítomnosti manických příznaků. Mezi takové příznaky se řadí zejména poruchy nálad. Zvýšená, až nepřiměřeně veselá nálada rychle střídá podrážděnost doprovázející časté vyvolávání konfliktů, vztahovačnost, zvýšené sebevědomí, ztrátu sociálních zábran, sníženou potřebu spánku či nestřídmou konzumaci psychoaktivních látek. Podle intenzity přítomných příznaků lze definovat buď mánii, nebo v případě méně intenzivních příznaků hypománii (Zemanová, 2021). Pro hypománii je typická trvale povznesená nálada doprovázena nadprůměrnou energií a aktivitou v kombinaci se sníženou potřebou spánku, avšak pouze do té míry, aby tyto symptomy nenarušovaly pracovní schopnosti, případně nevedly k sociální izolaci daného jedince (Látalová, 2010 str. 27). Hlavním léčebným cílem mánie, případně hypománie, je rychlé dosažení kontroly nad příznaky. Nebojácné a často tak velmi riskantní chování se ztrátou společenských zábran by bez akutního zahájení farmakologické léčby mohlo ohrozit na životě nejen daného člověka, ale i jeho okolí. V případě těžké nebo rezistentní mánie může být rovněž indikována elektrokonvulzivní terapie (Látalová, 2010 str. 105-129).

K nástupu prvních příznaku BAP dochází nejčastěji v adolescentním období a rané dospělosti, tedy mezi 15 až 30 lety. Pro první epizodu není specifická žádná z výše uvedených fází, onemocnění se může projevit libovolně dlouhým obdobím mánie i deprese,

avšak ze studií vyplývá, že zatímco pro ženy jsou obvyklejší depresivní epizody, u mužů se jedná o více vyrovnaný poměr mezi manickými a depresivními fázemi (Látalová, 2010 str. 56). Etiologie nemoci není dosud přesně známá, avšak předpokládá se vliv celé řady patogenetických vlivů, mezi které spadají neurotransmitterové abnormality, neuroendokrinní faktory, neuroanatomické změny, vliv stresu, a především genetické predispozice (Praško, 2015 str. 79).

Jelikož však bipolární afektivní porucha není pouze jednoho typu, je třeba rozeznávat, zda se jedná o BAP I nebo BAP II. V případě prvního typu tráví lidé přes polovinu celkového trvání nemoci v euthymii, třetinu času ve fázi depresivní a zbylý, nejkratší čas zabírá manická, případně hypomanická epizoda. Výraznější poměr se nachází u BAP II, kdy více než polovinu času převládají depresivní příznaky a na hypomanické a smíšené připadají pouhých 4 % této doby (Praško, 2015 str. 76).

Laická veřejnost má obecně tendenci posuzovat afektivní poruchy jako stavy reaktivní, do nichž se lehce dokáže vejitit. Tento pohled jim přináší mylný pocit, že po odeznění příznaků automaticky dochází k překonání nemoci a plnému uzdravení. Opakující se jednotlivé epizody tak snadno mohou vyvolat kritiku a nátlak nejen ze strany rodiny člověka s BAP, což snadno vyústí v sebeobviňování, přestože afektivní poruchy pouze vůlí zvládnout nelze. Část veřejnosti dokonce nepovažuje máni ani depresi za pravé nemoci, ale jen za zástěrku pro své chování, aby lidé s diagnostikovanou BAP nemuseli nést odpovědnost za své činy. Tento pohled vede nejen k nedůvěře v psychiatrickou léčbu, ale především k jejímu značnému ztížení, až znemožnění (Praško, 2015 str. 75-81).

### **1.8.3 F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti**

Poruchy osobnosti jsou souborem temperamentových a charakterových rysů, které se významně odchyľují od pozorovatelných rysů u většinové populace. Tyto odchylky se projevují v několika oblastech, kam patří:

1. Způsoby vnímání a interpretace událostí, formování přístupu k sobě i ostatním.
2. Intenzita, rozsah a přiměřenost emotivity.
3. Uspokojování potřeb a ovládání impulsů.
4. Zvládání interpersonálních potřeb a způsob chování k ostatním (Praško, 2015 str. 196).

Predispozice ke vzniku poruchy osobnosti je s největší pravděpodobností podmíněna geneticky. Stěžejní roli však hraje i rodinné prostředí v útlém věku dítěte, které do velké míry formuje jeho postoje. U starších dětí je patrný vliv vrstevníků a vlivy kulturní, zejména v podobě násilných počítačových her nebo violence ve filmech, které často mají „*patoplastický a akcelerující vliv*“ (Praško, 2015 str. 197).

Z důvodu problematické a poměrně široké definice zdravé osobnosti se právem řadí k nejobtížněji diagnostikovatelným poruchám psychiatrické klasifikace (Praško, 2015 str. 195). MKN-10 (2022) definuje poruchy osobnosti jako „*extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště utváří vztahy s druhými.*“ Při kategorizaci poruch osobnosti vychází MKN-10 především z popisů dlouhodobých rysů osobnosti, jehož výsledkem je základní třídění poruch osobnosti do několika kategorií. Tato kapitola je zaměřena na emočně nestabilní poruchu osobnosti.

Emočně nestabilní porucha osobnosti se řadí do kategorie specifických poruch osobnosti, které jsou zpravidla považovány za celoživotní stavy, u kterých je jedna část povahových rysů člověka extrémně vystupňovaná, zatímco část druhá téměř zcela chybí. Přestože jisté povahové rysy lze u člověka pozorovat již od jeho raného dětství, z diagnostického hlediska lze o poruše osobnosti mluvit pouze u dospělých jedinců. Jak už napovídá svým názvem, nejvýraznějším symptomem je v tomto případě nestabilní emotivita a tendence k impulzivnímu jednání bez domyšlení následků, vedoucí k častým konfliktům s druhými (Orel, 2020 str. 255).

Zvláštními podkategoriemi emočně nestabilní poruchy jsou její dva typy – impulzivní a hraniční. Právě již zmíněná tendence k impulzivnímu, nepromyšlenému a nepředvídatelnému jednání je charakteristická pro emočně nestabilní poruchu osobnosti impulzivního typu nesoucí označení F60.30. Naopak pro poruchu osobnosti typu hraničního, F60.31, je typická labilita, emoční nestálost a velmi výrazná porucha sebevnímání, sebehodnocení a sebepřijetí (Orel, 2020 str. 255). U jedinců s emočně nestabilní poruchou osobnosti hraničního typu se často opakují pocity prázdnoty, strach z opuštění, nejasné představy o sobě samém, které mohou být v období stresu doprovázeny příznaky připomínající psychózu. Výjimkami nejsou ani tendence k sebepoškozování nebo suicidální pokusy (Grambal, 2017 str. 5). Většina lidí s hraniční poruchou osobnosti se současně potýká s celou řadou psychopatologických problémů, mezi nimiž mohou být úzkostné poruchy, přičemž zvláště intenzivní je pronikavá anxiозita, tzv. *panaxieta* (Praško, 2015 str. 206),

zneužívání návykových látek, poruchy nálad nebo disociativní stavy. Rozlišit tak HPO od jiné, symptomatologicky podobné poruchy může být velmi obtížné. Symptomatologie by měla být sledována již od období dospívání a nikdy by neměla být hodnocena pouze na základě aktuálních projevů (Grambal, 2017 str. 46-47). Na symptomatologii závisí ve velké míře i farmakoterapie, která může být velmi různorodá, neboť stále platí, že specifické léky pro emočně nestabilní poruchu osobnosti neexistují (Grambal, 2017 str. 131).

Spolupráce s člověkem s diagnostikovanou HPO vyžaduje od profesionálů v sociálně zdravotnických zařízeních nejen empatický přístup, ale zejména pevné stanovení hranic mezi tím, co pro něj personál může udělat a co již nikoliv. Pokud se tak nestane, je záhy velmi snadné propadnout protipřenosu, který se může projevit odměřenými až hostilními reakcemi pracovníka, překračováním hranic, nálepkováním, nadměrnou kritikou nebo zaměňováním rolí. Výzkumy ukazují, že zvláště v psychoterapii je nereflektovaný protipřenosový vztah jedním z nejčastějších zdrojů poškození pacienta s HPO (Praško, 2015 str. 206).

## 1.9 Úzkostné poruchy

Přestože úzkostné poruchy již nenesou přízvisko vážná duševní onemocnění, lidé s diagnostikovaným onemocněním z kategorie F4 jsou stále třetí největší skupinou klientů, kteří se v Centrech duševního zdraví nacházejí (ÚZIS, 2022). Projevy úzkostných poruch se mohou objevovat v podobě paniky, generalizované úzkosti nebo ve spojení s depresivním laděním (Orel, 2020 str. 231).

### 1.9.1 F41.0 Panická porucha

Panická porucha neboli epizodická záchvatovitá úzkost patří mezi nejčastější úzkostné poruchy. Často bývá zaměňována za panickou ataku, přičemž prožití panické ataky nemusí nutně znamenat diagnózu panické poruchy. Dle výzkumů totiž panickou ataku prožije zhruba každý čtvrtý člověk, z čehož celá řada lidí nemá diagnostikovanou žádnou duševní poruchu. Uvědomění, kolik lidí má napříč společností s panickou atakou zkušenost, výrazně napomáhá lidem s úzkostnou poruchou k přijetí svého onemocnění a snížení sebestigmatizace (Kamarádová, 2016 str. 25).

Hlavním znakem panické poruchy jsou dle Praška (2015 str. 103) „*opakované záchvaty masivní úzkosti, které nejsou omezeny na žádnou určitou situaci a pacient je neumí předvídat*“. Panická ataka přichází náhle a nečekaně, často bez konkrétního podnětu, a bývá doprovázena mnoha výraznými somatickými příznaky, jako jsou závratě, palpitace,

bolesti na hrudi, pocení, třes nebo pocity dušení, což ještě umocňuje úzkost (Hodycová, 2020). Rovněž se mohou přidat pocity nereálnosti ve smyslu derealizace a depersonalizace. Jednotlivé ataky obvykle trvají pár minut a následně samy odeznívají. Dle závažnosti a rozsahu je možné panickou poruchu dělit na středně závažnou (F41.00) za předpokladu, že se během měsíce objevují alespoň čtyři ataky, a panickou poruchu těžkou (F41.01), v jejímž rámci se objevují nejméně čtyři panické ataky za týden po dobu delší než měsíc (Orel, 2020 str. 232).

Diagnostika panické poruchy často není pouze prací psychiatra, s pacienty s panickou poruchou se setkávají lékaři napříč medicínskými obory. V první řadě se však jedná především o praktické lékaře, kterým se jdou lidé se svými problémy svěřit jako prvním. To dokládá i fakt, že je až 80 % lidí s panickou poruchou léčeno praktickými lékaři. Někteří považují návštěvu psychiatra až za poslední možnost, „když jim nic jiného nenashli“, případně pokud jim bylo řečeno, že „jsou zdraví, pravděpodobně to mají od nervů a mají si najít psychiatra“. Taková slova jsou pro ně ponižující. Možnost psychické poruchy si ani nepřipouští, protože „přece nejsou blázni“. Jejich léčba je pak velmi obtížná zejména v prvotní fázi přijmutí psychického původu potíží, překonání sebestigmatizace a získání důvěry v léčbu (Kamarádová, 2016 str. 11-26).

Jak udává Praško (2015, str. 103), „*panická porucha bývá až u 80 % postižených komplikovaná agorafobií*“. Agorafobie je spojena se strachem z veřejných míst a širokých prostranství, strachem ze vzdálení se z bezpečného prostoru domova, ale i strachem z míst, odkud je obtížné se rychle dostat pryč. Ve spojení s panickou poruchou vzniká v důsledku vyhýbání se situacím, v nichž člověk dostal panický záchvat. Typické vyhýbavé chování, které panickou poruchu i agorafobii doprovází, může v nejtěžší fázi zapříčinit absolutní izolaci jedince, který není schopen sám opustit domov (Praško, 2015 str. 104).

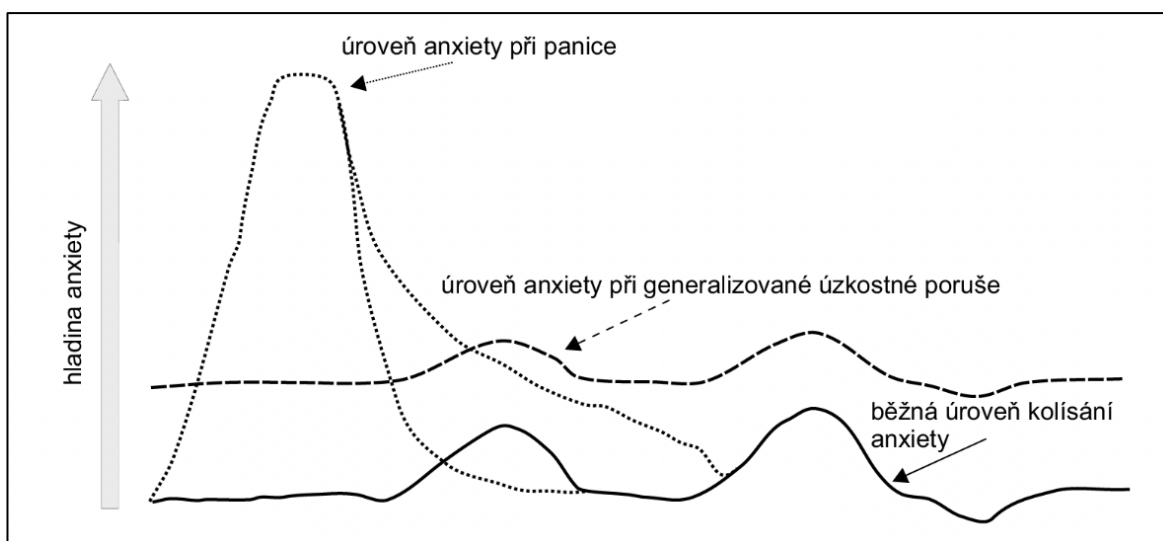
### **1.9.2 F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha**

Strach a úzkost patří v určité fyziologické míře k lidské přirozenosti, proto může být obtížné nalézt pomyslnou hranici mezi normou a patologickým stavem. V průběhu 20. století byla porucha, téhož času označována *úzkostná neuróza*, poměrně známá. Termín generalizovaná úzkostná porucha se však poprvé objevil jako samostatně stojící důležitá porucha až v roce 1996 v MKN-10 (Praško, 2005 str. 68).

