Začleňování osob s psychickou poruchou do běžného života

Bc. Marie Vrzáková

Diplomová práce
2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Bc. Marie Vrzáková**
Osobní číslo:	**H140383**
Studijní program:	**N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor:	**Sociální pedagogika**
Forma studia:	**kombinovaná**
Téma práce:	**Začleňování osob s psychickou poruchou do běžného života**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti psychických poruch a začleňování osob se znevýhodněním z pohledu sociálního pedagoga.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovorů a pozorování.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

EMERSON, Eric. Challenging behaviour: analysis and intervention in people with severe learning disabilities. 2nd ed. New York: Cambridge University Press, 2001. ISBN 05-217-9444-7.
HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Velký psychologický slovník. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
KLENKOVÁ, Jiřina a Marie VÍTKOVÁ. Inkluzivní vzdělávání se zřetelem na věkové skupiny a druhy postižení: Inclusive education provisions for different age groups and disabilities. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-2105-731-9.
LECHTA, Viktor. Základy inkluzivní pedagogiky. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.
PROCHÁZKOVÁ, Lucie. Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-094-4.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Eva Machů, Ph.D.**
Ústav školní pedagogiky

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2015**

Termín odevzdání diplomové práce: **15. dubna 2016**

Ve Zlíně dne 1. prosince 2015

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
Fakulta humanitních studií
L.S.

Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby [1];
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 [2];
- podle § 60 [3] odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 [3] odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 18.03.2016 .....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce *Začleňování osob s psychickou poruchou do běžného života* se zabývá tím, jak jsou lidé s psychickou poruchou vyčleňováni ze společnosti nebo naopak začleňováni do běžného života. Cílem práce je zjistit, jaké faktory pomáhají těmto lidem k začlenění do společnosti a co jim v tom případně brání. Teoretická část popisuje psychické poruchy, jejich průběh a prognózu. Věnujeme se zde současným druhům léčby, transformací sociálních služeb a možnostem začleňování osob s psychickou poruchou do běžného života. V praktické části je použit kvalitativní výzkum. K získání podkladů pro výzkum byly použity volné rozhovory s osobami s psychickou poruchou, které pak byly kódovány a byl tak vytvořen závěr pomocí zakotvené teorie.

Klíčová slova:

osoby s psychickou poruchou, začleňování, vyčleňování, stigmatizace

ABSTRACT

The thesis *Inclusion of people with mental disorder into everyday life* deals how are people with mental disorder becoming socially excluded or integrated into normal life. The aim is to find out factors which help these people to integrate into society and which factors are against it. The theoretical part describes mental disorders, their process and prognosis. We deal here with the current treatments, transformation of social services and the possibilities for integrating people with mental disorder into everyday life. In the practical part is a qualitative research. To obtain data for research were used open interviews with people with mental disorder, which were then coded and was created conclusion using grounded theory.

Keywords:

people with mental disorder, inclusion, exclusion, stigmatization

Děkuji Mgr. Evě Machů Ph.D. za odborné vedení a metodickou pomoc při zpracování této diplomové práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD……10

I TEORETICKÁ ČÁST……13

1 PSYCHICKÉ PORUCHY……..14

1.1 KLASIFIKACE PSYCHICKÝCH PORUCH……...15

1.2 POPIS SCHIZOFRENNÍCH PORUCH……..16

1.2.1 Příznaky a průběh schizofrenních poruch……19

1.3 MOŽNOSTI LÉČBY……...22

2 SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ OSOB S PSYCHICKOU PORUCHOU..……....25

2.1 DISKURZY SOCIÁLNÍ EXKLUZE……26

2.2 STIGMATIZACE……28

2.2.1 Důsledky stigmatizace……30

2.3 DESTIGMATIZACE……...31

3 SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ OSOB S PSYCHICKOU PORUCHOU……..33

3.1 RESOCIALIZACE……..34

3.2 POROZUMĚNÍ DRUHÝM……..35

3.3 TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB……..….....37

3.4 INSTITUCE VĚNUJÍCÍ SE PSYCHICKÉMU ZDRAVÍ…….…...40

II PRAKTICKÁ ČÁST……....43

4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉ PRÁCE……44

4.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÁ OTÁZKA……44

4.2 KVALITATIVNÍ VÝZKUM……..45

4.3 METODA ROZHOVORU……46

4.4 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU…….….47

4.5 ZPRACOVÁNÍ DAT KÓDOVÁNÍM…….....49

4.5.1 Otevřené kódování……....50

4.5.2 Axiální kódování……50

4.5.3 Selektivní kódování……....51

4.6 ZAKOTVENÁ TEORIE……...52

5 ZHODOCENÍ VÝZKUMNÉ ČINNOSTI…….....54

5.1 VÝSLEDKY OTEVŘENÉHO KÓDOVÁNÍ……56

5.2 VÝSLEDKY AXIÁLNÍHO KÓDOVÁNÍ……62

5.3 VÝSLEDKY SELEKTIVNÍHO KÓDOVÁNÍ……...64
5.4 VÝSLEDNÁ ZAKOTVENÁ TEORIE……67
5.5 DISKUSE K VÝZKUMNÉ ČÁSTI……..…….……..68
ZÁVĚR…….....73
SEZNAM POUŽITÉ LITARATURY……...75
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK……...79
SEZNAM TABULEK……..80
SEZNAM PŘÍLOH…….....81

ÚVOD

Problematika lidí s psychickou poruchou je v současnosti často diskutované téma. Zájem veřejnosti však vzbuzují především případy, kdy se tyto osoby vlivem zanedbávání nebo nedodržování předepsané léčby stávají pachateli tragického trestného činu. Důsledkem takové situace bývá tvrdé odsuzování nemocného. Společnost na psychické onemocnění pohlíží jako na něco nebezpečného, důrazně se od podobně nemocných distancuje a požaduje jejich umístění do bezpečně uzavřených ústavů. Jeden tragický případ tak přenáší negativní reakce ostatních lidí na další duševně nemocné osoby, které ale nepředstavují žádnou hrozbu, a které často končí odstrčené a opomíjené. Naše společnost neprojevuje příliš velký zájem o postižené psychickou nemocí, nezajímá ji, jak se takoví lidé cítí, po čem touží, a jak obtížné je pro ně zapojení do běžného života.

Společnost vždy reagovala, reaguje a bude reagovat na cokoliv neznámého s velkou nedůvěrou. Sociologické studie potvrzují, že přirozeností lidské povahy je bát se čehokoli neznámého, oslabuje se tím pocit našeho osobního bezpečí, a proto na jakékoli vybočení z normálu u druhých reagujeme tím, že se raději stáhneme se do sebe, nebo ho ignorujeme. Překvapivé ovšem je, že pokud se člověk potýká s fyzickým postižením, okolí má dnes tendence dotyčného litovat a zcela běžně nabízí pomocnou ruku. Lidé, kteří mají skryté znevýhodnění v podobě psychické poruchy, však vybočují z normálu jiným způsobem. Na první pohled mohou na své okolí působit divně. A přesto, že se jedná o obdobný jev, jakým je fyzické znevýhodnění, nemocní se často setkávají s krutými, neohleduplnými a odsuzujícími reakcemi. Jak je možné, že veřejnost na dva tak podobné problémy reaguje tak rozdílně? Hlavní příčinou je neinformovanost a izolace od duševně nemocných. Pokud se společnost zapojí do přímého začleňování osob s psychickými poruchami do běžného života a získá dostatek informací o tom, jakým způsobem těmto lidem pomoci, je možné, že se pohled veřejnosti na tyto osoby postupně změní stejně, jako se měnil její pohled na fyzická znevýhodnění.

Tato diplomová práce se v úvodu teoretické části obecně zabývá klasifikací psychických poruch, průběhem těchto onemocnění a prognózou do budoucna. Také se zmiňujeme o formách léčby. Tyto informace jsou důležité k pochopení celého problému. I když se na první pohled jedná o údaje, které patří do oblasti medicíny, jsou podstatné i pro sociální pedagogy, protože pokud se mají do procesu začlenění takto nemocných osob zapojit, musejí být rovnocenným partnerem lékařů a psychologů, kteří s těmito lidmi pracují.

K tomu patří i odborná znalost této problematiky. V další části si přiblížíme termín sociální vyloučení a především se budeme soustředit na možnosti sociální pedagogiky v problematice stigmatizace, destigmatizace a znovu začlenění nemocných do společnosti. Sociální pedagog se běžně podílí na začleňování lidí s různým znevýhodněním. Oblast psychiatrických onemocnění však stále zůstává ve velké míře opomíjená. Sociální pedagogika má tak prostor k tomu, aby ukázala svou důležitost a opodstatnění i v této oblasti, zapojila se do vytváření nových projektů a pomohla celou problematiku medializovat, protože čím více bude veřejnost informovaná, tím snadnější bude tyto znevýhodněné osoby znovu vrátit do života. Nakonec jsme přidali přehled sociálních institucí a služeb, které se věnují lidem s psychickou poruchou, a které už podnikají první kroky k začlenění takto znevýhodněných.

V empirické části se s pomocí rozhovorů s osobami s psychickou poruchou pokusíme přiblížit jejich skutečné potřeby a přání. Upozorníme na důležité body v životě duševně nemocných osob, probereme s nimi jejich denní program, prodiskutujeme nutné změny, které v jejich životě nastaly z důvodu nemoci a její léčby a především se zaměříme na jejich návrhy, jejichž realizace by jim pomohla vést plnohodnotný život. Zároveň také dostali možnost vyjádřit svůj názor na okolní zdravou společnost, popsat pozitivní a negativní zkušenosti a přednést své podněty, které by mohly napomoci lepší vzájemné komunikaci a porozumění. Diplomovou práci uzavírají konkrétní doporučení, která by byla využitelná v praxi.

Doufáme, že tato práce objasní důležité aspekty soužití psychicky nemocných osob ve společnosti, pomůže identifikovat problémy, které s nimi souvisí a přispěje k další možné diskuzi, která se věnuje začleňováním osob s psychickou poruchou do běžné společnosti a každodenního života. Výsledky výzkumu pak mohou sociálním pedagogům poskytnout důležité informace o skutečných potřebách duševně nemocných. Tyto informace by bylo možné využít při konkrétní realizaci projektu věnovanému inkluzi těchto osob a především při edukačních programech určených široké veřejnosti, která musí být obeznámena s danou problematikou, aby se mohla zbavit svého ostychu a strachu, naplno se zapojila do spolupráce s nemocnými a následně pomohla s dalším šířením informací a s medializací.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHICKÉ PORUCHY

Psychiatrie jako lékařská a vědní disciplína se musí v současné době vyrovnávat, stejně jako ostatní lékařské obory, s celou řadou koncepčních otázek, které se promítají plnou měrou do diskuzí o nových diagnostických a klasifikačních systémech.

Na počátku diskuzí bývá často předmětem sporů samotná definice duševní poruchy. Jak uvádí Smolík (1996, s. 26) žádné předchozí definice nemoci, choroby nebo poruchy bohužel nebyly příliš úspěšné, a jen stěží můžeme předpokládat, že v dohledné době bude tento problém vyřešen. Není pravděpodobné, že jakýkoliv soubor zařazujících nebo vylučujících kritérií pro definování duševní poruchy dokáže pokrýt celé spektrum případů nebo vyřešit problém hraničních stavů. Selhala většina pokusů o nalezení smysluplných souvislostí mezi klinickými symptomy, specifickými příčinnými faktory, patogenetickými modely a prognostickými typy. Duševní poruchy jsou, v souvislosti s již uvedenou koncepcí medicíny, definovány nejrůznějším způsobem, podle různých hledisek, jako je pocit subjektivní nepohody, ztráta sebekontroly, zneschopnění pro výkon sociálních a pracovních funkcí, odchylka od statistické normy, etiologie a další. Každé z těchto hledisek může být pro daný případ užitečné jako indikátor duševní poruchy, ale žádné není součástí jednotící koncepce. Ukázalo se, že veškeré dosavadní pokusy o vyšší zobecnění zatím postrádají dostatečně přesvědčivou působnost. Navíc samotný termín „duševní porucha“ v sobě obsahuje dualistickou koncepci, odlišující duši a tělo jako dvě nezávislé entity. Tato dichotomie, vlastní některým systémům vzniklým v 19. století, odrážela redukcionistické tendence průmyslové revoluce. Byla dočasně užitečná, ale přílišné lpění na této dichotomii má dnes pochybnou hodnotu a blokuje další epistemologický pokrok. Množství současné odborné literatury dokumentuje dostatečně přesvědčivě, že duševní poruchy obsahují mnoho somatických ekvivalentů, a naopak somatické poruchy se neobejdou bez duševních korelátů (Smolík, 1996, s. 27).

Fine (2009, s. 34) zdůrazňuje, že neexistuje žádná definice, která by byla pro duševní nemoci obecně přijímána. Z části je to proto, že duševní projevy nebo stavy, které jsou v jedné kultuře považovány za abnormální, mohou být v jiném kontextu hodnoceny jako přijatelné nebo normální.

Nejzřetelnější známkou vývoje na poli duševního zdraví je prokazatelný vzestup významu programů duševního zdraví v mnoha zemích. Je pravděpodobně způsoben pěti na sobě nezávislými okolnostmi:

1) Programy duševního zdraví byly rozšířeny o behaviorální a psychosociální oblasti. Je pochopitelné, že problémy zneužívání látek, delikvence mladistvých, problémy adaptace v emigraci či rozpad rodin jsou na očích veřejnosti a trápí odpovědné činitele mnohem více než například chronická schizofrenie.
2) Nové pojetí duševního zdraví klade důraz na primární prevenci a s tím na potřebu aktivního spolupůsobení různých sociálních složek.
3) Je již dostatek důkazů o tom, že prevence a léčba duševních poruch jsou možné a že mohou být prováděny při použití relativně levných postupů.
4) Veřejnost si stále více uvědomuje, že množství duševních poruch, stejně jako problémů se zneužíváním látek, stále stoupá a dosahuje hrozivých rozměrů v rozvinutých i rozvojových zemích na celém světě.
5) Naděje vkládané do jednoduchého technického řešení problémů způsobených nemocemi vůbec se všeobecně nesplnily a je zřejmé, že bude nezbytné opírat se při prevenci a zvládání následků mnoha nemocí o behaviorální a psychosociální přístupy (Smolík, 1996, s. 27).

