Pražská vysoká škola psychosociálních studií

OBRAZ DUŠEVNÍCH PORUCH A NEMOCÍ V MÉDIÍCH

Bc. Petra Dezortová

vedoucí práce: doc. PhDr. Jan Srnec, CSc.

Praha 2010

Anotace

Předmětem diplomové práce je analýza obrazu duševního onemocnění v kontextu médii ovlivněné společnosti. Cílem práce je popsat a vysvětlit fungování duševně nemocných jedinců ve společnosti, která zastává stereotypní názory a znemožňuje jim tak resocializaci. Příčiny a vysvětlení stigmatizujícího chování společnosti hledá autorka v počátcích vzniku péče o duševně nemocné, v zažitých zkušenostech a názorech lidí, v obsahu a způsobu prezentace sdělovaných informací médii. Komplexně pojaté zpracování diplomové práce vychází z analýzy odborné literatury, praktických zkušeností a poznatků v rámci vedení konkrétního případu a empirického orientačního šetření.

Klíčová slova:

duševní onemocnění – stereotypy –sociální stigma – masmédia

Abstract:

The subject of this thesis is analysis of the image of mental illness in the context of society influenced by media. The aim of the thesis is to describe and explain the functioning of mentally ill individuals in society, which holds stereotypical views and prevents them from social rehabilitation. The autor searches causes and explanations of stigmatizing behavior in the early stages of care for mentally ill, ingrained in people's views and experiences, in the content and presentation of information communicated by media. Comprehensively conceived diploma thesis is based on an analysis of scientific literature, practical experience and knowledge in case management, futhermore guidance empirical investigation.

Key words:

psychological illness – stereotypes – social stigma – mass media

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila. Zároveň souhlasím s jejím eventuálním zveřejněním v tištěné nebo elektronické podobě.“

V Praze dne 31.8. 2010 ***Bc. Petra Dezortová***

……

podpis studenta

Poděkování

Tímto velice děkuji Doc. PhDr. Janu Srncovi, CSc. za odborné vedení mé diplomové práce, za cenné stylistické připomínky a několikaleté předávání odborných zkušeností, díky jímž jsem měla možnost napsat tuto práci. Zároveň děkuji Mgr. Anně Čurdové, místopředsedkyni Parlamentního shromáždění Rady Evropy, za poskytnutí konzultací k výzkumné části a odborný dohled. Mé poděkování patří rovněž Mgr. Simoně Štěrbové za odbornou jazykovou korekturu.

OBSAH

ÚVOD…….. 7

1 DUŠEVNÍ PORUCHY A JEJICH KLASIFIKACE…… 9

1.1 Vymezení pojmu „duševní porucha“…….……...……. 9

1.2 MKN-10……..…… 10

1.3 Organické duševní poruchy včetně symptomatických…… 10

1.4 Poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek…….……. 13

1.5 Schizofrenie a další psychózy……. 16

1.6 Poruchy nálady…… 17

1.7 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy…… 19

1.8 Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory…….. 22

1.9 Poruchy osobnosti a chování u dospělých……... 24

1.10 Mentální retardace……...… 25

1.10.1 Lehká mentální retardace……..... 26

1.10.2 Středně těžká mentální retardace…….. 26

1.10.3 Těžká mentální retardace…….. 27

1.10.4 Hluboká mentální retardace…….. 27

1.11 Poruchy psychického vývoje……...…… 27

1.12 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání…….. 29

2 STEREOTYP A STIGMATIZACE DUŠEVNĚ NEMOCNÉHO…… 30

2.1 Stereotyp versus stigmatizace……... 32

2.2 Původ stereotypu a stigmatizace……..…… 34

2.2.1 Stereotyp……..... 34

2.2.2 Stigmatizace……... 35

2.3 Faktory a skutečnosti udržující a rozvíjející stereotypy a stigmata…….. 36

2.4 Boj se stereotypy a stigmaty……. 37

2.5 Důsledky stigmatizace…….. 40

3 ORIENTAČNÍ VÝZKUM – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ……..…… 41

3.1 Zadání dotazníkového šetření……... 41

3.1.1 Cíl výzkumu a výzkumná otázka……..…… 41

3.1.2 Výzkumný vzorek…….. 42

3.2 Vyhodnocení a závěr dotazníkového šetření……..……. 43

3.2.1 Vyhodnocení dotazníku – ženy……..……..... 43

3.2.2 Vyhodnocení dotazníku – muži……. 46

3.2.3 Vyhodnocení dotazníku bez rozdílů pohlaví……..…….. 47

4 MÉDIA A MEDIALIZACE DUŠEVNÍCH PORUCH A NEMOCÍ……..…. 49

4.1 Úloha médií v počátcích neinformované společnosti……... 49

4.1.1 Média jako součást komunikačního procesu……..….. 49

4.1.2 Přechod od komunikace k masovým médiím…… 50

4.2 Média a medializace duševních poruch a nemocí v současné době……. 51

4.2.1 Média a jimi zveřejňovaný informační odpad……..…… 53

4.2.2 Druhy médií a jejich využití ve společnosti…….. 55

4.2.3 Atraktivnost medializovaných informací…….. 62

4.2.4 Pomáhají média či škodí?..... 63

4.3 Realita médii nezveřejňovaná……..... 64

4.3.1 Státní versus soukromá zařízení pro pomoc duševně nemocným..... 65

4.3.2 Realita psychiatrické léčebny Bohnice…….. 68

5 PŘÍPAD KLIENTA S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM…….. 73

6 DUŠEVNĚ NEMOCNÝ JEDINEC NEBO SPOLEČNOST?..... 84

DISKUZE……..…. 86

ZÁVĚR……..... 87

Použitá literatura……..…… 89

Přílohy č. I. – III.

ÚVOD

Pro volbu tématu „Obraz duševních poruch a nemocí v médiích“ jsem se rozhodla na základě tříleté práce s osobami s duševním onemocněním a jejich opětovnému začlenění do společnosti. S těmito klienty jsem pracovala jak v rámci státních psychiatrických zařízení, tak soukromých sanatorií věnujících se jedincům s duševní nemocí. V obou případech se jednalo o cenné zkušenosti, které mi byly hlavní motivací pro zvolení tématu mé diplomové práce. Rozhodla jsem se v ní zaměřit na porovnání péče v jednotlivých zařízeních, která s duševně nemocnými jedinci pracují, a na informovanost jak jich samotných, tak společnosti. Kromě hodnocení péče jednotlivých zařízení a spolupráce s nimi demonstruji na konkrétním případu svého klienta problematiku návratu do společnosti ovlivněnou nedostatkem informací v rámci psychiatrické péče vůči veřejnosti.

Duševní onemocnění se nás rádoby „netýká“. Nechceme, aby se nás týkalo. V minulém režimu jako by tito lidé ani neexistovali. Lidé, jako součást společnosti, vyznávající podobné hodnoty a vycházející ze stejných tradic a rituálů, sdílejí zároveň i společensky tabuizovaná témata. V momentě, kdy jeden člen společnosti duševně onemocní, se ocitá rázem na jejím okraji. Stigma těchto lidí je umocňováno obrazem médií, odráží se ve způsobu řeči a je mnohdy terčem posměchu. Pokud tyto stereotypy myšlení převládají ve většinové společnosti, není problém pouze u „nemocného“, ale v rámci celé společnosti.

Diplomová práce je koncipována tak, aby zahrnovala jak část teoretickou, empirickou, tak praktickou, neboť se domnívám, že v rámci zvoleného tématu tyto spolu úzce souvisí. Práci jsem rozdělila do 5 základních kapitol, které obsahují teoretické informace získané v rámci studia na PVŠPS a odborné literatury. Dále zahrnuje informace praktické seznamující čtenáře s problematikou začlenění jedinců s duševním onemocněním do společnosti, demonstrované na vybraném případu z vlastní praxe. Tuto práci jsem doplnila o empirický výzkum provedený formou dotazníkového šetření, jenž byl zaměřen právě na zjištění znalostí, edukovanosti veřejnosti a jejích postojů k resocializaci a znovuzačlenění duševně nemocných osob do společnosti. Tento empirický výzkum zároveň odráží míru stigmatizace ve společnosti.

Jelikož považuji za důležité nastínit čtenářům co duševní onemocnění znamená a jaké typy poruch zahrnuje, je první kapitola zaměřena na vysvětlení základních pojmů, které s uvedenou problematikou úzce souvisí, a charakterizuje individuálně jednotlivé typy duševních nemocí. Další kapitolu jsem zaměřila na téma stereotypu a stigmatizace společnosti a duševně nemocných jedinců jak z pohledu historického, tak z pohledu současné doby. V této kapitole se opírám o názory mnoha odborníků, kteří se stejnou problematikou během svého života rovněž zabývali. Na teoretické poznatky navazuje empirický výzkum, který má za úkol osvětlit stereotypy myšlení společnosti v rámci duševně nemocných jedinců. Zodpovídané otázky výzkumné části se tematicky vztahují ke kapitole další. Čtvrtá kapitola tedy pojednává o medializaci, médiích a jejich podílu na stigmatizaci dnešní populace. Zmiňuji zde typy médií, neboť informace nezískává člověk pouze prostřednictvím televize a internetu, jak je v dnešní době běžné, ale také díky jiným zdrojům, které velmi často opomíjí. Následkem omezenosti sdělovaných informací dochází k podprůměrnému přehledu společnosti v oboru psychiatrické, psychologické, psychoterapeutické i sociální péče. V kapitole páté proto seznamuji čtenáře s typy zařízení v České republice věnujících svou péči duševně nemocným jedincům a tuto propojuji s konkrétním příkladem klienta, který popisuji od počátku umístění jeho osoby do psychiatrické léčebny, přes dvouletou léčbu až po konečné umístění v soukromém zařízení. Poslední částí mé diplomové práce je kapitola nazvaná „Duševně nemocný jedinec nebo společnost?“. V této kapitole částečně shrnuji vlastní myšlenky, vztahující se k provázanosti duševních poruch a nemocí se stigmatizovanou společností a moderní dobou, jíž vévodí především média.

1 DUŠEVNÍ PORUCHY A JEJICH KLASIFIKACE

Duševní porucha je v dnešní době zcela běžně používaný termín, který přiřazuje jedinci určitou nálepku a automaticky ho řadí do skupiny osob psychicky nemocných vyžadujících péči a pomoc odborníků. Málokdo se však před samotným „nálepkováním“ zajímá o rozlišení či dokonce podstatu tohoto označení. Co se klasifikace týká, znamená v obecně užívané terminologii uspořádání objektů a jevů do skupin či kategorií podle předem definovaných společných vlastností. V této kapitole se proto pokusím o nastínění základního zařazení typů duševní nemoci spolu s krátkým vysvětlením jednotlivých kategorií.

1.1 Vymezení pojmu „duševní porucha“

Duševní porucha, označovaná také jako psychická porucha, je termín vymezující prostor pro určité psychické procesy, projevující se v myšlení, prožívání a chování člověka. Jejich hlavním vyjádřením je znesnadňování běžného fungování jedince ve společnosti. Do kategorie duševních poruch jsou zařazeny především ty, které se bezprostředně týkají myšlení, prožívání nebo vztahů duševně nemocného k ostatním lidem. Pojem duševní porucha je znám již po mnoho let, kdy byly užívány termíny jako „šílenství“ nebo „bláznovství“.

„Duševní zdraví a duševní porucha jsou proto pojmy značně kulturně i názorově podmíněné, neboť jejich obsah je proměnlivý a není předmětem obecné shody“ (http://cs.wikipedia.org).

Velká část duševních onemocnění vzniká na podkladě nějakých dispozic. Patří sem způsob výchovy, události, které se vyskytují v průběhu lidského života, potíže v mezilidských vztazích, pracovní a existenční starosti. JOBÁNKOVÁ aj. (1996, s.10-17) vysvětlují, jak sociální faktory jako okolnosti předcházejí rozvoji psychické poruchy, stávají se jejím bezprostředním spouštěčem, modifikují průběh a zároveň se i podílí na její léčbě.

M. JOBÁNKOVÁ aj. (1996, s.15) uvádí, že *„duševní vývoj a jeho tendence hlouběji pochopíme, jestliže si uvědomíme základní zákonitosti, které se v této oblasti uplatňují.“*

1.2 MKN-10

MKN-10 je označení pro seznam nemocí dle mezinárodní klasifikaci nemocí. Tato publikace vznikla na základě usnesení Světové zdravotnické organizace (SZO) 1.1.1993. Organizace se rovněž usnesla na oficiálním názvu publikace, tedy „Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů“. V originále je tento název označen zkratkou ICD, neboli International Classification of Diseases and Related Health Problems. V České republice je tato klasifikace v platnosti od r. 1994 (ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 1992).

Historickým předchůdcem MKN byl Mezinárodní seznam příčin úmrtí (International List of Causes of Death, nazývaný též Bertillon Classification of Causes of Death), který roku 1893 prosadil francouzský lékař Jacques Bertillon. Tento seznam byl až do smrti J. Bertillona pouze doplňován o dílčí změny v obsahu. Následně byla stanovena komise, která měla za úkol projednání a schválení plného znění klasifikace rozšířené o klasifikaci nesmrtelných nemocí. Odpovědnost za klasifikaci převzala r. 1948 Světová zdravotnická organizace (WHO), která přeměnila klasifikaci v univerzální seznam diagnóz. Název byl následně změněn na Manual of International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD), tedy Mezinárodní statistická klasifikace nemocí, zranění a příčin úmrtí. V této verzi byly poprvé zohledněny i duševní nemoci. Nadále se již během revizí pouze upravovaly a doplňovaly jednotlivé kategorie dle aktuálních návrhu odborníků. V současné podobě je Mezinárodní klasifikace nemocí rozřazena do základních 10 kategorií, FO-F9 + podskupiny a její plánovaná revize a případné rozšíření je odhadováno na r. 2011 (http://cs.wikipedia.org).

1.3 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

Organickými duševními poruchami jsou označována psychická onemocnění vzniklá důsledkem známé vyvolávající příčiny, onemocnění, poranění či jiného typu poranění mozku. K výše zmíněným odchylkám dochází buďto při primárním poškození, tedy přímým poškozením mozku, nebo sekundárním, nepřímým poškozením při následných onemocnění systému. Pokud se jedná o sekundární postižení mozku, můžeme hovořit taktéž o symptomatických duševních poruchách. K typickým příznakům organických duševních poruch patří zejména poruchy vyšších kognitivních funkcí, poruchy

vědomí, pozornosti a orientace. Kromě výše uvedených postižení se však mohou vyskytnout i poruchy vnímání, myšlení, nálady a emocí (VÁGNEROVÁ, 2002).

Kategoricky jsou mezi organické duševní poruchy řazeny:

Demence

„Demence je označení pro syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek komplexu kognitivních funkcí, především inteligence a paměti“ (VÁGNEROVÁ, 2002, s.137).

Demence je termín, který označuje vážné duševní onemocnění, které vzniká v průběhu života člověka, avšak až po ukončení rozvoje jeho kognitivních funkcí. Tímto vymezením se demence liší například od mentální retardace, kde dochází k postižení ještě před ukončením vývoje kognitivních funkcí. Demence je proto spíše onemocněním postihujícím především jedince starší 65 let, kde procento postižení osob dosahuje 5% (VÁGNEROVÁ, 2002). Se snižujícím se věkem pravděpodobnost onemocnění klesá. U dětí je toto onemocnění považováno za výjimečné.

Mezi typy demencí jsou řazeny Atroficko-degenerativní demence (Alzheimerova choroba), Ischemicko vaskulární demence (Arteriosklerózа) a Symptomatické neboli sekundární demence (demence vyvolané jinými příčinami – infekční onemocnění, úraz nebo otrava) (VÁGNEROVÁ, 2002).

Léčba demence je i v dnešní době velmi obtížná. Jedná se spíše o komplexní léčbu zahrnující jak biologické, tak nebiologické prvky léčby. Do biologické léčby je zahrnuta celá řada léků, *„ např. látky, které doplňují chybějící nervové růstové faktory (selegilin), dále neuroprotektivně působící látky jako propentofylin, dále receptory excitačních aminokyselin, kalciové kanály atd.“*
(http://nemoci.vitalion.cz/demence/).

Organické psychosyndromy

Jedná se o syndromy výrazného narušení primární a dlouhodobé paměti. Zachováno zůstává pouze okamžité vybavování. V případě organických psychosyndromů je výrazně ovlivněna schopnost naučit se novou látku a uchovat ji v paměti. Z neschopnosti zachování informací dochází u jedinců k dezorientaci v čase, mnohdy i ke ztrátě paměti vztahující se na časový úsek před projevením samotného syndromu. K propuknutí syndromu dochází většinou následkem úrazu hlavy, otřesem mozku nebo komatem.

Vnímání jako takové a jiné kognitivní funkce včetně intelektu nebývají obvykle narušeny. V mnoha případech je dokonce možné úplné uzdravení, přičemž léčba je založena na podpůrné terapii, kdy se pacient spolu s terapeutem snaží o odstranění základních vyvolávajících příčin

Deliria nevyvolaná účinkem psychotropních látek

„Delirium (obluzenost) je hodnoceno jako organická duševní porucha. Projevuje se hlavně celkovým narušením obsahu vědomí, neklidem, halucinacemi apod.“ (VÁGNEROVÁ, 2002, s.45).

Mezi základní projevy Deliria patří poruchy vnímání (iluze a halucinace), poruchy myšlení (bludy a nesouvislost), poruchy emotivity (zvýšené nebo snížené projevy emocí, až apatie) a poruchy chování (neklid, strnulost). Samotnou příčinou vzniku mnohdy bývá kombinace více nepříznivých faktorů. Ke vzniku delirantního stavu dochází především následkem špatného zásobování mozku kyslíkem, tedy dochází k tzv. hypoxii mozku. Toto může být zapříčiněno nepříklad zraněními (traumaty), záněty (meningitidy, encefalitidy, meningoencefa-litidy) a nádory či otokem mozku. Častěji se však s deliriem setkáváme u starších osob s vážnými či kombinovanými chorobami vnitřních orgánů. Mezi nejznámější formy deliria patří tzv. Delirium tremens a Sundown syndrome (syndrom soumraku). Velmi běžná je přítomnost delirantních stavů u pacientů, kteří se nacházejí například v konečných stadiích nádorových onemocnění. Delirantní stavy mají v tomto případě podobu halucinací, které se mohou vyskytovat nezávisle na užívaných psychofarmakách (DOSTÁLOVÁ, 1986).

Organická halucinóza

J. RABOCH aj. (2006) popisují Organickou halucinózu jako poruchu, která je typická především přítomností halucinací. Tyto jsou buďto trvající nebo návratové. Obvykle se jedná o halucinace zrakové a sluchové. Důvody vzniku ložiskové poškození mozku, leze mozkového kmene, neuroinfekce, nádory mozku apod. Podíl na vzniku mohou mít ale i toxické vlivy. Vědomí pacienta trpícího organickou halucinózou je však jasné, tedy pacient halucinace nemusí ani rozpoznat.

Organické poruchy nálady aj.

Organické poruchy nálady spadají do kategorie poruch emocí, avšak jejich odlišnost od afektivních poruch nálad spočívá v činiteli. Patologická nálada však bývá vyhraněnější než standardní emoční ladění člověka. Jak uvádí M. VÁGNEROVÁ (2002) je porucha nálady trvalejšího rázu a nelze ji ovlivnit psychogenním způsobem. *„Taková nálada rovněž nepříznivě ovlivňuje jednání takto postižených lidí“* (VÁGNEROVÁ, 2002, s.43-44).

Příkladem organické poruchy nálad může být například depresivní nálada, manická nálada, anxiózní úzkostná nálada a apatická nálada.

Postencefalitický syndrom

Postencefalitický syndrom představuje doznívající a variabilní změny chování po prodělaném virovém nebo bakteriálním onemocnění (encefalitidy). Hlavním rozdíl mezi touto poruchou a ostatními organickými poruchami je v případné návratnosti (reversibilitě) syndromu.

Dle P. Smolíka Postencefalitický syndrom zahrnuje změny psychických funkcí, které jsou důsledkem encefalitidy (např. encefalitidy), tj. zánětu mozku. Projevy postižení nejsou specifické a bývají rovněž individuálně variabilní (cit. dle VÁGNEROVÉ, 2002, s.96).

Postkomoční syndrom

Postkomočním syndromem nazýváme skupinu příznaků, které se obvykle dostavují po komoci, tedy po těžkém úrazu hlavy, který způsobil dočasnou ztrátu vědomí. Zahrnuje řadu různých symptomů, např. bolesti hlavy, závratě, únavu, podrážděnost, ztíženou koncentraci, poruchu paměti, nespavost a v mnoha případech i sníženou toleranci ke stresovým situacím , emočnímu vypětí či alkoholu.

1.4 Poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek

Kategorie poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek řadíme dle MKN-10 pod označení F10-F19. Toto spektrum zahrnuje nemoci různé tíže a klinických forem. Tyto všechny však sdílejí společného činitele, kterým je užívání psychoaktivních látek (substancí), které buďto mohou, ale ani nemusí být předepsány lékařem. Poruchy jsou rozdělené dle užívaných látek, tedy dle činitele, který měl hlavní vliv na projevenou poruchu. Dle těchto substancí (případně třídy substance) je následně klasifikována i

diagnóza. Déledobým užíváním psychoaktivních látek na těchto vzniká tzv. syndrom závislosti.

„Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických (emočních, kognitivních a behaviorálních) a somatických změn, které se vytvoří jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivní látky“ (VÁGNEROVÁ, 2002, s.289).

Kategoricky jsou diagnózy odvíjeny od substancí:

Alkohol

Alkohol je nejčastěji zneužívanou látkou. Jeho požití vede k narušení úsudku, zvýšené hovornosti, náladovosti, agresivitě, poruchám pozornosti a amnézii. Následkem dlouhodobého užívání, ale i jednorázového užití alkoholu mohou rovněž vznikat somatické projevy. Ze somatických projevů následkem jednorázového požití alkoholu to je nystagmus (kmitání očních bulbů), zarudnutí, ataxie (narušená koordinace pohybů), setřelá řeč. Při opakovaném požívání dochází k rozvoji alkoholové tolerance a v pozdějších fázích alkoholismu pak k jejímu snížení. Tento stav přivyknutí nazýváme alkoholismem. Mezi komplikace vzniklé následkem alkoholismu patří mozková atrofie, cerebelární degenerace, epilepsie, neuropatie, kardiomyopatie, myopatie, hepatitidy, cirhóza, gastritida, pankreatitida, vředová choroba, aj. (VÁGNEROVÁ, 2002).

Opioidy

Opioidy jsou látky vyvolávají subjektivní pocit euforie, vedou však k útlumu, snížení aktivity, sníženému zájmu o sexuální aktivity a osobnostním změnám. Do této kategorie řadíme opium, morfin, heroin, metadon. Kromě subjektivních pocitů dochází užíváním opioidů taktéž k fyziologických projevům pro něž je typická mióza, snížení motility zažívacího traktu, analgezie, dechový útlum, bradykardie, nauzea, svědění. Vyvolávají závislost, abstinenční příznaky jsou často dramatické (úzkost, pláč, piloerekce, mydriáza, návaly horka a zimy, křeče v břiše, třes, neklid, zvracení, průjem, pocení, nespavost, bolesti ve svalech).

Kanabinoidy

Kanabinoidy patří vzhledem k dostupnosti na trhu a jejich užíváním rovněž mezi velmi rozšířené psychoaktivní látky. Mezi nám známé v této kategorii patří marihuana a hašiš. Následkem užívání vyvolávají u jedince euforii, ale mohou vést též k dysforii (opak

euforie), úzkosti až paranoiditě. U většiny jedinců také zpomalují vnímání času, narušují úsudek. Charakteristické jsou nastříknuté spojivky, zvýšená chuť, sucho v ústech, tachykardie. Jako na ostatních typech psychoaktivních látek může i na těchto vzniknout psychická závislost. Ve většině publikací je zmiňována rozdílnost mezi kanabinoidy a ostatními psychoaktivními látkami, tedy že po jejich odnětí nedochází k abstinenčním příznakům. Ze zkušenosti z vlastní praxe v rámci léčebny závislých u Apolináře však vím, že mnohdy náročnějším pro zvládnutí odvykací léčby je zbavit se psychického pocitu z nedostupnosti těchto látek. Tedy jsem osobně názoru, že i v tomto případě se jedná o závislost.

Sedativa, Hypnotika

Sedativa nebo hypnotika patří mezi nejčastěji zneužívaná tarmaky. Do této skupiny psychoaktivních látek řadíme zejména benzodiazepiny (většina anxiolytik a hypnotik) a barbituráty. Jejich požití vede k útlumu dechového centra a mohou negativně ovlivnit pozornost jedince (např. při řízení). V případě odnětí může může dojít k závažným abstinenčním příznakům doprovázených deliriem a epileptickými záchvaty. Dle M. Manual (1996) má abstinenční syndrom těžké somatické projevy a může mít velice nepříznivý průběh, který někdy končí i smrtí (cit. dle VÁGNEROVÁ, 2002, s.301).

Kokain

Kokain patří mezi vysoce návykové látky. Jeho účinky jsou budivé, vedoucí k silné euforii. Intoxikace touto látkou však vede k neklidu, agitovanosti, paranoiditě, agresivitě, zvýšené sexuální apetenci, zostřenému vědomí, megalomanii a hyperaktivitě. Užívání kokainu se rovněž projevuje fyzicky. Z těchto projevů jde v prvé řadě o tachykardii, hypertenzi a rozšíření zornic. Velmi často doprovázejícím projevem je anorexie a insomnie. Užívání může vést i k náhlé smrti. U kokainu jako jedné z nejnávykovějších látek dochází při jejím odejmutí k výrazným abstinenčním příznakům, jako jsou únava, letargie, živé sny, nespavost a zvýšená chuť k jídlu. Již vážnějšími projevy jsou pocity beznaděje a deprese.

Užívání kokainu doprovází kromě abstinenčních příznaků mnoho dalších pocitů. Tyto popisoval Sigmund Freud jako velmi rozmanité, neboť každý jedinec může prožívat individuálně pocity odlišné. Někdo pociťuje pocit lehkosti, jiný neskutečné tíhy, jeden

extrémě prožívá pocity chladu, druhý tepla. Toto prožívání se může proměňovat. (www.druglibrary.org)

Do kategorie psychoaktivních látek dále řadíme kofein a jiné stimulanty, tabák, organická rozpouštědla a případně jiné drogy. Stejně jako u předchozích substancí vzniká i u těchto závislost, jejíž odbourání není jednoduché. Pro všechny psychoaktivní látky, na nichž závislost vzniká, však platí jedno společné a tím jsou somatické důsledky závislosti. S. H. Robin a J. B. Michelson uvádí, že závislost na psychoaktivních látkách může primárně či sekundárně poškodit somatické zdraví jedince (např. změnou stylu života, nerespektováním hygienických pravidel při nitroděložní aplikaci atd.). Může jít například o poškození centrální nervové soustavy, jater, ledvin, zažívacího traktu, cév, je zvýšené riziko infekce hepatitidy a HIV atd. (cit. dle VÁGNEROVÉ, 2002, s.303).

1.5 Schizofrenie a další psychózy

Název kategorie „Schizofrenie a další psychózy“ je vystihující pro další kategorii MKN-10, zařazenou pod kódem F20-F29. Schizofrenické poruchy jako takové jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Na druhou stranu se vyznačují jasným vědomím a intelektuální kapacitou, které zůstávají zachovány. Určitě defekty schizofrenních poruch se však mohou vyvíjet a v průběhu doby částečně proměňovat. Nejčastěji známými publikacemi zmiňovanými projevy jsou: ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek, bludné vnímání, bludy ovládání, sluchové halucinace, poruchy myšlení a jiné negativný projevy (VÁGNEROVÁ, 2002).

„Bludy jsou vždy ve vztahu k vlastní osobě, k vlastnímu Já. V bludech se zračí obavy a přání. Jsou vlastně fabulováním obav a přání“ (VONDRÁČEK, 1975, s.154).
E. Bleuler poukazuje na to, že v bludech se projeví afektivně zdůrazněné komplexy nemocných. Pozorovateli se tyto mohou jevit nesrozumitelné, ovšem pro nemocného mají smysl (cit. dle VONDRÁČKA, 1975, s.154).

Průběh schizofrenických poruch je tedy doprovázen bludnými představami, které jsou jen těžko pochopitelné pro okolní společnost. Co se samotného průběhu nemoci týče, je bud'to trvalý nebo epizodický s narůstajícím nebo trvalým defektem, případně může být jedna nebo více atak s úplnou nebo neúplnou remisí. Tyto projevy jsou charakteristické pro:

Schizofrenie

„Schizofrenie je duševní porucha, která se projevuje charakteristickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity“ (VÁGNEROVÁ, 2002, s.177).

Jako jedna z mála duševních poruch má schizofrenie prokazatelné dědičné dispozice, které spolu s vyvolávajícími podněty působí na propuknutí nemocí, která postihuje v největší míře osoby ve věku 16-25 let. Jedním z uváděných „spouštěčů“ je typické odpoutání se od rodiny a osamostatňování se, které jsou tolik typické právě pro toto období věku. Dle MKN-10 zahrnuje Schizofrenie čtyři základní typy – Paranoidní, Hebefrenní, Katatonní, Simplexní.

Od stěžejní nemoci – schizofrenie, byly postupně odvozeny další poruchy, které mají podobnou charakteristiku projevů, avšak odlišují se například intenzitou prožívání a vnímání nemoci. Mezi další nemoci řazené do kategorie Schizofrenních poruch řadíme Schizotypní poruchu, Poruchu s bludy, Indukovanou psychotickou poruchu, Akutní a přechodné psychotické poruchy a Schizoafektivní poruchy.

I když se tyto poruchy mezi sebou částečně liší, mají společný jeden základní rys a tím je v tomto případě přístup společnosti, která vůči schizofrenním poruchám dává najevo svůj stigmatizující postoj.

1.6 Poruchy nálady

Poruchy nálady, taktéž označovány jako „afektivní poruchy“ jsou zařazeny v MKN-10 pod specifickým kódem F30-F39. U těchto poruch je základní vlastností porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi nebo k euforii. Současně se buďto projevuje nebo neprojevuje pocit úzkosti. Tyto změny nálad jsou obvykle doprovázeny změnou v celkové aktivitě. Tedy buďto nadměrným projevem aktivity a energie nebo naopak jejím naprostým útlumem. Typickou vlastností afektivních poruch je tendence k recidivám, tedy návratnosti projevů, dále pak střídání výše zmíněných nálad. Prvotním spouštěčem, který poruchu vyvolá většinou bývá určitá stresová událost nebo situace.

„Základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nenocného“ (VÁGNEROVÁ, 2002, s.191).

Dle Zvolského je příčinou onemocnění dědičně podmíněná dispozice k periodickým změnám funkce CNS (především v hypotalamu) (cit. dle VÁGNEROVÉ, 2002, s.192).

