

Marie Ocisková, Ján Praško

Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch



Marie Ocisková, Ján Praško

STIGMATIZACE A SEBESTIGMATIZACE U PSYCHICKÝCH PORUCH

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována ani šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

PhDr. Marie Ocisková
prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

STIGMATIZACE A SEBESTIGMATIZACE U PSYCHICKÝCH PORUCH

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 5956. publikaci

Recenzovali:

MUDr. Erik Herman, Ph.D.

Odpovědná redaktorka Zuzana Böhmová
Sazba a zlom Antonín Plicka
Návrh a zpracování obálky Jan Dvořák
Počet stran 376
Vydání 1., 2015

Vytiskla Tiskárna V Ráji, s.r.o., Pardubice

© Grada Publishing, a.s., 2015
Cover Photo © allphoto.cz

ISBN 978-80-247-9906-3 (ePub)
ISBN 978-80-247-9905-6 (pdf)
ISBN 978-80-247-5199-3 (print)

Obsah

1. Stigmatizace, společnost a psychické poruchy	11
1.1 Postavení lidí s psychickou poruchou ve společnosti v průběhu historie	12
1.2 Postoje společnosti a stigmatizace osob s psychickou poruchou	21
1.2.1 Značkovací reakce	23
1.2.2 Postoje společnosti k různým psychickým poruchám	27
1.2.3 Stigmatizace psychiatrie	30
1.2.4 Stigmatizace zdravotníkem	30
1.2.5 Stigmatizace a kultura	32
1.2.6 Stigmatizace a média	33
1.3 Odmítání přijmout diagnózu a stigmatizaci	35
1.3.1 Rodina a strach ze značkování	36
1.3.2 Stigmatizace jako problém reintegrace	37
1.4 Sebestigmatizace	38
1.4.1 Sebestigmatizace a vyhledání odborné pomoci	38
1.5 Vnímání stigmatizace a prožitky diskriminace	40
1.5.1 Sociální izolace	40
1.5.2 Prožívání stigmatizace celé rodiny	41
1.5.3 Diskriminace v rodině	41
1.5.4 Prožívání stigmatizace v léčbě	42
1.5.5 Bezdomovectví	42
2. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychotických poruch	43
2.1 Úvod	43
2.2 Schizofrenie a další poruchy schizofrenního spektra	45
2.2.1 Schizofrenie	45
2.2.2 Schizotypní porucha	50
2.2.3 Trvalé duševní poruchy s bludy	50
2.2.4 Akutní a přechodné psychotické poruchy	51
2.2.5 Schizoafektivní poruchy	52
2.3 Stigmatizace u schizofrenních poruch	52
2.3.1 Model integrující vliv genetického rizika, stigmatizace a schizofrenie	53
2.3.2 Strukturální stigmatizace u schizofrenie	56
2.3.3 Osobní stigma u schizofrenie	58
2.3.4 Sebestigmatizace u schizofrenie	59
2.3.5 Dopad stigmatizace na fungování u poruch schizofrenního okruhu	60
2.3.6 Důsledky sebestigmatizace	62

2.3.7	<i>Dopad stigmatizace na léčbu poruch schizofrenního okruhu</i>	64
2.3.8	<i>Stigmatizace profesionály u poruch schizofrenního okruhu</i>	65
2.3.9	<i>Vyjadřované emoce a postoj rodiny k členovi s poruchou ze schizofrenního okruhu</i>	67
2.4	Boj proti stigmatizaci u schizofrenie	70
2.5	Zvládání stigmatizace a sebestigmatizace u poruch ze schizofrenního okruhu	71
2.6	Závěry	74
3.	Stigmatizace a sebestigmatizace u afektivních poruch	75
3.1	Poruchy nálady	75
3.1.1	<i>Manické příznaky</i>	76
3.1.2	<i>Depresivní příznaky</i>	77
3.2	Bipolární afektivní porucha	78
3.2.1	<i>Stigmatizace a sebestigmatizace u bipolární afektivní poruchy</i>	80
3.2.2	<i>Stigmatizace u bipolární poruchy</i>	81
3.2.3	<i>Sebestigmatizace u bipolární poruchy</i>	82
3.2.4	<i>Dopad stigmatizace na fungování bipolárních pacientů</i>	83
3.2.5	<i>Stigma a vyhledávání pomoci u bipolární poruchy</i>	83
3.2.6	<i>Dopad stigmatizace na léčbu bipolární poruchy</i>	84
3.2.7	<i>Stigmatizace profesionály u bipolární poruchy</i>	84
3.2.8	<i>Vyjadřované emoce a zvládání postojů rodiny k pacientovi</i>	85
3.3	Depresivní porucha	87
3.3.1	<i>Stigmatizace a sebestigmatizace u depresivní poruchy</i>	89
3.3.2	<i>Postoje k lidem trpícím depresivní poruchou</i>	91
3.3.3	<i>Sebestigmatizace a vyhledávání péče u depresivní poruchy</i>	93
3.3.4	<i>Dopad stigmatizace na léčbu deprese</i>	94
3.4	Zvládání stigmatizace a sebestigmatizace u afektivních poruch	95
3.4.1	<i>Individuální psychoedukace</i>	95
3.4.2	<i>Skupinová psychoedukace</i>	96
3.4.3	<i>Rodinná psychoedukace</i>	96
3.4.4	<i>Vícerodinné psychoedukační skupiny</i>	98
3.4.5	<i>Internetová psychoedukace</i>	98
3.5	Rodina	99
3.6	Společnost	99
3.7	Závěry	100
4.	Stigmatizace a sebestigmatizace u poruch neurotického spektra	101
4.1	Úzkostné poruchy	103
4.1.1	<i>Panická porucha</i>	103
4.1.2	<i>Generalizovaná úzkostná porucha</i>	105

4.1.3	<i>Smíšená úzkostně depresivní porucha</i>	106
4.1.4	<i>Agorafobie</i>	107
4.1.5	<i>Sociální fobie</i>	108
4.1.6	<i>Specifické fobie</i>	109
4.2	<i>Poruchy spojené se stresem</i>	111
4.2.1	<i>Akutní stresová reakce</i>	111
4.2.2	<i>Poruchy přizpůsobení</i>	111
4.2.3	<i>Posttraumatická stresová porucha</i>	113
4.3	<i>Somatoformní poruchy</i>	113
4.3.1	<i>Somatizační porucha</i>	114
4.3.2	<i>Hypochondrická porucha</i>	115
4.3.3	<i>Dysmorfofobie</i>	116
4.3.4	<i>Somatoformní vegetativní dysfunkce</i>	116
4.3.5	<i>Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha</i>	117
4.4	<i>Obsedantně kompulzivní porucha</i>	118
4.5	<i>Jiné neurotické poruchy</i>	119
4.5.1	<i>Neurastenie</i>	119
4.5.2	<i>Depersonalizační syndrom</i>	120
4.6	<i>Disociativní poruchy</i>	121
4.6.1	<i>Disociativní amnézie</i>	122
4.6.2	<i>Disociativní fuga</i>	122
4.6.3	<i>Disociativní stupor</i>	122
4.6.4	<i>Trans a stavy posedlosti</i>	123
4.6.5	<i>Disociativní poruchy motoriky</i>	123
4.6.6	<i>Disociativní křeče</i>	124
4.6.7	<i>Disociativní anestézie a ztráta citlivosti</i>	124
4.6.8	<i>Ganserův syndrom</i>	125
4.6.9	<i>Mnohočetná osobnost</i>	125
4.6.10	<i>Psychogenní zmatenost a psychogenní mráкотný stav</i>	125
4.7	<i>Stigmatizace u poruch neurotického spektra</i>	126
4.7.1	<i>Sebestigmatizace u poruch neurotického spektra</i>	127
4.7.2	<i>Dopad stigmatizace na fungování u poruch neurotického spektra</i>	129
4.7.3	<i>Stigmatizace a vyhledání pomoci u poruch neurotického spektra</i>	131
4.7.4	<i>Dopad stigmatizace na léčbu poruch neurotického spektra</i>	133
4.7.5	<i>Stigmatizace profesionály u poruch neurotického spektra</i>	133
4.7.6	<i>Stigmatizace a postoje rodiny k pacientovi u poruch neurotického spektra</i>	135
4.8	<i>Zvládání stigmatizace a sebestigmatizace u poruch neurotického spektra</i>	137
4.8.1	<i>Psychoedukace</i>	139
4.8.2	<i>Psychoterapie</i>	139

4.8.3	<i>Rodina</i>	143
4.8.4	<i>Společnost</i>	143
4.9	Závěry	144
5.	Stigmatizace a sebestigmatizace u poruch příjmu potravy a obezity	145
5.1	Poruchy příjmu potravy	147
5.1.1	<i>Mentální anorexie</i>	147
5.1.2	<i>Mentální bulimie</i>	148
5.1.3	<i>Obezita</i>	148
5.2	Stigmatizace a poruchy příjmu potravy a obezity	149
5.2.1	<i>Stigma poruch příjmu potravy a veřejnost</i>	150
5.2.2	<i>Sebestigmatizace a vnímané stigma u pacientů s poruchami příjmu potravy</i>	152
5.2.3	<i>Rodina a stigmatizace u poruch příjmu potravy</i>	153
5.2.4	<i>Stigma obezity</i>	154
5.2.5	<i>Poruchy příjmu potravy a suicidalita</i>	155
5.3	Možnosti boje proti stigmatu u poruch příjmu potravy a obezity	155
5.4	Závěry	156
6.	Stigmatizace a sebestigmatizace u závislosti na návykových látkách	157
6.1	Závislost na návykových látkách a stigma	160
6.2	Následky stigmatu souvisejícího s užíváním návykových látek	162
6.3	Stigmatizace poskytovateli péče	162
6.4	Stigmatizace a sebestigmatizace u osob závislých na alkoholu	164
6.4.1	<i>Stigmatizace</i>	164
6.4.2	<i>Medicínský model a stigmatizace</i>	165
6.4.3	<i>Sebestigmatizace</i>	167
6.4.4	<i>Stigma a vyhledání pomoci</i>	168
6.4.5	<i>Stigmatizace a rodina</i>	169
6.4.6	<i>Stigma a léčba</i>	169
6.4.7	<i>Stigmatizace profesionály</i>	170
6.5	Stigmatizace a sebestigmatizace u osob závislých na nealkoholových drogách	170
6.5.1	<i>Opioidy</i>	171
6.5.2	<i>Psychostimulancia</i>	175
6.5.3	<i>Kanabinoidy</i>	177
6.5.4	<i>Halucinogeny</i>	179
6.5.5	<i>Prchavá rozpouštědla</i>	180
6.5.6	<i>Anxiolytika, hypnotika a další léky</i>	180
6.6	Stigmatizace u duálních diagnóz	181
6.7	Zmírňování stigmatu u osob závislých na návykových látkách	183
6.8	Závěr	183

7. Stigmatizace a sebestigmatizace u demence	185
7.1 Demence	186
7.2 Stigmatizace u demencí	187
7.2.1 <i>Stigma demence</i>	187
7.2.2 <i>Sebestigmatizace u demencí</i>	191
7.2.3 <i>Rodina a stigmatizace u demence</i>	192
7.3 Možnosti boje proti stigmatu u demence	193
7.4 Závěry	194
 8. Stigmatizace a sebestigmatizace u poruch osobnosti	 195
8.1 Specifické poruchy osobnosti	202
8.1.1 <i>Paranoidní porucha osobnosti</i>	202
8.1.2 <i>Schizoidní porucha osobnosti</i>	203
8.1.3 <i>Disociální porucha osobnosti</i>	203
8.1.4 <i>Emočně nestabilní porucha osobnosti</i>	205
8.1.5 <i>Narcistická porucha osobnosti</i>	206
8.1.6 <i>Histrionská porucha osobnosti</i>	207
8.1.7 <i>Pasivně agresivní porucha osobnosti</i>	208
8.1.8 <i>Anankastická porucha osobnosti</i>	209
8.1.9 <i>Vyhýbavá porucha osobnosti</i>	210
8.1.10 <i>Závislá porucha osobnosti</i>	211
8.1.11 <i>Přetrvávající změny osobnosti</i>	213
8.2 Stigmatizace u poruch osobnosti	215
8.2.1 <i>Sebestigmatizace u poruch osobnosti</i>	216
8.2.2 <i>Dopad stigmatizace na fungování u poruch osobnosti</i>	217
8.2.3 <i>Stigmatizace a vyhledání pomoci u poruch osobnosti</i>	218
8.2.4 <i>Stigmatizace profesionály u poruch osobnosti a dopad na léčbu</i>	219
8.2.5 <i>Stigmatizace a postoje rodiny k pacientovi s poruchou osobnosti</i>	226
8.3 Zvládání stigmatizace a sebestigmatizace u poruch osobnosti	227
8.3.1 <i>Psychoedukace</i>	227
8.3.2 <i>Psychoterapie</i>	228
8.4 Závěry	232
 9. Stigmatizace, sebestigmatizace a suicidalita	 235
9.1 Sebevražednost v číslech	235
9.2 Frekvence výskytu sebevražd a jejich ohlášení	236
9.3 Stigmatizace sebevraždy z historického hlediska	237
9.4 Sebevražda, postoje společnosti, stigmatizace a sebestigmatizace	238
9.5 Širší názorový kontext pro postoje k sebevraždě	239
9.6 Sebevražda a psychické poruchy	243
9.7 Vyhledávání pomoci při sebevražedných rozladách a stigmatizace	243