Příznaky GAD se objevují pozvolna. Jejím hlavním rysem je nadměrné zaobírání se stresujícími myšlenkami a obavami týkající se každodenních aspektů života společně



s chronickou volně plynoucí úzkostí (viz obrázek 1), přičemž by tyto stavy pro diagnostiku GAD měly trvat minimálně půl roku. Obavy a nadměrný stres může doprovázet celá řada somatických projevů, jako jsou únava, svalové napětí, závratě, nevolnost, palpitace nebo subjektivně obtížné dýchání (Praško, 2015 str. 105). K četným obtížích se často připojuje i obtížné usínání, zhoršený spánek a nemožnost jakéhokoliv relaxu či odpočinku, jelikož paradoxně v těchto chvílích se potíže ještě zhoršují. Člověk s generalizovanou úzkostnou poruchou si uvědomuje, že jsou jeho obavy přehnané, nicméně není schopen udělat nic pro to, aby nad nimi nepřemýšlel (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021).



Obrázek 1 Hladina anxiety při úzkostných poruchách (Orel, 2020 str. 233)

Léčebný postup GAD kloubí farmakoterapii se sěžejní psychoterapií. Nejčastěji užívanými farmaky jsou v tomto případě moderní antidepresiva a benzodiazepiny. Přestože u všech benzodiazepinů hrozí rychlý rozvoj závislosti, u lidí s GAD se jej není třeba tolik obávat především z důvodu nižších dávek léků, které již dávku postupem času nepotřebují navyšovat. Psychoterapie je považována za vysoce účinnou jak v případě individuální, tak skupinové. Zvláště účinná je kognitivně behaviorální terapie zaměřující se na nácvik zvládnání úzkostí a systematického řešení životních problémů (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021).

V současné době je kognitivně behaviorální terapie jedním z nejrozšířenějších psychoterapeutických směrů. Vznikla kombinací dvou různých směrů terapie, kognitivní a behaviorální, kterou nadále rozvíjí. Zatímco behaviorální terapie předpokládá, že poruchy chování jsou pouhými naučenými reakcemi, které lze přeučit, terapie kognitivní je založena na názoru, že za emočními poruchami stojí především nesprávné myšlení. KBT klade

důraz především na terapeutický vztah a konkrétně definované problémy, které negativně ovlivňují současný život pacienta, jehož aktivní přístup je v tomto případě stěžejní (Hosák, 2015 str. 505-506).

Lidé s GAD obecně hůře snášejí kritiku a jsou velmi citliví. Od svého okolí potřebují častěji slyšet slova podpory a pochvaly (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021), často od nich vyžadují ujištění, že se nikomu nic zlého nestane, což může být postupem času vyčerpávající. Zbytečně tak narůstá počet konfliktů a neshod, kdy přetížené okolí ve zkratku nazve člověka s GAD *bláznem*. Spíše než o primární stigmatizaci se tak jedná o reakci na frustraci. Opětovně trpí výčitkami svědomí, pochybují o sobě a jsou přesvědčeni, že by si v životě sami neporadili. Odtud je to už jen malý krok k sebestigmatizaci (Praško, 2015 str. 106).

### **1.9.3 F41.2 Smíšená úzkostně depresivní porucha**

V minulosti, před vznikem klasifikačního systému DSM-III, byl pro toto onemocnění hojně užívaný název *úzkostně depresivní neuróza*, v současné době nesoucí název smíšená úzkostně depresivní porucha (Praško, 2005 str. 221). Jak už samotný název napovídá, bývá diagnostikována u lidí, u nichž jsou přítomny příznaky jak úzkosti, tak deprese, přičemž ani jedny z nich nejsou natolik výrazné, aby mohly být diagnostikovány samostatně (Praško, 2005 str. 221). Úzkost je prožívána jako subjektivně nepříjemný pocit vnitřního napětí, ohrožení a obav, který se však nezakládá na reálném nebezpečí. Může být doprovázena celou řadou somatických příznaků, jako jsou závratě, palpitace, hyperventilace nebo zažívací potíže. Snadno je zaměňována se strachem, jenž je na rozdíl od úzkosti spojen s konkrétním ohrožením. Oba tyto stavy se mohou v rámci úzkostných poruch prolínat v nárazových epizodách nebo přetrvávat současně po delší dobu (Orel, 2020 str. 229). Současně se vyskytující dysforická nálada by pro naplnění diagnostických kritérií měla přetrvávat po dobu alespoň jednoho měsíce, během něhož výrazně zhoršuje fungování v sociálních vztazích (Praško, 2015 str. 106).

Smíšená úzkostně depresivní porucha, v praxi často opomíjena (Orel, 2020 str. 232), je zdravotnickým personálem, včetně specializovaných psychiatrických pracovníků, podceňována. Tento jev pravděpodobně souvisí s její nelehkou diagnostikou, často závislou především na zkušenostech daného psychiatra. Vývoj symptomů pozvolna narůstá v průběhu několika týdnů až měsíců. Prvotně se mohou objevit potíže se spánkem, bolesti hlavy, obtížné soustředění, trvalá nebo vracející se špatná nálada či zvýšené napětí často

mylně přisuzované osobním problémům. Pokud se k výše zmíněným příznakům připojí i somatické potíže, je přirozené, že se původce problému nejprve hledá v somatickém onemocnění (Praško, 2005 str. 224). Průběh smíšené úzkostně depresivní poruchy ve většině případů přechází do chronicity (Hosák, 2015 str. 259).

Etiologie smíšené úzkostně depresivní poruchy dosud není známá, avšak existuje několik významných faktorů zvyšujících riziko výskytu tohoto onemocnění. Jedním z nich je dědičná složka, řada genetických výzkumů potvrdila vztah mezi úzkostnými a depresivními syndromy v rodinách, zanedbatelné nejsou ani sociální faktory či biologické abnormality. V případě depresivních poruch se může jednat o zvýšenou hladinu kortizolu či dysregulaci serotoninergní neurotransmise, u úzkostných poruch lze pozorovat abnormální spánkové EEG či sníženou odpověď tyreotropinu na tyreotropin uvolňující hormon (Praško, 2005 str. 226).

Účinnou možností léčby je v případě smíšené úzkostně depresivní poruchy farmakoterapie. Za nejúčinnější jsou považovány antidepresiva SSRI a SNRI. Více než polovina lidí se smíšenou úzkostně depresivní poruchou léčená antidepresivy dosáhne úplné remise. Farmakoterapie bývá navíc často doplněna též o psychoterapii. Nejčastěji užívanou formou je skupinová psychoterapie a KBT (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021), která je v současné době dle vydávaných postupů pro léčbu úzkostných poruch a deprese doporučována jako jeden z kroků léčby i britským ústavem NICE (Praško, 2019 str. 145).

Největším problémem týkající se stigmatizace lidí se smíšenou úzkostně depresivní poruchou není stigmatizace okolím samotná, nýbrž strach lidí s tímto onemocněním z ní, který může zabránit včasnému vyhledání odborné pomoci. Lidé se smíšenou úzkostně depresivní poruchou tak ze strachu ze stigmatu popírají své psychické potíže, za kterými se raději snaží najít somatickou příčinu, než aby navštívili psychiatra. Přílišná snaha o zakrytí zevních projevů tenze a zvýšené nervozity z obav, aby okolí nic nepoznalo, tak paradoxně vyústí v mnohem větší nervozitu, kterou si následně vyčítají a snaží se o ještě větší sebekontrolu, čímž se dostávají do bludného kruhu, který pouze prohlubuje neurotické příznaky. Možná sebestigmatizace souvisí, podobně jako u mnohých dalších onemocnění, s poklesem sebedůvěry plynoucí z neustálých vyhýbavých strategií zvládnání stresu, poklesu fungování při běžných denních činnostech a depresí ovlivněného negativního pohledu na sebe (Praško, 2015 str. 101-107).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 2 FORMULACE PROBLÉMU

Předsudky vůči duševním poruchám ve společnosti i přes značné snahy destigmatizačních projektů stále přetrvávají. Lidé s duševním onemocněním nejsou stigmatizováni pouze laickou veřejností, jejíž postoj k duševním onemocněním je do velké míry utvářen vlivem médií. Se stigmatizací se mohou setkat i ze strany svých nejbližších, na pracovišti nebo ve zdravotnických zařízeních, potažmo přímo na psychiatrických odděleních, což může mít za následek výrazně narušený pohled na ně samotné i jejich budoucí průběh léčby. Tento kvalitativní výzkum je tak zaměřen především na subjektivní vnímání dané problematiky, čímž může pomoci objasnit pohled lidí, kterých se tento celospolečenský problém dotýká nejvíce.

## 3 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

### 3.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem mé práce je zmapovat subjektivně vnímanou stigmatizaci a následně rostoucí sebestigmatizaci u lidí s duševním onemocněním.

### 3.2 Dílčí cíle

- Zjistit, v jakých oblastech života vnímají lidé s duševním onemocněním stigmatizaci nejvíce.
- Zjistit, zda ke stigmatizaci dochází ve zdravotnických zařízeních.
- Zjistit, zdali je stigmatem více zatížena psychiatrická diagnóza nebo hospitalizace na psychiatrii.
- Zjistit, zda existuje souvislost mezi subjektivně vnímanou stigmatizací a následnou sebestigmatizací.
- Zjistit, jaký vliv má stigmatizace na kvalitu života lidí s duševním onemocněním.

### **3.3 Výzkumné otázky**

K naplnění výzkumných cílů je zapotřebí zodpovědět následující otázky:

VO I.: V jakých oblastech života pocítují lidé s duševním onemocněním stigmatizaci nejvíce?

VO II.: Dochází ke stigmatizaci lidí s duševním onemocněním ze strany personálu ve zdravotnických zařízeních?

VO III.: Je z pohledu respondentů stigmatem více zatížena psychiatrická diagnóza nebo hospitalizace na psychiatrii?

VO IV.: Existuje souvislost mezi subjektivně vnímanou stigmatizací a následně rostoucí sebestigmatizací?

VO V.: Jaký vliv má stigmatizace na kvalitu života lidí s duševním onemocněním?

## 4 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr respondentů do tohoto výzkumu byl záměrný. Dle Gavora (2000 str. 144) je „záměrný výběr potřebný proto, aby vybrané osoby byly vhodné, tj. aby měly potřebné vědomosti a zkušenosti z daného prostředí.“ S ohledem na subjektivní vnímání problematiky stigmatizace bylo do výzkumu vybráno šest respondentů, kteří popisují svou zkušenost s duševním onemocněním. Výzkumný soubor je složen z klientů CDZ Ledovec v Plzni, kteří mi byli doporučeni ředitelem Ledovce, panem Mgr. Petrem Moravcem, a splňovali předem stanovená kritéria. Kategorie duševních onemocnění F2, F3, F4 a F6 byly vybrány na základě provedené analýzy klientů CDZ a jejich nejčastěji se objevujících hlavních diagnóz při přijetí do služeb CDZ, jak je znázorněno v grafu 1. Kritéria pro zapojení se do výzkumu, která měl každý respondent splňovat, byla následovná:

1. věk nad 18 let
2. oficiálně diagnostikované duševní onemocnění z kategorie F2, F3, F4 nebo F6
3. zkušenost s hospitalizací na psychiatrickém oddělení
4. ochota podělit se o svůj příběh

## 5 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování této bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum.

### 5.1 Kvalitativní výzkum

*„Hlavní skupinu metod sběru dat v empirickém výzkumu tvoří naslouchání vyprávění, kladení otázek lidem a získávání jejich odpovědí.“* (Hendl, 2005 str. 164) V této práci představuje kvalitativní výzkum metodu hloubkového rozhovoru, jelikož jsem se chtěla zaměřit především na osobní zkušenosti, postoje a názory lidí s duševním onemocněním.

#### 5.1.1 Hloubkový rozhovor

*„Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Používá se pro něj označení hloubkový rozhovor, jež můžeme definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.“* (Švaříček, 2010 str. 159) Umožňuje nám zachytit výpovědi respondentů v jejich přirozené podobě, což je jeden z hlavních principů kvalitativního výzkumu. Pro svou práci jsem zvolila rozhovor polostrukturovaný, jenž je jedním z dvou typů hloubkového rozhovoru (Švaříček, 2010 str. 160) vyznačující se *„definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací“* (Hendl, 2005 str. 164).

##### 5.1.1.1 Struktura rozhovoru

Samotný rozhovor jsem rozdělila na 4 hlavní okruhy, pomocí kterých jsem chtěla nalézt odpovědi na výzkumné otázky (viz příloha B). Důraz byl kladen především na oblasti života, ve kterých se účastníci rozhovoru cítí být nejvíce stigmatizováni, na jejich sebepojetí v důsledku nemoci a na zdravotnická zařízení, především pak psychiatrická oddělení, s nimiž mají respondenti zkušenost.