Mezi hlavní zástupce skupiny Afektivních poruch nálad patří:

Deprese

„Deprese, ať neurotická, reaktivní či psychotická, jíž často předchází úzkost, znamená kolaps určité intrapsychické a zároveň i interpersonální rovnováhy u jakékoli osobnostní struktury, čímž se odlišuje i její kvalita a prožívání“ (PONĚŠICKÝ, 2004, s.45).

Deprese je v dnešní době velmi často užívaným termínem. Ne vždy se však jedná o skutečnou depresivní poruchu, kde jedinec přestává standardním způsobem reagovat ať na vnější či vnitřní podněty a má sklon k přehnaným projevům.

Depresivní jedinec se nalézá v úzkostném a pesimistickém světě, bez schopnosti prožívat jakoukoli radost. Okolní svět přitom hodnotí negativně a není schopen sám úsudek pozměnit či do něj vložit něco pozitivního. Stejným způsobem depresivní člověk vnímá budoucnost, ve které rovněž nevidí žádná pozitiva. Tento způsob nahlížení uvádí depresivního jedince do izolace, neboť nechápe projevy radosti a pozitivismu u ostatních osob, které ho pouhým sdělováním informací zatěžují a dovádí k únavě, jež je nejčastějším fyzickým projevem depresivní poruchy. Mezi další somatické projevy patří nechutenství, nechuť k pohybu, vyhasínání sexuálních potřeb, pocity tíže, svírání na hrudi apod.

Mánie

K. KALINY (2001) uvádí, že mánie je pestrý cirkusový stan postavený nad jámou deprese.

Mánie neboli manická porucha je vystupňovaný stav veselí, dobré povznesené nálady, spojené s hyperaktivitou až rozjařeností, avšak také s křečovitostí, napětím a zcela zjevnou nepřirozeností projevovaných pocitů. Pokud se člověk nalézá v manické fázi, jedná se o naprostý opak depresivního stavu, uvedeného výše. Jedinec pozitivně (až přehnaně) hodnotí okolní svět, vše mu připadá skvělé a vše vychvaluje. Stejným způsobem přistupuje k prezentaci vlastní osoby, kterou v onu chvíli považuje za velmi schopnou a úspěšnou, což má za následek kladení sám na sebe nepřiměřených úkolů a vytyčování si nedosažitelných cílů. Projevy manické poruchy mají své zastoupení stejně jako deprese ve

fyzických projevech jedince. Velmi často je zvýšena chuť k jídlu, avšak manická fáze neposkytuje na jídlo čas. Jejich pohyby jsou zrychlené, tělo je neustále v pohybu neboť se snaží vše stihnout, a nepřipouští si pocit, že by to mohl být problém.

Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha postihuje přibližně 1% z celkové populace. Nejčastěji se objevuje před 30 rokem věku člověka a je charakterizovaná dvěma nebo více fázemi, při nichž je nálada a úroveň aktivity pacienta významně narušena. Podstata této poruchy tkví v tom, že za určitých okolností je patrná zvýšená nálada, energie a aktivita (hypomanie anebo manie) a jindy zase dochází k prudkému zhoršení nálady a snížení aktivity a energie, tedy se jedinec dostává naopak do stavu deprese. Zjednodušeně řečeno, jedná se střídání manických a depresivních nálad bez přesněji určitelného důvodu.

Mezi další typy Afektivních poruch nálad jsou řazeny tzv. Dysthymie (méně závažný typ deprese) a Cyklothymie, pro kterou je typická trvalá nestálost nálady se střídáním období mírných depresí a elací (nadnesené nálady).

1.7 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

Tato kategorie duševních nemocí zahrnuje v názvu zmíněné neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. Tyto poruchy jsou heterogenní (různorodé) skupinou, u které dominují pocity úzkosti spojené se somatickými projevy. V klasifikaci MKN-10 jsou zařazeny do společné kapitoly s označením F40-F48. Dle VÁGNEROVÉ (2002) je typickým znakem neuróz narušení subjektivního prožívání neboli změna emočního stavu a prožívání. Kromě změn emocí a prožívání může docházet následkem pocitu ohrožení taktéž ke změněn ve způsobu uvažování, jež následně vede k neurotickým reakcím. V případě zafixování těchto pocitů může člověk v podobně vypjatých situacích reagovat stejným způsobem, aniž by to situace vyžadovala.

„Chování člověka trpícího neurotickou poruchou může být nápadné a neobvyklé , ale neporušuje základní sociální normy. Postižený člověk si zpravidla odlišnost svých projevů uvědomuje a jsou pro něj i jeho nejbližší okolí obtěžující“ (VÁGNEROVÁ, 2002, s.201).

Neurotické potíže jsou jakousi signalizací na kumulované nevyřešené záležitosti. Tyto jsou uchovány v paměti člověka, neboť se pro něj staly subjektivně nezvládnutelné, nepřijatelné nebo rušivé. Následně se mohou projevit u člověka v podobě:

Panická porucha

Panická porucha je zdravotními organizacemi uznávané onemocnění, jehož hlavním projevem jsou ataky intenzivní úzkosti doprovázené fyzickými projevy (zrychlený pulz, pocení, třes, střídání pocitů horka a zimnice). Osoba trpící touto poruchou velmi často při záchvatu paniky popisuje vysoký tlak na hrudi, obtížné dýchání až pocity dušení, nevolnosti a bolesti břicha. Panická porucha se může projevit jednorázově, trvat několik minut či v horším případě přicházet opakovaně až po dobu dvou hodin.

M. Conrad Stoppler popisuje panickou poruchu jako náhlé záchvaty paniky a pocitů hrůzy, které přichází bez varování, a to jak během bdělého stavu, tak během spánku (www.medicinenet.com).

Fobie

Fobie neboli fobické panické poruchy je označení pro skupinu poruch, kde je úzkost vyvolána pouze nebo převážně v určitých dobře definovaných situacích, které nejsou za běžných okolností nebezpečné. Pacient se těmto situacím vyhýbá, a pokud tak neučiní, trpí v nich strachem. Pocity strachu jsou ve většině případů dále doprovázeny pocitem na omdlení, často spojeným s druhotným strachem ze smrti, ztráty sebeovládání nebo zešílení.

VÁGNEROVÁ (2002, s.206-208) uvádí, že riziko onemocnění fobickou poruchou je zvýšené u lidí, kteří jsou v běžném životě přecitlivělí, nejistí, trpí stálými obavami a napětím a mají sklon reagovat úzkostně.

Když by se zdálo, že podobnými pocity může trpět velká většina populace, vyskytuje se fobická porucha u méně než 1% lidí. Mezi nejznámější fobické poruchy patří např. agorafobie (strach z davu lidí či veřejného prostranství), klaustrofobie (strach ze stísněných či uzavřených prostor) a sociální fobie (strach ze styku a kontaktu s lidmi).

Obsedantně kompulsivní porucha

Obsedantně kompulsivní porucha, označována taktéž jako OCD (obsedant comlpulsive disorder) je charakterizována opakovanými nutkavými pocity, které jedince nutí k úkonům, bez kterých by prožíval stavy nesnesitelné úzkosti. Hlavním rysem jsou tedy opakované vtíravé myšlenky a nutkavé činy. Vtíravými myšlenkami jsou myšleny nápady, představy nebo popudy, které znovu a znovu vstupují do mysli pacienta ve stále stejné formě. Pro člověka jsou téměř vždy obtížné. Ve většině případů se jim snaží klást odpor, avšak bez úspěchu. Vtíravé myšlenky přitom považuje za své vlastní, ačkoliv jsou mimovolní a často i jemu samému odporné. Tyto nutí člověka ke stereotypním úkonům a jejich přesnému dodržování. Myšlenky jedinec dodržuje, neboť se snaží zabránit nějaké objektivně nepravděpodobné události, často znamenající škodu pro postiženého, katastrofu či neštěstí, o nichž se postižený domnívá, že by jinak nastaly. Nejraději by jedinec obsese potlačil, ale čím je více potlačuje, tím více se objevují. Jsou pro něj ohrožující a rychle zvyšují napětí (většinou přes nepříjemné emoční stavy, jako je úzkost nebo zlost), což vede k potřebě je neutralizovat. Neutralizaci (snížení napětí) slouží pak již rituály neboli kompulze. Mohou to být opakující se projevy v chování (např. opakované kontroly uzavření dveří, kohoutku vodovodu, karmy, sporáku, uzavření plynu, nadměrné umývání rukou, hýbání předměty, aby byly symetrické) nebo myšlenky (např. počítání, modlení se, vybavování si neutralizujících představ).

SMOLÍK (2002) uvádí, že kompulsivní porucha se vyskytuje asi u 2,5% populace. Je geneticky podmíněná, i když zde hrají svou roli zátěžové situace.

Posttraumatická stresová porucha

Termín posttraumatická stresová porucha (PTSP) je používán v souvislosti s úzkostnou poruchou, která se typicky rozvíjí po emočně těžké a stresující události, která svojí závažností přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a bývá traumatickou pro většinu lidí. Takovou traumatickou událostí může být např. výbuch bomby, válečné události, přírodní katastrofy (zemětřesení, záplavy, výbuch sopky, vichřice aj.). Dále pak traumata způsobená lidmi (přepadení, znásilnění), ale i auto-havárie, požár apod.

„Důležitým příznakem této poruchy je vtíravé, opakované prožívání traumatu. Trýznivé zážitky se i později znovu neodbytně vracejí v představách, myšlenkách či snech. Někdy se projeví i v chování pacienta“ (VÁGNEROVÁ, 2002, s.210).

Tato porucha se objevuje zpravidla do čtyř týdnů po traumatické události, ale může se samozřejmě objevit i později, například vyvolána podobnou stresovou situací či podnětem tuto událost připomínající (např. autonehoda druhé osoby). Jejím hlavním doprovázejícím pocitem člověka je úzkost, deprese, emoční otupění aj.

Hypochondrická porucha

Hypochondrická porucha, taktéž označovaná jako Hypochondrie spadá do kategorie somatoformních poruch neboť je většinou doprovázena somatickými projevy. Jedinec, který hypochondrickou poruchou trpí, bývá označován slovem „hypochondr“. Tento výraz je však většinou populace chápan ve smyslu hanlivém, neboť i zde přetrvává stigma v podobě „lenosti“ jednotlivců, kteří jsou za hypochondry označováni.
Dle oficiálních formulací však za hypochondra označujeme jedince, který má trvalý a neopodstatněný strach o své fyzické zdraví. V lehčím měřítku je to celkem normální, ale v těžkých formách může být hypochondr vážným problémem. K častým příznakům patří bolesti kdekoli na těle, které vzdorují veškeré léčbě a po případném odeznění v určité oblasti se přesunou na místo jíné.

Další neméně významnou součástí třídy neurotických, stresových a somatoformních poruch jsou tzv. Dissociativní a konverzní poruchy, dříve také označované jako hysterické neurózy. Jejich charakteristickým znakem je narušení integrace psychických projevů, případně transformace psychických problémů do tělesných příznaků.

1.8 Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

Název kategorie zařazené pod kódem F50-F59 dle MKN-10 vystihuje charakteristiku jednotlivých podskupin poruch, které zde uvádím a odpovídají mezinárodně uznávané klasifikaci nemocí.

Poruchy příjmu potravy

Člověku se tělo může jevit jinak než ve skutečnosti je. Způsoby nahlížení na vlastní identitu jsou však někdy hraniční a v určitých případech je již není možné nechat bez povšimnutí, neboť jsou jedinci nebezpečné a mohou ohrozit jeho život.

„Potřeba potravy patří mezi základní biologické potřeby. Slouží pudu sebezáchovy, člověk musí jíst přinejmenším proto, aby se udržel naživu. Na druhé straně platí, že i tato pudová potřeba, stejně jako většina ostatních, je ovlivněna psychosociálně. Proto za určitých okolností dochází k tomu, že je potlačena jinou tendencí, která je z fyziologického hlediska zcela nevýznamná“ (VÁGNEROVÁ, 2002, s. 229).

Z výše uvedené citace je tedy patrný charakteristický rys, společný pro typy poruch příjmu potravy a tím je narušený vztah k vlastnímu tělu. Tato charakteristika se vztahuje na:

Mentální anorexie, Atypická mentální anorexie, Mentální bulimie, Atypická mentální bulimie, Přejídání se spojené s psychologickými poruchami, Zvracení spojené s psychologickými poruchami aj.

Neorganické poruchy spánku

Neorganické poruchy spánku se mohou projevovat variabilně, tedy buďto jednotlivě-samy za sebe, nebo jako přidružené poruchy dalšího onemocnění. Mezi základní typy neorganických poruch spánku řadíme např. Neorganickou nespavost, Neorganickou hypersomnii, Neorganickou poruchu cyklu bdění a spánku, Somnambulismus (náměsíčnictví), Spánkové neboli noční děsy, Noční můry aj.

Sexuální poruchy, které nejsou způsobeny organickou poruchou nebo nemocí

Sexuální dysfunkce zahrnují nejrůznější poruchy, které způsobují, že jedinec není schopen podílet se na sexuálním vztahu tak, jak by si sám přál. Jelikož se jedná o poruchy, které nejsou způsobeny organickým činitelem či nemocí, nesou mnohdy jedinci tuto poruchu mnohem hůře, neboť si nejsou schopni logickým způsobem její podstatu vysvětlit. Jako nejčastější poruchy této skupiny uvádíme: nedostatek nebo ztrátu sexuální žádostivosti, odpor k sexualitě a nedostatek požitku ze sexuality, selhání genitální odpovědi, poruchy orgasmu, předčasná ejakulace, neorganický vaginismus, neorganická dyspareunie, nadměrná sexuální nutkání.

Abúzus – zneužívání – látek nezpůsobujících závislost

Pro tento typ onemocnění je charakteristické dlouhodobě užívání široké škály léku a lidových prostředků, jejichž trvalým používáním dochází často ke zbytečným kontaktům se zdravotnickými personály. Často je spojováno se škodlivým vlivem těchto látek na organismus. Snaha odradit od užívání těchto léků nebo je zakazovat často naráží u jedinců na odpor a vyžaduje proto samotnou léčbu.

Mezi dalšími poruchami kategorie F50-F59 náleží:

Neurčené poruchy chování v souvislosti s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

Psychologické a behaviorální faktory spojené s chorobami nebo poruchami zařazenými jinde

Duševní poruchy a poruchy chování související se šestinedělím, nezařazené jinde

1.9 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Skupina F60-F69 zahrnuje různorodé stavy a vzorce chování klinického významu, které mají tendenci u jedinců přetrvávat a objevují se jako vyjádření charakteristického životního stylu a způsobu jeho vztahu k sobě i druhým. Některé z těchto stavů a vzorců chování se objevují časně v průběhu individuálního vývoje jako výsledek komplexních faktorů jedince a jeho sociálních zkušeností, jiné se získávají později v životě. Poruchy se vyznačují extrémními nebo významnými odchylkami od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště se chová vůči druhým. Pro jasné určení poruchy osobnosti se tyto odlišnosti musí projevovat v několika oblastech, kam patří např. emotivita, ovládání svých impulsů a uspokojování potřeb, zvládání interpersonálních potřeb aj.

Lidé trpící poruchou osobnosti však často nevidí problém u sebe, ale u druhých osob. Na tyto problémy ale ve většině případů neupozorňují. Nespokojenost vyjadřují jen tehdy, pokud jejich vzorce chování selhávají při naplňování potřeb. Často si stěžují, že je ostatní nespravedlivě posuzují nebo brání tomu, aby mohli být spokojení. Nepřipouští si problém na vlastní straně. Na problémy v životě proto reagují dlouhodobými

maladaptivními vzorci chování. Při neschopnosti odbourat problém, dochází u nich snadno k frustraci a ještě snadněji pak podléhají úzkosti, somatoformním poruchám, depresi nebo závislosti na návykových látkách. Výše uvedené charakteristiky skupiny F60-F69 jsou typické pro:

Specifické poruchy osobnosti

„Porucha osobnosti je trvalý stav, projevující se nepříznivými nebo nadměrně zvýrazněnými vlastnostmi osobnosti, odchylkami v oblasti citového prožívání, uvažováná i chování, zejména ve vztahu k druhým lidem a společnosti“ (VÁGNEROVÁ, 2002, s.254).

VÁGNEROVÁ (2002, s.254-265) rozlišuje a detailně charakterizuje devět typů poruch osobnosti – Disociální porucha osobnosti, Emočně nestabilní porucha osobnosti, Paranoidní porucha osobnosti, Schizoidní porucha osobnosti, Histrionská porucha osobnosti, Anankastická porucha osobnosti, Úzkostná porucha osobnosti, Závislá porucha osobnosti.

Další poruchy

- Smíšené a jiné poruchy osobnosti
- Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku
- Nutkavé a impulzivní poruchy (patologické hráčství, pyromanie, kleptomanie, trichotillomanie aj.)
- Poruchy pohlavní identity (transsexualismus, transvestitismus dvojí role, porucha pohlavní identity v dětství aj.)
- Poruchy sexuální preference (fetišismus, exhibicionismus, voyerismus, pedofilie aj.)
- Poruchy psychické a chování související se sexuálním vývojem a orientací.

1.10 Mentální retardace

Mentální retardace je souhrnné označení pro stav zastaveného či nedovršeného duševního vývoje. VÁGNEROVÁ (2002) definuje mentální retardaci jako souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností.

„Postižení je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován“ (VÁGNEROVÁ, 2002, s.146).

J. PRŮCHA aj. (2001, s.120) popisují, že *„u jedinců mentálně retardovaných dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.“*
Nedostatek v adaptaci na prostředí souvisí také s nedostatečnou sociální přizpůsobivostí. Tyto uvedené příznaky mohou mít různou intenzitu a mohou se projevovat buďto samostatně nebo ve vzájemných kombinacích. Označení mentální retardace je vázáno na kritéria, dle kterých je následně stanovena míra postižení neboli úroveň mentální retardace.

Nejčastějším kriteriem je výsledek vyšetření vyjádřený stupněm inteligence neboli inteligenční kvocient (IQ). Tento způsob vyšetření byl v počátečním vývoji IQ testů spíše vázán na empirické pokusy a omyly než na vytváření skutečných psychologických teorií.
„První experimentátoři IQ, stejně jako jejich následovníci, však bezpochyby měli teoretické představy o podstatě inteligence, kterou měly jejich testy měřit“ (MACKINTOSH, 2000, s.33).

1.10.1 Lehká Mentální retardace

Lehkou mentální retardací je označována první fáze, kdy mentální věk jedince odpovídá věku 9-12 let dítěte a dosahuje hodnoty IQ 50-69, tedy uvažování jedince odpovídá uvažování dítěte středního školního věku. Dle VÁGNEROVÉ (2002) postižení respektují některá pravidla logiky, ale nejsou schopni uvažovat abstraktně, což se projevuje i v jejich snížené schopnosti verbalizovat.

„Diagnosa lehké MR, pokud nejde o kombinované postižení, bývá často stanovena až v předškolním věku, nebo (méně často) dokonce až po nástupu do školy, kde dítě selhává. V prvním roce života bývá dosahování základních vývojových mezníků, zejména v oblasti pohybových dovedností (sezení, lezení, chůze) většinou opožděno jen mírně nebo je i v pásmu normy a ani osvojení prvních slov nemusí být dramaticky opožděno“ (ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 1995, s.145).

1.10.2 Středně těžká mentální retardace

Středně těžká mentální retardace je označení pro zařazení jedince, který dosahuje mentálního věku dítěte 6-9 let. Hodnota IQ v tomto stadiu odpovídá 35-49 IQ. Uvažování odpovídá dítěti předškolního věku, tedy jeho schopnost projevu je silně omezená.
„Verbální projev bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný. Dovedou se učit jen mechanicky, především na praktické úrovni. Jsou schopni zvládnout běžné návyky a

jednoduché dovednosti (např. sebeobsluhu, pracovní úkony apod.)“ (VÁGNEROVÁ, 2002, s.148).

Mezi jedinci spadajícími do této kategorie jsou většinou podstatné rozdíly ve schopnostech. Někteří dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzoricko-motorických, jiní v úkonech závislých na verbálním projevu. Určitá část takto handicapovaných osob se však nenaučí hovořit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálním pokynům. Toto bývá z velké většiny případů ovlivněno především péčí věnovanou osobě s postižením.

1.10.3 Těžká mentální retardace

Klinický obraz těžké mentální retardace je částečně podobný předchozímu. Jedinci, u nichž je zjištěna výše IQ v rozmezí 20-34 dosahují úrovně mentálního věku dítěte 3-6 let. V tomto případě postižení se objevují výrazné poruchy motoriky a jiné přidružené defekty ukazující na výrazné poškození či chybný vývoj CNS.

„Nejen pohyb, tedy samoobslužnost těchto osob, je již velmi obtížný, ale i vzdělání je omezené. Ve vyjadřování pozorujeme hlasovou produkci závislou na citovém rozpoložení“ (DEZORTOVÁ, 2007, s.11-12).

Ve většině případů se jedná o kombinované postižení jak motoriky, tak zraku, projevu atd. Důsledkem těchto kombinací je bohužel neschopnost chápání základních souvislostí a vztahů, kterých je jedinec schopen jen ve výjimečných případech. Ve většině případů jsou však projevy na úrovni batolete.

1.10.4 Hluboká mentální retardace

Hlubokou mentální retardací je označován stav, kdy se schopnosti jedince zpravidla nerozvíjejí, a reakce na podněty tak spočívá pouze ve schopnosti rozlišovat známé a neznámé podněty. Na tyto člověk reaguje většinou pouze zvuky, kterými tak rozlišuje libost nebo nelibost. Mentálním věkem jedinec odpovídá 3 rokům dítěte a jeho IQ nepřesahuje hodnotu 20. V takovémto případě již není možno stanovit jeho přesnou hranici, je tedy kategoricky zařazen pouze do skupiny osob s hlubokou mentální retardací.

1.11 Poruchy psychického vývoje

Poruchy psychického vývoje jsou zařazeny dle MKN-10 do kategorie pod specifickým kódem F80–F89. Společnou vlastností těchto poruch je jejich začátek vždy v kojeneckém

věku nebo v dětství. Postižení spočívá v opoždění vývoje funkcí, které mají silný vztah k biologickému zrání centrální nervové soustavy. Ve většině případů je postižena řeč, prostorová orientace a motorická koordinace jedinců. Rozsah opoždění může být spolehlivě určen již v prvních letech věku, tedy je možné s onemocněním pracovat a s přibývajícím věkem dítěte postupně mírnit příznaky a projevy , i když drobnější defekty často přetrvávají až do dospělého věku.

Poruchy psychického vývoje dělíme do dvou skupin:

Pervazivní poruchy

„Pervazivní poruchy závažným a komplexním způsobem poškozují psychický vývoj takto postižených dětí“ (VÁGNEROVÁ, 2002, s.160).

Jak již bylo uvedeno výše, pervazivní vývojové poruchy se projeví vždy již v prvních letech života. Typické věkové rozmezí však záleží na konkrétním typu poruchy.

JELÍNKOVÁ (1999) uvádí, že do této kategorie spadají těžké vývojové poruchy, které mají svůj počátek v raném dětství a jsou charakterizovány kvantitativní poruchou sociální interakce, komunikace a sklonem k stereotypnímu a ritualistickému chování (http://uss.upol.cz).

Mezi nejznámější pervazivní poruchy patří např. dětský Artismus, Aspergerův syndrom, Kellerův syndrom. Charakteristiku jednotlivých poruch detailně popisuje Marie Vágnerová (2002).

Specifické poruchy

Jedná se o poruchy, jejichž charakteristickým projevem je porucha způsobu získávání dovedností, a to již od časné fáze vývoje.

Postižení však není prostým následkem nedostatku příležitosti k učení ani pouhým následkem mentální retardace a ani není způsobeno žádným získaným poraněním či onemocněním mozku. Tato skupina zahrnuje specifické poruchy učení (označovanými též zkratkou SPU), které se projevují různými potížemi při porozumění řeči, čtení, psaní, počítání, neobratností, nepozorností a poruchami paměti. Mezi nejznámější patří dyslexie, dyskalkulie a dysgrafie. Dále pak skupina specifických poruch zahrnuje tzv.poruchy řeči (dysfázie, afázie).

1.12 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

Hyperkinetické poruchy

Skupina hyperkinetických poruch je charakterizovaná především časnými projevy, tedy začátkem života jedince. Obvykle se poruchy projevují v prvních pěti letech života dítěte. Děti s hyperkinetickou poruchou jsou charakteristické svou nedostatečnou vytrvalostí v činnostech vyžadujících poznávací schopnosti a tendencí
přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena. Současně však může být přítomna řada dalších abnormalit. Hyperkinetické děti jsou často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů s disciplínou pro bezmyšlenkovité porušování stanovených pravidel. Málokdy se tedy jedná o bezdůvodný vzdor dítěte. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se proto stát izolovanými. U dospělých osob nenachází pochopení a v případě nerozpoznání poruchy jsou většinou trestány za svou neposlušnost. Typickými označeními konkrétních poruch jsou: Porucha aktivity pozornosti, Hyperkinetická porucha chování aj.

Poruchy chování

Poruchy chování jsou charakterizovány opakovaným a přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním. Takové chování by mělo výrazně překročit sociální chování odpovídající danému věku, mělo by být proto mnohem závažnější než běžné dětské zlobení nebo rebelantství dospívajících a mělo by mít trvalejší ráz (šest měsíců nebo déle). Tento druh poruch chování však může být projevem i jiné psychiatrické poruchy a je velmi obtížné přesně stanovit, zda se jedná skutečně o poruchu či pouze přechodný stav třeba i dlouhodobějšího rázu.
Mezi další skupiny poruch, zařazených do kategorie F90-F98 řadíme:

Smíšené poruchy chování a emocí

Emoční poruchy se začátkem specif. v dětství

Poruchy sociálních funkcí

Tikové poruchy

Jiné poruchy (enuréza-pomočování, enkopréza-mimovolní odchod stolice, koktavost…)

2 STEREOTYP A STIGMATIZACE DUŠEVNĚ NEMOCNÉHO

Stereotyp a stigmatizace bývají často zaměňovanými pojmy. S největší pravděpodobností právě proto, že stereotyp zažívá v dnešní době většina populace a ona stigmatizace ze samého stereotypu následně vychází. Mohli bychom zde rovněž hovořit o něčem, co si ona většina mnohdy ani neuvědomuje. Odpověď člověka na otázku, zda prožívá denně stereotypní situace, zda mu jeho jednání přijde více či méně stereotypní, zda se jeho denní úkony blíží spíše rituálům než individuálnímu plnění, by byla nejspíše ANO. Takto je stereotyp alespoň dle mého mínění chápán a troufám si dokonce hovořit i za onu většinu, se kterou se každý den mám tu možnost v běžném životě setkat. Popisuji zde stereotyp jako něco naprosto běžného, automaticky přijímaného společností. Ne však v každém pojetí je možno na něj takto nahlížet a nejen denních úkonů se toto týká. Horší stránkou je stereotypní vnímání, prožívání, chování a následně i jednání ať už jednotlivců nebo skupiny, případně celé „masy“ v případech či situacích, které mají bezprostřední dopad na okolí.

Pokud budeme hovořit o stereotypech duševně nemocných, nenajdeme pravděpodobně mnoho rozdílů od ostatních jedinců, kteří duševní poruchou netrpí. Avšak stereotypní chování z pohledu vlastní duševní poruchy či jiných obtíží vůči okolí již rozdílné je. Během mnoha let se v naší společnosti utvořily názory na vnímání duševně nemocných osob a tyto si nepředávají jen „diváci“, ale především sami „účinkující“. Jejich zažitý pohled založený především na pocitech odlišnosti je již po mnoho let velmi osobním a vyhroceným způsobem vnímání chování „zdravého“ okolí vůči nim samým. Toto vede nejen k postupnému odcizování duševně nemocných, dalšímu rozšiřování povědomí ohledně idealizované izolace, ale především v mnoha případech nejčastějšímu potlačování samotných obtíží ze strachu, že právě oni dostanou onu nálepku nežádoucích „bláznů“.

Podobně nahlížející výklad je možné nalézt v knize E. MARKOVÉ (2006).

„Mají zkušenost, že dostanou-li nálepku – diagnózu, okolí se od nich více či méně odvrací a zaměstnavatel o ně přestává mít zájem. Jejich důvěra k okolí je narušena, což může vést ke vztahovačnosti až perzekučním bludům“ (MARKOVÁ, 2006, s.19).

Pokud se úpěnlivě zaměříme na skupinu psychiatrických duševně nemocných pacientů, tak jejich stigmatizace je založena právě na předpokladu odlišnosti populace psychiatrických pacientů od běžné populace. Často nezáleží na tom, zda jde o psychózu,

neurotické projevy či poruchu osobnosti. Už jen samotný fakt psychiatrické léčby jedince může znamenat automatické nálepkování okolím. Proto se lidé trpící poruchami z oblasti „malé psychiatrie“ tolik psychiatrické nálepky obávají a mnoho z nich se jim za každou cenu snaží vyhnout, a to často i za cenu samotného popírání potíží. Právě snaha vyhnout se značkování vede k popírání poruchy, odkládání nebo vyhýbání se léčbě a tím pádem samotné značkování může působit jako jeden z udržovacích faktorů poruchy. Bohužel se toto však netýká pouze pacientů samých. Značkování pacientů se často nevyhnou ani odborníci. Jsou podobně jako pacienti a jejich rodiny částečně závislí na stereotypu duševně nemocného v populaci. Značkování pacienta může vést buď k nadhodnocení, nebo podhodnocení potíží a nepřiměřené léčbě. Důsledky jsou tedy nedozírné a vždy mají dopad především na pacienta, který danou poruchou trpí.

„Stigma může narušit i vztah zdravotníků a pacientů. Brání se lékařem doporučované medikaci“ (MARKOVÁ, 2006, s.19).

Mnohokrát řečeno a ještě vícekrát opakováno - stigma.

„Stigma je znamení domnělé méněcennosti. Vede k odmítání jeho nositele okolím“ (MARKOVÁ, 2006, s.19).

Tuto interpretaci uvádím jen pro formu a vysvětlení stále užívaného slova, avšak těžké je hledat hranici mezi stereotypy a stigmaty. Kladu si tedy otázku, kdy se ještě jedná o stereotyp a kdy už stereotyp přechází ve stigma? Dle mého názoru je stereotyp duševně nemocného ovlivněn především stigmaty z dob minulých, kdy zacházení s duševně nemocnými bylo považováno za nutnou obranu společnosti proti nežádoucím jedincům. Počínaje prvobytně pospolnou společností a středověkem konče, bychom jen těžko hledali sanatoria, léčebny a psychiatrické ústavy věnující duševně nemocným větší než nezbytnou péči, opět ochraňující „normální“ společnost. Jen málo osob, jako byli průkopníci dnes nám známé psychiatrie a dříve ještě nespecifikované vědy, například Hippokrates - hledající příčinu chorob ve vlivech vnitřního a vnějšího prostředí, Juan Luis Vives, Johann Weyer a Reginald Scott – distancující se od názoru existence duševních nemocí způsobených démony, dokázalo prosadit své názory co na duševně nemocné. Většina duševně nemocných však byla i přes průkopnické myšlenky za dob středověku upalována, svazována, vězněna, týrána či v tehdy přiměřenějších případech posílána na tzv. „loď bláznů“, která sloužila především pro dokonání života pomatených.