9.8 Sebevražda, důsledky pro blízké a stigmatizace rodiny	244
9.8.1 <i>Jak se chovat k člověku, jehož blízký si vzal život</i>	247
9.8.2 <i>Důležitost podpůrných skupin pro lidi truchlící po suicidiu blízkého</i>	249
9.9 Závěr	251
10. Boj proti stigmatu ve společnosti	253
10.1 Utváření společenského obrazu psychiatrického pacienta	253
10.2 Destigmatizační přístupy	255
10.2.1 <i>Informace odborníků o psychických poruchách pro veřejnost</i>	255
10.2.2 <i>Cesty k destigmatizaci</i>	257
10.2.3 <i>WPA Globální program proti stigmatizaci a diskriminaci u schizofrenie</i>	259
10.2.4 <i>Některé destigmatizační aktivity v České republice</i>	261
11. Zvládání sebestigmatizace u psychických poruch	267
11.1 Narativní přístup	267
11.2 Psychoedukace	275
11.3 Zmírnění stigmatizace léčby	278
11.4 Kognitivně-behaviorální terapie	280
11.4.1 <i>Zvládání stigmatizace druhými lidmi</i>	281
11.4.2 <i>Zvládání vnímání stigmatu</i>	281
11.4.3 <i>Zmírnění sebestigmatizace</i>	285
11.5 Narativní kognitivně-behaviorální terapie u psychóz	286
11.6 Rodinné přístupy	288
11.7 Závěr	292
Závěr	293
Summary	295
Literatura	297
Rejstřík	371

1. Stigmatizace, společnost a psychické poruchy

Stigma obecně znamená znehodnocující přívlastek, který může být příčinou diskriminace svého nositele. Slovo „stigma“ bývá překládáno jako znak nebo stopa, která nese svědectví. Termín pochází z antického Řecka a poukazuje na tělesné znaky, které vypovídají o něčem neobvyklém, nedostatečném nebo z morálního hlediska špatném. Sémantický původ termínu stigma je odvozen z řeckého slova, které se vztahuje k tetování či lépe vypálenému znamení (Hinterhuber, 2001). Kdysi se tímto slovem označoval cejch vypalovaný otrokům v thesalských dolech antického Řecka (Bártlová, 2006). Toto označení bylo pro ostatní znamením, podle kterého byli jeho nositelé rozpoznáváni a vylučováni ze společnosti (Wenigová, 2005). V dobách raného křesťanství získal tento pojem dvě metaforické konotace:

1. V době raného křesťanství byla známa stigmata Kristova, což byly rány v místech, kde byly Kristovy údy protknuty hřeby, kterými byl přibit na kříž. Stigmata jsou v tomto pojetí dodnes tělesným svědectvím o spiritualitě svého nositele, jeho svatosti nebo důkazem silné víry. Do této skupiny stigmat patří erupce nebo zranění těla podobné těm, kterými trpěl Kristus (Whitlock, Hynes, 1978). Náboženskou konotaci nesou i stigmata přisuzovaná zlu. V době honu na čarodějnice byla „nečistá“ znamení, jako jsou znaménka nebo bradavice, důkazem spolčení s ďáblem. Literární dílo dominikánů Sprengera a Institora dokonce obsahovalo návod, jak a kde hledat „stigmata diaboli“. V prvním případě byla a dodnes v některých kulturách jsou stigmata znaky mimořádné svatosti, ve druhém případě byla znakem spolku s ďáblem (Libiger, 2002).
2. Druhá konotace stigmat poukazuje na tělesné známky, které vypovídají o nemoci svého nositele. Stigmatem jsou v tomto pojetí známky svědčící o ohrožující nakažlivé nemoci, jako je lepra, nebo viditelné příznaky nevyléčitelných onemocnění, jako je pokročilá jaterní cirhóza. Tato druhá konotace směřuje k izolaci označeného jedince od ostatních.

V pozdějších časech se pojem stigma dostával do širšího kulturního slovníku i v dalších souvislostech. V 19. století popisovala rodící se kriminalistika stigmata zločinců, čímž se rozuměly fyzické odchylky vzhledu svědčící pro zločinecký charakter způsobený degenerací. Cílem bylo identifikovat a případně izolovat možné kriminálníky ještě před spácháním trestného činu (Bártlová, 2006). Termín „stigma“ byl také použit

pro označení neodstranitelných skvrn na kůži po bodnutí ostrým předmětem, někdy používaným pro označení tuláků, zločinců nebo otroků (Whitlock, Hynes, 1978; Gilman, 1982; Gilman, 1985). Vždy tedy šlo o označení někoho, koho je potřeba oddělit od společnosti nebo komu je potřeba se vyhnout. V moderní době se význam stigmatu posunul k jakýmkoliv znakům, rysům nebo nemoci, která značkuje jedince jako v něčem nepříjemně odlišného od „normálních“ osob (Goffman, 1963; Scambler, 1998; Hinshaw, Cicchetti, 2000). Hartl a Hartlová (2009) v *Psychologickém slovníku* definují stigmatizaci jako „společenský předsudek vůči někomu, jemuž jsou pak přisuzovány záporné vlastnosti; předem dané záporné hodnocení, které je okolím přisouzeno jedinci, skupině nebo organizaci“. Jednou z nejvíce stigmatizovaných skupin osob jsou lidé s psychickou poruchou. Jedná se o negativní společenský jev s dlouhou tradicí, který úzce souvisí s vývojem pojetí duševních nemocí.

1.1 Postavení lidí s psychickou poruchou ve společnosti v průběhu historie

Postavení duševně nemocného ve společnosti bylo a stále je odrazem dané doby, úrovně poznatků a vyspělosti kultury. Psychice byla připisována velká důležitost od počátku historie lidstva. V prehistorii, v době, kdy byly přírodovědecké znalosti na velmi nízkém stupni, si lidé patrně vysvětlovali všechny nezvyklé jevy jako působení nadpřirozených sil a bytostí. Na duševně nemocné se pohlíželo jako na posedlé zlým duchem, prokleté, eventuálně mohli být viděni jako světci. Podle toho se stávaly i přístupy v léčbě součástí šamanských nebo náboženských rituálů, které měly osvobodit jedince z posedlosti nebo zakletí. Šamani byli zprostředkovateli mezi světem lidí a světem duchů, kteří mohli posednout psychiku a vést k nezvyklému chování narušujícímu život kmene nebo skupiny. Strach z neznámého a nevysvětlitelného, který psychické poruchy bezesporu vyvolávaly, vedl lidi k tomu, že je vnímali jako posedlost démony, trest bohů, pokušení či vliv jiné negativní síly. Tak například *Ebersův papyrus*, nejstarší zachovaný lékařský dokument z roku 1900 př. Kristem, popisuje depresi a zařikávání zlých duchů. Asýřané, Babyloňané a další staré kultury také přičítaly duševní choroby magickým příčinám – duševní nemoc je trest boží za morální přečiny, hřích, posedlost démony. Proto se pokládala za důležitou léčba modlitbami, zařikáváním, ale i lidovými prostředky.

Výjimkou z pravidla jsou zmínky o léčebných pokusech v Egyptě z doby asi 1500 let před našim letopočtem, které by se daly vidět jako zárodky dnešní pracovní terapie a nedatované staroegyptské poznámky k medikamentózní léčbě. Ve starověké Indii byl zase používán odvar z *Rauwolfie serpentina* (reserpinu), který se vrací jako jedno z prvních antipsychotik v moderní době. Ve starověkém Řecku se duševním poruchám věnuje chrámové lékařství, které je spojeno se jménem Asklepiea, o kterém se neví, zda

byl skutečným člověkem, nebo šlo o bájnou bytost. Součástí starořeckých procedur byly aplikace výboje rejnoka elektrického, provádění chrámové režimové léčby s muzikoterapií, sugescí a léčby klidným prostředím.

Pokrok se objevuje v 5. století před naším letopočtem zásluhou řeckého lékaře Hippokrata (460–377 př. n. l.), který odmítl představu, že příčinou duševních nemocí jsou nadpřirozené síly. Považoval je za nemoci mozku nebo za následek poruchy poměru základních tělesných tekutin. Rozlišoval mezi čtyřmi tělesnými šťávami: sanquis, chole, melanchole a flegma, a podle převahy těchto tekutin vytvořil první osobnostní typologii: sangvinik, cholerik, melancholik a flegmatik. Duševní choroba podle něj vzniká z dysbalance tělesných šťáv v mozku. Popsal několik psychických poruch, které nazval mania, frenitis, hysteria a melancholia. Poslední z nich si vysvětloval humorálně převahou černé žluči.

Přiměřeně ke svému přírodovědeckému pohledu vyvinul Hippokrates i terapeutické strategie, které se lišily od tehdejšího zařikání a kouzel. K jeho přístupům k léčbě patřilo zaměstnávání aktivitou, rozptylování, dieta, rostlinné odvary, podávání vomitiv nebo venesekce. Později, když se Řím stal dědicem řecké kultury, nadále pokračovalo hledání léčby psychických poruch. Celsus v 1. století n. l. léčil duševní poruchy masáží a látkami vyvolávajícími únavu a spánek. Scribonius Largus přikládal rejnoka elektrického na hlavu pacienta. Galén z římské školy eklektiků předpokládal, že psychóza může vzniknout sekundárně při onemocnění různých orgánů, a odlišoval horečnaté delirium od vlastní psychózy. V Hippokratově době, podobně jako v dalších obdobích, si však přírodovědecký pohled neudržel výhradní právo na vysvětlování a tradování poznatku z oboru duševního života a pokusy o léčbu byly spíše ojedinělé.

Ve středověku nastal úpadek vědeckého myšlení. Vědy se zmocnila církev a snažila se vše vysvětlit na základě věrouky. V roce 483 vyšel *Codex Theosianus*, který stál u zrodu stíhání „posedlých“. Duševní poruchy byly vyloučeny z medicíny a staly se plně předmětem náboženského hodnocení. Šířil se mysticismus, přírodní vědy včetně medicíny upadaly, mnohé poznatky byly zapomenuty. Pohled na duševní nemocné se měnil. Přestali být nemocnými a stali se posedlými zlými duchy nebo ďáblem. Psychická porucha byla také považována za trest boží, který následoval za většinou hypotetické hříchy, ať už skryté nebo zjevné, popřípadě i za hříchy předků.

Poněvadž byly příznaky nemoci pokládány za trest boží, zacházelo se s duševně nemocnými krutě. Jednou z forem bylo vymítání ďábla. Duševně nemocní byli mučeni, vězněni, přikováváni řetězy, zaklínáni, biti a někteří byli upáleni v procesech s čarodějnicemi, které trvaly až do poloviny 18. století. Neslýchané surové mučení a popravy duševně nemocných byly pravděpodobně podníceny snahou vymýtit jakékoliv formy samostatného, protidogmatického myšlení.

V roce 1484 vydal papež Inocenc VIII. bulu, jíž začala štvance, která si vyžádala statisíce až miliony nevinných obětí. Kolem roku 1488 vydali dominikáni Sprenger a Kraemer proslulou knihu *Malleus maleficarum* (česky *Kladivo na čarodějnice*) obsahující návod na rozpoznávání a ničení ďábelské posedlosti. Důsledky byly kruté. Například

v knížectví trevírském bylo v průběhu let 1581–1593 popraveno kolem tisícovky údajně ďáblem posedlých lidí. Některým duševně nemocným se podařilo zachránit svůj život v útulcích nebo klášterech. V roce 1575 dovolil anglický parlamentní zákon pořádat hony na tzv. divoké lidi, což byli duševně nemocní potulující se po horách.

Ovšem i v této době se ozývali osvícení, vzdělaní a stateční lidé, kteří proti všeobecnému mínění hájili názor, že jde o duševní nemoc nebo vliv drog (hlavně lilkovitých rostlin) a že postižení patří do péče lékařů. Mezi tyto osobnosti patří zejména Paracelsus (1493–1541), Felix Platter (1536–1614), Reginald Scott (1538–1599, roku 1584 vydal knihu proti pálení čarodějnic) a Thomas Sydenham (1624–1689). Podstatný pokrok je spojován zejména se jménem Johannese Weyera (1515–1588), profesora Lékařské fakulty v Kolíně nad Rýnem, který učil, že duševní choroby mají medicínské příčiny. Někdy se v této souvislosti mluví o **první revoluci v psychiatrii**. Toto učení, podobně jako učení ostatních výše uvedených lékařů, však zapadlo ve všeobecné protireformační atmosféře doby.

V roce 1621 pak vyšla první psychiatrická kniha, Burtonova *Anatomie melancholie*. Burton popsal některé typické projevy psychických poruch, nicméně měl daleko k jakékoliv klasifikaci. Dokonce předpokládal určité spojitosti mezi poruchami mysli a tělesnými příznaky.

Počátkem novověku se začaly zakládat ústavy pro duševně nemocné. Humánní snahy pomoci trpícím se však zvrhly na prostou izolaci pacientů, a ústavy tak měly spíše vězeňský než nemocniční charakter. Nemocní byli zavíráni za mříže, uvázáni na řetězy a byli bití, pokud se nechovali podle požadavků. Trestem za chování proti řádu bylo zavírání v temných kobkách nebo vystavování nepříjemným zápachům. Jindy jim nebyl dopřán kvalitní spánek a byli během noci stále buzení, případně byli pálení žhavým železem, centrifugováni nebo ponořováni do studené vody. Ženy byly umísťovány do stejných ubikací jako muži. Až do 18. století byli duševně nemocní veřejně vystavováni pro zábavu publika a ještě v 19. století bylo možné si za poplatek pacienty prohlížet.