Okruh I.: Diagnostika duševního onemocnění

Okruh II.: Hospitalizace na psychiatrickém oddělení

Okruh III.: Reakce okolí po vyřčení diagnózy

Okruh IV.: Sebepečení a vliv duševního onemocnění na kvalitu života

## 6 ORGANIZACE VÝZKUMU

Sběr dat probíhal od ledna do března 2022. S každým účastníkem jsem absolvovala jednu osobní schůzku, na které byli nejprve seznámeni s výzkumnými cíli mé práce a stručným nástinem pokládaných otázek. Každý respondent obdržel před rozhovorem informovaný souhlas, kterým potvrzoval svou dobrovolnou účast ve výzkumu a současně i možnost z něj kdykoliv odstoupit. Výzkumná šetření probíhala na předem stanovených místech dle preferencí respondentů. Rozhovor byl koncipován na 30 minut, ale jeho délka se odvíjela především od schopnosti respondentů zodpovědět otázky a jejich ochotě rozebrat daná témata více do hloubky.



## 7 ZPRACOVÁNÍ DAT

Výsledky byly zpracovány metodou přepisu rozhovoru z hlasové nahrávky do programu Microsoft Word, při němž byla použita technika anonymizace dat sloužící k ochraně jmen respondentů a konkrétních zdravotnických zařízení, v nichž byli respondenti v minulosti hospitalizováni. Přepis rozhovoru byl doslovný, pro větší autentičnost byly ponechány nespisovné a hovorové výrazy. Jednotlivé rozhovory byly následně analyzovány. Tento proces se nazývá otevřené kódování, dle Strausse (1999 str. 43) definováno jako *„část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly a také jsou kladeny otázky o jevech údají reprezentovaných.“*

V rámci procesu otevřeného kódování byly nejprve označeny určité opakující se jevy, kolem kterých byly následně seskupovány pojmy. Tento proces se nazývá kategorizace neboli se jedná o *„proces seskupování pojmů, které se zdají příslušet stejnému jevu“* (Strauss, 1999 str. 45).

## 8 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Účastníci rozhovoru jsou lidé s duševním onemocněním, jejichž hlavní diagnóza odpovídá onemocnění z kategorie F2, F3, F4 nebo F6. Z celkového počtu šesti osob byli do výzkumu vybráni dva muži a čtyři ženy, jejichž věkový průměr byl 30 let. Jméno, věk a hlavní diagnóza respondentů jsou uvedeny v tabulce 1., za kterou následuje bližší představení každého respondenta.

Jméno	Věk	Hlavní diagnóza
Pavel	36 let	Smíšená úzkostně depresivní porucha
Klára	24 let	Emočně nestabilní porucha osobnosti
Radka	49 let	Paranoidní schizofrenie
Tereza	23 let	Generalizovaná úzkostná porucha
Lukáš	22 let	Bipolární afektivní porucha
Simona	26 let	Panická porucha

*Tabulka 1 Základní údaje respondentů (zdroj: vlastní)*

**Pavel** je svobodný, bezdětný a nyní žije sám. Před lety úspěšně ukončil studium na Právnické fakultě UK v Praze. Smíšená úzkostně depresivní porucha, ke které se následně přidala somatoformní porucha, mu byla diagnostikována před 14 lety. Hospitalizován na psychiatrickém oddělení byl jednou na otevřeném oddělení. Naše setkání proběhlo v klidném prostředí čajovny. Ze začátku rozhovoru byla na Pavlovi patrná nervozita, ale po chvíli stres opadl, což nám umožnilo vést velmi upřímný a otevřený rozhovor.

**Klára** je svobodná, bezdětná a nyní žije sama. Vystudovala obor Speciální pedagogika na Pedagogické fakultě ZČU v Plzni, nyní ve studiu pokračuje na magisterském studiu. S psychickými problémy se potýkala již v dobách středoškolského studia. Před 8 lety jí byla diagnostikována nejprve sociální fobie, následně emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu, úzkostně vyhýbavá porucha, závislá porucha osobnosti a obsedantně kompulzivní porucha. Hospitalizována na psychiatrickém oddělení byla celkem dvakrát, z čehož jedna hospitalizace byla na otevřeném a jedna na uzavřeném oddělení. Naše setkání proběhlo po předchozí domluvě v kavárně.

**Radka** je svobodná, bezdětná, nyní žije s matkou v rodinném domě. Pravidelně za nimi dochází Radčina sestra, která ji dělá opatrovnici. Radka studovala Vysokou školu ekonomickou v Praze, kvůli narůstajícím psychickým problémům však musela studium v posledním ročníku ukončit. Po první velké atace ji byla před 19 lety diagnostikována paranoidní schizofrenie. V psychiatrické nemocnici byla hospitalizována celkem sedmkrát, z čehož dvakrát na uzavřeném oddělení. Rozhovor byl uskutečněn v CDZ Ledovec, kde jsme pro něj měly předem vyhrazenou místnost.

**Tereza** je svobodná, bezdětná, nyní žije s přítelem. Je studentkou Lékařské fakulty UK. Před 3 lety jí byla diagnostikována generalizovaná úzkostná porucha a panická porucha. Na psychiatrickém otevřeném oddělení byla hospitalizována jednou. Naše setkání proběhlo v kavárně Terezina výběru. Styl odpovídání byl spíše pomalejší, ale každá její odpověď byla velmi promyšlená.

**Lukáš** je svobodný, bezdětný a nyní žije s přáteli ve spolubydlení. Momentálně je nezaměstnaný, pouze příležitostně dochází na brigády. Před 5 lety mu nejprve byly diagnostikovány smíšená úzkostně depresivní porucha a panické ataky, později mu jako hlavní diagnóza byla stanovena bipolární afektivní porucha. Hospitalizován na psychiatrickém oddělení byl celkem dvakrát, z čehož k první hospitalizaci došlo ještě na dětském oddělení. Rozhovor byl realizován v kavárně po předchozí telefonické komunikaci.

**Simona** je svobodná, nyní žije se svým synem a přítelem. V současné době je nezaměstnaná. Před 6 lety jí byla diagnostikována panická porucha a generalizovaná úzkostná porucha, k nimž v průběhu dalších let přibyla i smíšená porucha osobnosti, sociální fobie a smíšená úzkostně depresivní porucha. Hospitalizována na psychiatrickém oddělení byla celkem třináctkrát na uzavřených a polouzavřených odděleních. K našemu setkání došlo z časových důvodů pouze ve virtuálním prostředí Google Meet, což však z mého pohledu podstatu rozhovoru nijak nenarušilo. Naopak domácí prostředí zajistilo při rozhovoru dostatečný komfort pro otevřené odpovědi.

## **8.1 Nástup prvních obtíží**

Ze statistik NUDZ vyplývá, že více než 70 % problémů spojených s duševním zdravím se poprvé projeví v dětství nebo dospívání (NUDZ, 2021), s čímž korespondují i vlastní zkušenosti respondentů. Většina zaznamenala první obtíže již v dětství, čemuž však nebyl přikládán velký význam. K vážnějšímu rozvoji příznaků došlo téměř u všech až v průběhu studia na střední či vysoké škole.

*„Moje potíže začaly už v dětství, kdy jsem míval takové občasné pocity úzkosti, ale tehdy jsem tomu nepřikládala nějaký větší důraz a myslím, že ani moje okolí ne.“ (Pavel)*

*„Už na základce jsem na sobě začala pozorovat, že jsem trochu větší stresář. Na gymplu se to postupem času víc a víc zhoršovalo, když jsem měla třeba strach mluvit před třídou, nebo strach být zkoušená a všechno mi trochu přerůstalo přes hlavu. Úplně mě to pohltilo až v prváku na vejšce, když jsem se furt učila a nemohla jsem si nikdy odpočinout.“ (Tereza)*

*„Ségra říká, že si už něčeho všimla na gymplu, ale ono se to dekompenzovalo až na tý vejšce, protože ona je to velká zápraha. Byla jsem hrozně nesoustředěná, měla jsem takovej pocit, jako že mě někdo pozoruje, stihá, takovej stihomam.“ (Radka)*

*„První příznaky jsem pociťovala vlastně už od dětství, kdy to ale nebylo tak výrazný, takže jsem to neřešila, cítila jsem se tehdy prostě jen jako nenormální dítě, ale nijak mě to neovlivňovalo.“ (Klára)*

*„Už od dětství jsem měl určitý potíže. Nálady se mi střídaly jako na horský dráze, ale větší intenzity tyhle pocity nabraly až na střední škole. Propady nálad byly čím dál tím silnější.“ (Lukáš)*

*„Moje potíže začaly asi v devatenácti letech, kdy jsem otěhotněla a prakticky ztratila kontakt se svými přáteli. Měla jsem časté panické ataky, kvůli kterým jsem nechtěla chodit do společnosti, pak se k tomu přidaly i občasné sociální úzkosti, a to už začínal být problém.“ (Simona)*

### **8.1.1 Somatické příznaky**

Zejména úzkostné poruchy jsou často doprovázeny nepříjemnými tělesnými příznaky, za kterými se člověk nejprve snaží hledat somatické onemocnění. Podobnou zkušenost dokládá i Tereza, jejíž problémy jsou ve velké míře spojeny se školou, kterou pokládá za velmi stresující prostředí.

*„Začala jsem se stranit lidí a často jsem se bála, hodně často mi tlouklo srdce, měla jsem strach, když jsem jela v autobusu a jela do školy, co se mi tam stane. Pak jsem často brečela a přestala existovat úleva. A pak se to už*

*úplně nabalilo a já už myslela třeba na to, kéž by mě srazil autobus, jenom, aby to přestalo.“ (Tereza)*

### **8.1.2 Sebepoškozování**

Dle Lečbycha (2015) je sebepoškozování vždy pouze jedním dílkem komplexního problému, který je třeba řešit. O sebepoškozování mluvíme v případě hraniční poruchy osobnosti jako o jednom z typických příznaků v důsledku nezdařeného procesu individualce-separace, při kterém se dítě začíná psychicky osamostatňovat od blízké pečující osoby.

*„V 9. třídě na základce jsem se začala sebepoškozovat.“ (Klára)*

Sebepoškozování však může být do určité míry i naučenou formou chování, kterým se člověk snadněji vyrovnává se stresem, jako se tomu stalo u Lukáše.

*„Navíc mě za to v mé tehdejší třídě na střední začali ponižovat, a to mě dovedlo k sebepoškozování.“ (Lukáš)*

## **8.2 Vyhledání odborné pomoci**

Předsudky a sebestigmatizace lidí s duševním onemocněním mají často velký podíl na pozdním vyhledání odborné pomoci. V takovém případě musí zasáhnout až jejich okolí, které tento pomyslný první krok udělá za ně, jako to bylo v případě Terezy, která svým obtížím nejprve nepřikládala velký význam.

*„Já jsem se nerozhodla, rozhodla se moje máma, ta mě objednala na psychiatrii. Já jsem tam šla s tím, že to je blbost, co tam budu dělat, že se mi tam akorát vysmějou, proč je otravuju. Ale tam mi došlo, že tam velmi patří, a že jsem tam měla sedět už dávno.“ (Tereza)*

Podobnou zkušenost udává i Klára, která za včasnou pomoc vděčí své kamarádce, která následně informovala jejich třídního učitele, který se zachoval velmi zodpovědně.

*„Pomoc jsem nevyhledala já, ale můj třídní učitel mi po rozhovoru s mojí spolužačkou domluvil schůzku se svým kamarádem psychologem.“ (Klára)*

### **8.2.1 První ataka**

Profesor Schomerus (2018) vidí u praktických lékařů dva hlavní problémy. Prvním problémem může být samotná identifikace duševní poruchy, která vyžaduje s lidmi na toto téma mluvit, k čemuž se řada lékařů nemusí cítit fundovaná. Druhý problém nastává, když

praktický lékař nabyde u svého pacienta podezření duševního onemocnění. Ví, jak dále postupovat? Jaké jsou pacientovy další možnosti?

Radka se se svými potížemi nejprve rozhodla svěřit právě své praktické lékařce, která však jejím příznakům nepřikládala velký význam.

*„No a já jsem byla už trochu mimo na tý vejšce. Říkala jsem to své praktické doktorce a ona mi na to řekla, že kdyby to byla schizofrenie, že by to bylo vážnější.“ (Radka)*

Na místo včasného podchycení nemoci se tak k odborníkovi dostala až o čtyři roky později, kdy u ní došlo k rozvoji první velké ataky, po které byla převezena na psychiatrické oddělení, kde ji byla diagnostikována paranoidní schizofrenie.

*„Já měla první velkou ataku až o čtyři roky pozdějš, ale to byla ataka jako blázen. Já jsem se vysvlékla na sídlišti do naha, chvíli jsem tam stála, pak jsem se oblíkla. No, já jsem vlastně ten den měla jít na pohovor do práce a místo toho jsem se svlíkla na tom sídlišti, protože jsem si myslela, že to prostě musím udělat.“ (Radka)*

### **8.3 Hospitalizace na psychiatrii**

Zatímco pro Terezu a Pavla se jednalo o dosavadní jediné hospitalizace na psychiatrii, ostatní mohli na podkladě vícečetných zkušeností jednotlivé hospitalizace mezi sebou porovnat. Zásadní rozdíl zde hrál především fakt, zda se jednalo o uzavřené či otevřené oddělení. Oddělení uzavřená byla všemi respondenty, kteří si nimi prošli, hodnocena velmi negativně. Zmíněná byla nedostatečná komunikace mezi personálem a pacientem, nedůstojné prostředí a nadřazené chování tamních zaměstnanců.

*„Jednou jsem byla na tom uzavřeném oddělení, to je takový to horší jenom pro ženy, a tam to bylo strašný, takový ponižující.“ (Radka)*

*„Tam to bylo peklo, ze kterýho mam do teď trauma. Byla tam jenom postel a stůl, kamera, dveře se zevnitř nedaly otevřít, na posteli ležely kurty, no, bylo to fakt děsivý. Navíc ani nikdo z personálu za mnou nepřišel, aby mi dal nějaký informace. Zavřeli mě tam v oblečení, ve kterym jsem přišla, dali mi jenom mobil, a to bylo všechno. Bylo to tenkrát asi nejhorší odpoledne a noc mýho života.“ (Klára)*

*„Občas jsem měl pocit, že to nejsou zdravotníci, ale bachaři.“ (Lukáš)*

Simona, která měla ze všech respondentů nejčtenější zkušenosti s hospitalizací na psychiatrických odděleních, mohla mezi sebou jednotlivé hospitalizace porovnat. Důležité je zmínit, že Simoniny zkušenosti se týkají pouze polouzavřených a uzavřených odděleních.