Znalost historického kontextu, obecných i specifických východisek psychiatrické kapitoly MKN-10 a v neposlední řadě vstřícný pohled mohou pomoci vzájemnému dorozumění mezi odborníky v oblasti duševních poruch, jak zmiňuje Smolík (1996, s. 34). Nezasvěcené odsouzení může naopak zmařit příležitost využít kladů systému, jehož intelektuální potenciál je kryt mnohaletým výkonem mnoha set odborníků pracujících na vrcholové klasifikační úrovni. Současná epocha vývoje psychiatrie je ve znamení reklasifikace oboru v mezinárodním měřítku. Klasifikace slouží vzájemnému dorozumění odborníků, vytváří společný jazyk oboru. Musí být realistická, jednoduše použitelná a s vysokou mírou spolehlivosti. S psychicky nemocnými lidmi se setkává díky svému mezioborovému působení i sociální pedagog. Díky snadné použitelnosti klasifikace může i sociální pedagog ve své profesi lépe pochopit psychicky nemocné lidi a tím účinněji jim pomoci začleňovat se do běžné společnosti.

1.1 Klasifikace duševních poruch

Existuje řada mezinárodních dokumentů, které se zabývají klasifikací duševních poruch. Zmínit lze zejména standard formulovaný Světovou zdravotnickou organizací nazvaný *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (*International Classification of Diseases and Related Health Problems, zkratka ICD). Lékaři v ČR vycházejí při posuzování duševního stavu u klienta z 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí z roku 2014. V této klasifikaci jsou rozlišeny kategorie duševních poruch a poruch chování (F00-F99).

F00 - F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10 - F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F20 - F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30 - F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40 - F49 Neurotické poruchy, stresové a somatoformní poruchy
F50 - F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60 - F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70 - F79 Mentální retardace
F80 - F89 Poruchy psychického vývoje
F90 - F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
F99 Neurčená duševní porucha (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, 2013, s. 189).

Sociální pedagogika je mezioborovou disciplínou, proto je vhodné, aby se i sociální pedagog orientoval v klasifikaci jednotlivých poruch. Různé typy poruch mají různé příznaky, a pokud o nich má sociální pedagog povědomí, případně alespoň ví, kde najít jednotlivé typologie, může se stát velmi dobrým partnerem lékaři, který pacienta léčí. Tak může docházet k účinné terapii jak biologických, psychologických tak sociálních metod, jak uvádí i Smolík (1993, s. 172, 173).

1.2 Popis schizofrenních poruch

Jak již zmínil Fine (2009, s. 34), některé kultury považují určité projevy chování za nenormální, některé kultury stejné projevy považují za zcela přijatelné. *„Kdo je vlastně blázen? Slovo blázen bývá velmi často používané hanlivě, ale nepravdivě. Když totiž odebereme od slova blázen čárku nad a, vzniká slovo blazen, a když přidáme ještě háček nad z, vzniká slovo blažen. Blazen, blažen, tedy blazován, blažován z různých zdrojů, nevyjímajíc sebe. Slovo blázen mluvnicky významově tedy znamená prostě a jasně šťastný člověk.“* (pacient B. F. Terezín, 30.10.2000 in Vágnerová, 2004, s. 333). Tento popis uvedl pacient s psychickou poruchou. Pokud přijmeme tento výrok bez předsudků a s empatií, jak by se na sociálního pedagoga slušelo, můžeme s ním souhlasit. Není jednoduché oddělit jasnou čarou duševní zdraví od patologie. Stačí jiný úhel pohledu a místo patologie spatříme genialitu.

Jak uvádí Vágnerová (2004, s. 354) ze sociálního hlediska je nejvíce stigmatizující právě schizofrenie a vzhledem k výzkumu prováděnému v praktické části této práce uvádíme následující podrobnější rozčlenění F20 - F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy. Neoperujeme zde s odbornými lékařskými termíny, ale nastiňujeme pouze základní informace ohledně této problematiky, které sociálnímu pedagogovi jsou prospěšné při kontaktu s lidmi, kteří mají psychické poruchy.

Přehled tříměstných kategorií dle 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (2013, s. 190) je klasifikuje následovně:

Schizofrenie (F20) je termín E. Bleulera pro rozštěpení osobnosti. Pojem je používaný pro celou skupinu psychóz, z nejčastějších symptomů sem patří porušená afektivita od plačtivosti až po lhostejnost, rozpad logického myšlení, přeludy, halucinace, bludy, poruchy řeči, nesoulad mezi jednotlivými složkami osobnosti, ztráta kontaktu s realitou aj. IQ většinou zachován, jeho výše pro vážnost nepodstatná. Nejčastější formy jsou paranoidní, katatonická, hebefrenická, prostá, smíšená (Hartl, 1993, s. 188).

Schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasné vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv určité kognitivní defekty se mohou v průběh doby vyvinout. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují ozvučování myšlenek; vkládání nebo odnímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné vnímání a bludy ovládání;

pasivita nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, 2013).

Schizotypní porucha (F21) je charakterizována výstředním chováním a poruchami myšlení a afektu, které jsou podobné schizofrenním, ale určité a charakteristické symptomy se nevyskytnou v žádném stadiu. Symptomy mohou zahrnovat chladné a nepřiměřené afekty, podivínské, nápadné chování; tendenci k izolaci od společnosti; paranoidní nebo bizarní nápady, ale nikoliv pravé bludy; vtíravé ruminace; poruchy myšlení a vnímání; občasné přechodné, jakoby psychotické ataky s intenzivními iluzemi, sluchovými a jinými halucinacemi a bludům podobnými myšlenkami, obvykle bez zevní provokace. Přesný začátek neexistuje a vývoj a průběh jsou podobné jako u poruch osobnosti (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, 2013).

Poruchy s trvalými bludy (F22). Tato položka obsahuje různé poruchy, kde dlouhotrvající bludy jsou jedinou a nejvýraznější klinickou charakteristikou a které nemůžeme zařadit jako organické, schizofrenní nebo afektivní (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, 2013).

Akutní a přechodné psychotické poruchy (F23) jsou charakterizované náhlým výskytem psychotických symptomů, jako jsou bludy, halucinace a poruchy vnímání s prudkými poruchami běžného chování. Akutní porucha je definována jako crescendový vývoj patologického klinického obrazu během dvou týdnů a méně. Pro tyto poruchy nebyl prokázán jejich organický podklad. Popletenost a zmatenost je častá, ale dezorientace místem, časem a osobou není trvalá nebo dostatečně závažná, aby opravňovala k diagnóze organicky způsobeného deliria. Kompletní uzdravení se objevuje většinou během několika měsíců, ale i týdnů a dní. Pokud tato porucha přetrvává, je třeba udělat změnu v klasifikaci. Porucha může být sdružena se stresem, definovaným obvykle jako stresová událost, která předchází onemocnění o jeden až dva týdny (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, 2013).

Indukovaná porucha s bludy (F24) je porucha, kterou trpí dvě nebo více osob, které jsou v těsné emoční vazbě. Pouze jedna z nich však trpí pravou psychotickou poruchou. Bludy u druhé osoby jsou indukovány a obvykle zmizí, když jsou obě osoby od sebe

odděleny (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, 2013).

Schizoafektivní poruchy (F25) jsou epizodické poruchy, které mají zřejmé jak afektivní, tak schizofrenní symptomy, takže jednotlivé epizody neopravňují ani k diagnóze schizofrenie ani depresivní či manické epizody. Stavy, kde afektivní symptomy nasedají na předchozí schizofrenní onemocnění nebo doprovázejí či střídají trvalou poruchu s bludy jiného typu, jsou zařazeny pod F20–F29 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, 2013).

Jiné neorganické psychotické poruchy (F28) jsou poruchy s bludy a halucinacemi, které neopravňují diagnózu schizofrenie (F20.–), trvalé poruchy s bludy (F22.–), akutní a přechodné psychotické poruchy (F23.–) nebo psychotického typu manické fáze (F30.2) nebo těžké depresivní fáze (F32.3). (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, 2013).

1.2.1 Příznaky a průběh schizofrenních poruch

Charakteristickými příznaky psychotických poruch jsou bludné představy a myšlenky. Například, že člověka někdo kontroluje, třeba prostřednictvím mobilu nebo počítače, že ho někdo pronásleduje (například ruská mafie), že má nadlidské síly a schopnosti (například komunikovat s mimozemšťany, působit přírodní katastrofy, atd.). Dalším příznakem jsou smyslové halucinace – člověk cítí, vidí a slyší věci, které ostatní lidé nevnímají. Mohou to být například hlasy, které komentují jeho jednání, nebo se člověku zdá, že se ho někdo dotýká, i když v místnosti s ním nikdo není a podobně. Psychotická porucha se může projevovat dezorganizací řeči, což se projevuje neschopností držet se tématu nebo zmateným a přerývaným tokem myšlenek, a také zvláštně dezorganizovaným chováním. Vedle těchto příznaků, které spočívají v narušených aktivitách, se objevují méně nápadné negativní symptomy – celkové otupení, apatie, oploštění emocí, nechuť k sociálním kontaktům a oslabení vůle. Nejčastějšími příznaky neurotických poruch jsou úzkost, strach, deprese, fobie, obsese, pocit odosobnění, pocit nereálnosti nebo tělesné problémy, které nemají zjevnou organickou příčinu**.** Pokud neurotické potíže trvají delší dobu a brání člověku v normálním fungování, měl by vyhledat odbornou pomoc. Pokud se nemoc podaří odhalit včas, ještě před tím, než se naplno projeví (což mívá za důsledek nedobrovolnou hospitali-

zaci v psychiatrické léčebně), je prognóza vývoje onemocnění příznivější. Ale i lidem, kteří za sebou mají jednu nebo více hospitalizací na psychiatrickém lůžku, mohou denní stacionáře a další podobná zařízení komunitní péče velmi přispět ke stabilizaci zdravotního stavu a zkvalitnění života. (Denní psychoterapeutické centrum Ondřejov, ©2011-2016).

Příznaky jsou více či méně patrné i pro okolí, které je samozřejmě vnímá a společnost má pak tendence se na tyto lidi dívat skrz prsty právě proto, že se jejich chování vlivem příznaků odchyluje od standardu. I ve chvíli, kdy ještě není stanovena diagnóza, už může člověk mít problém začlenit se do společnosti. A ve chvíli, kdy se diagnóza potvrdí, odstup lidí se ještě zvětší, protože mají zaškatulkované, že psychická porucha je zlo, a každý, kdo ji má je nebezpečný blázen.

Včasná pomoc poskytnutá lidem ohroženým psychotickou poruchou může zabránit negativnímu vývoji onemocnění a předejít závažným zdravotně sociálním důsledkům při opakovaných atakách a hospitalizacích. Důležitou úlohu mají rodina a přátelé člověka ohroženého psychotickou poruchou. Pokud si všimnou prvních příznaků a včas kontaktují odborníky, mohou tím zabránit rozvoji poruchy. Rodiče nebo přátelé ohroženého člověka mohou kontaktovat krizová oddělení. Tým krizového oddělení se pokouší vyřešit situaci citlivým a nenásilným způsobem – navázáním kontaktu s ohroženým člověkem a poskytnutím potřebné pomoci

Vágnerová (2004, s. 334) konstatuje, že například schizofrenie postihuje přibližně 1% populace bez ohledu na zeměpisnou lokalizaci, rasovou příslušnost, pohlaví či sociokulturní vlivy. Vzniká nejčastěji v mladém věku, v rozmezí 15-35 let, u žen o něco později než u mužů. Přesná příčina vzniku schizofrenie není jednoznačně určena, důvodem je především skutečnost, že jde spíše o skupinu poruch, které se v některých symptomech shodují. Lze tudíž předpokládat, že její vznik ovlivní komplex mnoha faktorů, jejich vzájemná interakce. Jde o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností a vyvolávajících podnětů. Věk začátku onemocnění je nejčastější mezi pozdní adolescencí a polovinou třetího decénia. U žen je věk začátku v průměru vyšší. Epizodu obvykle předcházejí příznaky, nejčastěji úzkost, pocity zmatku a nejistoty z měnícího se spektra vjemů, pocity izolace, strachu nebo deprese. Tyto příznaky vznikají plíživě a náhle, proto je dobré, pokud má nemocný vnímavé okolí, které tyto příznaky zachytí. U predisponovaných jedinců mohou epizody začít po vyvolávající události, například po emočním traumatu, požití drogy nebo v izolaci. Snížená odolnost vůči stresu je trvalá. V průběhu

onemocnění se obvykle snižuje mohutnost halucinací a bizarních bludů. Zvyšuje se množství a nápadnost negativních příznaků, například emoční oploštělost, špatné dodržování osobní hygieny a různé zvláštnosti chování.

Smolík (1996, s. 168) uvádí, že k relapsům v období dvou let dochází přibližně u 40% pacientů při farmakologické léčbě a asi u 80% pacientů bez léčby psychofarmaky. 50% pacientů se pokouší o sebevraždu, z toho asi 10% úspěšně. Množství násilných činů není vyšší než v běžné populaci. Častější jsou náhlá úmrtí, interní onemocnění, kratší je celková délka života.