Zaostávání rozvoje psychiatrie bylo mimo uvedené příčiny způsobeno také tím, že duševní život člověka je mnohem složitější a náročnější na zkoumání než jiné projevy lidského organismu. Zatímco mnohdy bylo možné s úspěchem pozorovat a léčit mnohé somatické nemoci nebo úrazy, duševní poruchy nebyly tak snadno a objektivně pozorovatelné, prozkoumatelné a tedy léčitelné. Nedostatečný rozvoj psychiatrie byl způsoben také tím, že na zkoumání a léčbě tělesných onemocnění měli zájem samotní pacienti i jejich rodiny, zatímco duševně nemocní a jejich rodiny lékaře zpravidla nevyhledávali. Začlenění psychiatrie mezi lékařské obory přišlo až mnohem později a bylo dílem lékařů.

Na počátku 18. století se poprvé objevují psychologické pohledy na neurózy. James Vere (1700–1779) jako první poukázal na to, že „nervozita“ může být chápána jako vnitřní konflikt mezi „nižšími a morálními instinkty“. Za základní principy, které ovládají člověka i nižší tvory, považoval „chuť a touhu versus averzi a nechuť“. Tím o více než století a půl předešel Freuda a jeho teorii libida a nevědomí.

Ve Francii byly úzkostné stavy poprvé zmíněny v textech Boissiera de Sauvages (1752). Psal o „panofobii“, generalizovaném stavu úzkosti, který se projevuje nočními děsy, intenzivním třesem těla, nespavostí a pocity hrůzy, které pocházejí z „nadměrné představitivosti“. V průběhu celého 18. století považovali lékaři za mentální poruchy jen závažné psychotické stavy a méně závažné nemoci chápali jako „nervové abnormality“. Převažující porozumění příčinám duševních poruch bylo radikálně biologické. Vycházel z něho i skotský lékař William Cullen (1710–1790), od kterého pochází termín „neuróza“. Tento termín poprvé použil v roce 1769, kdy napsal: „Na tomto místě navrhuji, abychom pod pojmem neurózy chápali všechna nevysvětlitelná ovlivnění smyslů a emocí, která nesouvisí s hyperpyrexii jako primární chorobou. Nesouvisí s lokálními afekcemi jednotlivých orgánů, ale s obecným ovlivněním nervového systému a s těmi faktory, které mají především vliv na smysly a emoce.“ Neuróza byla v té době často dávána do souvislosti s nedostatkem morálky a byly jí přisuzovány degenerativní tendence. Tato představa „nemocných nervů“ je v kulturním povědomí dodnes.

V ovzduší Francouzské revoluce snímá v roce 1792 Philippe Pinel (1755–1826) řetězy padesáti duševně nemocným. Tato událost vešla ve známost jako **druhá psychiatrická revoluce**. Až do Pinelova činu bylo běžné, že duševně nemocní byli drženi ve věznicích spolu se zločinci. Mnozí z nich neměli volný pohyb a byli v okovech. Pinel z této difúzní skupiny vězňů vyčlenil duševně nemocné a umístil je ve specializovaných institucích – psychiatrických ústavech. Zde se nachází počátek psychiatrického ústavnictví, které bylo zpočátku spíše tzv. azylovou psychiatrií. Pinel se snažil zavést léčbu prací, používal psychodrama a v teoretické rovině se snažil o klasifikaci psychických poruch. Jeho příklad byl následován dalšími lékaři. Ukázalo se, že psychicky nemocné je možné léčit nebo jim alespoň neškodit, pokud se pro ně vytvoří příznivé prostředí a zachází se s nimi lidsky. Je však pravda, že v mnohých ústavech přetrvávaly staré způsoby ještě dlouho do 19. století.

Od počátku 19. století jsou už zpravidla odmítány názory, že duševní nemoc je kletbou, posednutím či trestem za hříchy. V ústavech, které začínaly mít charakter nemocnic, byli pacienti pozorováni, vedly se o nich záznamy a byla zde snaha najít způsob, jak je léčit. V léčbě se však objevují metody, které jsou často ještě barbarské nebo nelidské, jako pouštění žilou, přikládání pijavic, ordinování látek vyvolávajících zvracení a průjmy, hladovek nebo různých koupelí v inspiraci Hippokratovou teorií. Ty například zahrnovaly náhlé ponořování do studené vody až do nebezpečí utopení nebo kombinovaly zchlazování příliš horkých šťáv s předpokládaným účinkem šoku. Užívaly se také padací můstky, údery elektrinou a různé přístroje na otáčení pacientů až do bezvědomí. Místo řetězů a okovů se zaváděly „humánnější“ omezovací prostředky, jako jsou svěrací kazajky, kurty, zvláštní omezovací židle a postel a další zařízení na donucení pacientů zaujmout žádoucí polohu anebo k zabránění jejich psychotických projevů. V Anglii to byl lékař John Conolly (1794–1864), který odstranil všechny omezovací prostředky.

O množství používaných metod a prostředků svědčí šestisetstránková kniha Schneidera z roku 1824 věnovaná terapii v psychiatrii. Zajímavý je Neumanův popis ošetřování

akutně neklidného pacienta, kdy radil „usadit pacienta do donucovací židle, pustit mu žilou, přiložit deset až dvanáct pijavic na hlavu, pokrýt ho vlhkými ledovými ručníky, polít mu hlavu padesáti vědry studené vody, dát mu jíst vodovou polévku, pít vodu a užít Glauberovou sůl (síran sodný)“.

Dále se objevila snaha ovlivnit psychiku pacientů silnými dojmy. Lékař Johann Christian Reil navrhoval děsivé scény, zvuky, dělostřeleckou palbu, děsivé obrazy, doteky, propadliště nebo magické chrámy, které měly odstranit bludy nebo léčit pomocí šoku. Při zvláštních obřadech se měli pacienti zbavovat svých bludů pomocí realizace jejich bludných přesvědčení. Například pokud měl pacient autoakuační bludy, byl nejdříve přísně souzen a pak byl nad ním vysloven osvobozující rozsudek.

Vedle těchto procedur se používala i pracovní terapie. Při ústavech byly zřizovány dílny a rekreační prostory, v nichž duševně nemocní vykonávali drobné manuální práce. Na počátku 19. století se vynořily snahy dělit ústavy na léčebné a opatrovací. Zatímco do této doby vznikaly ústavy jen v adaptovaných budovách (kláštery, zámky), nyní se začaly otevírat některé ústavy přímo za tímto účelem.

Do 19. století nebyla psychiatrie samostatnou vědeckou disciplínou, ale zaobíraly se jí zejména dvě skupiny osob – lékaři, jako internisté a neurologové, a filozofové. Jako první o psychiatrii přednášel Chiarugi, jehož projevy se konaly roku 1805 ve Florencii. Ve Francii se stal prvním klinickým psychiatrem Pinelův žák Esquirol (1772–1840), který je považován za zakladatele moderní psychiatrie. Od psychiatrických počátků poznatky z oblasti duševních poruch neustále narůstaly. Časem proto nezbytně nastalo období, kdy bylo potřebné vnést do nich určitý pořádek, utřídit je a systematizovat. Toto období označujeme v psychiatrii jako období systematickosti.

Na počátku 19. století se u některých autorů objevuje i zjevný posun ve vnímání duševních poruch – jejich příčiny jsou častěji hledány v psychických a sociálních jevech, nikoliv pouze v tělesných odchylkách. Pohled lékařů, stejně jako převládající ráz nálady v euroamerické společnosti, v té době ovlivnila umělecká tvorba. Ke změně postoje odborné veřejnosti k povaze příčin psychiatrických poruch značně přispělo romantické Goethovo dílo *Utrpení mladého Werthera*, poprvé publikováno v roce 1774, které spustilo vlnu sebevražd.

Průkopníkem eklektického pojetí příčin duševních poruch byl Friedrich Eduard Beneke (1798–1854), který například tvrdil, že určité „ideje“ nebo postoje mohou být symbolicky vyjádřeny v psychosomatických reakcích. Podobně vídeňský baron Ernst von Feuchtersleben (1806–1849) zdůrazňoval roli konfliktu, stejně jako padesát let před ním Vere, jako stěžejní příčiny duševních poruch. Konflikt chápal jako boj mezi iracionálními impulzy a smysluplnými postoji a očekáváními jedince. Úzkost a napětí, které z konfliktů vznikají, mohou vést k chronickému stavu úzkosti i k organickým poškozením srdce a trávicího systému. Tím významně předznamenal psychodynamické pojetí, které vzniklo o půl století později.

V 19. století se těžiště psychiatrického bádání přesunulo do Německa, kde se odehrál teoretický zápas mezi stoupenci idealismu (tzv. psychikové) a mechanického mate-

rialismu (somatické), který skončil vítězstvím somatiků (jako představitele lze zmínit např. Jacobiho a Friedricha). Nejvýznamnější němečtí psychiatři té doby pak byli Wilhelm Griesinger (1817–1868), Theodor Hermann Meynert (1833–1892), Carl Wernicke (1848–1905), Emil Kraepelin (1856–1926), Eugen Bleuler (1857–1939), Oswald Bumke (1877–1950) a Dietrich Bonhoeffer (1868–1948).

Klasifikační tendence vrcholila na přelomu 19. a 20. století, především v díle Emila Kraepelina, Eugena Bleulera a Sergeje Korsakova. Z našich psychiatrů k nim lze přiřadit Karla Kuffnera (1858–1940). Z původního nediferencovaného celku duševní nemoci byla jako první vyčleněna progresivní paralýza, kterou popsal v roce 1822 Bayle. V roce 1889 ruský psychiatr Korsakov definoval polyneuritickou psychózu vznikající po dlouhodobém užívání alkoholu, která se projevuje konfabulacemi. Dnes ji známe pod jeho jménem. V roce 1899 popsal Emil Kraepelin maniodepresivní onemocnění. Vyčlenil také nosologickou jednotku dementia praecox, kterou později, roku 1911, Eugen Bleuler nazval schizofrenií. Kraepelin popsal také paranoii a parafrenii.

Terapeutické metody tohoto období nebyly příliš rozsáhlé. Byla zavedena hypnotika a sedativa (roku 1869 chloralhydrát), užívány byly koupele, lůžkový režim a zdůrazňována byla i pracovní terapie, v níž však nebyl zaveden žádný speciální systém. Sám Kraepelin se na terapeutické možnosti díval velmi skepticky. U léčby neuróz se začínala používat psychoanalýza, na počátku 20. století stále ještě v plenkách. Hypnóza byla užívána spíše experimentálně nebo v rámci ukázek pro odbornou veřejnost a zábavných představení iluzionistů. Velmi výjimečně byla praktikována jako forma léčby disociativních obrn.

Ve druhé polovině 19. století byly kromě těžkých psychických poruch rozpoznány také úzkostné stavy (zejména jejich intenzivní a chronické formy) a našly si své místo v psychiatrické nosologii. V Německu proslul Wilhelm Griesinger (1817–1868) názorem, že psychické a somatické nemoci tvoří kontinuum, a předpokládal neuropatologické příčiny psychických poruch. Byl však také přesvědčen, že pro rozvoj psychické poruchy je důležitá zranitelnost osobnosti, jejíž součástí je nevyrovnaný temperament. Na jedné straně předpokládal, že i úzkostné stavy musí vycházet z „organické“ podstaty, na druhé straně sdílel romantickou představu svých předchůdců, že silné afekty jsou schopny spustit psychickou nemoc. Ta se objeví díky konfliktu, který souvisí s potlačováním sexuálních pudů (Griesinger, 1861).

Podobnou teorii vyslovil ve stejné době Heinrich Wilhelm Neumann (1814–1884). Neumann se díval na psychickou poruchu jako na dynamický proces. Za normálních okolností osobnost dosahuje svého vývoje směrem ke svobodě díky postupnému rozvoji svých schopností. V patologii je harmonický rozvoj narušován neklidem pudů, obzvláště sexuálních. Pokud tyto pudy nejsou saturovány, dochází k rozvoji úzkosti. Navíc, pokud jsou ohroženy některé životní funkce, instinktivní potřeby se začnou objevovat ve vědomí zamaskované jako nadměrné obavy a starosti nebo zdánlivě bezdůvodné tělesné projevy. Neumannova teorie tak předešla Freudově teorii úzkosti z roku 1923, v níž Freud mluvil o „signální úzkosti“.

Pierre Marie Fénix Janet (1859–1947), který přednášel na Sorbonně, se zabýval sugescí a hypnózou a zdůrazňoval procesy probíhající mimo lidské vědomí. Ve své teorii o automaticky a nevědomě působících procesech, které mohou vytvořit samostatné útvary v nevědomí, vypracoval dodnes užívaný koncept disociace typický pro hysterii, kterou se zabýval, i do značné míry pro všechny neurózy. Pro Janeta spočíval hlavní cíl psychoterapie v navození rovnováhy mezi tím, co si člověk uvědomuje, a nevědomou oblastí psychiky. Janet mluvil spíše o „tendencích“ než o pudích a zabýval se situací „tady a teď“, nikoliv dětstvím a vývojem osobnosti. Velmi precizně popsal psychické napětí, pocity a myšlenkové procesy pacienta. Pocity jsou podle něj jen druhotné stavy psychiky, které řídí vyjádření a ukončení určitého chování. Jejich účinnost závisí na jejich „energii“ a integrativní kapacitě jedince. Při nedostatečné energii a nízké integrativní kapacitě se objevuje primitivní chování. Úzkost je jednou z manifestací takového selhání (Janet, 1926).