*„Řekněme, že v průměru dvě z deseti hospitalizací můžu považovat za celkem v pohodě a v klidu zvládnutelné.“ (Simona)*

Naopak oddělení otevřená byla hodnocena kladně. Radka dokonce připouští, že by se nebránila opětovné hospitalizaci na jednom z otevřených oddělení, s nímž má zkušenost. Konkrétně se jedná o oddělení zaměřené na doléčení pacientů s psychotickými poruchami.

*„Tam to bylo moc pěkný, tam bych chtěla klidně někdy znova, kdybych musela.“ (Radka)*

### **8.3.1 První pocity**

Průběh hospitalizací byl u všech velmi individuální, avšak na základě jednotlivých výpovědí lze říci, že první hospitalizace na psychiatrickém oddělení nebyla téměř nikým z respondentů hodnocena kladně. Lukáš svou první hospitalizaci zažil v 17 letech, toho času ještě na dětském oddělení.

*„Při první hospitalizaci jsem se cítil nejistě, vystrašeně. Moc jsem nevěděl, co mě čeká a co se mnou bude.“ (Lukáš)*

### **8.3.2 Nedostatečný progres v léčbě**

Dalším negativním faktorem v průběhu hospitalizace byl v očích respondentů pomalý posun jejich stavu k lepšímu, což se negativně podepsalo na dalším průběhu léčby.

*„Paradoxně se to spíš potom jakoby zhoršovalo tím, jak jsem měl pocit, že se zas tolik můj stav nezlepšuje.“ (Pavel)*

*„Tenkrát jsem odcházela domů ještě v horším stavu, než v jakým jsem tam přišla, protože jsem měla pocit, že jsem úplně zbytečně zahodila měsíc svého života.“ (Klára)*

Lukáš dokonce první hospitalizaci předčasně ukončil odchodem na revers.

*„Nebylo to prostředí, kde bych se mohl dát dohromady, tak jsem podepsal revers.“ (Lukáš)*

### **8.3.3 Přístup personálu**

Jak se shodují Simona s Terezou, chování personálu k pacientům nelze generalizovat na základě jedné zkušenosti, vždy záleží na konkrétních lidech.

*„Jak kde, vždycky záleželo na konkrétním člověku.“ (Simona)*

*„Všechno je to o lidech.“ (Tereza)*

Pavel si během své osmi týdenní hospitalizace všiml, že zaznamenal rozdíl v přístupu personálu k pacientům podle toho, jak dlouhou dobu již jsou hospitalizovaní.

*„Myslím, že hodně záleželo na tom, jak tam vlastně byl pacient dlouho a jaký měl příznaky.“ (Pavel)*

Klára pro změnu zaznamenala, že čím mladší pacient byl, tím hůře se k němu ošetrující personál choval.

*„Zároveň jsem taky zaregistrovala, že čím byl pacient mladší, tím nadřazeněji s ním komunikovaly. Že se tam našlo fakt jenom pár sester, který se chovaly normálně.“ (Klára)*

#### **8.3.3.1 Zájem personálu pomoci**

Přestože se v odpovědích, týkajících se hospitalizace, objevovaly napříč rozhovory spíše negativní vzpomínky, vždy se na každém oddělení našel alespoň jeden starostlivý člověk, který respondentům dokázal nemocniční pobyt zpříjemnit a zároveň je povzbudit. V případě Kláry se jednalo o jednu z ošetrujících sester při její druhé hospitalizaci.

*„Pamatuju si, že jedna sestra tam byla strašně moc fajn. Vždycky za mnou přišla a byla starostlivá, říkala mi, že kdybych měla jakýkoliv špatný myšlenky, tak že za ní mám hned přijít. Nebo když mi bylo fyzicky hodně špatně a zvracela jsem, tak mě odvedla do postele a celou noc mě chodila kontrolovat a vždycky mě pohladila po tváři.“ (Klára)*

Terezčina zkušenost naopak popisuje milý přístup tamních lékařek, což zpětně hodnotí, obzvláště při první hospitalizaci, jako velmi důležitý faktor pro navázání důvěry.



*„Doktorky na oddělení, kde jsem ležela, vypadaly, že jsou teprve chvíli ze školy a dost se snažily, byly moc milý. Svým způsobem mi přišlo, že pro mě ve spoustě věcí měly i pochopení.“ (Tereza)*

### **8.3.3.2 Nedostatek empatie**

Na nedostatek empatie ze strany lékařů si stěžoval Pavel, který ji naopak vnímal především u tamních sester. Jak ale dále doplňuje, sestry se ho často snažily utěsit obligátním „bude to dobrý“, což v něm naopak vzbuzovalo pocit, že se jej pouze snaží uklidnit bez ohledu na skutečný stav.

*„Obecně jsem měl pocit, že třeba u mého vedoucího lékaře či u těch dalších lékařů mají sice povědomí o tom, co se se mnou děje, ale na druhou stranu jsem měl pocit, že u nich nebyla zas tak velká empatie. Třeba empatii jsem cítil větší u některých těch zdravotních sester. Na druhou stranu u těch sester jsem zase měl spíš pocit, že mě obecně uklidňují ve smyslu „bude to dobrý“. Že jakoby méně věděly, co se děje. Na druhou stranu možná se více snažily mě nějak uklidnit“ (Pavel)*

S pasivním chováním sester se setkala Tereza. Přestože by se objektivně nemuselo jednat přímo o stigmatizující jednání, ublížit může i pouhý náznak.

*„Přístup těch sester by asi ostatní nehodnotili jako něco, co mi objektivně mohlo ublížit, ale když člověku dávaj najevo, že je vlastně hrozně otravuje a dívaj se na něho skrz prsty, tak mu to minimálně nepřidá.“ (Tereza)*

Až s arogantním a devalvujícím chováním ze strany personálu se setkala Klára při své druhé hospitalizaci. Od začátku hospitalizace neměla dobré vztahy se svou ošetřující lékařkou a primářem daného oddělení. Jak sama říká:

*„Oni se mnou měli problém od začátku, protože jim zřejmě vadily příznaky mé úzkosti. Nedívala jsem se jim totiž do očí a odpovídala jsem jim dost nejistě. Tenkrát mi dali dost jasně najevo, že je štvu, vlastně mi doslova řekli, že je seru.“ (Klára)*

Tato situace Kláru dovedla k tomu, že se rozhodla si na jedné z procházek ublížit. Po tomto incidentu a návratu přes chirurgii zpět na oddělení se setkala s dvojicí sester, kte-

ré nejenže pro Klářino jednání neměly pochopení, ale především jí svým chováním ublížily mnohem víc.

*„Po návratu na oddělení se ještě vyznamenaly dvě sestry, který měly zrovna službu a strašně mě seřvaly. Od jedny z nich dokonce zazněla věta: „Nechcete ještě jednu žiletku, abyste se mohla říznout znova a pořádně?“ To pro mě byla konečná.“ (Klára)*

#### **8.3.3.3 Zlehčování obtíží**

S nepochopením svých příznaků sestrou se setkal Pavel, kterému byla kromě úzkostně depresivní poruchy diagnostikována i porucha somatoformní. Ta se vyznačuje stavem tělesných příznaků, pro které není možné najít organickou příčinu. Typické jsou proto opakované žádosti pacienta o další lékařská vyšetření i přesto, že byly veškeré dosavadní nálezy negativní (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021). Je však důležité si uvědomit, že člověk s touto poruchou uváděné příznaky skutečně pociťuje a věří jim. Často se tak setká s nepochopením, jako tomu bylo v této situaci.

*„V situaci, kdy jsem přišel za tou sestrou s tím, že si myslím, že mám infarkt a bylo mi řečeno, že kdybych měl infarkt, tak už jsem po smrti, tak jsem to vnímal jako zbytečné zlehčení, a hlavně jako takovej zbytečnej útok.“ (Pavel)*

#### **8.3.3.4 Individuální přístup**

Jedním z důležitých principů vedoucím k úspěšnému zotavení je důraz na jedinečnost každého člověka, od které by se měl odvíjet individuální přístup. Často je však na odděleních opomíjen, jak dokazují následující výpovědi.

*„Tím, že tam tou dobou bylo plný oddělení, tak ten přístup asi někdy nebyl tak individuální, jak bych čekala, že bude, ale ono je to těžký. V tomhle poměru pacientů a personálu to asi líp dělat nejde.“ (Tereza)*

*„Určitě jsem měl pocit, že tam do velké míry, pokud teda člověk neměl nějakou závažnější poruchu, že by tam mohla být lepší ta individualizace v přístupu k těm pacientům. Takhle nás v podstatě automaticky brali, že pokud budem brát přibližně ty samé léky, tak bysme měli mít přibližně ty samé pozitivní výsledky.“ (Pavel)*

### 8.3.4 (Sebe)stigmatizace v důsledku hospitalizace na psychiatrii

V jednotlivých odpovědích bylo možné zaznamenat postoj k hospitalizaci na psychiatrii nejen samotných respondentů, ale i jejich rodin, které se k hospitalizaci staví velmi negativně. Simona se dokonce domnívá, že nestigmatizovat člověka, jenž byl hospitalizován, nezvládne téměř nikdo.

*„Ale jako co si budem, stigma je pořád velký a stačí k němu to, že máte nějakou psychiatrickou diagnózu. Když se ale dostane na povrch vaše případná hospitalizace, to už opravdu zvládne nestigmatizovat jenom málokdo.“*

(Simona)

Pavlovi rodiče se postupem času smířili s duševním onemocněním svého syna, ale jeho případná další hospitalizace na psychiatrii by v jejich očích byla vnímána jako velké zklamání.

*„Například moji rodiče jsou velice silně proti možnosti, že bych byl ještě někdy znovu hospitalizován, vnímali by to jako obrovské zklamání. Možná, že je to způsobený i tlakem okolí, který pořád bere hospitalizaci v léčebně jako něco, za co by se styděli.“* (Pavel)

Jak dále Pavel dodává, v případě, že by si v budoucnu našel partnerku nebo nové přátele, kteří by o jeho psychických obtížích nevěděli, bylo by pro něj přijatelné říct jim o své diagnóze, ale s hospitalizací na psychiatrii by se jim nikdy nesvěřil.

*„Je pravda, že je určitý rozdíl v tom, že jsem ochotný přiznat svým přátelům nebo partnerce to, že můžu mít poruchu, ale prakticky nikomu, kdo to nevěděl v té době, jsem od té doby nepřiznal, že jsem byl hospitalizován. Dejme tomu, kdybych si teď našel nové kamarády, tak bych jim byl po nějaký době schopen přiznat to, že mám duševní poruchu, ale nikdy bych jim nepřiznal, že jsem byl hospitalizován na psychiatrii.“* (Pavel)

Jak dokazuje zkušenost Terezy, skrývání duševního onemocnění před ostatními ze strachu ze stigmatu je možné v případě ambulantní psychiatrické léčby. Hospitalizace, kterou sama považuje za společností hůře akceptovatelnou, je tak často jedním z důvodů, proč lidé o své nemoci informují okolí.

*„Já jsem nenesla moc dobře ani tu samotnou diagnózu, a přece jenom ta hospitalizace už je ve společnosti braná, jako že mi je teda asi něco vážný-“*

*ho, když si mě tam nechali. Tenkrát jsem to kvůli tomu musela nahlásit i ve škole, kde se mi to do té doby úspěšně dařilo tajit.“ (Tereza)*

O tom, že lidé vnímají hospitalizaci na psychiatrii mnohem více negativně než samotné onemocnění, je přesvědčen i Lukáš.

*„Mam pocit, že se lidi snaží být chápaví, když jim člověk řekne o svých psychických problémech, ale jakmile dojde na hospitalizaci, dojde ke kritice a člověka odsunou.“ (Lukáš)*

#### **8.4 Stigmatizace zdravotníky mimo psychiatrii**

Z jednotlivých rozhovorů vyplynulo, že ke stigmatizaci duševních onemocnění zdravotníky nedochází jen přímo na psychiatrických odděleních, nýbrž i v oborech somatických, které jsou svým zaměřením naprosto odlišné od problematiky duševních nemocí. Těchto zkušeností však v rozhovorech zaznělo podstatně méně, než tomu bylo v případě psychiatrie. Dle zkušenosti Terezy k takovému jevu dochází spíše nenápadně v meziřecí.

*„To se stává spíš tak mimoděk. Třeba jdu k praktikovi, on se mě zeptá, jaký beru léky, já mu řeknu, co beru a on mi na to odpoví, že je to teď hrozná móda a odfrkne si. Jako by bagatelizoval to, co prožívám s tím, že to teď všichni zobou. Nebo když jsem teď byla u kardiologa, tak ten mi zase řekl: „Taková mladá holka, co ta by mohla mít za starosti?“ Někdy mi prostě přijde, že si vůbec neuvědomují, jak moc je to vážný. Já nemám moc objektivních zkušeností, ale spíš hodně subjektivních nesnází, prostě to tak vnímám.“ (Tereza)*

Pozitivní zkušenost s odborníky v interních oborech, které pro tělesné příznaky svých duševních onemocnění lidé navštěvují jako jedny z prvních, popisuje Pavel. Zároveň však dodává, že naopak negativní přístup pocíťoval u zdravotníků na pohotovosti. Stigmatizace se zde může projevit v podobě neposkytnutí odpovídající léčby, přisuzování somatických příznaků psychickému stavu nebo zlehčování obtíží, jako tomu bylo u Pavla.