„Jednou z alternativ, jak se vyrovnat s duševními onemocněními ve společnosti, bylo jednoduše nemocné vyčlenit někam do ústraní, mimo normální jedince. Ve středověkém přístupu k duševní nemoci byla jednou z možností vyobcování pomatenců do lesa, v němž

většinou neblaze dokonali svůj osud, nebo na loď – loď bláznů. Lodi bláznů se také říkalo opilý koráb a údajně plul po říčních cestách Vlámska a Porýní“ (MARKOVÁ, 2006, s.26).

Není tedy divu, že pokud toto historické pojetí stále existuje v podvědomí společnosti, je zároveň i stále aktivní povědomí duševně nemocných co se obav o svou existenci týče.

2.1 Stereotyp versus Stigmatizace

Stereotypem duševně nemocného a jeho stigmatizací se zabývá řada publikací věnovaných psychotickým poruchám. U neurotických poruch se však těmito problémy v poslední době nikdo systematicky nezabýval. Přitom neurotické potíže se objevují v populaci častěji než psychotické a jejich stigmatizace vyvolává nemalé problémy jak v identifikaci pacientů, tak i při jejich léčbě.

„Stereotypy v sociální psychologii jsou rigidní, pasivně přijímané způsoby posuzování určitých skupin lidí na základě tradic a předsudků“(HYHLÍK a NAKONEČNÝ, 1977, s.73) .

Stereotypy v posuzování se týkají skupin lidí, tříd nebo určitých představitelů obyvatel (sedlák, intelektuál, tělesně handicapovaný, psychicky nemocný), popřípadě i celých národů a ras (žid, černoch, cikán apod.). Sociální psychologové proto rozlišují tzv. autostereotypy, tedy představy a mínění, která mají příslušníci určité skupiny o sobě samých (např. psychicky nemocní o psychicky nemocných) a heterostereotypy, tedy představy o členech skupin jiných (tzv. zdravých o psychicky nemocných). Pomocí stereotypů bývají určité skupiny posuzovány zjednodušeně a iracionálně. Velmi často zde dochází k popírání individuálních vlastností a odlišností. Na odlišnosti je možné nahlížet z mnoha úhlů pohledu. F. BOWIE (2008) uvádí, že rozdílnost je ovlivněna především kulturou, a tedy může být vnímána buďto jako nenormální jev, kterému je třeba se vyhýbat, popřípadě ho zcela eliminovat nebo je možné rozdílnost povznést nad vše „normální“ a považovat ji za součást širšího schématu.

Podstatou jsou historicky vleklé předsudky a tradiční interpretace, které jsem již zmínila v kapitole předchozí. Stereotypy jak jedince, tak společnosti se mohou pozvolna měnit vlivem různých příčin. Velmi výrazný vliv na změnu zde má tzv. propaganda . Míním tímto především vliv médií, která dle vlastního uvážení zvěřejňují, komentují a velmi často i dotváří nelehké životní příběhy či jejich těžké okamžiky.

„V běžném , každodenním užití se propagandou rozumí manipulace médii s cílem dosažení společenské kontroly. Takto také definoval propagandu H.D.Lasswell, když hovořil o propagandě jako o manipulaci veřejným míněním prostřednictvím politických symbolů nebo řízení kolektivních postojů pomocí manipulace důležitými symboly. V tomto smyslu je propaganda patrně stará jako sama civilizace“ (JIRÁK a KOPPLOVÁ, 2003, s.156).

Typický je stereotyp duševně nemocného, často tolikrát promítaný do vtipů o bláznech, hovorových obratů, zpráv v masmédiích i do uměleckých děl. Stereotyp pak může mít pro jedince velmi negativní, ale i pozitivní důsledky. Mezi pozitivní může patřit ochrana jedince, soucit s ním, kladení menších nároků na výkon a role v jeho životě. Oproti tomu typickým negativním důsledkem je ona stigmatizace.

Duševní porucha patří mezi stigmata působící hlavně v situacích úzkého interpersonálního kontaktu, jako jsou rodina a pracoviště. Ačkoli za nemoc není duševně nemocný jedinec staven odpovědným, pro historicky stigmatizované nemoci, jako byly například lepra, tuberkulóza, pohlavní choroby a psychické poruchy, toto neplatí. U psychických poruch je odmítání vázáno na odchylné chování, které pro okolí vyjadřuje ohrožení. Proč se ale ona zmiňovaná stigmatizace uplatňuje i u poruch, kde takovéto odchylné chování není navenek tak intenzivně projevováno? S největší pravděpodobností zde dokonale funguje samotná nálepka duševní nemoci, která již předem říká, že tento jedinec spadá do stejné škatulky. Funkci nálepky naprosto přesně plní i informace o kontaktu s psychiatrickými institucemi, návštěvami psychologa či psychoterapeuta a především pak informace o hospitalizaci. Jedinec, který nálepku díky případné hospitalizaci získá, je tak následně vystaven zvýšené společenské kontrole, která má neustále tendence vykládat si každé i třeba jen domnělé vybočení z normy negativním způsobem. Toto je dle mého názoru však ovlivněno i místem, kulturou a především pokrokovostí společnosti. V mnoha vyspělých státech je v dnešní době instituce psychologa, psychiatra či psychoterapeuta chápána jako součást života, ne-li jeho prestiž. Ve většině případů však stále zřejmě převládá ono stigmatizované povědomí s toliko oblíbenými nálepkami.

Z předchozího odstavce tedy vyplývá, že stigmatizace má hlavně vliv negativní. Očekává se nezvyklé chování, nebezpečnost, nekontrolovatelnost, nezodpovědnost a možná agrese.

„Automaticky se mění chování okolí k pacientovi a hrozí vyčleňovací reakce s výrazným odstupem. Pacient se stává izolovaným. Osvojený obraz je pak odolný vůči modifikujícím

vlivům. Tento relativně stálý fiktivní obraz v čase se označuje také jako „stereotyp obrazu o duševně nemocném“ (JANÍK, 1987, s.29).

Laici si všímají především vnějších projevů postiženého – výrazu, pohybů, fyziognomie, postojů a řeči a registrují neobvyklé projevy. Pokud zjistí, že označený se „divně chová“ nebo „blázní“, začne značkovací proces, který může vést až k trvalé stigmatizaci. Pokud shledají chování označeného nápadným, ale v rámci tolerance, obvykle ho označí jako „nerváka“ a předpokládají, že jde buď o osobnostní příčinu, nebo situační „zhroucení se“. Obraz může být tedy modifikován představou o příčině poruchy. Postoje laické společnosti k příčinám psychických poruch by se daly zjednodušeně rozdělit do několika kategorií: příčiny mohou být charakterové (duševní méněcennost, zvrhlost, slabost, nemorálnost), organické (dědičné zatížení, nemoc mozku) nebo situační (zhroucení se po traumatu, leknutí, životní rány, zhoršení materiální situace, ze žalu, z trápení). Podle předpokládané příčiny se může měnit postoj k postiženému. Při osobnostní etiologii by se postižený měl snažit změnit, eventuálně by měl být převychován, při organické by ho lékaři měli léčit nebo izolovat a při situační by ho měli všichni chápat a pomáhat mu. Ve všech případech by ovšem pacientovi doopravdy pomohlo vstřícné a začleňující chování.

Řada psychických poruch však není hodnocena jako duševní. Zejména u neurotických a úzkostných poruch, kde jsou průvodní somatické nebo vegetativní projevy, je předpokládána jasně somatická příčina. U panické poruchy, somatoformních poruch, chronického únavového syndromu či generalizované úzkostné poruchy se pacient často brání přijmout nálepku psychiatrického pacienta natolik, že potlačuje nebo vytěsňuje z uvědomění emoční změny a upíná se k somatickým příznakům. Stereotyp „psychiatrického pacienta“ je pro neurotického nebo úzkostného jedince totiž natolik ohrožující, že raději odbornou pomoc nevyhledá nebo dá přednost somatickým odborníkům.

2.2 Původ stereotypu a stigmatizace

„Zdá se, že společnost potřebuje jednu nemoc, která se stane synonymem zla a její oběti budou obviňovány“ (SONTAGOVÁ, 1997, s.12).

2.2.1 Stereotyp

Wikipedie uvádí, že slovo stereotyp vzniklo z řeckého stereos, což v překladu znamená tvrdý, pevný a typtein, v překladu razit, tisknout. Původně vyjadřuje tisk z

trvalého odlitku (otisku) sazby, případně nezměněný reprint předchozího vydání. V metaforickém významu se jedná o opakovaný a neměnný vzorec (http://cs.wikipedia.org).

V různých oblastech může znamenat:

- naučený a přesně koordinovaný soubor pohybů, dynamický stereotyp.
- v psychologii neměnný a opakovaný soubor představ nebo gest, která se vždycky vyskytují pohromadě.
- v etologii obvykle vrozený soubor pohybů a gest, vyvolávaný přesně určitým spouštěcím mechanismem.
- v medicíně opakované a často nutkavé pohyby, neodpovídající situaci a zbavené smyslu (dynamický stereotyp).
- v sociologii a sociální psychologii typizovaný, běžně opakovaný a zjednodušený soubor většinou nelichotivých představ o příslušnících společenských skupin, vrstev, etnik a podobně, základ rasových a společenských předsudků (např. stereotyp Němce, Žida, Roma, tchyně atd.)

Společenské stereotypy zjednodušují orientaci a rozhodování a podporují primitivní rozlišení „my“ a „oni“. Jsou velmi trvanlivé a člověk je přebírá v dětství či v mládí od svého okolí, a to zejména o takových skupinách, s nimiž nemá vlastní zkušenost. Společenské stereotypy se vyskytují například v karikaturách a hrají velkou roli v masové propagandě.

Shrneme-li body společné pro stereotyp bující v různých odvětvích, vznikne nám sousloví o mnoha přívlastcích nehodných vychvalování. Tedy si nějaké z nich budeme opakovat: naučený, neměnný, přesně koordinovaný, vrozený, neodpovídající situaci. Ať už se jedná o stereotyp z hlediska sociologického, biologického, psychologického atd., všechny tyto mají jednu totožnou podstatu, která se upíná ke společnosti. Tou je „primitivnost“, v méně drtivějším pojetí „jednoduchost“ společnosti, zarytě lpící na původnosti došlých informací bez ohledu na jejich pravdivost a aktuálnost. Čemu bychom se však mohli divit, vždyť jak již bylo řečeno, tak stereotypy zjednodušují orientaci a rozhodování společnosti.

2.2.2 Stigmatizace

Stigmatizace odvozená od slova stigma pochází z řeckého originálu a dříve označovalo vypálené znamení na tělech různých osob. Zdůrazňuje příslušnost jedince

k určité skupině. V oblasti duševních nemocí označuje stigma vlastnosti specifické pro chování duševně nemocného člověka bez ohledu na to, zda se ho vlastnosti týkají, nebo ne. Řecké slovo stigma se překládá jako znak nebo stopa, která nese nějaké svědectví. Kdysi se tímto slovem označoval cejch vypalovaný otrokům v thesálských dolech antického Řecka. Později se slovo dostávalo do širšího kulturního slovníku našeho světa v různých souvislostech. Stigma zdůrazňuje skupinovou identitu jedince a oslabuje váhu jeho individuálních vlastností. Vyčleňuje ho do skupiny stejnou charakteristikou postižených jedinců (www.anamneza.cz).

Pojem stigma se v historii užíval v různých souvislostech. Dnes je nejčastěji používán ve spojitosti s lidmi, jež trpí nějakou vážnou nemocí, která obvykle vzbuzuje strach společnosti, často z důvodu nedostatečné informovanosti o dané nemoci, mýtů a předsudků, jež se vlivem historického a socio-kulturního vývoje vytvářely v povědomí lidí. Stigmatizací je tedy označován proces udělování stigmatu.

2.3 Faktory a skutečnosti udržující a rozvíjející stereotypy a stigmata

Na jedné straně snaha o potlačení stereotypního myšlení a nahlížení společnosti a na druhé straně stále se ve společnosti vyskytující slova jako feťák, psychouš, cvok či jiná hanlivá označení pro lidi, kteří se ve svém životě potýkají s nějakým druhem duševní krize. Tyto diskriminující výrazy jsou stále zde mezi námi a není lehké se jich zbavit. Můžeme si sice položit otázku, proč tomu tak stále je, ale dokud na ni „všichni“ nebudeme znát odpověď a především si důvody stále ve velké míře existující stigmatizace nebudeme uvědomovat, budou stereotypy a stigmata patřit mezi stále diskutovaná témata a co hůře, budou patřit do našich životů a následně je ovlivňovat.

Mnozí lidé stále nechápou psychické nemoci a závislosti jako zdravotní potíže a myslí si, že jsou tyto problémy způsobeny špatnou sebekontrolou či vadným charakterem jedince. Toto vše se děje i přesto, že odborníci se dlouhodobě snaží o narovnání tohoto pokřiveného pohledu na psychickou nemoc. Jenže odborníci nestačí. Nebyli to oni, kdo po mnoho let utvrzovali myšlení lidí v duchu fobické společnosti ať už vůči duševně nemocným či ostatním menšinám. Pro možné nastolení změny je nutné si uvědomit jak existenci stigmatických omylů, tak skutečnost, že stejně jako si člověk nevolí svou rasu či pohlaví nebo nemůže ovlivnit své fyzické postižení, tak si také nevolí a nemůže ovlivnit svou duševní poruchu.

Většina lidí se ale stále domnívá, že psychické onemocnění je něco jiného. Očekává se, že chování by měl mít člověk pod kontrolou. Každý musí být pánem svých myšlenek a emocí. Toto jsou však stále existující názory založené na stereotypech, laických předpokladech či falešných obrazech, které často vytváří média, jejichž propojenosti s duševně nemocnými se budu věnovat v následující kapitole.

Dle S. HAMID-BALMA a C. ARTHUR (2005, s. 4-5) existují tři hlavní teorie udržování a rozvoje stigmatu vůči určité menšině. Každá z nich je aplikovatelná na lidi s duševním onemocněním a závislostí:

- stigma omlouvá současnou sociální nespravedlnost (např.: přesvědčení, že lidé s duševní nemocí jsou méněcenní, a proto je jejich izolace oprávněná).
- stigma slouží k podpoře základních psychologických potřeb (např.: „Porovnání mého života s životem duševně nemocného nebo závislého mi dělá dobře.“).
- stigma slouží k tvorbě tzv. mentálních zkratek, které dovolí vytvořit si rychle názor na lidi s psychickou nemocí nebo závislostí, a to na základě jejich příslušnosti ke stereotypizované skupině (např.: „Setkám-li se s někým s duševní nemocí či závislostí, vím, co očekávat.“).

2.4 Boj se stereotypy a stigmaty

Tato část kapitoly je dle mého názoru tematicky vhodným námětem ke zpracování samostatné diplomové práce. Ráda bych ji však zmínila alespoň okrajově, neboť se domnívám, že právě neustálý boj se stereotypy a stigmaty naší společnosti je jediným možným vodítkem ke zlepšení situace jak duševně nemocných jedinců, tak společnosti.

Dalo by se říci, že mnou označovaný boj se stereotypy a stigmaty je celosvětově označován slovem destigmatizace, bezprostředně se vztahujícímu k problematice stigmat ať už vůči duševně nemocným jedincům či jiným menšinám. R.Kohoutek uvádí, že *„Destigmatizace je redukce a odstraňování negativních či poškozujících hodnocení („etiket") jednotlivců, skupin i některých profesí, akceptace rozdílů a zajišťování práv“* (slovnik-cizich-slov.abz.cz).

Zohledníme-li však pouze destigmatizaci vztahující se problematice duševních onemocnění, můžeme alespoň okrajově popsat hlavní body náplně tohoto osvětového programu. Mezi hlavní z nich patří:

- nezbytnost destigmatizace pro zachování lidských práv pacientů při jejich léčbě a v jejich životě
- postupné zbavování negativní nálepky
- nezbytnost destigmatizace pro vytvoření vyhovujících a předsudky neovlivněných podmínek pro přirozený a žádoucí přechod od klasické institucionální léčby psychiatrických pacientů k péči a léčbě v komunitních podmínkách
- nezbytnost destigmatizace jako součásti vývoje a zefektivnění léčby duševních nemocí

Tyto body se během posledních několika let snaží podporovat a rozvíjet mnoho organizací, dobrovolníků i jedinců trpících duševní poruchou. V neposlední řadě mezi tyto spadá sama společnost, která po malých krůčcích přijímá a následně rozšiřuje informace, které napomáhají šířit myšlenky destigmatizace a nové pohledy. Na základě stejných myšlenek proto vznikaly a stále vznikají tzv. svépomocné skupiny, které poskytují svým členům jakousi oporu a umožňují nalezení pochopení a ujištění o tom, že nejsou zdaleka jedinými, kdo se v životě potýká s těžkostmi duševní nemoci. Úkolem svépomocných skupin však není jen eliminovat sebestigmatizující pojetí jejich členů. Tyto skupiny se velmi často podílejí na organizaci destigmatizačních akcí, jejichž prostřednictvím mohou své poselství šířit i mezi veřejností.

Vzhledem k tomu, že stigmatizace psychiatrických pacientů je vážným problémem, který odradí řadu nemocných od léčby, a tedy i svépomocných skupin, je důležité se zamyslet nad dalšími cestami k destigmatizaci. Důležitou roli v tomto procesu proměny postojů k duševně nemocným má zdravotnická osvěta a výchova. Informovanost populace o současné problematice neuróz, úzkostných a somatoformních poruch, je totiž relativně malá. Nedostatečná informovanost proto pomáhá udržovat nepříznivý stigmatizovaný stereotyp duševně nemocného s celou řadou předsudků o jeho chování a léčbě. Aby byla změna v této oblasti možná, je potřeba nejdříve dobře porozumět procesu stigmatizace a utváření stereotypu a jeho udržování nejen na veřejnosti, u pacientů, ale i u zdravotníků. Například v roce 1996 byl Světovou psychiatrickou asociací (the World Psychiatric Association) v Ženevě definován a započat celosvětový program pro boj se stigmatem, předsudky a diskriminací z důvodu onemocnění schizofrenií. Tento je nazván “Open the doors´“ a do češtiny běžně překládán jako „Otevřme dveře“. Cílem tohoto projektu je v prvé řadě zvýšit povědomí a znalosti o původu schizofrenie a možnostech její léčby, dále

pak zlepšení postoje k veřejnosti k jedincům trpícím touto poruchou a v neposlední řadě i opatření pro eliminaci diskriminace a předsudků (http://www.openthedoors.com/).
Dalším projektem podporujícím destigmatizaci je tzv. projekt Změna, který zahájilo v dubnu roku 2004 centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (také jen Centrum, nebo CRPZD) (www.stopstigmapsychiatrie.cz).
V současné době se rovněž velkou měrou na procesu destigmatizace podílí i organizace Fokus, se svým programem Blázníš? No A!

Kromě již zmíněných svépomocných skupin, organizací a asociací je však proces destigmatizace podporován i prostřednictvím působení sdělovacích prostředků a kulturními aktivitami. Organizována bývají také různá promítání tematických filmů v kinech a představení v divadlech podporující změnu myšlení a nahlížení společnosti na danou problematiku. A v neposlední řadě se do procesu osvěty zapojují i tzv. edukační (vzdělávací) aktivity, které jsou realizovány v mnoha zemích a zároveň spojeny s prezentacemi pro studenty na středních školách. Na těchto prezentacích se mohou podílet studenti vysokých škol oboru psychiatrie či psychologie. Podílejí se rovněž na vytváření materiálů a brožur, informačních balíčků s letáky a prospekty o duševních nemocech a negativním dopadu stigmatu s nimi spojeným. Mimo vzdělávání studentů středních škol je edukace zaměřena i na samotné učitele z důvodu možného začlenění problematiky duševních nemocí a stigmatu do učebních osnov. Osobně považuji tuto část destigmatizačního procesu za jednu z nejúčinnějších, neboť se týká nových generací, které ještě nebyly v takové míře ovlivněny stereotypním myšlením společnosti. Kromě zařazení edukačních materiálů do studijních osnov, jsou tyto dále rozšiřovány v některých zemích mezi policisty, sociální kurátory, pracovníky soudnictví či duchovenstvo.

Pokud se zaměříme na situaci v České republice, považuji za velmi alarmující stav přímo ve zdravotnictví. Myšlenky destigmatizace jsou zde bohužel z velké části šířeny pouze specializovanými organizacemi a materiály, které vytváří přímo studenti a které se do rukou zdravotního personálu jen málokdy dostanou. O edukačních kurzech raději ani nemluvím. Bohužel jde vzdělávání personálu ruku v ruce s financemi uvolňovanými na prevenci a boj se stigmaty. Avšak právě u zdravotního personálu by měla být ona osvěta jedním z cílů profesionálního vzdělávání jak pregraduálního, tak postgraduálního.

Pohled na nemocného s psychickou poruchou je i u profesionála z velké části závislý na laickém obrazu o duševně nemocném, který se učil od dětství. Ten byl utvářen během studia na medicíně, následně pak během vlastních praxí a je dotvářen postgraduálním vzděláváním, rozhovory s kolegy, výcviky apod. Odborný obraz může také představovat

odborný předsudek. Bohužel ani možnost kompletních informací o duševních poruchách nedokáže předsudky dostatečně proměnit. I profesionálové čtou hlavně informace, které potvrzují jejich přesvědčení. To může vést k tomu, že původní stereotyp je naopak více posílen. Možným způsobem nápravy je zde umožnění hlubšího porozumění pacientovým problémům. Tohoto je možné u zdravotníků docílit výcvikem, semináři s pacienty, videonahrávkami, literárními popisy vnitřních stavů a jejich souvislostí. Základním bodem je však zájem o danou problematiku, neboť samotná snaha ostatních nestačí.

2.5 Důsledky stigmatizace

V podstatě jsem již důsledky stigmatizace podrobněji nastínila v předchozích kapitolách. Ráda bych proto jen k závěru uvedla citaci B. Wenigové, kterou uvedla ve svém článku Stigma a duševní poruchy. *„Důsledkem jsou potíže se získáním a udržením zaměstnání, problémy s bydlením, zvýšení izolace, menší spolupráce s lékaři a ochota se léčit. V důsledku horších životních podmínek a většího stresu se opakují zhoršení nemoci. Dochází k chronifikaci nemoci a zvětšení stigmatu. Rozetnutí bludného kruhu je pro samotné pacienty a jejich rodiny velmi nesnadné. Dopady na nositele nemoci jsou tak značné, že se někdy mluví o stigmatu jako o „druhotné nemoci“. Pravdou je, že mnozí pacienti si více než na samotné příznaky nemoci stěžují na izolaci, osamocenost a oslabený pocit vlastní sebehodnoty“* (WENIGOVÁ, 2005, s.24).

3 ORIENTAČNÍ VÝZKUM – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Podstatnou částí mé diplomové práce je níže uvedený orientační výzkum v provedení dotazníkového šetření. Tento jsem koncipovala ze čtyř předem zvolených tematických částí. První částí byla skupina fakticky zaměřených otázek (viz. otázky č. 1, 5, 9). Druhou částí byly otázky zaměřené na postoj vůči osobám s duševním onemocněním (viz. otázky č. 4, 7, 8). Třetí částí dotazníkového šetření byly otázky zaměřené na získávání informací (viz. otázky č. 3, 6) a jejich dostatečnost. A konečně čtvrtou částí dotazníkového šetření byly otázky týkající se stigmatizace v případě vlastního postižení duševní chorobou (viz. otázky č. 2, 10). Samotnému sestavení dotazníku však předcházelo studium materiálů od doc. PhDr. Jana Srnce, CSc. – Strategie a metody psychosociálního výzkumu a publikace od D. Dzúrové aj. (2000) - Duševní zdraví v sociodemografickým souvislostech. Tyto mi byly důležitým průvodcem při zpracování a vyhodnocování vlastního dotazníkového šetření.

3.1 Zadání dotazníkového šetření

Jelikož je má diplomová práce zaměřena na spojitost duševních onemocnění s médii, rozhodla jsem se pro oslovení případných respondentů pomocí média, které je v současné době považováno za nejpokrokovější, tedy prostřednictvím internetu. Jak se následně ukázalo, volba tohoto typu média byla správná, neboť reakce respondentů byly nadpoloviční.

3.1.1 Cíl výzkumu a výzkumná otázka

Před samotným sestavením dotazníku určeného pro naplánované dotazníkové šetření jsem se zamyslela, jakým způsobem využít získaných informací pro svou práci. Jelikož se mi nepodařilo zaměřit se na konkrétní informaci, která má z šetření vyplývat, zohlednila jsem všechny tematické části, ze kterých měla vzejít hypotetická otázka a tedy i odpověď. První otázka, a tedy hypotéza, byla zaměřena na faktické znalosti současné populace v rámci duševních poruch a nemocí. Úkolem bylo zjistit úroveň informovanosti společnosti. Druhá otázka byla směřována na zjištění postoje společnosti vůči duševně nemocným jedincům, tedy jaké chování se u společnosti projeví, setká-li se s takto označeným člověkem. Třetí částí otázek byly efektivně sestavené otázky, které měly za

úkol zjistit, jaký typ sdělování převažuje ve společnosti a zda jsou informace dostačující. A nakonec do poslední čtvrté části byly zahrnuty otázky osobního typu, zjišťující reakce jedinců v případě zjištění vlastního duševního onemocnění.

3.1.2 Výzkumný vzorek

Předem sestavený dotazník jsem rozeslala pomocí aktuálně medializovaného facebooku a doplnila rozesíláním jednotlivých dotazníků emailovou službou. Celkem bylo prostřednictví facebooku rozesláno 142 dotazníků a emailem 37 dotazníků. Z celkového počtu 179 dotazníků byla pravděpodobně díky dostupnosti uživatelům návratnost zodpovězených poměrně vysoká. Tato dosáhla počtu 103 dotazníků, z čehož 64 obsáhly dotazníky zodpovězené ženami a 39 dotazníky zodpovězené muži. Jak je níže uvedeno, tyto jsem rozdělila dle pohlaví a věku do jednotlivých kategorií. Veškeré informace, co se emailových adres či jmen respondentů týkají, jsou považovány za anonymní a tedy je nebudu uvádět ve své práci.
Formulář dotazníkové šetření – (orientační výzkum) je připojen k diplomové práci v části příloh. (viz. příloha I.)

Rozdělení žen – respondentek do kategorií dle dosaženého věku

Věková kategorie	0 - 19	20 - 39	40 - 59	60 - 79	80 a více
Počet respondetek	9	38	11	6	0

Rozdělení mužů – respondentů do kategorií dle dosaženého věku

Věková kategorie	0 - 19	20 - 39	40 - 59	60 - 79	80 a více
Počet respondetů	4	27	6	2	0

3.2 Vyhodnocení a závěr dotazníkového šetření

Na základě získaných odpovědí v dotazníkovém šetření jsem následně provedla jejich vyhodnocení a toto pečlivě zaznamenala. Stěžejním pro mě bylo vyhodnocení odpovědí jak u žen, mužů, tak obou pohlaví současně. Odpověď na předem položenou otázku, zda existuje rozdílnost mezi vzděláním, informovaností a vlastními názory jednotlivých pohlaví, byla zodpovězena, avšak rozdílnost byla minimální. Rozšířila jsem tedy vyhodnocení odpovědí u jednotlivých pohlaví dle věkových kategorií, kde již rozdíl byl znatelnější. Na celkovém zhodnocení toto však podíl nemělo. Tedy detailní vyhodnocení dotazníkového šetření dle zaznamenaných odpovědí u jednotlivých věkových kategorií s rozdílností pohlaví uvádím pouze v přílohách I. a II. své diplomové práce.

3.2.1 Vyhodnocení dotazníku – ženy

Celkový počet zaznamenaných odpovědí respondentek bez rozdílu věkových kategorií u jednotlivých otázek

	Ot. č. 1	Ot. č. 2	Ot. č. 3	Ot. č. 4	Ot. č. 5	Ot. č. 6	Ot. č. 7	Ot. č. 8	Ot. č. 9	Ot. č. 10
a)	17	55	17	23	11	1	40	30	3	13
b)	2	2	28	32	24	19	21	16	48	37
c)	42	7	19	9	6	44	3	18	13	14
d)	3	-	-	-	23	-	-	-	-	-

Nejčastěji uváděné odpovědi z celkového počtu zaznamenaných odpovědí respondentek bez rozdílu věkových kategorií u jednotlivých otázek:

Otázka č. 1 - Pojem „duševní onemocnění“ znamená:

c) Onemocnění mající hlavní vliv na psychiku člověka

Otázka č. 2 - Setkal/a jste se během svého života s osobou s duševním onemocněním?

a) Ano

Otázka č. 3 - Odkud pojem duševní onemocnění znáte?

b) Z médií (telefon, televize, knihy, časopisy aj)

Otázka č. 4 - Ve Vašem blízkém okolí má být zřízena léčebna duševně nemocných, v referendu vyjádříte:

b) Nesouhlas

Otázka č. 5 - Na koho byste se obrátili v případě dojmu, že osoba blízká trpí duševní poruchou?

b) Psychiatrickou léčebnu

Otázka č. 6 - Média informují o problematice duševně nemocných:

d) Jen v případě známých osobností

Otázka č. 7 - Duševně nemocní lidé by měli žít:

a) Dle závažnosti onemocnění začleněni do kolektivu

Otázka č. 8 - Při setkání s osobou o které víte, že trpí duševním onemocněním byste:

a) Reagoval/a odměřeně a přemýšlel/a jak vhodně komunikovat

Otázka č. 9 - Trpí duševní poruchou každý člověk, který pravidelně navštěvuje psychologa?

b) Ne

Otázka č. 10 – Jak se v případě vašeho vlastního duševního onemocnění zachováte:

c) Vyhledám pomoc odborníků a podstoupím případnou léčbu

Při celkovém součtu odpovědí u respondentek (žen) bez rozdílu věku a následném vyhodnocení je možné výstup šetření označit za uspokojivý, neboť povědomí, co se existence duševních onemocnění týče, je rozšířené. Pokud bych však měla hodnotit jednotlivé odpovědi dle tematicky zadaných otázek, je zřejmé, že informace, kterými respondentky disponují jsou omezené a povrchní. Jelikož byly otázky sestaveny dle čtyř tematických částí, zhodnotím tyto individuálně.

