

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta



Diplomová práce

**Vliv stigmatu duševní nemoci na sebepojetí člověka
v depresi**

The Influence of Stigma of Mental Illness on the Self-perception of
Man in a Depression

Vedoucí práce:

Mgr. Tereza Cimrmannová, Ph.D.

Autor:

Michaela Kleinová

Praha 2010

Poděkování

Nejprve bych velice ráda poděkovala vedoucí své diplomové práce Mgr. Tereze Cimrmannové, která svou trpělivostí, cennými odbornými radami, otevřeným a laskavým přístupem přispěla ke vzniku této práce. Děkuji také všem, kteří mne při tvoření práce vytrvale podporovali. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří byli ochotní se podělit o svou zkušenost, a tím práci obohatili o důležité informace.

Michaela Kleinová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci na téma Vliv stigmatu duševní nemoci na sebepojetí člověka v depresi zpracovala samostatně s výhradním použitím citované literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze dne 20. 6. 2010

Michaela Kleinová

Anotace

Diplomová práce *Vliv stigmatu duševní nemoci na sebepojetí člověka v depresi* se zabývá pojetím stigmatu v dnešní společnosti obecně, dále vymezuje pojem sebepojetí a popisuje průběh onemocnění deprese - hlavně její příčiny, příznaky, možnosti léčby a vyrovnání se s depresí. Tato část obsahuje řízené rozhovory o možnostech léčby deprese. Dále tato práce zahrnuje stigma duševní nemoci, jeho členěním a možnou destigmatizací duševně nemocných. Závěrečná část této práce se věnuje vlivu stigmatu duševní nemoci na sebepojetí člověka v depresi a její podstata vychází z řízených rozhovorů, které byly uskutečněny s lidmi trpícími depresí.

Abstract

Diploma thesis *The Influence of Stigma of Mental Illness on the Self-perception of Man in Depression* deals with the concept of stigma in our society in general, further defines the concept of self-perception and describes the course of the disease of depression - especially its causes, symptoms, treatment options and coping with depression. This section contains interviews about depression treatment options. Furthermore, this work includes the stigma of mental illness, its structure and possible de-stigmatization of mentally ill. The final part of this work focuses on the impact of the stigma of mental illness on the self-perception of man in depression and its essence is based on guided interviews, which were made with people suffering from depression.

Klíčová slova

Stigmatizace, společnost, identita, sebepojetí, deprese, stigma duševní nemoci

Keywords

Stigmatization, society, identity, self-perception, depression, stigma of mental illness

Obsah

Úvod.....	8
1. Stigma v pojetí dnešní společnosti.....	9
1.1 Koncepce a význam stigmatu v rámci sociální identity.....	11
1.1.1 Kontakt stigmatizovaného a okolí.....	12
1.1.2 Stigma a socializační proces	13
1.2 Kontrola informací a osobní identita.....	14
1.2.1 Sociální informace	15
1.2.2 Osobní identita	16
1.2.3 Kontrola informací	17
1.2.4 Předstírání	18
1.3 Skupinová příslušnost a identita ega.....	19
1.3.1 Příslušnost k vlastní skupině	20
1.3.2 Příslušnost k cizí skupině.....	20
1.3.3 Ambivalence	21
2. Sebepojetí.....	23
2.1 Vývoj sebepojetí	25
3. Deprese.....	26
3.1 Mýty o depresi	27
3.2 Příznaky deprese	28
3.4 Typy deprese.....	31
3.5 Možnosti odborné léčby.....	34
3.5.1 Farmakoterapie.....	35
3.5.2 Psychoterapie	36
3.5.2.1 KBT – Kognitivně-behaviorální terapie.....	37
3.5.3 Další možnosti léčby	38
3.6 Deprese a coping.....	38
3.6.1 Zvyšování aktivity.....	39
3.6.2 Vliv myšlení na náladu.....	39
3.6.3. Relaxace, imaginace a hledání pozitivních aktivit	40
3.7 Rozhovory s lidmi trpícími depresí.....	41
3.7.1 Shrnutí k rozhovorům	41
4. Stigma duševní nemoci	43
4.1 Druhy stigmatu duševní nemoci.....	43
4.1.1 Sebeznačkování a stigmatizace širokou veřejností člověka s duševním onemocněním	44

4.1.2 Rodina – sebeznačkování a strach ze stigmatizace okolím.....	45
4.1.3 Stigmatizace profesionály a stigmatizace profesionálů společností.....	46
4.2 Destigmatizace	47
5. Vliv stigmatu duševní nemoci na sebepojetí člověka v depresi.....	49
5.1 Šetření o vlivu stigmatu duševní nemoci na sebepojetí člověka v depresi	49
5.1.1 Vymezení problému šetření	49
5.1.2 Cíle a úkoly šetření.....	50
5.1.3 Metody šetření.....	50
5.1.4 Metodika šetření.....	50
5.1.5 Hypotézy	50
5.1.6 Charakteristika zkoumaného vzorku	51
5.2 Výsledky šetření a jejich interpretace	51
5.2.1 Projevy deprese u respondentů a vnímání sama sebe na základě nemoci	51
5.2.2 Vnímání a postoj okolí, pocit možného stigmatu a diskriminace	56
5.2.3 Vyhledání odborné pomoci a postoj odborné společnosti.....	65
5.2.4 Možné přínosy deprese	67
Závěr	72
Seznam použité literatury.....	74
Seznam příloh	76
Shrnutí.....	77
Summary	78

Seznam zkratek

OSN – Organizace spojených národů

APA – American Psychiatric Association

WHA - World Health Assembly

MKN10 - Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

KBT - Kognitivně – behaviorální terapie

WHO – World Health Organization

Úvod

Cílem mé diplomové práce je zjistit, jaký vliv má stigma duševní nemoci na člověka trpícího depresí a jak se mohou jednotlivé složky této problematiky navzájem ovlivňovat. Pokusím se nalézt relevantní odborné informace, které popisují pojetí stigmatu v dnešní společnosti, jak se projevuje ve spojení s duševními nemocemi a jak se s jejím stigmatem vyrovnává odborná společnost. Dále budu vycházet z teoretických poznatků, které se věnují konceptu sebepojetí a problematice deprese. Součástí mé práce budou řízené rozhovory na téma stigmatu duševní nemoci a sebepojetí uskutečněné s lidmi trpícími depresí. Cílem mé práce není snaha analyzovat pojem stigma v historickém kontextu, ale spíše naznačit jeho souvislosti v dnešní společnosti. Úkolem práce není ani analýza onemocnění deprese z medicínského hlediska, práce je zaměřena psychosociálně. Ostatní oblasti budou popsány jen okrajově podle potřeby dokreslení problematiky.

Práce bude členěna do pěti kapitol. První kapitola se bude zabývat stigmatem v pojetí dnešní společnosti, a jeho významem v rámci identity, komunikace a skupinové příslušnosti. Druhá kapitola bude věnována základním poznatkům o sebepojetí a jeho vývoji. Ve třetí kapitole popíši onemocnění deprese, nejčastější příčiny, příznaky a možnosti léčby. Čtvrtá kapitola se bude týkat stigmatu duševní nemoci, jeho členění a možností pomoci jeho snižování. Pátá kapitola by měla být vyústěním teoretických znalostí a odpovědí respondentů v řízených rozhovorech, kde se pokusím vyhodnotit, zda má stigma a to, jak nemoc vnímá široká veřejnost, opravdu vliv na sebepojetí a prožívání člověka v depresi.

Důvod, proč jsem si vybrala toto téma, se vyvíjel v průběhu mého studia. Téma deprese mě vždy zajímalo. Zároveň pro mne však bylo zahaleno jakousi rouškou tajemství. Myslím, že podobně to vnímá většina společnosti. Mám pocit, že onemocnění depresí se stále trochu podceňuje a člověk, který na sobě pocítí známky deprese, si často nepřipustí, že by mohl být nemocný. Tuto nemoc jsem začala více zkoumat a na základě toho jsem zjistila, že depresi zažilo mnoho lidí z mého blízkého, ale i širšího okolí, kteří by o ní jinak nemluvili, protože se za svůj stav stydí nebo se bojí společenského odmítnutí. Napadlo mne, že deprese je v naší společnosti obestřena stigmatem, které možná ovlivňuje průběh této nemoci. Mojí hlavní motivací pro výběr tohoto tématu bylo tedy zjistit, do jaké míry může předsudek ovlivnit vnímání sama sebe. Chci také více proniknout do onemocnění, které sužuje hodně lidí kolem nás.

1. Stigma v pojetí dnešní společnosti

E. Goffman (2003) uvádí, že termín stigma vznikl ve starověkém Řecku. Stigma mělo tělesnými znaky označovat osoby, na jejichž morálním statusu bylo cosi neobvyklého a špatného. Tyto znaky se vyřezávaly nebo vypalovaly do těla a upozorňovaly, že jejich nositel je otrok, zločinec či zrádce – osoba pošpiněná, nečistá, které je lepší se vyhýbat, a to především na veřejnosti. Podle J. Libigera (2002) se později slovo stigma také používalo pro spontánně vzniklé rány na končetinách, které byly mysticky vzniklým napodobením ran Ježíše Krista přibitého na kříž. Stigmata jsou stopy utrpení. Objevovala se u některých hluboce věřících lidí a svědčila pro život mimořádné svatosti. E. Goffman (2003) doplňuje, že v době křesťanství se termín rozšířil o dvě metaforické vrstvy. První, již zmíněná, odkazovala k tělesným znakům svatosti. Druhá poukazovala na znaky fyzické poruchy. Dnes se tento termín užívá ve svém původním významu, vztahuje se spíše k hanbě samé než k jejímu tělesnému důkazu.

Stigma je dědičný nebo vrozený znak. V sociální psychologii je to hanlivé označení jedince (opilec, kriminálník apod.), které mu brání nebo znesnadňuje začlenit se do společnosti (Hartl a kol., 2000). Podle J. Libigera (2002) může být stigma spojeno s náboženstvím, barvou kůže, proděláním trestu, národností a samozřejmě nemocí. Stigma by se dalo charakterizovat jako určitý předsudek, který ovlivňuje postoje lidí především na základě předpokládaných skupinových vlastností než na základě skutečných charakteristik jedince a jeho situace. Ty ani nejsou zkoumány, protože předsudek je jakousi pohodlnou, společností posvěcenou zkratkou, která umožňuje ušetřit si rozhodování spojené s hodnocením konkrétního člověka. Má v sobě silnou emoční komponentu posilovanou společností a kulturou, která usnadňuje rychlé prosazení důsledků předsudku do chování lidí.

P. Hartl a kol. (2000) dále popisuje pojem stigmatizace, což je už prisouzení společenského předsudku vůči někomu, jemuž jsou pak připisovány záporné vlastnosti nebo také předem dané negativní hodnocení, které může být přiděleno jedinci, skupině nebo organizaci. Se stigmatizací souvisí pojem etiketizační teorie, která vznikla v šedesátých letech dvacátého století. Je to udělování nálepek (etiket) společností. Dá se vyjádřit názorem, že trestný čin není trestný sám o sobě, ale že o jeho trestnosti rozhodují kritéria společnosti vyjádřená v trestním zákoně. Z toho vyplývá obava, že většina přístupů současné psychiatrie neznamená nic víc, než nálepkování či škatulkování. Po přidělení této diagnostické nálepky navíc vznikají mezi profesionály tendence měnit přístup k člověku, kterého léčí, i k jeho sociálnímu okolí.

Jak už bylo řečeno, stigma vzniká ve vztahu ke společnosti. Společnost ustavuje kategorizace osob a jejich specifických atributů, které jsou v souvislosti s příslušníky těchto kategorií vnímány jako běžné a přirozené. Pokud člověk potká cizí osobu, uvědomí si, že chová jisté představy o tom, kým by měla osoba vlastně být. V sociálním prostředí tyto kategorie umožňují styk s předvídanými charaktery druhých osob, aniž tomu musí být věnována zvláštní úvaha nebo pozornost. Tím se utváří jistá předvídatelnost v setkání s cizí osobou. Jsou to určitá předjímání, která se transformují do normativních očekávání a do oprávněně předkládaných požadavků (Goffman, 2003). P. W. Corrigan a kol. (2005) tato předjímání nazývá stereotypy. Dodává, že lidé sice jsou vybaveni sadami různých stereotypů, to však ještě nemusí znamenat, že s nimi souhlasí. Stereotyp se stává předsudkem ve chvíli, kdy jej člověk přijme jako zvnitřnělou součást svého poznání o světě.

Podle E. Goffmana (2003) jsou tato předjímání učiněna v důsledku prvního dojmu a charakter, který je dané osobě připisován, by měl být vnímán spíše jako virtuální sociální identita. Kategorie a atributy, jež by se mohly ukázat jako osobě vlastní, jsou nazývány její skutečnou sociální identitou. Stigma je proto charakteristický znak, který danou osobu odlišuje od jiných, v kategorii těch, kterými by mohla být. Jde o atribut poněkud nežádoucího rázu – v krajním případě označuje osobu jako špatnou, nebezpečnou či slabou. Stigma tedy může znamenat i selhání, nedostatek nebo handicap. Je to zvláštní nesoulad mezi virtuální a skutečnou identitou jedince, kdy není řeč o všech nežádoucích attributech, ale jen o těch, jež se neslučují se stereotypem ohledně toho, kým by měl daný jedinec být. Termínem stigma by tedy měl být označován silně diskreditující atribut. Stigma však nevytváří určitý atribut jako takový. Jedná se spíše o vztahy a o to, jak daný atribut vnímá okolí. Atribut, který stigmatizuje jednoho nositele, může dobře stvrzovat obvyklost jiného, a proto sám o sobě není nositelem pozitivní nebo negativní pověsti. Stigma je tedy zvláštním druhem vztahu mezi atributem a stereotypem. E. Goffman stigma rozděluje do tří typů:

- Nejprve se jedná o postižení tělesné nebo různá tělesná znetvoření.
- Dalším typem jsou vady charakteru vnímané jako slabá vůle, dominantní či nepřirozené vášně, falešná a nesmlouvavá přesvědčení nebo nepoctivost. Mezi takovéto typy patří například duševní poruchy, uvěznění, alkoholismus, homosexualita, nezaměstnanost nebo například sebevražedné pokusy.
- Posledním typem stigmatu jsou kmenová stigmata rasy, národa a náboženství, která se mohou šířit po kmenových liniích a zasahovat všechny členy rodiny.

Ve všech těchto typech stigmat však najdeme stejné sociologické rysy. Jedinec, který by mohl být v běžném společenském styku přijat zcela snadno, je nositelem charakteristického rysu, na jehož základě je odmítán. Je nositelem nežádoucí odlišnosti od toho, co bylo očekáváno, a o tento předpoklad jsou opírány různé formy diskriminace, jejímž prostřednictvím jsou snižovány životní šance. Je vytvářena teorie stigmatu, ideologie vysvětlující méněcennost osoby se stigmatem a objasňující nebezpečí, jež představuje (Goffman, 2003). Podle P. W. Corrigan a kol. (2005) je častým sklonem přisuzovat dané osobě celou řadu nedokonalostí na základě jedné původní. Osoba pak bývá označována konkrétními souhrnnými stigmatizujícími výrazy, jako je mrzák nebo blázen. Obráná reakce takové osoby navíc může být vnímána jako přímý výraz její vady a tím ospravedlňovat způsob, jak se k ní někteří jedinci chovají.

1.1 Koncepce a význam stigmatu v rámci sociální identity

J. Janoušek (2004) uvádí, že sociální identita znamená zařazení do určité kategorie nebo do zvláštní skupiny. V teorii sociální identity se předpokládá, že velká část sebepojetí, toho čím člověk je a jakou má hodnotu, se odvozuje od jeho příslušnosti k určité skupině. Lidé přitom preferují pozitivní vnímání před negativním. Z toho vyplývá, že budou příznivěji vnímat svou skupinu před ostatními. Děje se tak pomocí srovnávání skupin nebo kategorií, kdy kategorizace může vést k upřednostňování jedné skupiny před druhou.

Podle E. Goffmana (2003) má stigmatizovaný tytéž představy o své identitě jako ostatní. Jeho nejnějším přesvědčením o tom, kým je, může být pocit, že je lidskou bytostí jako kdokoli jiný a tedy někdo, kdo má nárok na rovnou šanci. Přesto však může vnímat, že nehledě na to, co druzí hlásají, nemusí být pravda, že by jej opravdu akceptovali a byli připraveni s ním jednat na stejné úrovni. Zároveň si uvědomuje, v čem podle společenských měřítek spočívá jeho vada. V důsledku toho – byť i krátkodobě - souhlasí s tím, že vskutku nesplňuje požadavky na to, čím by měl být. Rozhodujícím pocitem se stává hanba vyplývající z toho, že daná osoba vnímá jeden ze svých vlastních atributů jako něco poskvřujícího. Přítomnost jiných osob ve společnosti v něm tento pocit pravděpodobně posílí, což může vést k sebeponižování až k sebenenávisti. P. W. Corrigan a kol. (2005) tento stav nazývá sebestigmatizace (self-stigma), kdy jedinec souhlasí s negativním vnímáním určitého atributu jeho osobnosti. Ústředním rysem životní situace stigmatizovaného se tedy stává problém přijetí ať už okolní společností nebo sebou samým (Goffman, 2003).

1.1.1 Kontakt stigmatizovaného a okolí

Goffman (2003) uvádí, že kontakt mezi člověkem bez stigmatu a člověkem se stigmatem může být složitý, proto se mu obě strany mohou snažit vyhýbat. Nositelé stigmatu se mohou častěji dostávat do potenciálních nepříznivých situací v kontaktu s okolím, proto to pro ně má rozsáhlejší důsledky. Bez zdravé zpětné vazby plynoucí z každodenního společenského styku může v člověku, který sám sebe uvrhne do izolace, začít klíčit podezíravost, deprese, nepřátelství, úzkost a zmatek P. W. Corrigan a kol. (2005) doplňuje, že při komunikaci jsou obě strany konfrontovány s příčinami a důsledky stigmatu. Stigmatizovaný jedinec může pociťovat nejistotu - jakou totožnost mu ostatní dají, jak jej budou přijímat? Tato nejistota nepramení jen z toho, že stigmatizovaný neví, do jaké z mnoha kategorií bude umístěn, ale bude-li umístěn příznivě, dobře ví, že v hloubi duše jej druzí mohou definovat na základě jeho stigmatu. Proto se v něm může zrodit pocit, že neví, co si o něm druzí doopravdy myslí. Drobná selhání a nahodilé nevhodné projevy budou vykládány jako přímý důkaz jeho odlišnosti

Stigma a jeho synonyma skrývají dvojí hledisko. Jde o to, zda stigmatizovaný předpokládá, že je jeho jinakost již známa nebo je jasná hned na první pohled. V tomto případě se jedná o člověka stigmatem diskreditovaného. Další možností je, že jinakost není na první pohled zaregistrována. Zde se jedná o diskreditovatelného. Tento rozdíl je důležitý a stigmatizovaný nejspíš bude mít zkušenost s oběma situacemi. Pokud k zaregistrování vady stigmatizovaného stačí pouhé zaměření pozornosti, často se octne v situacích, kdy se může cítit „pod lupou“, kdy je odhalena velká část jeho soukromí. To může mít za následek dvě protichůdné reakce. Buď se ještě více uzavře do sebe, nebo zahájí preventivní obranná opatření. Z toho vyplývá, že vzájemná interakce se může stát problematickou. Stigmatizovaný působí příliš ostýchavě nebo agresivně. Vznikají tendence se ke stigmatizovanému chovat jako by byl někým lepším nebo horším, jako kdyby ve skutečnosti odpovídal některému z typů osob, jež se v dané situaci nabízejí. Následkem toho dojde k odpoutání pozornosti od povinných objektů, dostavuje se rozpačitost a ostych, a ty se pak mohou proměnit v upjatost, což je patologická forma komunikace (Goffman, 2003). Corrigan a kol. (2005) k tomu uvádí, že ze strachu z odmítnutí může stigmatizovaný nadměru omezit kontakt s ostatními nebo dokonce úplně přerušit sociální interakce, což prohlubuje kruh stigmatu.

E. Goffman (2003) uvádí, že soubor osob, od nichž může stigmatizovaný očekávat oporu, jsou sami stigmatizovaní nebo „zasvěcení“. To jsou osoby spadající do většinové společnosti, které jsou však díky své zvláštní situaci dobře znalé života stigmatizovaného,

soucí s ním a jsou do jisté míry klanem stigmatizovaných akceptovány. Před těmito lidmi se člověk nemusí stydět a snažit se o sebekontrolu, protože ví, že ho akceptují jako běžného člověka. Takzvaní zasvěcení by se dali rozdělit na dva typy:

- První skupina vzniká následkem práce v zařízení, která slouží potřebám osob s určitým stigmatem nebo k výkonu činností, jež společnost na takové osoby vyvíjí.
- Druhým typem je jedinec, který je se stigmatizovaným spojen skrze sociální strukturu (loajální partner pacienta s duševní chorobou, dcera propuštěného trestance, přítel slepce nebo rodina kata). Takovýto jedinec na sebe bere část stigmatu, ať dobrovolně či nedobrovolně.

1.1.2 Stigma a socializační proces (podle E. Goffmana, 2003)

Během socializačního procesu si v jedné fázi stigmatizovaný osvojuje a vstřebává názorový pohled lidí kolem. Získává tím představy o identitě, jaké existují v širší společnosti, i obecnou představu o tom, jaké by to bylo být nositelem určitého stigmatu. V další fázi se dozvídá, že má určité stigma, a tentokrát se všemi podrobnostmi poznává i důsledky, jaké z toho pro něj plynou. Načasování a mezihra těchto dvou fází tvoří významné vzorce, které jsou základem pro pozdější vývoj. Tyto čtyři vzorce jsou:

- První vzorec zahrnuje osoby s vrozeným stigmatem, u nichž socializace do nevýhodné situace probíhá v těžké době, kdy si osvojují a vstřebávají měřítko, před kterými nemohou sami obstát. (např. sirotek, který zjišťuje, že ostatní mají rodiče)
- V druhém případě jde o osoby s vrozeným stigmatem, které jsou chráněny před okolním světem rodinou nebo jiným blízkým prostředím. U nich může přijít nelehká konfrontace s většinovou společností později, ale o to více je může zasáhnout. Kdy v životě takto chráněného jedince nastává bod, za nímž jej již domácí okruh nedokáže ochránit, záleží na společenské třídě, typu stigmatu a místě bydliště.
- Ve třetím vzorci se jedná o osobu, kterou stigma postihne v pokročilém věku nebo se pozdě dozví, že byla z nějakého důvodu vždy diskreditovatelná. V prvním případě nebude muset měnit pohled na svou minulost, v druhém však ano. Takový jedinec už ví, co je normální a co stigmatizované. V době, kdy je na sebe nucen

nově pohlédnout, se již sám vidí jako méněcenný. Lze předpokládat, že bude mít velké potíže se znovunalezením své identity a dá se předpokládat, že se u něj vyvine pocit sebeodmítání.

- Poslední vzorec se týká lidí, kteří jsou socializováni v nějaké komunitě, jenž neodpovídá hranicím běžné společnosti. Člověk z této skupiny se po nějaké době socializuje do jiné skupiny. Vzniká stigmatizace dvojí. Nejprve na počátku při přesunu do jiného společenství, ze strany nového společenství, a potom také ze strany lidí z původního společenství při setkání po delší době.

Bez ohledu na to, jaký obecný vzorec ilustruje situaci stigmatizovaného, je důležitou fází okamžik, kdy se dozví, že je nositelem stigmatu. Právě v tomto okamžiku bude vržen do nového vztahu k lidem, kteří stigmatem trpí také. Vzhledem k těmto lidem může zpočátku pociťovat jistou rozpolcenost, protože nejenže jsou tito lidé zjevně stigmatizováni a tedy nepodobní osobě, za kterou se postižený on sám má, ale mohou mít i jiné charakteristiky, s nimiž bude těžké se ztotožnit. V případech, kdy je stigmatizace spojená s nástupem do instituce jako vězení, sanatorium nebo sirotčinec, bude pro dotyčného zdrojem velké části informací o stigmatu jeho dlouhodobý blízký kontakt s těmi, kteří se právě proměňují v jeho spolutrpitele. Osoby podobně postižené, ale zkušenější než on sám, mu mohou nastínit, jak lépe zvládat své tělo a svou psychiku a tím se vyrovnat se svou vadou. Je pochopitelné, že podpora jeho „nové“ skupiny, identifikace s lidmi v ní a zapojení mezi ně bude hlavně zpočátku dosti kolísat. Klíčovým vztahem stigmatizovaného je však jeho vztah k neformálnímu společenství a formálním společenstvím jeho kategorie. Tento vztah bude vypadat jinak u osoby, které její odlišnost přináší jen velmi málo pocitu „my“, a jinak u někoho, kdo se stane součástí dobře organizovaného společenství s dlouhodobou tradicí.

1.2 Kontrola informací a osobní identita

V předešlé kapitole byl kladen důraz především na člověka diskreditovaného. To je člověk, o němž je předem známa jistá diskrepance nebo je viditelná v okamžiku setkání. Pokud však odlišnost není na první pohled patrná a ani není předem známa, jedná se o člověka diskreditovatelného (Goffman, 2003). Podle P. W. Corrigan a kol. (2005) už nejde o zvládání každodenního napětí při kontaktu s ostatními, ale o regulování informací týkajících se vady. U diskreditovatelného se toto stává jeho druhou hlavní životní situací, kdy se musí stále potýkat s rozhodnutími, komu dát skrytou vadu najevo a komu ne. Neustále zvažuje, zda

má lhát či nelhat, přiznat či nepřiznat, a to v každé jednotlivé situaci - komu, jak a kde.