*„Mam pocit, že specialisti, jako třeba zvlášť ta interna, to berou líp, protože se často potkávají se zvýšeným tepem, zvýšeným tlakem a podobně, a těhlech lidí s psychosomatickýma příznakama maj asi nejvíc. Obecně jsem měl horší zkušenost s doktory na pohotovosti, jejich přístup byl lehce stigmatizující minimálně v tom smyslu, že když už jsem naznačil, že trpím hypochondric-*

*kou poruchou a zároveň mam pocit, jestli nemám mrtvici, tak se na mě podívali stylem, co u nich vůbec dělám.“ (Pavel)*

## **8.5 Rodina**

Reakce rodiny byla téměř pro všechny klíčová. Rodinní příslušníci byli v prvních chvílích často jediní, kteří o duševním onemocnění respondentů věděli, a komu se tak se svými obtížemi nejčastěji svěřovali.

*„Rodičům jsem to řekl hned, ty to musíš vědět.“ (Lukáš)*

*„Na začátku jsem to řekla jenom nejbližším, takže mamce, příteli a bratrovi. Později už postupně i zbytku rodiny.“ (Simona)*

### **8.5.1 Prvotní šok**

Simonina rodina již delší dobu věděla, že se Simonou není všechno v pořádku. Když náhle přišlo vysvětlení jejích potíží v podobě duševního onemocnění, byl to pro ně nejprve velký šok, až později si o dané nemoci začali zjišťovat více informací a hledat možná řešení. Je tak patrné, že se v rodinách může mnohdy jednat spíše o projevený strach a obavy, navíc umocněné nedostatečnou znalostí duševních chorob nežli přímo o stigmatizující jednání.

*„Přítel i mamka věděli, že už delší dobu se mnou není něco v pořádku. Když jsme se dozvěděli, že to pravděpodobně bude všechno způsobený psychickým potížením, řekla bych, že nás to všechny doslova sejmulo. Ale to jenom v první moment. Pak jsme to začali zpracovávat, zjišťovat a uklidňovat se.“ (Simona)*

Radka se se svým onemocněním nejprve svěřila své matce a sestře, která jí v současné době dělá opatrovnici.

*„No ty to vzaly, jakože je to hrozná tragédie u nás doma. Ted' se mě sice snaží chápat a když mi není dobře, tak to přejdou, že to bude dobrý. Jsou hodný, ale je to neštěstí.“ (Radka)*

### **8.5.2 Popírání nemoci**

Pavel se setkal s nejhorší reakcí ze strany rodičů, kteří se s jeho onemocněním dlouho nechtěli smířit. Jeho hospitalizaci na psychiatrii dokonce brali jako selhání, které doufají, že se nebude opakovat.

*„U rodiny si myslím, že ta reakce byla vlastně primárně nejhorší z toho důvodu, že to nechtěli moc akceptovat, že se s tím nechtěli moc smířit. Že si nechtěli připustit, že je jejich syn duševně nemocný, zvláště pak, že jejich syn je hospitalizovaný.“ (Pavel)*

### **8.5.3 Odlišné postoje mezi rodiči**

Rozdíl mezi reakcí matky a otce popisuje Tereza. Zatímco její otec raději stále předstírá, že Terežčino duševní onemocnění neexistuje, její matka, která si podobnými obtížemi v životě též procházela, pro ni má mnohem větší pochopení. Tento jev poukazuje na skutečnost, že předchozí vlastní zkušenost s duševním onemocněním má za důsledek větší míru pochopení pojící se k méně stigmatizujícím postojům. Přesto však Terezu mrzí matčiny občasné zprávy, kterými se Terezu sice snaží povzbudit, ale špatnou formulací dosáhne leda opačného efektu.

*„Máma to brala hodně chápavě, protože s tím má taky potíže, táta na to nereagoval nikdy nijak, ten dělá, že to neexistuje. Ale máma mi teda občas píše takový věci, jako „vzchop se“ nebo „tak se tak neprožívej“. Jakože má pocit, že je to nějak v mé režii. Že si řeknu, tak, teď budu managovat svoji úzkost a bude to dobrý.“ (Tereza)*

Odlišný postoj k duševnímu onemocnění svého dítěte však není ze strany rodičů výjimečnou situací. Lukáš ve své zkušenosti popisuje podobnou situaci. Zatímco matka jej v jeho léčbě plně podporovala, jeho otec si nikdy nepřipustil, že má jeho syn duševní problémy a jeho obtíže vždy bagatelizoval.

*„Mamka mě podporovala, věděla, jak mi je a byla přesvědčená, že mi hospitalizace pomůže. Táta to ale tenkrát nevzal dobře, myslím, že do teď pořádně nevěří tomu, že je se mnou něco špatně, bere to jako zklamání. Někdy mam pocit, jako by psychickýma problémama nechci říct pohrdal, ale asi je ten typ, kterež dokud si tím sám neprojde, tak to bude zlehčovat.“ (Lukáš)*

## **8.6 Přátelé**

Svěřit se se svým onemocněním přátelům bylo pro většinu respondentů obtížné. Strach z toho, jak na novou informaci zareagují, a jaké důsledky z toho pro jejich přátelství vyvodí, hrál v tomto případě velkou roli.

### 8.6.1 Neznalost

Za největší problém, se kterým se respondenti setkali v kruhu přátel, považují jejich dostatečnou neznalost problematiky duševních nemocí. Odtahité či odmítavé chování tak často pramení z pouhé nevědomosti, co přesně dané onemocnění znamená nebo jak se projevuje. Najednou tak mohou mít pocit, že se k danému člověku musí chovat jinak, čím nevědomky zapoínají proces vyčleňování daného jedince a jeho stigmatizaci.

*„V první fázi si myslím, že u těch kamarádů jsem to vnímal jako ne úplně ideální. Jakoby dodnes, když se s tím svěřím nějakému bližšímu kamarádovi, tak je častý problém, že úplně nechtějí chodit do hloubky, co mně vlastně je nebo není. Za hlavní problém obecně považuju takovou neznalost toho, co jsou to psychické problémy.“ (Pavel)*

V následující výpovědi Terezy, která se od své kamarádky obdobně nesešla s pochopením, lze vidět i náznak předsudku, který o léčbě antidepressivy ve společnosti panuje.

*„Pak jsem to řekla kamarádce a ta reagovala tak, že brát antidepressiva je hrozný svinstvo, a že si tím zničím zdraví, a to mi ublížilo, protože nechápala, že to není úplně moje volba.“ (Tereza)*

S odmítnutím se setkala Simona, od které se většina přátel v důsledku jejího onemocnění odvrátila. Jak dále popisuje, s jejich ztrátou se vyrovnávala velmi dlouho.

*„Přátelé nemám, protože mě jich velká část na základě mé diagnózy odsoudila a utnula se mnou všechny styky. Dlouho jsem se smířovala s tím, že mě moje nemoc stála přátele.“ (Simona)*

### 8.6.2 Porozumění

Velmi optimistické jsou zkušenosti Lukáše a Kláry, kteří ve svých přátelích naopak našli oporu a porozumění i v nejhorších chvílích, a jejichž vztah tak duševní onemocnění nijak nezasáhlo.

*„Na kamarády musím říct, že mam fakt štěstí. Kolikrát pro mě bylo snazší jít za nima než se o tom bavit doma s našima, protože to na rozdíl od nich nikdy nezametli pod koberec. Bylo příjemné vidět, že kolem mě nechodí po špičkách a nejednají se mnou, jako by mi mělo ublížit i obyčejný ahoj.“ (Lukáš)*

*„Musím zaklepat, že mám kolem sebe skvělý přátele a všichni mi byli a vlastně pořád jsou velkou oporou. U kamarádů jsem naopak ocenila to, že se mnou nejednají jako s někým méněcenným nebo slabším, ale berou mě úplně normálně jako do doby, kdy o tom nevěděli.“ (Klára)*

Jak navíc Klára dodává, přátelé pro ni v životě hrají velkou roli a neumí si představit, jaké by bylo setkat se u nich s opačnou reakcí.

*„Pomohlo mi určitě i to, že se ke mně nikdo neotočil zády po tom, co jsem jim řekla pravdu. Kdyby se to stalo, asi by mě to srazilo a ublížilo by mi to a obviňovala bych z toho sebe, protože já jsem ta nemocná.“ (Klára)*

### **8.6.3 Důvěra**

Zvýšenou nedůvěru ve druhé a strach z potenciálního stigmatu na sobě v důsledku diagnostikovaného duševního onemocnění pozoruje Pavel, který se často bojí s lidmi navázat bližší vztah, aby se o jeho onemocnění nedozvěděli.

*„Myslím si, že obecně k lidem přistupuju s trochu větší nedůvěrou s tím, že jakoby mám obavu, že pokud se s nimi dostanu do bližšího styku, tak se to jednou stejně provalí.“ (Pavel)*

Klára díky svému onemocnění zjistila, kdo jsou jejími pravými přáteli, a komu může skutečně věřit.

*„Zjistila jsem, jakým lidem můžu důvěřovat, a kdo tu pro mě opravdu je.“ (Klára)*

## **8.7 Partnerský vztah**

Jakékoliv onemocnění bývá pro partnerský vztah vždy velkou zkouškou. Ze zkušenosti Radky vyplývá, že ji bylo lékařem doporučeno navázat bližší vztah s člověkem, který má obdobnou zkušenost s duševním onemocněním. Jak ale sama popisuje, navazování nových vztahů je pro ni velmi obtížné i v případě, že se jedná o muže bez duševního onemocnění neboli, dle jejích slov, muže „normální“.

*„Doktoři mi říkali, že si musím najít někoho, kdo je stejně nemocnej, no tak jsem to zkoušela. Někdy jsem si říkala, že když se mi nelíbí, tak to nebudu ani zkoušet. Pak jsem chtěla chodit s normálníma, to taky nejde, že jedinej.“*



*kdo mě pochopí, je někdo stejně nemocnej. Ale teď už jsem si řekla, že s nikým chodit nechci, že mi to nejde a radši zůstanu sama.*“ (Radka)

Negativní zkušenost má i Pavel s Lukášem.

*„Co se týče slečen, tak ty to braly spíš negativně.“* (Pavel)

*„Holku nemám, ale i kdybych si teď někoho našel, tak bych jí to určitě neřekl hned, dávkoval bych jí to postupně, a hlavně až v době, kdy bych věděl, že to náš vztah ustojí.“* (Lukáš)

S negativní reakcí ze strany bývalého přítele se setkala i Tereza, která své onemocnění považuje za hlavní příčinu rozchodu. Jak dále uvádí, její současný přítel jí je ale naopak velkou oporou, čemuž napomáhá i fakt, že sám dochází na psychoterapie a téma duševního zdraví mu není cizí. Opět se tak potvrzuje, že vlastní zkušenost s duševním onemocněním s sebou přináší větší míru pochopení.

*„Přítel to vzal v pohodě, i když jsem mu to samozřejmě neřekla hned. Jak se ale časem ukázalo, mohla jsem, protože se mi sám po čase svěřil, že taky chodí na terapie a vlastně nás to díky tomu ještě víc sblížilo. Je to příjemná změna oproti minulému vztahu, kterej de facto skončil na tom, že mu moje nemoc vadila. Teda, nejdřív tvrdil, že to zvládnem, ale nevynechal jedinou příležitost, kdy mi nezapomenul připomenout, že je se mnou něco špatně, jako by měl najednou nade mnou navrch.“* (Tereza)

## 8.8 Omezení

Duševní onemocnění s sebou přináší celou řadu omezení, které mohou mít dopad na kvalitu života každého jedince. Jak udává Pavel, v důsledku užívaných léků nemůže pít alkohol, a stejně tak na sobě pociťuje sníženou schopnost cestovat.

*„Z hlediska toho, že to komplikuje některé mé věci typu, že třeba nemůžu pít alkohol kvůli lékům, nebo si musím v noci svítit, takže jsem měl problémy na kolejích a trochu to omezuje moje schopnosti cestovat.“* (Pavel)

Radka na sobě často pociťuje velkou únavu a nedostatek energie, kvůli čemuž není schopna denně pracovat déle než pár hodin, což ji trápí, protože práce je pro ni velmi důležitá. Dlouho však žádnou práci nemohla sehnat.

*„No musela jsem si zvyknout na to, že všechno nemůžu. Že třeba nemůžu pracovat noční, odpolední, vlastně nejvíc mě to omezovalo v té práci. Pro mě je práce hrozně důležitá. To mě vlastně trápí do teďka, že vlastně nemůžu pracovat na 8 hodin, do práce teď chodím čtyřikrát týdně 2 hodiny. Ona taky ta schíza není furt stejná, kolísá a člověk vlastně dopředu nikdy neví, jestli bude do té práce schopn přijít.“ (Radka)*

Tereza popisuje nejvýraznější omezení v komunikaci s druhými a zhoršeném fungování v kolektivech. Její problémy jsou ve velké míře spojeny se školou, kam díky prezenčnímu studiu dochází každý den do většího kolektivu a jak sama říká: *„je to tam pro mě občas brutální v tom, tam vůbec přežít.“* Trápí ji především to, že ví, že si její spolužáci všímají její odtažitosti, ale zároveň s tím nemůže nic dělat, přestože by chtěla.

*„Myslím na to, že ty lidi vidí, že se chovám divně, a že mi není příjemný tam mezi nima bejt, ale nemůžu s tím nic dělat. Myslím si, že hodně těch lidí, s kterými chodím do kruhu, ani neví, kdo jsem, protože se držím hodně zpátky a jsem jenom sama se sebou v mojí hlavě.“ (Tereza)*

## **8.9 Sebestigmatizace**

U lidí s duševním onemocněním dochází ke zhoršenému pohledu na sebe samotné. Snížené sebevědomí, pocity méněcennosti, podceňování se, to vše se může negativně projevit na jejich sebepojetí.