Koncem 19. a počátkem 20. století vytvořil Sigmund Freud (1856–1939) ucelené učení o neurózách. Freud přinesl nový pohled na teorii psychiky, proto se v této souvislosti mluví o **třetí psychiatrické revoluci**. Zabýval se nevědomými procesy a psychickými obrannými mechanismy, jako jsou vytěsnění, racionalizace nebo popření. Základní motivace člověka podle něj vychází z hlubin nevědomí, kde jsou lokalizovány pud života (*eros*) a pud smrti (*thanatos*). Zpočátku Freud chápal úzkost jednoduše jako fyziologický následek nevybitého sexuálního napětí, později ji spojoval se separací od matky, nakonec ji pojal jako reakci ega na zvýšené pudové nebo emoční napětí pocházející z vnitřního konfliktu.

Podle Freuda vývoj libida v ontogenezi prochází řadou fází (orální, anální, falickou, Oidipovým/Elektřiným komplexem, obdobím latence a v poslední fázi normální genitální sexualitou). Člověk se socializuje ve vztahu k nejbližším v prvních letech života tím, že se učí zvládat své pudové potřeby. Nevědomé potřeby vedou k vytváření napětí/puzení, které se dostává do konfliktu s požadavky okolí. Primárně máme tendenci vyhledávat příjemné a libé (princip slasti) a vyhnout se nepříjemnému, což podléhá kontrole okolí (hrozba trestu za tato přání), proto se postupně učíme dosahovat slasti společensky únosným způsobem. Libido a požadavky vyplývající ze sexuálního pudu se dostávají do konfliktu se společenskými, mravními, estetickými a dalšími normami společnosti. Proto je vědomé *já* musí pomocí cenzury ovládnout a vytěsnit zpět do nevědomí. Pro souhrn norem zavedl Freud pojem Superego, pudový základ nazval Id a regulující instanci, komunikující s realitou, Egem. Freud pokládal vnitřní konflikt mezi nevědomými pudovými, zvláště sexuálními tendencemi, a internalizovanou morálkou, tedy mezi Superegem a Id, za zdroj napětí, úzkosti a neuróz vůbec.

Freudův vliv na diagnostiku, klasifikaci a léčbu psychických poruch je rozeznatelný dodnes. Freud také výrazně ovlivnil umění (surrealismus) a kulturu (změny v pohledu na sexualitu, nevědomí). Upozornil, že obsahy naší psychiky se týkají také nevědomých procesů, které často řídí naše chování a mohou vést ke vzniku příznaků. Vytvořil tzv. strukturální teorii psychiky, kdy pojmenoval různé instance, kterými naše psychika

operuje, a nazval je, jak jsme již zmínili, Ego, Id a Superego. Dále zdůraznil význam vývojových období v dětství, kde popsal dětská psychosexuální vývojová stadia – orální, anální, falické, latence a genitální. Jednotlivé psychické problémy podle něj vznikají fixací nebo regresí na některé z předchozích vývojových stadií. Jako důležitou součást vývoje popsal Oidipův (Elektrín) komplex, který souvisí s kastrací úzkostí. Podle Freuda v terapii vzniká přenosová neuróza, kdy pacient projikuje do svého terapeuta důležité osoby (matku, otce) ze svého vývoje. Tím, že terapeut zůstává neutrální, je projekce zesílena. Terapeut pak interpretuje pacientovi, co se ve vztahu děje, a tím mu poskytuje hlubší porozumění svým problémům. V terapii používá terapeut zejména volné asociace, interpretaci přenosového vztahu a výklad snů.

Freud použil termín „úzkostná neuróza“ poprvé v roce 1895. Sám upozornil, že tento termín už dva roky předtím použil Ewald Hecker. Nicméně Freud odlišil úzkostnou neurózu a neurastenii jako dvě odlišné entity, což jeho předchůdce neudělal. Úzkostnou neurózu a neurastenii řadil mezi tzv. aktuální neurózy. Naproti tomu mezi psychoneurózy řadil hysterii, fobickou neurózu a obsedantní neurózu. Předpokládal, že hereditární a biologické faktory u těchto lidí interagují s osobní historií, zejména s vývojem v raném dětství. Freud obohatil psychoterapii v mnoha směrech. Pochopil, že psychoterapie probíhá ve vztahu mezi analytikem a analyzovaným, kde analyzovaný prožívá mnoho z toho, co pociťoval k důležitým osobám ve svém životě a svá dětská očekávání a postoje přenáší na analytika. Cílem psychoanalýzy je, aby si pacient uvědomil svoji nevědomou motivaci a integroval ji do vědomého života. Freud také upozornil na protipřenos, což je vlastně přenos analytika na analyzanta. Protipřenos rovněž musí být terapeutem zvědoměn a odstraněn, jinak analýza nepokračuje nebo může dojít k poškození pacienta.

Dalším významným terapeutickým přínosem bylo zavedení malarické léčby progresivní paralýzy, které proběhlo roku 1917 rakouským lékařem J. Wagnerem von Jauregg, pozdějším nositelem Nobelovy ceny za medicínu. Do té doby neléčitelná, maligně probíhající nemoc, trvající průměrně dva roky, na léčbu malárií v mnoha případech reagovala ústupem. Pracovní terapie se stala součástí aktivní léčby zásluhou Simona, který zavedl speciální systém zaměstnávání pacientů. Jeho metodiku později doplnil Kurt Schneider.

Neobyčejně plodné období v zavádění aktivních terapeutických metod nastalo krátce před druhou světovou válkou, kdy se začaly používat šokové metody. V roce 1927 zavedl Manfred Sakel inzulinové šoky, v roce 1935 Ladislav J. von Meduna kardiazolové šoky a v roce 1937 Ugo Cerletti a Lucio Bini elektrokonvulze. Z výčtu zavedených terapeutických metod není možné vynechat ani tzv. prefrontální lobotomii, kterou začal realizovat v roce 1936 Antóniô Egas Moniz. Všechny tyto metody byly léčebně velmi účinné, nicméně nežádoucí účinky a komplikace inzulinových, kardiazolových šoků a leukotomie byly natolik závažné, že od těchto metod bylo později upuštěno. Jedinou bezpečnou metodou s minimálními nežádoucími účinky z této doby zůstala elektrokonvulzivní terapie, která se dosud úspěšně používá při léčbě těžkých depresí, sebevražedných stavů

a katatonie, u nichž její účinnost žádná jiná léčba nepřekonala. V léčbě progresivní paralýzy byla kromě malarické léčby a dalších forem pyroterapie zavedena daleko úspěšnější léčba penicilinem.

Velkou ranou pro psychiatrii, její pacienty i psychiatry byla třicátá léta v Německu a druhá světová válka. Fašistické Německo již v roce 1933 vydalo zákon o prevenci hereditárních chorob, a i když se o hereditě psychických poruch v té době nevědělo téměř nic, pod tlakem ideologie bylo 400 000 osob sterilizováno. Před nacismem z Evropy emigrovaly tisíce psychiatrů, mezi nimi Sigmund Freud. V roce 1939 byla povolena eutanázie. V akci T4 bylo na dětských psychiatrických odděleních zavražděno 10 000 dětí. V letech 1939–1945 bylo v Německu zabito 180 000 psychiatrických pacientů.

Vývoj po druhé světové válce vedl na počátku padesátých let k rozvoji psychoanalýzy a pak v reakci na ni ke vzniku humanistické a behaviorální terapie. Význačný skok ve vývoji psychiatrie představoval objev psychofarmak. V padesátých letech byly do psychiatrické praxe zavedeny neuroleptika, kterým dnes říkáme antipsychotika. Jedná se o léky s antipsychotickým účinkem zmírňujícím či odstraňujícím bludy a halucinace a tlumícím neklid. V této souvislosti mluvíme o **čtvrté revoluci v psychiatrii**, přičemž pro některé biologicky založené psychiatry odmítající Freuda se jedná o třetí. Poprvé v historii se objevily léky, které byly schopny léčit jednu z nejzávažnějších psychických poruch – schizofrenii. Chlorpromazin byl poprvé syntetizován již v roce 1952 J. Delayem a P. Denikerem a po dalších čtyřech letech došlo k počátku jeho používání v psychiatrii. Od té doby mluvíme o tzv. éře psychofarmakoterapie v psychiatrické léčbě.

Duševní stav některých pacientů, do té doby odkázaných na pobyt v ústavu a léčebných riskantními metodami se sporným terapeutickým efektem, jako byla pyretoterapie (léčba horečkou), inzulinové „šoky“ (navození kómatu aplikací inzulinu) nebo léčba tlumícími prostředky s cílem pacienta na delší dobu uspat, se po podání neuroleptik natolik zlepšil, že tito pacienti mohli ústavy opustit. O něco později začali psychiatři používat antidepresiva. V roce 1958 při hledání dalších antipsychotik R. Kühn syntetizoval imipramin, což je první tricyklické antidepresivum, které umožnilo léčbu depresí a později i panické poruchy. V roce 1960 byl pak objeven první benzodiazepin chlórdiazepoxid, který zahájil éru moderních anxiolytik. V šedesátých letech pak následoval rozkvět ve vývoji nových léků, jako jsou antipsychotika první generace, tricyklická antidepresiva a anxiolytika.

Zároveň se rozvíjely nové psychoterapeutické postupy, jako jsou kognitivní terapie, interpersonální psychoterapie, skupinová psychoterapie a krátká dynamická psychoterapie. V sedmdesátých letech byl poprvé vysloven názor, že je důležité, aby nové terapeutické metody byly ověřeny kontrolovanými studiemi. Osmdesátá léta znamenala rozvoj biologické psychiatrie. Nastal rozvoj neurověd, do výzkumu vstoupily zobrazovací metody, které umožnily „nahlédnout“ do mozku. Také se objevily nové klasifikační systémy, které byly důsledně deskriptivní a nevázané na žádnou teorii duševních poruch, a proto přijatelné pro všechny. Prvním takovým systémem byl americký DSM-III, později vznikla mezinárodní MKN-10. Jejich význam spočívá ve snadnější domluvě mezi

psychiatry v tom, o kterou klinickou jednotku při léčbě jde. Do centra pozornosti se kromě efektivity léčby dostala kvalita života pacientů a samotné odborné péče. V celém světě došlo k rozvoji komunitní psychiatrie. Vznikly chráněné dílny, domy na půl cesty, zformoval se case management.

Ve 20. století došlo k medicinizaci psychiatrie, která přetrvává dosud. Rozvoj genetiky, neuroanatomie, zobrazovacích metod a neurochemie přinesl řadu objevů. Jedním z nejvýznamnějších bylo objevení psychofarmak, která vedla k další revoluci v psychiatrii. Bylo možné rozpouštět velké psychiatrické ústavy a vytvořit a rozvinout péči v komunitě. Prvotní nadšení z účinnosti farmakoterapie vedlo mnohdy k rušení psychiatrických léčeben a hromadnému propouštění pacientů (např. v Itálii, USA a Velké Británii). Záhy se však ukázalo, že léky nejsou všemocné. Mnozí pacienti se nedokázali na život „venku“ adaptovat, a to ani tehdy, když měli dobré rodinné zázemí. K usnadnění adaptace propuštěných pacientů začala fungovat komunitní péče. Vznikala nejen jako záchranná a podpůrná síť, ale umožnila pacientům pracovní i sociální rehabilitaci. Touto cestou však vznikly nečekané požadavky na péči o lidi v přirozeném prostředí, které zahrnovaly požadavky na rehabilitaci a zároveň nový požadavek, aby se psychotherapie věnovala také obtížněji léčitelným pacientům. Psychoterapeutické postupy se postupně stávaly cílenějšími, strukturovanějšími a v kontrolovaných studiích prokázaly svou účinnost (Raboch, 2012).

Přes velký vývoj psychiatrie jako oboru a fakt, že u většiny pacientů lze obraz i průběh jejich psychické poruchy zmírnit nebo dostat úplně pod kontrolu, se pohled společnosti na lidi s psychickou poruchou mění pouze pomalu.

1.2 Postoje společnosti a stigmatizace osob s psychickou poruchou

Historie je plná příkladů stigmatizace založené na rasových předsudcích, etnicitě, pohlaví, sociálním statutu, národnosti či sexuální orientaci. Sociolog Erving Goffman ve své klasické knize věnované analýze stigmatu poukázal na to, že stigmatizovaný jedinec je často považován za někoho, kdo je méně než člověk. Goffman (1963) je v tomto směru poměrně kritický, když tvrdí, že lidé, aby si vysvětlili a ospravedlnili stigmatizaci druhých, konstruovali různé teorie a ideologie, a tím si v podstatě vytvořili alibi (vzpomeňme např. žluté Davidovy hvězdy). Stigma chápe jako označení pro situaci, kdy je člověk vyloučen z plného přijetí společností, tzv. normální většinou. V důsledku toho dochází k určité formě diskriminace ze strany společnosti. Stigmatizovaní mohou být například trestáni, mohou jim být omezována nebo odnímána práva, mohou být vystaveni posměchu anebo odmítavým reakcím. Stigmatizace osob s psychickou poruchou v sobě nese předpoklad o jejich morální slabosti, nebezpečnosti, kontaminaci a vině. Tyto

postoje se opakují ve stereotypech, kterými jsou lidé s psychickou poruchou hodnoceni ve společnosti, v médiích a které odrážejí postoje k nim.