E. Goffman (2003) zde doplňuje, že takovým člověkem může být duševně nemocný jedinec. Pokud je v nemocnici nebo mezi dospělými členy své rodiny, jedná se s ním s taktem buď jako s osobou duševně zdravou nebo jako s duševně chorým, jakkoli on sám to bere právem nebo neprávem. Avšak může před ním vyvstat zcela jiný problém. Nemusí sice čelit předsudkům vůči jeho osobě, čelí však tomu, že je kladně přijímán lidmi naplněnými předsudky vůči osobám, ke kterým, jak může vyjít najevo, patří.

V důsledku této situace skrývá informace o své skutečné sociální a osobní identitě. Zachází se s ním způsobem, který se zakládá na mylných předpokladech o jeho osobě a on je přijímá. Tak vzniká kontrola tajených diskreditujících informací, jinak řečeno předstírání (Goffman, 2003).

1.2.1 Sociální informace (podle E. Goffmana, 2003)

Nejprve je třeba popsat termín sociální informace. Jsou to určitá sdělení o jedinci, které se více či méně týkají jeho trvalých rysů. O těchto informacích vypovídají určité znaky, které jsou reflexivní a ztělesněné. Některé znaky vyjadřující sociální informace mohou být trvalé a stálé a také běžně vyhledávány a získávány. Tyto znaky se nazývají symboly.

Sociální informace vyjádřená určitým symbolem může zakládat zvláštní nárok na prestiž, poctu nebo třídní pozici (mezi takové patří například odznak na klopě, který nositele zahrnuje do určitého společenství). Takovému znaku se obvykle říká „statkový symbol“, i když přesnější by byl možná výraz „symbol prestiže“. Oproti tomu stojí „symboly stigmatu“, což jsou znaky, které upozorňují na nesrovnalost znehodnocující nositelovu identitu, což může vést až ke snížení celkové hodnoty daného jedince. Dalším druhem je znak se sklonem narušovat v pozitivním směru na přání jedince jinak koherentní obraz. Ani tak nezakládá nový nárok, spíše vážně zpochybňuje platnost nároku virtuálního (v tomto případě lze uvést příklad negramotného, který se v určité situaci snaží předstírat svou gramotnost).

Všechny tyto znaky je třeba odlišit od znaků přechodných, které se neustálily jako nositelé informace. Pokud mají přínos prestiže, lze je nazývat „body k dobru“, pokud diskreditují, jsou to určité poklesky.

Dále je potřeba odlišit znaky neúmyslné od úmyslných. V první řadě jsou to ty, které převádí sociální informaci z jiného důvodu. Nejsou prvotně nositeli a mají malou informační funkci. Další znaky jsou vytvářeny za účelem převodu sociální informace.

Znaky nesoucí sociální informaci se liší také tím, jsou-li vrozené či nikoliv. Pokud

jsou vrozené, pak záleží na tom, zda se stanou stálou součástí dané osoby. Znak nestálé povahy použité za účelem nesení sociální informace mohou a nemusí být použity proti vůli nositele. Pokud jsou tak použity, jedná se většinou o symboly stigmatu.

Dalšími vlastnostmi znaků je, že se liší mírou věrohodnosti a také pro určitou skupinu mohou znamenat úplný opak než pro jinou.

1.2.2 Osobní identita

J. Janoušek (2004) popisuje, že osobní identita je vyjadřována osobními charakteristikami jedince. E. Goffman (2003) přijímá osobní identitu jako fakt, že v malých trvalých společenských okruzích se každý jejich člen po nějaké době jeví jako jedinečná osoba. Je to jedinečnost, která se pojí s myšlenkou pozitivního znaménka nebo „věšáku na identitu“. Tento předpoklad vytváří obraz přiřaditelný jen jedné osobě, která prokázala způsobilost v minulosti, prokazuje jí v přítomnosti a bude i v budoucnosti. Další myšlenkou je, že zatímco většina konkrétních faktů o určité osobě bude platit i o jiných lidech, jako souhrn všech faktů však nebude platit o žádné jiné osobě. Zároveň to, co odlišuje danou osobu od ostatních je jádro její bytosti, její ústřední a obecný aspekt tak, že je rozpoznatelně odlišná od všech, kdo jsou jí nejpodobnější. Pojem osobní identity se tedy opírá o předpoklad, že určitou osobu lze odlišit od všech ostatních a kolem tohoto prostředku odlišení je jedinečný souvislý záznam sociálních skutečností. Je ovšem obtížné rozpoznat, že právě v důsledku této své jedinečné vlastnosti může hrát uspořádanou, rutinní a ustálenou roli v sociální organizaci.

E. Goffman (2003) dále uvádí, že neosobní kontakty mezi lidmi podléhají stereotypním reakcím, jak se lidé navzájem sbližují, tento přístup ustupuje a je postupně nahrazován náklonností, pochopením a realistickým hodnocením osobních vlastností. Zatímco určité stigma, může odradit cizí osobu, lze se domnívat, že u důvěrných přátel by se to dít nemělo. Je proto předpokladem, že zvládání stigmatu se týká zejména veřejného života, kontaktu mezi cizími nebo pouhými známými a proto něčeho, co leží na protilehlém pólu intimity. Podle této teze se dá tedy vyvozovat, že pokud se širší okolí setká častěji s určitou formou stigmatu, bude k ní více tolerantní, protože s ním bude více seznámena a už nebude ohromující. To bohužel nevylučuje případy stigmatu, kdy je tomu obráceně. Čím více se s ním veřejnost setkává, tím více je od něj odrazena. Proto obeznámenost nemusí nutně vést k poklesu opovržení.

Podle P. W. Corrigan a kol. (2005) většinová společnost ovlivňuje postoje lidí, obzvláště u určitých druhů stigmatu, se kterými není absolutně seznámena. Proto se může

stát, že stigmatizovaní (hlavně stigmatizovatelní) budou nejvíce skrývat svůj handicap právě před nejbližšími, kteří jsou ovlivněni většinovou společností. Lidé se stigmatem, zejména s tím skrytým, se mohou obávat, že pro své nejbližší budou jistým zklamáním nebo že by situaci nemuseli přijmout nebo pochopit

1.2.3 Kontrola informací

P. W. Corrigan uvádí, že kontrola informací o identitě má zvláštní vliv na mezilidské vztahy. Ty mohou vyžadovat společné trávení času, a čím déle spolu dva lidé jsou, zákonitě se více poznávají a poskytnou si více informací, mezi které mohou patřit i ty diskreditující. Každý vztah od svých účastníků vyžaduje výměnu určitého množství informací na důkaz důvěry a vzájemné oddanosti. Blízké vztahy, které měla osoba před tím, než začala něco skrývat, se tím stanou obětí kompromisů, protože v nich automaticky dojde ke snížení sdílených informací E. Goffman (2003) doplňuje, že nově navázané nebo „poststigmatické“ vztahy diskreditovatelného s velkou pravděpodobností zavedou za hranici, na které je pro něj čestné zamlčovat fakta. Někdy mohou velmi prchavé vztahy představovat nebezpečí, protože nezávazné povídání dvou cizích osob se může dotknout utajované vady.

Dále E. Goffman (2003) uvažuje, že sociální identita každého jedince rozděluje „jeho“ svět lidí a míst a totéž činí jeho osobní identita. Tyto referenční rámce musí být aplikovány při zkoumání každodenního životního koloběhu stigmatizovaného. Tento koloběh váže jedince s jeho sociálními situacemi. Pokud jde o diskreditovaného, jedná se o opakující se omezení, na které naráží při společenském přijetí. V případě diskreditovatelného jsou to nepředvídatelné problémy, které vyvstanou při kontrole informací o sobě. V důsledku toho jsou používány některé obvyklé techniky:

- První technikou je skrývání nebo zahlazování symbolů stigmatu. Skrývání symbolů stigmatu někdy doprovází příbuzný proces, totiž používání disidentifikátorů. To znamená viditelně upozornit na předmět nebo chování, které od stigmatu odpoutají pozornost.
- Dalším způsobem je prezentovat znaky stigmatické vady jako znaky jiného atributu, který je méně významným stigmatem.
- Jinou možností je rozdělit svět na jednu velkou skupinu, které nebude nic prozrazeno a jednu malou, která bude vědět naopak vše a na jejíž pomoc dané osoby spoléhají. Těmto lidem pak pomocí důvěrného rozhovoru vše odhalí, a pokud budou odmítnuti,

budou se cítit, že jsou to oni, kdo se ve vztahu zachoval čestně. Tuto strategii většinou doporučují lékaři. Často se stává, že s maskováním vady pomáhají stigmatizovanému i osoby blízké.

- Další metodou jsou různé typy záměrně odhalované distance. Odmítáním či vyhýbáním se náznakům důvěry při seznamování nebo udržováním odstupů ve vztazích zaručí, že nebude třeba něco vyradit.
- Jednou z technik je, že se dotyčný může záměrně odhalit, čímž radikálně změní svou situaci. Už nebude osobou nucenou záměrně kontrolovat informace o sobě, ale osobou nucenou kontrolovat svízelné sociální situace. Může totiž dojít k názoru, že by se měl povznést nad předstírání a že bude-li schopen přijmout sebe sama a mít k sobě úctu, nebude pociťovat potřebu skrývat svou vadu.
- Poslední metodou odhalení se je také záměrné nošení symbolu stigmatu.

1.2.4 Předstírání (podle E. Goffmana, 2003)

Předstírání je důležitou složkou kontroly informací a osobní identity. Jsou dvě krajní roviny vědění o stigmatu. První, že o něm vědí všichni a druhá, že o něm neví nikdo. Tyto krajní situace nebývají sami o sobě příliš časté. U příčiny stigmatu, která je viditelná, může přijít situace, kdy není zcela zjevná. Naopak v situaci, kdy důvod stigmatu není viditelný na první pohled, jsou tendence stigma tajit. Nakonec ale zvítězí přirozená potřeba svěřit se, buď osobě velmi blízké, nebo naopak úplně cizí. Ať je stigma skryté nebo zjevné, postižení lidé se snaží vyhledávat situace, kdy jejich stigma minimálně ovlivňuje interakci s druhými, proto uplatňují předstírání. Předstírající tak žije dvojitým životem. Musí mít neustále na mysli, komu prozradil své tajemství a komu ne. Nachází-li se diskreditující skutečnost o dané osobě v minulosti, nebudou ji tolik trápit původní zdroje informací jako spíše lidé, kteří o ní vědí. Je-li tato skutečnost aktuální v současnosti, musí se mít na pozoru před předávanou informací. Čím více lidí bude znát temné stránky, tím náročnější bude situace pro stigmatizovaného.

Osvojování si předstírání je další fází vyrovnání se se stigmatem. Stigmatizovaný se učí skutečnosti, že si své tajemství může ochránit, pokud není úplně zjevné. Ačkoli může mít zpočátku pocit, že vše, co je známo jemu, je známo i ostatním. Po čase však dojde k realistickému zjištění, že tomu tak není. Předstírání způsobuje také problémy. Mezi ně patří fakt, že předstírající je někdy postaven před nepředvídatelnou nutnost prozradit o sobě diskreditující informace. Také ho může postihnout odhalení při interakci tváří v tvář nebo za přihlížení okolí, kdy jej prozradí právě ta slabost, kterou se snaží skrývat. Dále může být

donucen prozradit svou situaci před těmi, kdo se dozvěděli o jeho tajemství a chtějí ho následně konfrontovat s jeho předstíráním.

Předstírání tradičně vede k zamyšlení nad „viditelností“ určitého stigmatu, tedy nakolik dokáže určité stigma sdělovat o svém nositeli, že je stigmatizovaný. To, co mohou o jeho sociální identitě v každém okamžiku jeho života říci všichni, je pro něj samotného klíčovým faktorem. To, co je o něm na první pohled zřejmé, je pro něj základ k tomu, jak se musí k tomu postavit při rozhodování, jak se chovat s ohledem na své stigma. Každá změna ve způsobu, kterým se musí prezentovat vždy a všude, pro něj bude osudová právě z těchto důvodů. Viditelnost není jen možnost vidět zrakem, že daná osoba neodpovídá našim ustáleným normám, ale zahrnuje i vnímání jinými smysly. Od viditelnosti je potřeba oddělit faktory, které s viditelností souvisí, ale nezahrnují se do ní. Zaprvé je to skutečnost, zda se o daném stigmatu ví, i v případě, že není pozorovatelné. Také záleží na vtíravosti stigmatu. To znamená, do jaké míry je stigma viditelné a jak odpoutává pozornost od interakce se stigmatizovaným jedincem. Poslední faktor, který je potřeba oddělit je takzvané „vnímané ohnisko“. Je to vytváření představy, ať již na objektivním základě či nikoli, ohledně sféry životní činnosti, ze které dané stigma svého nositele vylučuje.

1.3 Skupinová příslušnost a identita ega

Identita ega nebo také „pocitovaná“ identita je subjektivní pocit vlastní situace, komunity a charakteru, který člověk získá v důsledku svých různých sociálních zkušeností. (Erikson in Goffman, 2003) E. Goffman (2003) považuje sociální a osobní identitu za součást zájmů a definic, které si lidé vytvářejí o sobě a tato identita je předmětem diskuze. V případě sociální a osobní identity mohou zájmy a definice vzniknout ještě před tím, než se daná osoba vůbec narodila a mít trvání i po její smrti. Naproti tomu identita ega je především subjektivní, reflexní záležitost, kterou osoba, o jejíž identitu se jedná, nevyhnutelně pocítuje. Člověk si samozřejmě buduje představu o sobě ze stejných materiálů, ze kterých se vytváří osobní a sociální identifikace. Má však výsadní pozici ve vztahu k tomu, co tvoří. Myšlenka identity ega umožňuje zabývat se tím, co jedinec pocítuje ohledně svého stigmatu a jeho zvládnání.

1.3.1 Příslušnost k vlastní skupině

E. Goffman (2003) uvádí, že k sociální identitě patří i její identifikace, kdy se používá souhrn charakteristických znaků. Jsou jimi neměnné biologické atributy jako rukopis nebo fotograficky zachycená podoba a natrvalo zaznamenané položky jako rodný list nebo jméno. Povaha informací o sociální identitě často umožňuje jejich přesnou dokumentaci, a tak ji lze využít k ochraně proti potencionálnímu zkreslování sociální identity.

Podle P. W. Corrigan a kol. (2005) osobní hledisko stigmatizovaného formují skupiny v širokém slova smyslu podobně situovaných osob. To, čím osoba je nebo by mohla být, je odvozeno od místa, jací lidé jeho kategorie zaujímají v sociální struktuře. E. Goffman (2003) doplňuje, že jednou z těchto skupin jsou osoby stejně postižené. Mluví skupiny většinou tvrdí, že „pravá“ skupina, ke které stigmatizovaný patří, je právě tato, ostatní, které jsou také jeho součástí, bývají označovány za nepravé. Odvrátí-li se jedinec od své skupiny, je zbabělý a pošetilý, otočí-li se k ní čelem, je loajální a autentický. Povaha jedince, jakou si on sám připisuje a jaká je mu připisována, se odvíjí od jeho skupinových členství.

1.3.2 Příslušnost k cizí skupině (podle E. Goffmana, 2003)

Skupina může mít rozhodující význam pro kodex chování. Po stigmatizovaném se žádá, aby viděl sám sebe z pohledu druhého uskupení, tedy většinové společnosti. Očekává se, že to bude on, kdo se přizpůsobí. Jedním z doporučení je vnímat sebe jako plnohodnotnou lidskou bytost, jakou je každá jiná, i přestože je vyloučena z určitých oblastí sociálního života. Stigmatizovaný by se podle očekávání společnosti neměl stydět za své trápení, ani by se neměl pokoušet je skrývat a zároveň by měl splňovat obvyklá měřítka v nejvyšší možné míře. Dále by neměl zahořknout nebo propadat sebelítosti, ale pokusit se vypěstovat veselý, otevřený přístup k životu.

Z těchto očekávání vyplývá i vzorec jednání s ostatními lidmi. Stigmatizovaný by měl předpokládat, že nevhodné chování ze strany společnosti, není vždy myšleno úmyslně zle, ale je činěno spíše z důvodu nepochopení. Proto by to měl být on, kdo nevhodnost taktně přejde nebo se pokusí podat nenásilné, citlivé vysvětlení jeho stavu nebo situaci zlehčit na uvolnění atmosféry interakce. Jedním ze způsobů může být otevřená mluva o vadě, ve které je patrná nezaujatost. Stigmatizovaným se také doporučuje dávat najevo, že snahy ostatních osob o ulehčení jejich situace jsou úspěšné a že jim pomáhají. Postup inspirovaný většinovou společností tedy vyžaduje po stigmatizovaném, aby ostatní osoby chránil před svým stigmatem. To všechno znamená, že přijetí většinovou společností je podmíněné právě tímto

přizpůsobením. Po stigmatizovaném se požaduje, aby svým chováním naznačoval, že břemeno jeho stigmatu není tak těžké a to, že jej nese, ho od ostatních nějak neodlučuje. Ironií těchto doporučení není to, že stigmatizovanému společnost nedovoluje být tím, kým je, ale že tato reakce pro něj může být tím nejlepším možným řešením. Co však je správným přizpůsobením pro jedince, může být ještě lepším pro společnost.

Jak vlastní, tak cizí skupina stigmatizovanému nabízí identitu ega. Je mu řečeno, že pokud si osvojí stálý postup, podaří se mu vyrovnat se sám se sebou a stát se celým člověkem plným důstojnosti a sebeúcty. Skutečnost je, že přijal určité já, které však pro něj může být jakýmsi cizincem, hlasem skupiny, jež mluví za něj, skrze něj. Situace stigmatizovaného je zvláštní v tom, že mu společnost na jednu stranu tvrdí, že je příslušníkem širší skupiny, ale že je do jisté míry jiný. Ačkoli je tedy ujišťován, že je plnohodnotnou bytostí, zároveň je mu předkládáno, že by neměl zradit „svou“ skupinu. Sama tato odlišnost je odvozena od společnosti, protože dříve, než rozdíl může něco znamenat, musí jej společnost kolektivně konceptualizovat.

1.3.3 Ambivalence

Protože si stigmatizovaný jedinec v naší společnosti osvojuje měřítko identity a v některých případech není schopen se jim přizpůsobit, nevyhne se pocitům jisté ambivalence (rozporuplnosti) ohledně svého já. Stigmatizovaný projevuje tendenci rozvrstvovat ostatní stigmatizované, podle stupně do jaké míry je jejich stigma zjevné a vtíravé. K těm, kdo jsou stigmatizováni více než on, může pak zaujmout podobné stanovisko, jaké k němu zaujímá většinová společnost. Ve splynutí nebo naopak v separování se od zjevněji stigmatizovaných, se nejostřeji projevuje kolísání v identifikaci. Předpokládá se, že čím užší je spojení stigmatizovaného s většinovou společností, tím více se sám bude vnímat astigmaticky, ačkoli v některých kontextech to bude právě naopak. Ambivalence nejvíce doléhá během procesu „přibližování“, kdy se osoba dostane do blízkosti s druhou své kategorie a současně je s člověkem nepostíženým stigmatem (Goffman, 2003).

P. W. Corrigan a kol. (2005) uvádí, že ambivalence existuje také v zaujetí postoje většinové společnosti. Dva extrémní postoje jsou zamítnutí člověka se stigmatem nebo někdy až přehnaná snaha o pomoc a pochopení. Většina společnosti se nachází mezi těmito krajními body.

Podle E. Goffmana (2005) je stigmatizovaný definován jako nikterak odlišný od jakékoli jiné lidské bytosti, současně však je sám sebou i lidmi, jež ho obklopují, posuzován jako osoba, která je z takové společnosti vydělována. Vzhledem k tomuto základnímu vnitřnímu rozporu, se bude stigmatizovaný snažit nalézt východisko třeba jen v podobě doktríny, podle které se bude moci orientovat. To znamená, že nejenže se člověk bude pokoušet nějaký takový klíč vypracovat, ale mohou mu přijít na pomoc profesionálové. Doporučené zásady se týkají určitých běžných záležitostí. Jsou mu ukazovány různé metody odhalování a skrývání. Mezi takové patří například recepty na řešení choulostivých situací, vhodný způsob a míra přátelení se s jinými osobami, typy předsudků vůči lidem jeho kategorie a smířování se svou odlišností. Ať jsou postupy jakkoli odlišné, shodují se ve třech rovinách. Jsou to varování před úplným předstíráním, přehráváním, aby se společnosti zavděčil, a dále mu je doporučeno, aby nepřijal za své negativní postoje, které k němu může mít okolí. Na druhou stranu jsou však varování před „normifikací“ a „nepřehráváním“, což znamená, aby se v oblasti jejich stigmatu přehnaně až úzkostně nesnažili dokazovat pravý opak. Kombinace doporučení by měli vést k tomu, aby se člověk cítil opravdový a hodnotný, tedy k tak zvané autenticitě.

2. Sebepojetí

P. Hartl a kol. (2000) definuje sebepojetí jako představu o sobě. To, jak jedinec vnímá sám sebe, kdy je zvýrazněna poznávací a hodnotící složka. Podle J. Vymětala (1996) pojetí sama sebe znamená relativně stálý a ucelený, současně však měnící se vztah lidského jedince k sobě samému i k subjektivně důležitým skutečnostem jeho života. O. Čačka (2002) uvádí, že sebepojetí představuje kvality současného, subjektivního pojmání sebe sama, které přirozeně zahrnuje jak ustálené osobní sebeuposuzování, tak představu o naplnění vlastního seberozvoje.

Současných koncepcí sebepojímání je několik, nejsou jednotné a ani tak široce rozpracovány jako jiné oblasti lidské psychiky. Zpravidla jsou jednostranně nadhodnocujícími dílčími aspekty vlastního psychologického směru a slouží spíše jako hypotetická východiska dílčích výzkumů. Pro vymezení lze sebepojetí chápat podle dvou protichůdných směrů. Buď z hlediska kognitivní a sociální psychologie jako produkt sebeuvědomování a osvojování zkušeností nebo ve smyslu humanistické psychologie jako komplexnější prožitek hodnocení a definování vlastního Já (Čačka, 2002). M. Blatný a kol. (2003) doplňuje, že poznatky vývojové, sociální a kognitivní psychologie jsou věnovány výzkumu obecných principů a faktorům utváření sebepojetí, a jsou orientovány především empiricky. Druhý výzkumný proud vycházející z humanistické, existenciální, narativní a ego psychologie se zabývá nejen problémem definování vlastního Já, ale zároveň vytvářením vlastní identity a je spíše teoretický.

M. Blatný a kol. (2003) uvádí, že v rámci sociální a kognitivní psychologie je důležité zmínit koncepci Wiliama Jamese (americký psycholog, 1842 – 1910), který je považován za zakladatele psychologie Já. Ten jako první artikuloval rozlišení dvou aspektů Já: Já jako subjekt duševní činnosti, poznávající Já (self-as-knower) a Já jako objekt duševní činnosti, tedy poznávané a poznané Já (self-as-known), kterému se dá v současné terminologii přisoudit právě pojem sebepojetí. Sám William James si uvědomoval neoddělitelnost Já jako procesu, považoval však takovou teoretickou koncepci za významnou (James 1890, 1892 in Blatný 2003). C. D. Cooley (1902 in Blatný, 2003) rozvádí tuto koncepci ještě o takzvané „zrcadlové Já“, které je jakýmsi „sociálním zrcadlem“, kdy je představa člověka o jeho Já odrazem toho, co si o něm myslí ostatní. Názory druhých jsou pak internalizovány do stálé psychické struktury, což je nazýváno jako „představa sebe“. Podle M. Blatného a kol. (2003) rozvoji vědomí sebe předchází obecná (spontánní) kognitivní aktivita, která je člověku vrozena a která je nástrojem osvojování a prostředkem adaptace na jeho fyzické a sociální prostředí. Já

jako objekt této poznávací aktivity se postupně vyděluje z nediferencovaného vjemového pole. Sociálně-kognitivní psychologie předpokládá, že člověk je schopen sám na sebe pohlížet jako na objekt stejně jako na jiné objekty ve svém okolí. Proto pojetí sebe sama může být vnímáno jako mentální prezentace sebe, která se příliš neliší od mentálních prezentací, které má člověk ohledně jiných pojmů, událostí a objektů a jejich atributů a implikací.

O. Čačka (2002) uvádí, že v duchu humanistické psychologie je kladen obzvlášť velký důraz na samostatné subjektivní vytvoření a přijetí vlastního současného relativně stabilního „obrazu sebe“ (subjektivní identita), které není pouhým nahlížením na sebe samého jako na výsledek sociálního učení (sociální identita). Stupeň zralosti sebepojetí neodpovídá míře poslušnosti a podléhání názorům jiných, ale naopak podílu jednotně vlastních, nezávislých vnitřních kritérií kultivované osobnosti. S uvedenými hledisky chápání koresponduje Berzonského (1989, 1990 in Čačka, 2002) trojí styl identity:

- *Difuzní styl identity* – nejnižší forma spočívající v odkládání perspektivně orientovaného sebepojetí, odmítání problémů, zaměření na aktuální odměnu a situaci „tady a teď“.
- *Normativní styl identity* – je přebírání hodnot od osobně významných autorit, které jsou stále vzdálenější nejbližšímu okolí, což vede k vlastnímu sebedefinování.
- *Informační styl identity* – vychází z orientace na aktivní vyhledávání a samostatné posuzování informací, které by mohly být využity k definování sebe sama. Tyto vlastní zdroje mohou být stejně původní, osobité a vyspělé jako zdroje z okolí.