První částí byla skupina fakticky zaměřených otázek (viz otázky č. 1, 5, 9). Respondentky si nebyly jisté pouze v otázce č. 5, tedy na koho by se obrátily v případě dojmu, že jejich blízká osoba trpí duševním onemocněním. 24 žen odpovědělo v dotazníku „na

psychiatrickou léčebnu“, což svědčí o nedostatečné informovanosti v oblasti zařízení poskytující pomoc veřejnosti.

Druhou částí byly otázky zaměřené na postoj vůči osobám s duševním onemocněním (viz otázky č. 4, 7, 8). Tato část byla dle výstupu šetření a následně i mého zhodnocení neuspokojivá, neboť postoj vůči jedincům trpícím duševní poruchou byl prokazatelně záporný. V otázce č. 4, tedy zda by respondentky souhlasily s výstavbou zařízení pro osoby s duševním onemocněním v jejich blízkosti, odpovědělo 32 žen záporně, toto navíc prokázala i otázka č. 8 o chování vůči osobám s duševním onemocněním. Dle odpovědí v obou otázkách je prokazatelná obava a nejistota v případě konfrontace či blízkosti s jedinci trpícími duševní poruchou.

Třetí částí dotazníkového šetření byly otázky zaměřené na získávání informací (viz otázky č. 3, 6) a jejich dostatečnost. V otázce č. 3, tedy jakým způsobem se respondentky dozvěděly o existenci duševního onemocnění, uvedlo 28 žen získání informací pomocí médií. Na tuto otázku tematicky navazovala otázka ohledně dostatečnosti zveřejňovaných informací, načež astronomický počet (44 žen) odpovědělo „jen v případě známých osobností“, což má dle mého názoru za následek nedostatečný přehled v celkové problematice duševních nemocí a z čehož následně vyplývá stigmatizace v případě vlastního postižení duševní chorobou, tedy čtvrtou částí tematicky zaměřených otázek. Tyto byly ve výsledném počtu sice uspokojivé, avšak při pozornějším rozboru dle jednotlivých věkových kategorií se ukázala rozdílnost mezi odpověďmi velmi výrazná.

Podrobný záznam dotazníkového šetření u žen - respondentek je dostupný v přílohové části diplomové práce (viz. příloha II.).

3.2.2 Vyhodnocení dotazníku – muži

Celkový počet zaznamenaných odpovědí respondentů bez rozdílu věkových kategorií u jednotlivých otázek

	Ot. č. 1	Ot. č. 2	Ot. č. 3	Ot. č. 4	Ot. č. 5	Ot. č. 6	Ot. č. 7	Ot. č. 8	Ot. č. 9	Ot. č. 10
a)	1	28	6	8	3	1	27	15	3	8
b)	1	6	24	17	24	15	11	9	31	18
c)	33	5	9	14	9	23	1	15	5	13
d)	4	-	-	-	3	-	-	-	-	-

Nejčastější odpověď z celkového počtu zaznamenaných odpovědí respondentů bez rozdílu věkových kategorií u jednotlivých otázek

Otázka č. 1 - Pojem „duševní onemocnění“ znamená:

c) onemocnění mající hlavní vliv na psychiku člověka

Otázka č. 2 - Setkal/a jste se během svého života s osobou s duševním onemocněním?

a) Ano

Otázka č. 3 - Odkud pojem duševní onemocnění znáte?

b) Z médií (telefon, televize, knihy, časopisy aj)

Otázka č. 4 - Ve Vašem blízkém okolí má být zřízena léčebna duševně nemocných, v referendu vyjádříte:

b) Nesouhlas

Otázka č. 5 - Na koho byste se obrátili v případě dojmu, že osoba blízká trpí duševní poruchou?

b) Psychiatrickou léčebnu

Otázka č. 6 - Média informují o problematice duševně nemocných:

c) Jen v případě známých osobností

Otázka č. 7 - Duševně nemocní lidé by měli žít:

a) Dle závažnosti onemocnění začleněni do kolektivu

Otázka č. 8 - Při setkání s osobou, o které víte, že trpí duševním onemocněním byste:

a) Reagoval/a odměřeně a přemýšlel/a, jak vhodně komunikovat

c) Snažil se nedat nic najevo

Otázka č. 9 - Trpí duševní poruchou každý člověk, který pravidelně navštěvuje psychologa?

b) Ne

Otázka č. 10 - V případě Vašeho vlastního duševního onemocnění se zachováte:

b) Vyhledám pomoc odborníků a podstoupím případnou léčbu

Při celkovém součtu odpovědí u respondentů (mužů) bez rozdílu věku a následném vyhodnocení je konečný výstup téměř totožný s výstupem u respondentek v předchozí části. Rozdílnost je možné vnímat především u konkrétních věkových kategorií, kde se dle mého názoru spíše projevil rozdíl věku, a tedy i názorů nežli u žen. Muži působí dle výstupů dotazníkového šetření mnohem razantnějším a rozhodnějším dojmem nežli ženy, neboť jejich odpovědi byli v mnoha otázkách souhlasné a počet hlasů se ve velké většině týkal totožné odpovědi.

Podrobný záznam dotazníkového šetření u mužů - respondentů je dostupný v přílohové části diplomové práce (viz. příloha III.).

3.2.3 Vyhodnocení dotazníkového šetření bez rozdílu pohlaví

Vzhledem k předchozím výstupům co se jednotlivých kategorií u mužů a žen týče, bylo celkem předpokladatelné, že výsledek celkového šetření bez rozdílu věku a pohlaví se nebude lišit od dílčích, neboť jak muži, tak ženy se shodovali v nejčastěji zaznamenaných odpovědích na jednotlivé otázky. Tato shoda nastala v části fakticky zaměřených otázek, otázek zaměřených na postoj vůči osobám s duševním onemocněním, otázkách

zaměřených na získávání informací i v otázkách vztahujících se k možnému vlastnímu prožívání duševní nemoci.

	Ot. č. 1	Ot. č. 2	Ot. č. 3	Ot. č. 4	Ot. č. 5	Ot. č. 6	Ot. č. 7	Ot. č. 8	Ot. č. 9	Ot. č. 10
a)	18	83	23	31	14	2	67	45	6	21
b)	3	8	52	49	48	34	32	25	79	55
c)	75	12	28	23	15	67	4	33	18	27
d)	7	-	-	-	26	-	-	-	-	-

4 MÉDIA A MEDIALIZACE DUŠEVNÍCH PORUCH A NEMOCÍ

„Kdyby zmizela média, nic by nezůstalo stejné. Náš způsob zábavy by se změnil. Nemohli bychom sledovat sportovní týmy v novinách, dívat se na televizi ani jít si užít do kina. Nemohli bychom na večírcích ani pro uvolnění poslouchat hudební nahrávky. Naše chápání politiky a celého světa, který nás obklopuje, by se změnilo. Bez televize, nahrané hudby, filmů, rozhlasu a internetu bychom měli velký díl času ve vlastních rukou…“ (JIRÁK a KOPPLOVÁ, 2003, s.15).

Tento velmi kladně míněný úryvek z knihy Média a společnost však zcela opomíjí veškerá negativa, která s „nedostatkem času ve vlastních rukou“ úzce souvisí. Úloha médií se během let velmi proměnila, taktéž množství informací a především jejich zaměření. Jakým směrem se toto vše ubírá, se následně pokusím rozvést a nastínit v následující kapitole.

4.1 Úloha médií v počátcích neinformované společnosti

Poměrně dlouhou dobu jsem přemýšlela, kam až spadá počátek medializace společnosti. Pokud bychom se zaobírali moderní současnou dobou, kdy je vrcholícím komunikačním prostředkem internet, mobilní telefon, televize, rozhlas atd., museli bychom se zamyslet, co těmto předcházelo. A protože se po dobu psaní diplomové práce nad těmito otázkami zamýšlím stále, budu se jim i nadále věnovat.

4.1.1 Média jako součást komunikačního procesu

Rozhlas, tisk, telegraf, dopisní služba. Tato média dříve zajišťovala předávání informací společnosti. Byla však také první, která nastartovala éru dnešní stigmatizované společnosti. Co však bylo tehdy hlavním záměrem? Především zajišťování komunikace těm, kteří byli buďto příliš vzdálení přijímání zpráv tzv. z první ruky nebo nejevili dostatečný zájem o aktuální dění ve společnosti.

„Komunikace umožňuje fakt, že živé bytosti jsou ve vzájemném vztahu, že se mohou dorozumět, že jsou schopny vyjádřit své vnitřní pochody či stavy a sdělit jiným bytostem informace nebo je přimět k určitému jednání“ (SCHELLMANN aj., 2002, s.16).

Všechny tyto pokusy informovat společnost tedy pramenily z jednoho jediného slova. Informovat. To, že se následně tematicky sdělení rozcházela již nebylo vinou samotných médií, ale těch, kdo média tvořili. A nevztahujme toto pouze na ony distributory. Média tvoří a vždy tvořila především společnost. Společnost a její zájem o druh a způsob sdělení, který v té či oné době preferovala.

Dle historických záznamů spadajících ještě do období pravěku bychom mohli zařadit prostředky snažící se o záznam a přenos sdělení. Jsou to nástěnné kresby v jeskyních, písemná sdělení zaznamenaná na kamenných destičkách, otisky rukou a chodidel zaznamenávající konkrétní sdělení či výstražné symboly.

„S rozvojem lidské společnosti a civilizace rostla potřeba přenášet sdělení na větší vzdálenost, nabídnout je v co nejkratším čase co největšímu počtu lidí či skupin a zaznamenávat je tak, aby vydržela co nejdéle“ (JIRÁK a KOPPLOVÁ, 2003, s.17).

Je tedy naprosto logické, že kamenné destičky, fresky na stěnách či pouze ústní sdělení musely být nahrazeny nejrůznějšími prostředky mechanického, analogového či digitálního zaznamenávání.

Dle H. M. McLuhana, který v roce 1962 popsal ve své knize The Gutenberg Galaxy vývoj médií, je možné rozdělit tento do čtyř období:

- období orální kmenové kultury, které popisuje jako „svět ucha“, tedy dobu akustického prostoru
- období psané kultury – rukopisů
- období Gutenbergovy galaxie s tištěnou knihou, která se stala prvním uniformním a opakovatelným konzumním zbožím
- období nástupu elektřiny

Další teoretici již jen vývoj komunikace doplnili o konkrétnější časové rozpětí a následně se těmto věnovali ve svých publikacích a časem poslední období nástupu elektřiny pozměnili za období rozvoje „nových médií“, které dle mého názoru mělo největší vliv na utváření dnešní podoby nejen sdělovacích prostředků, ale rovněž sdělovaných informací (JIRÁK a KOPPLOVÁ, 2003, s.38-41).

4.1.2 Přechod od komunikace k masovým médiím

Během psaní předchozí kapitoly jsem si položila otázku, v čem tkví tak rychlý nástup „nové doby“, kdy společnosti začala vévodit technika a vše co bylo považováno za dostačující bylo během několika let odsunuto na druhou kolej?

J. JIRÁK a B. KOPPLOVÁ (2003, s.57) připodobňují vznik masových médií ke vzniku masové kultury, kterou spojovali představitelé Frankfurtské školy s fenoménem kulturního průmyslu neboli masové průmyslové produkci určené ke spotřebě ve volném čase. Film, rozhlas, kreslené seriály, jazz a ilustrované časopisy označili za kulturní průmysl s anti-osvícenskými účinky. Kritizována byla především hudební produkce a film, jež nahradily dosavadní média a i přes svou nákladnost získávaly stále větší oblibu ve společnosti. Proč ale? Odpověď je možná jednodušší než se nám může zdát, protože *„používat televizi je jednoduché, člověk v podstatě nepotřebuje umět číst a psát*" (ČERNOUŠEK, 2002, s.14).

Směřuje tedy lidská společnost opravdu k jednoduchosti, kdy díky pokročilé technice nebudeme muset naše děti učit čtení, psaní, počítání, jak jsme tomu byli učeni my? Budou stejně tak, jako byly dříve tolik populární knihy, jako jsou v dnešní době populární média na datových nosičích, populární za pár let datové čipy, kde již bude mít člověk pro usnadnění vepsané všechny potřebné informace včetně zkušeností? I to je možně. Toto ve mně však evokuje jedinou myšlenku. Zamyslíme-li se nad informacemi a zkušenostmi, které bychom měli dalším generacím předávat, budou tyto patřičně cenzurovány? Odpověď nejspíš lidstvo zjistí za pár let, stejně jako já si nyní uvědomuji kam až se společnost se svým „masovým" pokrokem dostala.

4.2 Média a medializace duševních poruch a nemocí v současné době

V předchozí části kapitoly jsem se věnovala postupnému vývoji od pouhého sdělování po šíření informací masovým způsobem celé společnosti. Ráda bych proto tuto část kapitoly věnovala současné podobě mediální komunikace, stigmatizaci zde stále přetrvávající a rolím, které média plní.

Stigmatizace duševních nemocí je obecně tak zažitá, že si mnozí lidé ani neuvědomují, že se v naší společnosti vyskytuje, a to v nemalé míře. Stigmatizace souvisí se stereotypním uvažováním a má negativní dopady na léčbu duševních nemocí a péči o duševní zdraví, jak jsem již zmiňovala v předchozích kapitolách. Hodně lidí považuje negativní obraz duševních nemocí za normu, neboť jsou často vystavováni působení médií, která se určitou měrou podílí na vytváření postojů a názorů veřejnosti. Tato norma je utvářena a udržována po mnoho generací a i když by se mohlo zdát, že společnost mládne v názorech spolu s rostoucí informovaností, opak je pravdou. J. Stern (2006) výstižně

uvádí desatero největších mýtů a omylů společenských názorů a přesvědčení, mezi nimiž nechybí ani mýtus co se stigmat společnosti týče.

„Dnešní mladí už budou jiní, musí se vyměnit dvě, tři generace, abychom byli zase normální společností“ (STERN, 2006, s.213).

A jelikož je dnes již známo, že média významně přispívají ke stigmatizaci duševních poruch je v plánované revitalizaci společnosti potřeba zohlednit nejen přístup jedinců, ale také správné pojetí ze strany médií.

„Role masmédií spočívá především v tom, že představují prostředníka mezi publikem a skutečností, která je tomuto publiku nedostupná. Pokud příjemci nemají s popisovanou skutečností vlastní zkušenost a média pro ně představují jediný zdroj informací, pak je velmi pravděpodobné, že přijmou to, co média nabízejí„ (DANEČKOVÁ aj., 2008, s.129).

Stigmatizace je spojená s pocitem odlišnosti. Pokud vnímáme skupinu lidí jen podle odlišnosti, zdá se nám být více cizí a tím pádem nás více ohrožuje. Stereotyp psychiatrického pacienta v médiích velmi účinně udržuje stigma. Pokud zaměříme svou pozornost na informace médii zveřejňované, jako jsou nehody, sebevraždy, agrese nebo zločiny spáchané nemocnými, je to vždy „tučně“ uvedeno. Tento stereotyp už nerozlišuje, zda šlo o psychózu, depresi, neurózu apod. Dotyčný se prostě léčil na psychiatrii a další informace vědět nepotřebujeme. Styl tohoto sdělování jen povrchových a pro společnost zajímavých informací budu nazývat pravděpodobně všem dobře známým slovem „bulvár“. Média se v dnešní době bulvarizují především v oblasti zpravodajství. A bulvarizace s sebou přináší nutnost nabízet divákům krátké, „dynamické“ a klipovité zprávy, u nichž je pravdivost a přesnost sekundární, tedy nepotřebná a občas i nežádoucí (abych byla přesná). Hlavní roli hraje silný vizuální dojem a rychlost, s níž je zpráva nejen interpretována, ale také doručena ke konzumentům. Prokazatelně se zkracuje „attention span“, tedy doba, po kterou jsme schopni se soustředit na sdělení (zprávu), což může být důsledek příliš rychlého životního tempa. Tím se prostor pro přemýšlení nad mnohými pojmy a souvislostmi zmenšuje (jak pro novináře, tak pro konzumenty médií) a naopak se zvyšuje počet chybných údajů a dochází tak k nadprodukcí informačního odpadu, tedy zpráv, jejichž hodnota je téměř nulová.

4.2.1 Média a jimi zveřejňovaný informační odpad

Ještě před samotným výběrem tématu své diplomové práce jsem se zajímala o onu nadprodukci informačního odpadu a jelikož mě zaujal případ moderátorky a bývalé ředitelky Radiožurnálu Barbory Tachecí, pořídila jsem si v celkem hojném počtu informace, které pronikaly díky médiím do společnosti ať už prostřednictvím novinových článků (především v bulvárních článcích) či prostřednictvím internetu. Těmito bych ráda názorně demonstrovala výše zmíněný text, aby si i běžný čtenář měl možnost přiřadit konkrétní situace k výše zmíněné teorii.

Osobnost Barbory Tachecí si pravděpodobně mnoho lidí zařadí do souvislostí s moderováním v rádiu či drsným komentováním bulvárních kauz v televizních vysíláních. Díky médiím je však tato osoba známá i jako pacientka pražské léčebny Bohnice, kde byla v únoru roku 2008 umístěna pro nervové selhání. Díky jedné epizodě vztahující se svou tematikou k psychiatrické léčebně obdržela Barbora, namísto moderátorky, nálepku blázna. Co se týče médií byla tato senzace hodná mnohačetného opakování bouřlivých titulků a po mnoho týdnů tak Barbora Tachecí vévodila titulním stranám bulvárních plátků. Co však bylo samotnou podstatou hospitalizace již bylo vedlejší. Jak jsem již výše uvedla, sekundární informace nikoho nezajímají. Pro představu uvádím několik titulků, úryvků či částí článků ohledně případu hospitalizace paní Tachecí.

„Barbora Tachecí se zhroutila, je v léčebně v Bohnicích! Odvolaná šéfka Radiožurnálu Barbora Tachecí je v bohnické psychiatrické léčebně. Dopoledne ji tam odvezla sanitka, kterou přivolal rodinný příslušník…“ (WIRNITZER, 2008).

„Zděšení mezi pacienty kliniky vyvolalo v 10.45 hodin vyšetření Tachecí, která je známá i jako bývalá prestižní moderátorka České televize. Křičela: Pomoc! Pomoc! Nechte mě být! Přitom jí nic nedělali, jen chtěli, aby šla do místnosti, kde se vyšetřuje, popisuje jedna z pacientek“ (www.ahaonline.cz).

„Barbora Tachecí skončila v Psychiatrické léčebně v Praze-Bohnicích minulý čtvrtek, den poté, co ji generální ředitel Českého rozhlasu sesadil z funkce šéfky stanice Radiožurnál“ (www.rozkvetlekonvalinky.estranky.cz).

„Onemocnění mozku, možná i nádor! S takovým podezřením převezli včera dopoledne bývalou ředitelku Českého rozhlasu Radiožurnálu Barboru Tachecí (45) z bohnické psychiatrické léčebny na vyšetření do Fakultní nemocnice Na Bulovce. Ztropila tady výtržnost. Slovně napadala zdravotníky, kteří ji měli připravit na CT vyšetření hlavy, popisuje zdroj z nemocnice“ (www.ahaonline.cz).

„Vyšetření v nemocnici ale nakonec Tachecí nepodstoupila. Přestože s ním nejprve souhlasila, jen tady udělala scénu a odmítla se nechat vyšetřit. Bez vyšetření ji proto odvezli zpět do léčebny, uvádí zdroj z nemocnice“ (www.ahaonline.cz).

„Ani návrat Tachecí, která byla vyhlášena Ženou roku 2006, zpět do Bohnic nebyl zcela idylický. Než se ji třem chlapům podařilo přemluvit, aby nastoupila do sanity, trvalo to dost dlouho. Dohadovala se s nimi na chodníku a potom zase na procházející návštěvníky nemocnice křičela: Pomoc! Pomoc! Jako kdyby ji chtěli unést, dodává jeden ze zaměstnanců nemocnice“ (WER, 2008).

„Vyjádření Barbory Tachecí k osobním problémům spojeným s umístěním do léčebny v Bohnicích: Mé onemocnění se jmenuje dočasná bipolární porucha, což je léčitelné onemocnění způsobující výkyvy nálad. A v určitých fázích té nemoci s vámi cloumá totální posedlost prací, řekla dále. Touto nemocí trpěl například Winston Churchill nebo Václav Havel, takže jsem v dobré společnosti. Někdy bych byla stokrát radši doma, ale uvědomuju si, že pobytem tady prospívám sama sobě“ (EFK, 2008).

Mohla bych zde uvést další a další články týkající se této osoby, avšak myslím si, že zde si i zcela laický čtenář udělá vlastní názor co se pravdivosti sdělovaných informací či přeplněnosti informačním odpadem týče. Sama za sebe upřímně doufám, že si takovýto názor udělá každý, kdo bude číst tuto práci. Ale o to více se zamýšlím nad těmi, kteří denně vstřebávají pouze informace „odpadového typu“. A bohužel musím konstatovat, že nebýt společnosti, která je ochotna „vstřebávat“, nebylo by ani médií, která by informace šířila. To co pro mě z výše uvedeného textu vyplývá je: společnost = média. Proto je velmi důležité zamyslet se nad tím, co říkáme v médiích a co píšeme v populárních článcích, protože jsme to my, kdo tvoří mediální společnost.

4.2.2 Druhy médií a jejich využití ve společnosti

Těžké je hodnotit převahu médií zveřejňované reality oproti informačnímu odpadu, o který v dnešní době tato nemají nouzi. Na jedné straně stojí pravdivé informace, odborné články a publikace spolu s krásnou a naučnou literaturou a na druhé straně pak bulvární tisky a mediální fámy. Média je poměrné snadné rozdělit druhově, zasadit do vývoje společnosti dle vzniku a rozvoje či odlišit dle obsahu sdělovaných informací. Celkově je tedy možné tyto hodnotit. Avšak kterékoli hodnocení jednotlivých typů bude velmi subjektivní, neboť přijímání sdělovaných informaci je ovlivněno především individualitou jedince či skupiny. Zaměřím se proto na rozdělení jednotlivých typů médií, jež doplním o vliv, který mají bezprostředně na mou osobu.

Knihy

S největší pravděpodobností nejstarší typ média, které prošlo staletími a i přes znatelný vývoj si dokázalo zachovat svou pointu. Jeho užívání se s postupným vývojem dalších typů médií silně zredukovalo, a tedy dřívější funkce, které knihy plnily, byly částečně nahrazeny médii dostupnějšími a poskytujícími informace nezbytné, nikoli však stejně obsáhlé. Tímto způsobem se dle mého názoru značně zredukovalo i povědomí společnosti, která vše zbytné odsunula za pomyslnou hranici, za kterou si sáhne jen v případě nadstandardního zájmu.

Noviny

Tento typ média lze pojmout ze dvou různých úhlů pohledu, a to především co se obsahu sdělovaných informací a jejich prospěšnosti společnosti týče. Na straně jedné stojí noviny jako sdělovací a informační prostředek poskytující společnosti informace věcné, povědomí rozšiřující a na straně druhé noviny jako médium založené na mnohdy fiktivních a povrchových informacích učící společnost konzumně přijímat vše sdělované bez hlubšího zamyšlení. Oba dva typy sdělování se již po mnoho let prolínají, doplňují a vzájemně si konkurují. Je téměř obdivuhodné, jak v dnešní době konzumní společnosti je stále udržovaný druh novinových sdělení s kvalitním a podněcujícím obsahem nabádajícím čtenáře k hlubšímu zamyšlení nad uvedenou problematikou, neboť je zcela viditelný posun zájmu směrem k bulvárním plátkům bez duchaplnějších textů, avšak velmi bohatě doplněným fotografickými přílohami. Až by se dalo říci, že se společnost navrací do dob kamenných, kdy hlavním sdělovací prostředkem byly fresky na stěnách jeskyní.

Časopisy

Obdobou předchozího média je taktéž tištěná forma sdělovaných informací, avšak realizovaná s odlišným záměrem. Oproti knihám plní časopisy úlohu sdělování aktuálních informací v podobě jednotlivých článků, většinou s odlišným jednorázovým obsahem. Rovněž jako knihy můžeme tematicky rozdělit i povahu časopisů na odborné, naučné, aktuálně sdělovací a bulvární. Jejich vývoj se oproti dřívějším dobám posunul kupředu co se kvantity i různorodosti týče, ale jejich specifikum v krátkosti a cílenosti sdělení stále zůstává.

„Časopisy můžeme chápat jako meziformu mezi novinami a knihami, protože vycházejí periodicky, ale ne tak často. Jsou aktuálnější než knihy, ale ne tak aktuální jako noviny. Formátem a kvalitou tisku se více podobají knihám a jsou uchovány déle než noviny, ovšem ne tak dlouho jako knihy“ (SCHELLMANN aj., 2004, s.41).

Pokud bych měla hodnotit typy médií dle prospěšnosti společnosti, řadila bych časopisy na jednu z prvních pozic. Jako jedno z mála sdělovacích prostředků se druhově časopisy vyprofilovaly způsobem vyhovujícím téměř všem skupinám společnosti, tedy pokud člověk projeví jen trochu zájmu o získání nových informací, pravděpodobně zde najde uspokojení.

Rozhlas

Rozhlas je nejstarší elektronické médium, dříve označované jako radiožurnál. Výraz rozhlas je poměrně novodobé označení, které použil v roce 1924 redaktor Národních listů. Toto médium patří mezi telekomunikační zařízení, které slouží k jednosměrnému přenosu zvuku na dálku. Dnes však toto označení většina z nás zná pod slovem „rádio“.

Nebudu zde popisovat dlouhosáhlou historii ani populární radiostanice, které jejich posluchači jistě dokáží naladit na svých přijímačích sami. Ať už se o tomto médiu budu vyjadřovat jako o rozhlasu či rádiu, mám na mysli prostředek, který se svým pokrytím a využitím v dnešní době téměř rovná televizi. Zahrnuje jak soukromé poskytovatele, vysokoškolská a vzdělávací rádia, nekomerční místní rádia, tak veřejnoprávní radiostanice. Postupem času došlo k prudkému nárůstu soukromých poskytovatelů, kteří svou programovou strukturu zaměřili především na reprodukci hudby, doplněnou o zprávy, komentáře, interview, diskuze, přehled tisku a v neposlední řadě reklamní spoty, jejichž příspěvek do financování jednotlivých stanic je téměř 100%. Právě díky reklamám a jiné

propagaci mají tyto radiostanice šanci na přežití, neboť nákladovost provozování soukromého subjektu vedle veřejnoprávních vysílání je o mnoho složitější a nákladnější. Avšak pokud bychom se zaměřili na přínosnost soukromých provozovatelů rozhlasu a veřejnoprávního rozhlasu, není zcela pochyb, že hudba sice přináší člověku moment relaxace a mnohdy i podněcuje osobnost, avšak veřejnoprávní rádia zajišťují vedle televize posluchači věcné, potřebné a aktuální informace.

„Veřejnoprávní rozhlas a televize jsou svobodné instituce, které svou skladbou plní společenskou zakázku“ (SCHELLMANN aj., 2004, s.46).

Kino

Dle zařazení spadá kino do kategorie médií, tedy ho zmiňuji i ve své práci. Netuším zda se jedná pouze o můj subjektivní pohled, ale z hlediska informovanosti a přínosu společnosti, zařadila bych tento typ média až na poslední místo, ne-li ho vůbec neuvedla. Za prvé je kino v dnešní podobě zaměřeno pouze na cílové skupiny, které preferují určitý styl sdělovaných informací a za druhé je zaměřené na skupinu osob s poměrně omezeným věkovým rozpětím.

„…kino oslovuje především věkovou skupinu čtrnácti až třicetiletých a je proto zaměřeno na omezenou cílovou skupinu“ (SCHELLMANN aj., 2004, s.58).

Na rozdíl od následujícího média-televize, je však kino velmi zajímavým médiem pro reklamu, přijímání filmů s různorodou tematikou a tedy i mnohdy filmy zahrnujícími hlubší myšlenky. Toto je dáno exkluzivitou promítání jednotlivých filmů, které se do televizního vysílání dostanou až určitou dobu poté, co je většina diváků shlédla během promítání v kině. Logické je, že pokud si již člověk zaplatí vstupenku a usadí se před promítacím plátnem, zhlédne film celý, zatímco doma u televize přepne na jiný vysílací kanál v případě nespokojenosti s programem. Omezenost však tkví v promítacích žánrech, kterými nejsou vzdělávací či osvětové pořady ani filmy výchovného charakteru. Kina jsou v dnešní době přeplněna bestsellery, které jsou již předem režírovány se záměrem zaujmout diváka, nikoli ho vzdělávat. A právě toto hodnotím jako největší minus tohoto média, které by bez nákladných výdajů a ještě nákladnější propagace propadlo ve srovnání s ostatními médii na úroveň pouličních promítacích pláten, které pravděpodobně většina z nás viděla v tak propagovaném filmu „Pelíšky“.

Televize

Úmyslně jsem zařadila televizi za médium-kino. Právě televize byla důvodem „odchodu“ tolik dříve populárního kina, které bylo přístupné všem, nejen cenově, ale i tematicky. S nástupem nového moderního média však jeho navštěvovanost pochopitelně klesla. Hlavním důvodem byla dostupnost televize. Stačilo pouze otočit knoflík a kýžený zážitek byl tu. Oproti ostatním médiím má televize řadu dalších předností. Nabízí vůči novinám, rozhlasu a tiskovinám sdělení nejen akustické, ale i vizuální. Obraz je pohyblivý, aktuálnost okamžitá a kvalita sdělovaných informací je stále na vyšší úrovni. Tedy není divu, že se kino posunulo do úrovně kulturního a dražšího zážitku. Kromě pozitiv je však televize velmi často vystavována kritice společnosti. A oprávněně.

„Médium televize lze jen těžko přecenit co do jeho významu. Bývá označováno za „médium 20. století“, které se ve vědomí obyvatelstva těší největší pozornosti. Není proto divu, že se o televizi mluví vždy, když se hovoří o pozitivních či negativních jevech ve společnosti, jako je vzdělání, demokracie, násilí či kulturní úpadek“ (SCHELLMANN aj., 2004, s.54).

Mezi nejčastěji zmiňovanými body negativního dopadu média televize je vytváření neskutečného světa, v němž si lidé směšují či dokonce pletou fikci se skutečností. Mnohé pořady jsou brány jako skutečnost, ačkoli jsou ryzí fikcí a tím je schopnost diváka rozlišovat mezi reálným a fiktivním světem podrobena velké zkoušce. To co lidé vidí a slyší v televizi se pro ně mnohdy stává dogmatem, pokud sami nedokáží rozeznat správnost informací. Tutéž problematiku uvádí Jan Stern ve své knize Média, psychoanalýza a jiné perverze. Popisuje médium televize jako jeden z nejúspěšnějších manipulátorů dnešní doby. Tento nastiňuje čtenářům na konkrétních příkladech filmů „hollywoodského stylu“, které skrze svůj fiktivní obsah oslovují dav, jež bezmyšlenkovitě přijímá zobrazovaný děj bez ohledu na jeho reálnost. Tento způsob prezentace zkreslených informací popisuje i C. GARDNER (1979) v kapitole Worker´s Control and the Media. Zhlédnutý obsah je následně zakotven v lidském podvědomí a nevědomky ovlivňuje reakce ve skutečném životě.