Stereotypy jsou v pojetí sociální psychologie rigidní pasivně přijímané způsoby posuzování určitých skupin lidí na základě tradic a předsudků (Hyhlík a Nakonečný, 1977). Stereotyp umožňuje rychlou kategorizaci a ovlivňuje očekávání i chování lidí, a to i v situacích, kdy vlastní zkušenosti jsou malé nebo vůbec žádné. Stereotypy v posuzování se týkají skupin lidí, tříd nebo určitých představitelů obyvatel (sedlák, intelektuál, „kavárenský povaleč“, tělesně handicapovaný, duševně nemocný), popřípadě i celých národů a ras (Žid, černoch nebo třeba Rom). Sociální psychologové rozlišují mezi tzv. **auto-stereotypy**, tj. představami a míněním, které mají příslušníci určité skupiny o sobě samých (např. psychicky nemocní o psychicky nemocných), a **heterostereotypy**, které mají o členech skupin jiných (tzv. zdraví lidé o psychicky nemocných). Pomocí stereotypů bývají určité skupiny posuzovány zjednodušeně a iracionálně. Dochází k zastírání i výrazných individuálních vlastností a odlišností u jednotlivých členů určité skupiny. Jádrem stereotypu jsou historicky vleklé předsudky a tradiční lidové interpretace. Stereotypy bývají v čase relativně stabilní, mohou se však pozvolna měnit vlivem rozmanitých příčin. Výrazným faktorem změny nebo vytváření autostereotypů i heterostereotypů je **propaganda** (typickým příkladem je vytváření negativního stereotypu Němců o Židech v období nacismu).

Jedním z typických stereotypů kolujících ve společnosti je **stereotyp duševně nemocného**. Promítá se do vtipů o bláznech, hovorových obrátů, zpráv v masmédiích i uměleckých děl. Je také posilován sdělovacími prostředky. Tento stereotyp může mít pro jedince pozitivní i negativní důsledky. Mezi pozitivní může patřit ochrana jedince, soucit s ním nebo kladení menších nároků na výkon a role v životě. Pozitivní důsledky však zjevně nepřevažují.

Sociolog Erving Goffman (1963) analyzuje stigma a ukazuje, že osoba se stigmatem je nejčastěji definována jako „horší než člověk“. Stigmatizace byla proto často zneužívána k ideologickým účelům. Může se manifestovat znehodnocujícím přístupem ze strany okolí i na to nasedajícím pocitem méněcennosti nositele nálepky. Na rozdíl od stigmat rasových patří duševní porucha mezi stigmata působící hlavně v situacích úzkého interpersonálního kontaktu, jako jsou rodina a pracoviště. Běžně je nemoc deviate, za kterou není nositel činěn odpovědným a není sankcionován. Výjimkou jsou historicky stigmatizované nemoci (lepra, tuberkulóza, pohlavní choroby a psychické poruchy). U duševních poruch je odmítání jedinců jimi trpících teoreticky vázáno na pokračující odchýlné chování, které pro okolí vyjadřuje určitý stupeň ohrožení. Je dosud nezodpovězenou otázkou, proč stigmatizace a tím i odmítání fungují i u poruch, kde takovéto odchýlné chování není vyjádřeno (úzkostné poruchy, somatoformní poruchy). Pravděpodobně zde funguje samotná nálepka – její účinnost může být větší než další informace o jedinci (Hatzenbuehler et al., 2013). Navíc nálepka „duševní porucha“ nebo „duševní nemoc“ odhližuje od jejich různých typů. Funkci nálepky bohužel plní i informace o kontaktu s psychiatrickými institucemi, zejména informace o hospitalizaci, o níž se

okolí může dozvědět například prostřednictvím potvrzení o pracovní neschopnosti pro zaměstnavatele. Jedinec, který nálepku získal, je vystaven zvýšené společenské kontrole s tendencí vykládat každé (i domnělé) vybočení z normy ve smyslu nálepky (Chromý, 1990; Hatzenbuehler et al., 2013).

1.2.1 Značkovací reakce

Odezvě sociálního prostředí, která vyústí do závěru „duševní porucha“, se říká **značkovací nebo nálepkovací reakce**. Na laické úrovni se používají tradiční nálepky (charakter, zhroucení, zbláznění), na odborné úrovni diagnostické nálepky. Nálepka může mít nápravný i stabilizující vliv na deviantní chování. **Nápravný vliv** funguje skrze identifikování poruchy a její léčbu. Mechanismy **stabilizujícího vlivu** mohou být různé:

- ❑ Pacient mění obraz o sobě samém a své chování pod vlivem nálepky, nebo proto, aby se stigmatu zbavil.
- ❑ Pacient retrospektivně interpretuje své chování ve smyslu deviace („Vždy jsem byl úzkostný.“).
- ❑ Pro okolí může sloužit jako status – neponechává místo pro jiné vlastnosti, než obsahuje stereotyp (jedinec je například redukován na „hypochondra“).

Vágnerová (2009) uvádí, že existují tři hlavní teorie rozvoje stigmatu vůči určité menšině. Ty lze aplikovat i na duševně nemocné osoby:

1. Existence stigmatu omlouvá současnou sociální nespravedlnost. Lidé tedy například mohou být přesvědčeni, že pacienti vstupující do kontaktu s psychiatrií jsou méněcenní, a proto je jejich izolace oprávněná.
2. Stigma slouží k podpoře základních psychických potřeb člověka kvůli možnosti porovnat svůj život se životem duševně nemocného člověka, a díky tomu se cítit lépe.
3. Slouží také k tvorbě mentálních zkratk, které dovolí vytvořit si rychle názor na lidi s psychickou nemocí a zařadit je do potřebné kategorie usnadňující vnější orientaci.

Většina z nás se učí očekávání a stereotypy o lidech s psychickou poruchou už od časného dětství. Úsloví jako „Neblázni!“, „Já se z toho pomínul!“ anebo „Nejsi na hlavu?“ slýchávají děti v rodině i v dětských kolektivech k označení někoho, kdo je méně hodnotný a zaslouží odsouzení. Toto přesvědčení je posilováno běžnými historkami mezi lidmi, mediálními zprávami, vtipy o bláznech a někdy vlastními zkušenostmi s extrémním chováním někoho, kdo byl označen jako „blázen“. Většina výrazů, které označují psychické problémy, je v běžném jazyce hanlivých nebo odsuzujících, o slangových výrazech ani nemluvě. Člověk může být označen různými hanlivými nálepkami, jako jsou „magor“, „psychouš“, „maniak“, „schizouš“, „hysterka“ nebo „násoska“, „smažka“ nebo „feták“.

Odsuzujícími adjektivy jsou přívlastky typu „vygumovaný“, „sjetý“, „zmagořený“ nebo „vylízaný“. Tyto výrazy zdůrazňují podřadnost, despekt a pohrdání v pohledu na takového člověka (Philo et al., 1994). Stigmatizující koncepce laické populace o psychicky nemocných jsou různé a někdy si mohou i protiřečit.

Tab. 1.1 Stigmatizující koncepce o psychicky nemocných

Přesvědčení	Požadovaná akce
Psychické poruchy nejsou pravé nemoci: • Předstírají nemoc. • Vymýšlí si. • (Zbytečně) Příliš nařikají. • Vyhýbají se odpovědnosti.	• Postižení by měli být odpovědní za své chování a odmítnout roli nemocných. • Je potřeba být k nim tvrdý, dát jim do těla, aby nenařikali.
Psychicky nemocní: • Jsou nebezpeční. • Jsou nakažliví. • Jsou slabí. • Jsou vinní.	• Je potřeba je kontrolovat, umravnit. • Je potřeba je izolovat. • Je potřeba je odmítnout, požadovat od nich, ať se snaží, dají dohromady. • Je potřeba je potrestat a vyžadovat od nich odpovědnost.

Podle Linka et al. (2001) lze u stigmatu rozlišit čtyři vzájemně se ovlivňující faktory:

1. Aktuální (dobové) vnímání rozdílů mezi lidmi.
2. Negativní vlastnosti, o kterých se předpokládá, že jsou spojeny s rozdílnými skupinami. Například u psychických poruch může jít o předpoklad, že jde o nebezpečné a nesamostatné jedince, z čehož plyne sociální odstup od nich.
3. Rozdělení na dvě odlišné skupiny „oni a my“, kde oni jsou ti, kteří se od nás odlišují.
4. Diskriminace vedoucí k odmítnutí v různých sférách života stigmatizovaného jedince: odmítání poskytnout zaměstnání, horší zacházení v sociálních nebo zdravotních službách. Stigma má vliv na diskriminaci v sociálních vazbách, bydlení, finančním zabezpečení i péči o zdraví.

V poslední době se objevila řada čistě teoretických i výzkumných monografií a článků o stigmatu a jeho významu (Link et al., 1989; Hayward, Bright, 1997; Link et al., 1997; Link et al., 1999; Wahl, 1999; Mason, 2001; Falk, 2001; Pickenhagen, Sartorius, 2002; Smith, 2002; Heatherton et al., 2003; Corrigan, 2005). **Nejkompexnější model jednotlivých složek stigmatizace má čtyři základní komponenty** (Thornicroft et al., 2009):

1. **Značkování (labelling)** – na počátku procesu stigmatizace stojí zaznamenání osobních charakteristik, které jsou pokládány za důležitou odlišnost oproti subjektivní nebo společenské normě.

2. **Stereotypie** (*stereotyping*) – tato odlišnost je spojena s nepříjemnými osobnostními znaky, vlastnostmi nebo projevy chování.
3. **Separace** (*separating*) – dochází k rozlišení na „my“ a „oni“.
4. **Ztráta pozice a diskriminace** – stigmatizovaní jedinci jsou zneváženi, odmítnuti a vyloučeni.

Všechna stadia mohou být doprovázena výraznými emočními reakcemi stigmatizujících, jako jsou pohrdání, hněv, nenávist nebo strach.

Stigmatizace může mít devastující vliv na vztahy a vést k diskriminaci stigmatizovaných lidí v zaměstnání, rodině (nezřídka dochází i k diskriminaci celé rodiny), v možnostech bydlení, vzdělávání, poskytování zdravotní péče. Diskriminován může být i obor, který se stigmatizovanými jedinci zabývá (Sayce, 2003; Estroff et al., 2004; Angermeyer, Matschinger, 2005; Corrigan et al., 2006; Thornicroft, 2006). Takové nerovné zacházení může mít neblahé následky, které jsou pro jedince daleko závažnější než nepříjemné příznaky samotné stigmatizované charakteristiky, v tomto případě duševní poruchy (Thornicroft et al., 2009). Stigma může být také viděno jako nadřazený termín, který obsahuje tři důležité složky:

- ❑ Problémy znalostí, které souvisí s ignorací (neznalostí).
- ❑ Problémy postojů související s předsudky.
- ❑ Problémy chování projevující se v diskriminaci.

Ignorance – problém znalostí

V současnosti, kdy existuje nebývalé množství dostupných informací, je úroveň přiměřených vědomostí laické veřejnosti o psychických poruchách jen skromná (Crips et al., 2005). V populačním průzkumu v Anglii například nadpoloviční většina lidí (55 %) sdělila, že věří, že „jedinec, který nemůže být odpovědný za své jednání“ je typickým popisem člověka s psychickou chorobou (Department of Health, 2003). O něco více osob (63 %) pak bylo přesvědčeno, že v populaci trpí psychickou poruchou méně než 10 % osob, což se velmi liší od skutečnosti.

Zdá se, že intervence zaměřené na zvýšení povědomí o duševních poruchách mohou snížit efekt stigmatizace. Společenské kampaně na národní úrovni mohou mít pozitivní účinek na změny postojů k lidem trpícím psychickou poruchou, jak se například nedávno projevilo na Novém Zélandu a ve Skotsku (Vaughn, 2004; Dunion, Gordon, 2005). Podobně v Austrálii, kde v některých oblastech prováděli koordinovanou intenzivní informační kampaň, zatímco v jiných nikoliv, se ukázalo, že lidé v informovaných oblastech byli častěji schopni depresi rozpoznat a častěji také pomáhali postiženému vyhledat pomoc nebo přijmout léčbu (Jorm et al., 2005).

Předsudky – problém negativních postojů

I když se termín předsudek týká ohodnocení pohledu na různé sociální skupiny, které zažívají znevýhodnění (např. etnické menšiny), je jen zřídka používán ve spojení s psychickými poruchami. Předsudek většiny vůči odlišné menšině se projevuje negativními odsudky i doprovodnými emocemi, jako jsou strach, hněv, nelibost, odpor, nepřátelství, nechuť nebo zhnusení. Přítomnost předsudků predikuje diskriminující chování výrazněji než výše uvedené stereotypy. Co se týče předsudků vůči lidem s psychickou poruchou, týkají se zejména očekávání nebezpečného chování, které ve stigmatizujících vyvolává obavy a následné distancující chování (Graves et al., 2005).

Pan Vláda trpěl obsedantně kompulzivní poruchou, kvůli níž pobíral invalidní důchod. Když vzpomíná na počátky poruchy, sděluje, že vše začalo na vojně, kde začal mít strach, že ho někdo zabije. Po absolvování povinné vojenské služby vykonával různá povolání, strach mu však zůstal. Domníval se, že může být zavražděn, a snažil se snižovat toto riziko pomocí stále složitějších rituálů. Po několika letech už pro něj nebylo možné chodit do práce a mít spokojený partnerský vztah. Tehdy navštívil psychiatra. Sděluje také, že jeho potíže se skokově zhoršily poté, co začal dělat bezpečnostního pracovníka a občas pracoval s psychiatrickými pacienty. Hodně se bál, že ho zabijí. Každý přece ví, jak jsou násilní.

Diskriminace – problém odmítání a vyhýbavého chování

Průzkum postojů a sociální distance (nechuti vstoupit do sociálního kontaktu) se obvykle zjišťuje u studentů jako snadno dostupné výzkumné populaci nebo příslušníků široké veřejnosti. Dotazovaní odpovídají, co by udělali při představě situace, nebo co si myslí, že by udělala „většina lidí“, kdyby museli mít za souseda člověka trpícího duševní nemocí nebo kdyby měli takového spolupracovníka.