Podle O. Čačky (2002) sebepojetí není jen souhrnem poznatků či představ o sobě, ale jsou v něm bohatě zastoupeny aspekty jak racionálně-kognitivního sebepoznávání, tak i imaginativně-emočního prožívání sama sebe. Pojetí vlastního Já pak obsahuje takové prvky, jako je sebeúcta, sebehodnocení, sebevědomí, sebedůvěra, stabilita a jiné. Proto Epstein (1973 in Čačka, 2002) považuje za hlavní funkci sebepojetí jistou optimalizaci rovnováhy mezi radostmi a bolestmi.

2.1 Vývoj sebepojetí

M. Nakonečný (1997) uvádí, že osobností se člověk nerodí, ale stává se jí v době, kdy se u něj v raném dětství začne utvářet specificky lidská forma organizace a fungování psychiky. To se děje v období vzniku sociálního Já, ze kterého se postupně vytváří sebepojetí. Z vědomí Já se utváří pojetí vlastního Já (ego), které už není jen zážitkovou strukturou, ale organizačním a dynamickým činitelem. Sebeпоjetí vytváří rámec významných zkušeností, organizuje je v jednotný funkční celek a vkládá tomuto celku určitou dynamiku. Vznik Já a jeho vývoj k sebepojetí jsou základními aspekty fungování osobnosti a jejího dalšího utváření, protože osobnost funguje jako otevřený systém, který je ve stálé interakci se svým životním prostředím.

Podle O. Čačky (2002) je v každé vyšší fázi při vývoji sebepojetí patrna nejen vyšší diferencovanost jednotlivých aspektů, ale také nižší obsahová rozpornost, a tím i vzrůstající celistvost Jáství. V raném dětství se sebepojetí formuje vedle citlivého vztahu matky zvláště zrcadlovým obrazem Já v reakci k druhým. M. Nakonečný (1997) doplňuje, že se u dítěte nejprve vyvíjí vědomí tělového Já jako vědomí fyzické odlišnosti od okolního světa. Dítě si postupně uvědomuje fakt, že je hlavně sociální bytost. Na základě toho se u něj začne vyvíjet vědomí sociálního Já jako vědomí jedinečnosti, kontinuity a identity. Podstatou sebepojetí je schopnost jedince být sám sobě předmětem. To je možné převzetím rolí, které zahrnuje užívání řeči jako zprostředkovatele symbolů. Ve zdokonalení přejímání rolí pomáhá člověku v raném věku především hra.

O. Čačka (2002) uvádí, že sebepojetí se formuje díky zvětšování počtu sociálních rolí, které vyžaduje formování jednotného sebepojetí, spojujícího všechny dílčí role do celistvé osobnosti. Obvyklé rozpory nezralého pojetí sama sebe jsou způsobeny tím, že obraz dítěte se nejprve skládá z jakési tříště názorů. Postupným odstraňováním těchto rozporů, nabývá sebepojetí obecnější, zralé podoby, kterou se dítě posléze snaží uplatňovat. Ještě v ranějších stádiích dospívání zůstává většinou stále středem zájmu obraz, jaký daná osobnost vyvolává u okolních lidí. Charakter sebepojetí je tak orientován spíše na osvojování si konvencí sociálním učením. Postupem času by se měl vnější svět začít jevit jen jako jedna z možných variant mnohem významnější subjektivní zkušenosti. Objev vlastního vnitřního světa spolu s intenzivnějším imaginativně-emočním prožíváním jsou základními předpoklady nejen k samostatnějšímu přístupu k sobě, ale i ke světu a významným momentem na cestě k dospělosti.

3. Deprese

„Slovo deprese je latinského původu. Vzniklo od slovesa deprimō, deprimere, depressi, depressus – stlačit. Dnešní význam slovesné formy slova deprese je stisknout, stlačit, snížit, ale také sklíčit, deprimovat nebo oslabit“ (Křivohlavý, 2003). Proto slovo deprese označuje nemoc, která je charakterizována mimo jiné pocity smutku, vnitřním napětím, nerozhodností, ztrátou zájmů a poklesem sebevědomí, apatií, sebeobviňováním a útlumem duševních i tělesných procesů (Hartl, 2000).

„Dle statistik trpí depresí po celém světě kolem čtyř set miliónů lidí. Prognózy Světové zdravotnické organizace (WHO) předpokládají, že v roce 2020 bude toto onemocnění druhou nejčastější příčinou úmrtí nebo pracovní neschopnosti“ (Jarolínek, 2005). Podle J. Křivohlavého (2003) u nás prožívá v dané chvíli příznaky deprese zhruba 20% až 25% lidí.

Deprese je onemocnění celého organismu. Není to jen špatná nálada, nedostatek vůle nebo sebekázně. Ani to není jen reakce na nepříznivé situace, přestože na ně často navazuje. U většiny lidí je léčitelná. Pokud tomu však není, může vést ke ztrátě radosti ze života, výkonnosti, izolaci a celkově snížit zdravotní stav člověka a obranyschopnost organismu (Praško a kol., 2003).

Podle J. Praška kol. (2001) patří normální smutek i poklesy nálady k běžnému životu. Každý z nás může kolísání nálady zažívat každodenně. Jde o přirozenou reakci, kdy nálada odráží to, co právě prožíváme. Tento mechanismus je spjatý s určitým hodnocením sebe a okolností. Změna nálady většinou rychle odezní. Někteří lidé se s tím však vyrovnávají déle. Nejedná se ještě o depresi, ale tento stav už k ní má blíže. Do této skupiny většinou patří lidé, kteří sebe, ostatní i svět vnímají pesimisticky.

Smutek může být reakcí na nevratnou ztrátu, týkající se blízkého člověka. I když může trvat měsíce, pokud je člověk schopen chodit do práce a fungovat v rodině, není to ještě deprese. Smutek je spíše o tom druhém, kterého jsme ztratili, deprese je spíše o nás, že se s danou situací nedokážeme vyrovnat. Deprese se od smutku nebo poklesu nálady liší v tom, že je hlubší a intenzivnější, trvá déle a narušuje každodenní fungování (Praško, 2001).

R. Honzák (1999) uvádí, že depresivní poruchy se podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) označují F32, F33 a F34. Do jednotlivých skupin se dělí podle symptomů. V současnosti se však vychází spíše z rozsahu a hloubky příznaků a dále z dlouhodobého vývoje obtíží v průběhu života nemocného. Podle těchto kritérií lze pak deprese dělit podle závažnosti na mírné, středně těžké a těžké.

J. Praško a kol. (2003) popisuje dělení deprese podle závažnosti symptomů následovně:

- V průběhu *mírné deprese* je postižený schopen chodit do práce a fungovat v běžném životě, jde mu však vše pomaleji, věci ho přestávají těšit, vyhýbá se přátelům a uzavírá se do sebe. Deprese se většinou léčí ambulantně a člověk může chodit do práce.
- Při *středně těžké depresi* už většinou není možné pracovat a i domácí práce postižený vykonává s obtížemi. Člověk je většinu času zpomalený nebo nadměrně napjatý, nešťastný, nedokáže se soustředit, ztrácí zájem o sexuální život, izoluje se od lidí. Cítí nedostatek energie a za vše se obviňuje. Léčba probíhá většinou při pracovní neschopnosti, vhodná je docházka do denního sanatoria, při sebevražedných myšlenkách se doporučuje hospitalizace.
- Při *těžké depresi* už postižený není schopen starat se ani sám o sebe, má tendence jen ležet v posteli a veškerý čas trávit v sebevýchýtkách. Je buď výrazně zpomalený nebo naopak výrazně agitovaný, plný neklidu, který ho pohání z místa na místo. Porucha nálady je hluboká, téměř neovlivnitelná vnějšími impulsy. Nemůže již vykonávat praktickou činnost, nemá na ní energii a ztratil pocit smysluplnosti jakékoli aktivity. Často myslí na sebevraždu. Léčba těžké deprese probíhá vždy v rámci hospitalizace.

3.1 Mýty o depresi (podle J. Praška a kol., 2001)

Mezi lidmi se vyskytuje mnoho zkreslených předsudků a mýtů o depresi. Jsou často zraňující a mohou způsobit oddálení včasného vyhledání pomoci. Jsou to například:

- „*Postižený může zapnout vůli a dát se dohromady nebo se vzchopit.*“ Většina lidí trpících depresí se o to opakovaně bezvýsledně pokouší. Není to možné. Lidé, kteří trpícím depresí toto radí, jim vyloženě škodí. Probouzejí v nich další pocity viny.
- „*Diagnóza deprese znamená, že jste slabí, neschopní nebo mentálně méněcenní.*“ Je to hrubý omyl. Někdy si tuto značku dávají depresivní lidé sami. Deprese, stejně jako cukrovka nebo poruchy štítné žlázy, je nemoc, která odezní po léčbě. Nevede ke snížení inteligence nebo rozumových schopností.

- „*Depresi musel někdo zavinit.*“ Někdy v sobě vinu hledají příbuzní a zpytují svědomí. Depresi nikdo zavinit nemůže. Stres z různých konfliktů, může být jen spouštěčem toho, že u předem zranitelného jedince se deprese objeví. Na vznik žaludečních vředů nebo cukrovky má také velký vliv stres, ale nikoho bychom neměli vinit, že vyvolal žaludeční vředy nebo cukrovku u druhého člověka.

3.2 Příznaky deprese

Deprese je onemocnění celého těla i duše. Je zasaženo myšlení, chování a tělesné fungování. Většina lidí cítí únavu, tíhu, malátnost, vyčerpanost. Pocit ztráty energie může dojít do takového stupně, že je člověk schopen jen ležet. Pocity nedostatečnosti a méněcennosti vedou k vyhýbání se lidem. Psychické tempo se snižuje, myšlení zpomaluje (Praško a kol., 2001).

R. Honzák (1999) shrnuje jednotlivé depresivní příznaky do obecnějších a širších okruhů, kde deprese v oblasti psychologické reality narušuje tři základní oblasti lidských aktivit a prožívání. Je to forie neboli nálada, dynamogenie, nebo-li psychomotorické tempo a hernie, nebo-li schopnost radovat se a mít z něčeho potěšení.

Hlavním příznakem deprese je podle J. Praška a kol. (2001) *porucha nálady*, která se vyznačuje depresivními emocemi. Je několik hlavních pocitů provázející deprese, mezi něž patří hluboký smutek (trvá dlouho a výrazně brání aktivitě), vymizení schopnosti radovat se z čehokoli, veliká úzkost až panika (pocit napětí nemá konkrétní podnět), strach (člověk se bojí o všechny blízké a o všechno, co se ho týká), pocit ztráty (může prožívat ztrátu reálnou i symbolickou), vztek na sebe, sebeobviňování, nerozhodnost, bezmoc a beznaděj, podrážděnost a plačtivost, rozmrzelost, sebelítost, pocity vztahovačnosti apod. Depresivní emoce mohou trvat krátce, ale i týdny a měsíce.

Podle J. Praška a kol. (2001) patří mezi další znaky, které provázejí deprese, *negativní automatické myšlenky*. Člověka napadají hned, aniž by nad nimi i situací více přemýšlel. Obsahují negativní hodnocení sebe, okolností i budoucnosti. Depresivní člověk jich mívá hodně, plně jim věří a jejich intenzita se zvyšuje. Dostává se do bludného kruhu, který ho udržuje v depresi. Mezi takové patří myšlenky jako: „Nejsem k ničemu.“; „Špatně to dopadne.“; „Život je hrozný.“; „Nic pěkného mě už nečeká.“

A.T. Beck (2005) uvádí, že je obsah myšlení depresivního člověka zaměřen především na určitou ztrátu. Takový člověk je přesvědčen, že ztratil něco, co je nezbytné pro jeho štěstí. Dále předpokládá negativní výsledek jakéhokoli svého úsilí a považuje se za neschopného a postrádajícího kvality potřebné k dosažení určitých cílů.

Chování depresivních lidí se prokazuje nízkou úrovní aktivity, odkládáním činností, vyhýbavým chováním, vyhledáváním pomoci a ujišťováním, zanedbáváním příjemných a rekreačních aktivit, izolací a někdy i sebevražednými pokusy. Depresivní lidé jsou bez iniciativy a rezignovaní. Všechny uvedené činnosti jsou reakcí na depresi, která člověka zaskočila a ohrožuje. Unést depresi je těžké, protože si lidé své chování následně vyčítají a uvádí se do ještě hlubší deprese (Praško a kol., 2001).

Podle J. Praška a kol. (2001) se deprese projevuje *tělesnými příznaky*. Tělo je s naší psychikou velmi těsně propojené. Nemá žádnou energii, je unavené, těžké, zpomalené, soustředění jde velice těžko. Během deprese nebo ještě před jejím vypuknutím se mohou objevit příznaky, které imitují tělesnou nemoc. Objevují se například únavnost, nevykonnost, napětí nebo slabost ve svalech, bolesti hlavy, páteře, břicha, nespavost nebo nadměrná spavost, snížená nebo zvýšená chuť k jídlu, pocení, zácpa, bolesti žaludku, bušení srdce, poruchy menstruace, nechť k sexu apod. Člověk v depresi se i velmi často zabývá svým zdravím a pro špatnou koncentraci mívá pocit, že si nic nepamatuje, že hloupne. Člověk trpící depresí může mít hodně příznaků nebo jen některé. Každý je také prožívá v různé intenzitě.

3.3 Příčiny deprese

Co je příčinou deprese? Ani dnes na to zatím není jednoznačná odpověď. Jde o onemocnění s kauzální etiologií, při jehož vzniku se pravděpodobně současně účastní několik faktorů. Jedná se především o vlivy biologické, psychologické a sociální (Honzák, 1999). Představy o vzniku a udržování deprese jsou však založeny na kombinaci mnoha faktorů (Praško, 2001).

Biologické pochody v mozku jsou jednou z příčin vzniku deprese. Jde o poruchy přenosu serotoninu a noradrenalinu na synapsích v mozku a poruchy hormonální regulace (hormony nadledvinek, štítné žlázy, poruchy bioritmů). V depresi působí jako biologický setrvačnick, který dlouhodobě udržuje stav vyznačující se buď úbytkem energie a apatií, nebo

zvýšením úzkosti. (Praško a kol., 2001).

Mezi biologické vlivy patří *faktory dědičnosti*. Některé typy deprese se častěji objevují v určitých rodinách, což může znamenat, že je zde vrozená biologická zranitelnost. Dědí se však určitá vlohka k depresi, nikoli nemoc sama. Hrají zde roli i jiné faktory, jako jsou stresující zážitky nebo stresující prostředí. Mezi blízkými příbuznými je riziko onemocnění až 15%. Ovšem deprese se objevuje i u lidí, v jejichž rodinné historii nikdy podobné potíže nebyly (Praško a kol., 2001).

Vlivy výchovy jsou dalším faktorem, který může působit na vznik deprese. Centrální nervový systém dítěte je mnohem plastičtější než u dospělého člověka. Na druhé straně je však méně odolný vůči stresové zátěži a deprivaci některých základních potřeb. Dítě potřebuje vyrůstat v láskyplném prostředí, které mu zajišťuje pocit bezpečí, jistoty a uznání (Honzák, 1999). Předčasné oddělení od matky, nedostatečná péče, týrání dítěte nebo naopak přílišné rozmazlování a ulevování může souviset se vznikem nemoci. Rovněž ztráta důležité osoby v dětství ovlivňuje rozvoj deprese v dospělosti. Také rodič se může stát svým depresivním chováním vzorem chování pro dítě (Praško a kol., 2001).

Také *psychologické faktory* hrají velikou roli. K depresi jsou náchylnější lidé s nízkým sebevědomím, kteří se dívají na sebe, okolnosti i svět pesimisticky. Dále jsou to lidé, kteří se neumějí sami odměnit nebo pochválit, a proto jsou mnohem více závislí na hodnocení druhých. Bývají málo asertivní. To se projevuje zejména v situacích, kdy neumějí říci ne, i když by bylo odmítnutí na místě. Dále mohou mít potíže se snášením kritiky od ostatních, nadměrnou potřebou pochvaly a posílení od druhých. Jinou tendencí je obracet vztek na sebe v situacích, kdy by se měli hněvat na druhé. To proto, že vztek často považují za emoci, kterou by prožívat neměli. Po odeznění deprese je proto potřeba asertivitu nacvičovat (Praško a kol., 2001). Hraje zde roli i vyšší citová zranitelnost. Člověk prožívá vyšší míru etické odpovědnosti (bere věci příliš vážně) a až příliš se bojí, aby city druhých nezradil (Křivohlavý, 2003).

Jako další příčinu, kterou uvádí J. Praško a kol. (2001), jsou *sociální aspekty*. Jde zejména o zármutek po ztrátě blízké osoby, neshody nebo problémy ve vztazích (konflikty v rodinném životě nebo problémy v práci), změnu role nebo nedostatek vztahů. S tím souvisí *životní události*, které mohou být velkým stresorem a nutí změnit obvyklé způsoby života. Jsme totiž zvyklí žít rutinně, protože nám to dovoluje předvídat, co nás může potkat. Čím je člověk starší nebo závislejší na okolí, tím hůře snáší změnu. Časté změny, které překračují

rutinu a odehrávají se v krátkém časovém období, snižují tělesnou i psychickou odolnost člověka. Reakce začíná různě dlouhý čas po životní události. Jejich vliv se během roku sčítá. Dokonce i pozitivní události působí jako stresor a přičítají se k těm negativním (Vánoce, oslava narozenin atp.). Samozřejmě záleží i na jiných okolnostech, než jen na součtu. Před stresem a jeho následky chrání především dobrá sociální podpora okolí, odolnost člověka a konstruktivní postoj k situaci (Praško a kol., 2001).

Na vznik deprese má vliv také několik dalších aspektů. Mezi ně patří užívání některých léků, kterými se léčí tělesná onemocnění. V neposlední řadě k depresi může přispět nadměrné užívání *alkoholu a drog* (Praško a kol., 2001). J. Křivohlavý (2003) uvádí, že příčina deprese může spočívat také v *narušeném životním stylu*. Je to zejména nedostatek spánku, pravidelného pohybu nebo uspěchanost či přepracování. D. Seravn-Schreiber (2005) zmiňuje, že na vznik deprese může mít vliv i *stravování*, a to zejména nízký přísun omega 3 vyšších mastných kyselin, které celkově ovlivňují fungování mozku.

3.4 Typy deprese (podle J. Praška a kol., 2003)

Podobně jako jiné nemoci se deprese může objevit v několika formách:

Depresivní epizoda

Projevuje se depresivní náladou, depresivním myšlením, snížením aktivity a tělesnými příznaky. Výrazně postihuje schopnost pracovat, spát, jíst a těšit se z příjemných činností. Epizody se mohou v životě objevit jednou nebo opakovaně. Jejím rozvoji může předcházet stresující životní období nebo životní událost, může se však také objevit bez zjevné vnější příčiny.

Rekurentní depresivní porucha

Je charakterizována opakovanými epizodami deprese bez samostatných epizod mánie. Každá epizoda trvá od tří do dvanácti měsíců. Objevuje se později, většinou v páté dekádě života a postihuje více ženy než muže.

Dystymie

Je méně závažný typ deprese, její příznaky však trvají dlouho, někdy léta. Obvykle začíná pozvolně, plíživě. Před začátkem rozvoje je postižený většinou vystaven většímu stresu nebo životní události. Kolísání mezi lehkou depresí a relativně normální náladou je

velmi variabilní. Většinu času se pacienti cítí unaveni a depresivní. Jakákoli činnost vyžaduje velké úsilí a z ničeho nemají radost. Špatně spí a cítí se nepřiměřeně, ale obvykle stačí na základní požadavky běžného života. Dystymie je pojem společný s pojmy depresivní neuróza nebo neurotická deprese.

Bipolární (maniodepresivní) porucha

Je méně častá než jiné formy poruch nálady. Objevuje se asi u 10 % lidí trpících depresí. Onemocní jí jeden až dva lidé ze sta. Vyznačuje se střídáním jak cykly deprese, tak cykly mánie nebo povznesené nálady. V depresivní fázi jsou přítomny příznaky velké depresivní poruchy, v manické fázi příznaky mánie. Někdy dochází ve zvratu nálady velmi rychle, častěji jsou však přechody postupné.

Sezónní afektivní porucha

U některých lidí se objevují depresivní nálady s úbytkem energie, zhoršením výkonnosti a nadměrnou únavností pravidelně každý rok v podzimních a zimních měsících. Bývá spojována s nadměrnou chutí k jídlu a spavostí. Svými příznaky připomíná zimní spánek některých savců.

Reaktivní porucha nálady (reaktivní deprese)

Je přímým následkem akutního stresu nebo pokračujícího traumatu. Zátěžová událost nebo trvající nepříznivé okolnosti jsou vyvolávajícím faktorem, k poruše by nedošlo bez jeho působení. Začíná ihned a nejčastěji navazuje na stresovou událost spojenou se ztrátou. Nejtypičtější je ztráta blízkého člověka, ale mohou to být i jiné situace jako ztráta vztahu, práce, majetku, hodnoty, ztráta plánů a ideálů apod.

Smíšená úzkostnědepresivní porucha

Zde se mísí příznaky úzkosti s příznaky deprese. Přitom ani příznaků deprese, ani příznaků úzkosti není tolik, aby se mohla s určitostí diagnostikovat jedna z nich. Vzhledem k tomu, že depresivní ani úzkostné stavy nejsou tak hluboké, bývá často okolím, někdy bohužel i odborníky, podceňována.

Krátká rekurentní depresivní porucha

Je velice vzácná a často ujde pozornosti odborníků. U této poruchy se objevují depresivní epizody trvající zpravidla dva až tři dny alespoň jednou za měsíc. Deprese přichází náhle, většinou hned po probuzení a je často velmi hluboká. Objevují se myšlenky na smrt. Postižený většinou není schopen vstát z postele a jít do práce. Cítí se jako ochromený.

Podléhá silným sebevýtčtkám, je zesláblý, unavený a vyčerpaný. Obvykle se po třech dnech polehávání probudí s normální náladou. Epizody nemají pravidelný rytmus, proto je nelze předvídat. Postižení většinou volí „samoléčbu“ alkoholem, který jim sice na krátkou dobu pomůže z trýzně, ale následně většinou zesiluje sebevražedné tendence a pocity zoufalství.

Poporodní deprese

V poporodním období se velmi často u žen objevuje zhoršená nálada. 50-80 % žen zažívá třetí až čtvrtý den po porodu krátkou epizodu zhoršené nálady projevující se zpravidla podrážděností, kolísáním nálady a epizodami pláče. Mají pocit, že k dítěti necítí, co by měly, protože na ně nestačí. Jsou vyčerpaný. Kolísání nálady je charakterizováno stavy euforie, které se střídají s úzkostí, smutkem, napětím nebo podrážděností. V anglosaských zemích mluví o „maternity blues“. Tato krátkodobá změna v náladě je způsobená prudkým poklesem estrogenu a progesteronu. V zásadě je neškodná a spontánně odeznívá. Někdy se však stane, že zhoršení nálady přetrvá dlouhodobě. Děje se tak u 10-15% žen. Jako možné příčiny jsou zvažovány biologické faktory, zejména narušení serotonergního a noradrenergního systému a poruchy denních rytmů v období náhlých hormonálních změn. Příčinou mohou být i významné psychosociální stresy, které se v období kolem porodu objevují.

Deprese v menopauze

Menopauza je nejrizikovějším obdobím depresí u žen. Na rozvoji deprese se většinou podílí několik faktorů jak biologických, tak psychologických a sociálních. Z biologických jsou to rozsáhlé hormonální změny, z psychologických často pocit „zavírání dveří“, strach ze stárnutí, z odchodu dětí z rodiny a malá podpora partnera, který bývá obklopen prací.

Larvovaná deprese

Mluvíme o ní tehdy, jsou-li hlavním projevem poruchy tělesné příznaky a porucha nálady je v pozadí. Deprese se v tomto případě projevuje „orgánovou řečí“. Tělesné příznaky bývají pískání v uchu, závratě, bolesti hlavy, žaludku, břicha, páteře, končetin, celková slabost, poruchy zažívání, močového ústrojí, hybnosti. Zde je však velmi důležité vyloučit tělesnou příčinu potíží.

Deprese v pozdním věku

Přestože se objevuje často, bývá přehlédnuta, protože je maskovaná tělesnými obtížemi nebo navazuje na zjevnou tělesnou nemoc. Průběh a příznaky jsou podobné jako u mladších nemocných, ale deprese zvyšuje úmrtnost na tělesná onemocnění. Nejvíce jsou

ohroženy ženy a lidé se sníženou soběstačností. Nejčastějšími příčinami jsou ztráta (partnera, přátel, stálého kontaktu s potomky, tělesného zdraví, kariéry, soběstačnosti), konflikty ve vztazích (s nemocným partnerem, potomky, okolím), nutnost učení se nové roli v životě a sociální izolace. Dále se u starších lidí objevuje deprese souběžně s tělesným onemocněním, proto se pak hůře léčí.

Deprese při tělesném postižení

V tomto případě je spojena s tělesným postižením, kdy může zhoršovat průběh onemocnění. K chorobám, na které může deprese navazovat, patří mozková příhoda, vysoký krevní tlak, ischemická porucha srdeční, Parkinsonova choroba, cukrovka, revmatismus apod.

3.5 Možnosti odborné léčby

J. Praško a kol. (2003) uvádí, že možností odborné léčby deprese je několik. Může být léčena farmakoterapií, psychoterapií nebo formou biologické léčby jako je fototerapie nebo elektrokonvulzivní léčba. Nejrozšířenější je léčba antidepresivy. Výhoda farmakoterapie spočívá ve snadném podávání, rychlejší kontrole příznaků a méně času lékaře i pacienta. Nevýhodami jsou výskyt vedlejších příznaků a nutnost monitorování hladiny léků při dlouhodobé profylaktické léčbě (viz níže). K léčbě mírné deprese stačí samotná psychoterapie, která pomáhá zvládat problémy pacienta. Při těžších formách deprese je však optimální kombinace farmakoterapie a psychoterapie. Léky umožní rychlý ústup příznaků a psychoterapie pomůže naučit se účinnější způsoby, jak zacházet s problémy v životě, které deprese předcházely nebo vznikly během ní.