Průběh onemocnění může být různý, z hlediska počtu akutních atak a vzniku přetrvávajícího psychického postižení lze rozdělit na několik možností. Vágnerová (2004, s. 351) uvádí, že jednou z nich je takový průběh, že se nemoc projeví jen jednou atakou a postupně dojde k přijatelné úpravě zdravotního stavu. Další průběh může být opakovaný, kdy se v pravidelných či nepravidelných intervalech mohou střídat období atak a klidu. Jedním z průběhů je i ten, u kterého dochází ke změnám osobnosti, ať už jsou to emoční změny, kognitivní změny nebo změny v chování a sociálním uplatnění. Sociální kontakty bývají spíše minimalizovány, nemocní nejsou schopni je navazovat a udržet, často o ně ani nestojí a vyhýbají se jim. Nebývají akceptováni jako rovnocenní partneři, stávají se objekty péče svých rodinných příslušníků, pro něž představují zátěž. Pod vlivem osobnostní změny ztrácejí i profesní roli, nebývají schopni systematicky pracovat a někdy nejsou soběstační ani v oblasti základní sebeobsluhy. Obvykle je příčinou těchto potíží snížená energie, apatie, ztráta motivace a z ní vyplývající lhostejnost k čemukoli. Dále může docházet k průběhu, kdy přetrvávají některé, obvykle negativní symptomy, pro které je charakteristické oslabení nebo ztráta normálních funkcí. Tento stav bývá označován jako syndrom zlomené pružiny. Nemocní nebývají schopni vykonávat stejnou práci, jsou hůře adaptabilní, pomalí a nejsou schopni zvládnout ani běžné a banální zátěže. Nedovedou prožívat radost, někdy se cítí zvýšeně unavitelní nebo tělesně nemocní. V této fázi mívají na svůj stav obvykle přijatelnější náhled. Vědí, že se změnili a že nejsou takoví jako dřív. Tento průběh bývá považován za projev určitého způsobu obrany před nadměrným zatížením vnějšími podněty, které nemocný nedokáže eliminovat a zároveň je není schopen adekvátně zpracovat.

Velkým přínosem pro sociálního pedagoga je, pokud má alespoň základní znalosti o průběhu a příznacích psychických poruch. Každé psychické poruše je třeba porozumět

v kontextu celého života, jak ozřejmují Dorner a Plug (1999, s. 7). Lidé se projevují různým způsobem, je možné pozorovat jejich chování a vyvozovat z něj, jak danou situaci prožívají, jak ji hodnotí a jak o ní uvažují. Tento projev může odpovídat našemu očekávání vyplývajícímu ze zkušeností, nebo mu odpovídat nemusí, z nějakého důvodu může být úplně jiný. Odlišnost reagování se může projevit jen v některých zátěžových a méně obvyklých situacích. Za běžných okolností se člověk většinou nechová nijak nápadně, ale pokud se určitým způsobem změní podmínky, reaguje na tuto změnu její nestandardní interpretací a výkyvem chování. Tato situace pro něj znamená něco jiného než pro většinu ostatních, a proto reaguje odlišně. Čím lépe sociální pedagog porozumí této problematice, tím účinnější pomocí může být jak pro nemocné, tak i pro jejich okolí.

1.3 Možnosti léčby

Současný způsob léčby obsahuje kombinaci biologických, psychologických a sociálních metod. Smolík (1993, s. 172, 173) zdůrazňuje, že zásadní je psychofarmakologická léčba. Objev neuroleptik znamenal průlom v možnostech léčby schizofrenie. Schopnost těchto farmak snižovat intenzitu i množství akutních psychotických příznaků byla nad vší pochybnost dokázána. V průběhu 40 let jejich užívání byly však ozřejmeny i faktory, které limitují možnosti jejich použití. Neuroleptika navíc nejsou schopna pokrýt terapeuticky celou šíří schizofrenní patologie. Zatímco účinnost vůči pozitivním příznakům je vysoká, působí jen velmi slabě nebo nepůsobí vůbec na okruh negativních příznaků. Nedokáží zabránit úpadku v oblasti sociálních a pracovních funkcí. V neposlední řadě jsou neuroleptika původcem celé řady nežádoucích účinků, které často nejsou tolerovány pacientem ani jeho okolím. To může být příčinou odmítání biologické léčby. V současné době je farmakologický výzkum soustředěn na vývoj nových typů neuroleptik s větší šíří účinnosti a s menšími nežádoucími účinky. Pro výběr neuroleptika je třeba vždy postupovat individuálně. Další důležitou složkou současného způsobu léčby je psychosociální terapie. Psychofarmakologická léčba je o to účinnější, oč komplexnější je současný psychosociální přístup k pacientovi. Zejména rodinná terapie a trénink sociálních návyků vyžadují systematickou práci terapeutického týmu.

Smolík (1996, s. 173) dále uvádí, že na prvním místě musí být při zahájení léčby zvážen způsob přístupu k pacientovi, zajištěna jeho bezpečnost a získání jeho důvěry. Ne-

zřídka je zapotřebí v akutním stadiu intenzivní péče s 24hodinovým sledováním a někdy omezením nemocného. Od samého počátku kontaktu s pacientem je třeba dbát na zachování dobrého vztahu terapeut-pacient. I při zdánlivě zcela ztraceném smyslu pro realitu vnímá pacient vždy velmi citlivě vztah okolí vůči sobě. Pacienta je třeba citlivě dovést k akceptování terapeutické komunity, ve které se ocitl a do níž by se měl po odeznění akutního stadia poruchy zapojit. Termín podpůrná psychoterapie neznamená pouze podporu vnější, tedy ochranu, péči nebo ocenění při zlepšování. Znamená také podporu základní osobnostní struktury. Cílem léčby není změnit či restrukturovat již tak oslabené ego. Zpočátku je zapotřebí především řešit okamžité, aktuální denní problémy a pomáhat rozvíjet sociální dovednosti. Odeznění nepříjemných příznaků potom přispívá samo o sobě k úspěšné adaptaci. K podpůrné psychoterapii patří i rodinná terapie, která je většinou zcela nezbytnou součástí readaptace nemocného.

Vágnerová (2004, s. 19, 20) zmiňuje, že v lidském životě se však mohou vyskytnout i objektivně obtížné situace, kdy reaguje nestandardně téměř každý. Takové chování lze chápat jako normální reakci na abnormální podnět. Z toho vyplývá, že chceme-li hodnotit nějaký podivný projev, musíme vzít v úvahu: O jakého jedince jde, jakou je osobností, jaké jsou jeho vlastnosti a kompetence. Lidé mohou reagovat ve stejných situacích odlišně, způsobem, který je pro ně typický. Jejich psychické i somatické vlastnosti předurčují, jak se budou chovat nejenom za běžných okolností, ale i v zátěžových situacích, jak se s nimi budou vyrovnávat. Závisí na nich i to, co budou jako zátěž hodnotit. Určité procento lidí není vybaveno takovými schopnostmi, aby dokázali zvládnout všechny požadavky, které na ně běžný život klade. Reagují jinak, z hlediska jejich okolí nepochopitelně, někdy i rušivě a nepříjemně. Ale i oni jsou součástí společnosti. V úvahu musí být vzata situace, v níž se člověk abnormálně projevuje. Všechny podněty, které přijímáme, citově i rozumově hodnotíme a podle toho na ně reagujeme. Různé podněty vyvolávají rozmanité reakce a posilují tendenci k určitému chování. To závisí na významu, jaký pro jedince mají, respektive jak je on sám chápe.

Vágnerová (2004, s. 353) dále zdůrazňuje, že sociální zázemí je také důležitým faktorem. Pokud má nemocný přijatelné sociální zázemí, kde je akceptován a pozitivně stimulován, kde se mu dostává potřebné sociální podpory, je u něho větší pravděpodobnost zlepšení nebo uchování přijatelného stavu. Důležitý je charakter prostředí, v němž jedinec žije nebo v kterém žil v minulosti. Vývoj osobnosti každého jedince závisí na genetických

předpokladech a na zkušenosti, kterou v průběhu svého života získal. To znamená na učení. Dědiční dispozice předurčují i rizika, tj. problémy, které by mohly vzniknout, zejména pokud by dítě bylo vychováváno určitým způsobem. Případné riziko lze naopak zmírnit výchovou, která by nežádoucí projevy neposilovala. To může někdy být velmi těžko dosažitelné, protože dítě vyrůstá v rodině, a pokud rodiče neporušují právní normy nebo dítě jednoznačně nepoškozují, nemusí být snadné jejich výchovný přístup ovlivnit.

K pochopení dynamiky vývoje různých psychických odchylek a poruch je třeba vědět, jaká je příčina jejich vzniku, které faktory k jejich rozvoji přispívají, a co je naopak může ovlivnit žádoucím způsobem. Důležité je i odlišení projevů, které sice mohou být rušivé a zatěžující, ale nelze je ještě považovat za poruchu. Často jde o vývojově podmíněné výkyvy, které se objevují v určité fázi života a lze je, vzhledem k vyvolávající situaci, hodnotit jako přiměřené. I když akutní příznaky schizofrenie ustupují, může přetrvat určitý symptomový zbytek, nebo jen zvýšená zranitelnost, určité zúžení života, útlum veškeré motivace a tudíž i aktivity. Nemocný je nespokojený s tím, co je, a má obavy z toho, co bude. Uvědomuje si rozdíl mezi tím, jaký byl dřív, a jaký je nyní. Cítí se bezmocný, vyhaslý a neví, co bude dál. Není schopen samostatného řešení svého dalšího života, často zůstává závislý na rodině. Nedokáže plnit běžné povinnosti, snadno se unaví a bývá málo výkonný jak tělesně, tak duševně. Někteří pacienty nebývají v této době ani dostatečně citliví k vlastním tělesným potřebám. V tomto obtížném období vyrovnávání se se životem po nemoci může dojít i k pokusu o sebevraždu signalizujícímu, že pacient situaci nezvládl (Vágnerová, 2004, s. 354).

Kalina (2001) upozorňuje, že v období uzdravování nemocní pociťují paradoxně často smutek a prázdnotu. Měli by se postupně znovu adaptovat na reálný svět, ale tento požadavek se jim může jevit jako velice náročný, protože se po proběhlé akutní atace mohou cítit vyhaslí a unavení. V této době se mnohdy objevují i hypochondrické stesky, které jsou znamením, že nemocný začíná svoje tělo prožívat jakou reálnou součást vlastní identity. Uvědomuje si svoje nedostatky a vnímá velmi citlivě reakce okolí, které mnohdy vedou k tomu, že se jedinec může cítit ze společnosti vyloučený.

2 SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ OSOB S PSYCHICKOU PORUCHOU

Pokud se u člověka s psychickou poruchou začnou projevovat klasické příznaky nemoci, začíná okolí vnímat, že jeho chování neodpovídá standardu. Postupně se vyčleňuje ze společnosti a okolí na něj pohlíží s posměchem, nebo ho dokonce považuje za hrozbu. Takovéto sociální vyloučení však může mít pro nemocného velice nepříjemné následky a celý průběh choroby se tak může ještě více zkomplikovat. Vyloučení se však netýká pouze nemocných psychickou chorobou. Postupem času se objevilo bezpočet různých příčin, které měly za následek odmítavý postoj společnosti vůči jedincům.

Fenomén sociálního vyloučení se stal v devadesátých letech významným tématem nejen v akademickém, ale také sociálně politickém diskurzu. Mareš, Horáková a Rákoczyová (2008, s. 145) uvádí, že jde o koncept, který, stejně jako sociální začlenění či sociální soudržnost, není díky své komplexnosti jednoznačně vymezen. Sociální vyloučení tedy není v současnosti vnímáno jako nástroj posílení identity různých kolektivit a sociální kontroly v nich, jak tomu bylo v minulosti. Ale naopak je překážkou či ohrožením jejich integrace. Podstatou proto není problém vyloučení-chudoby, resp. distribuce bohatství ve společnosti, ale pout, která spojují jednotlivé segmenty společnosti, jakož i pout, která váží jedince k celku. Berghman (1998, s. 258) klade důraz na to, že v obecném pojetí můžeme sociální exkluzi vnímat jako proces, který výrazně polarizuje společnost a jako důsledek selhání některé z dnešních klíčových institucí – demokratického systému, pracovního trhu, sociálního státu či rodiny a komunity. S tímto tvrzením plně souhlasíme.

„Zvětšuje se počet těch, kdo jsou na okraji společnosti, kdo jsou vyloučeni, odvrženi a zahnáni na okraj vlastních společností i světa, jsou odepsáni a zapomíná se na ně. Zámožní, dynamičtí na ně raději nemyslí, nevšímají si jich a nezačleňují je do svého obrazu světa“ (Kapusinski, 2005, s. 35). Diskurz používající jako klíčového konceptu pojem sociální exkluze se soustřeďuje na sociální podmínky, jež jsou základem vyloučených jedinců i skupin z přístupu odpovídajícím materiálním i duchovním zdrojům a právům, ať již se jedná o strukturální faktory exkluzi vyvolávající či podporující nebo o charakteristiky vyloučených osob či kolektivit, na procesy, jejichž prostřednictvím jsou jedinci i skupiny ze sociálních sítí a komunit vylučováni, a v neposlední řadě i na životní situaci a životní šance takto vylučovaných jedinců, skupin a komunit a na procesy reprodukce sociálního vyloučení.

Sociální exkluzi je pak možné chápat mnoha způsoby. Většina definic se ovšem shoduje v tom, že se jedná o nedostatečnou participaci jedinců i kolektivit v těch oblastech společenského života, v nichž se podle převládajících sociálních norem tato participace obecně očekává, jako právo. Konkrétně se jedná o participaci v systémech produkce, pracovního trhu a redistribuce statků a služeb, včetně veřejných služeb, jako jsou vzdělání či zdravotní péče. Dále v oblastech rodinného života, politického života, komunitního života a kultury (Mareš, Horáková a Rákoczyová, 2008, s. 11).

Burchardt, Le Grand a Piachaud (1999, s. 227) přišli s přijatelnou definicí vymezení sociálně vyloučených jedinců jako jedinců, kteří jsou obyvateli dané společnosti, ale z důvodů, které nemají sami pod kontrolou, nemohou participovat na obvyklých aktivitách, k nimž by jejich občanství opravňovalo a na něž aspirují. Na druhé straně se pak tento diskurz soustřeďuje na polarizaci společnosti, na sociální dezintegraci a oslabení sociální solidarity, jež představují nejvýznamnější důsledky sociální exkluze pro širší společenství. Sociální exkluze je především otázkou bariér inkluze a odpovídající participace, je absencí sociální integrace a stavem bezmocnosti ve společnosti neintegrovaných jedinců či kolektivit. Neschopnost vyloučených efektivně participovat na ekonomickém, politickém, kulturním a sociálním životě společnosti není jen jejich osobním rizikem, ale představuje i riziko pro společnost. Vede totiž k odcizení se vylučovaných hlavnímu proudu společnosti, jeho hodnotám a institucím. Sociální exkluze je tedy na jedné straně procesem marginalizace jedinců a kolektivit a procesem jejich společenské i prostorové izolace. Na druhé straně je pak procesem zeslabování sociálních vazeb společnosti, její integrace a koheze.