Stejný názor sdílí ve své knize i G. Le BON (1997), který hrané situace popisuje jako nepřímé ovlivňující faktory. *„Faktory nepřímé jsou ty, které způsobují, že davy jsou schopny přijmout určitá přesvědčení a neschopny dát se proniknout jinými. Tyto faktory připravují půdu, na které náhle vzklíčí nové myšlenky, jejichž síla a následky překvapují, jejichž spontánnost je však pouze zdánlivá“* (Le BON, 1997, s.39).

Kromě filmových ztvárnění však televize zprostředkovává i reálné informace. Co ale platí pro srovnání s kladnými dopady, je jejich silně převažující negativnost. Zprostředkovaný jednostranně negativní obraz světa přispívá k tomu, že lidé pociťují mnohem větší strach ze světa než je zapotřebí. Tento fenomén označovaný jako „kultivační teze“ je založen na faktu, že v televizi jsou negativní události jako nehody, katastrofy a kriminalita líčeny mnohem častěji než pozitivní aspekty. Kritika tohoto média je tedy v dnešní době samozřejmostí. Méně vyzdvihovanými jsou však na druhé straně klady televize, která kromě nereálných filmů právě díky nastiňované realitě doby plní společenské, hospodářské i politické funkce. Média v celkovém pojetí vychovávají ke kulturnímu a všestranně prospěšnému soužití, pomáhají člověku orientovat se, slouží jako motor hospodářského růstu, poskytují možnost kritiky, apod. Z uvedeného seznamu tedy vyplývá, že médiím připadá velmi důležitá úloha v naší společnosti a konkrétně televize tyto podporuje v největším rozsahu právě díky své dostupnosti.

Úloha a význam televize byly již nastíněny. Je tedy čistě jen na divákovi, kterou formu dostupného pořadu zvolí. Zda to budou informativní pořady (zprávy, počasí, magazíny, dokumenty, reportáže aj.), zábavné pořady (seriály, hrané filmy, televizní inscenace, kreslené filmy aj.) či kulturní a vzdělávací programy, již médium televize neovlivní, neboť i ono je regulováno poptávkou společnosti, u které bohužel velmi často převládá jednoduché myšlení ovlivňující volbu sledovaných pořadů.

Internet

Internet je pravděpodobně nejužívanější médium současné doby, zároveň zmiňované v médiích ostatních. Tato celosvětová počítačová síť spojuje množství institucí, privátních poskytovatelů informací a žadatelů o informace na digitální bázi. Historie internetu spadá do roku 1962, kdy vznikl projekt počítačového výzkumu agentury DARPA. Až do roku 1987, kdy vznikl samotný pojem „internet“ byl provoz zaměřen na testování a propojování mezi jednotlivými počítači, kterých bylo do začátku propojeno pouhých 27000. Převratným rokem byl rovněž rok 1993, kdy byl mezi veřejnost rozšířen první www prohlížeč díky němuž bylo o tři roky později aktivních již 55 milionů uživatelů a internet jako médium podstoupil komercionalizaci díky níž se stal dostupnější pro širokou veřejnost. Od roku 2000 do roku 2006 se postupně uživatelská společnost rozšířila na 900 milionu uživatelů a o rok později překročila první miliardu.

Rychlý nástup tohoto média měl za následek stejně rychlý ústup médií ostatních. Z počátku byl internet využíván k pracovním účelům, rozvoji spojení mezi nadnárodními společnostmi a rozrůstajícím se firmám. Kde nastal přelom, kdy se internet stal součástí běžného života dnešní společnosti, už publikace neuvádí. Pokud bych však zapátrala ve vlastních vzpomínkách, kdy se internetové připojení stalo součástí mého života, odhadla bych dle výše uvedené kategorizace, že jsem byla taktéž jedním z prvních uživatelů. A spolu s rostoucím věkem rostla i potřeba užívání tohoto média. Z počátku se jednalo o hry, chat, diskuze a jinou dostupnou zábavu, kterou následně nahradila potřeba získávání odborných informací, na internetu publikovaných knih a výzkumných prací potřebných především pro studium na gymnáziu a následně vysoké škole. Souběžně s těmito jsem využívala internet prakticky kdykoli bylo potřeba. Největší výhodou pro mě byla dostupnost a rychlost dohledaných informací. Do té doby tolik oblíbená knihovna s nepřeberným počtem knih byla nahrazena internetovými stránkami, jejichž užívání jsem díky častým návštěvám internetu dopilovala k dokonalosti. Můj zájem byl tehdy bezrozměrný. Pojímala jsem snad veškeré informace, kterých jsem se dopracovala, avšak bez zohlednění jejich pravdivosti. V podstatě až během posledních let jsem si začala uvědomovat jejich rozmanitost, zahrnující jak fiktivní, tak reálné skutečnosti a co více, naučila jsem se je oddělovat. Plně si tedy uvědomuji možný dopad jak na mou osobu, tak případně jiné uživatele.

Internet poskytuje cokoli nás v dnešní době jen napadne. Pro někoho jsou to stránky zaměřené na zábavu, pro jiného vzdělávací a potřebné materiály. Toto médium informuje jak o aktuálních děních, tak historii. Nalézt zde můžete i stránky předpovídající budoucnost. Jak říkám, naleznete zde cokoli. Je tedy těžké hodnotit kladnou či zápornou stránku poskytovaných informací a služeb. Stejně jako u ostatních médií, záleží na konečném uživateli, které z nabízených bude využívat a které nechá bez povšimnutí.

Média na nosičích

Opět řadím tento typ média až za výše zmíněný internet, neboť k rozvoji samotných „nosičů“ došlo zároveň s rozvojem internetu a počítačové techniky. Zdůrazňuji slovo rozvoj, protože nosičem je možné chápat rovněž papír, na němž jsou přenášeny informace v podobě tiskovin, knih a časopisy zveřejňovaných článků, fotografií aj. Tyto si však v dnešní době jen těžko k pojmu „mediální nosič“ přiřadíme. Média na nosičích jsou spojována především s elektronickou podobou, tedy obrazovými, zvukovými a textovými

informacemi, jež spolu nesou hlavní výhodu jejich užívání, praktičnost jejich přenášení a uchovávání. Pokud jsme dříve byli zvyklí na hromady videokazet, přeplněné knihovny s publikacemi a především na náročnou evidenci všech potřebných tiskovin, dnes lze toto vměstnat na tzv. CD či flash disky. Jejich kapacita je sice omezená, ale i přesto dostačující pro běžné užívání.

„Média na elektronických nosičích jsou doplňkem prchavých médií, jako je rozhlas, televize, kino tím, že umožňují konzervování obsahu. Uživatelům se tím dostává vysokého stupně nezávislosti na programové nabídce. Uživatel už není tím, kdo se v určitý čas musí dostavit k recepci toho kterého pořadu, ale může si sám sestavit vlastní program“ (SCHELLMANN aj., 2004, s.61).

Zvláštní úlohu v tomto procesu hrají zvukové nosiče. Jejich produkce během několika posledních let získala na obrovském významu na trhu s médii. B. SCHELLMANN aj. (2004) uvádí podíl zvukových nosičů v Německu 2,5 miliard eur na objemu trhu. Tento trend jde však ruku v ruce s „online“ (internetem volně dostupnou) distribucí hraných filmů a hudebních záznamů. Otázkou tedy je, který z těchto trendů se stane v budoucnu více preferovaným a vyhledávaným. Každopádně ať ten či onen, oba spadají do kategorie pohodlného přenášení a uchovávání informací a kdo ví, jaký typ médií bude za pár let převažujícím nad současnými.

Telefon

Pro většinu lidí nepostradatelný přístroj díky kterému mohou být v dnešní době neustále v kontaktu, předávají si díky němu informace libovolného rozsahu a ve většině případů si bez něj ani nedokáží život představit. A právě toto může být onen kámen úrazu.

„Telefon je dnes neodmyslitelnou součástí multimediálního světa. Je to přístroj, který ovládá všechny formy mediální komunikace“ (SCHELLMANN aj., 2004, s.37).

V situaci naprosté odkázanosti na tento typ média je v případě jeho odbourání člověk vystaven mnoha problémům, které pro něj i ostatní mohou mít velmi nedozírné následky vztahující se k profesní i osobní rovině. Pokud si jen pokusím na chvilku představit svůj život bez telefonního spojení, evokuje ve mně tato představa pocit izolovanosti a samoty se ztrátou jak profesní části v životě, tak kontaktů s osobami blízkými. Na druhou stranu si velmi zřetelně uvědomuji negativa neustálé dostupnosti, která ve mně mnohdy vyvolává stresující pocity z nemožnosti odpoutání se na čas od společnosti denně mě obklopující a tedy znamenající postupnou destrukci vlastní psychické složky. Telefon považuji za

pravděpodobně jediné médium, které ve svém životě pociťuji jako věc nezbytnou, velmi potřebnou a zároveň velmi zatěžující. Vlivem informací pojímajících skrze telefonní spojení, v mém případě informací spojených s profesní částí života, je následně potřeba přijímat jakékoli další redukována na nezbytné minimum, a tedy občas dochází k situacím, kdy i běžná komunikace na neutrální téma s přáteli prostřednictvím tohoto média zůstává bez odezvy. Pokud nyní zhodnotím oba případy, jak nedostupnost telefonu, tak přehlcenost informacemi jeho prostřednictvím sdělovanými, může být důsledek výše zmíněné izolovanosti totožný.

Řeč

Sice na posledním místě, ale cíleně uvádím jako jeden z druhů médií „řeč“. Řeč je komunikační prostředek, který je pro člověka naprosto typický a právě proto ze všech médií nejrozvinutější. Význam řeči je nedocenitelný. V prvé řadě utváří jazyk, který je převažujícím prostředkem komunikace a díky němuž mají všechna výše uvedená média smysl. SCHELLMANN aj. (2004, s.34) uvádí při počtu obyvatel světa 6,1miliard téměř neuvěřitelných 2800 jazyků, z nichž necelých 500 má vlastní písmo. Napadají mě tedy otázky ohledně zmiňovaných druhů médií. O kolika dalších vůbec nevíme, s kolika dalšími se ještě setkáme a máme možnost již nyní ovlivnit jejich obsah? Myslím, že zcela jistě ano, neboť současnou podobu médií jsme si také utvářeli sami.
„*Navíc řeč je citlivé médium, které je třeba užívat opatrně*“ (SCHELLMANN aj., 2004, s.34).

4.2.3 Atraktivnost medializovaných informací

Výše uvedená kapitola byla zaměřena na jednotlivé typy médií jak dřívější, tak současné doby. Každé z nich je svým způsobem i podávanými informacemi a jejich reprodukcí originální, avšak totožný mají cíl, který je zaujmout čtenáře, posluchače a diváky. Každý typ média pro dosažení tohoto záměru užívá jiných technik a postupů. Ať už se jedná o zaměření pozornosti vůči konkrétní skupině či celé společnosti, musí jejich atraktivnost dosahovat vysoké úrovně, neboť konkurenceschopnost je vysoká jak mezi stejnými typy médií nabízenými rozdílnými subjekty, tak mezi typy médií vzájemně. Jednotlivá média proto využívají kromě věcných, aktuálních a společností vyžadujících informací především informace a sdělení atraktivní, tedy ty s nimiž mají šanci na dnešním přeplněném trhu obstát. Pravdou sice je, že nabídka ovlivňuje poptávku, avšak nabízeného

je dnes tolik, že si jen těžko můžeme zvolit vše současně. Média jsou touto realitou dnes a denně ovlivňována a tak kromě nákladné reklamy, kterou využívají ke své propagaci, využívají těch nejatraktivnějších a nejpůsobivějších informací, které jen dokáží poskytnout. Mnohdy proto sáhnou po fiktivních a zavádějících informacích nedbajíce důsledků, které společnosti následně přinesou. Důsledky mohou být nedozírné. Tento způsob zveřejňování informací vede společnost k mylným názorům co se reality týče a zároveň k nedostatečnosti reálných a potřebných informací, neboť tyto ve své podstatě postrádají onu atraktivitu. A jak jsem již v předchozích kapitolách zmínila, vede toto k ucelování veřejného mínění špatným směrem, podporování negativního názoru na aktuální dění a udržování stigmat společnosti.

4.2.4 Pomáhají média či škodí?

Pokud se ohlédneme do historie, média plnila převážně úlohu komunikační a sdělovací. Předávala informace v rozsahu ústně nesdělitelném, pro život potřebném a dostačujícím. Plnila tedy svoji funkci korektním způsobem. Postupem doby, rozvojem tisku a zejména techniky stávaly se informace více dostupnými pro stále širší vrstvy obyvatel. Zde zafungovala prostá rovnice nabídky a poptávky. Zprávy informativního charakteru byly doplňovány a v mnohých typech médií i zcela vytlačeny nově preferovaným informačním odpadem. S nástupem moderní doby, kdy sdělovacím prostředkům vévodí internet a reklama je však těžké hodnotit kvalitu samotných médií, vytřídit ze všech předávaných informací potřebné, pravdivé podstatné a věcné informace. Hodnotila bych zde spíše produkci, která se oproti dřívějším dobám silně posunula směrem ke sdělování povrchních a nepotřebných informací a tím částečně potlačila to podstatné. Nemohu se však ubránit myšlence, která mi stále sklouzává ke konzumnosti společnosti, která dle dnešní podoby nastavuje úroveň a laťku všem médiím, které se jejím potřebám přizpůsobují.

Vše výše uvedené platí však pouze v takové společnosti, kde nefunguje cenzura – alespoň ne v pravém smyslu tohoto slova. Pomineme-li režimy, které omezují dostupnost konkrétních médií zcela či částečně ať již co do obsahu či cílové skupiny, musíme na celém světě připustit regulaci informací mocenskými nástroji dané společnosti. Zda se jedná o regulaci pozitivní či negativní, je předmětem dalšího zkoumání.

Další otázkou, kterou jsem si položila bylo, jakým způsobem nám média v dnešní době pomáhají, zda nám vůbec pomáhají. Budu hovořit spíše za sebe, neboť si plně

uvědomuji rozdílnost názorů každého jedince ať už způsobené samotnou individualitou či situačním začleněním do společnosti.

Je mi 25 let, studuji již druhou vysokou školu, které předcházelo studium na gymnáziu a pokud to tak mohu říci, pocházím z poměrně moderní rodiny, jejíž názory jsou velmi osvětové. Nikdy jsem netrpěla nedostatkem informací ani jsem nestrádala co se sociálních kontaktů v různých vrstvách společnosti týče. Tedy si dovolím říci, že žiji v moderní době. Využívám pravděpodobně všechny možné a dostupné komunikační prostředky a přístup k médiím mám zcela volný. Stačí si jen vybrat. A vybrat je pravděpodobně to vhodné slovo. Vše je o výběru a preferenci nabízených a dostupných informací. Pravděpodobně pokud bych se narodila do jiné rodiny, v jiné době a mou denní povinností bylo obstarat běžné domácí potřeby, spokojila bych se s bulvárními informacemi při zapnutí televizního vysílání či přečtení aktuálních „drbů" v masově propagovaných listech bulváru a zřejmě bych někomu, kdo by psal tuto práci položila stejnou otázku, jakou mi položila mně blízká osoba. Tato zněla: „A co je to stigma?" V tu chvíli jsem si uvědomila, že bude potřeba ještě hodně úsilí než si lidé uvědomí, že jsou vůbec nějaké skutečnosti, podle kterých se třeba i nevědomě chovají, a teprve poté bude možné jejich názory začít měnit. A do té doby budu zastávat názor, že určité druhy médií jsou pro určité skupiny lidí spíše škodlivé nežli napomáhající.

4.3 Realita médii nezveřejňovaná

Prostřednictvím médií se denně setkáváme s informacemi a sděleními různých typů. Sami však nejlépe víme, na které z těchto reflektujeme a na které nikoli, neboť se nám třeba nezdají tolik atraktivní jako jiná. Některá sdělení však začneme po čase sami vyhledávat. Stane se tak ve chvíli, kdy hledáme různá východiska, a tedy tyto informace začneme sami potřebovat. Vzhledem k výše uvedeným kapitolám, zaměřených na atraktivnost médií, povrchnost informací, převládajícím stigmatům a přehlcenosti negativními sděleními, je zřejmě pochopitelné, proč informace týkající se problémových otázek společnosti odsouváme do pozadí a zabýváme se jimi až ve chvílích, kdy se nás osobně dotýkají. Pravděpodobně je to zčásti přirozené. Avšak toto s sebou nese nemalý problém a tím je „nezveřejňování" podstatných informací a tedy nepřipravenost na situace, které naše životy denně naplňují nebo mohou naplňovat. Pokud by se kromě preferovaného dostávalo na povrch i to, co zůstává tzv. pod pokličkou, byl by zde bezpochyby i prostor pro případná řešení problémů a nebyli bychom na jejich řešení následně sami.

4.3.1 Státní versus soukromá zařízení pro pomoc duševně nemocným

Prostřednictvím médií denně získáváme nepřeberné množství informací. Jak však již bylo v úvodu kapitoly zmíněno, tyto informace nebývají dostačující, ne-li mizivé. Důvody již byly rovněž uvedeny. Neatraktivita a vážnost sdělovaných skutečností nejsou však ovlivněny jen výběrem tvůrců těchto zpráv, ale především veřejností, kterou jak uvádí M. ŠÁLEK a T. FEŘTEK (2001) reálná sdělení nezajímají.

„Ruku na srdce: když si koupíte noviny, nebo si pustíte televizi, co vám víc zrychlí dech a rozšíří zorničky?Zpráva o tom, že proslulá česká kráska byla spatřena v náručí místopředsedy vlády, anebo informace, že na charitativní konto Přehrady bylo vybráno pět milionů korun? Reportáž ze zákulisí policejního zátahu na mnohonásobného vraha odsouzeného k doživotí, který předtím uprchl z nejpřísněji střežené pevnosti v zemi, anebo příběh paní, která během víkendů pomáhá v nedalekém sirotčinci? Ano, média by určitě mohla stihnout obojí (a taky většinou stíhají), ale v těchto případech se rozhodně nespoléhejte na nějakou vyváženost“ (ŠÁLEK a FEŘTEK, 2001, s.24).

Chyba je pochopitelně na obou stranách. Banalizováním nezveřejňovaných informací ale posunu kupředu nedosáhne ani jedna strana a už vůbec ne strana třetí, která se v ocitla v situaci, že by právě tato pro společnost a média „nezajímavá“ sdělení potřebovala. V případě mé diplomové práce se jedná o skupinu duševně nemocných osob, která kromě nesnadné životní situace musí nést následky právě v podobě nedostatečných informací. Je proto odkázána na silně omezenou nabídku služeb. Jsou však v onu chvíli natolik vděčni alespoň za nějaké řešení, že je ani nenapadne hledat východiska jiná, dokud je k tomu opět nedonutí situace.

Avšak není se čemu divit, neboť v případě zveřejnění reálných informací by nejspíš společnost propadla zděšení a pouze čekala a doufala, že se v podobné situaci jako duševně nemocní jedinci nikdy neocitne. Ale na druhou stranu, pokud na reálný stav nebudeme upozorňovat, nijak se nezmění. Proto si dovolím uvést faktické informace o současném stavu péče v psychiatrických zařízeních ČR.

Pravděpodobně nejznámějším typem zařízení je tzv. lůžková péče. Tato je nepostradatelnou součástí pomoci pacientům s duševním onemocněním. Současná kapacita lůžkových psychiatrických zařízení v ČR je 11. 591 lůžek. Z toho 10. 045 (86, 66%) je umístěno v psychiatrických léčebnách. Pro duševně nemocné navíc slouží i část kapacity ústavů sociální péče. Počet lůžek v ÚSP obsazených duševně nemocnými lze odhadnout

jen přibližně na 1.000 až 1. 500. Celkem tato čísla nepůsobí na první pohled varovně. Uvědomíme-li si však, že v současné době je v ČR 11,04 psychiatrických lůžek na 10.000 obyvatel a pokud z dotazníkového šetření vyplynulo, že přibližně ¾ respondentů se během života setkali s duševně nemocným jedincem, zjistíme teprve, jaký je současný stav psychiatrických zařízení.

Co je však závažnějším problémem než nízký počet lůžek je jejich stálé ubývání. V roce 1990 byl počet lůžek v psychiatrických léčebnách více než 15. 000. Do roku 1995 bylo uzavřeno více než 3. 500 lůžek. Následně se tento trend zpomalil. V posledních letech se počty lůžek mění pouze v řádu desítek.

Kromě počtu lůžek určených psychiatrickým pacientům hraje velkou roli geografické rozložení psychiatrických léčeben. Toto bohužel v České republice neodpovídá trendům doporučeným Světovou zdravotnickou zprávou, která zdůrazňuje potřebu malých lůžkových zařízení s dobrou vazbou na komunitu. Spádová oblast velkých léčeben je přibližně 1 milion obyvatel a největší vzdálenost z okrajových částí spádové oblasti je přibližně 200 km, což výrazně komplikuje možnost kontaktu pacientů s jejich rodinami a blízkými (MARKOVÁ aj., 2006).

Mezi další kritické body nedostatečnosti psychiatrické péče je řazeno stáří jednotlivých zařízení. Prakticky všechny léčebny jsou umístěny v objektech starších 100 let, které ani po rekonstrukci nemohou splňovat podmínky pro ubytovací standard, a tak často ani hygienické normy. Ložnice duševně nemocných mnohdy pojmou více než 10 lůžek. V případě největší psychiatrické léčebny Bohnice je toto naprostým standardem. Představa, že by však na každou ložnici připadalo vlastní sociální zařízení je zcela mylná. Ve většině případů je sociální zařízení vyhrazené pro celé přízemí léčebny, které při počtu 1O lůžek v jedné ložnici zahrnuje celkem více jak pět pokojů. O adekvátních hygienických podmínkách v těchto zařízeních není proto ani možné hovořit.

E. MARKOVÁ aj. (2006) uvádí, že při takovémto počtu lůžek, tedy pacientů, by člověka pravděpodobně napadla myšlenka, kolik lékařů musí spadat na tak velké oddělení. Tři, čtyři, pět? Opět se zde projevuje smutná realita. Celkem pracuje v psychiatrických léčebnách 465 psychiatrů, tedy na 1 lékaře připadá 21, 6 lůžek. Velkou část práce proto odvádí zdravotní sestry, jejichž práce není o mnoho snazší. Ve většině případů bývají navíc porovnávány se sestrami ve zdravotnictví (např. na chirurgii) a výsledné hodnocení nebývá příliš pozitivní. Jsou označovány za pomalé a neúspěšné „tetky“(JANOUŠKOVÁ, 2004).

Personální obsazení, kvalita péče (včetně respektu k právům hospitalizovaných pacientů) se různí. Neexistují závazné minimální standardy péče. Právě tak i délka hospitalizace, včetně doby pobytu na lůžkách pro akutní péči, není formálně omezena.

Jak jsem již výše uvedla, na péči o duševně nemocné se podílí zároveň ústavy sociální péče. V současné době existují tři, na problematiku osob s duševním onemocněním specializované ÚSP s celkovou kapacitou 800 lůžek. Nezmiňovaným problémem, pravděpodobně z vděku podílu péče o duševně nemocné, je kvalita péče. Tato v ÚSP není jednotná. Obecným problémem je, že ÚSP poskytují spíše azylovou péči bez programů směřujících k resocializaci a reintegraci obyvatel do komunity. Ne vždy se však absence následných programů týká pouze ÚSP.

Z mého pohledu kvalitnější péči nabízí tzv. denní stacionáře. Tato zařízení se od psychiatrických léčeben velmi liší, a to jak personálním obsazením, tak typem programů. V posledních třech letech však počty denních stacionářů stagnují a rozsah a různorodost terapeutických programů se v důsledku finančních omezení ze strany pojišťoven spíše snižuje. Denní stacionáře se proto v dnešní době stávají spíše nadstandardní službou, kterou si ve velké většině hradí sami pacienti.

Pravděpodobně nejznámějším typem první pomoci při pacientem pociťování psychických obtíží je tzv. krizové centrum. Avšak následkem jejich ojedinělosti v síti psychiatrických služeb jsou tyto veřejností ve velké většině případů řazeny spíše k poradenským službám. Některá krizová centra jsou ale součástí lůžkových zařízení a jiná jsou dokonce samostatná či součástí sociálních služeb. Pravdou je, že se značně liší charakterem poskytovaných služeb. Většina jich poskytuje krátkodobou lůžkovou péči, tedy nenahrazuje rozhodně pobyt v psychiatrické léčebně, ale slouží k odeznění akutní fáze u lehčích případů jedinců s psychickými potížemi. Jako krizová centra se mnohdy deklarují i zařízení poskytující telefonickou pomoc, poradenství či denní programy.

Komunitní sociorehabilitační zařízení není obdobou psychiatrických léčeben, avšak slouží nebo by alespoň měla sloužit následné péči pro osoby s duševním onemocněním. Jelikož jsou rozsah a spektrum služeb jimi poskytovanými velmi rozdílné, není možné přesně stanovit typ pacientů vhodných pro komunitní péči. Sama komunita má velký vliv na osud nemocného. Komunitou je myšlena jak rodina, bezprostřední okolí nemocného, tak i širší celospolečenský rámec. Pojem komunitní péče označuje také způsob přístupu a jistý hodnotový systém. Vztah mezi klienty a pečovateli je partnerský. V současné době je

stále ještě mnoho životních situací v psychiatrické kariéře klienta, pro které chybí adekvátní odpověď v podobě určitého typu péče – služby. Systém komunitních služeb pro duševně nemocné se proto stále vyvíjí. Není tedy možné zcela určit počet jednotlivých komunitních sociorehabilitačních center. Jako podstatnou však vnímám snahu o zařazení prvků komunitních služeb v rámci psychiatrických léčeben, a tedy i přes snižování počtu lůžek na jednotlivých odděleních pokus o zajištění náhradní následné péče, na jejímž základě, jak uvádí současný ředitel PLB Martin Hollý, bude možné zkrátit léčbu v psychiatrických léčebnách. Z hlediska potřeb psychiatrických pacientů je totiž bezpochyby lepší, pokud se budou moci dlouhodobě léčit v domácím prostředí, tedy ambulantně a využívat síť komunitních zařízení, než aby strávili velkou část svého života v lůžkových zařízeních.

„Vytvořil jsem primariát, který sloučil krizové centrum a resocializaci. Dali jsme tak dohromady vstup a výstup z léčebny. Pokud tyhle dvě složky budou dobře spolupracovat, zkrátí se „pacientské kolečko" v léčebně…" (GABRIEL, 2009, s.21). Drahá farmakologická léčba totiž dokáže většině psychiatrických pacientů navrátit základní stabilitu, avšak její výsledky jsou znehodnocovány téměř naprostou absencí následné rehabilitační a sociální péče. Změna v celém systému psychiatrických služeb je proto prakticky nemožná, ale i po malých krůčcích je možné této v budoucnu docílit, a to i přes nedostatečnou podporu „velkých" organizací.

J. GABRIEL (2009, s.22) ve svém článku uvádí: *„Je to Psychiatrická společnost, která se vyznamenává při pořádání mezinárodních konferencí, ale pro duševně nemocné v České republice nevybojovala skoro nic"*.

4.3.2 Realita Psychiatrické léčebny Bohnice

„Vítejte na stránkách Psychiatrické léčebny Bohnice, odborného léčebného ústavu, jehož zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR. V současnosti je největším psychiatrickým zařízením v České republice. Jeho historie se začala psát před více než sto lety, kdy se na kopci daleko za severním okrajem Prahy začal stavět Královský zemský ústav pro choromyslné. Za svou více než stoletou historii se léčebna stala svědkem vývoje moderní psychiatrie. V průběhu desítek let jsme byli začleňování do existujících organizačních struktur státu. Bohnická léčebna je tedy svědkem i společenských a politických změn" (http://www.plbohnice.cz).

Toto je úvodník webové prezentace psychiatrické léčebny Bohnice, pod nímž je podepsán sám současný ředitel PLB Martin Hollý.

Psychiatrická léčebna se rovněž prezentuje svou mnohaletou historií a překrásnou fotografickou dokumentací celého areálu, především stromovými alejemi v parku, které přímo vybízejí k procházce. Pravděpodobně nebýt informace, že se jedná o prostor psychiatrické léčebny, určitě byste jako návštěvníci ve svém volném čase uvítali poklidnou atmosféru zdokumentovanou na těchto fotografiích. Ne vždy se ale fotografovi podaří zachytit skutečnou podstatu malebných zákoutí. A zdání někdy opravdu klame. Dovolím si proto poděkovat JUDr. Jaroslavu Harvalíkovi za osobní zkušenost, kterou publikoval formou článku na internetovém serveru idnes.cz. Tento byl přečten astronomickým počtem 14606 čtenářů a dodnes patří mezi nejúspěšnější články tohoto serveru, neboť rozproudil ve společnosti diskuzi na téma, o kterém se sice ví, ale jen málokdy mluví nahlas. Se souhlasem a podporou JUDr. Jaroslava Harvalíka tento připojuji ke své diplomové práci.

Článek: *Je mi z Vás ukrutně, ale opravdu ukrutně na blití, pane ministře!*

„Včerejší den nezačal pro naši kancelář právě šťastně. Nepřišel kolega, o kterém všichni víme, že má psychické problémy. Všichni jsme pozorovali, že během posledních čtrnácti dnů se jeho stav prudce zhoršuje. Na den, kdy se třeba jenom pousmál, byste si už ani nevzpomněli. Ale do práce chodil, byl sice řekněme mírně k nepoužití, ale alespoň chodil. Včera nepřišel a my věděli, že je zle. Sedli jsme tedy do auta a jeli jsme zachraňovat kolegu.