„Cílem léčby depresivních poruch je odstranit příznaky onemocnění, odstranit rizika relapsu (opětovné vzplanutí choroby) a obnovit původní kvalitu života.“(Praško a kol., 2003)

Podle J. Praška a kol. (2003) léčba probíhá vzhledem k častému periodickému průběhu depresivní poruchy ve třech fázích:

- *Akutní* – jde o léčbu akutní epizody deprese, kdy je hlavním cílem zmírnění a odstranění depresivních příznaků. Trvá většinou kolem tří měsíců, může však být i poměrně kratší nebo delší.
- *Udržovací* - nastupuje po odeznění akutní epizody. Cílem je udržet dosažené zlepšení na dobu šest až devět měsíců, což je průměrná délka depresivní epizody.

- *Profylaktická* - pokračuje i po ukončení udržovací léčby, zpravidla více let, někdy i celý život. Je indikována hlavně u lidí, kteří zažili opakované epizody deprese, trpí bipolární poruchou osobnosti nebo dystymií.

Je zajímavé, že po úspěšné akutní léčbě se člověk může cítit lépe, symptomy překrývají léky. Ale bez nasazení udržovací léčby se nemoc vrací až u 80 % pacientů. Je proto velmi důležité nepřerušit léčbu předčasně (Praško, a kol., 2003).

3.5.1 Farmakoterapie

Podstatné pro úspěšnou léčbu deprese je správné užívání léků. První volbou u všech typů depresí bývají většinou antidepressiva. „Upravují aktivitu neuromodulátorů serotoninu, noradrenalinu a dopaminu. Pomáhají tedy vytvořit neurohormonální rovnováhu na těch neuronech v mozku, kde je v depresi nedostatek potřebných látek. Protože chybějící neurohormony přímo nedodávají, ale jen regulují jejich narušenou rovnováhu, nedostaví se účinek okamžitě, nýbrž během tří až šesti týdnů.“ (Praško a kol., 2003).

J. Laňková a kol. (2004) zmiňuje, že kromě antidepressiv se mohou použít i jiné antistresové látky, jako je například *Tianeptin (Coax)*, který působí na tu část mozku, která souvisí s emoční pamětí a napravuje důsledky dlouhodobého stresu. Je účinný jako antidepressiva a má málo nežádoucích účinků (Laňková a kol., 2004).

Jako zajímavou alternativu léčby si nemocný nebo jeho lékař může zvolit *fytofarmaka*, která uvádí J. Laňková a kol.(2004). Jsou to léky rostlinného původu. Na našem trhu je k dispozici výtažek z třezalky tečkované. Je účinný v léčbě mírné až středně těžké deprese, musí se však podávat ve vyšších dávkách, až několikrát denně.

Antidepressiv je celá řada. V terapeutických účincích se příliš neliší, rozdíly jsou hlavně v síle, četnosti a intenzitě vedlejších nežádoucích účinků. O výběru vhodného antidepressiva by měl rozhodovat lékař, po poradě s pacientem, kdy by se měl zvážit poměr zisku z léčby proti rizikům, která mohou vzniknout (Praško a kol., 2003).

3.5.2 Psychoterapie

„Psychoterapie je léčebné působení psychologickými prostředky směřující k určitým změnám, které mají za cíl přinést nemocnému úlevu“ (Honzák, 1999). J. Praško a kol. (2003) uvádí, že jádrem všech terapeutických postupů je podpora zdravých částí osobnosti. Je mnoho možností podpory psychických funkcí. Může to být rozhovor, umělecká práce, dramatizace, psychogymnastika apod. Zároveň zmiňuje oblasti, ve kterých by měl terapeut pomoci:

porozumění tomu, co se děje
oddělení zdravého prožívání od nemocného
omezení, ohraničení a zmírnění nebo odstranění patologických prožitků
znovuobnovení žebříčku hodnot
znovunalezení přiměřené a přirozené důvěry v sebe i ve svět kolem
vytvoření pocitu bezpečí, samozřejmosti a přirozené kontroly nad svým životem
nalezení cesty, jak překonat současné životní problémy

Psychoterapeut je pouze průvodce, který pomáhá člověku posílit zmíněné psychické funkce a nalézt nový, lepší přístup k životu. Nelze od něj očekávat, že problém vyřeší za nemocného. Z toho vyplývá, že je při psychoterapii potřeba alespoň částečná vůle k uzdravení, proto je tato metoda při zvládnutí těžké formy deprese neúčinná. V tomto případě je dobré začít s psychoterapií až po zvládnutí nejzávažnější ataky nemoci. Potom je naopak velmi potřebná k navrácení do běžného života (Praško a kol., 2003).

Psychoterapie se rozlišuje na individuální, skupinovou a rodinnou. *Individuální psychoterapie* nabízí jednotlivci přijetí, pochopení a pomoc v osobě psychoterapeuta, které může důvěřovat v krizových situacích a která mu pomáhá obnovit důvěru ve svět (Praško a kol., 2003).

Podle J. Praška a kol. (2001) *skupinová psychoterapie* pomáhá nemocným uvědomit si, že se svým problémem nejsou sami. Mezi ostatními lépe rozpoznávají souvislosti mezi chováním jedince, jeho problémy a nemocí a na tomto základě se mohou pokusit naučené vzorce změnit. Skupinová psychoterapie může být velmi užitečná, pokud deprese souvisí se vztahovými problémy v rodině či v práci nebo pokud tyto problémy na jejím základě vznikly.

Rodinná terapie znamená zapojení celé rodiny do řešení problému. Pro úspěšnou léčbu je velice důležitá. Pro nemocného je velmi podstatné, aby bylo v jeho zázemí vytvořeno příznivé klima, atmosféra bez výčitek, obviňování a prudkých emocí. Je nutné, aby rodina byla vedena k tomu, že depresivní porucha je nemoc, kterou nelze zavinit zvenčí. Rodinná terapie pomáhá zklidnit a ujasnit si vztahy mezi sebou a nalézt rovnováhu pro každého člena rodiny (Praško a kol., 2003).

3.5.2.1 KBT – Kognitivně-behaviorální terapie

R. Honzák (1999) uvádí, že během doby působení psychoterapie se vyvinulo mnoho přístupů a škol, které se svým přístupem liší. Obecně lze uvést, že se dělí na dva základní proudy. Na směry zaměřené na osobnost (hlubinné a dynamické směry) a přístupy orientované na jednání člověka (terapie behaviorální, kognitivně behaviorální a kognitivní).

Podle J. Praška a kol. (2001) patří mezi nejúspěšnější druhy psychoterapie při zvládnání depresí kognitivně-behaviorální terapie. Psychoterapeut postupně učí nemocného zvládat své depresivní myšlenky, které si zautomatizoval, a změnit je na konstruktivní. Po přijetí konstruktivního způsobu myšlení a chování dochází ke stabilizaci nálady. Zároveň si nemocný osvojuje dovednosti, jak má postupně plánovat a měnit svou aktivitu, jak být více adaptivní. Nové postupy, které se naučil, mu zůstávají a předcházejí dalším obtížím. Postup při zvládnání deprese v KBT je:

porozumění depresi, jejím příznakům a souvislostem
účelné plánování činností a pozvolné zvyšování aktivity krok za krokem
postupné odmítání depresivního a vytváření nedeaktivního způsobu myšlení
nácvik relaxace
nácvik komunikace a asertivity
nácvik metody řešení problémů

3.5.3 Další možnosti léčby

D. Servan-Schreiber (2005) doplňuje, že mezi další možnosti léčby patří *phototerapie*. Je to ranní aplikace světla o intenzitě deseti tisíc luxů. Je prováděna po probuzení po dobu třiceti minut. V poslední době byla vyvinuta metoda, při které světlo působí přímo při probouzení a tím simuluje ranní svítání, na které mozek působí přirozeně. Používá se u lidí trpících sezónní poruchou nálady. Pomáhá jim upravovat biorytmus a prodloužit světlo v době krátkých dnů.

Pokud účinně nezabírá ani psychoterapie ani léky a deprese je velmi hluboká, lze ještě využít stimulace mozkových hemisfér pomocí *elektrokonvulzivní léčby*. Provádí se v narkóze až několikrát týdně vpouštěním elektrického proudu (Praško a kol., 2003).

3.6 Deprese a coping

„Dostávat se z deprese je jako lezení po skalách. Ještě nikdo útes nezvládl jen tím, že o tom uvažoval. Zvládneme to jen se spoustou krve, potu a slz, pořádným kusem odvahy, občasným spadnutím a novým lezením, a spoustou odhodlání.“ (Atkinsonová, 2005)

J. Praško a kol. (1995) uvádí, že ať už je příčinou cokoli, člověk v depresi se ocitá v bludném kruhu svých negativních myšlenek, následně emocí, pak tělesných reakcí a nakonec chování. Tyto oblasti na sebe navazují a vzájemně se prohlubují. Aby mohl člověk bludný kruh překonat, musí vědět, že existuje i opačná spirála. Ta se dává do pohybu většinou ve chvíli, kdy člověk začne být více aktivní a jeho činnost mu přináší větší prožitky. J. Praško a kol. (2001) zmiňuje několik zásad, které je třeba si uvědomit:

- *Nejprve je důležité, aby postižený ujasnil sobě i své rodině, že deprese je nemoc, která nejde zlomit vůlí, ale je léčitelná.*
- *S problémy nemocný nemůže zůstat sám nebo si klást náročné cíle. Činnost by se měla rozdělit na menší úseky.*
- *Podstatná je důvěra v lékaře, pravidelné užívání léků. Není dobré očekávat od léčby zázraky a ukončovat předčasně léčbu.*
- *Nemocný by neměl důvěřovat svým negativním myšlenkám, ani lidem, kteří říkají, že „by se měli vzchopit“.*

Tyto zásady nenahradí řádnou léčbu, ale mohou pomoci k lepšímu vyrovnání se s depresí.

3.6.1 Zvyšování aktivity

Celkové snížení aktivity je jedním z hlavních znaků deprese, kdy nemocného netěší ani dříve oblíbené činnosti a také ostatní činnosti se stávají obtížnou a nepříjemnou povinností. Proto by měl být pro lidi v depresi první cíl začít aktivitu velice pozvolně zvyšovat. Kvůli snížení energie, špatnému soustředění a smutné náladě je veškerá činnost velice namáhavá. Proto je nutné postupovat krok po kroku a neplánovat nespílitelné. Tím by se mohla deprese jen prohloubit (Praško a kol., 2003).

J. Křivohlavý (2003) uvádí, že je třeba mít plán, ale úplně na něm nelpět. Pokud ho nemocný nemá a stojí před ním mnoho činností, které je nutné zvládnout, měl by si zvolit nejprve tu, která mu činí větší potěšení nebo která je méně náročná.

3.6.2 Vliv myšlení na náladu

Bylo již zmíněno, že automatické depresivní myšlenky pomáhají udržet depresi. Pokud je nemocný dokáže odmítnout, pomůže to výrazně depresi zmírnit. Nejprve je nutné, aby si je člověk alespoň částečně uvědomil. Je to velice těžké, protože ho napadají automaticky a dále o nich nepřemýšlí. K tomu může pomoci zapsat si každé zhoršení nálady a vzpomenout si, jaké myšlenky k tomu vedly (Praško a kol, 2001).

J. Křivohlavý (2003) uvádí další způsob, který může pomoci, pokud si člověk uvědomí tok svých negativních myšlenek. Jde o metodu „stop“, kdy si člověk, třeba i nahlas, řekne náhlé, rázné „stop“ a myšlenky, které předcházely, se pokusí nahradit třemi pozitivními nebo zlehčujícími.

Podle S. Atkinsonové (2005) je důležité ze sebe myšlenky a pocity „dostat ven“. Člověk si k tomu může zvolit způsob, který mu nejlépe vyhovuje, jako je psaní, mluvení, vaření zahradničení, kreslení, malování nebo třeba tanec. Když se některým z těchto činností dostanou myšlenky „ven“, kde jsou lépe uchopitelné, je možné nad nimi získat určitou moc. Když má člověk určitou kontrolu nad tím, o čem uvažuje, nebude ho to tolik ovládat. Lépe to pojmenuje a bude mít svůj život pevněji v rukou, což je pro zvládnání deprese velice důležité.

3.6.3. Relaxace, imaginace a hledání pozitivních aktivit (podle J. Praška a kol., 2003)

Metodami, které mohou pomoci ke zvládnutí deprese nebo při udržení pozitivního stavu mysli, jsou relaxace, imaginace a hledání pozitivních aktivit.

Relaxace je celkové zastavení a uvolnění mysli i těla. Každý ho většinou důvěrně zná například ve formě uvolnění po zvládnutí nějakého náročného úkolu. Jde tedy spíše o rozpomenutí na něj než o jeho učení se. Relaxace je velice důležitá, protože neustálé napětí vyčerpává. Navíc je jedním z jednoduchých a přirozených způsobů, jak zvládat stres.

Imaginace slouží k dosažení relaxace, k přípravě na obtížné situace, které nás očekávají, k uvolnění plnějšiho prožívání a tvořivosti. Každý ji dobře zná ze svého dětství. Děti si sami sebe představují v různých situacích, v pohádkách, na dobrodružných výpravách. V dospělosti obrazotvornost také funguje, nebývá však už tak častá a hlavně je málo využívána. Má ji každý člověk, ve stresu však bývá negativně ovlivněna. Představy jsou nepříjemné, zabarveny černými brýlemi, vyjadřují strach, obavy, ohrožení, zobrazují nevyřešené úkoly. Tato stresující imaginace probíhá automaticky, jako automatické myšlenky.

Dovednost řízení pozitivní imaginace se dá naučit. Začíná se zrakovou představou jednoduchých předmětů, které si člověk vybavuje vnitřním zrakem se zavřenýma očima. Postupně zaměřuje pozornost na větší a větší detaily. Pak pokračuje s představami postav, scénérií a postupně dostává představy do pohybu, takže vidí „vnitřní film“. Je důležité, aby se obrazy týkaly věcí, které jsou nám příjemné, na které máme dobré vzpomínky.

Hledání pozitivních aktivit je zásadní, protože člověk v depresi, následkem negativního myšlení a úbytku energie, postupně opouští od svých koníčků a věcí, které dělal rád, a tím se uvádí do hlubšího stavu zoufalství. Je proto velice důležité, aby se pokusil po zvládnutí nejkritičtějšího stavu zapojit ze začátku nenáročnou aktivitu, které mu způsobují potěšení. Postupně se pak může naučit zvyšovat míru energie a tím i počet a obtížnost činností, jež mu dělají radost a dodávají elán do života. Je potřeba naučit se neplnit jen povinnosti, ale udělat si čas i na příjemné aktivity.

3.7 Rozhovory s lidmi trpícími depresí

Jak deprese zasahuje do života člověka a jak může její léčba pomoci, může být dobře znázorněno na konkrétních případech lidí, jež depresí sami prošli. Proto jsou do této práce zahrnuty tři rozhovory s lidmi, které deprese přímo zasáhla. Dotazovaní odpovídali na otázky týkající se projevů nemoci, zda se zhoršovaly či zlepšovaly, co respondenti věděli o odborné léčbě a co bylo nakonec podnětem pro její vyhledání. Dále mne zajímalo, jaký druh léčby nakonec zvolili, jak jim pomohl a jaký měla léčba dopad na celkový stav dotazovaných.

Řízené rozhovory jsou sestaveny ze sedmnácti otázek a slouží k dokreslení teorie této kapitoly, protože na konkrétních příkladech z praxe může čtenář hlouběji pochopit proces a možné řešení deprese. Cílem není jejich analýza podle vědeckých metod. Rozhovory byly uskutečněny od června 2008 do října 2008. Z důvodu ušetření místa v práci jsou rozhovory uvedeny v příloze (Příloha 1).

3.7.1 Shrnutí k rozhovorům

Každý z dotázaných prožíval depresi různě. Projevily se u nich příznaky jako sociální fobie, nespavost, úzkost, velická únava, neschopnost vykonávat běžné úkoly nebo somatické problémy bez vysvětlení příčiny. Všichni respondenti se svůj stav nejprve snažili vyřešit sami. Očekávali, že se situace časemlepší, jeden respondent vyhledával pomoc kvůli somatickým obtížím. Dotazovaní uvedli, že byly chvíle, kdy se jejich stav zhoršoval, a to zejména při nějaké náročné situaci nebo úkolu.

O odborné pomoci většinou nevěděli nebo je nenapadlo, že by ji mohli potřebovat. Podnětem pro vyhledání odborné pomoci byl nakonec neúnosný stav dotazovaných, kdy už nemoc omezovala jejich běžné každodenní fungování a znehodnocovala život. Po prvním setkání s odborníkem dva dotazovaní cítili úlevu, že své problémy mohli sdělit někomu nestrannému, nezaujatému. Třetí respondent uvedl, že se jeho stav naopak zhoršil a měl pocit, že už mu nikdo nepomůže. Po zahájení léčby antidepressivy se jeho stav nakonec zlepšil a na základě toho léky vysadil. Po nějakém čase se deprese vrátila, což potvrzuje tezi z předešlé části kapitoly, že antidepressiva by se měla užívat i po zlepšení příznaků, aby se stabilizoval stav nemocného. Zhoršení možná nastalo také proto, že dotazovaný nenavštěvoval psychoterapii, která by mohla pomoci se lépe vyrovnat s psycho-sociálními příčinami deprese. Další dva respondenti kromě léčby antidepressivy využili různé druhy psychoterapie,

která přispěla k lepšímu pochopení jejich situace. Při léčbě antidepresivy se všichni shodli, že vedlejší účinky buď vůbec nepocítují, nebo jsou zanedbatelné oproti zlepšení příznaků nemoci.

Přesto, že všichni dotazovaní s vyhledáním odborné pomoci zpočátku nepočítali a snažili se vše řešit sami, shodli se, že jim nakonec velice pomohla nebo stále pomáhá navrátit se zpět do běžného fungování. Nakonec doporučují neotálet s vyhledáním odborné pomoci, protože se to bez ní zvládnout nedá. Deprese je velice zákeřné onemocnění, ale dá se s ním bojovat a dá se také překonat.

4. Stigma duševní nemoci

J. Libiger (2002) uvádí, že člověk s duševní nemocí byl a zůstává v jiném postavení než člověk s tělesným onemocněním. U většiny případů tělesné nemoci má nemocný dobře ohraničený úbytek schopností spojených s porušenou funkcí nějakého orgánu nebo orgánového systému. U duševní nemoci je toto ohraničení mnohem méně zřetelné a uchopitelné. Zvláštnosti chování a prožívání člověka s duševním onemocněním se mohou jevit jako vystupňování stavů, které jsou známy z běžného života. Všichni někdy prožívají smutek, ztrácí chuť k jídlu, málo spí, bojují s vracejícími se myšlenkami nebo s úzkostí. Nakonec však tyto stavy překonají. Nemocný naopak budí dojem, že je slabý na to, aby dokázal svůj stav přemoci. Může působit jako člověk neschopný, slabý, s vadami povahy a možná i hloupý, který nerozpozná skutečnou povahu dějů kolem sebe. Pro okolní společnost nemusí být jednoduché přistoupit na výklad, že se jedná o poruchy funkcí mozku.

Duševně nemocný je nejen vystaven omezením, které na něj klade jeho nemoc, ale zároveň nese břímě společenského hodnocení jeho choroby. Tento stav má kořeny v kultuře, nerozlišuje mezi jednotlivými případy a přetrvává. V průběhu historie je nesen nahromaděním výjimečných, ale pamětihodných zkušeností s duševní nemocí převedených do roviny obecného očekávání. Dává se na ně větší důraz než na zkušenosti s konkrétním jedincem. Vznikají metafory choroby vedené kulturními prostředky, jako jsou média nebo umělecká díla. Jsou upevňované v každodenní podobě články v novinách, poznámkami v běžné mluvě i ustálenými obraty řeči (Libiger, 2002). Jedná se o stereotypní předsudky, podle kterých bývají jednotlivé skupiny posuzovány zjednodušeně a iracionálně (Praško, 2001). Jednotlivý nemocný je součástí těchto předsudků často bez vlastního přičinění, nemůže se jich zbavit a jsou součástí jeho údělu. V tom je i kořen pro jejich označení, které se stává trvalou značkou: stigmatem (Libiger, 2002).

4.1 Druhy stigmatu duševní nemoci

Teorií stigmatu duševní nemoci je několik. E. Brohan a kol. (2010) vypracovali na toto téma výzkum, který prováděli v letech 1990-2009. Pro účely výzkumu rozdělují stigma duševní nemoci na vnímané stigma (percieved stigma), kdy lidé s potenciální stigmatizující duševní kondicí pocítují možnost diskriminace a tíhu stigmatu v kontaktu se společností. Dalším typem je aktuální zkušenost s diskriminací nebo vyloučením ze strany společnosti, což je nazýváno zkušenost se stigmatem (experinced stigma). Poslední součástí stigmatu

duševní nemoci byla v tomto výzkumu sebestigmatizace (self-stigma).

P. W. Corrigan a kol. (2005) dělí stigma duševní nemoci podle toho, kdo je stigmatizován: na stigmatizovaného duševní nemocí (zde se může jednat i o celou skupinu stigmatizovaných) a na rodinu stigmatizovaného duševní nemocí. Obě tyto kategorie obsahují veřejné stigma (public stigma) a sebeznačkování (self-stigma). Dále se u obou případů zmiňuje o stigmatizaci profesionály, kteří pracují v pomocné síti pro duševně nemocné. Podobně stigma duševní nemoci dělí J. Praško (2001), který mluví zároveň o stigmatizaci profesionálů veřejností.

4.1.1 Sebeznačkování a stigmatizace širokou veřejností člověka s duševním onemocněním

Člověk vnímá sám sebe v rámci široké veřejnosti. Socializací si vytváří porozumění různým stereotypům, mezi které patří i stereotypy a předsudky o duševních nemocech. Pokud onemocní, přijímá tyto negativní stereotypy za své, sám sebe označí stigmatem. Na základě toho se stigmatizovaní cítí vyloučení z veřejného života, cítí, že jsou jim upírány určité možnosti, stahují se do sebe a snižuje se jejich sebeúcta. Stigmatizovaný předpokládá, že bude odmítnut i přes to, že opravdové odmítnutí nemusí nikdy přijít. To může způsobit, že se stigmatizovaný vyloučí kompletně ze společnosti nebo velmi omezí kontakty s okolím (Corrigan a kol., 2005). Podle M. Šťastného (2009) lidé vnitřně stigmatizují sami sebe víc, než to činí jejich okolí.

J. Praško (2001) zmiňuje, že označení člověka za duševně nemocného mívá za následek různé formy represe, sociálního a existencionálního ohrožení, proto se mnohdy snaží daný člověk takovému označení bránit různými způsoby. Může to mít dokonce za následek nevyhledání léčby a tedy možné zhoršení příznaků. Nemocný se snaží, aby na něm jeho nemoc nikdo nepoznal. Strach před stigmatizací může být tak veliký, že své potíže bagatelizuje i před odborníkem. Může se bát přijmout nálepku psychiatrického pacienta natolik, že potlačuje nebo vytěsňuje emoční změny a upíná se k somatickým příznakům. Raději proto nevyhledá odbornou pomoc a dává přednost somatickým odborníkům.

Podle P. W. Corrigan a kol. (2005) je stigmatizace okolím oproti sebeznačkování aktuální zkušenost odmítnutí nebo diskriminace z okolní společnosti. Link a Phelan (in Corrigan a kol., 2005) to definují jako proces, kdy veřejnost značkuje lidské odlišnosti a připisuje význam těmto rozdílům pomocí stereotypů. Jedná se o nadřazení skupinových

vlastností nad individuálními, které vedou k diskriminaci duševně nemocných. Důsledkem jsou potíže lidí s duševní nemocí získat si a udržet zaměstnání, problémy s bydlením nebo možnost navázání hodnotného partnerského vztahu (Libiger, 2002).

Stigmatizace má hlavně negativní vliv. Očekává se nezvyklé chování, nekontrolovatelnost, nebezpečnost, možnost agrese a automaticky se mění chování okolí. Hrozí vyčleňovací reakce (Praško, 2001). Tento relativně fiktivní obraz se také označuje jako „stereotyp obrazu o duševně nemocném“ (Janík, 1987 in Praško, 2001). Laici si všímají spíše vnějších projevů chování, a pokud se jim zdá „divné“, začne značkovací proces, který může vést až k trvalé stigmatizaci.

J. Praško uvádí, že obraz je možno modifikovat představou o příčinách poruchy, které mohou být charakterové (duševní méněcennost, slabost, nemorálnost, zvrhlost), organické (dědičné zatížení, nemoc mozku) nebo situační (zhroucení po traumatu, leknutí). Podle předpokládané příčiny se může měnit postoj k nemocnému, ale ne vždy podle představ, které by mu mohly pomoci, protože jsou spíše moralizující. Co by však mohlo opravdu pomoci, je vstřícné, začleňující chování ze strany společnosti.