2.1 Diskurzy sociální exkluze

Diskurzy, které se rozvíjejí kolem konceptu sociální exkluze, určují i přístup mocenských center, jako je státní správa a samospráva, k vylučovaným osobám i kolektivitám, ať již jde o přímé akce, zejména v místech koncentrace vyloučených osob či domácností nebo o programové cíle sociální politiky na celostátní, regionální i lokální úrovni (Mareš, Horáková a Rákoczyová, 2008, s. 12). Levitas (1998, s. 25) uvádí, že v současnosti v Evropě existují tři základní diskurzy sociální exkluze spojení s představou jejích příčin, které implikují i tři rozdílné přístupy sociální politiky. Jde o redistributivní diskurz, který se zaměřuje na odstranění sociální exkluze, kterou chápe hlavně jako důsledek chudoby, především

využitím dávek sociálního zabezpečení. Dále jde o integrativní diskurz, v němž je za základní příčinu exkluze považována dlouhodobá či periodicky opakovaná nezaměstnanost. Zde je mechanismem sociální exkluze placené zaměstnání, případně různé komunitní strategie překonávání sociální izolace nebo programy zvyšující zaměstnanost exkluzí postižených osob v případech, kdy jedince nelze začlenit na trhu. Buď pro jejich nezaměstnatelnost, nebo pro povahu trhu práce. Je zde i moralizující diskurz, v němž jsou příčinou sociální exkluze určitých osob jejich patologické morální a kulturní charakteristiky. Vylučovaní jsou chápání jako *„underclass*" a základním mechanismem jejich začlenění je resocializace: intervencemi sociální práce a krizovými sociálními intervencemi nebo represivními veřejnými politikami. Nejen ve veřejnosti přetrvává i mínění, že vyloučení je jen důsledkem jednání vyloučených jedinců či kolektivit, jejich morálního selhání, nepředvídavosti a lenosti. Proto je také řešení sociálního vyloučení hledáno spíše na straně nebo na úkor vylučovaných subjektů než v ovlivňování strukturálního kontextu a podmínek jejich života. Setkáváme se většinou se snahou o koncentraci vyloučených osob do prostoru, kde jsou předmětem zesílené sociální kontroly v nich a který je ohraničen a odlišen od ostatního území, nebo se snahou odsunout je jinam.

Giddens (1998, s. 38) zdůrazňuje, že v oblasti sociální pedagogiky jde o odloučení postižených od nepostižené populace. Jedná se tedy o mechanismus, který vytlačuje jednotlivce i celé sociální skupiny na okraj společnosti a brání jim v plné participaci na životě společnosti a v naplnění jejich občanských práv.

Ze sociálního hlediska jsou psychické choroby a tedy i schizofrenie výrazně stigmatizujícím onemocněním. Nejasná etiologie, nedostatek znalostí o jejích příčinách se projevuje posílením předsudků. Když člověk neví, jak schizofrenie vzniká, vysvětluje si ji různým způsobem, převážně iracionálně a často do svého výkladu promítá vlastní pocity (Vágnerová, 2004, s. 354, 355). Příčinou udržování iracionálních postojů bývá i fakt, že schizofrenie se často i poměrně dlouhou dobu rozvíjí v soukromí, bez lékařské konzultace.

Příznaky psychického onemocnění, ale už jen samotné přiznání, že pacient podobným onemocněním trpí, vyvolává často v ostatních lidech pocit strachu a také snahy o odlišný přístup. V důsledku špatné informovanosti se tak velmi často stává, že si dotyčný v očích ostatních nese jakýsi cejch, který má označovat jeho odlišnost. Přes takové stigma je pak těžké se přenést a vyvrátit mylné představy veřejnosti. Podobné označování jedinců,

kteří se odlišují od většiny, se však objevují v průběhu celých lidských dějin, i když se jeho příčiny výrazně liší.

2.2 Stigmatizace

Stigma dle Goffmana (2003, s. 19) označuje silně diskreditující, společensky nežádoucí a odsuzovaný znak, který má vyvolávat hanbu. Lze ho vnímat jako opak symbolu prestiže jako odsuzující postoj společnosti pro údajnou tělesnou, duševní nebo sociální méněcennost vedoucí k odmítání a vyloučení jedince nebo skupiny ze společnosti. Již Řekové ve starém Řecku uvedli termín stigma s úmyslem označit jím tělesné znaky určené k tomu, aby vyšlo najevo něco neobvyklého a špatného o morálním statusu označeného. Tyto znaky byly vypalovány nebo vyřezávány do těla a tím upozorňovaly na to, že je člověk zločinec nebo otrok a ostatní se mu měli vyhýbat. V dnešní době se slovo stigma používá spíše k označení hanby nebo tělesného znaku.

Doubek (2010, s. 33) uvádí, že mezi běžnou populací panuje nedostatečná informovanost a nevzdělanost, pokud jde o duševní onemocnění všeobecně. Stigma se může poté stát hlavní příčinou izolace, neschopností si najít práci, užívání alkoholu nebo drog, bezdomovectví a nadměrné snahy o řešení situaci v rámci uzavřených psychiatrických klinikách a léčebnách, což však snižuje šance na vyléčení.

Stigma znamená společenské odmítání domnělých nebo skutečných vlastností, přesvědčení nebo chování, které odporují sociálním normám. Pro stigma duševní nemoci jsou charakteristické nedostatek vědomostí o duševních nemocech, strach, předsudky a diskriminace. Historie je poznamenána izolací a exkluzí duševně nemocných, které však do jisté míry přetrvávají i v současnosti a jsou posilovány existencí institucionálních forem zdravotní či sociální péče. Souvisí to i s tím, že duševní poruchy mají kromě svých zdravotních důsledků i závažné důsledky nezdravotní. Jsou jimi narušení vztahů s blízkými osobami, riziko bezdomovectví, sebevražedné jednání, možnost nedobrovolné léčby a hospitalizace. Psychické onemocnění se navíc často projevuje navenek bizarním či neobvyklým jednáním.

Jak uvádí Péč (2016) většina lidí, kteří zažívají problémy s tímto typem onemocnění, se zcela uzdraví nebo jsou s onemocněním schopni žít a zvládat běžný život. To je ovšem za předpokladu, pokud dostanou brzkou pomoc. Přestože je duševní onemocnění

poměrně běžnou záležitostí, ve společnosti vůči tomuto fenoménu přetrvává stigma. Lidé s duševním onemocněním tak mohou narazit na již zmíněnou diskriminaci v nejrůznějších oblastech svého života. Téměř devět z deseti osob s duševním onemocněním potvrdilo, že stigma a diskriminace má na jejich život negativní dopad (Mental Health Foundation, 2015).

Ze statistik se lze dozvědět, že tyto osoby patří mezi skupinu lidí, u které z dlouhodobého hlediska klesá možnost najít si práci, být se stabilním a dlouhotrvajícím partnerském vztahu, mít dobré bydlení a začlenit se do mainstreamové společnosti. Je tomu tak proto, že obecně společnost má stereotypní představy o tom, co je duševní onemocnění a jakým způsobem lidi ovlivňuje. Mnoho lidí věří tomu, že u těchto lidí převládají násilnické sklony a jsou nebezpeční svému okolí. Ve skutečnosti jsou to však sami duševně nemocní, kterým hrozí napadení, případně sebepoškozování. Stigma a diskriminace mohou také zhoršit potíže spojené se samotným projevem nemoci a oddálit nebo zabránit tak získání pomoci a léčby, které by vedly k uzdravení. Společenská izolace, nezaměstnanost, chudoba a špatné bydlení pak mohou chytit tyto lidi do začarovaného kruhu nemoci (Mental Health Foundation, 2015).

Stereotyp stigmatu psychické nemoci je ve společnosti předáván mladší generaci a vydatně posilován médii. Postoje veřejnosti v některých západních zemích se pozvolna zlepšují. Převládajícím postojem veřejnosti je názor o nebezpečnosti a potenciálním násilném jednání duševně nemocných. Výzkum v této oblasti v České republice prováděla společnost Dema v roce 2014 (Stopstigma, 2015). Analýzy prováděné v řadě vyspělých států však nenasvědčují, že by riziko násilného chování bylo vyšší než u ostatní populace. Ve většině sledovaných zemí se nezvýšilo ani po deinstitucionalizaci a zavádění komunitních forem péče (Péč, 2016).

Praško (2007) zdůrazňuje, že proces stigmatizace je založen na předpokladu odlišnosti populace psychiatrických pacientů od běžné populace bez závislosti na závažnosti diagnózy. Samotný fakt psychiatrické léčby tak může znamenat automatické nálepkování, konečný vliv je negativní. Společnost očekává nezvyklé chování, nekontrolovatelnost, nebezpečnost, nezodpovědnost nebo i agresi. Automaticky díky tomu mění své chování k nemocnému a hrozí tak vyčleňovací reakce s výrazným odstupem.

Bakošová (2008, s. 58) zmiňuje, že sociální pedagogika nastupuje při problémech. Její existenci si vyžádal život upozorňující na absenci výchovy ve všech oblastech společenského a kulturního systému i v individuální rovině sebepoznávání. Na kategorii psychických nemocí bychom ji mohli aplikovat na zažitý a naučený způsob chování veřejnosti k těmto nemocným. S tím souvisí jejich stigmatizování. Je třeba změnit přístup okolní společnosti k nemocným.

Stigma duševní nemoci je také jednou z příčin, proč zástupci státu a plátců péče mají malou vůli investovat do péče o duševně nemocné. Duševně nemocní jsou navíc znevýhodněni tím, že jim chybí silnější hlas, který by za destigmatizaci bojoval, oproti jiným margalizovaným skupinám, například etnickým skupinám nebo lidem s fyzickým postižením. Stigmatizační postoje se nevyhýbají bohužel nejen například pracovníkům policie, ale ani odborným pracovníkům psychiatrických služeb (Péč, 2016).

Trpět psychickou poruchou a otevřeně to přiznat, vyžaduje velkou odvahu. Je to podobné, jako by dotyčnému vypálili do kůže cejch. Tato stigmatizace je neopodstatněná a zcela zbytečná a s největší pravděpodobností pramení z nedostatečné informovanosti, strachu a zastaralých názorů a přesvědčení, která ve společnosti převažovala v dobách totality, a která se i nadále předává z generace na generaci, protože duševní choroby stále zůstávají velkým tabu.

2.2.1 Důsledky stigmatizace

Stigmatizace je společenský jev, který podstatně zasahuje do mnoha oblastí významně determinujících velikost osobní pohody a tím i kvalitu života.

Projevuje se tím, že člověk má sníženou příležitost ke vzdělání, objevují se potíže se získáním a udržením zaměstnání. Zaměstnanost těchto lidí se v různých zemích pohybuje mezi 10 – 30% oproti lidem s těžkým fyzickým postižením se zaměstnaností mezi 20 – 40% (Péč, 2016).

Na vině je systém důchodového zabezpečení v invaliditě málo stimulující ke vstupu do zaměstnání, stigmatizující postoje zaměstnavatelů, nedostatek vhodných pracovních míst, obavy duševně nemocných z odhalení psychické poruchy v zaměstnání a nedostatečná rehabilitační podpora nižší funkční kapacity u těchto lidí. Dále se stigmatizace projevuje v problémech s bydlením. Příbuzní také mohou odrazovat člena rodiny od léčby na psychi-

atrii ze strachu ze stigmatizace a následné „*ocejchování*“ celé rodiny a „*bude to hanba*“ (Praško, 2007). Až polovině lidí se nedostává adekvátní odborné léčby a pomoci. Stigma duševní nemoci je bariérou vstupu do odborných služeb (Péč, 2016).

Raboch a Pavlovský (2001, s. 65) spatřují ještě následující projevy. Jsou to izolace a diskriminace. Společnost má tendenci duševně nemocné izolovat a obklopit je předsudkem, který vychází ze stereotypu duševní nemoci. Ti jsou pokládáni za neschopné a nevypočitatelné lidi, kterým nelze svěřit nic důležitého a pro které je nejlepší dlouhodobá ústavní péče. Další projevy jsou i v oblastech trávení volného času, například z nedostatku prostředků, v oblasti cestování, například omezení vyplývající z absence řidičského oprávnění nebo menší ochotou léčit se a spoluprací s lékaři. Stigma snižuje nemocným sebedůvěru, zhoršuje jejich uplatnění a brání jim návratu do společnosti a do práce. Jsou nuceni k vyhýbavosti a opatrnosti v komunikaci. Snižuje jejich důvěru v okolí a napomáhá vztahovačnosti a perzekučním bludům. Zvyšuje bariéru pro vztah založený na vzájemné důvěře, ve kterém může pacient mluvit bez obav o všech svých prožitcích, chorobných i skutečných. Brání v nastolení spojenectví mezi nemocnými a zdravotníky. Stigma zhoršuje spolupráci při medikaci. Vede ke strachu, který je velmi zátěžový a nepříznivě ovlivňuje průběh celého onemocnění. Mezi projevy stigmatizace patří i horší životní podmínky a větší stres, které zhoršují nemoc, která se pak opakuje, což vede ke chronifikaci nemoci a tím pádem k dalšímu zvětšení stigmatu.

2.3 Destigmatizace

Stigmata působí překážky nejen na straně nemocného, ale i v samotné léčbě. Proto je snahou všech, zastavit fenomén stigmatizace v jeho dalším šíření. Destigmatizace redukuje a odstraňuje poškozující hodnocení - tzv. etikety nebo nálepky jednotlivců, akceptuje rozdíly a zajišťuje práva (Slovník cizích slov, ©2005-2016).