*„Je pravda, že sám sebe vnímám kvůli tomu spíše negativně, to jest byl bych lepší člověk, syn, bratr, zaměstnanec a tak dále, kdybych nemocný nebyl. Takže to vnímám jako něco, kvůli čemu jsem do jistý míry ne méněhodnotný člověk, ale minimálně méněschopný člověk.“ (Pavel)*

Podobnou zkušenost má i Tereza, které se pocity studu dostavily už jen při pouhém vyřčení diagnózy. Je zde patrná internalizace veřejného stigma, které snadno přeroste v sebestigma.

*„I když mi tenkrát jenom byla sdělena diagnóza, tak mi přišlo, že jsem se za ní styděla. Přišlo mi to hodně sebeurčující, že teď jsem teda ten psychiatrický pacient.“ (Tereza)*

Klára i Lukáš, se po většinu času snaží ke své nemoci přistupovat pozitivně, ale i přesto se také občas neubrání negativním myšlenkám, na kterých se však snaží pracovat se svou psycholožkou v rámci terapií.

*„Někdy mě ale samozřejmě přepadnou myšlenky, proč se to stalo zrovna mně, a že si přijdu méněcenná a zbytečná, že všem jenom ubližuju a bylo by jim líp beze mě, takže mám často tendence se podceňovat.“ (Klára)*

*„Snažím se na tom pracovat, ale stejně mam občas momenty, kdy se vidím jako nedostatečného člověka, kterej svým stavem akorát všem kolem přitěžuje.“ (Lukáš)*

Ztrátu sebevědomí a svých snů popisuje v důsledku své nemoci Simona.

*„Ztratila jsem sebevědomí, víru v sama sebe, v to, že něco dokážu. Přišla jsem o svoje sny.“ (Simona)*

### **8.9.1 Nálepkování**

Negativní nálepkování, tzv. labelling, duševních onemocnění je ve společnosti i přes snahy destigmatizačních projektů stále přítomné. Jak poznamenává Tereza, žádné somatické onemocnění nedává člověku takovou nálepkou, jaké se mu dostane v případě psychiatrické diagnózy. Právě tyto nálepky, vyplývající z veřejného stigmatu, mají negativní vliv na přijetí své diagnózy lidmi s duševním onemocněním.

*„Myslím, že kdybych měla jakýkoliv jiný chronický onemocnění, třeba chronickéj zánět žlučovodu, nebo nevím co, tak by mi to nedalo žádnou nálepkou, ale psychiatrický onemocnění dává nálepkou. A to jsem vnímala už když jsem tu diagnózu tenkrát dostala, a ještě o ní ani nikdo nevěděl, jenom pro mě samotnou.“ (Tereza)*

### **8.9.2 Akceptace diagnózy**

Jako velmi důležitou složkou v procesu akceptace svého duševního onemocnění respondenti uváděli pomoc psychologa, který jim pomohl uvědomit si, že jejich diagnóza je nedefinuje, že kvůli ní nejsou horšími lidmi. Tento postoj je velmi důležitým krokem k úspěšnému zotavení.

*„Díky mojí psycholožce jsem si uvědomil, že se nemám za co obviňovat. Protože to není moje chyba, nedělá to ze mě horšího člověka.“ (Lukáš)*

*„Můj postoj se změnil hlavně díky mé psychologce během hospitalizace. Snažím se to vnímat z pozitivní strany. Jakože i přes to, co se mi v životě stalo, pořád nějakým způsobem funguju, a to je hlavní.“ (Klára)*

*„V dnešní době se snažím na všem pracovat tak, aby se mi podařilo zase velkou část věcí, který jsem si kdy přála, zase vtáhnout zpátky do života a abych pro to našla tu správnou motivaci. Aby se můj pohled na mě samotnou zase blížil víc hezkému obrázku než černým chmurám.“ (Simona)*

### **8.9.2.1 Neskryvání svého onemocnění**

Sdílení své nemoci s druhými je důležitou součástí přijetí svého onemocnění. K prolomení tabuizace duševních poruch ve společnosti je zapotřebí o svém duševním zdraví více mluvit a nestydět se za jakékoliv jeho narušení. Podle profesora Schomeruse je jedním z principů strategie v boji proti stigmatu přímá interakce mezi lidmi s duševním onemocněním a lidí bez něj. Ukázalo se, že destigmatizace, na níž se podílí člověk se zkušeností stigmatizace, tedy člověk s psychickým onemocněním, je mnohem efektivnější než aktivity vedené pouze profesionály (Medical Tribune, 2018).

*„Poslední dva roky se už před nikým netajím. Naopak.“ (Simona)*

*„Jsem teď taky mnohem víc otevřená a pravidelně se svými blízkými o svém stavu mluvím.“ (Klára)*

*„Když se mě na to lidi zeptají, tak jim klidně řeknu, že mam schizofrenii.“ (Radka)*

Normalizace tématu duševního zdraví napříč společnostmi je velmi důležitá, a jak sama Tereza udává, je i velmi potřebná.

*„Postupně se to snažím lidem strašně říkat a každému to cpát, jakože: „Proč jsi nebyla ve škole?“ „Protože jsem psychiatrická pacientka a nebylo mi dobře.“ Potřebuju to normalizovat. Potřebuju to normalizovat pro sebe tím, že jim to budu říkat.“ (Tereza)*

## DISKUSE

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku stigmatizace a sebestigmatizace lidí s duševním onemocněním. Důraz byl kladen především na subjektivně vnímanou stigmatizaci a sebestigmatizaci z pohledu klientů Centra duševního zdraví, kteří mají vlastní zkušenost s duševním onemocněním a byli ochotni se o ni se mnou podělit. Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno pomocí šesti hloubkových rozhovorů. Hlavním cílem práce bylo zmapovat subjektivně vnímanou stigmatizaci a následnou sebestigmatizaci lidí s duševním onemocněním. K naplnění hlavního cíle bylo zapotřebí nalézt odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky.

Zjištěné výsledky byly porovnány s českými i zahraničními studiemi, které sledovaly odstup veřejnosti od lidí s duševním onemocněním. Přestože literatura udává, že duševní onemocnění z kategorie SMI neboli vážná duševní onemocnění jsou stigmatem zatížena nejvíce, výzkumy významného britského psychiatra Grahama Thornicrofta zaměřené na klienty komunitních služeb dokazují, že míra stigmatizace napříč společnostmi je vysoká bez ohledu na typ diagnózy (NUDZ, 2021), čemuž nasvědčuje i tento kvalitativní výzkum. Podle profesora Schomeruse (2018) „*je stigma i kulturním fenoménem*“, což mimo jiné dokazuje i porovnání české a anglické studie z roku 2015. Zatímco v Anglii se s duševním onemocněním u svého blízkého přítele setkalo přes 30 % lidí napříč společnostmi, v České republice se toto číslo pohybovalo kolem hranice 15 %, přitom výskyt duševních onemocnění je v obou zemích podobně vysoký. Výrazné rozdíly bylo možné sledovat i v přijetí duševního onemocnění okolím. V Anglii výzkum prokázal, že pouhých 8 % lidí by za svého kolegu v práci nechtělo člověka s duševním onemocněním, dalších 6 % by jej nechtělo mít za souseda a 5 % za blízkého přítele. S mnohem horšími výsledky přišla komparativní studie z ČR, která ukázala, že přes 65 % dotázaných by nechtělo mít za svého kolegu člověka s duševními problémy, necelých 70 % by jej nechtělo mít za souseda a přes 80 % by s ním nechtělo navázat blízký vztah. Jedná se o výsledky první studie, která byla zaměřena mimo jiné na Střední a Východní Evropu v době postkomunismu a srovnávala úroveň stigmatizujícího chování v zemích, které se nacházely na opačných stranách Železné opony (Winkler, 2015). Je tak zde patrný vliv historických událostí na současné vnímání problematiky duševních onemocnění českou společností.

## VO I.: V jakých oblastech života lidé s duševním onemocněním stigmatizaci pocítují?

Přestože odpovědi respondentů byly velmi různorodé, bylo mezi nimi možné pozorovat shodné oblasti. Nejčastěji zmiňovanou oblastí, ve které se respondenti se stigmatizací setkali, byla **rodina**. Výzkum prokázal, že stigmatizace rodinnými příslušníky často pramení z nepochopení, se kterým setkala převážná většina respondentů. V případě rodiny je zde však tenká hranice mezi strachem umocněným nedostatečnou znalostí problematiky duševních nemocí a skutečným stigmatizujícím jednáním, v němž lidé s duševním onemocněním stigma subjektivně spatřují. Neplatí totiž pouze pro somatická onemocnění, že „člověk, který se cítí být nemocen, se zároveň cítí být ohrožen“ (Vymětal, 2003 str. 69). S tímto zjištěním koresponduje i tvrzení Praška (2015 str. 215), že lidé „v souladu se svým jádrovým schématem mohou také vnímat jako stigmatizaci neutrální, pozitivní nebo legitimní sdělení, která nejsou míněna negativně“. Obzvláště rodiče, kteří se dosud s duševním onemocněním nesetkali, přijali tuto skutečnost mnohem hůře než rodiče, kteří si v minulosti taktéž prošli psychickými obtížemi. Tento fakt dokládá i výzkum diplomové práce na téma *Stigmatizace osob s duševním onemocněním z pohledu pacientů s depresí a úzkostmi*, ve kterém autorka přišla k obdobnému zjištění (Štěpánková, 2018). Druhá oblast, ve které se respondenti setkali se stigmatizací, byli jejich **přátelé**. Častým jevem, který respondenti u svých přátel pozorovali, byla též nedostatečná znalost problematiky duševních onemocnění a z ní pramenící tendence k diskriminaci a sociálnímu vyloučení. Je však třeba zdůraznit, že výzkum poukázal na dva případy, ve kterých respondenti popisovali velice kladnou zkušenost s přijetím jejich onemocnění přáteli. Dle kvantitativního výzkumu NUDZ a INRES z roku 2014 napříč obecnou populací, přičemž 100 % tvořilo 1797 respondentů, by 34 % nevadilo přátelit se s člověkem s duševním onemocněním. Přestože je tento výzkum realizován o osm let později, přináší v oblasti přátel podobný výsledek, podobně, jako tomu bylo v partnerských vztazích. **Partnerské vztahy** se zdály být problematickou oblastí. Negativní zkušenost v bývalých vztazích zmínila většina respondentů. Opětovně porovnávaný výzkum NUDZ a INRES prokázal, že až 80 % dotázaných udává, že by jim vadilo žít s člověkem s duševním onemocněním (NUDZ, 2021), na němž je tak možné pozorovat, že partnerské vztahy jsou jednou z oblastí, kde výrazné stigma stále přetrvává i o několik let později. Obdobně, jako tomu bylo v případě akceptace onemocnění rodinou, se i zde ukázal jako velmi nápomocný faktor pro vykazování menší míry stigma vlastní zkušenost partnera s psychickým onemocněním. S partnery, kterým otázka duševního zdraví nebyla cizí, respondenti udávali kladné zkušenosti.

## **VO II.: Dochází ke stigmatizaci lidí s duševním onemocněním ze strany personálu ve zdravotnických zařízeních?**

Z výzkumu vyplývá, že jednoznačně ano. Účastníci rozhovoru nahlíží na zdravotnická zařízení jako na oblast velmi problematickou. Se stigmatizací ze strany personálu na psychiatrických odděleních, popř. v psychiatrických nemocnicích, mají zkušenost všichni respondenti. Převažovaly zejména problémy týkající se zlehčování příznaků a nempatického chování, až devalvačního chování. Je však důležité zmínit, že většina těchto případů byla spojována s lůžkovými uzavřenými odděleními. Přestože oddělení otevřená byla hodnocena o něco lépe, se stigmatizací se, byť v menší míře, respondenti setkali i zde. Co se týče stigmatizace ve zdravotnictví mimo obor psychiatrie, výsledky už byly mnohem příznivější. Z šesti výpovědí výzkum poukázal pouze na dvě zkušenosti se stigmatizací zdravotníky mimo psychiatrii, a to v případě respondentů s poruchou úzkostného spektra neboli s onemocněním, které je často doprovázeno celou řadou psychosomatických obtíží.

V roce 2016 proběhla na území ČR studie, která srovnávala postoje českých lékařů k duševním onemocněním s běžnou populací. Do výzkumu bylo náhodně vybráno 1200 lékařů napříč medicínskými obory a 1810 osob z obecné české dospělé populace (Winkler et al., 2016). K měření postojů byla použita škála CAMI (škála postojů komunity k lidem s duševním onemocněním). Výsledek šetření měl poměrně jasný výsledek, ve 26 z 27 položek vykazovali lékaři ve srovnání s běžnou populací pozitivnější postoje. Z této studie hodnotím velmi kladně především položku „povinnost poskytovat lidem s duševním onemocněním co nejlepší možnou péči“, s čímž souhlasilo 77 % dotázaných lékařů a do určité míry toto zjištění koresponduje i se zkušenostmi respondentů mého šetření. Je třeba si navíc uvědomit, že tato studie byla provedena ještě v době před reformou psychiatrické péče. Je tedy možné, že pokud by byla daná studie provedena i v současné době, výsledky by byly ještě optimističtější.

## **VO III.: Je z pohledu respondentů stigmatem více zatížena psychiatrická diagnóza nebo hospitalizace na psychiatrii?**

Respondenti shodně považují za více stigmatizovanou až samotnou hospitalizaci na psychiatrii. Negativní postoj k hospitalizaci vnímají nejen ze strany veřejnosti, ale i své rodiny. Z jejich zkušeností vyplývá, že i lidé, kteří nejprve jejich onemocnění přijali, je v důsledku hospitalizace odsoudili. Hospitalizace se též negativněji projevila na jejich sebevědomí.