4.1.2 Rodina – sebeznačkování a strach ze stigamtizace okolím

Podle P. W. Corrigan a kol. (2005) jsou mechanismy sebeznačkování a vnější stigmatizace u rodiny podobné jako u stigmatizovaných jedinců či skupin. Členové rodiny nemocného mohou mít převzaté předsudky o duševně nemocných ze společnosti dříve, než onemocní člen rodiny. P. W. Corrigan a kol. stigmatizaci rodiny dělí na dva typy:

- Veřejné stigma, které zobecňuje rodinu podle jejího nemocného člena. Negativní reakce okolí a přátel na nemocného člena rodiny často obsahují zraňující připomínky, proto se snaží rodina nemoc člena co nejvíce skrýt. Může to vést až ke studu nejen za nemocného člena, ale za celou rodinu. Proto se snaží nepřipustit si, že by nezvyklé chování jednoho člena mohla být psychická nemoc.
- Sebestigmatizace způsobená postojem společnosti, ale někdy i profesionálů, proto je považována za iatrogenní - poškození špatnou léčbou (Lefley 1989 in Corrigan, 2005). To vychází z pocitu některých rodin, že jsou obviňovány profesionály za vznik nebo vrácení nemoci. Stigmatizace může pocházet i od jiných členů rodiny, což je nazýváno intrastigma. Mohou to být příbuzní, kteří vnímají chování jako nevhodné a moralizují.

J. Praško (2001) uvádí, že příbuzní se mohou natolik bát stigmatizace, že svého člena odrazují od léčby. Často mají strach, že „cejch“ dostane celá rodina a bude to ostuda. Riziko hanby pro menší potíže připadá členům rodiny nadměrné, a proto se nemocného snaží přesvědčit „aby se vzbudil“. Mohou se mu také snažit pomoci zabezpečovacím chováním (vyřizují za něj věci na úřadech, poskytují různé úlevy), což může stav nemocného ještě zhoršit. Rodina také nemusí věřit profesionálům a léčbu může pokládat za zbytečnou.

4.1.3 Stigmatizace profesionály a stigmatizace profesionálů společnosti

Profesionálové mají obecně kladný vztah ke svým klientům a nestigmatizují je ve stejném duchu jako široká veřejnost. Nicméně i profesionál může mít ke klientovi hanlivý postoj a to hlavně u autoritářských a donucovacích léčebných postupů. Někteří stigmatizovaní mají zkušenost s používáním nebo přejímáním předsudků i z řad profesionálů. Tyto hanlivé postoje ze strany profesionálů mohou být rozděleny do kategorií dehumanizace (odlidštění), ustrnutí vývoje nebo snížená očekávání pro zlepšení (Corrigan a kol., 2005).

Podle J. Praška (2001) odpovídá postoj lékaře a psychiatra k duševním poruchám názorům jejich sociální skupiny a zároveň medicínské výchově. Paradoxně mají odborníci větší pohotovost k nálepkovací reakci, protože se často řídí zásadou, že přehlédnutí nemoci je závažnější chyba, než její nepřesné diagnostikování. U profesionálů se může vyskytnout buď přeceňování závažnosti choroby, nebo zlehčování duševní poruchy. Přeceňování bývá spojeno s představou vážné biologické etiologie a lékař snadno sklouzne do rezignace na vyléčitelnost poruchy. Zlehčování naopak souvisí se srozumitelnou psychologickou příčinou a profesionál se může snažit nemocnému vyvrátit jeho potíže nebo mu připadají méně závažné. K nálepkování dochází hlavně u diagnóz, u nichž se stereotypně počítá s obtížnou léčbou nebo u osob z nižších sociálních vrstev. Také se stává, že lékař „zaškatulkuje“ hůře léčitelné diagnózy u těch, kteří jsou mu nesympatičtí nebo u kterých se mu nedaří navázat dobrou spolupráci, případně jej kritizují. J. Libiger (2002) doplňuje, že stigma spojené s diagnózou, kde jsou nemocní zahrnuti pod široké označení (jako schizofrenik, hysterik nebo neurotik), se zdá větší. Proto je snaha oddělit osobnost člověka od jeho nemoci a v běžné mluvě to prosadit používáním složených výrazů jako je „nemocný schizofrenií“ nebo „člověk s obsedantně kompulzivní poruchou“.

Problémem pro léčbu může být stigmatizace oboru. Důvodem může být fakt, že v minulosti býval obor psychiatrie v některých systémech zneužíván (nacismus, komunismus)

a vedle léčebné funkce má částečně i funkci kontrolní. Další příčinou může být skutečnost, že psychické poruchy nejsou považovány za nemoci v pravém slova smyslu, proto se psychiatrická léčba může zdát nedůvěryhodná. V populaci může být stigmatizován také určitý léčebný postup nebo druh léčby. Léky mohou být pokládány za jedy a psychoterapie za brainwashing. Některé druhy léčby mohou být preferovány a jiné zavrhovány (Praško, 2001). J. Libiger (2002) uvádí, že diskriminace se tedy projevuje i v podceňování prostředků a zdrojů nezbytných pro rozvoj zdravotní péče o duševně nemocné a brání přechodu na péči, která bude bránit jejich dlouhodobé izolaci a posílení stigmatu.

4.2 Destigmatizace

Podle J. Praška (2001) je stigmatizace duševně nemocných vážným problémem, který řadu z nich odradí od léčby, proto je potřebná cesta k destigmatizaci. Důležitou roli zde hraje zdravotnická výchova a osvěta. Informovanost populace o duševních chorobách je v současnosti relativně malá. To napomáhá udržovat nepříznivý stereotyp duševně nemocného s celou řadou předsudků o jeho chování a léčbě. Aby byla změna v této oblasti možná, je potřeba dobře porozumět utváření stereotypu a jeho udržování na veřejnosti, u pacientů i zdravotníků. Stigmatizace je spojená s vnímáním určité skupiny lidí jen podle odlišnosti. To má za následek, že se zdá více cizí a tudíž i více ohrožuje. Proto by veřejnost měla být co nejvíce informována. Je však důležité, aby informace byly sdělovány opatrně, ale zároveň prohlubovaly porozumění procesů v mysli a prožívání nemocného. Pokud bude více chápáno, proč má člověk duševní chorobu a co ji provází, zvětší se zároveň začleňovací tendence do společnosti.

M. Šťastný (2009) uvádí, že hodně záleží také na nemocném, jak se dokáže začlenit. Měl by přijmout, že většinová společnost nebude vždy přijímat něco, co vybočuje a zjišťovat proč to vybočuje. Proto by se nemocní měli sami pokusit přizpůsobit se společnosti. Tento princip je samozřejmě náročný, ale je to pro dobro nemocného.

J. Praško (2001) zmiňuje, že destigmatizace stereotypu u zdravotního personálu by měla být součástí profesionálního vzdělávání. Nezávisí to však jen na množství získaných informací, protože pohled na nemocného s psychickou poruchou je závislý na laickém obrazu o duševně nemocném. Proto by součástí takového vzdělání měla být také možnost hlubšího porozumění problémům nemocného, které lze zprostředkovat vlastním výcvikem, semináři s nemocnými vedenými citlivými profesionály, videonahrávkami, literárními popisy vnitřních

stavů a jejich souvislostí. Také pomáhá se při výcvicích zaměřit na pozitivní diagnózu, kdy se zaměřuje na vše, co nemocný umí, v čem je zdatný a o co všechno se může v životě opírat.

L. Ripová (2002) uvádí, že ochrana práv duševně nemocných také přispívá k destigmatizaci. Podle J. Libigera (2002) byla otázka, zda je duševní zdraví legitimním předmětem péče společnosti, dlouho otevřená na rozdíl od postoje k tělesnému onemocnění. V únoru roku 1992 byla přijata Organizací spojených národů rezoluce číslo 119, která prohlašuje léčbu a péči o duševní nemoci za lidské právo. Tato rezoluce byla podkladem pro formulaci principů k ochraně osob s duševními nemocemi a ke zlepšení péče o duševně nemocné. L. Ripová (2002) zmiňuje, že nejdůležitější mezinárodní úmluvy pro zabezpečení práv duševně nemocných jsou:

- Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod
- Všeobecná deklarace lidských práv a svobod, Valné shromáždění OSN, 1948
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- Deklarace práv duševně postižených lidí, Valné shromáždění OSN, 1971 (Příloha č. 2)
- Deklarace lidských práv duševního zdraví, Nový Zéland, 1989 (Příloha č. 2)
- Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů, APA, Washington, 1992
- Světová deklarace zdraví (World Health Declaration), WHA, 1998
- Zásady pro ochranu psychicky nemocných osob a pro zlepšení péče o psychické zdraví

5. Vliv stigmatu duševní nemoci na sebepojetí člověka v depresi

Tato kapitola je založena na šetření provedeném s lidmi, kteří prošli nebo procházejí onemocněním deprese. Šetření je uskutečněno metodou řízených rozhovorů, kde respondenti odpovídají na tematické otázky, které se týkají vlivu stigmatu duševní nemoci na jejich sebepojetí. Kapitola je rozdělena na podkapitoly podle tematických okruhů, které se skládají z informací poskytnutých v předešlých kapitolách, a z odpovědí respondentů.

5.1 Šetření o vlivu stigmatu duševní nemoci na sebepojetí člověka v depresi

Deprese je nemoc, která je v naší společnosti velmi rozšířená. Podle J. Křivohlavého (2003) zhruba 20% až 25% lidí u nás prožívá v dané chvíli příznaky deprese. Myslím si však, že je tato nemoc v naší společnosti stále trochu podceňována a samotný stav duševní nemoci stále mytizován a často bývá přijímán s jistými předsudky. Stává se tedy stigmatem. V tomto šetření jsem zejména řešila otázku, zda se lidé, kteří trpí depresí, cítí dnešní společností stigmatizováni a do jaké míry stigma nebo samotné onemocnění depresí ovlivňuje jejich vztah k sobě, k okolí nebo k vyhledání odborné pomoci. Výsledky šetření jsou rozděleny do podkapitol podle daných témat a jsou zároveň doplněním textu předešlých kapitol. V příloze je uveden vzor rozhovoru (Příloha č. 3).

5.1.1 Vymezení problému šetření

- Jak se deprese projevovala a kdy se poprvé objevily příznaky deprese?
- Jak onemocnění deprese ovlivnilo vnímání sama sebe a vnímání okolí k respondentovi?
- Jak vnímání sama sebe i okolí ovlivnilo vyhledání odborné pomoci a jak se odborná společnost stavěla k respondentům?
- Mají respondenti pocit nějaké negativní nálepky nebo diskriminace?
- Mají respondenti strach z komunikace nebo z nepřijetí okolím na základě své nemoci?
- Změnil se postoj respondentů k sobě samým nebo široké veřejnosti k nim v průběhu nemoci?
- Jsou nějaké oblasti, ve kterých respondentům nemoc pomohla, a je něco, co by doporučili lidem, kteří procházejí depresí?

5.1.2 Cíle a úkoly šetření

Cílem šetření je zjistit, zda se dotazovaní, kteří prošli nebo procházejí depresí, cítí nějakým způsobem stigmatizováni. Jestli se změnilo vnímání sebe sama či přijímání okolí v důsledku stigmatu nebo samotné nemoci a pokud ano, jak. Dále jaký vliv má stigma nemoci na vyhledání odborné pomoci a na sebepojetí respondentů. A v neposlední řadě také jaký je vlastní prožitek deprese. Co může vzít a co zároveň dát.

5.1.3 Metody šetření

Metodou šetření jsou řízené rozhovory, které obsahují dvacet jedna otevřených otázek. Cílem není analyzovat rozhovory pomocí vědeckých metod, slouží spíše pro dokreslení práce.

5.1.4 Metodika šetření

Šetření bylo prováděno během roku 2010 a sběr dat se uskutečnil od ledna do dubna, data byla poté v květnu a červnu zpracována. Řízené rozhovory byly prováděny virtuálně, každý respondent byl ujistěn, že bude zachována jeho anonymita a rozhovory nebudou užity jinak než za účelem této diplomové práce. V odpovědích respondentů jsou opraveny jen základní gramatické jevy, jinak vše ostatní bylo zachováno pro větší autenticitu rozhovorů.

5.1.5 Hypotézy

Hypotéza č. 1.: Onemocnění depresí u čtyř respondentů ovlivní jejich sebepojetí tak, že se budou cítit méněcenní a nemoc budou považovat za vlastní selhání. Stejně je bude vnímat jejich okolí.

Hypotéza č. 2.: Vnímání sama sebe a vnímání respondenta okolím bude příčinou, že čtyři z dotazovaných oddálí vyhledání odborné léčby.

Hypotéza č. 3.: Čtyři respondenti budou mít pocit negativní nálepky nebo diskriminace ze strany společnosti.

Hypotéza č. 4.: Čtyři respondenti budou mít obavu mluvit o své nemoci na veřejnosti s pocitem, že kvůli nemoci nebudou přijati.

Hypotéza č. 5.: V průběhu nemoci se změní postoj všech respondentů k nim samotným tak, že se cítí nemocí posílnění po stránce zvládnání každodenních problémů. Postoj okolí je spíše odtažitý a plný nepochopení.

5.1.6 Charakteristika zkoumaného vzorku

Respondenti jsou lidé, kteří procházejí nebo procházeli onemocněním deprese. Rozhovory poskytly čtyři ženy ve věku 25 až 50 let a jeden muž ve věku 24 let. Tři respondenti dosáhli vysokoškolského vzdělání, jeden středoškolského a jeden základního. Respondenti pocházejí z různých částí České republiky a všichni pocházejí z okruhu mých přátel.

5.2 Výsledky šetření a jejich interpretace

Výsledky a interpretace šetření jsou rozděleny do pěti podkapitol, které jsou uspořádány podle jednotlivých tematických okruhů rozhovorů. Podkapitoly nejprve obsahují informace získané z odborné literatury, ze které tato práce čerpá, a následně jsou porovnány s odpověďmi respondentů. Obsahem poslední podkapitoly je krátké shrnutí šetření a snaha potvrdit nebo vyvrátit uskutečněné hypotézy na základě šetření. Cílem většiny kvalitativních rozhovorů je získat od respondentů jejich vlastní interpretaci jevu, který je zkoumán. Jsem si vědoma, že interpretace rozhovorů jsou zpracovávány na základě mého subjektivního pohledu. Kdyby šetření zpracovával někdo jiný, možná by došel k rozdílným závěrům. Přesto jsem se pokusila o interpretaci, která bude vyvážením mezi odbornou literaturou a odpověďmi respondentů.

5.2.1 Projevy deprese u respondentů a vnímání sama sebe na základě nemoci

Při onemocnění depresí je zasaženo myšlení, chování a tělesné fungování. Většina lidí cítí únavu, tíhu, malátnost, vyčerpanost. Pocit ztráty energie může dojít do takového stupně,

že je člověk schopen jen ležet. Pocity nedostatečnosti a méněcennosti vedou k vyhýbání se lidem. Psychické tempo se snižuje, myšlení zpomaluje. Depresi provázejí negativní emoce, které se projevují hlubokým smutkem, vymizením schopnosti radovat se z čehokoli, velikou úzkostí a strachem. V nejtěžších fázích deprese se mohou objevovat sebevražedné tendence (viz třetí kapitola).

Respondenti v tomto okruhu otázek odpovídali, jak dlouho je trápí depresivní stavy a jak se u nich projevily (v rozhovoru otázky 1 a 2).

Respondent 1: Žena – 28 let:

- *Bohužel si nevzpomínám přesně na rok, ale myslím, že mi bylo kolem 21 let.*
- *Každému překážím, jsem hrozná, neschopná, hnusná a nenávídím svoje tělo a mysl a cokoli dělám, dělám špatně. Byla jsem neustále hrozně fyzicky unavená a chtěla spát, ale sotva jsem zavřela oči, byla jsem vzhůru, protože mozek nepřestával fungovat. Netoužila jsem po ničem jiném než se zabít. Přemýšlela jsem o všech způsobech, jakým by bylo toto možné provést (elektrické vedení, utopit se, pustit fén do vany, prášky, podřezat si žíly...co asi tak nejmíň bolí?). Vzápětí jsem si paradoxně uvědomovala, že stále je tu rodina, která mě miluje! No jo, ale proč jim teda přidělovat problémy, lepší bude nebýt, ať se jim uleví. Takže prášky a pokusit se říznout...nezvládla jsem to, ten moment, kdy jsem se pokusila si fyzicky ublížit, pud sebezáchovy a silné pouto k rodině (matka a sestra) mě zastavilo.*

Respondent 2: muž – 24 let:

- *Bylo to v raném stadiu puberty cca 12. rok mého života.*
- *Uzavřením do sebe a sebepodceňováním a jakousi sebezničující reakcí na svět.*

Respondent 3: žena - 27 let

- *V šestnácti letech.*
- *V mém případě se nejednalo o klasické příznaky deprese. Jednalo se o depresi, jež byla způsobená sociální fobií. Tato deprese/sociální fobie se projevovala enormní nejistotou ve společnosti, z čehož plynulo psychické nepohodlí téměř v každé situaci. Pouze málokdy jsem dokázala projevit svoji pravou povahu, můj projev byl silně ovlivněn okolím.*

Respondent 4: žena – 50 let:

- *V plné míře před deseti lety.*
- *Hroznou únavou, nevolností, neschopností se přinutit k více činnostem. Zajímavé bylo, že se únava projevovala hlavně po příjezdu z práce domů, v zaměstnání jsem byla schopna, i když s námahou, fungovat. Završilo se to bolestí zad, která mi až znesnadňovala dýchání a na několik týdnů mě upoutala na lůžko.*

Respondent 5: žena – 25 let:

- *Asi ve dvaadvaceti letech. Možná dřív, ale tehdy jsem to připisovala dospívání apod.*
- *Úzkostí, nočními děsy, pocením, sociální fobii.*

U všech respondentů se objevily příznaky, které jsou uvedeny v odborné literatuře, avšak v různé míře a každý zdůraznil jiné. U dvou respondentů se vyskytly negativní emoce, s nimiž jsou spojeny pocity méněcennosti, sebepodceňování, sebeobviňování až sebenenávist. U tří se projeví fyzické příznaky jako únava, neschopnost dělat jakoukoli činnost, nevolnost, pocení nebo bolesti zad. Tyto somatické projevy jsou velmi často spojovány s onemocněním deprese a způsobují, že nemocní nejprve hledají odborníka se somatickým zaměřením, protože je nenapadne nebo si nechtějí připustit, že se jedná o psychickou nemoc (viz také Praško, 2001). Dva respondenti zmínili sociální fobii, kdy u jednoho z nich byla dokonce příčinou deprese. Jeden respondent uvedl sebevražedné tendence, kdy mu možnost ukončit život přišla i přes silné pouto k rodině jako jediné možné řešení jeho bezvýchodné situace.

S průběhem deprese souvisí také změněné sebepojetí člověka. Příčinou bývají hlavně negativní emoce, které nemocnému zaplaví mysl a mají tendence se zhoršovat. Jedná se o jakýsi bludný kruh, kdy vyvstane negativní emoce, nemocný ji zaregistruje, následně si vyčítá, že má takové myšlenky, čímž se vynoří další negativní emoce (viz třetí kapitola). Někteří respondenti je uvedli v předchozí otázce o projevech deprese, což si zdůvodňují tím, že se u nich vyskytovaly ve velké míře. Vnímání sama sebe se může změnit po prodělání jakékoli nemoci. Při prožívání deprese nemocný celkově negativně hodnotí sám sebe, což má za následek různé projevy a pocity.

První otázka na toto téma zněla: „Jak tento stav ovlivnil vnímání sama sebe?“ (v rozhovoru otázka číslo 3), druhá: „Vnímáte svůj stav, jako něco, v čem jste selhal/a, co je Vaše vina?“ (v rozhovoru otázka číslo 8)“. Poslední otázka tohoto tématu má záměrně podobné znění jako první a byla položena ke konci rozhovoru, aby si respondenti měli možnost

uvědomit, jak se vnímali ze začátku nemoci a jak se vnímají nyní. Pokud se něco změnilo. Znění otázky je: „Vnímáte se Vy sám/sama jinak od té doby? Jak?“ (v rozhovoru otázka číslo 19).

Respondent 1: Žena – 28 let:

- *Odpověď je, myslím, v bodě 2.*
- *Ano, vnímám to jako selhání sebe sama. Jsem citově dost nestabilní, tedy lépe řečeno labilní. A přestože máme v rodině za sebou dost nelehkých životních situací, myslím, že toto jsem mohla zvládnout lépe. Mrzí mě to hlavně kvůli naší mamce, která má za sebou tolik bolestných zkušeností, které vždy zvládla hlavně kvůli nám. Nikdy ji nepřestanu obdivovat a děkovat jí za podporu.*
- *Ne, myslím, že ne. Určitě ne na základě této zkušenosti.*

Respondent 2: muž – 24 let:

- *Určitě ano, ale to jsem v té době ještě nevnímal. Přišlo mi to naprosto normální, že se mění moje tělo a s tím přicházejí i změny mého vnímání na mé vlastní tělo nebo jakýkoli jiný stav.*
- *Ne, naprosto ne, spíše to naopak vnímám, že se mi daří vyhrávat nad tím, ale celkově si za to, jak se co stalo nebo co se děje už vinu dávám, ale jen do malé míry.*
- *Nevím od jaké doby, ale pokud je to doba, kdy to bylo zlé tak ano- vnímám se jako schránka, ve které jsem uvězněn a nemůžu jít pryč, a jsem tady vlastně jen proto, abych hrozně trpěl a nikdy nedosáhl spokojenosti nebo nějakého odpočinku. A pokud je to doba, kdy jsem už vyrovnaný, tak také - stále jsem jen uvězněn v tomhle křehounkém obalu z masa, kostí, krve a vody, ale už netrpím a jen čekám na to, co přijde, a je mi to vlastně i tak trochu jedno, co se stane. Ať už je to dobré nebo zlé, tak jsem už natolik silný, že se budu pouze usmívat nebo smát.*

Respondent 3: žena – 27 let:

- *Ano, ovlivnil, vnímala jsem se jako neschopný zoufalec.*
- *Ne. Nevnímám to jako selhání. Dříve jsem to tak však vnímala. V dobách těžkého psychického strádání jsem ze svých problémů vinila mé rodiče – příliš se o mne starali a nenechali mne rozvíjet se samostatně, proto jsem ve společnosti neobstávala. Nyní*

však vím, že se jedná o nemoc. Proto z tohoto neviním ani sebe, ani nikoho druhého. Jediné, co mne mrzí, je, že psychologové, které jsem navštívila, nerozpoznali, že se jedná o nemoc a ne o psychickou poruchu. Pokud bych navštívila psychiatra již v raném stádiu nemoci, mohla jsem svých 10 let života (věk 16 – 26 let) prožít s o mnoho větším naplněním. Zároveň si však velice vážím současného stavu, který toto kompenzuje.

- Dokázala jsem opět rozpoznat svoji povahu, která se mi již snad úplně v době nejhorsích depresí vytratila ze vzpomínek.

Respondent 4: žena – 50 let:

- Ano, domnívala jsem se, že jsem nemocná nějakou virózou, a nedocházelo mi, že je zvláštní, že jsem slabá jen o víkendech. Pak jsem se samozřejmě hodnotila jako neschopná, když jsem jen uvařila a nebylo v mých silách udržovat domácnost v čistotě. Nikdy jsem nebyla hospodyňka, jejímž smyslem života je vypulírovaný byteček, ale tehdy to u nás nevypadalo moc dobře. Jen díky starším dětem, které mě zastoupily v úklidu, se k nám nepřestěhovala nějaká hmyzí havěť.
- Nyní, po delší terapii, si to již tolik za vinu nekladu, začala jsem si to odpouštět, ale na začátku jsem se trápila hrozným sebeobviňováním. Jaká jsem to matka, ani láska k dětem mě nedonutí k výkonu, co jsem to za slabocha, který nedokáže zvládnout běžné životní situace, atd.
- Vnímám se jinak než na začátku léčby. O spoustě věcí přemýšlím jiným způsobem, již se tak neobviňuji. A dobře si uvědomuji, že neléčit se, dopadlo by to se mnou dosti špatně.

Respondent 5: žena – 25 let:

- Člověk se cítí méněcennější a „slabší“ a to, jak se snaží tvářit normálně, je unavující.
- Ne!
- Určitě jsem vyrovnanější, klidnější, k čemuž určitě napomáhá dlouhodobá medikace a pravidelné konzultace s psychiatrem a psychoterapeutkou. Zároveň umím lépe pracovat se svou nestabilní povahou a беру ji jednoduše takovou, jaká je.

U první otázky se všichni respondenti shodli, že se změnilo jejich vnímání sama sebe v důsledku nemoci. Projevily se pocity méněcennosti, vlastní neschopnosti, slabosti a zoufalosti. Jeden respondent to po zaregistrování přičítal období dospívání, další

z respondentů fyzické nemoci, což bývá, jak už bylo řečeno, u depresí častým jevem. U další otázky jeden respondent nemoc vnímá jako selhání sama sebe, dva to tak vnímali dříve, ale momentálně už to za svou chybu nepovažují. Poslední dva respondenti si to za vinu nedávají, jen jeden z nich to dříve dával za vinu svému okolí, ale teď už nikomu. V poslední otázce se jeden respondent vyjádřil, že se nevnímá jinak na základě této zkušenosti. Ostatní zmiňují, že je to spíše posílilo. Někteří hovoří o tom, že se cítí vyrovnanější, klidnější, a jiní, že mají nový pohled na svět, tolik se neobviňují nebo se jim povedlo znovu nalézt svou pravou povahu, poté, co se dostali z nejhorší fáze deprese.

5.2.2 Vnímání a postoj okolí, pocit možného stigmatu a diskriminace

S vnímáním sama sebe úzce souvisí i to, jak daného jedince vnímá jeho okolí. C. D. Cooly (in Čačka, 2002) to označuje jako „sociální zrcadlo“, kdy je okolí pro jedince jakýmsi odrazem, podle kterého si tvoří obraz sám o sobě. Proto byly do rozhovoru začleněny otázky, které se týkají tohoto tématu.

Respondenti byli dotázáni, zda si všimli změn postoje okolí k nim v průběhu nemoci, pokud ano tak jakých. Na konci rozhovoru byla položena otázka se skoro stejným zněním, aby si respondenti měli možnost uvědomit, jak to vnímali na začátku léčby a jak na konci (v rozhovoru otázky 5 a 18).