Tento typ studie zdůrazňuje, co si „normální lidé“ říkají, a nezkoumá to, co lidé s duševní poruchou reálně zažívají v chování osob bez diagnostikované psychické poruchy. Velmi často se předpokládá, že taková tvrzení (obvykle na úrovni postojů nebo předpokladů o chování) jsou v souladu se skutečným chováním. Chybí však důkazy o tom, že je tomu opravdu tak, protože soulad mezi postoji a chováním zkoumán nebyl. Takové výzkumy proto zkoumají spíše hypotetické než reálné situace, zanedbávají emoce, sociální kontext a ve výsledku mohou poskytnout pouze minimální informace pro tvorbu nosných intervencí, které by sociální odmítání mohly snížit.

1.2.2 Postoje společnosti k různým psychickým poruchám

Nejvíce jsou stigmatizací zasaženi pacienti se schizofrenií a bipolární afektivní poruchou. Ušetření nejsou ani lidé s poruchami osobnosti, poruchami příjmu potravy, úzkostí a obsedantně kompulzivní poruchou (Jelenová et al., 2012). Snad nejvíce stigmatizovanou duševní poruchou je schizofrenie. Většina lidí tento pojem zná, ne vždy však vědí, co si pod ním mají představit (Heretik, 2007). V České republice proběhl v roce 2004 výzkum DEMA, který se zaměřil na zjišťování veřejných názorů na tuto poruchu. Bylo osloveno celkem 667 lidí. Největší skupina dotázaných odpověděla, že schizofrenie je projevem rozpolcené osobnosti (19 %), pacienti se schizofrenií jsou těžkávi (17 %), divní (11 %), neumějí naslouchat (9 %), trpí bludy a halucinacemi (7 %), jsou nebezpeční (7 %), chovají se jako blázni (7 %) nebo naopak vypadají docela normálně (4 %). Čtvrtina respondentů v této studii navrhla umístění těchto pacientů v psychiatrických léčebnách, 46 % respondentů doporučilo omezit jejich chování. 44 % procent respondentů považovalo pacienty se schizofrenií za nevyzpytatelné, 26 % uvedlo, že v nich vzbuzují úzkost a nejistotu, a dalších 13 % uvedlo, že je považuje za vážně nebezpečné (DEMA, 2004).

Podobný výzkum na Slovensku, který byl zaměřen na vnímání postojů veřejnosti k psychicky nemocným se schizofrenií a realizován na vzorku 60 osob, dospěl k obdobným zjištěním. Většina respondentů tohoto výzkumu vnímala nemocné se schizofrenií jako neovladatelné a nebezpečné, schopné násilí (Heretik, Poluchová, 2009). S výsledky těchto studií, které byly provedeny v České republice a na Slovensku, korelují výsledky výzkumu provedeného ve Velké Británii, kterého se zúčastnilo 163 britských občanů. Na otázku, co slovo schizofrenie znamená, uvedlo 28 % respondentů pojem rozštěpená osobnost. Zhruba 17 % účastníků uvedlo jako příznaky tohoto onemocnění halucinace a klam. 7 % účastníků výzkumu uvedlo, že z těchto lidí mají strach (Furnham, Chan, 2004).

Ve výzkumu provedeném na Slovensku Magurovou a Sabolčákovou (2011) třetina dotazovaných souhlasila a dalších 8 % respondentů silně souhlasilo s tím, že by psychicky nemocní lidé měli být izolováni. S názorem, že psychicky nemocní jsou agresivní a nebezpeční, souhlasilo až 42 % respondentů a 8 % z nich silně souhlasilo. S izolací psychicky nemocných lidí by souhlasilo 43 % účastníků výzkumu. Až 50 % lidí se také domnívalo, že psychické poruchy zbavují lidi moudrosti a inteligence. Při zjišťování postojů respondentů k problematice duševních nemocí až 53 % respondentů označilo odpověď, že je jim jich líto. 13 % dotazovaných se o problematiku psychických onemocnění nezajímá a 7 % respondentů je toto téma lhostejné (Magurová, Sabolčáková, 2011). Ve švédské studii, která byla provedena na vzorku 295 respondentů, autoři zjistili, že 52 % respondentů by psychicky nemocného člověka nechtělo mít za souseda a 62 % dotázaných považuje psychicky nemocné za nedůvěryhodné (Björkman, Angelman, 2008).

Stigmatizace je založena na očekávání odlišnosti populace psychiatrických pacientů od běžné populace. Při stigmatizaci pacientů s psychickou poruchou, kdy často nedochází k rozlišení kategorie poruchy a lidé si pouze uvědomují, že pacient je léčen na psychiatrii, dochází ke stereotypnímu očekávání nevypočitatelnosti a nebezpečí, nezodpovědnosti a nekontrolovatelnosti. Stereotyp obrazu o duševně nemocném mu přiděluje roli blázna. Očekává se nezvyklé chování, nebezpečnost, nekontrolovatelnost, nezodpovědnost a možná agrese. Při těchto negativních očekáváních se automaticky mění chování okolí k pacientovi a hrozí vyčleňovací reakce. Proto veřejnost jako celek vůči jedincům s duševními poruchami zachovává **výrazný odstup**. Pacient se stává izolovaným i se svými problémy. Laikem jednou osvojený obraz je odolný vůči modifikujícím vlivům, přestože má často fiktivní charakter. Tato stálost fiktivního obrazu v čase se označuje také jako **stereotyp obrazu o duševně nemocném**, u kterého je předpokládána **kariéra duševně nemocného** (Janík, 1987). Často vůbec nezáleží na tom, zda jde o psychózu nebo neurotické projevy. To, že se postižený léčí na psychiatrii, pro něj může znamenat, že je automaticky zařazen mezi „duševně choré“, což je označení, které laická veřejnost přiděluje závažným a extrémním psychickým poruchám. Proto se lidé trpící duševními poruchami tak silně obávají psychiatrické diagnózy.

Základním chováním k označenému duševně nemocnému je odstup a snaha postiženého jedince pozorovat. Laici si všímají především vnějších projevů postiženého, výrazu, pohybů, fyziognomie, postojů, řeči a registrují neobvyklé projevy. Pokud zjistí, že označený se „divně chová“ nebo „blázní“, začne značkovací proces, který může vést až k trvalé stigmatizaci. Pokud shledá chování označeného nápadným, ale v rámci tolerance, obvykle ho označí jako „nerváka“ a předpokládá, že jde o osobnostní příčinu nebo situační „zhroucení se“.

Osobnostní příčiny bývají také negativně značkovány, „zhroucení“ jen zřídka. Laická populace má svéráznou tradiční taxonomii duševních poruch. Typická je **dichotomická taxonomie** – na jedné straně „šílenství“ v pravém slova smyslu, na druhé straně „nervové zhroucení“ (Chromý, 1990). Dále pak může být obraz modifikován představou o příčině poruchy. Pro intenzitu odmítání značkových jedinců je rozhodující způsob laické interpretace původu poruchy. Postoje laiků k příčinám psychických poruch by se daly zjednodušeně rozdělit do několika kategorií, a to na příčiny:

- ❑ **charakterové** (duševní méněcennost, slabost, zvrhlost, nemorálnost);
- ❑ **organické** (dědičné zatížení, nemoc mozku);
- ❑ **situační** (zhroucení po traumatu, leknutí, životní rány, zhoršení materiální situace, „ze žalu“, „z trápení“).

Podle předpokládané příčiny se může měnit postoj k postiženému. Příznivější je tzv. peristatický výklad vidící příčinu v událostech, které se jedinci přihodily. Na druhé straně je organická interpretace, která vidí příčinu v „chorém mozku“. Při „osobnostní“ etiologii by se postižený „měl snažit a změnit“, eventuálně by „měl být převychován“,

při „organické“ by ho lékaři měli léčit (pokud je to vůbec možné) nebo izolovat, a při „situační“ by ho měli všichni chápat a pomáhat mu, eventuálně „už by bylo na čase se vzchopit“. Ve všech případech je tedy postoj odlišný. Následné chování se však při všech předpokládaných etiologiích výrazně liší od toho, co by pacientovi doopravdy pomohlo, což je vstřícné nevyčleňující chování.

Pan Miroslav se trápí. „Zalhal jsem...“ špitne smutně, zatímco hledí na modré lino v ordinaci psychologky. Jako naprostá většina lidí, i pan Miroslav v životě tu a tam zalhal. Bývaly to „bílé lži“, kdy například pochválil koupi něčeho, co by si sám nepořídil a nelíbí se mu to. Dvakrát však zalhal v důležité věci. Poprvé, když manželce zatajil pravou míru dluhů, které měl. Protože mu lež prošla, zalhal po několika letech podruhé, když se jej žena ptala, kdy nastupuje do nové práce. Vymyslel si, že za dva týdny, i když to mělo být až za měsíc. Nechtěl, aby se na něj zlobila a myslela si, že se poflakuje, jak mu často naznačovala. Jeho lež však vyšla najevo a manželka s ním přestala mluvit. Po několika dnech mu pouze řekla, že se dočetla v časopise, že to, co udělal, je známka notorického lhářství. Je to nemoc, on je nemocný a měl by se jít léčit, jinak je s jejich manželstvím konec. Je to stejné, jako by byl alkoholik. Jako notorický lhář bude lhát stále a bez pomoci se neobejde, neovládne se. A tak se pan Miroslav ocitl i se svým pocitem o vlastní hluboké narušenosti u psychologa.

Větší stigma je připojeno k pojmu duševní nemoc než k pojmu psychická porucha (Pattyn et al., 2013). Duševní nemoc je pojem, který si laická veřejnost spojuje s intenzivnější a vážnější léčbou než ta, kterou vnímají za pojmem psychická porucha (Kukulu, 2007).

Zatímco slovo „blázen“ zná laická veřejnost již dávno, nemá adekvátní pojem pro označení neurotického onemocnění (Janík, 1987). Pojem „nervozita“ vystihuje spíše iritabilitu u úzkostných poruch nebo poruch osobnosti, než že by se vztahoval ke skupině nemocných. Řada poruch však není hodnocená jako duševního rázu. Zejména u neurotických a úzkostných poruch, kde jsou průvodní somatické nebo vegetativní projevy jako palpitace, závratě, parestézie nebo dušnost, je předpokládána jasně somatická příčina. Předpokládaná somatická příčina pak umožňuje vyhnout se nálepkování duševní nemocí a jeho důsledkům.

Na problém stigmatizace psychiatrických pacientů poukazovala **antipsychiatrie**. Její představitelé měli za to, že na psychopatologii se podílí hlavně stigmatizace. Byť tento pohled poněkud přehlížel další proměnné v multifaktoriální podmíněnosti většiny psychických poruch, něco na něm přece jen je. Stereotyp „psychiatrického pacienta“ je pro jedince natolik ohrožující, že raději odbornou pomoc nevyhledá nebo dává přednost somatickým odborníkům. Proto se část lidí s hlubokou depresí dostává k psychiatrovi pozdě a někteří pacienti s psychózou až v situaci, kdy je jejich chování nápadné a pro okolí ohrožující. Také pouze 25 % z osob trpících sociální fobií a kolem 40 % trpících depresí nebo panickou poruchou se nakonec dostane k odborníkovi. U panické poruchy, somatoformních poruch, chronického únavového syndromu či generalizované úzkostné

poruchy se pacient často brání přijmout nálepku psychiatrického pacienta natolik, že potlačuje nebo vytěšňuje z vědomí emoční změny a upíná se k somatickým příznakům (Shape, Wessley, 2000).

1.2.3 Stigmatizace psychiatrie

Stigma je spojeno se samotným **oborem psychiatrie**. Tato stigmatizace má historické kořeny, které vznikly na základě předsudků, že psychiatrie není lékařským oborem v pravém slova smyslu a k léčbě se využívají šarlatánské léčebné metody (Kusá, Onderka, 2006). Stigmatizována je zejména psychofarmakoterapie nebo elektrokonvulzivní terapie. Navíc v minulosti byla psychiatrie v některých systémech zneužívána (nacismus, komunismus) a v každé společnosti kromě funkce léčebné má také funkci kontrolní (detence deviantních jedinců), (Praško et al., 2012).

Za terapeutickou metodu, která v některých společnostech není stigmatizována (např. v Německu), bývá považována **psychoterapie** (Libiger, 2001). Pojem psychiatrie je často spojován se slovem bláznec (Heretik, Poluchová, 2009). Stigmatizace oboru a psychiatrických zařízení může hrát významnou roli i v mezilidských konfliktech.

Paní Naděžda se rozváděla. Po 22 letech manželství se s manželem odcizili a ona se zamilovala do jiného muže. Ten její city opětoval, a ona proto požádala o rozvod. Manžel to nesl těžce, vnímal její nevěru jako vrcholnou křivdu a začal se jí mstít. Přicházel s různými finančními triky, činil její pobyt ve společné domácnosti co nejvíce nepříjemným a pomlouval ji u dětí, které ji začaly nesnášet. Manžel se nikdy netajil cílem svého chování – chtěl ji dostat na psychiatrii, udělat z ní „blázna“ a tím završit svou pomstu.

1.2.4 Stigmatizace zdravotníkem

Postoj lékařů a jiných zdravotníků k duševním poruchám je výrazně poplatný názorům své sociální skupiny a medicínské výchově. Oproti normalizační reakci laiků mají odborníci větší pohotovost k nálepkovací reakci. Je to vysvětlováno vštěpovanou zásadou, že přehlédnutí nemoci je mimořádně vážná chyba, zatímco její mylné diagnostikování je závada menší (Chromý, 1990). Může tedy být něco na laickém tvrzení, že „psychiatr vidí blázny všude“.