#### **VO IV.: Existuje souvislost mezi subjektivně vnímanou stigmatizací a následně rostoucí sebestigmatizací?**

Dle Praška (2015 str. 40) „je rozdíl mezi stigmatizací a sebestigmatizací, byť se vzájemně významně ovlivňují“. Z výzkumu jednoznačně vyplývá, že souvislost mezi pociťovanou stigmatizací a následnou sebestigmatizací existuje. Bylo prokázáno, že velký vliv na tuto skutečnost má zatížení duševních onemocnění veřejným stigmatem, které je následně internalizováno a přeměněno na sebestigma, neboť prvky sebestigmatizace bylo možné u jednotlivých respondentů pozorovat bezprostředně po sdělení diagnózy bez ohledu na reakce jejich okolí. Lidem, kteří se dále setkali s negativním přijetím svého onemocnění, ať už rodinou, partnery nebo přáteli, se jimi prve pociťované sebestigma pouze umocňovalo. Proces akceptace svého onemocnění byl u všech účastníků dlouhodobou záležitostí, která plynula i ze strachu o svém onemocnění mluvit a nestydět se za něj. Německý profesor psychiatrie Georg Schomerus vedl koncem května 2018 v Národním ústavu duševního zdraví přednášku na téma „*Co můžeme udělat v oblasti stigmatizace duševních onemocnění*“, na které zdůraznil, že „*stigmatizace a sebestigmatizace může významně ovlivňovat rozvoj onemocnění i jeho další průběh. Podceňování sebestigmatizace může vést k selhání identifikace vlastního psychického onemocnění. Proto je třeba podporovat každého s duševním onemocněním, aby o svém problému hovořil. Lidé by měli cítit, že jsou podporováni. Hovořit o svých problémech je přínosné nejen pro konkrétního pacienta, ale přispívá to i k celkové destigmatizaci psychiatrie.*“

#### **VO V.: Jaký vliv má stigmatizace na kvalitu života lidí s duševním onemocněním?**

Výzkum prokázal, že život s duševním onemocněním s sebou přináší celou řadu omezení, která mají negativní dopad na kvalitu života respondentů. Mezi nejvýraznější patří snížené sebevědomí a sebedůvěra, zhoršená integrace do komunity, obtížné navazování partnerských vztahů a nových přátelství, nedostatek energie pro práci na plný úvazek, zákaz požívání alkoholu v kombinaci s pravidelně užívanými léky nebo omezená schopnost cestovat. Všechna tato zmíněná omezení mohou mít vliv na subjektivně sníženou kvalitu života. Národní ústav duševního zdraví provedl v roce 2015 výzkumné šetření, do kterého bylo zapojeno 133 lidí s psychózou v komunitních službách. Výsledky ukazují, že je 60 % dotázaných přesvědčeno, že jim duševní onemocnění zkazilo život, 45 % lidí v důsledku své nemoci omezilo sociální kontakty a přes 50 % tvrdí, že lidé bez zkušenosti s duševním onemocněním jim nemůžou porozumět (NUDZ, 2021).



## LIMITY VÝZKUMU

První limit výzkumu spatřuji v malém souboru respondentů, který sice nebyl překážkou v proniknutí do dané problematiky, avšak výsledek šetření nelze zobecňovat na celou populaci. Druhým limitem může být citlivost zkoumané problematiky. Přestože vedené rozhovory považuji za velmi upřímné a otevřené, bylo v určitých pasážích zřejmé, že je respondentům nepříjemné o svých problémech mluvit, zvláště pak s cizím člověkem. Za třetí limit považuji svoji nezkušenost s vedením rozhovorů, přestože jsem se jí snažila předem minimalizovat teoretickou přípravou. Čtvrtý, poslední limit spatřuji ve stáří studií, se kterými byly zjištěné výsledky porovnávány. Jelikož byly provedeny ještě v době před Reformou péče o duševní zdraví, která měla destigmatizaci duševních onemocnění jako jeden ze svých hlavních cílů, je možné předpokládat, že by opakovaná šetření v současné době přinesla jiné, optimističtější výsledky. Bohužel žádné novější výzkumy však doposud nebyly zveřejněny.

## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě výsledné analýzy rozhovorů je patrné, že většina respondentů obecně považuje za největší problém nedostatečnou znalost problematiky duševních onemocnění. Přestože se v současné době nachází v České republice mnoho destigmatizačních projektů, většina z nich je cílena především na laickou veřejnost. Neznalost se však netýká jen veřejnosti, týká se i profesionálů ve zdravotnických službách. Fiktivní návrh projektu, který zde uvádím, je určen zejména studentům programu Všeobecné ošetrovatelství. Současný systém studentům umožňuje nahlédnout především do nemocniční lůžkové psychiatrie, jelikož praxe na lůžkových odděleních jsou pro budoucí všeobecné sestry stěžejní. Sama ale věřím, že pokud by bylo studentům zdravotnických oborů umožněno setkat se s lidmi s duševním onemocněním i v komunitních službách, kde je kladen důraz na zotavení, bylo by to pro ně jistě přínosnou a zajímavou zkušeností. Navrhuji proto zařadit stáž v CDZ jako součást osnovy předmětu Ošetrovatelská péče v psychiatrii bakalářského studia, která by doplňovala standardní teoretické přednášky a praktická cvičení. V průběhu jednoho dne by byly studentům postupně představeny jednotlivé služby, které CDZ klientům nabízí, a oni by si tak mohli na chvíli vyzkoušet práci v multidisciplinárním týmu (viz příloha C). Věřím, že ať už se budoucí všeobecné sestry rozhodnou pro kterýkoliv obor, z této stáže budou těžit všude. Pro profesionály v oblasti poskytování zdravotnické péče

totiž platí jednoduché pravidlo – bojovat se stigmatizací může každý, kdo sám při výkonu svého povolání nikoho nediskriminuje a nestigmatizuje (NUDZ, 2021).

## ZÁVĚR

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat subjektivně vnímanou stigmatizaci a následně rostoucí sebestigmatizaci lidí s duševním onemocněním. Na základě kvalitativního výzkumu, který se opírá o teoretické poznatky z první části práce, bylo možné nalézt odpovědi na výzkumné otázky, které byly potřebné k dosažení cíle. Bylo tak zjištěno, že stigmatizaci lidé pociťují především ze strany své rodiny, přátel, partnerů, ale i zdravotnického personálu. Ve všech oblastech se ukázala předchozí zkušenost s duševním onemocněním jako důležitý faktor pro větší míru pochopení a tolerance s respondenty. V případě rodiny hraje hlavní roli nepochopení a obavy, což může být v určitých situacích respondenty mylně zaměňováno za stigmatizující jednání. Oblast přátel jednotlivých účastníků rozhovoru byla v tomto výzkumném šetření dle výpovědí mírně polarizována. Byly zde z jejich strany zaznamenány jak prvky stigmatu pramenící z nedostatečné informovanosti o problematice duševních nemocí, které v jednom případě vedly až k definitivnímu přerušení kontaktu, tak podpůrné chování, které se pozitivně odráželo v akceptaci onemocnění respondentem. Za problematické oblasti byly považovány partnerské vztahy a přístup zdravotnického personálu na uzavřených psychiatrických odděleních v průběhu hospitalizace, jenž, jak bylo zjištěno, je v očích respondentů zatížena větším stigmatem než samotná psychiatrická diagnóza. Též byla prokázána souvislost mezi veřejným stigmatem a sebestigmatizací, obdobně jako celá řada omezení, která s sebou duševní onemocnění přináší, a v důsledku kterých lze kvalitu života respondentů vnímat jako sníženou. Zjištěné výsledky korespondují s dříve provedenými studiemi, s nimiž byly v diskusi porovnány.

Z mého pohledu bych považovala za velmi zajímavé provést detailnější výzkum týkající se vzájemné souvislosti mezi pociťovanou stigmatizací a následnou sebestigmatizací. Studií zaměřených na sebestigmatizaci není v současné době mnoho, a proto by výzkum zkoumající sebepojetí lidí s duševním onemocněním mohl být velmi přínosným.

Téma duševního zdraví by v dnešní době nemělo být považováno za společenské tabu. Naopak jsem přesvědčena, že v souvislosti s událostmi posledních let je možné vidět, jak moc důležité je pracovat na svém nejen fyzickém, ale především duševním zdraví, které stále plno lidí opomíjí. Společně s duševním zdravím by po čase mohlo být normalizováno i téma duševních nemocí, které se v současné společnosti vyskytují ve větší míře, než si většina lidí připouští.

## SEZNAM LITERATURY

**Anthony, William.** *Toward a Vision of Recovery*. Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, 2007. ISBN 978-1-878512-21-5

**Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.** Smíšená úzkostně depresivní porucha. *cmhcd.cz*. [Online] 2021. [Citace: 16. únor 2022.] <https://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnych-nemocech/neuroticke-poruchy/smisena-uzkostne-depresivni-porucha>.

**Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.** Generalizovaná úzkostná porucha. *cmhcd.cz*. [Online] 2021. [Citace: 22. únor 2022.] <https://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnych-nemocech/neuroticke-poruchy/generalizovana-uzkostna-porucha>.

**Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.** Somatoformní poruchy. *cmhcd.cz*. [Online] 2021. [Citace: 4. březen 2022.] <https://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnych-nemocech/neuroticke-poruchy/somatoformni-poruchy/>

**Cirkus Paciento.** CIRKUS PACIENTO v psychiatrických léčebnách. *pacirkus.cz*. [Online] 2010. [Citace: 31. leden 2022.] <https://www.pacirkus.cz>.

**Corrigan, Patrick.** On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *ncbi.nlm.nih.gov*. [Online] 1. srpen 2013. [Citace: 25. prosinec 2021.] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610943/>.

**Creswell, John Ward.** *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. California: Thousand Oaks: Sage Publications, 1998.

**Dudová, Monika.** Multidisciplinární týmy v oblasti péče o duševně nemocné. [Online] 2017. [Citace: 4. leden 2022.] [https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/103377/Monika\\_Dudova\\_113-120.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/103377/Monika_Dudova_113-120.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

**Dušek, Karel, Večeřová-Procházková, Alena.** *Diagnostika a terapie duševních poruch, 2., přepracované vydání*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.

**Fokus ČR.** Destigmatizace. *fokus-cr.cz*. [Online] 2022. [Citace: 12. leden 2022.] <https://www.fokus-cr.cz/index.php/destigmatizace>.

**Fokus Praha.** Blázníš? No a! *blaznis-no-a.cz*. [Online] 2022. [Citace: 31. leden 2022.]  
<https://www.blaznis-no-a.cz>.

**Foundation, Hazelden.** Severe Mental Illness Defined by Duration and Disability.  
*bhevolution.org*. [Online] 2016. [Citace: 31. leden 2022.]  
[https://www.bhevolution.org/public/severe\\_mental\\_illness.page](https://www.bhevolution.org/public/severe_mental_illness.page).

**Gavora, Peter.** *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6

**Grambal, Aleš, Praško, Ján, Kasalová, Petra.** *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5796-4

**Hendl, Jan.** *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2

**Hodycová, Tereza.** Proč vzniká panická ataka. *terezahodycova.cz*. [Online] 2020. [Citace: 12. únor 2022.] <https://terezahodycova.cz/2020/12/30/panicka-ataka-aneb-kdyz-vas-hruza-chyti-pod-krkem-dil-prvni-proc-vznika-panicka-ataka/>

**Hosák, Ladislav, Michal, Hrdlička, Jan, Libiger a kol.** *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

**Janoušková, Miroslava, Winkler, Petr.** *Stigma a psychiatrie*. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, 2015. str. 30-36.

**Jarolímek, Martin.** *O nemoci, která se nazývá schizofrenie*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2.

**Kališová, Lucie a kol.** *Elektrokonvulzivní léčba - teorie a praxe*. Praha: Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4337-3.

**Kamarádová, Dana, Látalová, Klára, Praško, Ján.** *Panická porucha*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5218-1

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

**Kučerová, Helena.** *Schizofrenie v kazusitkách*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2045-6.

**Křivohlavý, Jaro.** *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

**Lečbych, Martin.** Nejčastější formy sebepoškozování v klinické praxi. *psychologie.lecbych.cz*. [Online] 2015. [Citace: 10. březen 2022.]  
<http://psychologie.lecbych.cz/index.php/2015/09/18/nejcastejsi-formy-sebeposkozovani-v-klinicke-praxi/>

**Ledovec z.s.** Ledovec - většina není vidět. *ledovec.cz*. [Online] 2017. [Citace: 31. leden 2022.] <https://www.ledovec.cz>.

**Látalová, Klára.** *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3125-4.

**Medical Tribune.** Stigmatizace duševně nemocných: Výsledky studií neukazují změny k lepšímu. *tribune.cz*. [Online] 2018. [Citace: 20. březen 2022.]  
<https://www.tribune.cz/archiv/stigmatizace-dusevne-nemocnych-vysledky-studii-neukazuji-zmeny-k-lepsimu/>

**MZČR.** Destigmatizace (NUDZ). *reformapsychiatrie.cz*. [Online] 2022. [Citace: 23. leden 2022.] <https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/destigmatizace-nudz>.

**MZČR.** Příručka jazyka zotavení. *reformapsychiatrie.cz*. [Online] 21. prosinec 2020. [Citace: 15. leden 2022.] [https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Prirucka\\_jazyka\\_zotaveni.pdf](https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Prirucka_jazyka_zotaveni.pdf).

**MZČR.** Reforma psychiatrie. *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním*. [Online] 5. březen 2021. [Citace: 2. listopad 2021.]  
[https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/metodika-zavadeni-multidisciplinariho-pristupu-v-peci-podpore-lidi-s-dusevnim-onemocnenim?term\\_id=49](https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/metodika-zavadeni-multidisciplinariho-pristupu-v-peci-podpore-lidi-s-dusevnim-onemocnenim?term_id=49).

**MZČR.** Reforma péče o duševní zdraví. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. [Online] duben 2017. [Citace: 2. listopad 2021.]  
<https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Maly%20pruvodce%20reformou%20psychiatricke%20pece.pdf>.