Respondent 1: žena – 28 let:

- *Ano, samozřejmě že ano. Bylo to sice dočasné, ale někteří moji přátelé nevěděli, jak se ke mně mají chovat, byli rozpačití a s někým jsem se po dobu hospitalizace neviděla vůbec. Docela to chápu. Začlenění se zpět do „normálního“ života pak ještě nějakou dobu trvalo.*
- *Myslím, že znění otázky je stejné jako v bodě 5.*

Respondent 2: muž – 24 let:

- *Spousty lidí se ke mně otočily zády a už mně nevnímaly jako jednoho z nich a jiní mne naopak obdivovali, i když nevím za co...*
- *Ano, za prvé nejbližší - když to bylo nejhorší, snažili se pomoci, jak to jen šlo, a je jedno, co pro to udělali, ale byli tady. Za druhé širší okolí - se odvrátilo zády a*

nechtělo nic vědět ani slyšet o tom, co já dělám nebo co se stalo, jak se daří nebo tak, ale po vyhrabání se z hoven byli opět ti nejlepší, co jsou na světě, ale jen proto, že něco chtěli nebo potřebovali.

Respondent 3: žena – 27 let:

- *V průběhu nemoci se postoje druhých neměnily. Okolí na mne reagovalo konstantně divně, moji blízcí konstantně tolerantně.*
- *Ano, postoj se mění. Jednám vyrovnaněji a s větší sebedůvěrou, rozvahou, proto je postoj okolí pozitivnější oproti minulosti.*

Respondent 4: žena – 50 let:

- *Má rodina, a myslím tím i vdané sestry a maminku, mě nutila, abych vyhledala odbornou pomoc, přestože jsem byla přesvědčená, že to zvládnou sama.*
- *Jak jsem již předeslala, doufám, že nejširší okolí netuší nic. A blízcí? Myslím, že si mnozí oddechli, že se léčím, drží mi palce a jsou rádi, že jsem relativně „normální“. Jen si nedovedu zatím představit život bez medikace.*

Respondent 5: žena – 25 let:

- *Nejsem zvyklá tolik ventilovat své vnitřní stavy, takže o tom vědí jen ti nejbližší. Někteří brali ohledy, snažili se být citliví, jiní změny v mém chování a intenzitě negativního prožívání nechápali a byli jimi sami podráždění.*
- *Můj nejbližší si se mnou, myslím, dost zkusil a nesmírně si vážím toho, že se mi snažil a snaží být vždy oporou a umí povzbudit. Takové štěstí každý nemá.*

U většiny respondentů zaznělo, že rodina a nejbližší okolí se snažilo pomoci i přesto, že si vždy nebyli jistí, jak se k situaci postavit. Cizí lidé se od nich odvrátili nebo byla snaha, aby se o tom vůbec nedozvěděli. Tři respondenti přímo uvedli, že se zlepšil postoj okolí poté, co se situace celkově zlepšila. To potvrzuje, že širší veřejnost stále neví, jak se má stavět k nemocem, jako je deprese. Možná je to kvůli malé informovanosti, a protože o nemoci mnoho nevědí, tohoto stavu se obávají a raději se „otočí zády“. Z toho může vyplývat i samotný postoj respondentů k sobě, mohou se cítit odvrženi a raději své nesnáze tají. Důležité je, že má člověk zázemí v rodině nebo přátelích. Kvůli svému blízkému se snaží věc pochopit a pomoci i přes to, že třeba nemají zkušenosti s touto chorobou. Další dvě otázky tohoto

tématu se týkají přímo přisuzování viny nebo selhání okolím, a zda to dotazovaní tak pociťují. Proto bylo zjišťováno, zda mají pocit, že jim nejprve jejich blízké a pak širší okolí dává vinu za jejich nynější stav. (v rozhovoru otázky číslo 9 a 10),

Respondent 1: žena – 28 let:

- *Nevím.*
- *Nevím vůbec, jak vnímá široké okolí psychické poruchy a depresivní stavy.*

Respondent 2: muž – 24 let:

- *Mám takový pocit, jakoby si jedni z nejbližších dávali vinu za to, co se děje.*
- *Většina zřejmě ano, myslí si, že je to má vina, protože nechápou.*

Respondent 3: žena – 27 let:

- *Mnohokrát mne blízké i širší okolí vinilo z neochoty, nevstřícnosti, nechuti komunikovat, z toho, že se neustále mračím, neusmívám. Pouze já jsem věděla, že se nejedná o neochotu. Snažila jsem se tento fakt vysvětlit i třeba blízké osobě, bohužel to nevedlo k pochopení. Okolí se stále domnívalo, že je mé jednání na mé vůli závislé. Naopak bylo mým velkým přáním komunikovat přirozeně, považovala jsem naplnění této schopnosti za můj životní cíl.*

Respondent 4: žena – 50 let:

- *Určitě. Někteří to tak vnímají.*
- *Tam se bojím ještě víc. Úzkostlivě svoji nemoc tajím v práci, před sousedy, i před novým obvodním lékařem. Mám hrůzu z toho, že by se to někdo na maloměstě dozvěděl. Když jedu k lékaři do krajského města, lžu, že jedu za maminkou a za nákupy, odmítám návštěvy lékaře dopoledne, protože by si zaměstnavatel na propustce přečetl - PSYCHIATR!*

Respondent 5: žena – 25 let:

- *Umím si snadno představit, že ano, ale setkala jsem se spíše s podporou. I když někteří museli překousnout, že potřebuji odbornou pomoc a neumím se se vším poprat sama.*
- *Většina lidí se dnes tváří, že docházet na terapii je normální, ale jakmile se to o někom konkrétním ví, dotyčný je určitým způsobem „zaškatulkován.“*

V tomto tématu se jednotlivé odpovědi respondentů značně liší. První respondent se nejspíš neodvažuje hodnotit to, co si myslí ostatní o jeho nemoci. Druhý respondent se domnívá, že blízcí si spíše kladou vinu za to, co se děje, ale většina širšího okolí to pokládá za vinu a selhání respondenta, protože zřejmě nejsou dostatečně informováni o problematice. To naznačuje, že pokud by společnost věděla o nemoci více, možná by méně obviňovala lidi postižené depresí z neschopnosti. Na to navazuje odpověď třetího respondenta, který spojil široké i blízké okolí dohromady. Uvádí, že okolí ho obviňovalo z neochoty, nevstřícnosti, nechuti komunikovat nebo z neustále špatné nálady. Neuvědomovalo si, že kvůli nemoci není respondent schopen tyto projevy vlastní vůlí ovládat, přestože bylo jeho největším přáním být veselý a komunikativní. U čtvrtého respondenta mu někteří blízcí dávají za vinu jeho stav a hodně se bojí, že by to tak mohlo vnímat široké okolí, proto to tají v zaměstnání, před známými i před svým lékařem. Může to být způsobeno tím, že žije na malém městě, kde by to mohlo více uškodit pověsti a zkomplikovat život. Je zajímavé, že ostatní respondenti neprojevují takový strach, že by se to dozvědělo široké okolí. Je to možná tím, že je žena staršího věku a může se bát i o své děti nebo zná více svých vrstevníků, kteří o nemoci nevědí téměř nic, a proto by se setkala s nepřijetím. Poslední respondent naznačuje, že v povědomí společnosti již je zakotveno to, že některé nemoci se musí léčit terapií a že je to vlastně normální. Mluví však o tom, že pokud už se někdo začne opravdu léčit, bývá zaškatulkován. To znamená, že v povědomí společnosti je jisté přijetí onemocnění depresí, ale zřejmě to ještě není na takové úrovni, aby se to stalo zcela přijatelné.

V předchozích odpovědích již respondenti projevují náznaky, že by mohli být kvůli svému stavu negativně označeni okolní společností. S tím souvisí další otázka (v rozhovoru číslo 11), která zní: „Máte pocit, že Vám Vaše onemocnění vytváří určitou negativní nálepku?“

Respondent 1: žena – 28 let:

- *Asi záleží na tom kde a před kým. Pokud se jedná o zaměstnání, tak by to tak mohlo být, v případě, že se někdo zajímá hlouběji. Jinak ale jsem se nesečkala s nepochopením.*

Respondent 2: muž – 24 let:

- *Přímo mi to negativní nálepkou nedělá, ale to, co se děje se mnou v depresích, mi dělá špatný obraz o mně samotném.*

Respondent 3: žena – 27 let:

- *Za svůj problém se nestydím, proto předpokládám, že není chápán negativně. Jestli skutečně je nebo není, nevím.*

Respondent 4: žena – 50 let:

- *Pracuji ve školství a nejen rodiče, ale i některé kolegyně by mě odsoudili, že jsem blázen a nemůžu učit.*

Respondent 5: žena – 25 let:

- *Nemám, jen tak někomu to totiž nevykládám.*

Většina respondentů se shodla, že záleží na tom, od koho by negativní nálepka měla pocházet. Nejvíce očekávají jistou stigmatizaci v zaměstnání nebo od cizích lidí, před kterými se raději nesvěřují. Jinak si myslí, že v blízkém okolí stigmatizování nejsou. Druhý respondent přikládá negativní nálepkou spíše sám sobě, což odpovídá takzvané sebestigmatizaci (viz čtvrtá kapitola). Tento jev se v určité míře vyskytl u většiny respondentů v předešlé kapitole, kdy hodnotili vnímání sama sebe. Projevovalo se to hlavně pocitem selhání a méněcennosti. S možným stigmatem nemoci souvisí i to, jak lidé otevřeně mluví o svém stavu. Jedná se o komunikaci jak s blízkými, tak s cizími lidmi. Pokud mají strach z nepochopení nebo nepřijetí, snaží se svou nemoc tajit, což může být velice náročné.

Proto byly respondentům pokládány otázky (v rozhovoru čísla 12, 13, 14): „Ostýcháte se někdy otevřeně mluvit mezi svými blízkými o své nemoci, protože se obáváte, že by to nebylo pochopeno nebo přijato?“. Další otázkou bylo: „Máte podobné obavy v komunikaci s

cizími lidmi?“ a poslední: „Pokud někteří lidé nevědí o Vaší nemoci, máte pocit, že by Vás začali přijímat jinak, kdyby se o nemoci dozvěděli? Jak?“.

Respondent 1: žena – 28 let:

- *Pokud někoho mohu „označit“ jako svého blízkého a naopak on mne, tak se nikdy nesečkám s nepochopením a tedy mohu mluvit otevřeně o čemkoliv.*
- *Pokud jsou lidé cizí, nevidím důvod s nimi mluvit o těchto osobních věcech.*
- *Ano, myslím, že je to možné, ale to už není můj problém.*

Respondent 2: muž – 24 let:

- *Mezi blízkými se toho nebojím, ale raději o tom nemluví, abych nepřidělával další starosti.*
- *Hodně záleží na povaze toho jedince a na tom, v jaké situaci se potkáme nebo poznáme.*
- *Možná ano, asi by byli hodnější nebo by se báli a byli opatrnější na to, co dělám, na to, co říkají, aby mně nerozrušili nebo tak podobně.*

Respondent 3: žena – 27 let:

- *V průběhu nemoci jsem o své nemoci mluvila neustále. Bylo to z důvodu, že jsem vyhledávala pochopení, chtěla jsem vysvětlit své jednání a obhajovat se. Přesvědčit je, že se nejedná o záměr. Čím horší stav, tím jsem více měla zájem o nemoci hovořit se svými blízkými. Nyní již o nemoci příliš nemluví – není přeci o čem mluvit. Pouze vlastně upozorňuji na rozdíly mých jednání před a po léčbě a užívám pocitu vysvobození.*
- *I s cizími lidmi jsem ráda mluvila o svém problému. Zklidňovalo mě to.*
- *Pokud by o nemoci věděli, dokázali by si některé mé reakce vysvětlit. Neposuzovali by mne negativně.*

Respondent 4: žena – 50 let:

- *Mezi blízkými jsem v pohodě, mluví o tom i s těmi členy rodiny, kteří na mě trochu koukají skrz prsty, že mi vlastně nic nemůže být a mohla bych to zvládnout sama, bez léků.*
- *Cizí lidé se to NESMÍ dozvědět.*

- *Jsem naprosto přesvědčena o tom, že by se divili, proč mi zaměstnavatel nedá výpověď, žáci by radostně začali zkoušet, co vydržím těsně předtím, než se totálně zblázním, a na postranní, někdy možná i soucitné, pohledy mých kolegů nejsem taky zvědavá.*

Respondent 5: žena – 25 let:

- *Jak jsem řekla, nepovažuji za nutné to před nimi vyprávět. Ne proto, že bych se bála záporných reakcí, spíš by mě obtěžovaly soucitné pohledy apod.*
- *Tak s cizími o tom nemluvím už vůbec.*
- *Myslím, že ano. Možná by si šuškali za zády, že jsem cvok nebo podobné nesmysly, možná by brali zbytečné ohledy. Posměchu nebo podobných reakcí se nebojím, to už snad dnes ani nehrozí...*

U první otázky se respondenti shodli, že se před blízkými lidmi nebojí mluvit o svých potížích, třetí respondent to vyhledával kvůli pochopení – snaze se obhájit. Dva respondenti o tom nemluví ne proto, že by měli strach z nepochopení, ale spíše nechťejí mít pocit zbytečných ohledů nebo přidělovat starosti. To dokazuje, že mezi blízkými, tam, kde se respondenti cítí v bezpečí, pro ně není problém hovořit o svém stavu, i přes to, že to někteří blízcí plně nepřijímají. Naopak je tomu v komunikaci s cizími lidmi. Většina respondentů o svém problému před cizími raději nehovoří. U čtvrtého respondenta se to cizí lidé dokonce nesmí dozvědět. To si vysvětlují tím, že se obávají jistého nepřijetí většinovou společností nebo je to pro ně velice intimní záležitost, o které nehodlají mluvit s nikým jen tak na setkání. To může být způsobeno také tím, že nemoc vyvolává pocit vlastního selhání, protože u duševních nemocí nejsou jasné fyzické příznaky (viz čtvrtá kapitola). Druhý respondent uvedl, že velice záleží na povaze cizího člověka a situaci, ve které se setkají. Třetí respondent měl potřebu mluvit před cizími lidmi o svém problému, protože ho to zklidňovalo, což potvrzuje tezi z první kapitoly, kdy míra stigmatu záleží na druhu stigmatu, povaze stigmatizovaného a prostředí, ve kterém se nachází. Všichni respondenti předpokládají nebo připouští jako možnost, že by lidé změnili postoj k nim, kdyby se dozvěděli o jejich nemoci. Lehce se rozcházejí v odůvodněních tohoto pocitu. Tři respondenti uvádí, že by očekávali větší opatrnost, zbytečné ohledy nebo možné „šuškáni za zády“ v komunikaci s nimi ze strany okolí, na které nejsou zvědaví. Čtvrtý respondent má tento pocit hlavně v zaměstnání, proto o svém problému nechce mluvit, což je nejspíš hodně způsobeno povahou zaměstnání učitele. Třetí respondent se domnívá, že kdyby se lidé dozvěděli více, měli by větší pochopení.

Ke stigmatu patří také možná diskriminace nemocných. Proto je dotaz na ni další součástí rozhovoru: „Máte někdy pocit, že byste kvůli svému onemocnění mohl/a být diskriminován/a?“, kdy navazuje další otázka: „Pokud ano, co si myslíte, že by to pomohlo změnit?“. Protože možné stigma zmírňuje dostatečná informovanost (viz první a čtvrtá kapitola), byla do této oblasti i zahrnuta otázka: „Myslíte si, že je široká veřejnost dostatečně informována o depresi a o tom, co způsobuje?“ (v rozhovorech otázky číslo 15, 16, 17).

Respondent 1: žena – 28 let:

- *Nemyslím, že diskriminována, ale určitě v některých povoláních bych nemohla být přijata, protože k psychické stabilitě je přihlíženo, ale o taková zaměstnání se neucházím.*
- *Viz odpověď 15.*
- *Nedokážu to přesně posoudit, ale myslím si, že by to mohlo být lepší. Pokud se třeba na základních školách již nyní otevřeně mluví o těchto problémech, jako o tom, že si můžeme zlomit ruce, nohy, pak je to super.*

Respondent 2: muž – 24 let:

- *NE.*
- *Veliká přetvářka v práci, ale to by stejně nešlo vydržet dlouho.*
- *V žádném případě není. Spousta lidí má přehnané představy o tom, co to obnáší a spousta si jich myslí, že to je jen nějaký trik, jak simulovat a být za chudinku. Ten, kdo se s tím nasetkal v okolí, osobně nebo se o to nezajímá, tak nemá šanci se dozvědět dostatek informací.*

Respondent 3: žena – 27 let:

- *Tato nemoc diskriminuje ve smyslu společenského uplatnění. Vzhledem k tomu, že je společnost všude, jedná se o velmi silnou diskriminaci.*
- *Léčba.*
- *Myslím, že lidé obecně nepovažují depresi za nemoc, ale za náladové rozpoložení, které lze překonat vlastní vůlí. Soudím však podle úzké skupiny lidí.*

Respondent 4: žena – 50 let:

- *Ten pocit mě provází každý den.*
- *Netuším. Osvěta? Nevěřím tomu.*
- *Domnívám se, že ne. Ani já jsem přece o ní nic nevěděla. Tak často jsme zvyklí říkat, že z toho budeme mít depresi, aniž bychom tušili, co to obnáší. Myslela jsem si, že to je jen smutná nálada, zamračení atd. Neschopnost spát, jíst a tak hroznou únavu bych tomu nepřičítala.*

Respondent 5: žena – 25 let:

- *Pokud by součástí pracovního pohovoru byla otázka: „Trpíte/trpěla jste psychickou nemocí a léčíte se/léčila jste se?“, tak ano. Někteří si myslí, že deprese člověka navěky oslabí a ten pak nemůže kvalitně vykonávat svou práci, což by mě osobně dost limitovalo.*
- *Když řeknu „osvěta“, zní to jako klišé. Ale asi ano, mám pocit, že znalosti (jakékoliv) problematiky napomáhají porozumění.*
- *Stejně jako je pro lidi rýma chřipkou a bolest hlavy migrénou, tak jakákoliv špatná nálada je ihned považována za depresi. Bohužel to tak není a na šíření těchto bludů se podílí především média, jejichž moc přehlasovat není v silách odborné veřejnosti.*

Většina respondentů uvedla, že hlavní diskriminaci pociťují v zaměstnání nebo společenském uplatnění. Druhý respondent odpověděl, že diskriminaci nepociťuje, ale v další otázce zmínil, že pokud by byla, očekával by ji také v zaměstnání. To potvrzuje, že na některé pozice jsou ohledně psychického zdraví vysoké nároky. Někteří zaměstnavatelé si možná nejsou vědomi, že deprese je léčitelná nemoc, a pokud člověk není v akutním stádiu deprese, většinou to nesnižuje jeho kvality (viz třetí kapitola). Odůvodnění by mohlo být v nedostatečné informovanosti společnosti a z toho vyplývajícího určitého stigmatu duševního onemocnění obecně. Tím je navázáno na další otázku rozhovoru - jak by se mohla situace zlepšit. Většina dotazovaných zmínila osvětu, i když někteří jsou i k tomuto řešení skeptičtí. Třetí respondent zmínil léčbu, která zlepšila jeho stav, a tak se nemusí obávat o to, že by byl diskriminován. Druhý respondent zmínil přetvářku, což, jak sám uvádí, je velice náročné. Odborníci, stejně jako respondenti, se v tomto tématu shodují (viz čtvrtá kapitola), že nejvíce by mohla pomoci informovanost společnosti a vzdělávání odborníků, které by přispělo k destigmatizaci a menší diskriminaci nemocných.

V poslední otázce tohoto tématu se dotazovaní jednoznačně shodují, že společnost není dostatečně informována, čímž potvrzují předešlé výroky. Podle některých by se mohlo o depresi učit již na základních školách a o všeobecném povědomí a vymezení, co je deprese ve skutečnosti, by se mělo více diskutovat s veřejností. Pátý respondent zmiňuje, že velký negativní vliv mají média, což potvrzují teze odborníků ve čtvrté kapitole.

5.2.3 Vyhledání odborné pomoci a postoj odborné společnosti

Na průběhu nemoci a vnímání sama sebe závisí také fakt, jak jsou lidé přijímáni lékaři a odbornou veřejností. Ovlivňuje to postoj k nim samotným. Pokud je postoj lékaře negativní nebo zlehčující, postižený si může připadat jako člověk velice špatných kvalit. Při vyhledání léčby je neméně důležité, jakým způsobem nemocný vnímá sám sebe a své potíže a také jak to vnímá jeho bezprostřední okolí a jaký celkový postoj k léčbě určité nemoci zaujímá široká veřejnost (viz čtvrtá kapitola). Proto k tomuto tématu byla nejprve zařazena otázka týkající se ovlivnění vnímání sama sebe: „Ovlivnilo vnímání sama sebe to, jestli jste vyhledal/a nebo nevyhledal/a odbornou pomoc? Jak?“. Další otázkou je, jak vyhledání pomoci ovlivňuje okolí: „Ovlivnilo vnímání okolí to, zda jste vyhledal/a nebo nevyhledal/a odbornou léčbu? Jak?“. Jako poslední byla k tomuto tématu zařazena otázka: „Měl/a jste pocit, že by Váš stav byl podceňován ze strany odborné společnosti?“ (v rozhovorech otázka číslo 4, 6, 7).

Respondent 1: žena – 28 let:

- *Odbornou pomoc jsme vyhledali ještě dříve, než jsem se pokusila ukončit svůj život. Docházela jsem ambulantně k psycholožce a následně k psychiatrice. Samozřejmě na popud rodiny, sama bych nikoho neoslovila. Velký respekt jsem měla ze sestřina přítele, který měl velkou zásluhu na tom, že jsem se po první, cca dvoudenní, hospitalizaci, kdy jsem podepsala revers, vrátila víceméně „dobrovolně“ zpět na 45ti denní léčení.*
- *Viz odpověď 4*
- *Ne, ze strany odborníků nebyl stav podceňován, jen jsou prostě natolik imunní vůči neustále se opakujícím depresivním stavům, že pacient může tento pocit mít. Samozřejmě si musí držet i profesionální odstup, což také není vnímáno jako pozitivní ze strany léčeného. Chce na ně přehodit veškerou zodpovědnost za své uzdravení. Když se mě při druhém pokusu o hospitalizaci doktorka zeptala: „Vy jste zase zpátky?*

A co s tím budete dělat?“, chtěla jsem okamžitě umřít, nebýt, nikdy neexistovat. Někteří odborníci jsou proto, aby Vám ukázali cestu, jít po ní musíte sami, jiní se snaží vše řešit pouze změnou a obměnou léků, což je opravdu velká škoda.

Respondent 2: muž – 24 let:

- *Nemám ten pocit, že by mi nějakým výrazným způsobem pomohl jakýkoli lékař nebo i terapeut, u kterého jsem byl, jediné, co se změnilo po pobytu v léčebně, je mnohem větší soucit s lidmi, které zasáhli nějaké psychické problémy, ale samotné vyrovnání přišlo zevnitř.*
- *Samozřejmě, že při pobytu v léčebně se o tom za prvé dozvědělo více lidí a jejich reakce byly rozdílné viz otázka 5.*
- *Ne, to jsem neměl, ba naopak se snažily udělat mi všechno možné, aby zjistily, co se mi v té hlavě děje nebo naopak neděje.*

Respondent 3: žena – 27 let:

- *Snažila jsem se vše řešit sama, bohužel bezúspěšně. Později - od devatenácti let - jsem vyhledávala pomoc psychologů, výsledek byl bez efektu. V poslední fázi jsem se rozhodla pro odbornou pomoc a navštívila jsem psychiatrickou ordinaci.*
- *Okolí ovlivnil můj nový projev. V průběhu léčby jsem stále více projevovала přirozenější jednání, na které jednalo okolí pozitivně.*
- *Setkala jsem se pouze s jedním psychiatrem, který moji léčbu bere velice vážně. Rozhodně můj stav nepodceňuje.*

Respondent 4: žena – 50 let:

- *Když jsem se cítila hrozně, tehdy jsem odbornou pomoc nevyhledala, protože jsem ještě netušila, že jde o stav duše. Obvodního lékaře jsem vyhledala jen kvůli bolesti zad. Jiná situace nastala o pár let později, kdy mi mé problémy již zabránily vykonávat práci. To už jsem věděla, že mám duševní problémy. Nemohla jsem spát, jíst a hlavou pořád honila utkvělé myšlenky.*
- *Ovlivnilo. Nebýt rodiny, určitě bych netrvala na psychiatrickém vyšetření. Obvodní lékař chtěl moje problémy vyřešit sám.*
- *Jak jsem již řekla, u obvodního lékaře jsem trochu ten pocit měla.*

Respondent 5: žena – 25 let:

- *Ani ne, u mě to byl spíš souhrn různých faktorů – potřeba blízkých mi pomoci, ale i vlastní pocit, že „takhle to dál nejde“.*
- *Myslím, že ano. Dostala jsem kontakt na paní doktorku, například.*
- *Moje psychologka a psychiatr nic nepodceňovali. Naopak.*

Odpovědi na první dvě otázky se u dotázaných mírně prolínají. Co se týče vnímání sama sebe, většinou respondenti vyhledali léčbu, až když byl jejich stav neúnosný, nejprve se snažili situaci řešit sami. Čtvrtý dotázaný zpočátku hledal kvůli somatickým problémům pomoc u obvodního lékaře. Oba tyto jevy jsou popsány ve třetí a čtvrté kapitole této práce, kdy si nemocný nejprve neuvědomuje nebo nepřipouští, že by mohlo jít o psychickou nemoc, proto s řešením vyčkává do krajní meze nebo hledá příčinu v somatických obtížích, jež bývají spíše až druhotným projevem deprese. U většiny dotazovaných byla rodina a blízké okolí spouštěčem k vyhledání odborné pomoci, protože nejspíš dokázaly v danou chvíli lépe zhodnotit situaci a měli větší energii k činům. Druhý respondent popisuje samotný akt léčby, kdy mu to spíše rozšířilo obzory, a reakce okolí na léčbu byly různé. Na to, zda respondenti měli pocit, že jejich stav byl podceňován ze strany lékařů, odpověděli, že spíše ne. Dva z nich vypověděli, že měli opačný pocit, kdy se setkali s velkou vstřícností a pomocí. Ostatní zmiňují, že u některých takový pocit měli. Čtvrtý respondent měl pocit podceňování u svého obvodního lékaře. Z toho vyplývá, že výcvik a informovanost lékařů nejsou ještě zcela úplně provázány a naplněny, jak je zmiňováno ve čtvrté kapitole. Je ještě hodně věcí, které by se měly zdokonalit, hlavně osobnostními výcviky a větší informovaností lékařů, kteří se přímo nevěnují psychickému zdraví.