Naše obavy, že nám neotevře, vzaly za své. Otevřel. Nechci na tomto místě líčit nějak podrobně pohled na psychicky nemocného člověka, který se celý víkend nemyje, neholí, na člověka, který celý víkend nejí a nepije. A když si k tomu přidáte řeči, že se stejně zabije, protože nemůže dál žít, pak by asi každý udělal to, co my. Prostě ten kluk musí ihned do nemocnice. Ležel a bylo mu vše jedno, takže mu bylo jedno i to, že úřadujeme v jeho bytě a do tašky mu balíme nějaké ty osobní věci. Problém samozřejmě nastal v okamžiku, kdy jsme mu řekli, že ho odvezeme do nemocnice. První pohled takového člověka je zděšený a nevěřící. Když mu dojde, že to myslíte vážně, pak se snaží diskutovat, že mu stejně nikdo nepomůže a že zítra to už bude lepší. Následují samozřejmě výčitky, slzy a náznak agrese. Ne, nebylo to tak hrozné, byl tak vyčerpaný, že to snad ani nešlo. Co ještě nešlo, bylo to, že jsme ho nedostali z bytu do auta. Jasně, hned vás napadne, proč jsme ho zkrátka nevzali

mezi sebe a neodvedli. Víte, toto udělat, myslím dostat se přes ten jeho pohled, kde se mísí strach, zděšení, výčitky a nepochopení..., netušil jsem, jak je taková situace těžká a bolestná. Po pár minutách jsme vše vzdali a zavolali stopadesátpětku. Sanitka přijela téměř ihned, a když jsem se její posádce zaručil, že "pán" není agresivní, šlo už vše ráz na ráz.

Výše uvedený odstavec je prostou výpovědí o obyčejném lidském neštěstí, které může stále častěji potkat každého z nás. Je v lidské povaze, že smrt či neštěstí druhých registrujeme, možná i soucítíme, ale jednoznačně nás ta věc nezasáhne bolestně přímo osobně. Čtení, které následuje již, ale patří do kategorie věcí veřejných a alarmujících.

Osud spolupracovníka mi lhostejný nebyl, a protože on sám rodinu nemá, jel jsem alespoň za sanitkou, která si to namířila do Psychiatrické léčebny v Bohnicích. Příjezd do areálu je tuctový, závora a její obsluha, překvapí vás relativně dost korzujících lidí na to, že jste vlastně, promiňte mi ten výraz, v blázinci. Volný přístup do areálu, parková úprava a nedrncající asfaltový povrh chodníků a silnic bez spěchu aut vybízí majitele kolečkových bruslí k pořádnému tréninku. Pro nemocného a jeho nejbližší však idyla končí v přijímacím pavilonu. Buď jsme měli smůlu, nebo je to normálka, ale čekání na přijetí pacienta přes dvě hodiny mi přišlo docela hodně, vzhledem k okolnosti, že nemocný kolega většinu času seděl vedle mě a neustále mi pobyt zde vyčítal a vzápětí mě prosil, že pojedeme domů. Nakonec jsme se dočkali, lékař kolegu přijal a po individuálním vyšetření rozhodl o jeho dalším osudu. Pro doplnění ještě uvádím, že během těch dvou hodinek čekání se metr ode mne pár minut doslova válel špinavý a pokálený muž kompletně nahý, pak se na mém rameni pokusila usnout prý "totálně zhulená smažka" a v jednu chvíli zřízenci přebírali z rukou saniťáků snad jen demonstrativního sebevraha. Zvláštní, sami chlapi..., to jen na okraj. Taky je vám divné, že znám, ač jsem byl "veřejnost", div ne kompletní diagnózy? Není to těžké, když se před vámi naprosto nahlas personál o všem baví. Potom mi jasně žlutá sanitka, znalec by řekl, že byla uvnitř totálně vybrakovaná, nepochybně rekvizita z dob televizního seriálu "Sanitka" (1984), kolegu odvezla na pavilon XX. Lékař, který kolegu přijímal, mi oznámil, že máme štěstí, že kolegu posílá na jeden z těch lepších pavilonů. Jde sice o rovněž uzavřený pavilon, ale jeden z těch lepších. Moje vděčnost k lékaři byla v tu chvíli neutuchající. Alespoň tak. Když už blázinec, tak alespoň třeba s televizí, ne?

Šok, který jsem prodělal po vstupu do onoho lepšího pavilonu, nemohu vstřebat ještě v tuto chvíli. A už se mnou zase lomcuje vztek! První, co vás hned po vstupu naprosto dostane, je

neskutečný zápach. Když už potom nějaký ten čas sedíte na opravdu "jetých" klasických nemocničních židlích, začínáte jednotlivé složky zápachu identifikovat. Nemám zrovna excelentní čich, díky bohu!, ale ani mi nedalo moc práce od sebe odlišit zatuchlinu, špínu, pach nemytého člověka, cosi z jídla, cigaretový kouř a lidské zvratky. Už dost? Bohužel, ještě ne, středověk se přece nevyznačoval jenom zápachem.

Pokud mi někdo zodpovědný za pořádek bude tvrdit, že tam přece denně chodí uklizečky, ať hrom ho zabije! Vyzkoušet toaletu jsem se neodvážil, ale sprchy stály za to. Nejprve musíte projít takovou jakoby zúženou chodbičkou, která je k prasknutí narvaná kouřícími a bez nadsázky notně zapáchajícími pacienty. "Vy jste novej?" zeptal se mě někdo z nich a pokračoval, aniž čekal odpověď: "Máš cigára?" Sprchy nezklamaly, napůl natřené a napůl rezavé potrubí, černá zažraná špína, podlaha je vidět jen v místech, kam přímo dopadá voda. Nelžu!

Po tom všem jsem si říkal, že mě už nic nemůže překvapit. Opravdu nemohlo, ale šok jsem zažil podruhé. To v okamžiku vstupu do nemocničního pokoje, kdy vám mříže na oknech, zatuchlina a puch připadají jako něco druhořadého. On totiž ne každý pacient má svoji postel! Myslím tím železnou, starou, kasárenskou postel, ale pořád ještě postel. Na zemi, a jenom na nepovlečených matracích, totiž leží dva, do tepláků odění, pacienti! Ještě jedna volná, ale očividně čerstvě pomočená matrace, má svého nocležníka zřejmě právě teď v kuřárně.

Kolega má štěstí, dostane postel. Ale proč jdeme k té rozestlané, kde ještě vidím vyleželý obrys někoho jiného? Copak on nemá nárok na čisté povlečení?! Nemá, to by se totiž tady ten personál z toho mohl taky sám zbláznit.

Nevím jak a co, ale něco musím udělat. Tohle přeci nejde. Vždyť jde proboha o lidi a ne o zvířata! Jak je možné, že něco takového vůbec existuje?! Proboha, a jak to vlastně vypadá na těch "horších" pavilonech?

Je mi z Vás ukrutně, ale opravdu ukrutně na blití, pane ministře!“ (HARVALÍK, 2007).

Bohužel nemohu než souhlasit s výše uvedeným článkem, neboť díky své praxi s osobami duševně nemocnými v rámci psychiatrické léčebny Bohnice, jsem měla tu možnost prohlédnout si více než jeden „lepší“ pavilon a co více, trávila jsem zde poměrně dlouhé chvíle, neboť klient, se kterým jsem v té době pracovala patřil bohužel mezi ty „štastlivce“, na kterých se podepsal přetrvávající stav zdravotnictví České republiky. A i když je článek publikovaný za dob bývalého ředitele PLB a dal by se tedy tento případ

smést ze stolu s odůvodněním jeho neaktuálnosti, musím s politováním konstatovat, že za dob „nového vedení“ nedošlo k tolik výrazným změnám, aby tento již nebylo třeba opakovaně uvádět.

5 PŘÍPAD KLIENTA S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Tento případ se týká klienta, s nímž jsem se setkala během studia na vysoké škole a v rámci praxe, kterou jsem absolvovala rovněž během studia. Samotné práci s klientem předcházely praxe, jež jsem absolvovala na oddělení pro závislé u Apolináře v Praze, kde jsem působila jako koterapeut terapeutické skupiny, dále na psychiatrii Thomayerovy nemocnice v Praze, v občanském sdružení Archa community v Brně a na skupinách v občanském sdružení Eset-help, kde jsem se účastnila terapeutických skupin s duševně nemocnými klienty. Během praxe v občanském sdružení Eset-help jsem byla oslovena rodinou klienta, konkrétně jeho sestrou, paní A., zda by bylo možné setkání s dotyčným a případné sjednání pomoci.

V den domluvené návštěvy klienta, pana L. – z etických důvodů nebudu uvádět jméno klienta ani jména členů rodiny, na oddělení psychiatrické léčebny Bohnice, kde byl hospitalizován, jsem se setkala přednostně s jeho sestrou, která mne ve zkratce informovala o současném stavu bratra a důvodech jeho hospitalizace. Paní A. jsem však předem upozornila, že se jedná o mou první návštěvu jejího bratra a nejsem schopna předem říci, jaký rozsah práce ze své strany budu moci klientovi poskytnout a tudíž nevyžaduji informace předcházející prvotní hospitalizaci, které v případě práce s klientem budu chtít nejprve slyšet z jeho strany.

Během první domluvené návštěvy pana L. byla přítomna i jeho sestra, která mne v prvé řadě představila ošetřujícímu lékaři a poprosila ho o vstřícnost vůči mé osobě z jeho strany a strany personálu. Díky oficiálnímu seznámení se s ošetřujícím lékařem jsem měla následně možnost nahlédnout do spisu klienta, a tedy se blíže seznámit s diagnostikou nemoci a medikamenty, které během léčby užíval. Dále jsem se seznámila s prostředím, tedy pavilonem č. 1, který sloužil pro příjem pacientů v akutním stavu. Jelikož jsem do té doby navštívila psychiatrickou léčebnu Bohnice pouze v rámci studia, a to seznámením se s možnými místy pro praxi, byla jsem zaskočena v prvé řadě prostředím pavilonu, které působilo velmi odstrašujícím dojmem. Předcházející místa, kde jsem dříve absolvovala praxi, byla v tu chvíli mou osobou vnímána jako nadstandardní. Poté, co jsem se dostatečně seznámila se všemi místnostmi v přízemí pavilonu č.1, kterými jsme se sestrou

pana L. musely projít, abychom pana L. mohly navštívit, došlo k prvnímu kontaktu s klientem.

Situace prvního kontaktu s panem L. mi byla velmi nepříjemná, neboť jsem vnímala velký počet pacientů na stejném pokoji, kteří se zájmem pozorovali jakýkoli pohyb v místnosti. Jelikož jsem však shledala pana L. ve stavu, kdy byl utlumen léky a velmi vyčerpán, nebylo možné přesunout se do vhodnějších prostor. Panu L. mne představila jeho sestra jako sociální pracovnici s terapeutickým vzděláním, spolupracující s klienty v rámci osobní asistence zaměřenou především na pomoc během léčby a následně návratu do domácího prostředí. Klient však nikterak na mou osobu nereagoval. Pouze se posadil na posteli a vstřícně mi podal ruku a pozdravil. Nadále se snažil udržovat oční kontakt, který mi však v danou chvíli vzhledem k jeho velkému vyčerpání připadal jako maximum energie, kterou mi mohl věnovat. Snažil se pouze částečně komunikovat se svou sestrou, paní L. Tato komunikace z jeho strany spočívala pouze v jednoslovných odpovědích, případně zvukovými projevy, kterými buďto dával najevo souhlas či nikoli. Tato první návštěva trvala přibližně půl hodiny, neboť zhruba po 20 minutách takto probíhající komunikace bylo zřejmé, že další pozornosti již pan L. není schopen. Na závěr prvního setkání jsem pouze vznesla otázku, zda by klient uvítal mou další návštěvu či nikoli. Odpověděl však, že neví a otočil svůj pohled na sestru. Tedy jsem se rozloučila a byla připravena odejít. V onu chvíli se ale pan L. pootočil ke mne a podal mi opět ruku. Následně jsem odešla, neboť se paní A. chystala k výměně bratrova oblečení.

Po celou dobu návštěvy jsem se snažila klienta vnímat v rámci nonverbálních projevů, neboť běžné verbální komunikace nebyl schopen. Zaměřila jsem se na jeho vzhled a následně si tak utvořila předběžný odhad trvání tohoto stavu klienta. Pan L. na mne působil velmi zanedbaným dojmem. Na první pohled bylo jasné, že již delší dobu neprovádí žádnou hygienu, která zřejmě nebyla prováděna ani ošetřujícím personálem. Nehty pana L. dosahovaly délky zhruba 1,5 cm, přesahující články prstů. Jeho vlasy působily mastným nemytým dojmem, vousy nebyly již delší dobu oholené a celkově tvář působila nemytě. Oblečení pana L. silně zapáchalo močí a potem a dle skvrn na posteli jsem usoudila, že pan L. pravděpodobně občas nevstával z postele ani aby vykonal potřebu.

Návštěvu pana L. jsem ukončila dříve než jeho sestra, paní A., která jak jsem již uvedla, po mém odchodu klientovi měnila oblečení. Následně jsme se tedy setkaly před pavilonem, kde jsem na ni čekala. Paní A. přišla zhruba po 10 minutách po mém odchodu a při prvním očním kontaktu byly vidět obavy z mé reakce na současný stav pana L.

Zdržela jsem se však jakýchkoli hodnotících komentářů a dala prostor pro vyjádření jí samotné. Paní A. se začala omlouvat za chování bratra, které hodnotila jako nevychované. Omlouvajícím způsobem dále sama hovořila o stavu pana L. Toto na mne působilo dojmem, jako by se měla potřebu ospravedlňovat za to, co bratra potkalo. Ujistila jsem ji tedy, že rozhodně toho nebudu spojovat s její péčí a také, že chápu jak náročné pro ni musí být bratra navštěvovat a starat se o něj. Na paní A. v tu chvíli byla vidět vděčnost a zklidnění. Její nervozita ohledně mé reakce pravděpodobně částečně ustoupila, neboť sama začala hovořit o faktických informacích. Její otázky směřovaly k možné práci na stavu pana L. a mému případnému zapojení do jeho léčby, které, jak uvedla, by velmi uvítala. Sdělila jsem tedy šetrně svůj pohled na věc, který se odvíjel čistě od stavu, ve kterém se pan L. nacházel v době mé návštěvy. Vznikl zde i prostor pro otázky z mé strany, kdy jsem se především zajímala o délku klientova pobytu v psychiatrické léčebně. Bylo mi sděleno, že pan L. je zde hospitalizován opakovaně. Během hospitalizací střídavě pobýval ve vlastním bytě, kde ho našli po měsíci s rodinou v dezolátním stavu, a tedy přistoupili k další hospitalizaci, od níž uplynuly dva týdny do mé návštěvy, kdy se jeho stav ještě zhoršil. Paní A. mi sdělila, že bratr stále jen leží a že personál nejeví nikterak o jeho stav zájem a že si sama neví rady s dalším postupem léčby. Domluvila jsem se tedy s paní A., že zjistím jaké jsou možnosti léčby, a že se zamyslím nad vhodným způsobem, jakým s panem L. pracovat, pokud si to sám bude přát. Následnou návštěvu jsem navrhla za týden, během kterého jsem si nechala čas na zjišťování potřebných informací.

Po prvním setkání s klientem a následném získání informací jsem si však stále nebyla jista vhodností postupu práce s panem L., tedy jsem usoudila nezbytnost konzultace případu se svým vedoucím pro praxi v rámci probíhajícího studia na vysoké škole. Vedoucímu jsem nastínila celou situaci včetně možných návrhů práce s klientem, které jsem do té doby zvažovala. Bylo mi navrženo projednání případu na jedné ze supervizních skupin se studenty ročníku, které během výuky na škole probíhaly. Velmi jsem tuto radu uvítala a následně za ni byla i vděčná, neboť se supervizí skupina věnující se mému případu ukázala jako velmi prospěšná. Mnou zamýšlený způsob řešení se nakonec ukázal jako nejvhodnější pro danou situaci, a tedy jsem se jím začala blíže zabývat. Prvním krokem možné práce s klientem, která z počátku plnila funkci spíše osobní asistence v rámci psychiatrických zařízení spočívala v přeložení klienta z oddělení psychiatrické léčebny Bohnice na psychiatrii Ke Karlovu. Přeložení skýtalo možnost umístění pana L. do „vhodnějšího“ prostředí poskytujícího kromě hygieny i terapeutické skupiny, zájmové kroužky, aktivity v rámci samotného oddělení a následně i možnost zapojení rodinných

příslušníků do samotné léčby. Tento návrh jsem následně konzultovala jak se sestrou klienta, paní A., tak se klientem samotným během druhé návštěvy v psychiatrické léčebně Bohnice. Pan L. s návrhem souhlasil, avšak nedal na sobě znát sebemenší emoce ani jiným způsobem přeložení nekomentoval.

Jelikož bylo panu L. v té době 54 let, byl s jeho umístěním poměrně velký problém, neboť běžné mužské oddělení bylo v době podání žádosti o přeřazení zaplněné a nemohlo klienta přijmout. Pan L. byl proto přijat na oddělení pro seniory, kde byl sice jedním z nejmladších pacientů, avšak toto se ukázalo následně jako poměrně vyhovující. Péče o pacienty tohoto oddělení totiž spočívala převážně v dodržování hygieny, kontrolování léků, dostatečné konzumaci jídla a zaměření na běžné úkony. Právě těchto základních úkonů pan L. nebyl v době přeložení z psychiatrické léčebny v Bohnicích sám schopný, tudíž se péče personálu uzpůsobená pro seniory ukázala jako velmi žádoucí.

Má třetí návštěva klienta již probíhala v rámci oddělení pro seniory psychiatrie Ke Karlovu. Stále však za přítomnosti jeho sestry, paní A. Opět jsem se prvně seznámila s ošetřujícím lékařem a prostředím, kam byl klient přeložen. Oproti předchozím návštěvám psychiatrické léčebny Bohnice jsem byla tímto oddělením mile překvapena, až by se dalo říci nadšena. Dnes si říkám, že člověk je v danou chvíli vděčný i za málo, které je mu onen moment poskytnuto. O mnoho více vděku bylo vidět na sestře klienta, která pravděpodobně samotné přeložení vnímala jako naději na zlepšení stavu bratra. Byla jsem však nucena ji upozornit, že v případě práce s panem L. je toto pouze první krok a následně se bude vše odvíjet především od jeho stavu a ochotě se na práci podílet. Tuto informaci již však přijala s klidem. Zároveň jsem paní A. poprosila o spolupráci spočívající v prvním soukromém rozhovoru s klientem a navrhla, zda by nás mohla nechat o samotě po předání mu věcí a běžné konverzaci, kterou by ukončila tentokrát dříve a nechala mi prostor pro rozhovor s bratrem v soukromí. Paní A. souhlasila, a tedy jsme přešly k samotné návštěvě. Na klientovi se projevil přístup personálu hned na první pohled. Sice stále ležel v posteli a opět se pouze v naší přítomnosti posadil, byl ale již umytý, nehty i vlasy měl ostříhané, vousy oholené a povlečení lůžka čisté. První část návštěvy jsem opět pouze pozorovala reakce klienta na mou přítomnost a případnou komunikaci s jeho sestrou. Poté, co paní A. předala bratrovi věci, které mu donesla (ovoce, limonády, sušenky aj.) jsem ji po předchozí domluvě požádala o soukromý rozhovor s jejím bratrem. Sestra pana L. se tedy rozloučila a odešla se slovy, že na mne počká venku. Jelikož byl pan L. jediným pacientem na pokoji určeném pro čtyři pacienty, měla jsem prvně možnost hovořit s ním v soukromí bez toho, aniž by do rozhovoru zasahovala sestra či ho jinak usměrňovala. Byla jsem velmi

překvapená, jak klient za nepřítomnosti sestry směřoval svou pozornost výhradně na mě a snažil se komunikovat. Během hovoru směřujícího spíše k motivaci klienta a zjišťování, zda má o léčbu a případnou práci na jeho stavu vůbec zájem, jsem vnímala nervozitu jak jeho, tak svojí. Snažila jsem se vnímat veškeré jeho projevy, které převažovaly i přes snahu komunikovat v neverbální sféře (poklepávání nohy, ruce zkřížené, tělo v náklonu dopředu, pohupující se pohyby trupu, pokyvování hlavou, okusování si rtu, žmoulání lůžkovin aj.). Z celkového pohledu byl tedy klient velmi nervózní, ale pravděpodobně stejně jako já, se toto snažil nedat najevo. Hovor spočíval v zopakování návrhu postupu práce a k otázce, zda tímto způsobem by byl spolupráce schopný. Klient s návrhem souhlasil a zároveň přikývl při dotazu na další návštěvu již bez přítomnosti sestry. Panu L. jsem zároveň vysvětlila, že pokud budou návštěvy probíhat pouze mezi námi, nebudu informace sdělovat jeho sestře, paní A., a bude záležet pouze na něm, které z těchto jí následně sdělí. Sestru pana L. jsem o souhlasu bratra s postupem práce a další návštěvě následně informovala a zároveň zopakovala větu týkající se soukromých informací. Paní A. nic nenamítala, spíše naopak byla potěšena z částečně úspěšné komunikace mezi mnou a jejím bratrem.

Jak jsem již výše zmínila, radila jsem se o možném postupu práce v rámci supervizí skupiny. Během této skupiny mi byl doporučen způsob, který jsem při poslední návštěvě nastínila klientovi a s jehož návrhem souhlasil. Tento spočíval ve dvou fázích. První fáze byla zaměřena na sestavení denního programu dle jednotlivých časových úseků, zahrnutím do nich běžných denních úkonů (ranní hygiena, snídaně, terapeutická skupina, oběd, odpolední aktivity, večeře, večerní hygiena aj.). Tyto aktivity byly vždy časově naplánovány v návaznosti na časový plán psychiatrického oddělení a doplněny o tzv. volné aktivity. Druhou fází bylo hodnocení jednotlivých úkonů samotným klientem, který dle číselné stupnice od 1 do 5 hodnotil náročnost úkonů, které během dne absolvuje. Veškeré aktivity byly plánovány vždy na tři až čtyři dny dopředu s ohledem na mé návštěvy klienta na oddělení a zaznamenány v sešitu „denních záznamů“. Kromě hodnocení úkonů zde byl prostor pro možné poznámky samotného klienta, který dle vlastního uvážení mohl komentovat buď každý úkol zvlášť nebo úkoly hromadně za celý den. Vždy bylo vše plánováno spolu s klientem v návaznosti na jeho potřeby a momentální psychický a zdravotní stav. Zároveň docházelo k pravidelným konzultacím mezi mnou a ošetřujícím lékařem, který byl rovněž o průběhu práce informován. Dle uvážení klienta, pana L. byla informována i sestra, paní A., kterou jsem informovala v případě souhlasu či samotného návrhu klienta.

Tímto způsobem probíhala má práce s klientem během pobytu na psychiatrickém oddělení nemocnice Ke Karlovu. Začátky však nebyly lehké jak pro klienta, tak pro mne. Z počátku docházelo k nedodržování stanoveného plánu, vynechávání aktivit, případně jejich vykonání a nezaznamenání klientem v sešitě denních záznamů. Po prvním měsíci společné takto strukturované práce již však bylo vidět obrovský posun. Tento se týkal především mobilnosti pana L., který již byl pod částečným dohledem schopný vykonávat běžné denní úkony (hygiena, konzumace jídla, pohyb po chodbě mezi ostatními pacienty, aj.). Tyto se stále zlepšovaly a i jejich hodnocení obtížnosti se ve většině případů posunulo ze stupně č. 5 na stupeň č.4. Po dohodě s klientem, jeho sestrou a konzultaci s ošetřujícím lékařem jsem navrhla intenzivnější zapojení pana L. do skupiny pacientů formou docházení na terapeutické skupiny v rámci několika oddělení. Tento návrh byl podpořen ze všech stran a následně rozvinut i o arte-terapeutický kroužek, který probíhal 1x týdně v zahradním altánu léčebny. S vývojem práce jsem byla velmi spokojená, neboť se kromě konkrétních úspěchů pana L. proměnil i jeho vztah ke mně.

Pokud bych měla hodnotit vztah mezi mnou a klientem v počátcích spolupráce, popsala bych ho jako velmi odměřený. Panu L. dělala komunikace během prvních návštěv velké problémy, a tedy ani moje pozice nebyla snadná. Měla jsem neustále pocit, jako bych klienta musela vést až navádět. Bylo to pravděpodobně zapříčiněné i mou nezkušeností, neboť se jednalo o prvního klienta, se kterým jsem tímto způsobem pracovala. Toto se zčásti proměnilo právě jeho přemístěním na oddělení psychiatrie Ke Karlovu. Jako velmi přínosnou hodnotím také komunikaci ohledně sestavování denního programu. Právě díky zapojení pana L. do vlastního „programování“ dne došlo k přijetí mé osoby, a tedy mnohem otevřenější komunikaci mezi mnou a klientem. Tímto jsem se částečně odpoutala od pocitu nátlaku, jež jsem vůči panu L. pociťovala. Kromě vlastních pocitů jsem si však zároveň uvědomovala, že i pro něj, jako klienta, byla toto zcela nová zkušenost a tedy zvyknout si na nový režim bylo obtížné a bylo tedy zcela pochopitelné, že po určitém odeznění rozpaků a prvotních nevolí došlo mezi námi k částečné shodě.

Kromě běžné práce s klientem jsem však byla částečně vystavena tlaku ze strany psychiatrického oddělení, neboť již na začátku hospitalizace zde, mi byla sdělena informace ohledně možné délky pobytu pana L. na oddělení. Maximální možná doba pobytu pacientů je zde stanovena na dobu 3 měsíců a po jejím uplynutí buďto pacienti přechází na jiné oddělení, do jiné léčebny nebo jsou propuštěni do domácí péče. Uvědomovala jsem si, že přemístění pana L. bude mít na jeho osobu velký vliv a nebyla jsem si jista, jak tuto změnu přijme. Jako nejvhodnější řešení přicházelo samozřejmě

přemístění na jiné oddělení v rámci stejné léčebny, avšak toto nebylo možné předem ovlivnit, neboť nikdo nedokázal v předstihu říci, zda bude místo na příslušném oddělení volné. Bohužel v době ukončení klientovy léčby na současném oddělení došlu k tomu, čeho jsem se obávala. Tuto možnost jsme sice s panem L. mnohokrát probírali jak soukromě, tak za přítomnosti jeho sestry, paní A., která měla potřebu spolupodílet se na léčbě svého bratra, avšak v okamžiku kdy nastala nebyl klient připraven na propuštění do domácí péče a volné místo na jiném oddělení nebylo. Došlo tedy k opakované hospitalizace v rámci psychiatrické léčebny Bohnice. Opakovaně byl přijat na pavilon číslo 1 a po 14 dnech přemístěn na pavilon č. 13 určený pro pacienty s dlouhodobou léčbou. Mezi personálem i veřejností byl tento označován jako „pavilon ležáků“. Návrat na stejné oddělení psychiatrie Ke Karlovu byl možný až po uplynutí dvou měsíců od propuštění.

Pod domluvě se sestrou pana L., která změnu místa hospitalizace velmi těžce nesla, jsem se účastnila opakovaného přijetí klienta na 1. pavilon psychiatrické léčebny Bohnice. Byla jsem zde v době příjezdu, během průběhu přijímacího postupu až po umístění bratra paní A. do pokoje. Nejsem si jista, zda dokáži s odstupem času nezaujatě pospat vše, co se během dvou hodin v té době odehrálo, neboť jsem ovlivněna dalšími situacemi a zkušenostmi, avšak pokusím se tento bod rozdělit do dvou fází. První část – fakta ohledně opakované hospitalizace, druhá část – pocity, které toto doprovázely.

Pokusím se tedy nejprve držet první faktické části. Pokud žádáte o převoz vlastní osobou z jedné léčebny do druhé, je to nemožné. Pro mého klienta přijela v určené čase „dodávka“, která kdysi dávno sloužila jako součást vozového parku ve zdravotnictví. Na její příjezd jsem spolu se setrou, paní A. již čekala na příjmovém pavilonu psychiatrické léčebny Bohnice. Dodávka vyložila pana L. a její obsluha ho doprovodila na příjem, kde ho předala personálu. Pan L. byl usazen na chodbě s vysvětlením, že ještě nedorazily lékařské zprávy a předávací protokol. Na tento jsme spolu s klientem čekali v chodbě přijímacího pavilonu zhruba hodinu. Během této doby pan L. nepromluvil ani slovo a ani nijak nereagoval jak na mou snahu o zavedení hovoru, tak snahu o komunikaci ze strany jeho sestry, paní A. Když po hodině konečně dorazily podklady, přišla si pro pana L. zdravotní sestra, kterou jako první zajímal obsah tašky, ve které měl klient zabalené věci. Tyto byly výhradně určené k osobní potřebě a hygieně. Z obsahu tašky bylo zabaveno zrcátko, hřeben, štípací kleštičky na manikúru, šampon, sprchový gel, pasta na zuby a v neposlední řadě záznamový sešit a psací potřeby. Ve chvíli, kdy jsem vznesla námitku, zda je toto opravdu nezbytné, že klient je již ve fázi, kdy se sám stará o hygienu a tyto věci potřebuje mi bylo sděleno, že dle řádu léčebny je toto nepřípustné a že mýdlo, šampon a

pastu mají přidělené erárně. Po důkladném vysvětlení byl panu L. ponechán záznamový sešit spolu s jednou propisovací tužkou. Následně byl odveden do pokoje určeného pro více jak deset osob (odhaduji z počtu lůžek), kde mu byla přidělena vlastní postel. Tato však nebyla ani povlečená. Pokoj byl téměř plně obsazený, tedy nevznikl žádný prostor pro soukromí klienta. Pan L. si však lehl na postel, sdělil, že je unavený a chce spát. Usoudila jsem, že v tuto chvíli již zde nijak více nepomůžu, ujistila ho že návštěvy budou probíhat dle domluveného časového programu a že se tedy uvidíme za tři dny. Poté jsem se rozloučila a odešla na chodbu, kde již čekala sestra, paní A. Pokusila jsem se o ujištění její osoby ohledně práce s panem L., která bude pokračovat i přes opakované umístění do léčebny v Bohnicích, avšak nabyla jsem si jista, zda tyto informace zaregistrovala.

Druhou stránkou věci byly pocity a emoce, kterými byly tyto dvě hodiny přeplněny. Vnímala jsem je jak u klienta, tak jeho sestry. U pana L. byl rozpoznatelný strach, nejistota a značná nervozita, kterou bych přirovnala téměř k počátkům naší spolupráce. U jeho sestry, paní A., se jednalo o bezmoc, kterou na rozdíl od svého bratra dokázala ventilovat i verbálně. Pokud mám hovořit za sebe, tak pravděpodobně nejsilnějším pocitem v onu chvíli bylo selhání. Nedokázala jsem se oprostit od myšlenky, zda se dalo udělat něco jiného a jak jsem to třeba více mohla ovlivnit. Dále se ve mne promítaly pocity bezmoci, rozhořčení z nepochopení personálem léčebny v Bohnicích, vztek a strach z pokračování práce s panem L. v tomto prostředí.