Postoje odborníků jsou do značné míry utvářeny vzděláním na vysoké škole, kde se vyučuje hlavně tzv. velká psychiatrie, a prvními zkušenostmi v praxi, kdy většinou pracují na příjmových odděleních a setkávají se hlavně s psychotickými pacienty. Zpravidla dobře diagnostikují a léčí těžké psychotické poruchy, příliš však nerozumí neurotickým poruchám a radikálně pohrdají poruchami osobnosti. Můžeme se u nich setkat s přeceňováním závažnosti poruchy u méně srozumitelné symptomatologie (obsedantně

kompulzivní porucha) i se zlehčováním závažnosti duševní poruchy (agorafobie, panická porucha, specifické fobie, generalizovaná úzkostná porucha, sociální fobie, hypochondrická porucha, adaptační poruchy). Přeceňování bývá také spojeno s představou o etiologii převážně biologické (obsedantně kompulzivní porucha, panická porucha), zlehčování o převážně psychologické (adaptační poruchy, generalizovaná úzkostná porucha, fobie). Při přeceňování lékař snadno sklouzne do rezignace na vyléčitelnost poruchy, při podceňování se někdy snaží vyvrátit pacientovi jeho potíže nebo celkově podcení léčbu.

To, jak kvalitně bude pacient léčen, výrazně záleží na **terapeutickém vztahu**. Vnitřní postoj terapeuta k pacientovi je rozhodující pro terapeutovu angažovanost. Pokud si řekne, že jde o poruchu osobnosti, již předem terapeut mnohdy očekává terapeutickou neovlivnitelnost a jeho snaha v terapii se minimalizuje. Pacienta ve svých očích stigmatizuje. K nálepkování pacienta dochází v případech diagnóz, u nichž zdravotníci stereotypně počítají s **obtížnou léčbou** (poruchy osobnosti, z nichž zejména histrionská, hraniční, paranoidní a disociální, a kromě nich hypochondrická porucha).

Více bývají nálepkovány osoby z nižších sociálních vrstev, než pochází terapeut. Pacienti z nižších sociálních vrstev jsou také méně intenzivně léčeni (Janík, 1987). Rovněž však velmi často dává psychiatr **nálepku hůře léčitelné diagnózy** u pacientů, kteří jsou mu nesympatičtí nebo u kterých se mu nedaří navázat dobrou spolupráci či kteří jej kritizují. Často k tomu používá hanlivé pseudodiagnostické nálepky (je to „hysterka“, „psychopat“, „kverulant“, „paranoik“, „hypochondr“, „hraničářka“). U praktického lékaře může znít podobně hanlivě označení „neurotik“.

Hanlivé nálepky zde často slouží jako obrana terapeuta, která zdůvodňuje vlastní neúspěch nebo neochotu se pacientovi intenzivněji věnovat. Zdá se, že zde platí nepřímá úměra, podle níž: čím více terapeut své pacienty značkuje, tím méně je terapeuticky úspěšný a má užší okruh pacientů, kterým je schopen pomoci. Paradoxně nejvíce značkují profesionálové, kteří mají sami řadu maladaptivních neurotických nebo osobnostních rysů. Velmi obtížné to mají pacienti, kteří si začnou stěžovat (často pacienti s hypochondrickou poruchou nebo somatoformními poruchami vůbec), protože se necítí být léčeni dostatečně. Nálepka „kverulant“ nebo „chronický stěžovatel“ je často používána k jejich diskreditování a vyvolává negativní postoje lékaře. Vzniká bludný kruh: pacient si stěžuje – je nálepkován – lékař mu věnuje nedostatečnou péči – pacient si stěžuje.

Ke stigmatizaci může dojít i **v průběhu terapie**. V individuální terapii může být pacient stigmatizován některými přímými neterapeutickými výroky nebo náznaky terapeuta („jste hysterka“, „hypochondr“, „to máte z toho, jakou máte povahu“). Ke stigmatizaci dochází velmi snadno v průběhu skupinové psychoterapie, kde bývá stigmatizován pacient, který se stává „černou ovčí“, a to zejména, pokud se nejistý terapeut přidá na stranu skupiny.

Nálepkování pacienta psychiatrem či jiným zdravotníkem často vyplývá z **protipřenosových reakcí** a je protipřenosem udržováno. Typickou formou přístupu psychiatra, která

umožňuje udržování nálepky, jsou ochranné či „samaritánské chování“ k pacientovi. Takové chování snadno sejme z pacienta veškerý pocit odpovědnosti a staví ho do pozice jedince, na kterého nemohou být kladeny žádné nároky. Vyčlenění postiženého z jeho dosavadních povinností ho jen utvrzuje v jeho okrajovém postavení v malé sociální skupině (v rodině, na pracovišti). To někdy podporuje laické postoje: duševně postižený se musí šetřit, musí mít klid, hodně odpočinku, žádné starosti. Z těchto situací někteří pacienti těží, mluví se o sekundárních ziscích. Jiný je „žoviální přístup“, který pacient může prožívat jako nerespektování osobní důstojnosti nebo jako zlehčování svých potíží (Dušek, 1988). Dalším důvodem stigmatizace pacienta je postupně vzniklý (i nevědomý) pocit terapeuta v průběhu terapie, že pacient se nelepší podle jeho očekávání. Terapeutova potřeba úspěchu pak stojí v cestě navázání kvalitního pracovního vztahu a zvyšuje riziko pacientovy sebestigmatizace.

Dalším nevhodným přístupem terapeuta je potvrzení domnělých diagnóz rodině postiženého („je to hysterka/hypochondr“). Takovéto potvrzení diagnózy má pro nositele stigmatizující nálepku. Rodina se pak nemusí snažit spolupracovat při jeho léčbě a jeho diagnóza je použita ve sporech s ním („jsi hysterka – vždy hraješ jenom komedii“, případně může snižovat váhu jeho argumentů pohrdavými slovy typu „léčíš se na psychiatrii, nemáš nárok si stěžovat“), (Dušek, 1988).

1.2.5 Stigmatizace a kultura

Naše vnímání není objektivní. Vše, co vnímáme, je ovlivněno kulturními vzorci a je výsledkem interpretace. Po tisíce let jsou vzorce vnímání a interpretace reality utvářeny a udržovány vyprávěním (Janská, 2008). Některé kultury vnímají člověka, u nás označeného za duševně nemocného, jako spirituálně nadaného.

Na Okinawě například věří, že lidé, kteří mají vidění (v našem pojetí halucinace a bludy), jsou skutečně spojeni s božstvem, případně jsou pokládáni za jedince s nadpřirozenými schopnostmi. Často se z nich stávají léčitelé, kteří jsou velice vážení a patří k vyšší sociální vrstvě (Janská, 2008).

Naopak v tchajwanské společnosti je duševní onemocnění vnímáno jako trest. Tamní kultura věří v reinkarnaci, což je buddhistický koncept, který v jednom ze svých pojetí vypovídá o tom, že dřívější špatné skutky jsou promítány do současného života. Pro buddhisty tento koncept nabízí vysvětlení původu lidstva a vzniku onemocnění, a to včetně těch duševních (Shen et al., 2006).

V nigerijské populaci je stigma duševního onemocnění spojováno s celou rodinou. Jakmile je někdo v rodině označen za duševně nemocného, bývá ze společnosti vyřazen až na její okraj a rodina s sebou nese břímě hanby (Ezeobele et al., 2010). Tato kulturně podmíněná přesvědčení mohou být z určitého úhlu pohledu jen lidové víry a představy. Pro pochopení laických představ o duševně nemocných je však tento kulturní kontext důležitý (Lee et al., 2006; Lam et al., 2011).

1.2.6 Stigmatizace a média

Nejdůležitějším zdrojem informací o psychických poruchách pro veřejnost jsou média (Anderson, 2003; Pirkis et al., 2006; Henson et al., 2010; Nawková et al., 2012; Jakovljević et al. 2010; Sisask, Värnik, 2012; Nawková et al., 2012). Na spojitost mezi negativním mediálním obrazem osob s psychickými poruchami a negativními postoji veřejnosti poukázalo několik studií, které dospěly k závěru, že stigmatizující prezentace v médiích má přímý negativní vliv na osoby s psychickou poruchou i na sociální politiku (Angermeyer, Matschinger, 1996; Philo, 1996; Grinfeld, 1998; Olstead, 2002; Nessler, 2011; Nawka et al., 2012). Již první studie na toto téma zjistila, že lidé s psychickými poruchami jsou v médiích zobrazováni převážně negativně (Nunnally, 1961). Podobě další autoři zjistili, že média se tématu psychických poruch věnují relativně často, popis však bývá zkreslený a zdůrazňuje především nápadné odlišnosti a bizarní rysy (Coverdale et al., 2002; Henson et al., 2010). Například v mnoha filmech jsou jedinci s psychickou poruchou stereotypně líčeni jako nebezpečné, všeho schopné osoby.

Negativní prezentace psychotických a afektivních poruch v tištěných médiích převažuje v západních zemích, představovaných Spojenými státy, Kanadou, Velkou Británií, i jinde v Evropě – v Itálii, Chorvatsku, u sousedů na Slovensku i u nás. Nejčastějším tématem těchto článků je agrese a nebezpečnost psychicky nemocných osob (Coverdale et al., 2002; Ward, 1997; Olstead, 2002; Nawka et al., 2012; Allen, Nairn, 1997; Slopen et al., 2007; Francis et al., 2003). Corrigan s kolegy (2005) dospěli ve své přehledové studii ke statistickému údaji, podle něhož se 39 % článků zabývajících se psychickými poruchami zaměřuje na nebezpečné a kriminální aktivity osob s duševní poruchou.

Protože lidé trpící psychickou poruchou nepáchají kriminální činy ve vyšším procentu než běžná populace (Ward, 1997; Steadman et al., 1998), je zřejmé, že média zkreslují reálnou situaci, stigmatizují psychiatrické pacienty, a tím významně přispívají k udržení jejich stigmatu. Empirická data navíc ukazují, že samotná přítomnost být závažné psychické poruchy nepredikuje budoucí nebezpečnost jedince. Ta je spíše spojena s anamnestickými proměnnými (nebezpečností v minulosti a fyzickým zneužíváním v dětství), některými klinickými faktory (zneužíváním návykových látek), dispozičními faktory (věkem, pohlavím a finančním příjmem) a kontextuálními faktory (nedávným rozvodem nebo nezaměstnaností), (Elbogen, Johnson, 2009).

Carpiniello s kolegy (2007) zjistili významně vyšší počet slov, doprovodných fotografií a více stigmatizující použití jazyka při publikování negativních sociálních jevů přičítaných lidem s psychickými poruchami ve srovnání s lidmi bez psychiatrické diagnózy. Tyto články jsou také častěji publikovány na čelních stránkách časopisů, což ovlivňuje čtenáře ve větší míře, než kdyby byly uvedeny na méně exponovaných stranách jako většina jiných kriminálních zpráv (Ward, 1997; Corrigan et al., 2005). Je však také potřeba zmínit, že všechny studie jsou v otázce role masmédií v udržování stereotypů zajedno. Na rozdíl od těchto nálezů v analýze irského tisku dospěli Meagher s kolegy (1995) k závěru, že texty popisující psychické poruchy jsou většinou kladné

nebo neutrální. Podobný charakter prokázaly studie z Austrálie, kde se ukázalo, že zpracování tematiky duševního zdraví je široké, kvalitní a méně se koncentruje na kriminální nebo nebezpečné chování (Francis et al., 2004; van Der Weyden, Armstrong, 2005). Zajímavé je, že v obou zemích běžely v té době dlouhodobé kampaně zacílené na snižování stigma. Podobně jsou méně stigmatizující postoje ve Švédsku (Högberg et al., 2012).

Ačkoliv laická populace má sklony vnímat psychiatrické diagnózy nediferencovaně a příliš mezi nimi nerozlišovat, určité rozdíly v jejich zobrazování přesto existují. Mediální obraz jednotlivých psychických poruch v Austrálii zkoumali Francis s kolegy (2004). Zjistili, že texty, které pojednávají o depresi, poruchách příjmu potravy a abúzu návykových látek, bývají častěji zaměřeny na přístup k lidem jimi trpících a na sociální politiku, zatímco texty o schizofrenii častěji popisují pacienty, jejich příznaky a přístupy k léčbě. Tematikou schizofrenie v populárních časopisech (na rozdíl od novin) se zabývá poměrně málo článků, bývají však relativně korektní, pokud jde o popis příznaků, příčin a léčby (Wahl et al., 1995).

Práce, která zkoumala zobrazení psychických poruch v srbských médiích, ukázala, že tamní popis psychiatrických témat je často negativní a pacienti jsou prezentováni jako nebezpečné osoby nebo jako oběti svého zdravotního stavu (Bilic, Georgaca, 2007). Mezi jednotlivými zeměmi euroamerické (a potažmo australské) kultury tedy existují poměrně značné rozdíly ve způsobu zobrazování duševních poruch.

U nás se v sedmdesátých letech věnovali analýze informací o psychických poruchách v tisku prof. Janík a Kubíčková (1975). Podle autorů patří mezi nejčastěji zmiňované poruchy závislosti a poruchy osobnosti, naopak méně časté byly zmínky o afektivních či psychotických poruchách. V poslední době u nás byla pozornost soustředěna zejména na problematiku mediálního obrazu uživatelů návykových látek (Grohmannová, 2006; Miovska et al., 2008; Sivek et al., 2004).