Dlouhodobé kampaně za redukci stigmatu by měly bojovat proti diskriminaci a rovněž se zaměřovat na komunikaci s duševně nemocnými. Důvodem jsou široce sdílené názory veřejnosti, že s lidmi s duševní poruchou je těžké se domluvit, že jsou nepředvídatelní a že cítí odlišně než duševně zdraví. Je pravděpodobné, že tyto názory sdílí společně s laickou veřejností i část profesionálů. Aby tito profesionálové změnili svoje názory, musí

mít možnost pacientům dlouhodobě naslouchat. Tohoto lze dosáhnout za předpokladu, že personálu bude dostatek. Příbuzní pacientů jsou další významnou skupinou. Rodinné intervence, které mají za cíl ovlivnit tyto zafixované stereotypy, jsou účastníky všeobecně velmi vítané a jsou součástí tzv. rodinné psychoedukace (Motlová, 2011).

V posledních letech byla vyvinuta řada iniciativ, které se zaměřovaly na snižování stigmatu duševní nemoci ve společnosti celkově i uvnitř specifických skupin. Patří mezi ně destigmatizační kampaně, veřejné diskuze, přednášky, programy stimulující zaměstnanost duševně nemocných, terénní a krizové týmy zvyšující léčebnost závažně nemocných, posilování uživatelských hnutí a organizací, zavádění legislativy podporující práva duševně nemocných.

Uvedeme příklady destigmatizačních aktivit a kampaní v České republice. Jsou to například „Týdny duševního zdraví“, které pořádá Fokus Praha (Fokus, 2015). Velmi známý je festival „Mezi ploty“, který se uskutečňuje každoročně v měsíci květnu od roku 1991 v areálech psychiatrických léčeben Praha Bohnice, Dobřany, Brno Černovice (Mezi ploty, 2015).

Probíhá také zapojení uživatelů v destigmatizaci. Uživatelé psychiatrických léčeben sami poskytují poradenství dalším lidem potřebným v této oblasti, což zajišťuje VIDA o. s.. Poradenství probíhá v 8 advokačních centrech na veřejně frekventovaných místech v různých městech v České republiky (Vida, 2015). Dále probíhá zapojení uživatelů v tréninkových kavárnách a obchodech provozovanými občanskými sdruženími, které se v nynější době transformují na spolky- Green Doors, Práh, Lomikámen, ESET-HELP, Fokus Vysočina. Uživatelé psychiatrických služeb se dostávají do kontaktu s širší veřejností jako obsluha či prodavači.

Rovněž probíhají destigmatizační programy na školách. Například program „Bláznís? No a!“, který zajišťoval Fokus Praha. Byla to diskuze se studenty na středních školách za účasti odborníků a uživatelů. Do projektu se zapojilo 6 středních škol (Bláznís? No a!. 2005).

Ve městech po celé České republice Fokus Praha (2015) pořádá i kurzy pro zaměstnance „Komunikace s nemocnými psychózou“. Na kurzu je přítomen psychiatr, který přednáší o psychických nemocech a do kurzu se zapojuje i peer-pracovník, který psychickou

nemoc má a tudíž s ní má mnoho zkušeností, se kterými účastníky kurzu seznamuje. Ti mohou jiným úhlem pohledu nazřít na tuto problematiku.

Lékaři, psychiatři a psychologové se soustředí především na zdravotní stav pacienta a sociální pedagogové se teoreticky věnují tomu, co by bylo nejlepší udělat, aby se jejich návrat do reality do nejvíce usnadnil.

3 SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ OSOB S PSYCHICKOU PORUCHOU

Aby bylo možné co možná nejvíce zredukovat vyčlenění duševně nemocných ze společnosti, a také zabránit šíření další stigmatizace, je nutné zajistit, aby se opět stali právoplatnými členy komunity. Právě to si klade za cíl tzv. integrace neboli sociální začleňování.

Sociální začleňování je mezi odborníky výrazně méně zažitý koncept ve srovnání se sociálním vyloučením. Důvodem může být skutečnost, že zatímco koncept sociálního vyloučení popisuje nežádoucí procesy, ke kterým reálně ve společnosti dochází, koncept sociálního začleňování představuje volbu konkrétních intervencí, které by mechanismům vylučování měly zabránit. To je ale vždy velmi obtížné a díky existenci široké palety možných ideových a faktických řešení jednoznačně nedefinovatelné. Jde tedy spíše o otázku dobré praxe konkrétní realizované politiky v konkrétním institucionálním prostředí dané země či regionu než o obecně definovatelný koncept. Častěji s ním proto pracují lidé, kteří jsou problematice sociálního vyloučení nejblíže, tedy sociální kurátoři. I pro ně je však tento termín relativně nový, za jeho ekvivalent považují termíny jako „*integrace*“, „*resocializace*“ nebo „*sociální terapie*“ (Čámský, Sembdnet a Kroutilová (2011, s. 6).

V současnosti se pojem integrace spožívá ve spojení s mnoha vědními disciplínami v souvislosti s nastolováním nových paradigmat, které zohledňují potřebu globálního řešení problémů lidstva. Původ slova integrace najdeme v latině ze slova integrate, což znamená scelovat, sjednocovat. Slovník cizích slov nabízí dvě možnosti: „*scelení, sjednocení, ucelení v knižním slova smyslu a sjednocující, souladné spojení všech tělních částí v jednotný celek v biologickém slova smyslu“* (Klimeš, 1999).

Dle Čámského, Sembdneta a Kroutilové (2011, s. 7) je sociální začleňování spíše chápáno jako protipól k procesu sociálního vylučování, vymezení obsahu tohoto termínu je však výrazně obtížnější. V současné individualizované společnosti se klade velký důraz na kvalitu života, s níž jsou spojeny i vysoké náklady na realizaci konceptu sociálního státu v době vzrůstajícího počtu sociálně nepříznivých problémů řešených v rámci sociální politiky.

Docházet by mělo i ke změně u samotných osob s psychickou poruchou. Po náročném přijetí nemoci, které je vysilující jak pro blízké okolí, tak i pro nemocného samotného, je třeba nastavit sociální adaptaci a resocializaci nemocného i jeho příbuzných. Další kapitola uvádí, v jakých konkrétních krocích to lze učinit.

3.1 Resocializace

Jak uvádí Vágnerová (2004, s. 363) schizofrenie, je chorobou, která je léčitelná, i když častokrát nedojde k úplnému uzdravení. Léčba může trvat velmi dlouho a v průběhu času může dojít k různým výkyvům, ke střídáním akutních atak s fázemi remise, k proměně symptomů, respektive ke vzniku postprocesuálních změn. Tato terapie obvykle bývá kombinovaná, jde o psychofarmakologickou léčbu, která je doplněna psychoterapií, resp. socioterapií. Resocializace je zaměřena na aktivizaci nemocných a na podporu rozvoje různých praktických činností. Hlavním cílem socioterapie je dosažení přijatelné sociální adaptace a sociální integrace v oblasti bydlení a zaměstnání.

Důležitá je úprava soužití v rodině nemocného, zaměřená na zvládání problémů v daném sociálním kontextu. Cílem je zlepšení atmosféry, redukce a modifikace zdrojů napětí uvnitř rodiny. Je třeba vzít v úvahu, že toto soužití musí být snesitelné pro ostatní členy rodiny a zároveň nesmí na nemocného působit dráždivě (Jarolímek, 2015).

Pro nemocné je třeba zorganizovat denní program. Oni sami toho většinou nejsou schopni, mívají spíše tendenci izolovat se a nic nedělat. Pro svoji obecně menší zatížitelnost potřebují ochranu před stresem, tzn. před nadměrným zatěžováním, ale zároveň je nutné udržovat jejich stávající kompetence a kontakt s lidmi. Přiměřený program má pro nemocného značný význam, protože mu pomáhá v obecné orientaci a zároveň ho stimuluje, zprostředkovává mu pocit užitečnosti a smyslu, a usnadňuje situaci rodinným příslušníkům. Dlouhodobý pobyt v léčebně nebo v jiné instituci redukuje sociální návyky chronicky nemocných. Pokud je to možné, je vhodnější návrat do rodinného prostředí. Jestliže rodina nemocného odmítá, eventuálně pokud je takové soužití obtížné a stresující pro obě strany, je možné zkusit chráněné bydlení. Lze ho chápat jako přechodnou variantu mezi institucí a naprostou samostatností, která je leckdy z nejrůznějších důvodů těžko dosažitelná (Vágnerová, 2004, s. 364).

Dále Vágnerová (2004, s. 364, 365) zmiňuje, že jako měřítko sociální adaptace je často používáno pracovní zařazení. Návrat do zaměstnání může být obtížný, protože lidé s duševní poruchou bývají méně výkonní, ztratili své původní pracovní návyky a jsou i nyní hůře adaptabilní. Pracovní zařazení přináší dvě základní rizika. Nemocný nemá všechny potřebné kompetence, aby byl schopen zvládnout zátěž spojenou s profesní rolí, na

druhé straně mohou být reakce spolupracovníků natolik negativní, že už samy o sobě představují silnou zátěž. Po návratu do zaměstnání se tito lidé setkávají s neporozuměním, odstupem nebo nedůvěrou, a obvykle se s tím neumí vyrovnat, protože v této době bývají zvýšeně zranitelní a mívají nízkou frustrační toleranci.

Důsledkem bývají pocity zklamání, odmítaný člověk se v rámci obranných reakcí stává podezíravým, úzkostným nebo zlostným a tím se situace ještě zhoršuje. Při návratu do zaměstnání je třeba zvážit, zda nemocný takovou zátěž zvládne, zda je schopen vykonávat svoji profesi, či nikoli. Pro mnohé nemocné je důležité, že například schizofrenie vzniká ve věku, který je kritický pro rozvoj profesních dovedností, mnozí z nich nemají žádnou kvalifikaci, a proto je jejich uplatnění obtížné. V tomto případě je třeba zkusit nějakou zvládnutelnou pracovní činnost, zpočátku nejlépe na chráněném pracovišti. Značná část nemocných není schopna plného pracovního zatížení, proto je vhodnější, aby byli zaměstnáni na menší úvazek. Přes všechny uvedené potíže platí, že jakákoli pracovní činnost umožní těmto lidem zvýšit sebedůvěru, dosáhnout větší samostatnosti a udržet si potřebné sociální dovednosti (Vágnerová, 2004, s. 366).

Jakákoli forma psychické či sociální terapie musí respektovat možnosti a omezení nemocných. Je třeba odhadnout jejich aktuální toleranci k zátěži, která může být velmi nízká. Přetížení i nedostatečná stimulace mohou zvýšit riziko selhání pacienta. Kromě toho je třeba si také uvědomit, že efektivita práce nemusí být příliš velká, přesto je velmi užitečná a nenahraditelná (Jarolímek, 2015).

3.2 Porozumění druhým

Události odehrávající se ve vnějším světě prožívá každý člověk nutně subjektivně a po svém. Kopřiva (1997, s. 30) zdůrazňuje, že pro pomáhajícího pracovníka, případně pro osoby, které jsou v kontaktu, z toho vyplývá velmi důležitý závěr. V komunikaci s klientem nemá vnitřní svět pracovníka, včetně obrazu o klientovi, právo na status nějakého objektivního hodnocení, nýbrž je zase jen subjektivním pohledem. Chceme-li klientovi porozumět, musíme se v prvé řadě zajímat o to, jak věci vidí a prožívá on. Pomáhající by měl být na pozoru před tendencí nahrazovat toto porozumění klientovi vlastním hodnocením nebo klasifikací klienta podle nějakého třídícího systému, i když pro určitě způsoby praktického zacházení s klientem mají hodnotící hlediska i třídící systémy svou cenu.

Kopřiva (1997, s. 31) dále popisuje, že vnější svět, ve kterém žijeme, je jeden a je pro všechny lidi společný. Vnější svět se v každém člověku zobrazuje jinak. Tento obraz světa, kterému budeme říkat vnitřní svět, je jedinečný, nemá ve světě dvojníka. A plný přístup nemá k němu nikdo kromě dotyčného člověka samého. I přesto, že s tímto každý souhlasí, v každodenním životě neustále zapomínáme brát na tyto věci zřetel. Jednáme zpravidla tak, jako bychom vnímali svět objektivně, stejným způsobem jako fotoaparát zachycuje vnější svět na fotografii, a žádáme, aby druzí svět viděli stejně jako my. Fotografie je věrnou mapou vnějšího světa. Srovnejme určitou krajinu a její fotografii: Tady je cesta a tam je les. Na fotografii také. Třetí strom je nejvyšší a v poměru ke stromu je stejně malinký jako ve skutečnosti. Takto my vnější svět nevnímáme. Nejsme fotoaparáty a neděláme fotografie vnějšího světa. My si ho uvnitř malujeme. Tři lidé vidí onu krajinu a první řekne: „Je tu cesta do lesa a je z ní cítit pohoda, jako když chodíme s dětmi v létě do lesa na houby.“ Druhý člověk řekne: „Ten nejvyšší strom má některé větve suché – je to takový typický obrázek dnešní přírody poničené civilizací.“ Třetí řekne: „Ten černý pták na větvi má určitě něco za lubem.“ Kdyby každý z nich namaloval, co vidí, budou to tři velmi různé obrazy. Někde budou poničené větve, jinde nikoliv. Někde pták vůbec nebude, jinde bude nejvýraznějším prvkem. Někde budou houby, i když na fotografii bychom je nenašli.