5.2.4 Možné přínosy deprese

Zájmem rozhovorů bylo také zjistit, zda zkušenost s nemocí může respondentům něco přinést. Z toho důvodu a také proto, aby měli možnost si sami pro sebe zrekapitulovat a připomenout, co pro ně tento zážitek znamená, byly zařazeny do rozhovorů otázky: „Jsou nějaké oblasti, ve kterých Vám Vaše nemoc pomohla?“, a také: „Je něco, co byste doporučil/a čtenářům, kteří procházejí podobnou situací?“ (v rozhovoru otázky číslo 20 a 21).

Respondent 1: žena – 28 let:

- *Určitě mám hlubší pochopení pro psychické potíže.*
- *Má-li problém řešení, není třeba dělat si starosti, nemá-li řešení, jsou starosti zbytečné. Člověk prostě musí chtít myslet pozitivně (nejen na sebe), jinak deprese bude noční můrou.*

Respondent 2: muž – 24 let:

- *ANO. Jsem to já, sám celý, ne jen nějaká oblast, ale jako celek jsem se zdokonalil a zpevnil psychicky i fyzicky, jsem schopen přežít podle mého soudu naprosto vše. Navíc mě jen tak nic nerozhází, nevykolejí a nezastraší. Hodně jsem se dověděl o psychice a o podvědomí, o tom jak se ho naučit ovládat, jak si v sobě zadržet ty nejhorší věci, a potom je jen malým mávnutím proutku zlikvidovat.*
- *Úsměv na tváři. Ale hlavně nic nepodceňovat, pokud se člověk bojí jít k odborníkovi, tak ať si alespoň sežene co nejvíce materiálů, které ho dřív nebo později dovedou k odborníkovi, hlavně nedělat žádné blbosti, jako třeba to, že si člověk ublíží nebo něco více.*

Respondent 3: žena – 27 let:

- *Pomohla mi dokázat umět rozpoznat a velmi citlivě vnímat psychické stavy druhých lidí. Mít pro jejich psychický stav porozumění. Pokud bych nemoc neprodělala, patrně bych nedokázala tolikrát za den prožívat radost. Jakýkoliv minimální úspěch v komunikaci mne naplňuje radostí (komunikace v práci, v obchodě...). Tyto úspěchy bych si za absence nemoci jen těžko uvědomovala. Naučila mne nebrat neúspěchy, byť v jakékoliv oblasti (komunikace, škola, práce atd.), jako prohru a zklamání, ale jako výzvu pro možnost realizace dalšího úspěchu. Nemoc mne podpořila ve snaze neustále si uvědomovat, co mám, a vážit si toho.*
- *Doporučila bych odbornou léčbu. Ze zkušenosti vím, že člověk není schopen tuto nemoc překonat sám. Bez odborné léčby se naopak nemoc neustále prohlubuje, zacyklovává. 10 let jsem se snažila problém řešit svépomocí. Toto řešení mne nakonec dovedlo do stavu absolutně bezvýchodná situace, kdy pro mne již život nenabýval smyslu. Poslední zbytky chvil, kdy jsem prožívala minimální radost, vymizely. Léčba způsobila obrovský zvrát v mém životě.*

Respondent 4: žena – 50 let:

- *Vážím si víc obyčejných věcí, dovedu si vychutnat všední maličkosti a jsem moc ráda, že jsem schopna je vnímat. V předešlém období bez léčby, kdy jsem měla pocit, že i slunce je šedivé a nemám ani jeden jediný důvod, proč se plahočit tímto temným světem, jsem totiž schopnost vnímání krásy ztratila.*
- *Využít dostupné pomoci, lékařského umu a nemyslet si, že depresi zvládnou sami, jen pouhou vlastní statečností.*

Respondent 5: žena – 25 let:

- *Viz č. 19 plus hlubší porozumění pro podobné problémy druhých a rozšíření svých odborných obzorů – všechno se zkrátka z knih vyčíst nedá.*
- *Rozhodně neodkládat vyhledání pomoci, jednoho dne se vám může stát, že to nevydržíte, lidově řečeno se „složíte“ a pak je proces návratu jen delší a složitější.*

Všichni dotazovaní se shodli, že jim zkušenost s depresí nakonec pomohla a že si uvědomili hodně nových věcí. Mnozí například uvedli, že mnohem lépe dokážou porozumět problémům jiných, sami se cítí silnější, vyrovnanější a mnohem více si váží maličkostí a radují se z obyčejných všedních věcí. Neúspěchy už neberou jako prohru, ale spíše jako výzvu. To potvrzuje, že i nelehký boj, který s depresí určitě je, může přinést celkové posílení a jiný, třeba i lepší pohled na svět. A co by respondenti doporučili lidem, kteří procházejí podobnou situací? Všichni se shodli na tom, že se nevyplácí podceňovat svůj stav, a doporučují co nejdříve, jakmile se člověk cítí zle, vyhledat odbornou pomoc. S touto nemocí se nejde vyrovnat vlastní silou a vůlí, protože právě tyto dvě složky jsou hodně zasaženy. I přes to, že se respondenti pokoušeli svůj stav zvládnout sami, jak to jen šlo, nakonec jim nejvíce pomohla právě odborná léčba.

5.2.5 Závěrečné shrnutí k šetření

Z rozhovorů vyplývá, že onemocnění deprese ovlivňuje vnímání sama sebe a také to, jak nemocného vnímá okolí. Sám nemocný na sebe může uvalit jisté stigma, protože se cítí nejistý a zaplavuje ho pocit selhání a méněcennosti. Okolí se k němu může také začít chovat jinak, s jistým nepochopením a odvrácením, na základě změny chování nemocného nebo na

základě všeobecného předsudku o depresi a duševní nemoci. Nemocný toto vnímá, a proto se začne cítit ještě hůře, nebo se stáhne do sebe a o svých problémech hlavně před širší společností nemluví, čímž se může jeho stav zhoršovat. Respondenti potvrdili, že změnu postoje společnosti k sobě pociťovali, projevovalo se to odvrácením a nepochopením. Zároveň někteří tuto skutečnost tají před širokou veřejností, protože nechtějí riskovat, že by byli odmítnuti nebo by na ně bylo pohlíženo s despektem. Je to tedy jakýsi bludný kruh, kdy se ovlivňují všechny tři složky navzájem - onemocnění depresí, vnímání sebe a okolí a pocit stigmatu. V šetření se ukázalo, že nejbližší okolí respondentů se v nejhorsších chvílích zachovalo jinak než široká veřejnost. Většinou se snažilo pomoci a pochopit stav, ve kterém se jeho blízký nachází. Samozřejmě to všem nešlo hned od začátku zhoršení stavu nemocného a někteří to nepřijali úplně ani teď, ale snaží se stav nemocného jistým způsobem tolerovat. Většina dotazovaných uvedla, že to byli nakonec ti nejbližší, kteří trvali na vyhledání odborné léčby. Sami nemocní se většinou snažili svou situaci zvládnout sami, dokud se jejich stav nedostal do neúnosných mezí. Může to být způsobeno tím, že si neuvědomovali a nepřipouštěli, že by to mohlo být vážné a jednalo by se o duševní nemoc. Dalším důvodem by mohl být tlak okolí, ať už blízkého nebo širšího, a nakonec i nemocného sama na sebe, že by se „měl vzchopit“. S podceněním stavu ze strany odborné společnosti se dotazovaní setkali částečně, nakonec někteří i po delší době hledání většinou potkali odborníka, který jim byl schopen pomoci. Na otázku, zda respondentům dává jejich onemocnění určitou nálepku, odpověděli, že nikoli, ale většinou to bylo z toho důvodu, že o svém stavu nemluví. Možnou diskriminaci své osoby dotazovaní cítí v oblasti zaměstnání. Zde to všichni vidí jako největší problém, což může být odůvodněno malou informovaností většinové společnosti o této problematice.

Hypotéza č. 1.: Onemocnění depresí u všech respondentů ovlivnilo vnímání sama sebe. Objevily se pocity méněcennosti a selhání. Určitě také ovlivnilo podobným způsobem vnímání respondenta širokou veřejností. Pokud se o problému vůbec dozvěděla. Nejbližší okolí se však snažilo pomoci a pochopit.

Hypotéza č. 2.: Vnímání sama sebe u čtyř respondentů oddálilo vyhledání odborné pomoci, nejbližší okolí však u tří z nich její vyhledání zapříčinilo.

Hypotéza č. 3.: Respondenti mají pocit negativní nálepky ze strany společnosti do jisté míry. Jeden ji cítí velmi a jeden má tento pocit spíše sám vůči sobě. Dva ji necítí, ale jen z toho důvodu, že o nemoci široká společnost neví. Pokud by se však širší okolí o nemoci dozvědělo,

shodli se, že by jim negativní nálepka mohla být přisouzena. Diskriminaci nebo možnou diskriminaci pocítují všichni dotazovaní v oblasti zaměstnání.

Hypotéza č. 4.: Čtyři respondenti mají jistou obavu mluvit o své nemoci na veřejnosti s pocitem, že by kvůli ní nebyli přijati. Jeden respondent dokonce o svém problému chce, nestydí se za něj.

Hypotéza č. 5.: V průběhu a po zvládnutí nemoci se opravdu změnil postoj všech respondentů k nim samotným tak, že se cítí silnější po stránce zvládnání každodenních problémů. Postoj okolí není jednoznačný. Širší veřejnost je často uchovávána v nevědomosti a blízké okolí většinou k respondentům přistupuje s pochopením a podporou.

Všichni dotazovaní uvedli, že je nemoc nakonec posílila a ukázala jim nové možnosti jejich života a vnímání světa. Na závěr bych ráda zařadila dodatek, který jeden respondent uvedl k rozhovoru:

„Vážím si možnosti odpovědět na tyto otázky, neboť mne vedly k opětovnému zamyšlení se nad mým problémem, který považuji z 80 % za vyřešený, a k rekapitulaci průběhu mé nemoci. Znovu jsem si hlouběji uvědomila, jak mnoho jsem za poslední 2 roky získala.

V souvislosti s tímto rozhovorem bych velmi ráda poděkovala zejména panu MUDr. Luboši Zdrůbkovi, kterého považuji za člověka, který mi navrátil můj vlastní život. Dále Markovi Zuzánkovi, který mi byl v době beznaděje jediným přítelem a byl mi ochoten v kterýkoliv čas dlouhé hodiny naslouchat. Dále děkuji svým rodičům, kteří mne taktéž velmi podporovali, aniž by věděli o závažnosti mé nemoci.“

Závěr

Na základě poznatků odborné literatury a výsledků šetření jsem vyvodila závěr, že stigma duševní nemoci do jisté míry ovlivňuje sebepojetí člověka. Předsudky společnosti mají za následek, že nemocný částečně stigmatizuje sám sebe a většinou se bojí hovořit o své nemoci před širokou veřejností, protože zároveň vnímá možné nepřijetí okolím. Konkrétní stigmatizace ze strany společnosti ve formě diskriminace je patrná ve společenském uplatnění, hlavně při výběru a hledání zaměstnání. To může být následkem nedostatečné informovanosti společnosti, kdy se jak kolegové, tak i zaměstnavatelé mohou domnívat, že následkem nemoci může být snížena hodnota člověka. Samozřejmě to tak nemusí vnímat všichni, ale většina respondentů toto riziko vnímá.

Stigma ovlivňuje sebepojetí člověka, je to však proces s pozitivní zpětnou vazbou, který je zároveň vychází z průběhu onemocnění deprese. K příznakům deprese patří pocit méněcennosti, sebeobviňování, sebepodceňování a někdy potřeba sociální izolace. Člověka provází veliký úbytek energie, proto nemůže vykonávat všechny činnosti, které pro něj dříve nebyly problém, což si následně vyčítá. Nemoc začne ovládat jeho každodenní fungování, což se projeví i v chování. Okolí nemocného může obrat v chování zaregistrovat, a protože si neumí vysvětlit příčinu této změny, může zaujmout jiný postoj k nemocnému nebo se od něj odvrhnout. Nemocný toto vnímá, následně si může připadat ještě více neschopný, pocity méněcennosti se začnou prohlubovat, čímž se může zhoršit stav nemoci. Na základě toho se člověk s depresí může začít více stranit lidí, což může zpětně posilovat stigma.

V teoretické části textu jsou popsány různé metody vyrovnání se stigmatem obecně. Jedná se hlavně o kontrolu informací, jejíž alternativy jsou skrývání symbolů stigmatu, rozdělení světa na dvě skupiny, kdy jedna bude vědět vše a druhá se nikdy nic nedozví, nebo poslední - odhalení svého stigmatu před širokou veřejností. Někteří odborníci nemocným doporučují přijmout fakt, že společnost je ve většině případů nepřijme, a proto by se měli přizpůsobit. To podle mého názoru neřeší situaci do hloubky a chrání více společnost než nemocného.

Pojem stigma souvisí jak s možnou stigmatizací oboru psychiatrie, tak s možnou stigmatizací ze strany odborníků. Ta se může projevovat podceňováním léčby. Samotní respondenti se s tímto fenoménem setkali.

K destigmatizaci by mohla pomoci větší informovanost společnosti o onemocnění deprese. Na tom se shodují jak odborníci, tak samotní nemocní. Možná by se deprese dostala lépe do povědomí lidí, kdyby se o ní učilo ve školách, stejně jako se učí o somatických

onemocněných. K destigmatizaci duševních poruch obecně by mohlo přispět celoživotní vzdělávání laické i odborné veřejnosti zahrnující osobnostní nebo občanské výcviky. Poučení o duševním zdraví jako o nedílné součásti kvality života by se mohlo stát předmětem výuky na středních školách, kdy by mohly být zařazeny předměty psychologie.

Na závěr bych ráda podotkla, že po zdolání nejhroší fáze deprese ji respondenti vnímají pozitivně, i přes všechna úskalí, která jim přinesla. Mají pocit vlastního posílení, dokážou si více cenit malých radostí života a mají větší pochopení pro psychické problémy jiných lidí. Většinou však fakt deprese stále zůstává jejich tajemstvím, které otevírají jen před blízkými lidmi. Doufejme, že se toto časem změní a nebudou se muset dále stydět za svůj stav duše.

Seznam použité literatury

ATKINSONOVÁ, S. *Jak zdolat skálu jménem deprese*. Vyd. 1. Praha: Albatros, 2005. ISBN 80-00-01544-7

BECK, A, T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-032-1

BLATNÝ, M., PLHÁKOVÁ, A. *Temperament, inteligence, sebepojetí. Nové pohledy na tradiční témata nového výzkumu*. Vyd. 1. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 2003. ISBN 80-86620-05-0

BROHAN, E., SLADE, M., CLEMENT, S., THORNICROFT, G. *Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures* [online]. 2010 [cit. 12.6.2010]. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/80>

CORRIGAN, P. W. *On the Stigma of Mental Illness. Practical Strategies for Research and Social Change*. Vyd. 1. Washington DC: American Psychological Association, 2005. ISBN 1-59147-189-3

ČAČKA, O. *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika*. Vyd. 3. Brno: Doplněk, 2002. ISBN 80-7239-107-0

Deklarace lidských práv a duševního zdraví [online]. 1991 [cit. 12.6.2010] dostupné z: <http://capz-esprit.sweb.cz/>

Deklarace práv duševně postižených lidí [online]. 1991 [cit. 12.6.2010] dostupné z: <http://capz-esprit.sweb.cz/>

GOFFMAN, E. *Stigma. Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. ISBN 80-86429-21-0

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X

HONZÁK, R. *Deprese. Depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Vyd. 1. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-85824-95-7

JANOUSEK, J. *Skupinová identita jedince a identita skupiny v procesu globalizace* [online]. 2004 [cit. 20.5.2010]. Dostupné z: http://veda.fsv.cuni.cz/doc/KonferenceRCS/psych_janousek.doc

JAROLÍMEK, M. Deprese I. *Esprit*. Praha: Česká asociace pro psychické zdraví, 2005, roč. 9, č. 5-6, s. 3-5. ISSN 1214-2123

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. Vyd. 2. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0575-3

LAŇKOVÁ, J., SIBLÍKOVÁ, J. *Deprese. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné lékaře*. Vyd. 1. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2004. ISBN 80-903573-1-8

LIBIGER, J. Stigma psychické choroby. In *Psychiatrie a etika*. Baudiš, P. a kol. Vyd. 1. Praha, Galén, 2002. s. 33-39. ISBN 80-7262-104-1

NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. Vyd. 2. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0628-1

PRAŠKO, J. *Stigmatizace u psychogenních poruch* [online]. 2001 [cit. 11. 6. 2010]. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/07prasko.htm>

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, B., PRAŠKOVÁ H. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*. Vyd. 2. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2001. ISBN 80-85121-68-9

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, B., PRAŠKOVÁ H. *Deprese a jak ji zvládat. Stop zoufalství a beznaději*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0

PRAŠKO, J., ŠLEPECKÝ, M., *Kognitivně - behaviorální terapie depresivních poruch*. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1995. ISBN 80-85121-98-0

RIPOVÁ, L. *Ochrana práv duševně nemocných v České republice z perspektivy Světové zdravotnické organizace* [online]. 2002 cit. [12.6.2010]. Dostupné z: <http://www.capz.cz/dokumenty/documents/prava4.pdf>

SERVAN – SCHREIBER, D. *Uzdravení bez léků. Cesta ze stresu, úzkosti a deprese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-901-1

ŠŤASTNÝ, M. Zbláznit se může každý. *Esprit*. Praha: Česká asociace pro psychické zdraví, 2009, roč. 13, č. 7-8, s. 8-9. ISSN 1214-2123

VYMĚTAL, J. *Rogerovská psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Český spisovatel, 1996. ISBN 80-202-0605-1

Seznam příloh

Příloha č. 1: Řízené rozhovory o léčbě deprese

Příloha č. 2: Důležité mezinárodní dokumenty

Příloha č. 3: Vzor rozhovoru na téma: Vliv stigmatu duševní nemoci na sebepojetí člověka v depresi

Shrnutí

Ve své práci jsem zkoumala stigma v pojetí dnešní společnosti. Stigma je předsudkem k nějaké odlišnosti, kterým společnost kategorizuje dané jedince nebo skupiny lidí. Je to určité zjednodušení v přehledu o okolním světě a v kontaktu s ním. Nejvíce se projevuje diskriminací stigmatizovaných osob. Stigma je děleno do různých kategorií, ovlivňuje komunikaci mezi lidmi a identitu stigmatizovaných.

V další části této práce bylo popsáno sebepojetí. Z odborné literatury je zřejmé, že sebepojetí zahrnuje jak osobnostní atributy vlastního Já, tak také to, jak člověka ovlivňuje okolní společnost, jak na něj pohlíží. Záleží pak na všech těchto složkách, jak budou vyhodnoceny v osobnosti člověka jako celku.

Dále bylo zkoumáno onemocnění deprese. Deprese se projevuje poruchami nálady, zpomalením psychomotorického tempa, negativními emocemi a myšlením, které trvají dlouho a znemožňují běžné fungování. Na vzniku deprese se většinou podílejí biologické a psychosociální faktory a vlivy výchovy. Často se jedná o několik faktorů dohromady. Deprese je léčitelná nemoc, která se léčí hlavně farmakoterapií, psychoterapií a dalšími spíše doplňkovými druhy léčby. Nejúčinnější se podle odborné literatury zdá být kombinace farmakoterapie a psychoterapie. Po překonání nejtěžší fáze deprese a úspěšné léčbě je člověk schopen se vrátit do běžného fungování, aniž by to ve velké míře narušilo jeho schopnosti nebo vědomosti. Zvládání deprese se dá posílit různými technikami, které si nemocný může přisvojit, aby se udržoval v dobré psychické kondici.

V další části práce jsem se zabývala stigmatem duševní nemoci. Bylo rozděleno na sebeznačkování a značkování společností nemocného, jeho rodiny a profesionálů, kteří pomáhají duševně nemocným. Na závěr této kapitoly byly uvedeny možnosti destigmatizace podle odborné literatury, jež by mohly v budoucnu pomoci ke zlepšení situace stigmatizovaných.

Poslední část této práce je vyústění teoretických informací z předchozích kapitol v kombinaci s odpověďmi respondentů, kteří mají zkušenost s onemocněním deprese. Metodou šetření byly řízené rozhovory. Z odpovědí respondentů a poznatků odborné literatury vyplynulo, že stigma ovlivňuje sebepojetí nemocných, ale jedná se o provázaný proces, kdy na sebe všechny složky vzájemně negativně působí. Východiskem z této situace je většinou léčba, kterou však respondenti kvůli vnímání sama sebe a ze strachu připustit si, že by se mohlo jednat o psychickou nemoc, odkládali na poslední chvíli. Negativní působení stigmatu se projevilo také v podceňování stavu nemocného lékaři, nebo v diskriminaci v oblasti uplatnění a hledání zaměstnání.

Summary

In my work I explore the concept of stigma in today's society. Stigma is prejudice against some differences, which the company categorizes the individual or group of people. It is a simplification in the statement of the outside world and contact with him. Stigmatizing of people is most manifested by discrimination. The stigma is divided into different categories, affects communication between people and stigmatized identity.

In the next part of this study was self-perception reported. The literature is clear that self-concept includes both the personal attributes of self, as well as how man affects the surrounding society. It is then up to all of these ingredients, how they will be evaluated by the personality as a whole.

It was further examined the disease of depression. Depression manifests by mood disorders, slowing psychomotor speed, negative emotions and thoughts, long lasting and prevent normal functioning. On the emergence of depression was mostly involved in biological and psychosocial factors and influences education. Most of these are several factors combined. Depression is a treatable disease that is treated primarily pharmacotherapy, psychotherapy and complementary rather other types of therapy. The most effective, according to literature seems to be a combination of pharmacotherapy and psychotherapy. After overcoming the most difficult phase of depression treatment is successful and you can return to normal operation without excessively distorting his skill or knowledge. Coping with depression can reinforce the various techniques that the patient may be appropriated by the depression that is kept in good mental condition.

In the next section I dealt with the stigma of mental illness. It was divided into self-stigmatization and stigmatization by society of the patient, his family and of the professionals who help the people with mentally ill. At the end of this chapter options of Destigmatisation have been placed according to literature, which could in future help to improve the situation of the stigmatized.

The last part of this work is the outcome of theoretical information from previous chapters, combined with the answers of respondents who have experience with the disease of depression. Method of investigation were interviews. The answers of respondents and knowledge of scientific literature showed that the stigma affects self sick, but it is a coherent process, when all the components themselves are affecting each other. The way out of this situation is usually the treatment that respondents postponing the last minute, because of perceptions of self and fear to admit that this could be a mental illness. The negative effects of

stigma are reflected also in underestimating the patient's medical condition, or discrimination in the application and job search.

Přílohy

Příloha č. 1: Řízené rozhovory o léčbě deprese

První rozhovor (žena, 20 – 25 let):

1. Jak je to vlastně dlouho od doby, kdy Vás začaly trápit depresivní stavy?

První stavy mě začaly trápit loni v říjnu, na jaře se stav zlepšil a v srpnu se vrátily ještě silněji.

2. Jak jste je na sobě pocítil/a? Jak se projevovaly?

Sociální vyloučenost až fobie z lidí. Měla jsem třeba i problém říct něco nahlas a nejrady jsem trávila čas sama. Nespavost, úzkost.

3. Dá se říci, že se příznaky někdy zhoršovaly nebo zlepšovaly, kdy?

Ano. Zhoršovaly se při větší zátěži, stresu, třeba před důležitou zkouškou.

4. Jaký jste měl/a názor na odbornou pomoc, co jste o ní věděl/a?

Přišlo mi to zbytečné. Hodně jsem podceňovala svůj stav. Mnohokrát jsem přemýšlela, že odbornou pomoc vyhledám, ale odkládala jsem to a vlastně jsem ani nevěděla, kam se můžu obrátit.

5. Co nakonec bylo podnětem pro její vyhledání?

Můj stav. Už mě nic netěšilo, nechtělo se mi jít ven, bylo mi jedno, jak vypadám, často jsem plakala. Už se to nedalo vydržet.

6. O jakých možnostech pomoci jste uvažoval/a a kam jste se nakonec obrátil/a?

V tu chvíli jsem neuvažovala o žádných. Nakonec jsem se obrátila na klinického psychologa.

7. Proč jste se rozhodl/a pro tuto pomoc?

Už to jinak nešlo. Mám štěstí, že můj otec je lékař a doporučil mi odborníka.

8. Jaké bylo Vaše první setkání s odbornou pomocí?

Byla jsem předtím ve velkém stresu. Vůbec jsem nevěděla, co budu říkat. Ale potom nastala velká úleva, že můžu své pocity sdělit někomu, kdo je nezávislý a nezaujatý.