Nawková s kolegy (2012) provedli mezinárodní komparativní studii popisující obsahy mediálních sdělení o psychických poruchách ve vztahu ke stigmatizaci v českých, slovenských a chorvatských tištěných médiích. Výzkumný soubor tvořily články týkající se tématu duševního zdraví publikované během pěti týdnů v roce 2007 v šesti nejčtenějších denících a týdenících v každém státě. Celkem bylo nalezeno 450 článků pojednávajících o duševních poruchách (203 článků v České republice, 172 na Slovensku a 75 v Chorvatsku). Negativní postoje vůči osobám s psychickou poruchou byly nalezeny v 37 % článků publikovaných v České republice, 38 % článků na Slovensku a 40 % článků v Chorvatsku. Analyzované články ukazovaly, že lidé s duševním onemocněním jsou častěji zobrazováni v roli pachatele trestné činnosti (29 %) než v roli její oběti (9 %). Podle autorů díky tomu dochází k posilování negativních stereotypů.

V posledních letech jsme byli svědky zvýšení pozornosti médií na téma duševních nemocí, které masová média začala vykreslovat jako nový fenomén postihující velkou část populace. Zprávy o lidech, kteří trpí duševními poruchami, a o léčbě na psychiatrických odděleních, se však často vyznačují stereotypy a jednostrannými negativními

atributy, a to při volbě slov i použitých obrazů. Dochází tak ke zdánlivému rozporu v narativní a socio-historické perspektivě. Z pohledu rozvoje moderních médií s možností sledovat pohybující se obrazy a vyprávění příběhů (film, televize) je důležité snažit se využít média k prezentaci vyváženějšího a diferencovanějšího obrazu psychiatrických poruch. Profesionálně moderovaná diskusní fóra založená na technikách sociálních médií mohou sloužit stejně dobře jako příběhy, které berou v úvahu obecné narativní univerzálie, jako jsou odměna, úspěch a lidské vztahy.

Masmédia mají významný vliv na postoje veřejnosti k duševnímu zdraví i psychiatrii. Otázka identity psychiatrie jako lékařského oboru, stejně jako budoucnost psychiatrie, byla předmětem mnoha kontroverzních diskusí (Schulze, 2007). Psychiatrie má dnes historickou příležitost utvářet budoucnost péče o duševní zdraví, medicíny a společnosti. Toto postavení získala ve vědeckém a profesním postavení obrovským nárůstem znalostí a léčebných možností v posledním půlstoletí. Psychiatrie by nyní měla vybudovat nový mezioborový a integrační obraz specializované profese, podporovat jej a kontinuálně vnášet poznání ze svého oboru do povědomí společnosti. Dobré vztahy s veřejností jsou pro budoucnost psychiatrie a postavení psychiatrických pacientů ve společnosti velmi důležité.

1.3 Odmítání přijmout diagnózu a stigmatizaci

Pokud člověk onemocní psychickou poruchou, stává se tato porucha nedílnou součástí jeho života a ovlivňuje celé jeho bytí. Jedinec, u kterého se objevilo chronické psychické onemocnění, k němu často zaujímá nereálný postoj. Chce se na ně dívat jako na akutní či přechodný problém – jako na něco, co v poměrně krátké době odezní. Často nechce přijmout, že s touto poruchou bude nejspíše žít dlouho, s velkou pravděpodobností až do smrti (Křivohlavý, 2002). Odmítá psychiatrickou diagnózu kvůli tomu, že nechce sám sebe stigmatizovat, i z toho důvodu, že přijetí by znamenalo přijmout i dlouhodobý, případně celoživotní průběh. Přijmout psychickou poruchu pro něj také může znamenat přijmout omezení své svobody; často se obává, že jej budou kontrolovat psychiatři, příbuzní a také, že bude muset užívat psychofarmaka.

Pokud pacient diagnózu přijme, je nucen přemýšlet o svém současném životě, ale především o tom, co ho čeká v budoucnosti. Často je přesvědčen, že jeho budoucí život už nikdy nebude takový, jako předtím. Je nucen se s psychickou poruchou naučit žít, vyrovnat se s ní nebo alespoň smířit, často přijmout omezení svých možností a změnit celý svůj dosavadní život. Kvalita života, která souvisí se změnami v životě člověka s psychickou poruchou, obsahuje téměř všechny sféry lidského bytí od interpersonálních vztahů, sociálních potřeb až k psychickému prožívání a zdraví. U pacientů jde

o psychickou pohodu, smíření se s nepříjemnou diagnózou či překonání nebezpečí sebedestrukčních myšlenek. O tom, jak se to podaří, často rozhoduje to, jak sám sebe hodnotí, nakolik vnímá psychickou poruchu jako známku toho, že je méně hodnotný než ostatní, či nikoliv. Člověk trpící psychickou poruchou si často sáhne až na dno svých sil, potřebuje nejen podporu okolí, ale také pomoc odborníků a společnosti jako systému. Pokud má „kam sáhnout“, může s poruchou bojovat.

Situace, ve které se člověk s duševním onemocněním ocitá, bývá často velmi těžká. Nejen samotná diagnóza, ale také strach z reakce okolí bývá pro jedince velmi stresující. Označení člověka za duševně nemocného mívá za následek různé formy represe, sociálního i existenčního ohrožení. Není divu, že se lidé takovému označení brání a pokud možno se psychiatrovi vyhnou nebo se snaží odstranit či zmírnit následky **značkovacího procesu**. Laický přístup k subjektivnímu prožívání duševních potíží samotným postiženým je rovněž svérázný.

U psychotických poruch je pro pacienta i v remisi velmi těžké přijmout, že trpí schizofrenií. Určitě to byl omyl. Často přestane užívat léky s pocitem, že dokud antipsychotika užívá, je blázen. U neurotických poruch postižený často podléhá silné úzkosti, „aby se z toho nezbláznil“, nebo už začíná věřit, „že se zbláznil“. Velmi často touží, aby to na něm nikdo nepoznal (pak nám říká, že „před ostatními hraje, že mu je dobře“). Proto se může izolovat od ostatních, „aby to na něm nepoznali“.

Strach ze stigmatizace může být tak velký, že někteří pacienti mají dokonce strach o sobě více mluvit i před odborníkem a potíže bagatelizují. Jindy se snaží úzkost v sobě potlačit nebo jí rozumí pouze jako důsledku tělesných potíží. To umožňuje subjektivně vyklouznout ze stereotypu duševní poruchy a dostat se do sociálně příznivějšího stereotypu tělesného onemocnění (neznačkováného, pro které mají všichni pochopení, jako je například infarkt myokardu, nebo závažného, pro které se budou všichni snažit pomoci, jako je rakovina).

Pacient (podobně jeho rodina) **se ke svým psychickým problémům může vztahovat jinak, pokud je vnímá jako „nemoc“** (je její „obětí“ a očekává pomoc od druhých, sám je pasivní a čeká, že nemoc se „vyléčí“), **než pokud je vnímá jako „poruchu“** (většinou tomu rozumí jako dlouhodobému „stavu“, na který se musí adaptovat a pasivně jej přijmout) či **jako „reakci na stres“** (nejčastěji očekává, že bude politován, pokud stresor trvá a někdo zařídí, aby byl odstraněn).

1.3.1 Rodina a strach ze značkování

Ze strachu ze stigmatizace někdy příbuzní odrazují člena své rodiny od léčby na psychiatrii. Jakoby platilo, že „kdo se léčí na psychiatrii, je blázen“. Rodina se obává toho, že bude označen za duševně nenormálního její člen, i toho, že „cech“ dostane celá rodina a „bude to hanba“. Riziko takové „hanby“ pro potíže, které příbuzní ani nevnímají jako deviantní (pacient má fobii nebo je neurotický), jim připadá jako nadměrné. Snaží

se ho tedy přesvědčit, „aby se vzchopil“, eventuálně mu pomáhají se zabezpečovacím chováním (vyřizují za něj věci na úřadech, všude ho vozí, poskytují úlevy v oblastech, kde má pacient strach). Toto chování zpravidla zpevňuje příznaky poruchy. Rodina také často nevěří psychiatrům. Laická definice duševní poruchy je užší než odborná. Riziko, že psychiatr identifikuje psychickou poruchu, naplňuje rodinu obavami. Navíc může mít rodina svérázné postoje k léčbě a psychiatrickou intervenci pokládá za zbytečnou... „Měl by se oženit“ či „měla by se vdát“, „začít žít sexuálním životem“, „pořádně pracovat“, „obalit se tukem“. V některých kulturách také platí, že pokud onemocní někdo ze členů rodiny duševní nemocí, hanba padá na celou rodinu. To pak rodinu vede k utajování příznaků psychické poruchy u svého příbuzného.

1.3.2 Stigmatizace jako problém reintegrace

Rodina dlouho vzdoruje závěru, že u jednoho z jejích členů jde o psychickou poruchu. Proto se často brání léčbě takového člena, odrazuje ho od ní a někdy tak, aby zakryla jeho potíže, za něj řeší životní problémy. I když po uvědomění si, že skutečně jde o psychickou poruchu, projevuje většina rodin značné úsilí o harmonizaci chování postiženého člena a jeho reintegraci do skupiny (tzv. začleňovací reakce), (Chromý, 1990). Až když tyto snahy nemají úspěch, následuje omezení interakce a hostilní postoje k nemocnému (tzv. vylučovací reakce). Zájem o psychiatrickou pomoc se může objevit při začleňovací i během vylučovací reakce. Pokud je to při vylučovací reakci a formální pomocí je hospitalizace, bývá pacient rodinou zjevně pokládán za deviantního a po ukončení léčby následuje problém s reintegrací. S tímto problémem se setkáváme nejen u psychotických pacientů, ale často i u pacientů trpících OCD, panickou poruchou a hraniční poruchou osobnosti.

Postoje osob, se kterými se pacient setkává po propuštění z psychiatrické péče (zejména po hospitalizaci), jsou často ovlivněny stereotypem pohledu na psychicky nemocného. Negativní postoje jsou mnohdy podporovány sdělovacími prostředky, kde jsou lidé trpící psychickou poruchou líčeni jako zákeřní, útoční, neschopní a nerozumní jedinci, kteří jsou okolí buď nebezpeční, nebo směšní. Stigmatizace dále souvisí se zařízením, ve kterém se postižený léčí nebo léčil. Hospitalizace v léčebně bývá spojena s výrazně negativním značkováním, na psychiatrických odděleních nemocnic nebo na klinice méně (Janík, 1987).

Problémy mohou nastat i v udržovací léčbě. Řada praktických lékařů (a bohužel podobné postoje mívají i někteří psychiatři) je přesvědčena, že psychiatrickí pacienti užívají zbytečně mnoho psychofarmak. Zejména si to myslí o lidech s neurotickými příznaky, protože „těm přece nic není.“ Neurotické potíže bagatelizují a pacienta vnímají jako „slabocha“. Proto, pokud pacient sdělí, že už potíže nemá, doporučují mu, aby léky vysadil, že mu „škodí na játra“ nebo se „na nich stane závislý a už je přitom nepotřebuje“. Jindy mívají pocit, že pacient není úplně vyléčen, takže „léky jsou zbytečné“. Tyto

postoje, kromě snahy snižovat náklady na léčbu, jsou často ovlivněny laickou představou o chronické intoxikaci organismu léky, vzniku závislosti na všech psychofarmacích a o tom, že pokud člověk musí užívat léky, není zdravý, a když je zdravý, léky užívat nemá. Předčasné vysazení medikace vede však velmi často ke zhoršení nebo opětovnému návratu příznaků.

1.4 Sebestigmatizace

Stigma lze rozdělit do tří podskupin – **sociální, strukturální** (institucionální) a **internalizované** (Livingston, Boyd, 2010). Sociální stigma popisuje stereotyp velkých sociálních skupin vůči stigmatizovaným skupinám (Corrigan et al., 2005). Strukturální stigma se týká pravidel, zásad a postupů institucí, které omezují práva a příležitosti pro členy stigmatizovaných skupin (Corrigan et al., 2004; Heijnders, Van Der Meij, 2006; Lee et al., 2006; Heflinger, Hinshaw, 2010; Corrigan et al., 2011). Příkladem strukturálního stigmatu jsou negativní postoje a chování představitelů veřejných institucí, jako jsou lidé, kteří pracují v oblasti zdravotnictví, školství či justici.

Internalizovaným stigmatem je označován třífázový proces, během kterého člověk přijímá za své negativní stereotypy, které vůči němu zaujímají druzí lidé. V první fázi se jedinec, který je společností nepřijímán, setkává se sníženým přijetím od okolí. Začíná si uvědomovat stereotypy, které druhé vedou k tomu, že s ním není nakládáno jako s rovnocenným partnerem. Když si stigmatizovaný stereotypy uvědomí, začíná s nimi souhlasit. V konečné fázi s těmito tvrzeními souhlasí a aplikuje je na sebe. Tím dojde k završení procesu internalizace (Corrigan et al., 2009).

Další důležitý terminologický rozdíl je mezi **veřejným stigmatem** (kdy „běžná populace podporuje předsudky a projevuje diskriminaci vůči lidem s duševním onemocněním“ – Corrigan et al., 2006) a **osobním stigmatem** (které se skládá z vnímaného stigmatu, zakoušeného stigmatu a sebestigmatizace). Vnímané nebo očekávané stigma se vztahuje k přesvědčení lidí o postojích široké veřejnosti k jejich stavu a k sobě jako členům potenciálně stigmatizované skupiny (Lebel, 2008). Zakoušené stigma se vztahuje na diskriminaci nebo omezení, se kterými se dotčené osoby setkávají.

1.4.1 Sebestigmatizace a vyhledání odborné pomoci

Veřejné předsudky a sebestigmatizace ovlivňují negativně také dosahování a využívání životních příležitostí. Rodina ze strachu ze stigmatu často brání pacientovi získat včasnou odbornou pomoc psychiatra.

Předsudky vůči duševně nemocným mohou výrazným způsobem zasahovat do diagnostiky i léčby. Zejména však zasahují do samotného procesu sebestigmatizace, což má