Kdybychom ty obrazy pověsili do galerie, první by mohl nést název Domov, druhý Zkáza a třetí Čekání. Každý z nich by byl pravdivý a řekněme neúplný. Neúplný znamená, že by v setkání krajiny s určitým člověkem byla vždy zachycena jen jedna z pravdivých podob této krajiny. Takových pravdivých podob vyvstávajících z různých setkání člověka s touto krajinou je nekonečné množství. A každá z nich by byla pravdivější než čistě dokumentární fotografie, například letecký snímek krajiny. Jistěže pro účely praktického zacházení s krajinou by byla fotografie lepším vodítkem než kterýkoliv z obrazů. Chemické ošetření lesa nebo průběh vojenského cvičení bychom podle fotografie naplánovali lépe. Ale žádný s důležitých významů, které ta krajina pro člověka může mít, by fotografie nezachytila. Na základě fotografie bychom té krajině nijak neporozuměli. Na základě obrazu bychom některý z významů mohli zachytit. Když se setkáváme s druhými lidmi, nevíme, jaký obraz životní situace si tento člověk uvnitř namaloval. Abychom se to dozvěděli, musíme se ho zeptat. Chce-li se kdokoliv s kýmkoliv ze zúčastněných dorozumět, musí obraz druhého vzít v úvahu, musí ho pochopit zevnitř, jako součást vnitřního světa druhého, což

vůbec neznamená, se s ním ztotožnit (Kopřiva, s. 33). Pro sociálního pedagoga je nesmírně důležité, aby toto umění ovládal.

Jak uvádí Bakošová (2008, s. 5) je mnoho teoretických disciplín, které mají pomáhající charakter. Jednou z nich je i sociální pedagogika. Ta vznikala jako reakce na přetrvávající biologické a psychologické teorie, které nepřipisovaly žádný význam prostředí a společnosti na utváření osobnosti. Přitom právě okolní prostředí je pramen podnětů, které podmiňují výchovu a tím i způsob chování k ostatním lidem, i když zrovna na první pohled nezapadají do běžné společnosti.

Velkou roli v začleňování lidí s psychickou poruchou do společnosti mají také sociální služby. Lze konstatovat, že Česká republika stojí před úkolem transformace péče o dlouhodobě hospitalizované, kteří jsou závažně duševně nemocní. V současné době je nezbytné započít proces systematického znovu začlenění těchto nemocných do společnosti a odstranění systémových bariér bránících jejich propuštění. Čámský, Sembdnet a Kroutilová (2011, s. 7) zdůrazňují, že charakteristické prvky tradiční společnosti, které posilovaly fungování vnitřní solidarity jednotlivých společenství, se stávají stále více marginálními, což je patrné zvláště v souvislosti s krizí instituce rodiny v České republice. Mezigenerační vazby v rodině a vnitřní solidarita jsou oslabeny obdobně jako vztahy v rámci širší rodiny. S transformací společenství tradiční povahy do moderní či postmoderní společnosti se přenesla i odpovědnost za sociálně slabé, což jsou senioři, osoby s tělesným a duševním postižením a další. Odpovědnost byla přenesena ze samotného jedince a jeho rodiny až ke státu, resp. institucionalizovaným způsobům nerodinné péče.

3.3 Transformace sociálních služeb

Sociální služby společnosti stojí mezi čtyřmi oblastmi: sociální, zdravotní, vzdělávací, právní. Přitom každý z nich proniká společenským, kulturním, hospodářským a sociálním systémem. V cílech je podstatné v rámci hodnot uskutečňovat individuální, skupinovou a společenskou pomoc. Hlavním cílem je pomoci člověku při vypořádání se se životními úkoly a změna bezprostředního okolí na plnění úkolů a zvládnutí problémů. Vést lidi tak, aby byli schopní rozhodovat se samostatně a chovat se zodpovědně, umožnit lidem řešit situace konstruktivně, vyrovnávat společenské deficity a otevřít přístup ke svobodě

(Bakošová, 2008, s. 54). Cíle sociálního pedagoga by měly vést především k humanitě a důstojnosti.

Čámský, Sembdnet a Kroutilová (2011, s. 11) uvádějí, že vzhledem k aktuálním počtům nemocných, setrvačnosti stávajícího systému, nedostatku finančních prostředků a nedostatečně vybudovanému systému komunitní péče, je transformace sociálních služeb proces dlouhodobý, vyžadující koordinaci mnoha institucí a regulátorů a vhodné právní a společenské prostředí. Na konci procesu transformace by měly stát psychiatrické léčebny jako specializované léčebné ústavy, poskytující péči jasně vymezenému spektru nemocných (např. ochranné léčení, režimová oddělení se strukturovanými programy), eventuálně by se měly transformovat na psychiatrické nemocnice poskytující akutní psychiatrickou péči. Těžiště péče o duševně nemocné by stejně jako ve státech, kde transformace již proběhla, bylo poskytováno na akutních lůžcích nemocnic, krizových centrech (s mobilními službami), v denních stacionářích a jiných ambulantních službách.

Systém sociálních služeb do roku 1989 vytvářel z klientů sociálních služeb jakési neurčité kategorie svěřenců, obyvatel, ubytovaných či osob, jejichž život se nachází v rozporu se zájmy socialistické reality. Tím se zcela zřetelně posilovala institucionální povaha zejména tzv. ústavního modelu, jenž stavěl obyvatele ústavů do role svěřenců, o něž je třeba pečovat a na které je nutné celoživotně působit prostřednictvím výchovných, vzdělávacích, pracovních nebo jiných programů. Institucionální model poskytovaných sociálních služeb byl navíc podtržen skutečností, že předcházející politické uspořádání zastíralo existenci čehokoli, nebo spíše kohokoli, kdo měl nějaké postižení nebo sociální problémy (Čámský, Sembdnet a Kroutilová, 2011, s. 11). Tento přístup však velmi často dostával do neřešitelných situací nejbližší rodinné příslušníky lidí s postižením, zejména pak rodiče osob psychicky nemocných nebo osob s poruchami osobnosti. Společnost považovala za běžné a jediné správné a normální umístit takové dítě či osobu nejdříve do psychiatrické léčebny a následně do ústavu.

Proces transformace, resp. deinstitucionalizace, jak poukazují Čámský, Sembdnet a Kroutilová (2011, s. 19), byl v ČR zahájen v podstatě ihned po roce 1989, který u nás zahájil období demokratizace společnosti. Jednotlivá zařízení složitě zvládala proces přechodu od paternalistických forem poskytované péče k moderním formám spíše partnersky pojatých služeb. Nejvýznamnějším kritériem kvality služby bohužel nebyla kvalita života

uživatelů. Život v pobytových zařízeních nebyl v mnoha charakteristikách srovnatelný s životem běžných vrstevníků. Činnost v mnoha zařízeních nesměřovala k podpoře setrvání člověka v jeho přirozeném prostředí či komunitě. Proces deinstitucionalizace byl výrazně ovlivněn aplikací principů ochrany lidských práv so sociálních služeb, procesem tvorby a vznikem právních standardů kvality. Řadu kladných výsledků v procesu transformace zaznamenali v období předcházejících pětadvaceti let zejména poskytovatelé z oblasti nevládních neziskových organizací a poskytovatelé zřizovaní církvemi.

Na webu Bohnice bez hranic (©2012) lze získat informace, že vedle péče ústavní existuje síť, převážně privátních psychiatrických ambulancí. V databázi ÚZIS se v roce 2010 registrovalo 775 ambulantních zařízení (celkem je v ČR registrováno 820 ambulantních oddělení). Jejich síť je fakticky regulovaná zdravotními pojišťovnami. V psychiatrických ambulancích pracuje cca 740 lékařů, 400 zdravotních sester (registrovaných jako zdravotničtí pracovníci nelékaři), 68 psychologů a 33 ostatních odborných pracovníků. Péče poskytovaná v psychiatrických ambulancích prakticky reprezentuje absolutní většinu poskytované péče. Její hlavní charakteristikou je vysoká medicínská odbornost, ale nízká míra komplexnosti (nízký počet zdravotních sester, téměř absentující terénní sestry, malý počet sociálních pracovníků). Komplexnější servis pro duševně nemocné poskytují komunitní centra. Ta jsou z velké části zřízena jako sociální služba, což určuje i profil zaměstnanců/sociálních pracovníků. Absentuje systémové propojení těchto zařízení se zdravotními službami. Síť není aktivně vytvářena. V této oblasti se odráží i širší problém systémového propojení mezi zdravotními a sociálními službami. Fakt, že absentuje kapacita jak rezidenčních zařízení sociální péče, tak komunitních center, způsobuje koncentrování péče o dlouhodobě duševně nemocné do psychiatrických léčeben.

Nezbytnou součástí systému léčby by měl být komplexní systém hodnocení funkčnosti, preferenci nemocných i účinnosti samotného rehabilitačního procesu pomocí specializovaných nástrojů a stanovení individuálních cílů v krátkodobějším ale i dlouhodobém horizontu. Je také nezbytné v tomto přechodovém období zkvalitnit materiálně technické vybavení budov a zajistit adekvátní prostory pro poskytování psychosociálních intervencí a celkově zvýšit úroveň prostředí. Takovýto systém by měl po svém zavedení zkvalitnit péči zvláště o dlouhodobě hospitalizované v psychiatrických léčebnách, humanizovat poskytovanou péči, směrovat terapii k propuštění z lůžkové péče a jasně ohraničit zdravotní indikaci hospitalizace. Použitelnost rehabilitačního systému by také měla být možná i v zařize-

ních ambulantních, stacionářích nebo jiných specializovaných zařízeních. Větší důraz by také měl být kladen na širší sociální zázemí nemocných, práci s rodinou, identifikaci a ovlivnění rizikového chování a preventivní působení na úrovni nemocného i jeho rodiny (Bohnice bez hranic, ©2012).

3.4 Instituce věnující se psychickému zdraví

Světová psychiatrická asociace (WPA) odstartovala vysvětlovací kampaň a mezinárodní program v roce 1996, což byl velký mezník. Tento projekt si kladl za cíl boj proti diskriminaci a stigmatu u osob se schizofrenním onemocněním. Základní kroky byly: zvýšení informovanosti o schizofrenii a možnostech léčby, zlepšení vztahu veřejnosti k lidem se schizofrenií a vyvíjení činnosti pro odstraňování diskriminace a předsudků. Projekt nesl název „Open the Doors“ a předal své myšlenky ve 20 zemích celého světa. Dalším mezníkem se stala v roce 2005 Deklarace o duševním zdraví pro Evropu (Česká psychiatrická společnost, ©2016).

Cílem této práce není podrobný vyčerpávající výpis všech institucí, které se věnují problematice podpory lidí s duševní poruchou. Nicméně bychom rádi zmínili alespoň některé organizace.

Česká asociace pro psychické zdraví spustila kampaň JDE TO- společně zpátky do života. Vytváří podmínky pro plnohodnotný život lidí se závažnými duševními poruchami a jejich rodin; vytváří prostor pro důstojné soužití a vzájemné porozumění mezi lidmi s duševním onemocněním, jejich blízkými, odborníky z pomáhajících profesí a veřejností. Prosazuje a realizuje změny v péči o lidi s duševním onemocněním, propojuje a zmocňuje rodičovské, pacientské organizace, odborníky a poskytovatele péče. Realizuje programy péče o duševní zdraví a destigmatizační kampaně. Zajišťuje komplexní sociálně rehabilitační péči o lidi se schizofrenií v komunitním prostředí a provází je návratem do aktivního života (Česká asociace pro psychické zdraví, ©2016).

V České republice v posledních letech dochází k velkému nárůstu různých kampaní a projektů. Stručný přehled uvádí i informační webové stránky České psychiatrické společnosti (©2016): Projekt s názvem „Změna“ (CRPDZ Praha), Festival „Mezi ploty“ (Nedomyšleno, s.r.o), „Týdny pro duševní zdraví“ (Fokus Praha), „Blázníš? No a!“ (Fokus Praha

o.s.), Poradenství poskytované uživateli (VIDA o. s.), tréninkové kavárny a obchody (Green Doors, o. s.; Práh o.s.; Lomikámen, o.s.; ESET-HELP o. s., Fokus Vysočina, o. s.).

Slyšení hlasů- Hearing Voices je skupina působící v Česku a na Slovensku. Jde o setkávání lidí, kteří sdílejí své zkušenosti a vzájemně se podporují. Skupiny nabízejí bezpečné místo, kde se lidé, kteří slyší, vidí nebo cítí něco, co ostatní ne, můžou cítit akceptováni, oceněni a pochopeni (Slyšení hlasů, 2015).

Zello dialogy je virtuální svépomocná podpůrná skupina pro lidi s duševními těžkostmi. Komunikace je hlasová, jsou potřeba sluchátka, mikrofon a případně chytrý telefon. Setkávají se pravidelně jednou za týden, cca jednu hodinu (Križovatka duše, ©2016). Neustálým inovováním technologií lze zlepšovat i zajišťování duševního zdraví. Je chvályhodné, že i moderní vymoženosti v podobě počítačů a internetového připojení, které jsou v dnešní době samozřejmostí, pomáhají v procesu začleňování.

Organizace, které zajišťují péči o duševně nemocné, jsou například Sympathea, Fokus, Green Doors, Baobab. U jejich zrodu stál MUDr. Martin Jarolímek. Ten je rovněž zakladatelem a hlavním lékařem Denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov, kde se věnuje především léčbě schizofrenie (Jarolímek, 2015).