Usoudila jsem, že pro další postup v práci bude nejlepší poradit se o dalších krocích s nezávislou osobou. Oslovila jsem s tímto problémem tedy opakovaně vedoucího pro praxi v rámci vysoké školy. Počkala jsem však až po první návštěvě klienta po přeložení do léčebny v Bohnicích, kdy jsem vzhledem k relapsu, ke kterému u pana L. došlo, nepochybovala o nutnosti okamžitého řešení. Kromě následných kroků jsem však měla potřebu prodiskutovat a poradit se s vedoucím ohledně svého postoje vůči klientovi, jeho sestře a celému případu, neboť jsem získala pocit, že jsem vzhledem k proběhlým událostem příliš zainteresována a tudíž by moje práce nebyla přínosná. Můj pocit se potvrdil a pravděpodobně jsme během rozebírání situace zjistili, kde se toto proměnilo. Hlavním momentem byla má účast na převozu pacienta, kterou jsem měla sestře pana L. v okamžiku jejího dotazu odmítnou s patřičným vysvětlením. Můj pohled tím částečně ztratil na objektivitě, kterou jsem následně pracně získávala zpět.

Stav klienta se během hospitalizace v psychiatrické léčebně Bohnice velmi zhoršil. Téměř přestal komunikovat, plnit předem naplánované úkoly, neprováděl téměř osobní hygienu a vlivem nedostatku prostoru, soukromí a příležitostí k trávení času zůstával stále

častěji na lůžku. V podstatě se svým stavem vrátil na začátek naší spolupráce. Z rozhovorů s vedoucím pro praxi na vysoké škole jsem však vytrvala a respektovala klienta, tedy udělala obrovský kus zpět, když to bylo vstříc jemu samému. Po již výše zmíněných 14 dnech v léčebně byl pan L. přemístěn bez jakékoli předchozí informace na pavilon již zmíněných „ležáků“. O přeložení klienta jsem se dozvěděla až ve chvíli opakované návštěvy a o tomto kroku nebyla informována ani sestra, paní A., jak jsem se následně dozvěděla. U pana L. to znamenalo další krok zpět, neboť vždy velmi utrpěl přesunem na jiné místo, které neznal. Já jsem toto z počátku chápala stejným způsobem, avšak díky překvapivému personálu, který i přes zcela nevyhovující podmínky pavilonu, vycházel mé práci vstříc, jsem se mohla pokusit o opakování již dříve vyzkoušeného sestavování a dodržování denního programu klienta. Tento jsme museli zaměřit na aktivity, které bylo možné v rámci pavilonu provádět, neboť oddělení bylo uzavřené a neskýtalo ani možnost terapie či jiných zájmových kroužků. Pan L. se proto zaměřil na četbu a cvičení, které mu kromě zaplnění programu napomáhalo i fyzicky. Takto se postupně podařilo vydržet dva měsíce bez zaznamenání dalšího zhoršení. Výraznějšího pokroku však dosaženo nebylo. Situace přeložení na již známé psychiatrické oddělení Ke Karlovu se tedy po dvou měsících opakovala. Na panu L. byly znatelné pocity strachu z další změny místa, avšak tyto již verbalizoval. Přeložení tentokrát proběhlo bez problémů, a tedy jsme mohli plynule navázat na předchozí práci. V rámci zařízení jsme zintenzivnili počet terapeutických skupin i arte-terapeutických dílen a dopracovali se postupně k samoplánování programu klientem, což jsem považovala za obrovský úspěch. Pod občasným dohledem byl prakticky pan L. schopen vykonávat běžné činnosti i trávit volný čas s pacienty ve společenské místnosti, popřípadě četbou bulvárních časopisů, které se pro něj dle mého názoru staly pojítkem se společností, o kterou, jak sám říkal, nestál, avšak paradoxně jevil evidentní zájem.

Vzhledem k výraznějšímu zlepšení jsem tedy začala spolu se sestrou, paní A., prodiskutovávat další možné kroky práce s panem L. Opět zde byla stanovena hranice 3 měsíců a protože jsme nechtěli opakovat předešlou situaci, řešili jsme toto neprodleně. Vznesla jsem tedy návrh na zapojení klienta do projektu chráněného bydlení, který se mi pro něj v danou chvíli zdál nejvhodnější, neboť byl schopný normálního fungování pouze za občasného dozoru a samozřejmě dohledu nad správným užíváním léků. Tento podpořil i pacientův ošetřující lékař, který rovněž shledal pokrok za dobu jak první, tak především druhé hospitalizace. Díky kolegům ve škole, kteří měli v tu dobu kontakty na chráněná bydlení, se nám podařilo vyjednat přijetí pana L. do chráněného bydlení Bona, o.p.s.

Průběžně jsem o všech krocích informovala klienta, kterému jsem měla rovněž potřebu sdělit informaci ohledně nutnosti návratu do léčebny v Bohnicích v případě nezařazení jeho osoby do programu chráněného bydlení. Z počátku byl myšlenkou částečně samostatného bydlení nadšen a motivován, neboť jeho největším přáním byla možnost návratu do vlastního bytu. Po čase však začal pan L. projevovat obavy z přechodu do chráněného bydlení. Nejsem zcela schopna posoudit kdy k této změně došlo, avšak přikláněla jsem její důvod obavám z neznámého místa, ovlivněného předchozí špatnou zkušeností. Tyto pocity u klienta došly tak daleko, že i přes „vychvalování“ místa sestrou a její snahou o návrat k původní myšlence, projevil přání návratu do psychiatrické léčebny v Bohnicích. V přítomnosti sestry se však bál svůj názor sdělit, protože jak uvedl, byla by zklamaná. Jeho přání ohledně návratu do léčebny jsem však respektovala. Uvědomovala jsem si důležitost připravenosti samotného klienta na velkou změnu v léčbě, ke které ještě zřejmě nedošel a tudíž ho nikterak nepřesvědčovala. Namísto toho jsem se zaměřila na získání informací o co možná nejvíce pro něj dostupných pavilonech v psychiatrické léčebně Bohnice a snažila se ovlivnit místo jeho pobytu alespoň touto formou. S ukončením pobytu na psychiatrii Ke Karlovu se tedy podařilo přeložit pana L. na pavilon pro muže s duševním onemocněním, který byl otevřený, tudíž měl klient možnost denních procházek v parku a v případě zajištění dohledu i návštěvy rodiny v domácím prostředí. Toto se zdálo být pro něj nenáročné a vyhovující.

Během léčby však nastala nepředvídatelná situace, která zcela ovlivnila následný stav pana L. i jeho chování. Do této doby mnou nezmiňovaný člen rodiny, syn pana L., přišel otce navštívit do léčebny. Z dřívějších rozhovorů s klientem jsem měla pouze informace o bývalé ženě, dceři a synovi, o které po rozvodu přišel a se kterými nemá dobrý vztah. Mnohdy mu ani nebylo příjemné o rodině hovořit, neboť jí dával za vinu svůj současný stav. Návštěvou syna se však vše změnilo. Hodinu před mou další návštěvou mne kontaktovala sestra pana L. a sdělila mi tuto informaci a že by ráda byla přítomna u mé návštěvy toho dne. Souhlasila jsem, ale upozornila ji, že s tímto její bratr pravděpodobně nepočítal, tudíž se ho nejprve zeptám, zda mu to nebude nepříjemné. K otázce však nedošlo. V okamžik mého příchodu seděl již pan L. na posteli a měl vedle sebe sbalenou tašku věcí a sdělil mi jako první informaci, že odchází domů. Zcela nepřipravená na takovýto posun v jeho chování jsem se snažila zjistit, jaké okolnosti ho k rozhodnutí vedou. Velmi razantně mi řekl, že ho navštívil syn a že končí s léčbou a naší společnou prací, protože se chce starat o svého syna. Sice jsem v danou chvíli klientovi vysvětlila, že samozřejmě má právo na přerušení naší práce, pokud se tak rozhodne, ale že s léčbou na

psychiatrii ze dne na den skončit nemůže. Jelikož jsem v onu chvíli úplně zapomněla na otázku ohledně sestry, která čekala venku než ji přizvu, vešla po chvilce automaticky sama. V ten moment vznikla v léčebně velmi vyhrocená situace, do které jsem měla potřebu nějakým způsobem vstoupit a tuto zklidnit. Což se nakonec podařilo. Avšak i po zhruba půl hodině byl názor pana L. zcela neoblomný. Stále opakoval, že už spolupracovat nechce, že léky nepotřebuje, že má peníze a dokáže se o sebe postarat sám. Do té doby nerozhodný, velmi tichý a klidný muž se mi jevil v onu chvíli jako silně autoritativní až vůdcovský typ, který nepřipouštěl kompromisy ani návrhy z druhé strany. Rozhodla jsem se proto návštěvu ukončit, načež jsem upozornila klienta na možné důsledky dlouhodobějšího až trvalého přerušení jak léčby, tak spolupráce, ale vzhledem k mé dřívější zaujatosti jsem se slušně rozloučila a odešla s nabídkou, že v případě potřeby mě pan L. může samozřejmě kontaktovat. Venku jsem počkala na sestru, paní A., které jsem rovněž vše shrnula a nabídla pomoc v případě změny názoru jejího bratra.

Přibližně s odstupem pěti až šesti měsíců, během kterých jsem svůj případ opakovaně řešila na supervizích skupinách, mne kontaktovala sestra pana L. s prosbou o opakovanou pomoc. Tato se již netýkala samotné práce s panem L., avšak pomoci při hledání dlouhodobého zařízení pro osoby s psychiatrickým onemocněním, které by bylo vyšší úrovně než psychiatrická léčebna Bohnice a věnovalo svým klientům alespoň základní péči. Stejně jako v předchozích měsících jsem si i nyní uvědomila, že informovanost veřejnosti ohledně pomoci osobám s duševní poruchou je na zcela základní, až nulové hranici.

Vhodné zařízení pro péči o duševně nemocné jsme spolu se sestrou pana L. hledali po dobu dvou měsíců. Během této doby jsem se snažila maximálním způsobem využít vlastních kontaktů a doporučení ze stran kolegů i odborníků v oboru. Zjištění, že většina státem financovaných léčeben však funguje na stejném principu jako dosavadní psychiatrická léčebna , bylo velmi překvapující. Velká většina těchto institucí se sice propagovala péčí o duševně nemocné, avšak ani u jedné z nich se nejednalo o trvalou péči s terapeutickým programem, denními aktivitami a podporou státního sektoru hradícího pobyt pacienta v plné výši. Díky možnostem rodiny hradit pobyt pana L. v zařízení všezahrnujícího typu, byl proto klient po vyčerpávajícím hledání umístěn do soukromé psychiatrické léčebny, kde díky nadstandardní péči psychiatrů a terapeutů pokračuje ve snaze o znovu začlenění do společnosti.

6 DUŠEVNĚ NEMOCNÝ JEDINEC NEBO SPOLEČNOST?

Díky reakcím společnosti se duševně nemocní často za své onemocnění stydí nebo se cítí být onemocněním stigmatizováni. Jako by sama jejich nemoc nebyla dostatečnou zatěžkávací zkouškou, kterou musí absolvovat, setkávají se s omezeností svého okolí, neadekvátními reakcemi, projevy odměřenosti nebo naopak nadmírou pozornosti a lítosti. Politováníhodné je však právě toto chování. Společnost vnímá duševně nemocného člověka jako něco nepřirozeného a nenormálního. Na základě generacemi předávaných informací je značně ovlivněna jak v názorech, tak uvažování, až by se dalo na chování společnosti nahlížet jako na nemoc, která postupně postihuje jednotlivce, kteří vzhledem k zasažení ostatní většiny opomíjí vlastní příznaky.

Podobným způsobem na utvářející se společnost nahlížel již v dřívějších dobách spisovatel, novinář a dramatik K. Čapek, který v několika svých dílech popisoval konzum vyvíjející se společnosti rostoucí se stále vzkvétajícím technickým pokrokem, avšak opomíjející existenci slabších jedinců. Již v té době předvídal nebezpečí rychlého technického vývoje a pokroku. Neodsuzoval technický pokrok, ale nebyl si jistý, zda automatizace všech věcí kolem člověka je tím správným řešením pro lidstvo. Čapek použil termínu „automatizace“, pronikajícího do společnosti, kterým vyjadřoval stereotypní chování lidí, jež bylo tou největší zbraní proti ostatním lidem.

Prognóza budoucí společnosti dle K. Čapka se o tolik nelišila oproti současné době, která většinu své pozornosti zaměřuje na rozvoj nových technologií, jejich propagaci a zapojení do života lidí. Vývoj společnosti nikdo nezastaví, společnost bude postupovat stále dál. Kladu si proto otázku, jakým způsobem se bude vývoj nadále ubírat? Na tuto otázku rovněž odpovídá učitel a publicista V. Vokál (2008). *„Společnost bude plná kontrastů, ale přitom se stane absolutně homogenní. Zastaví se sociální vývoj, populace se spokojí s minimálními vědomostmi, zůstane však zdánlivě informovaná, a pokrok hodnot nahradí nebývalý rozvoj technologií“* (VOKÁL, 2008, s. 41).

Pokud bych měla navázat na „fantastično“ Čapkových prognostických děl a uvést vlastní prognózu budoucí společnosti na základě dosavadního vývoje, tak tato bude za pár let nosit pod kůží „čipy“, které většině jedinců usnadní vše, od vstupů do metra, přes parkování až po běžnou komunikaci, ale společnosti duševně nemocných jedinců nijak výrazně zapojení do běžného života neusnadní. Pokrok by měl být použitelný ve prospěch

všech a ne jen zaměřen na vytváření nových medikamentů, které budou sice na první pohled pomáhat, ale jejichž hlavním cílem bude utlumení projevů jedinců s duševním onemocněním namísto svobodného projevení skutečných potřeb. V opačném případě bychom se sice jako pokroková a vyspělá společnost posunuli o značný kus kupředu, avšak ve vztahu k osobám s duševním onemocněním bychom byli stále na úrovni doby „lodi bláznů“. Chce být však společnost léčena? Nebo stejně jako duševně nemocný člověk s nálepkou blázna popírá symptomy, dokud se zcela neprojeví a on již není schopen fungovat?

DISKUZE

V diskuzi bych se chtěla věnovat některým problematickým oblastem empirické části této diplomové práce. Nejprve bych ráda poznamenala několik nedostatků týkající se sestavení dotazníkových otázek. Vzhledem k obsáhlému celkovému pojetí, zahrnujícím v dotazníku čtyři tematické části, by bylo vhodné z důvodu vyšší reprezentativnosti dotazníkového šetření rozšířit počet otázek.

Dále bych se chtěla vyjádřit o otázce č. 10 – Jak se zachováte v případě Vašeho vlastního duševního onemocnění? Tuto otázku neshledávám po vyhodnocení dotazníkového šetření za zcela vyhovující, neboť neskýtá respondentům dostatek možností pro její zodpovězení a příliš je směřuje ke konkrétní, předem stanovené odpovědi. Spíše bych zde volila jinou formulaci otázky, popřípadě zařadila otázku do jiného typu výzkumného šetření.

Zařazení některých oblastí dotazníkového šetření nebylo jednoznačné, a proto bych ráda některá svá rozhodnutí o zařazení odůvodnila. První částí byla skupina fakticky zaměřených otázek, druhou částí byly otázky zaměřené na postoj vůči osobám s duševním onemocněním a třetí částí dotazníku byly otázky zaměřené na získávání informací. Čtvrtou, mnou uváděnou jako problematickou, částí byly otázky zaměřené na představu vlastního postižení duševní chorobou. Jak jsem již uvedla, nejen otázka č. 10, ale pravděpodobně otázky této části, by mohly být spíše řazeny do jiného typu výzkumného šetření, avšak účel uvedeného orientačního výzkumu dle mého názoru rovněž splnily.

Dále bych chtěla poznamenat, že pro přesnější výsledky by bylo samozřejmě vhodné rozšířit výzkumný soubor alespoň na 500 respondentek, neboť během šetření nedošlo k naplnění všech předem sestavených věkových kategorií.

ZÁVĚR

V této práci se zabývám tématem obrazu duševních poruch a nemocí v médiích. Toto téma je proto promítnuto ve všech kapitolách mé práce, která vychází především z osobních zkušeností, získaných během praxí v rámci studia na PVŠPS, z teoretických znalostí a odborné literatury, o kterou se ve své práci opírám, i z literatury ze které jsem během několika let čerpala informace. Jednotlivé kapitoly rovněž obsahují mé osobní názory a úvahy, které propojují hlavní myšlenku práce, jejímž cílem bylo zjistit úroveň povědomí společnosti a jejího chování vůči skupině duševně nemocných jedinců. Tyto faktické informace nastiňuji čtenářům jak z období počátku péče o osoby s duševní poruchou, tak ze současné „moderní“ doby.

Na začátku práce jsem se snažila vysvětlit pojem duševní porucha a nemoc. Jelikož je však toto téma velmi obsáhlé a pro laika neznalého oboru celkově neuchopitelné, rozhodla jsem se pro krátkou charakteristiku jednotlivých duševních poruch dle mezinárodní klasifikace nemocí. Práce tedy může z počátku na čtenáře působit přehnaně odborným dojmem. Vzhledem ke zvolenému tématu, které se vztahuje především na společnost, jejíž představy jsou ovlivněny stereotypy a stigmaty, jsem však usoudila za nezbytné nejprve čtenáře blíže seznámit s následně zmiňovanými souslovími „duševní porucha“ a „duševní nemoc“.

Dalším podstatným tématem, které jsem zařadila do této práce je stereotyp a stigmatizace duševních poruch a nemocí. Tuto problematiku nastiňuji jak z pohledu duševně nemocných osob, tak z pohledu společnosti. Zaměřuji se nejen na počátky stereotypu a stigmatizace, na činitele udržující a rozvíjející stigmatizované představy o duševně nemocných, důsledky stereotypu a stigmatizace, ale především na způsoby boje se stigmatizací, tzv. destigmatizaci. V poslední části této kapitoly je vyzdvižena důležitost organizací, práce jednotlivců i skupin a především odhodlání prolomit barieru mezi stigmatizovanou společností a duševně nemocnými.

Jednu kapitolu rovněž věnuji prostředkům, které napomáhají boji se stigmaty, ale zároveň je i podporují. Název této kapitoly odpovídá plně jejímu obsahu, tedy „Média a medializace duševních poruch a nemocí“. Toto téma zahrnuje jak jednotlivé typy médií, které se na stigmatizaci podílejí, tak hodnocení jejich prospěšnosti pro společnost. Do této

kapitoly jsem zahrnula i téma „Realita médii nezveřejňovaná“, které se zabývá obsahem sdělovaných informací prostřednictvím médií, tedy především atraktivností informací, nikoli podstatnými sděleními. Jako jednu z podstatných informací, kterou média poskytují jen v omezeném rozsahu, zde uvádím problematiku státních i soukromých psychiatrických a psychologických zařízení a institucí, jejichž existence není v současné době (a nikdy nebyla) jednoduchá. V rámci tohoto tématu představuji čtenářům realitu největší pražské psychiatrické léčebny Bohnice. Tuto demonstruji na doloženém a médii publikovaném článku uznávaného JUDr.Jaroslava Harvalíka, který měl rovněž tu možnost setkat se s realitou zmiňované léčebny.

Abych však v práci nezmiňovala nepodložené domněnky, zařadila jsem do jejího obsahu výzkumnou část, zaměřenou na zjištění informovanosti a názorů společnosti. Cílem výzkumu bylo potvrdit nebo vyvrátit mnou kladené otázky směřované proti stigmatizované společnosti. Výsledky dotazníkového šetření tyto hypotézy potvrdily buďto zcela nebo částečně. Potvrdily se především hypotézy „stigmatizované“ a „nedostatečně informované“ společnosti. Tyto byly shodné pro obě pohlaví, kterých se dotazníkové šetření týkalo.

Psaní této práce a setkávání se s duševně nemocnými jedinci mi umožnilo hlouběji nahlédnout do problematiky a utvořit si tak vlastní názor a postoj vztahující se k těmto osobám. Tato práce mi poskytla obecný pohled na mnohaleté a stále přetrvávající stigma společnosti, které s postupem let ubývá na své intenzitě, avšak stále přetrvává v hojné míře. Do budoucna bych si přála, aby téma duševně nemocných osob bylo ve větší míře podporováno jak ze strany společnosti, tak ze strany médií. A domnívám se proto, že předmětem zájmu dalšího zkoumání v této oblasti by mohl být pohled člověka s duševním onemocněním na společnost, která se k němu po mnoho let stavila zády.

Literatura

BOWIE, F. *Antropologie náboženství.* Praha: Portál, 2008. 335 s. ISBN 978-80-7367-378-9.

DANĚČKOVÁ, T. aj. *Obraz duševních poruch v českých tištěných médiích*. In.: Raboch ... [et al.], ed.: Quo vadis, psychiatria? 2008, Praha: Galén. s. 127 – 131.

DOSTÁLOVÁ, O. *Psychoterapeutické přístupy k onkologicky nemocným.* Praha: Avicenum, 1986. 207 s.

DZÚROVÁ, D. aj. *Duševní zdraví v sociodemografických souvislostech. Mental health in the sociodemographic kontext.* Praha: Přírodověděcká fakulta UK, 2000, 106 s. ISBN 80-238-6038-0.

GARDNER, C. *Media, Politics&Culture.* Great Britain: LOWE AND BRYDONE PRINTERS LTD, 1979. 197 s. ISBN 0-333-23589-4.

HYHLÍK, F. a NAKONEČNÝ, M. *Malá encyklopedie současné psychologie.* Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1977.

JIRÁK, J. a KOPPLOVÁ, B. *Média a společnost.* Praha: Portál, 2003. 207 s. ISBN 80-7178-697-7.

JOBÁNKOVÁ, M. aj. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 215 s. ISBN 80-7013-209-4.

KALINA, K. *Jak žít s psychózou.* Praha: Portál, 2001. 248 s. ISBN 80-71785-63-6.

Le BON, G. *Psychologie davu.* Přel. L. K. Hofman a Z. Ullrich. Praha: nakladatelství KRA, 1997. 102 s.

MACKINTOSH, N. J. *IQ a inteligence.* Praha: GRADA, 2000. 401 s. ISBN 80-7169-948-9.

MARKOVÁ, E. *Psychiatrická a ošetřovatelská péče.* Praha: GRADA, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

NAKONEČNÝ, M., *Základy psychologie.* Praha: Academia, 1998. 590 s. ISBN 80-200-1290-7.

NELEŠOVSKÁ, A. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi.* Praha: GRADA, 2005. 171 s. ISBN 80-247-0738-1.

PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie.* Praha: TRITON, 2004. 215 s. ISBN 80-7254-459-4.

PRŮCHA, J. aj. *Pedagogický slovník.* Praha: Portál, 2001. 273 s. ISBN 80-7178-579-2.

RABOCH, J. aj. *Psychiatrie-minimum pro praxi.* Praha: TRITON, 2006. 212 s. ISBN 80-7254-746-1.

ŘÍČAN, P. a KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie.* Praha: GRADA, 1995. 398 s. ISBN 80-7169-168-2.

SCHELLMANN, B. aj. *Média.* Praha: Europa-Sobotáles, 2002, s. 10-64. ISBN 80-86706-06-0.

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*: *Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika.* 2. ref. vyd. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, 2002. 506 s. ISBN 80-85912-18-X.

SOKOL, J., *Filosofická antropologie*. Praha: Portál, 2002. 222 s. ISBN 80-7178-627-6.

SONDAGOVÁ, S. *Nemoc jako metafora: AIDS a jeho metafory.* Přel. J. Jařaba, A. Jindrová-Špinarová. Praha: Mladá fronta, 1997, 171 s. ISBN 80-204-0587-9.

STERN, J. *Média, psychoanalýza a jiné perverze.* Příbram: Malvern, 2006. 221 s. ISBN 80-86702-13-8.

ŠÁLEK, M. a FEŘTEK, T. *Novináři nejsou zlí.* Praha: Nadace VIA, 2001. 94 s.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

VONDRÁČEK, V. *Úvahy psychologicko-psychiatrické.* Praha: Avicenum, 1975, s. 127-216.

Internetové citace

EFK. *V blázinci chci ještě zůstat* /online/. c2008. poslední revize 14.03.2008, /cit. 2010-08-12/. Dostupné z http://rozkvetlekonvalinky.estranky.cz/clanky/moderatorky/barbora-tacheci.

GABRIEL, J. *Jak se žije duševně nemocným v české republice(…a zajímá to někoho?).* /online/. c2009. /cit. 2010-06-11/. Dostupné z http://www.casopis-esprit.blogspot.com/.

HARVALÍK, J. *Je mi z Vás ukrutně, ale ukrutně na blití, pane ministře!* /online/. c2010. /cit. 2010-08-18/. Dostupné z http://harvalik.blog.idnes.cz/c/10322/Je-mi-z-Vas-ukrutne-ale-opravdu-ukrutne-na-bliti-pane-ministre.html.

SANQUIS. *Psychiatrie a stigma* /online/. c2010. /cit. 2010-07-11/. Dostupné z www.anamneza.cz/moduly/clanek.php3?id=864&sekce=20).

VOKÁL, V. *Nové hodnoty postmoderní společnosti* /online/. c2008. poslední revize 20.8.2010, /cit. 2010-08-19/. Dostupné z http://vladimir.blog.idnes.cz/c/26301/Nove-hodnoty-postmoderni-spolecnosti-uvahy-o-soucasnem-svete.html.

WENIGOVÁ, B. *Stigma a duševní poruchy* /online/. c2005. poslední revize 24.06.2008, /cit. 2010-05-02/. Dostupné z http://www.sanquis.cz/index.php?linkID=art415.

WER. *Barbora Tachecí* /online/. c2008. poslední revize 13.02.2008, /cit. 2010-08-12/. Dostupné z http://rozkvetlekonvalinky.estranky.cz/clanky/moderatorky/barbora-tacheci.

WIRNITZER, J. *Barbora Tachecí se zhroutila, je v léčebně v Bohnicích* /online/. c2008. poslední revize 07.02.2008, /cit. 2010-08-12/. Dostupné z http://zpravy.idnes.cz/barbora-tacheci-se-zhroutila-je-v-lecebne-v-bohnicich-f9m-/domaci.asp?c=A080207_123710_domaci_jw.

Demence /online/. c2010. /cit. 2010-05-11/. Dostupné z http://nemoci.vitalion.cz/demence/.

Destigmatizace - ABZ.cz: slovník cizích slov /online/. c2010. /cit. 2010-08-12/. Dostupné z http://slovnik-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/destigmatizace.

Panic attacks /online/. c2010. poslední revize 13.7.2010. /cit. 2010-07-13/. Dostupné z http://www.medicinenet.com/panic_disorder/article.htm.

Poruchy artistického spektra /online/. /cit.2010-06-03/. Dostupné z http://www.uss.upol.cz/poruchy-autistickeho-spektra/.

Přispěvatelé Wikipedie. *Duševní porucha* /online/. c2010. poslední revize 25.7.2010 /cit. 2010-07-25/. Dostupné z http://cs.wikipedia.org/wiki/Du%C5%A1evn%C3%AD_porucha.

Přispěvatelé wikipedie. *Mezinárodní klasifikace nemocí* /online/. c2010. /cit. 2010-08-22/. Dostupné z http://cs.wikipedia.org/wiki/Mezin%C3%A1rodn%C3%AD_klasifikace_nemoc%C3%AD.

Přispěvatelé Wikipedie. *Stereotyp* /online/. c2008. poslední revize 24.06.2008, /cit. 2010-06-24/. Dostupné z http://cs.wikipedia.org/wiki/Stereotyp.

Projekt *Open the doors* /online/. c2009. poslední revize 27.8.2009, /cit. 2010-06-12/. Dostupné z http://www.openthedoors.com/.

Projekt *Změna* /online/. c2009. poslední revize 3.10.2009, /cit. 2010-07-03/ *Dostupn*é z http://www.stopstigmapsychiatrie.cz.

Psychiatrie a stigma /online/. c2008. poslední revize 18.08.2010, /cit. 2010-08-18/. Dostupné z http://www.anamneza.cz/moduly/clanek.php3?id=864&sekce=20.

Tachecí křičela na lékaře, pomoc, pomoc, nechte mě! /online/. c2008. poslední revize 13.02.2008, /cit. 2010-08-12/. Dostupné z http://www.ahaonline.cz/cz/sport/23088/tacheci=kricela-na-lekare---pomoc-pomoc!-nechte-me...?action=new&ankaction=hlasovat&odpid=17.

Taken from on Cocaine by Sigmund Freud /online/. c2010. poslední revize 11.7.2010, /cit. 2010-07-11/. Dostupné z http://www.druglibrary.org/Schaffer/cocaine/freud.htm.

Časopisy

ČERNOUŠEK, M. Psychologie médií. *Psychologie dnes*, 2002, roč. 8, č. 4, s.14-15. ISSN 1211-5886.

Další zdroje

HAMID-BALMA, S. a ARTHUR, C. Teorie udržování a rozvoje stigmatu. *Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal*, 2005, Vol. 2, No. 6, s. 4–5. Přel. Pavlína Vágnerová.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. *Mezinárodní klasifikace nemocí.* Praha: Svoboda, 1992. 646 s.

DEZORTOVÁ, P. *Sociální práce u dětí a mladistvých s fyzickým, mentálním a kombinovaným postižením.* Bakalářská práce. Praha: PVŠPS, 2007. 64s. Vedoucí: doc. PhDr. Jan Srnec, CSc.

Příloha I.

Formulář pro dotazníkové šetření – orientační výzkum

Vybranou možnost zaškrtněte:

Jsem

□ Muž

□ Žena

Je mi

□ 0 – 19 let

□ 20 – 39 let

□ 40 – 59 let

□ 60 – 79 let

□ 80 a více

1. Pojem „duševní onemocnění“ znamená:

□ a) nemoc vyžadující vždy užívání léků

□ b) nemoc jejímž hlavním příznakem je selháváním orgánů

□ c) onemocnění mající hlavní vliv na psychiku člověka

□ d) nevím

2. Setkal/a jste se během svého života s osobou s duševním onemocněním?

□ a) Ano

□ b) Ne

□ c) Nevzpomínám si

3. Odkud pojem duševní onemocnění znáte?

□ a) Od rodičů či přátel

□ b) Z médií (telefon, televize, knihy, časopisy aj)

□ c) Z osobní zkušenosti

4. Ve Vašem blízkém okolí má být zřízena léčebna duševně nemocných, v referendu vyjádříte:

□ a) souhlas

□ b) nesouhlas

□ c) nemyslím, že by se mě to týkaloˉ

5. Na koho byste se obrátili v případě dojmu, že osoba blízká trpí duševní poruchou?

□ a) Přítele či člena rodiny

□ b) Psychiatrickou léčebnu

□ c) Záchrannou službu či poradenské instituce

□ d) Nevím

6. Média informují o problematice duševně nemocných:

□ a) Dostatečně

□ b) Málo

□ c) Jen v případě známých osobností

7. Duševně nemocní lidé by měli žít:

□ a) Dle závažnosti onemocnění začleněni do kolektivu

□ b) V léčebnách či psychiatrických ústavech

□ c) Izolováni od společnosti

8. Při setkání s osobou o které víte, že trpí duševním onemocněním byste:

□ a) Reagoval/a odměřeně a přemýšlel/a jak vhodně komunikovat

□ b) Reagoval/a naprosto normálně a vaše chování by se nijak nezměnilo

□ c) Snažil se nedat nic najevo

9. Trpí duševní poruchou každý člověk, který pravidelně navštěvuje psychologa?

□ a) Ano

□ b) Ne

□ c) Nevím

10. V případě Vašeho vlastního duševního onemocnění se zachováte:

□ a) Budu se zdržovat v ústraní a vyčkám „než to přejde“

□ b) Vyhledám pomoc odborníků a podstoupím případnou léčbu

□ c) Nic se nezmění, budu žít stále stejným způsobem

Příloha II.