**MZČR.** Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030. *mzcr.cz*. [Online] 13. leden 2020. [Citace: 20. listopad 2021.] <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>

**Novinky.** Z bohnické psychiatrie utekl pacient, může být nebezpečný. *novinky.cz*. [Online] 31. květen 2021. [Citace: 12. leden 2022.] <https://www.novinky.cz/krimi/clanek/z-bohnicke-psychiatrie-utekl-pacient-muze-byt-nebezpecny-40361873>.

**NUDZ.** Destigmatizační manuál. *narovinu.org*. [Online] 2021. [Citace: 10. leden 2022.] <https://narovinu.org/wp-content/uploads/2018/11/destigmatizačn%C3%AD-manuál-1.pdf>.

**NUDZ.** Stigma watch. *narovinu.net*. [Online] 2021. [Citace: 1. únor 2022.] <https://narovinu.net/stigmawatch/>

**NUDZ.** Stigma a stigmatizace. *narovinu.net*. [Online] 2021. [Citace: 10. březen 2022.] <https://narovinu.net/stigma/>

**Orel, Miroslav a kol.** *Psychopatologie, Nauka o nemocech duše, 3., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2529-6.

**Pastucha, Miroslav.** Jak přistupovat k vykazování péče u klienta v CDZ. *mzcr.cz*. [Online] 2020. [Citace: 2. březen 2022.] <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17449/40742/Návod%20k%20vykazován%C3%AD%20v%20CDZ%20aktualizace%206.3.2020.pdf>

**Petr, Tomáš, Marková, Eva a kol.** *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.

**Péče o duševní zdraví.** Centra duševního zdraví. *pdz.cz* [Online] 2016. [Citace: 10. březen 2022.] <http://www.pdz.cz/centra-dusev-zdravi.html>

**Pěč, Ondřej.** Destigmatizace. *psychiatrie.cz*. [Online] 13. srpen 2019. [Citace: 16. leden 2022.] <https://www.psychiatrie.cz/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace>.

**Praško, Ján, Grambal, Aleš, Šlepecký, Miloš, Možný, Petr, Vyskočilová, Jana.** *Skupinová kognitivně-behaviorální terapie*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0496-3.

**Praško, Ján.** *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba.* Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.

**Praško, Ján, Ocisková, Marie.** *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch.* Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.

**Raboch, Jiří, ed., Hrdlička, Michal, ed., Mohr, Pavel, ed., Pavlovský, Pavel, ed., et al.** *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch.* 1. české vydání. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015.

**Říčan, Pavel.** Metodika časných intervencí v multidisciplinárních terénních týmech. *cmhcd.cz*. [Online] 2016. [Citace: 25. prosinec 2021.] [https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/2017\\_02\\_metodika\\_fin\\_web.pdf](https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/2017_02_metodika_fin_web.pdf)

**Říčan, Pavel, Machů, Vendula.** Manuál k evaluaci CDZ, 2. verze. *mzcr.cz*. [Online] 2018. [Citace: 26. únor 2022.] [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/15623/35203/Manuál%20registr%20CDZ\\_verze\\_2a.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/15623/35203/Manuál%20registr%20CDZ_verze_2a.pdf)

**Říčan, Pavel, Krupčík, Ondřej, Melicharová, Hana a kol.** *První vlna Center duševního zdraví z pohledu kvantitativní evaluace i zkušenosti.* Česká a slovenská psychiatrie, 2021

**Schomerus, Georg.** Destigmatizaci by měli vést lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. *narovinu.net*. [Online] 2018. [Citace: 4. březen 2022.] <https://www.narovinu.net/wp-content/uploads/2018/10/medical-tribune-2018-06-19.pdf>

**Soukupová, Jitka, Melicharová, Dana, Klimeš, Dan, Jarkovský, Jiří.** Metodika hodnocení a srovnávání multidisciplinárních psychiatrických týmů. *psychiatrie.uzis.cz*. [Online] 2020. [Citace: 25. únor 2022.] <https://psychiatrie.uzis.cz/res/file/registr-cdz/registr-cdz-metodika-hodnoceni.pdf>

**Stárková, Libuše.** Stigmatizace v pedopsychiatrii. *psychiatriepropraxi.cz*. [Online] 2013. [Citace: 4. leden 2022.] <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/01/03.pdf>

**Strauss, Anselm, Corbinová, Juliet.** *Základy kvalitativního výzkumu.* Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.



**Strossová, Ivana, Kurtinová, Radka.** Metodika multidisciplinární spolupráce.

*fokusopava.cz*. [Online] 2016. [Citace: 27. prosinec 2021.]

[http://www.fokusopava.cz/dokumenty/Fokus\\_Metodika-MT.pdf](http://www.fokusopava.cz/dokumenty/Fokus_Metodika-MT.pdf).

**Svoboda, Mojmír, Češková, Eva, Hana, Kučerová.** *Psychopatologie a psychiatrie*. 3. vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0976-8.

**Španiel, Filip, Lucie Bankovská Motlová.** *Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha 4: Mladá fronta a.s., 2017. ISBN 978-80-204-4287-1.

**Štěpánková, Tereza.** *Stigmatizace osob s duševním onemocněním z pohledu pacientů s depresí a úzkostmi*. Praha, 2018. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Katedra sociologie. Vedoucí práce Horák, Vít.

**Šupa, Jiří a kol.** Koncept časné intervence. *cmhcd.cz*. [Online] 2016. [Citace: 26. prosinec 2021.]

[https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/2017\\_02\\_metodika\\_fin\\_web.pdf](https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/2017_02_metodika_fin_web.pdf).

**Švaříček, Roman, Šed'ová, Klára.** *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-313-0

**Thornicroft, Graham.** Zdravotníci jsou vůči duševně nemocným stejně stigmatizující jako ostatní. *zdravotnickyydenik.cz*. [Online] 25. 11 2018. [Citace: 27. prosinec 2021.]  
<https://www.zdravotnickyydenik.cz/2018/11/zdravotnici-jsou-vuci-dusevne-nemocnym-stejne-stigmatizujici-jako-ostatni-popisuje-profesor-thornicroft/>.

**ÚZIS.** 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). *uzis.cz*. [Online] 2022. [Citace: 28. leden 2022.] <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace-mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-10>.

**ÚZIS.** 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). *uzis.cz*. [Online] 2022. [Citace: 28. leden 2022.] <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace-mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>.

**ÚZIS.** F00-F99 - Poruchy duševní a poruchy chování. *mkn10.uzis.cz*. [Online] 2022. [Citace: 28. leden 2022.] <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>.

**ÚZIS.** Registr CDZ. *Psychiatrie.uzis.cz*. [Online] 2022. [Citace: 12. únor 2022.]  
<https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/registr-cdz/#k02>

**VIZDOM, Projekt.** Včasné intervence. *vizdom.cz*. [Online] 2021. [Citace: 25. prosinec 2021.] <https://vizdom.cz/vcasne-intervence/>.

**Včelák, Petr.** Šablona pro kvalifikační práce studentů Fakulty zdravotnických studií ZČU v Plzni. *Petr Včelák - Materiály pro studenty*. [Online] Petr Včelák, 3. květen 2018. [Citace: 29. únor 2019.] <https://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-sablona.php>.

**Včelák, Petr.** Informace a návod k použití: Šablona pro kvalifikační práce studentů Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. *Petr Včelák - Materiály pro studenty*. [Online] 3. květen 2018. [Citace: 29. únor 2019.] <https://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-sablona.php>.

**Vymětal, Jan.** *Lékařská psychologie. 3., aktualizované vydání*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X

**Výrost, Jozef, Slaměník, Ivan, Sollárová, Eva.** *Sociální psychologie*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-247-5775-9.

**Winkler, Petr et al.** *Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England*. *European Psychiatry*, 2015. ISSN 801-806

**Winkler, Petr et al.** Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2016. ISSN 1265-1273

**Winkler, Petr.** Lidem s psychickými potížemi pomáhají týmy včasné intervence, pomůže i on-line test. *nudz.cz* [Online] 2021. [Citace: 15. leden 2022.] <https://www.nudz.cz/files/pdf/tz-vizdom.pdf>.

**Zákony pro lidi.** Vyhláška č. 55/2011 Sb. *zakonyprolidi.cz* [Online] 19. říjen 2019. [Citace: 11. leden 2022.] <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.

**Zemanová, Markéta.** Bipolární afektivní porucha. *pnhb.cz*. [Online] 20. květen 2021. [Citace: 21. leden 2022.] <https://www.pnhb.cz/psychiatricke-texty/bipolarni-afektivni-porucha>.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha A – Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru
- Příloha B – Osnova polostrukturovaného rozhovoru
- Příloha C – Jeden den v CDZ

# PŘÍLOHY

## Příloha A – Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru

### Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru pro bakalářskou práci: Stigmatizace a sebestigmatizace lidí s duševní poruchou

Výzkum je zaměřený na lidi se zkušeností duševního onemocnění, jehož cílem je zmapovat subjektivně vnímanou stigmatizaci a následně rostoucí sebestigmatizaci u lidí s duševním onemocněním.

Výzkum je prováděn v rámci zpracování bakalářské práce na Katedře ošetrovatelství a porodní asistence Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

S Vaším svolením se rozhovor bude pro potřeby analýzy po celou dobu nahrávat a následně přepisovat do textové podoby. Nahrávání se může kdykoliv na Vaši žádost přerušit. Pořízený záznam nebude sdílen s nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud sám/sama nebudete chtít, a taktéž můžete kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

Student: Jana Maršíková  
email: [marsikja@students.zcu.cz](mailto:marsikja@students.zcu.cz)

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Petr Moravec  
Ředitel Ledovce, z.s.  
email: [petr.moravec@ledovec.cz](mailto:petr.moravec@ledovec.cz)

#### SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já.....  
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, ve studii nebudu identifikován/a.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:.....

Podpis studenta:.....Datum:.....

*Zdroj: vlastní (inspirováno Informovaným souhlasem FZS ZČU v Plzni)*

## Příloha B – Osnova polostrukturovaného rozhovoru

Tematický okruh	Příklady otázek
<b>I. DIAGNOSTIKA DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ</b>	Jak začaly Vaše potíže?
	Kdy jste se rozhodl/a vyhledat odbornou pomoc?
	Jaké onemocnění Vám bylo diagnostikováno?
	Změnila se Vaše konečná diagnóza v průběhu hospitalizace? Jak?
<b>II. HOSPITALIZACE NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ</b>	Kolikrát jste byl/a hospitalizován/a?
	Vnímal/a jste rozdíl mezi jednotlivými hospitalizacemi?
	Pokud ano, v čem?
	Jak jste se na daném oddělení cítil/a?
	Jaký byl přístup personálu k Vám i ostatním pacientům?
	Vnímal/a jste rozdíl v přístupu personálu k pacientům na základě jejich diagnózy?
	Vnímal/a jste rozdíl v přístupu personálu dle jejich pracovního zařazení?
	Měl/a jste v průběhu hospitalizace pocit dostatečné podpory v procesu zotavení ze strany personálu?
	Setkal/a jste se stigmatizací ve zdravotnickém zařízení mimo psychiatrické oddělení?

<b>III. REAKCE OKOLÍ</b>	Komu z Vašeho okolí jste o svém onemocnění řekl/a?
	Jaká byla jejich reakce?
	Cítil/a jste změnu chování či přístupu ze strany osob, kterým jste o svém onemocnění řekl/a?
<b>IV. SEBEPOJETÍ A VLIV DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ NA KVALITU ŽIVOTA</b>	Jak se na základě reakcí okolí na Vaše onemocnění změnil Váš postoj k onemocnění?
	Změnily se Vaše sociální vazby v důsledku duševního onemocnění?
	Změnily se Vaše sociální vazby v důsledku hospitalizace na psychiatrickém oddělení?
	Máte pocit, že Vám duševní onemocnění ovlivnilo kvalitu života? Jak?
	Změnil se nějak pohled na Vás samotnou/samotného v důsledku duševního onemocnění?
	Změnil se nějak pohled na Vás samotnou/samotného v důsledku hospitalizace na psychiatrickém oddělení?
	Vnímáte společností více stigmatizovanou psychiatrickou diagnózu nebo až samotnou hospitalizaci na psychiatrickém oddělení?

*Zdroj: vlastní*

## Příloha C – Jeden den v CDZ

# Jeden den v CDZ

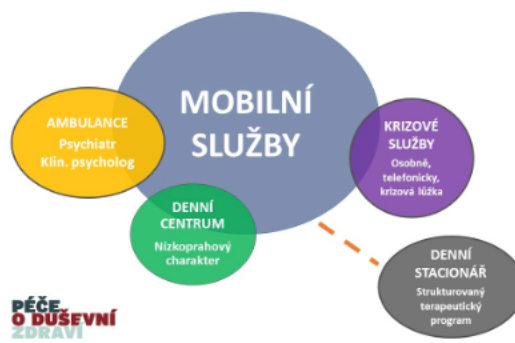
*Centrum duševního zdraví představuje mezičlánek mezi primární péčí, včetně ambulantní psychiatrické péče, a péčí lůžkovou. Jeho funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity. Hlavním cílem je maximální společenská integrace a klinické i sociální zotavení klientů.*

Přijďte si vyzkoušet práci v multidisciplinárním týmu!

### Průběh stáže

1. Seznámení studentů s jednotlivými složkami poskytovaných služeb.
2. Zotavení jako výchozí přístup – seznámení studentů s konceptem zotavení.
3. Týmová práce jako základ – popis spolupráce v multidisciplinárním týmu.
4. Seznámení studentů s náplní práce sestry v multidisciplinárním týmu.
5. Léčba na individuální úrovni člověka – přístup sdíleného rozhodování.
6. Beseda s peer konzultantem (člověkem se zkušeností duševního onemocnění).
7. Závěrečná diskuze.

### Funkce Centra duševního zdraví (CDZ)



Zdroj: vlastní (inspirováno stránkou Péče o duševní zdraví, 2016)