Jarolímek (2015) na svém blogu uvádí: *„Sugestivní filmový obraz nebezpečného a nevypočitatelně reagujícího schizofrenika doplňují mediální zprávy o tom, jak pacient trpící schizofrenií někoho bezdůvodně napadl. Kdyby se stejného činu dopustil člověk s jiným typem handicapu (smyslovým, fyzickým), nejspíš by této informaci nikdo nevěnoval pozornost. Působí to dojmem, že cokoliv je spojováno s pojmem „schizofrenie“ je více „sexy“ pro režiséry filmů i autory mediálních zpráv než činy spáchané jinak postiženými lidmi či lidmi zcela zdravými. Přitom je prokázáno, že lidé se schizofrenní poruchou se dopouštějí kriminálních činů statisticky významně v menší míře, než lidé zdraví. Jestliže se schizofrenní jedinec dopustí agresivního chování, tak se většinou jedná o tzv. auto-agresi (pokus o sebevraždu nebo dokonanou sebevraždu) než o agresi vůči okolí. Schizofrenní jedinec se chová většinou agresivně vlivem psychotických příznaků (bludy, halucinace) a po odeznění těchto příznaků a uvědomění si svého chování, bývá hluboce nešťasten. Nabízí se otázka, zda by těmto nešťastným činům nešlo předcházet systematičtější péčí o potenciální agresory. Nepochybně lze rychleji a aktivněji reagovat na signály z okolí nemocného (příbuzní, sousedi). Systém psychiatrické péče by měl umožňovat aktivněji a*

asertivněji kontaktovat lidi jevící známky zhoršení psychického stavu v jejich domácím nebo pracovním prostředí. A samozřejmě obrovskou roli hraje edukace o možných projevech psychických onemocnění a o tom, jak na ně reagovat. Vzdělávána by měla být jak široká veřejnost, tak vybrané skupiny profesionálů (praktičtí lékaři, učitelé – především středoškolští, příslušníci policie, atd.). Doufejme, že připravovaná reforma psychiatrické péče půjde tímto směrem.“ Jeho slova dokládají, jak tragické případy neléčených osob s psychickou poruchou utvrzují společnost v tom, že tito lidé jsou velmi nebezpeční a důrazně se od nich distancují. Za vším stojí pouze neinformovanost a neznalost veřejnosti. Čehokoli neznámého se bojíme, protože to oslabuje pocit našeho bezpečí. A proto souhlasíme s tím, že je nutná edukace celé společnosti ohledně této tematiky. Systematičtější péčí o lidi s duševní poruchou, které začíná v nejbližším okolí u příbuzných či sousedů lze efektivněji reagovat na blížící se signály zhoršení psychického stavu. Vzdělávání veřejnosti i profesionálů je velmi důležitá. Z výčtu pár akcí či institucí, je vidět, že se psychickému zdraví věnuje stále větší pozornost i kvalita.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉ PRÁCE

Vzhledem k tomu, že se zvolené téma zabývá především individuálními zkušenostmi a pocity nemocných a jejich pohledem na reakce veřejnosti, rozhodli jsme se pro kvalitativní výzkum, který nejlépe osvětlí celou problematiku. Jako ideální se v tomto případě jevila metoda volných rozhovorů, které dávaly prostor osobám s psychickou poruchou nejen zodpovědět položené otázky, ale i přidat vlastní názory a myšlenky.

K rozhovorům docházelo v přirozeném prostředí dotazovaných a samotný výzkumný rozhovor pak proběhl po několika schůzkách, kdy došlo k vzájemnému seznámení. Tento přístup nejlépe zajistil důvěru a otevřenost zkoumaných aktérů vůči výzkumníkovi, což velmi pozitivně ovlivňuje kvalitu získaných dat.

Ke zpracování dat bylo použito kódování dat, které proběhlo ve třech fázích- otevřené kódování, axiální kódování a selektivní kódování. Na základě tohoto kódování vznikaly kategorie, které se během výzkumu měnily až do finální verze, která je uvedena níže. Z konečných 10 kategorií pak byly definovány dvě subkategorie, které vystihují podstatu výzkumného cíle a následně tak mohla být použita zakotvená teorie.

4.1 Cíl výzkumu a výzkumná otázka

Hlavním cílem této diplomové práce je popsat a analyzovat stigma osob s psychickou poruchou. Zjistit jakým způsobem jsou tito lidé vyčleňováni z běžné společnosti a navrhnout jak by měli být začleněni. Cílem je také zkoumání procesu integrace případně inkluze osob s psychickou poruchou do běžného života.

Výzkumnou otázkou je: Jaké faktory ovlivňují začlenění osob s psychickou poruchou do běžné společnosti?

Společnost si je vědoma psychických poruch, ale přístup k těm, kterých se to týká, zůstává neměnný už desítky let. Všichni vědí jak se mají k těmto lidem chovat, ale pohled nemocných zpětně na přístup veřejnosti už nikdo nezkoumá. Proto jsme se v praktické části zaměřili především na pohled nemocných, zmapujeme jejich zkušenosti s negativním i pozitivním přístupem veřejnosti k jejich osobě, poté co jejich nemoc propukla. Zaměříme

se konkrétně na jejich potřeby k dosažení kvalitního života v rámci rodiny, okolního prostředí a perspektivy do budoucna. Zároveň se pokusíme zjistit, s jakými negativními jevy se nemocní setkali.

4.2 Kvalitativní výzkum

Podstatou kvalitativního výzkumu je do široka rozprostřený sběr dat bez toho, aby na začátku byly stanoveny základní proměnné. Stejně tak nejsou předem stanoveny hypotézy a výzkumný projekt není závislý na teorii, kterou už předtím někdo vybudoval. V tomto výzkumu jde o to do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací (Švaříček, Šeďová, 2007, s. 24). V našem případě jde o začleňování lidí s psychickým onemocněním do běžného života. Zásadními otázkami jsou, jaké faktory toto začleňování ovlivňují a jaké procesy jim pomáhají vést plnohodnotný život. Nejprve nasbíráme dostatečné množství dat a budeme pátrat po pravidelnostech, které se v těchto datech vyskytují. Pak zformulujeme předběžné závěry a najdeme pro ně oporu v dalších datech. Výstupem je formulování nové hypotézy či teorie.

Švaříček a Šeďová (2007, s. 76) kladou důraz na to, že kvalitativní výzkum je naturalistický, to znamená, že se do značné míry odehrává v prostředí, v němž se zkoumané fenomény reálně vyskytují. Zároveň při tomto výzkumu platí, že míra důvěry a otevřenosti zkoumaných aktérů vůči výzkumníkovi velmi silně ovlivňuje kvalitu získaných dat. Z uvedených důvodů je nutné vždy přemýšlet, jakým způsobem vstoupíme na pole, které hodláme zkoumat, a jakým způsobem se po něm budeme pohybovat. Rozhodli jsme se proto, vzít na sebe roli *„zasvěceného“*, což je člověk, který se stýká se svými respondenty i mimo rámec výzkumu. Zvyšuje to pravděpodobnost otevřenosti respondentů a eliminuje to jejich snahu po pozitivní sebeprezentaci nebo snahu z nepřirozené interakce s cizím člověkem uniknout.

4.3 Metoda rozhovoru

Rozhovor z očí do očí je považován za prostředek k získání hlubokého vhledu do subjektivního světa určitého jedince. Hloubkový rozhovor je mnohými nahlížen jako metoda, jinými jako umění (Rubin a Rubin, 2005, s. 51). Jisté je, že to je metoda velice náročná. Proto je jednou z fází procesu rozhovoru reflexe provedeného hloubkového rozhovoru (Švaříček, Šeďová, 2007, s. 184). Badatel tak může jít zpět do terénu a zjistit, co ještě nezjistil. S ohledem na povahu výzkumné otázky byl jako metoda sběru dat právě hloubkový rozhovor. Hlavním cílem rozhovoru je zachytit a pochopit události člověka a to skrze jeho výpovědi a slova v jejich přirozené podobě, proto byl rozhovor volný. Na začátku byl vytvořen seznam otázek, které pak byly kladeny dotazovaným, ale vzhledem k tomu, že šlo o otevřené otázky, které bylo možno prohloubit s cílem pochopení událostí, byl každý rozhovor jiný. Kompletní seznam původních připravených a pokládaných otázek nalezneme v příloze I této práce.

Neexistuje fixní pravidlo pro řazení otázek a tak se v našem případě jejich pořadí často měnilo, a to vždy v závislosti na jednotlivých výpovědích dotázaných. Každý rozhovor byl proto ve schématu jiný, protože byly pokládány i nové otázky v návaznosti na obsah předešlých výpovědí (Hendl, 2009, s. 696). Vždy to však bylo s cílem přiblížit se výzkumné otázce.

Pro zachování anonymity byly dotázaným osobám s psychickou poruchou přiděleny zkratky. Jsou zde o nich uvedeny pouze základní nutné informace v zájmu zachování jejich anonymity, která je považována za základní předpoklad výzkumu. Hned při prvním kontaktu byly osoby s psychickou poruchou tázány a obeznámeny s faktem, jaké informace o jejich osobě budou uváděny.

Délka rozhovoru závisela na schopnosti dotázaného zodpovědět otázky. Některé rozhovory trvaly půl hodiny, některé se protáhly na hodinu. Rozhovory byly nahrávány na záznamník mobilního telefonu. S audionahrávkou byly osoby s psychickou poruchou seznámeny vždy již při prvním kontaktu. Prostředí a čas vycházely z potřeby dotázaného, který měl možnost si určit sám místo, kde se cítí bezpečně a pohodlně. Takovým postupem tak můžeme zabránit situačním faktorům, které by mohly způsobit nepohodlí klienta a ovlivnit tak i následné výpovědi. Některé rozhovory byly tedy pořízeny v domácnosti klienta nebo v kavárně či na pracovišti v soukromí.

4.4 Výběr výzkumného vzorku

Výběr výzkumného vzorku proběhl formou záměrného výběru podle stanovených kritérií:

- Psychická porucha diagnostikovaná min. 5 let
- Věk 25 - 45 let
- Stabilizovaný stav min. 1 rok
- Pravidelný lékařský dohled

Velkou roli při výběru výzkumného vzorku sehrály i možnosti výzkumníka získat přes odborné osoby kontakty na osoby s psychickou poruchou. Výběr z bližšího okolí byl klíčový z hlediska získání větší důvěryhodnosti a otevřenosti ze strany dotazovaných. V případě našeho výzkumu byla o kontakty požádána zakladatelka neziskové organizace, která pomáhá lidem s jakýmkoli postižením a poskytla kontakt na osoby s psychickou poruchou, s nimiž před samotným výzkumem v podobě volných rozhovorů došlo k neformálnímu setkání a navázání přátelské atmosféry a pocitu bezpečí.

Realizovali jsme výzkumné rozhovory celkem se čtyřmi osobami s psychickou poruchou, z toho byly dvě ženy a dva muži.

Osoba s psychickou poruchou 1 (R1), žena, 44 let, schizofrenie a bipolární porucha diagnostikovány před 16 lety

R1 je svobodná, bez dětí. Byla nadaná malířka, studovala Akademii výtvarných umění v Praze, ale po propuknutí nemoci tuto vysokou školu nedostudovala. Už na základní škole byla premiantkou třídy, kladla na sebe vysoké nároky. Setkání proběhlo u ní v domácím prostředí v přátelské atmosféře. Bydlí společně s rodiči v rodinném domě, kde má vyhrazené jedno poschodí. Styl odpovídání byl pomalý, ale promyšlený. R1 váží každé slovo, aby vystihlo opravdovou podstatu. Je patrná její únava po pár minutách soustředění. S R1 jsme se znaly od vidění, kontakt na ni mi poskytla zakladatelka neziskové organizace, která pomáhá lidem s jakýmkoli postižením. Společně se znají už 20 let, ještě před vypuknutím onemocnění. Před samotným rozhovorem došlo ke dvěma společným neformálním setkáním.

Osoba s psychickou poruchou 2 (R2), muž, 35 let, schizofrenie, diagnostikovaná před 13 lety.

R2 je ženatý, bez dětí. Bydlí se svojí manželkou v malém bytě. V současnosti pracuje jako „peer pracovník“. Je spoluprotagonistou na přednáškách s problematikou ohledně lidí s psychotickým onemocněním, vypráví tam svoje postřehy a zkušenosti. Jeho největším koníčkem je angličtina, zejména překládání odborných článků, které se týkají psychiatrie, díky tomu má o tomto oboru značný přehled. Kontaktovala jsem ho po jedné z jeho přednášek, kterou jsem v rámci svého zaměstnání absolvovala. Rozhovor proběhl po domluvení schůzky v kavárně. Odpovídal rozvážně a uvolněně, bylo vidět, že je rád, že může svoje myšlenky předávat druhým.

Osoba s psychickou poruchou 3 (R3), žena, 26 let, schizofrenie diagnostikovaná před 8 lety

R3 je svobodná, bez dětí. Tato žena vyrůstala s tatínkem a babičkou, která se o ni starala nejvíce. V současnosti žije sama v bytě, s otcem je v každodenním kontaktu na mobilu a jezdí za ním na návštěvy pravidelně jednou za čtrnáct dní na 4 dny. Je zaměstnaná v neziskové organizaci, která provozuje malý obchod s keramikou, kterou vyrábí zaměstnanci. Vyrábí keramiku, uklízí v obchůdku a dělá pomocné práce. Je velmi milá. Na první pohled působí plaše, ale když získá důvěru, je uvolněná a usměvavá. Před rozhovorem došlo ke dvěma společným setkáním.

Osoba s psychickou poruchou 4 (R 4), muž, 31 let, schizofrenie diagnostikována před 10 lety.

R4 je svobodný, bez dětí. Žije sám v bytě, rodina je s ním v častém kontaktu. Je spíše uzavřený, na otázky odpovídal stroze a rázně, ale s velkým smyslem pro humor. Je zaměstnaný v neziskové organizaci, která provozuje malý obchod s keramikou, kterou vyrábí zaměstnanci. Vyrábí keramiku, maluje obrazy, prodává v obchodě, obsluhuje zákazníky. Pracuje na částečný úvazek. Jeho největším koníčkem je malování. Před rozhovorem došlo ke třem společným setkáním.

4.5 Zpracování dat kódováním

Kódování obecně představuje operace, jejichž pomocí jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem. Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými fragmenty textu potom dále pracujeme (Strauss, Corbinová, 1999, s. 39).

Dle Švaříčka a Šeďové (2007, s. 211) postupujeme tak, že nejprve přepsaný rozhovor rozdělíme na jednotky. Jednotkou může být slovo, sekvence slov, věta odstavec. Hranice jsou voleny podle významu, to znamená, že se jednotkou stává významový celek různé velikosti. Každé takto vzniklé jednotce přidělíme nějaký kód, tedy jméno nebo označení. Kód může být slovo nebo krátká fráze, která nějakým způsobem vystihuje určitý typ a odlišuje jej od ostatních. Při volbě kódu bylo dbáno na to, aby byla zodpovězena otázka, o čem daná sekvence vypovídá, jaký jev či téma reprezentuje.