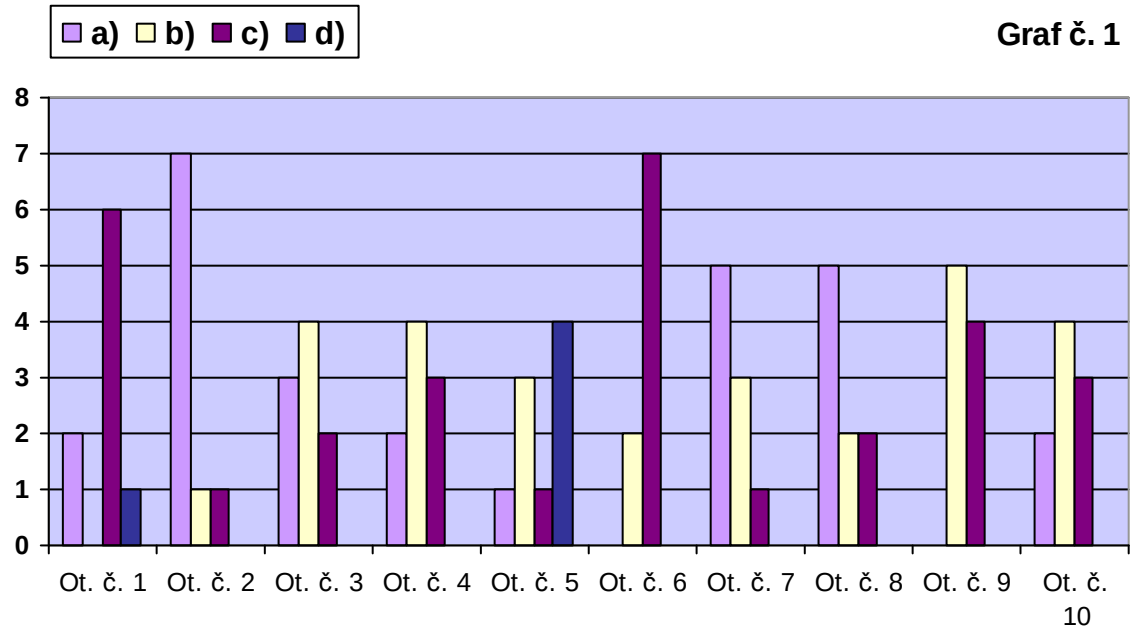
Dílčí výsledky odpovědí jednotlivých věkových kategorií - ženy:

Počet zaznamenaných odpovědí respondentek ve věkové kategorii 0 - 19 u jednotlivých otázek – tabulka č. 1

	Ot. č. 1	Ot. č. 2	Ot. č. 3	Ot. č. 4	Ot. č. 5	Ot. č. 6	Ot. č. 7	Ot. č. 8	Ot. č. 9	Ot. č. 10
a)	2	7	3	2	1	0	5	5	0	2
b)	0	1	4	4	3	2	3	2	5	4
c)	6	1	2	3	1	7	1	2	4	3
d)	1	-	-	-	4	-	-	-	-	-

Grafické zobrazení – tabulka č. 1

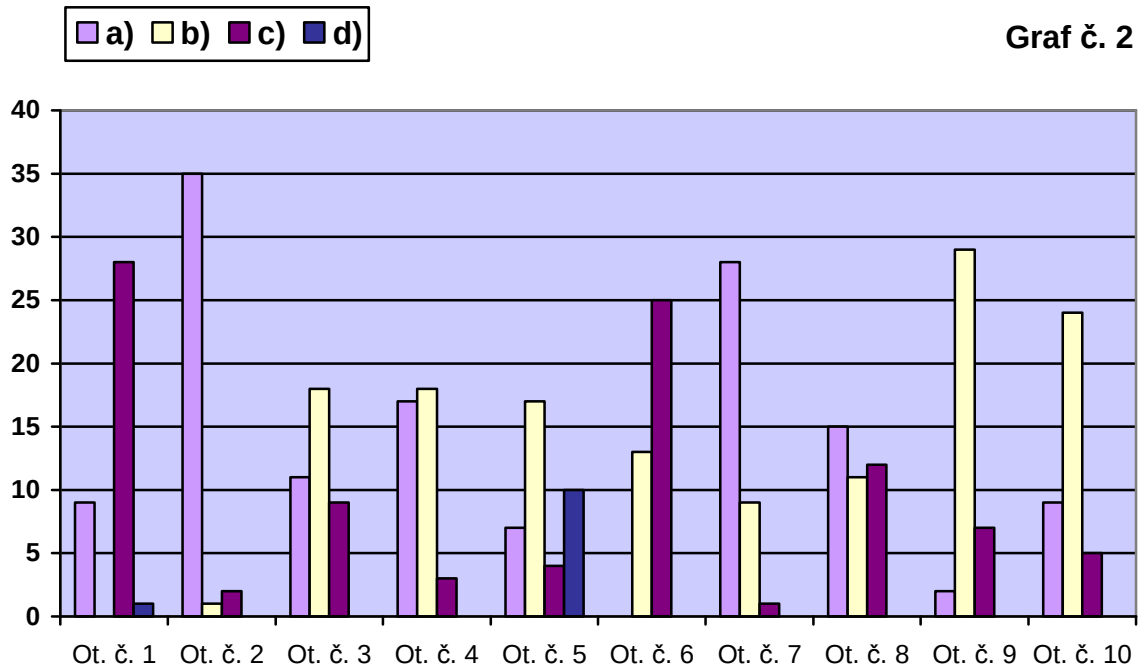
Graf č. 1



Počet zaznamenaných odpovědí respondentek ve věkové kategorii 20 - 39 u jednotlivých otázek – tabulka č. 2

	Ot. č. 1	Ot. č. 2	Ot. č. 3	Ot. č. 4	Ot. č. 5	Ot. č. 6	Ot. č. 7	Ot. č. 8	Ot. č. 9	Ot. č. 10
a)	9	35	11	17	7	0	28	15	2	9
b)	0	1	18	18	17	13	9	11	29	24
c)	28	2	9	3	4	25	1	12	7	5
d)	1	-	-	-	10	-	-	-	-	-

Grafické zobrazení – tabulka č. 2

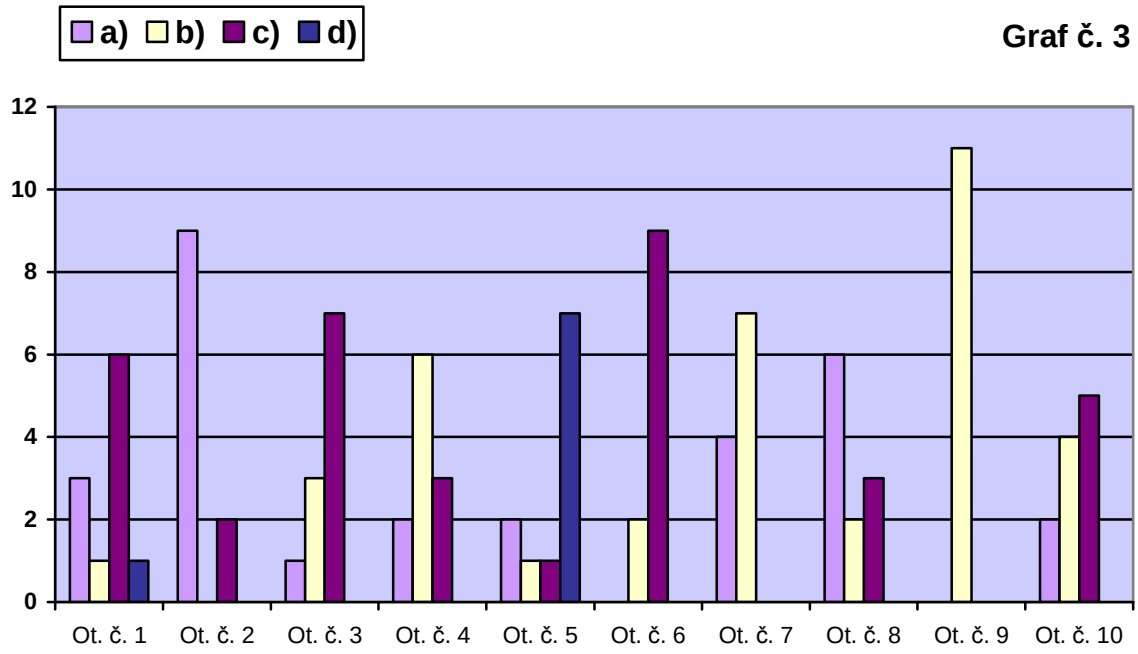


Graf č. 2

Počet zaznamenaných odpovědí respondentek ve věkové kategorii 40 – 59 u jednotlivých otázek – tabulka č. 3

	Ot. č. 1	Ot. č. 2	Ot. č. 3	Ot. č. 4	Ot. č. 5	Ot. č. 6	Ot. č. 7	Ot. č. 8	Ot. č. 9	Ot. č. 10
a)	3	9	1	2	2	0	4	6	0	2
b)	1	0	3	6	1	2	7	2	11	4
c)	6	2	7	3	1	9	0	3	0	5
d)	1	-	-	-	7	-	-	-	-	-

Grafické zobrazení – tabulka č. 3

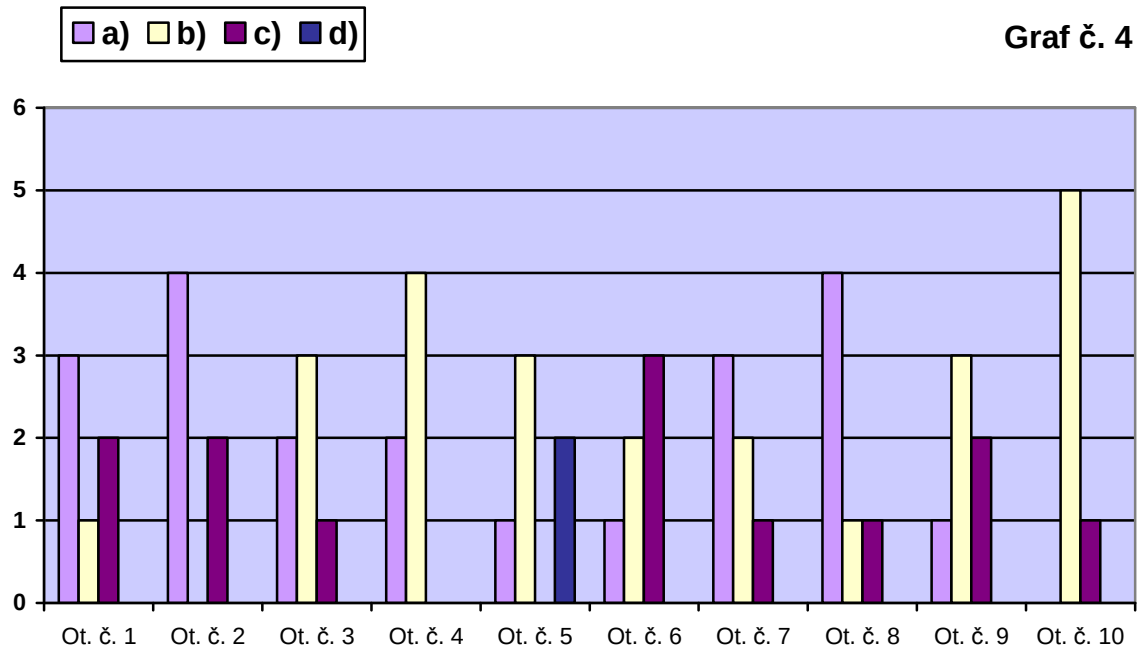


Graf č. 3

Počet zaznamenaných odpovědí respondentek ve věkové kategorii 60 – 79 u jednotlivých otázek – tabulka č. 4

	Ot. č. 1	Ot. č. 2	Ot. č. 3	Ot. č. 4	Ot. č. 5	Ot. č. 6	Ot. č. 7	Ot. č. 8	Ot. č. 9	Ot. č. 10
a)	3	4	2	2	1	1	3	4	1	0
b)	1	0	3	4	3	2	2	1	3	5
c)	2	2	1	0	0	3	1	1	2	1
d)	0	-	-	-	2	-	-	-	-	-

Grafické zobrazení – tabulka č. 4



Graf č. 4

Příloha III.

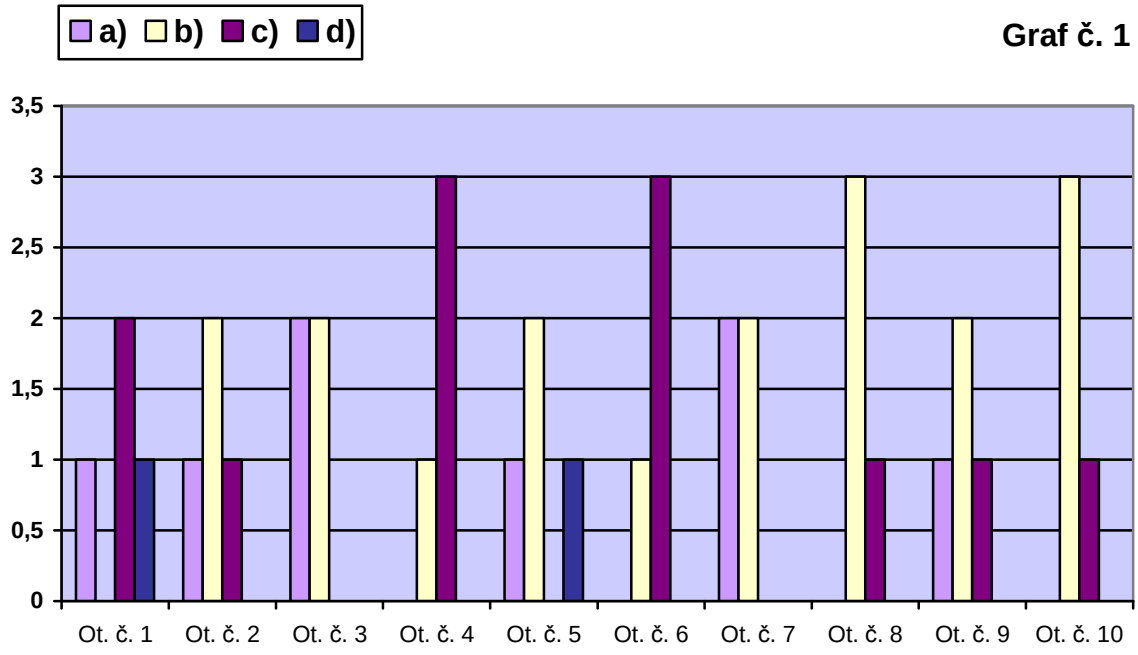
Dílčí výsledky odpovědí jednotlivých věkových kategorií - muži:

Počet zaznamenaných odpovědí respondentů ve věkové kategorii 0 - 19 u jednotlivých otázek – tabulka č. 1

	Ot. č. 1	Ot. č. 2	Ot. č. 3	Ot. č. 4	Ot. č. 5	Ot. č. 6	Ot. č. 7	Ot. č. 8	Ot. č. 9	Ot. č. 10
a)	1	1	2	0	1	0	2	0	1	0
b)	0	2	2	1	2	1	2	3	2	3
c)	2	1	0	3	0	3	0	1	1	1
d)	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-

Grafické zobrazení – tabulka č. 1

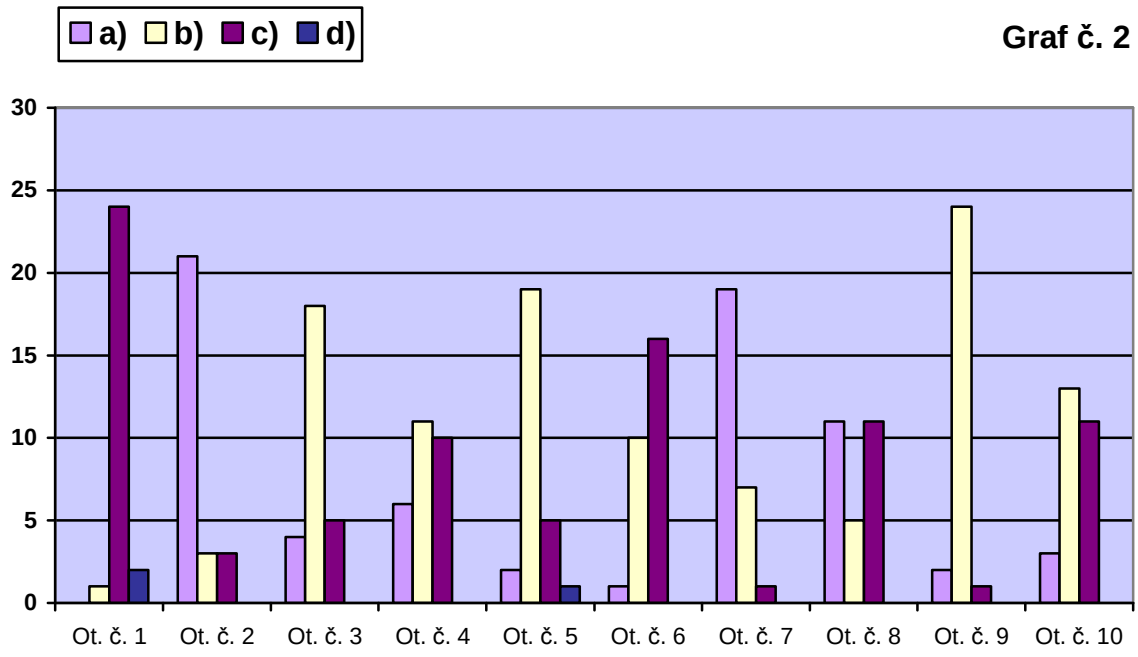
Graf č. 1



Počet zaznamenaných odpovědí respondentů ve věkové kategorii 20 - 39 u jednotlivých otázek – tabulka č. 2

	Ot. č. 1	Ot. č. 2	Ot. č. 3	Ot. č. 4	Ot. č. 5	Ot. č. 6	Ot. č. 7	Ot. č. 8	Ot. č. 9	Ot. č. 10
a)	0	21	4	6	2	1	19	11	2	3
b)	1	3	18	11	19	10	7	5	24	13
c)	24	3	5	10	5	16	1	11	1	11
d)	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-

Grafické zobrazení – tabulka č. 2

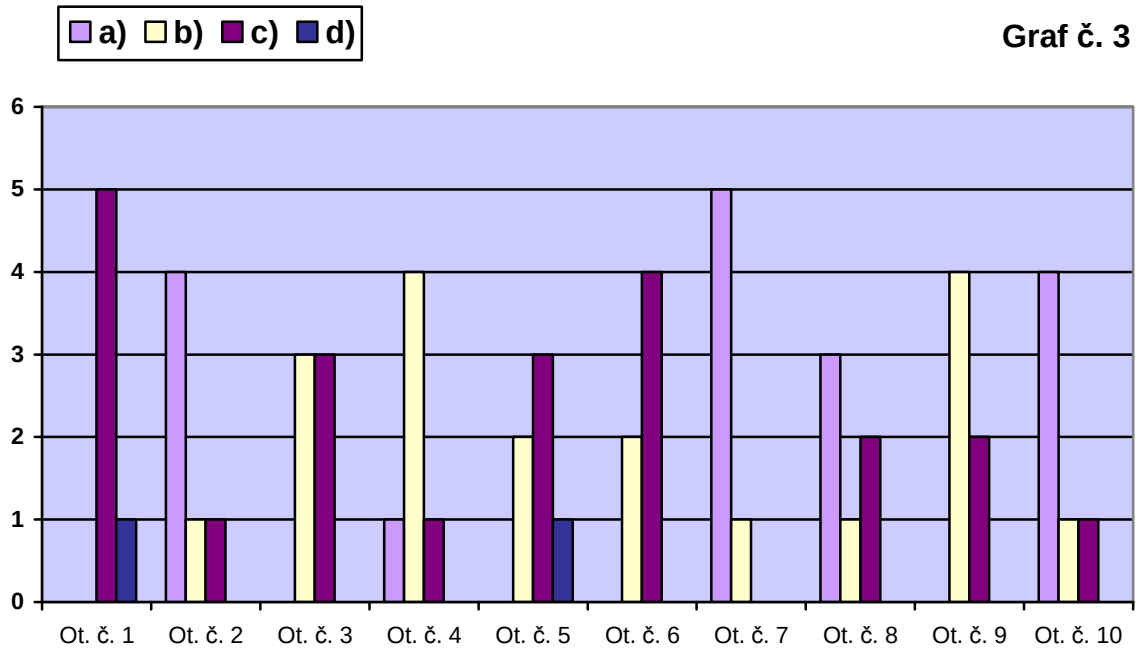


Graf č. 2

Počet zaznamenaných odpovědí respondentů ve věkové kategorii 40 – 59 u jednotlivých otázek – tabulka č. 3

	Ot. č. 1	Ot. č. 2	Ot. č. 3	Ot. č. 4	Ot. č. 5	Ot. č. 6	Ot. č. 7	Ot. č. 8	Ot. č. 9	Ot. č. 10
a)	0	4	0	1	0	0	5	3	0	4
b)	0	1	3	4	2	2	1	1	4	1
c)	5	1	3	1	3	4	0	2	2	1
d)	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-

Grafické zobrazení – tabulka č. 3

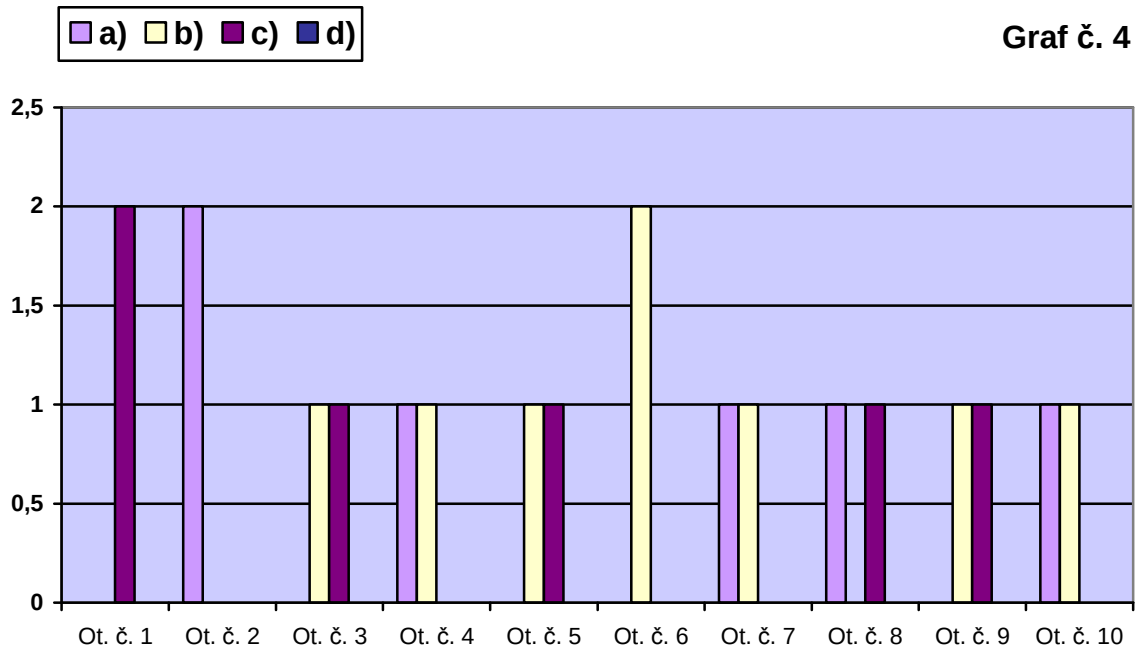


Graf č. 3

Počet zaznamenaných odpovědí respondentů ve věkové kategorii 60 – 79 u jednotlivých otázek – tabulka č. 4

	Ot. č. 1	Ot. č. 2	Ot. č. 3	Ot. č. 4	Ot. č. 5	Ot. č. 6	Ot. č. 7	Ot. č. 8	Ot. č. 9	Ot. č. 10
a)	0	2	0	1	0	0	1	1	0	1
b)	0	0	1	1	1	2	1	0	1	1
c)	2	0	1	0	1	0	0	1	1	0
d)	0	-	-	-	0	-	-	-	-	-

Grafické zobrazení – tabulka č. 4



Graf č. 4

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Bc. Petra Dezortová

Studijní program: Sociální práce a sociální politika

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Obraz duševních poruch a nemocí v médiích

Počet stran (bez příloh): 92

Celkový počet stran příloh: 12

Počet titulů české literatury a pramenů: 30

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 1

Počet internetových odkazů: 20

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jan Srnec, CSc.

Konzultant práce: Mgr. Anna Čurdová

Rok dokončení práce: 2010

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má bakalářská/diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:……

…….

Uživatel/ka potvrzují svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou/diplomovou práci využijí ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

Posudek vedoucího/oponenta /diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Petra Dezortová**
Obor studia: Sociální práce
Název práce: Obraz dševních poruch a nemocí v médiíchc
Vedoucí/oponent* práce: Jan Srnec

Technické parametry práce:
Počet stránek textu (bez příloh): 92
Počet stránek příloh: 12
Počet titulů v seznamu literatury: 26

	0**	1	2	3	4
Výběr tématu					
Závažnost tématu		x			
Oborová přiléhavost tématu		x			
Originalita tématu a jeho zpracování	x				
Formální zpracování					
Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)	x				
Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)	x				
Formální zpracování (jasnost tématu, rozčleněni textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)	x				
Metody práce					
Vhodnost a úroveň použitých metod	x				
Využití výzkumných empirických metod	x				
Využití praktických zkušeností	x				
Obsahová kritéria a přínos práce					
Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)	x				
Naplnění cílů práce	x				
Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu	x				
Návaznost kapitol a subkapitol	x				

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi	x				
Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)	x				

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Jde o osobitě pojatou práci, která se vzpírá hodnocení podle obvyklých kriterií, resp. hodnocení, které vychází z požadavků na diplomové práce . Příčina je v tom, že zaměření, obsah i styl práce neodpovídá obvyklému standardu odborných studií, nýbrž má charakter převážně žurnalistického produktu určeného laické veřejnosti a sledujícího osvětový nebo propagační (agitační) záměr.

Toto zaměření potvrzuje sama autorka výroky jako: „aby laik neznalý oboru" věc pochopil" nebo „aby na čtenáře nepůsobila přehnaně odborným dojmem". Takto zdůvodňuje v Závěru na str.87, proč nejobsáhlejší (první) kapitolu věnovala „Duševním poruchám a jejich klasifikaci", která je pouze kompilací z knihy, kde už je výklad zjednodušen speciálně pro potřebu pomáhajících profesí .

K celkové úrovni práce ani k její dílčím problémům či nedostatkům se nebudu v oficiálním posudku vyjadřovat a ponechávám na rozhodnutí komise, zda i takto atypicky pojatou práci přijme jako způsobilou ke splnění jedné z hlavních podmínek pro získání odborné hodnosti Mgr.

Jako tzv. vedoucí DP konstatuji, že paní Bc. Dezortová se dostavila ke konzultaci až na konci srpna, a to s prací v podstatě už vyhotovenou. Práci jsem tedy ve skutečnosti nevedl a své připomínky jsem jí mohl osobně sdělit až 26. srpna.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace:

Datum, podpis:
23. září 2010

* nehodící se, škrtněte

Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studentky: Bc. Petra Dezortová
Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
Název práce: **Obraz duševních poruch a nemocí v médiích**
Oponent práce: Mgr. Klecanda Antonín

Technické parametry práce:
Počet stránek textu (bez příloh): 92
Počet stránek příloh: 13
Počet titulů v seznamu literatury: 30 a dále internetové zdroje

	0**	1	2	3	4
Výběr tématu					
Závažnost tématu		X			
Oborová přiléhavost tématu		X			
Originalita tématu a jeho zpracování			X		
Formální zpracování					
Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)		X			
Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)		X			
Formální zpracování (jasnost tématu, rozčleněni textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)		X			
Metody práce					
Vhodnost a úroveň použitých metod			X		
Využití výzkumných empirických metod			X		
Využití praktických zkušeností		X			
Obsahová kritéria a přínos práce					
Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)	X				
Naplnění cílů práce			X		
Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu		X			
Návaznost kapitol a subkapitol				X	

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi			X		
Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)				X	

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Proč autorka popisuje PL Bohnice na základě jednoho článku a své zkušenosti s několika málo pavilony?
Autorka píše, že by téma duševních nemocí mělo být v médiích více probíráno. Připadá ji, že jsou média objektivní a rozumí problematice? Ví, že jsou případy, kdy média propírají psychiatra (popř. psychologa) a ten se nemůže bránit, aby neporušil lékařské tajemství?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Diplomová práce reaguje na stále aktuální problematiku, jak vidí duševní poruchy a nemoci média. Úvodní část práce je zdařilou kompilací literatury zabývající se duševními poruchami a jejich klasifikací. Je otázkou, zda-li tento úvod není zbytečně rozsáhlý (cca 30 stran).
V druhé části práce studentka zdařile popisuje stereotypy a stigmata, týkající se duševních poruch. Využívá zde velmi dobře citací z odborné literatury, které provazuje s dalšími částmi práce. Zároveň jsou zde i odkazy na organizace, které se danou problematikou zabývají.
V následující části popisuje orientační výzkum. Je otázkou, proč výzkum není hlavní částí práce, ale pouze doplňkem.
V následující části je opět teorie, opět jde kompilaci doplněnou názory autorky a provázanou s ostatními částmi práce. Možná by bylo lepší, kdyby tato část byla u ostatní teorie ještě před výzkumem. Poměrně diskutabilní je část o realitě psychiatrické léčebny Bohnice. Vychází z publikovaného článku a zkušeností autorky. Domnívám se však, že předkládaná tvrzení by měla být podpořena výzkumem a ne pouze jedním článkem a vlastní zkušeností z krátkého působení.
PL Bohnice je rozsáhlý areál s mnoha pavilony, které mají rozdílný přístup i metody. Proto tuto kapitolu nepovažuji za objektivní.
Celá diplomová práce je ukončena poměrně kvalitní kazuistikou.
Celkově je práce průměrná. Některé části jsou velmi dobré, ale jiné neobjektivní a zavádějící. Ostatně je to obdobné, jako s médii o kterých autorka píše.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: 2

Datum, podpis: 20. 9. 2010, Klecanda