9. Jak Vám bylo po prvním setkání a jak to pokračovalo?

Měla jsem dobrý pocit, že se to konečně začíná nějak řešit. Psychiatr mi předepsal prášky na spaní – konečně jsem se vyspala - a nasadil medikaci.

10. Věděl o depresi Váš praktický nebo jiný lékař? Jak k problému přistupoval (přistupuje)?

Nevěděl.

11. Jaký máte názor na farmakoterapii? Pomáhá Vám?

Dobry. Ano.

12. Jaké pociťujete vedlejší účinky a jak se s nimi vyrovnáváte?

První týden se stav hodně zhoršil, ale na to jsem byla upozorněna. Ted' zatím žádné vedlejší účinky nepociťuji.

13. Jakou máte zkušenost s psychoterapií, jakou formu byste doporučil/a?

Na terapii docházím pravidelně každý týden a zatím mám zkušenosti pouze s rodinnou anamnézou – vedena otázkami paní doktorky se vracím do svého dětství a snažíme se společně odhalit první impulzy, které mohly být příčinou nynějších problémů. Je pozoruhodné, jaké věci, nad nimiž běžně člověk neuvažuje, se najednou vynořují na povrch, a jak mohou souviset s aktuálními psychickými problémy.

14. Co Vám osobně ještě hodně pomáhá, pokud se začnete cítit hůře?

Odreagovávám se hodně u televize, u filmů a seriálů s nenáročnou tematikou, hlavně komedií. Také mi pomáhají vnitřní dialogy, v nichž sama sebe utěšuji.

15. Jak zpětně hodnotíte fakt, že jste vyhledal/a odbornou pomoc?

Kladně, přímo nadšeně.

16. Co pro Vás znamená deprese dnes?

Ještě není, myslím, vyhráno.

17. Co byste doporučila čtenářům, kteří možná řeší podobný problém?

Je zbytečné otálet s řešením. Lepší je jít se poradit hned, jakmile cítíte nějaký problém.

Druhý rozhovor (žena, 20 – 25 let):

1. Jak je to vlastně dlouho od doby, kdy Vás začaly trápit depresivní stavy?

No, je to už něco málo přes dva roky. To nám to utíká. Depresivní stavy – je zvláštní, že psychiatricka po celou dobu našeho setkávání neoznačila mou situaci, stavy za depresivní, ač nám oběma bylo jasné, že to deprese v určitém stádiu je. Ale těžko přesně stanovím, kdy to vlastně všechno začalo. Je to taková velmi plíživá záležitost. Myslím si, že na samotném počátku člověk na sobě nic „výjimečného“ nepozoruje, ba občas, ani když příznaky jsou

citelnější. Působí tu jakýsi princip sebepopírání a neochota vidět a přiznat si, že se situace vymyká kontrole.

2. Jak jste je na sobě pocítil/a? Jak se projevovaly?

Příznaky – únava – abnormálně veliká. Pocit ujíždějícího vlaku. Chaos ve vnějším světě, uvnitř. Roztříštěná integrita. Přecitlivělost. Příliš mnoho myšlenek v hlavě, neschopnost až nemožnost „zachytit“ je. Velmi obtížně se mi dařilo koncentrovat se na jednu činnost, přelétala jsem z jedné činnosti na druhou. Nedařilo se mi dokončovat práci v čase, který by odpovídal náročnosti čehokoli. Občas jsem pociťovala třes, chvění po celém těle, motala se mi hlava, cítila jsem se malátná. Někdy apatická. Rozčilovalo mne, že přestávaly fungovat jakékoli osvědčené metody, mechanismy, oblíbené činnosti – koníčky mi nepřinášely potěšení, ale stávaly se dalším zdrojem námahy. Nic mě nebavilo. Skoro všechno jsem začínala dělat stereotypně, bezmyšlenkovitě, automaticky. Měla jsem hodně velkou potřebu spát. Každá činnost ze mne vysávala energii. Připadala jsem si, že veškerá energie, síla se ve mně ztrácí jak v černé díře. Výdej energie byl daleko větší než příjem. A vůbec mi nešlo s tím nic dělat. Začala jsem být protivná na lidi kolem.

3. Dá se říci, že se příznaky někdy zhoršovaly nebo zlepšovaly, kdy?

Ano, velmi zjednodušeně. Čím déle se mě držela deprese, tím se postupně zhoršoval můj celkový stav. Bývalo mi o něco lépe při slunečném počasí, a když po mě tak dva tři nikdo nic nechtěl, ale to se moc nestávalo, protože jsem byla v závěrečném ročníku a povinnosti se na nás, na všechny, valily ze všech stran. Bývalo mi hůř, když jsem se dostávala do časové tísně a objektivně jsem se musela vypořádávat s „náročnějšími životními“ situacemi.

4. Jaký jste měl/a názor na odbornou pomoc, co jste o ní věděl/a?

Studovala jsem sociální práci, takže o odborné pomoci jsem měla celkem slušné teoretické znalosti, ale nenapadlo mě, že sama takovou pomoc budu potřebovat. A hodně dlouho – čtyři pět měsíců - jsem si myslela, že vlastně všechno zvládnou sama bez cizí a hlavně bez odborné pomoci.

5. Co nakonec bylo podnětem pro její vyhledání?

Můj stav, nechtěla a nemohla jsem už tak dál. Nechtělo se mi žít. V životě bych si nesáhla na svůj život, ale v tom období jsem skutečně pomyslela na sebevraždu. Věděla jsem, že sama se z toho nevyhrabu. Asi první dloubanec jsem dostala od člověka, který během rozhovoru poznamenal: „To zavání depresí.“ A já si skutečně uvědomila, že deprese je nebezpečně nablízku. Ale ještě tak měsíc, měsíc a půl jsem se v tom „bahnila“. Jedno ráno po probdění nepříjemné noci s třesem celého těla i duše jsem kamarádce poslala smsku, zřejmě velmi těžkého kalibru, zavolala mi a optala se, zda nechci pomoc, někam si dojít. Věděla jsem, cítila, že s tímhle mi kamarádi, dobré duše, nepomohou a ani pomoci nemohou. Vnitřně jsem věděla, že pomoc skutečně potřebuji a jsem ochotná někam zajít. Ale ta noc byl asi poslední „šťouch“. Kamarádka se mě zeptala, kam bych mohla jít. Můj první nápad bylo krizové centrum, ale nevěděla jsem, kde je. V ten moment vycítila mé odhodlání a nahodila udičku na krizové centrum Riaps, kde byla na praxi. Podrobně mi popsala cestu. Několikrát mi to zopakovala. Počkala, než si vše zapíše, abych ho skutečně dobře našla. Vyrázila jsem.

6. O jakých možnostech pomoci jste uvažoval/a a kam jste se nakonec obrátil/a?

Krizové centrum Riaps. Jela jsem tramvají, dušička ve mne maličká, do očí se mi hrnuly slzy. Celkově je pro mne těžké si říct o pomoc. Teď je to možná o maličko lepší...

7. Proč jste se rozhodl/a pro tuto pomoc?

V krizovém centru vás vezmou bez objednání, jsou zvyklí na náhlá zazvonění, věnují se vám hned, jak dorazíte, když už se odhodláte vyhledat pomoc, jsou tu dveře otevřené.

8. Jaké bylo Vaše první setkání s odbornou pomocí?

Byla jsem úplně hotová. Rozsypala jsem se na místě. Sestřička se mnou vedla vstupní pohovor. V hlavě mi paralelně běželo, po teoretické stránce, jak vést rozhovor s klientem v krizi. Nastudovaná teorie ze školy. Teď jsem to zažívala na vlastní kůži, leč v pozici klienta. Skláním poklonu před touto ženou, empatický rozhovor podle všech regulí. Plakala jsem. Cítila jsem se úplně na dně. Bylo mi velmi příjemné vlídné přijetí. Vděčná, že všechno ze sebe mohu vysypat někomu „cizímu“ „nezávislému“ ... úleva, očekávání, co se bude dít dál. Měla jsem velké štěstí na paní doktorku. Byla mi velmi sympatická a „sedly“ jsme si naturelem. Povídali jsme si. Postupně jsme se dopracovaly k tomu, že ve chvílích největší nepohody jsem si vařila třezalkový čaj, který na chvílku zabral. Interval pohody se postupně snižoval a pomalu přestával působit. Paní doktorka se zaradovala, že jsem si sama pro sebe našla lék. Předepsala mi „přírodní antidepresivum“ – Jarsin, jehož obsahem je třezalka ve standardizované formě. Upozornila mne na to, že každému nesedne, měla bych se při jeho užívání pokud možno vyhýbat slunci. Dovybavila mě vitaminovými doplňky B, Mg, lecitin s E, Omega kyselinami a nějakým preparátem kombinace vitamínů, stopových prvků, minerálů...bylo mi velmi sympatické, že do mě nechce rvát za každou cenu žádnou „chemii“ a byla jsem ochotná si zaplatit tyto přípravky, které zdravotní pojišťovna nehradí. Bylo mi to nabídnuto jako možnost, určitá alternativa, vysvětleny výhody i nevýhody tohoto postupu. Jednou z nevýhod, na které si vzpomínám, je pomalejší nástup účinku, ale jako velká přednost mi přišla šetrnost k celému tělu. Jsem hodně citlivá na léky a vůbec určité látky v potravinách...

9. Jak Vám bylo po prvním setkání a jak to pokračovalo?

Rozhodně jsem cítila úlevu, ale moc si na to nevzpomínám... Po několikáté návštěvě se paní doktorce nezdály některé příznaky, doporučila mi vyšetření štítné žlázy. Nemýlila se, podle výsledků to nevypadalo dobře, leč na endokrinologii byla velmi dlouhá objednávací doba a vůbec se mi nelíbil přístup tamního personálu.

10. Věděl o depresi Váš praktický nebo jiný lékař? Jak k problému přistupoval (přistupuje)?

Na endokrinologii, ale tam jsem postupně přestala docházet... Praktická lékařka věděla, že beru přírodní antidepresiva, že jsem pod odbornou péčí a o víc se nestarala. Věděla to hlavně proto, že jsem po ní chtěla žádanku na odběry a žádanku na endokrinologii. Nejdřív mi ji vůbec nechtěla napsat, ale na doporučení psychiatricky mě poslala na endokrinologii a odběry.

11. Jaký máte názor na farmakoterapii? Pomáhá Vám?

Věřím, že může být dobrým nástrojem v dobrých rukách. Na skupině jsme se dotkli i tématu farmak. Většina zúčastněných se shodla na tom, že jim pomáhá, že trvalo určitou dobu než se hladina látek potřebných „pro pohodu“ v organismu ustálila. Ale pořád ve mně zůstává nedůvěra. Jako podpůrný prostředek ano, ale myslím si, že samotná farmakoterapie nestačí. Je zapotřebí celkového holistického přístupu.

12. Jaké pociťujete vedlejší účinky a jak se s nimi vyrovnáváte?

Já jsem nebrala žádný „druják“, takže jsem se vyhnula vedlejším účinkům. Nedávno jsem byla na preventivní prohlídce a vše je o.k. včetně jaterních testů. Díky za to.

13. Jakou máte zkušenost s psychoterapií, jakou formu byste doporučil/a?

Podstoupila jsem individuální psychoterapii a skupinovou krátkodobou terapii. Mě osobně hodně pomáhala individuální psychoterapie. Nyní jsem propuštěna z „odborného dohledu“, ale mám přislíbené otevřené dveře, takový malý milý háček. Ve skupině je síla. Zkušenost k nezaplacení, ale těžko říct.

14. Co Vám osobně ještě hodně pomáhá, pokud se začnete cítit hůře?

V současné době si dávám pozor na to, abych nepřepínala své síly. Mám ráda kolem sebe příjemné lidi. Snažím se být co nejvíce času v přírodě, hlídat si čas, který věnuji sama sobě, věcem, které mám ráda.

15. Jak zpětně hodnotíte fakt, že jste vyhledala odbornou pomoc?

Jednoznačně kladně. Bez ní bych to nezvládla.

16. Co pro Vás znamená deprese dnes?

Nemoc jako každá jiná. Hodně zákeřná, nevyzpytatelná, ale dnes vím, že se jí dá čelit.

17. Co byste doporučil/a čtenářům, kteří možná řeší podobný problém?

Prožívání deprese je peklo, ale pokud člověk z něj najde cestu ven, je obohacen jedinečným zážitkem. Cítí se mnohem silnější. Uvědomuje si malichernost a pomíjivost mnoha věcí. Na depresi nebudte sami, odborníci jsou tu proto, aby pomohli přejít nelehké stavy křehkých lidských duší. Ale za každé bouře jste kormidelníky vy, nezáleží na tom, jak silný vane vítr.

Třetí rozhovor (žena, 45 – 50 let):

1. Jak je to vlastně dlouho od doby, kdy Vás začaly trápit depresivní stavy?

Poprvé v roce 2000, ale to jsem ještě netušila, že jde o depresi.

2. Jak jste je na sobě pocítil/a? Jak se projevovaly?

Byla jsem strašně unavená, neschopna domácích prací, celý víkend jsem byla schopná jen uvařit a pak proležela s nohama nahore. Vzhledem k tomu, že v práci jsem fungovala normálně, jen jsem se zadýchávala, domnívala jsem se, že jsem unavená z časově náročného zaměstnání.

3. Dá se říci, že se příznaky někdy zhoršovaly nebo zlepšovaly, kdy?

To jsem už vlastně nastínila v předešlé odpovědi. Téměř každou neděli večer jsem už byla odhodlána jít k lékaři, ale ráno jsem vstala, byla schopná odjet autem do práce, tam celý den s úsměvem komunikovat s lidmi, trochu lapat po dechu, ale to je určitě tou nadváhou, pozdě odpoledne dojet domů, únavou padnout, v noci se převálovat a myslet úzkostně na starosti z práce, ale to je přece tím, že mám vedoucí funkci. A ráno zase schopná do práce. Ale víkendy jsem proležela téměř celé.

4. Jaký jste měl/a názor na odbornou pomoc, co jste o ní věděl/a?

Nevěděla jsem vůbec nic a od lékaře jsem chtěla jen něco proti únavě, abych byla schopná fungovat pro dospívající děti. Ale protože jsem nakonec byla schopná vždy do práce odjet, proto jsem to podcenila a lékaře jsem nevyhledala.

5. Co nakonec bylo podnětem pro její vyhledání?

Tehdy to skončilo sevřením mého těla do krunýře, nebyla jsem schopná pořádně dýchat, což mě donutilo vyhledat praktického lékaře, který mě předal neurologovi a pomocí medikamentů a rehabilitačního cvičení jsem po 3 měsících mohla opět chodit a mluvit. O depresi lékaři nemluvili, jen mi poradili, že mám stres z práce nějak ventilovat. Pár let jsem měla pocit, že jsem v pořádku, i když se únava stále vracela a při hnutích myslí jsem opět měla pocit, že se mi tělo svírá do krunýře. Pomáhalo mi objetí mých blízkých. Přesto jsem začínala mít pocit, že nejlepší by bylo nebýt a strašně by se mi ulevilo. Domnívala jsem se, že bych nechyběla ani svým téměř dospělým dětem, protože jim stejně lezu na nervy svým neustálým stěžováním a pláčem. Přidaly se problémy v práci a já se zhroutila v pravém slova smyslu.

6. O jakých možnostech pomoci jste uvažoval/a a kam jste se nakonec obrátil/a?

Musela jsem na neschopenku a praktický lékař mi předepsal léky na uklidnění. Já ale trvala na tom, aby mě doporučil k psychiatrovi.

7. Proč jste se rozhodl/a pro tuto pomoc?

Velmi mi pomohli mí příbuzní, kteří mi pomohli si uvědomit, že nemám problémy poprvé a že to sama nezvládnou a léky na uklidnění problém nevyřeší. Dále mi vtloukali do hlavy, že to není ostuda a že když mám nemocné ledviny, spolehnu se také na odbornou pomoc.

8. Jaké bylo Vaše první setkání s odbornou pomocí?

Velmi jsem se na konzultaci upnula a doufala jsem, že mi bude pomoheno. Lékař ve mně vzbudil důvěru, a já mu v slzách vypověděla, co mě nejvíc tíží, co se mi stále prohání hlavou celé noci, když nemůžu spát.

9. Jak Vám bylo po prvním setkání a jak to pokračovalo?

Po prvním setkání se můj stav naopak zhoršil a já se proklínala, že jsem tam vůbec šla a došla jsem k závěru, že mi nikdo nepomůže. Jenže na další konzultaci mi psychiatr vysvětlil, že zhoršení stavu je normální a předepsal mi magnézium a Seropram.

10. Věděl o depresi Váš praktický nebo jiný lékař? Jak k problému přistupoval (přistupuje)?

Můj tehdejší praktický lékař o léčbě u psychiatra věděl. Respektoval to, co psychiatr doporučoval. (délku neschopenky)

11. Jaký máte názor na farmakoterapii? Pomáhá Vám?

Když se můj stav zlepšil, rozhodla jsem se i pod tlakem nejbližšího okolí v léčbě Seropramem nepokračovat, protože jsem se domnívala, že je mi už tak dobře, že ho nepotřebuji a na objednanou konzultaci jsem už nepřišla. Po pár měsících jsem se opět dostala do stádia, že mě přestal těšit život, přestože jsem opustila psychicky náročnou práci a cítila podporu svých nejbližších. Naštěstí mi pomohla dcera, která mě donutila opět navštívit psychiatra, který mi opět předepsal Seropram.

12. Jaké pociťujete vedlejší účinky a jak se s nimi vyrovnáváte?

Vedlejší účinky, pokud nějaké jsou, vůbec nevnímám, protože mi Seropram pomáhá od mých úzkostných projevů, takže je mi nyní fyzicky mnohem lépe.

13. Jakou máte zkušenost s psychoterapií, jakou formu byste doporučil/a?

Bohužel, psychoterapii jsem ještě neabsolvovala, lékař mi pouze předepisuje léky

14. Co Vám osobně ještě hodně pomáhá, pokud se začnete cítit hůře?

Naštěstí je můj stav nyní tak výborný, že když na mě přijde nepřekonatelná únava, donutím se napsat si maličký seznam toho, co musím dneska zvládnout a většinou se mi podaří splnit všechno, což mě povzbuzuje. Pořídila jsem si psa, který mě nutí za každého počasí vyjít aspoň na chvíli ven. Bydlím v městečku s nádhernou přírodou a venku se psem mi život začíná připadat snesitelný.

15. Jak zpětně hodnotíte fakt, že jste vyhledal/a odbornou pomoc?

Určitě bych nebyla schopná s úsměvem na rtech odpovídat na vaše otázky. Stále beru Seropram a díky dceři vím, že to není ostuda, i když se nechlubím ani v nové práci, ani před známými. Ví to jen má nejbližší. Důležité je, že jsem se přestala odsuzovat za to, že opět trochu funguju jen díky chemickému preparátu.

16. Co pro Vás znamená deprese dnes?

Plíživou bestii, která mě kdykoliv může zase přidusit a vzít mi schopnost prožívat svůj život. Ale na rozdíl od dřívějšíka už věřím, že je možno ji zkrotit, aby si tolik nedovolovala.

17. Co byste doporučil/a čtenářům, kteří možná řeší podobný problém?

Nestyďte se, přiznat si, že to opravdu sami nezvládnou, přestože se tak moc snaží a vyhledat odbornou pomoc.

Příloha č. 2: Důležité mezinárodní dokumenty

Deklarace práv duševně postižených lidí

1. Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
3. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá, pokud možno, jeho schopnostem.
4. Tam, kde je to možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měli přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení .
7. Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instanci.

Tuto rezoluci schválilo Valné shromáždění OSN dne 20. prosince 1971

Deklarace lidských práv a duševního zdraví, Nový Zéland, 1989

Práva duševně nemocných

Diagnóza duševní choroby má být v souladu s přijatými lékařskými, vědeckými a etickými normami. Obtíže při adaptaci na morální, sociální a politické a jiné hodnoty nemají být samy o sobě považovány za duševní nemoc.

Základní práva osob, které jsou označeny jako duševně nemocné, odborně diagnostikovány jako duševně nemocné, léčeny jako duševně nemocné a považované za duševně nemocné nebo trpící emočními problémy, jsou stejná jako práva všech ostatních občanů.

Proto je také nutné:

nepovažovat duševně nemocného v žádné situaci a za žádných podmínek za vyčleněného z lidské společnosti

jednat s ním jako rovný s rovným, byť by tuto představu svým myšlením, chováním, konáním a stavem narušoval

chránit jeho práva ve všech ohledech, byť si jich není vědom nebo nedává najevo, že si jich je vědom

informovat jej o jeho stavu sociálním i zdravotním, o možnostech nápravy a léčby a být mu nápomocen

informovat jej o jeho právech, respektovat je a pomáhat mu k jejich dosažení

Základní práva a potřeby duševně nemocných, která musí být zvláště chráněna, protože jsou nejčastěji porušována (případy porušování těchto práv):

Právo být vnímán a respektován jako jedinečná lidská bytost (nedůstojné zacházení, zvláště při hospitalizaci)

Právo na svobodné rozhodování o sobě samém (zneužívání nedobrovolné hospitalizace a příliš autoritativního terapeutického přístupu, někdy postup jiných orgánů)

Právo na soukromí (kontrola pošty při hospitalizaci, nedostatek vlastního teritoria v lůžkových zařízeních)

Právo na práci a spravedlivou odměnu (předčasná invalidizace, nemožnost sehnat práci při invalidním důchodu, nemožnost připravovat se na práci při dlouhodobé pracovní neschopnosti, odmítání ze strany potenciálních zaměstnavatelů, zadržování autorských honorářů, pracovní vykořisťování ap., nedostatečná odměna za práci)

Právo na přiměřené hmotné zabezpečení, zvláště při ztrátě či oslabení výdělečných možností (nedostatečná výše invalidního důchodu, nedostatek ostatních sociálních podpor, nemožnost vydělávat peníze při invalidním důchodu)

Právo na přiměřenou životní úroveň, včetně potravy, šatstva, bydlení, lékařské péče a nezbytných sociálních služeb (nedostupnost adekvátní lékařské péče, nedostupná sociální pomoc, vykázování do neuspokojivého bydlení)

Právo na spolurozhodování o léčebných výkonech a postupech (direktivní terapeutický přístup, zvl. při nedobrovolné hospitalizaci)

Právo na informovanost o podstatných skutečnostech nemoci (neposkytování či odmítání informací)

Právo na lidský kontakt, na osobní svobodu (zakazování nebo omezování návštěv nebo kontaktů)

Právo na kultivaci a osobní růst (nedostatek podnětů)

Příloha č. 3: Vzor rozhovoru na téma: Vliv stigmatu duševní nemoci na sebepojetí člověka v depresi

Jmenuji se Michaela Kleinová a studuji obor Psychosociální studia na Husitské teologické fakultě Univerzity Karlovy. Tématem mé diplomové práce je Vliv stigmatu duševní nemoci na sebepojetí člověka v depresi. Myslím si, že je deprese v naší společnosti stále trochu podceňována a samotný stav duševní nemoci stále mytizován. Stává se tedy stigmatem. Cílem rozhovoru, který je součástí mé diplomové práce, je zjistit, zda lidé, kteří prošli nebo procházejí depresí, se cítí nějakým způsobem stigmatizováni. Změnilo se vnímání sebe nebo přijímání okolí v důsledku nemoci, a pokud ano, tak jak? Jaký vliv má stigma nemoci na vyhledání odborné pomoci? A v neposlední řadě jaký je vlastní prožitek deprese? Co může deprese vzít a co zároveň dát?

1. Kdy jste se poprvé setkal/a s depresivními stavy?
2. Jak se projevovaly?
3. Ovlivnil tento stav Vaše vnímání sama sebe?
4. Ovlivnilo vnímání sama sebe to, jestli jste vyhledal/a nebo nevyhledal/a odbornou pomoc? Jak?
5. Všiml/a jste si změn postoje okolí k Vám v průběhu nemoci? Jakých?
6. Ovlivnilo vnímání okolí to, zda jste vyhledal/a nebo nevyhledal/a odbornou léčbu? Jak?
7. Měl/a jste pocit, že by Váš stav byl podceňován ze strany odborné společnosti?
8. Vnímáte svůj stav, jako něco, v čem jste selhal/a, co je Vaše vina?
9. Myslíte si, že by to tak mohlo vnímat Vaše nejbližší okolí?
10. Myslíte si, že by to tak mohlo vnímat široké okolí?
11. Máte pocit, že Vám Vaše onemocnění vytváří určitou negativní nálepku?
12. Ostýcháte se někdy otevřeně mluvit mezi svými blízkými o své nemoci, protože se obáváte, že by to nebylo pochopeno nebo přijato?
13. Máte podobné obavy v komunikaci s cizími lidmi?
14. Pokud někteří lidé nevědí o Vaší nemoci, máte pocit, že by Vás začali přijímat jinak, kdyby se o nemoci dozvěděli? Jak?
15. Máte někdy pocit, že byste kvůli svému onemocnění mohl/a být diskriminován/a?
16. Pokud ano, co si myslíte, že by to pomohlo změnit?
17. Myslíte si, že je široká veřejnost dostatečně informována o depresi a o tom, co způsobuje?
18. Máte pocit, že se změnil nebo mění postoj Vašeho nejbližšího, ale i širšího okolí, k Vám v průběhu Vaší nemoci? Jak?
19. Vnímáte se Vy sám/sama jinak od té doby? Jak?
20. Jsou nějaké oblasti, ve kterých Vám Vaše nemoc pomohla?
21. Je něco, co byste doporučil/a čtenářům, kteří procházejí podobnou situací?

Děkuji Vám za ochotu a pomoc