Realizovali jsme otevřené kódování bez pomoci softwaru a postupovali jsme tak, že jsme do datového záznamu vepisovali značky pro ohraničení jednotek a názvů kódů. Nejprve byly vytvořeny *„nálepky“*, které by co nejlépe odpovídaly povaze našeho datového fragmentu ve vztahu ke zvolené výzkumné otázce. Výzkumná otázky tvoří pomyslné síto, skrze které svoje data *„pasírujeme“*, a tvar jednotlivých kódovaných segmentů tak závisí na tom, jak jsou tvarované oka tohoto síta. Je proto pochopitelné, že tentýž text okódují dva různí výzkumníci různým způsobem (Švaříček, Šeďová, 2007, s. 214).

Strauss a Corbinová (1999, s. 40) dále uvádějí, že analýza v zakotvené teorii se skládá ze tří hlavních typů kódování. Jsou to otevřené kódování, axiální kódování a selektivní kódování. Hranice mezi jednotlivými typy kódování jsou uměle vytvořené. Tyto typy nutně nenásledují za sebou jako nějaké stupně. Při kódování v praxi se může výzkumník rychle a nevědomky přecházet od jednoho k jinému a zpět, zvláště mezi otevřeným a axiálním kódováním. Ačkoliv se tyto dva typy častěji vyskytují na začátku výzkumného procesu, mohou se vyskytnout i u konce. Je to proto, že při selektivním kódování se téměř vždy najdou pojmy, které stále ještě nejsou dostatečně propracované či integrované.

4.5.1 Otevřené kódování

Strauss a Corbinová (1999, s. 43) definují, že otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Bez tohoto prvního a základního analytického kroku by nemohl proběhnout zbytek analýzy ani následná komunikace. Během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, porovnáváním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly. Také jsou kladeny otázky o jevech údaji reprezentovaných. Během tohoto procesu jsou zkoumány a zvažovány naše i cizí domněnky o jevu, což vede k novým objevům.

Dle Strausse a Corbinové (1999, s. 152, 154) probíhá záznam kódování následovně. Během prvních pročítání svých poznámek vymyslíme několik pojmových označení, o kterých přesně nemusíme vědět, o čem ve skutečnosti jsou. Časem, srovnáváním a kladením otázek, začínají záznamy kódování získávat určitou podobu. Vytvořili jsme kategorii a pod ní několik vlastností a dimenzí. Pak navazují teoretické poznámky, z kterých vycházejí otázky týkající se dané kategorie.

4.5.2 Axiální kódování

Jak uvádí Strauss a Corbinová (1999, s. 157) při axiální kódování začneme skládat kategorie dohromady. Každá kategorie má ve výsledné vysvětlující teorii své přesné místo a musí zapadat k ostatním do integrovaného celku. Účelem axiálního kódování je navrhnout a ověřit vztahy mezi kategoriemi podle paradigmatu a pokračovat ve vyhledávání rozdílů v jejich vlastnostech prostřednictvím jednotlivých dimenzí těchto vlastností.

Základní otázky jsou například:

Jaké druhy proměnných ovlivňují tento jev?

Jaká strategická nebo běžná jednání nebo interakce se zde vyskytují?

S jakými výsledky?

Co se stane, když dojde ke změně podmínek?

V tomto kódování se soustředíme na bližší určení kategorie pomocí podmínek, které jej zapříčiňují, kontextu, v němž je zasazen, strategií jednání a interakce, pomocí kterých je zvládán, ovládán, vykonáván, a následků těchto strategií.

Naše axiální kódování probíhalo na základě následujícího modelu dle Strausse a Corbinové (1999, s. 72):

(A) PŘÍČINNÉ PODMÍNKY
(B) JEV
(C) KONTEXT
(D) INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY
(E) STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE
(F) NÁSLEDKY

Tento model posloužil k popisu výsledné kategorie, která se jevila v našem výzkumu jako nejvýstižnější a je dále popsána v 5. kapitole.

4.5.3 Selektivní kódování

Selektivní kódování je posledním krokem naší analýzy. Jde při něm o integraci pojmů kolem centrální kategorie a doplňování kategorií, které je třeba dále rozvinout a propracovat (Strauss, Corbinová, 1999, s. 163). Definice selektivního kódování zní: *„popisné vyprávění o ústředním jevu výzkumu“* (Strauss, Corbinová, 1999. s. 86).

Dle Strausse a Corbinové (1999, s. 87) tohoto cíle dosahujeme prostřednictvím několika kroků.

1) Vyložit kostru příběhu.
2) Je uvedení pomocných kategorií do vztahu k centrální kategorii podle paradigmatu.
3) Kategorie jsou vzájemně vztahovány k dimenzionální úrovni.
4) Tyto vztahy jsou ověřovány podle údajů.
5) Doplnění kategorií, které je třeba dále upřesnit anebo rozvinout.

Kategorie jsme v předešlé fázi axiálního kódování přiřadili do dvou subkategorií, které se jevily v rámci tohoto výzkumu nejvýstižnější. V rámci selektivního kódování byl dán důraz na to, aby odpovědi byly omezeny na pouhých několik vět a cílem bylo získat popis-

ný přehled příběhu. Vzhledem k důrazu na ústřední jev výzkumu byla ponechána jedna stěžejní subkategorie, které jsme se více věnovali a rozpracovali v selektivním kódování, které je podrobněji uvedeno v 5. kapitole této práce.

4.6 Zakotvená teorie

Pro zpracování dat v kvalitativním přístupu jsme zvolili metodu zakotvené teorie, která je vhodná jak pro analýzu fenoménů, které se opírají o prožitou zkušenost, tak pro popsání dynamických jevů a procesů, čímž zapojování do běžného života a formování životní perspektivy bezpochyby je. Jak uvádí Strauss a Corbinová (1999, s. 14), je to teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. Což znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatímně ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů. Základním cílem výzkumu není popsat singulární jevy, ale definovat novou teorii. Tato teorie má být zakotvena v datech, to znamená, že jako výzkumníci přistupujeme k datovému materiálu s maximální nepředpojatostí a otevřenou myslí. Předem definujeme pole svého zájmu. *„Začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné“* (Strauss, Corbinová, 1999, s. 14).

Zakotvená teorie by měla směřovat k vyšším rovinám abstrakce. Cílem není hustý popis, ale konceptuální schéma postihující vztahy mezi proměnnými. Jde tedy o to nejprve na základě dat identifikovat relevantní proměnné a poté operacionalizovat vztahy mezi nimi. Výsledná teorie je pak sadou tvrzení o vztazích mezi proměnnými. Teorie, která je tímto způsobem vytvářena, se soustředí především na sociální procesy, které formují lidskou interakci. Procesualita je v zakotvené teorii naprosto zásadní, nejde o statickou momentku nějakého stavu, ale o dynamický popis dění. Zakotvená teorie tedy ukazuje, jak změny podmínek ovlivňující jednání nebo interakci vedou ke změnám reakcím aktérů (Strauss, Corbinová, 1999, s. 20).

„Ambicí zakotvené teorie je dostát požadavkům na dobrou vědu, jako jsou validity, soulad mezi teorií a pozorováním, zobecnitelnost, reprodukovatelnost, přesnost, kritičnost a ověřitelnost“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 20). Švaříček a Šeďová (2007, s. 86) uvádějí, že za tímto účelem byla vyvinuta sada systematických procedur, které jsou používány jako nástroj k analytické práci s daty. V základu těchto procedur leží princip konstantní komparace. Datové úryvky jsou porovnávány mezi sebou, dále jsou porovnávány koncepty, které

jsou jim nadřazeny. Rovněž jsou neustále komparovány nadřazené koncepty jeden s druhým. Cílem je odhalit společnou bázi jednotlivých skupin jevů a naopak ukázat, co je odlišuje od jiných skupin.

Základem procesu kódování jsou dva analytické postupy, jejichž podstata se s typem kódování mění. První se týká porovnávání a druhý kladení otázek. Zakotvená teorie je díky nim v literatuře zmiňována jako neustále porovnávající metoda analýzy. Ze všech výše zmíněných důvodů jsme použili právě zakotvenou teorii, neboť vzhledem k tématu, výzkumnému cíli a vzorku nejlépe splnila účel.

Etapy zakotvené teorie jsou následující. 1) sběr dat směřující k teoretické nasycenosti kódů. 2) kódování materiálu směřující k vytvoření základních teorií, což budou proměnné budoucí teorie. 3) konstruování teorie jako sady tvrzení o vztazích mezi kategoriemi - proměnnými (Švaříček, Šeďová, 2007, s. 87).

Jak uvádí Strauss a Corbinová (1999, s. 106) důležitou součástí každého výzkumu podle zakotvené teorie je začlenění procesu analýzy. Proces je spojení několika sekvencí jednání nebo interakcí týkající se zvládání jevu, ovládání jevu nebo reakce na jev. Spojování těchto sekvencí se děje tak, že si všímáme a) změn podmínek ovlivňujících jednání nebo interakci během času, b) reakcí, ve formě jednání nebo interakce, na tyto změny, c) následky těchto reakcí, d) tím, že popíšeme, jak se tyto následky stávají součástí podmínek ovlivňující sekvenci jednání nebo interakcí.

5 ZHODNOCENÍ VÝZKUMNÉ ČINNOSTI

Abychom proces analyticky zachytili, musíme ukázat, že události jsou ve své podstatě vyvíjející se. V našem výzkumu jsme si všímali, proč a jak se jednání nebo interakce ve formě událostí, činností nebo situací měnila, zůstávala stejná nebo se vracela zpět. Proč se události vyvíjejí nebo co umožňuje spojitost řady jednání nebo interakce za měnících se podmínek, a s jakými výsledky. Pečlivě jsme v našem výzkumu hledali změny podmínek a snažili se vysledovat k jakému odpovídajícímu jednání nebo interakci vedly. Když jsme je identifikovali, tak jsme nahlíželi na proces dle Strausse a Corbinové (1999, s. 116) jako na stádia nebo fáze nějakého průběhu spolu s vysvětlením, co tento průběh pohání, zastavuje nebo obrací.

Během našeho výzkumu se u jednotlivých dotázaných vyskytly desítky pojmů, které jsme dle námi zvážené důležitosti seskupovali, podobné s podobnými. Tak vznikaly následující kódy.

Osoba s psychickou poruchou 1 (R1)

1) Únava- energie
2) Vyřizování základních věcí- základní potřeby
3) Bez zaměstnání
4) Soustředění
5) Izolace
6) Strach z neznáma
7) Medikace
8) Stigma
9) Spolupráce rodiny
10) Nenáročné činnosti
11) Disciplína

Osoba s psychickou poruchou 2 (R2)

1) Zaměstnání
2) Zájem druhých
3) Kvalitní lékař- kvalitní medikace
4) Předsudky

5) Energie
6) Stigma
7) Reakce společnosti
8) Reforma psychiatrie
9) Kontakt s okolím
10) Perspektiva
11) Izolace
12) Přehled o léčbě, samostudium
13) Rodina
14) Tutlání

Osoba s psychickou poruchou 3 (R3)

1) Disciplína
2) Zaměstnání- částečný úvazek
3) Přátelé
4) Kontakt s okolím skrz práci a přátele
5) Rodina

Osoba s psychickou poruchou 4 (R4)

1) Zaměstnání
2) Kontakt s okolím
3) Rodina
4) Přátelé
5) Perspektiva- mít něco, co člověka baví

Vzhledem k tomu, že docházelo k podobnosti kódů u jednotlivých dotázaných, bylo možné provést otevřené kódování a zachytili jsme 10 kategorií.

1) Únava a nedostatek energie
2) Izolace
3) Předsudky
4) Tutlání
5) Účinná medikace

6) Zaměstnání
7) Spolupráce rodiny
8) Přátelé
9) Disciplína
10) Zájmy

5.1 Výsledky otevřeného kódování

Na základě provedeného otevřeného kódování bylo vytvořeno 10 kategorií, jejichž podrobnější popis následuje níže:

1) Únava a nedostatek energie

R1 uvádí: *„Když mám náročný den, nějakou námahu, tak pak musím nabírat sílu, víš… když odpočívám, nabírám sílu.“* Svůj den řídí podle námahy. Když je bez únavy, tak zvládá nenáročné činnosti. *„Já bych to zkoušela u nezávazných věcí. Třeba šití, prostě něco nezávaznýho… ne nic náročnýho, ale něco jednoduššího.“*

Lidé s psychickou poruchou nemají stejnou výkonnost jako zdraví lidé. R2: *„nejsme prostě tak výkonní jako „zdraví“ lidé. Nemáme často tolik energie.“* Nedostatek energie je limituje a znevýhodňuje oproti běžné společnosti. Zdraví mají *„vysoké nároky“*(R2).

R1 nezvládá soustředění. Soustředěnost je podmíněna odpočinkem. *„Člověk aby si mohl něco přečíst, tak potřebuje být taky odpočinutej. Aby se i něco sám dozvěděl a mohl se o to podělit, tak potřebuje být neunavenej.“*

2) Izolace

R1 není v kontaktu s přáteli a ostatními lidmi. Nenavštěvuje je. *„…pár lidí znám, ale nechodím za nimi.“* Ani oni nechodí za ní *„poslední dobou za mnou nikdo moc nebyl“*. Má obavy z toho, že nebude dobrým společníkem *„jak se necítím dobře, tak nedokážu říct, kdyby za mnou někdo přišel, tak mi třeba bude špatně. Tak nechci být nespolehlivá.“*

Pokud není kontakt s okolím, dochází k izolaci. R2 zdůrazňuje, že je důležité být v kontaktu s okolím a neizolovat se: „*Důležité je nezůstat sám, izolovaný. Musí být v kontaktu s někým, komu důvěřuje a pak je pravděpodobné, že se bude i svěřovat. Hlavně nezůstávat doma a být v kontaktu s lidmi.“*

Strach z neznáma působí izolaci, člověk díky obavám z neznámých lidí raději zůstává sám. R1 je radši, když ve společnosti už někoho zná *„spíš jsem ráda, že tam někoho znám.“ „Pro mě je těžký mluvit s cizím člověkem, nevěděla bych o čem.“* Obavy jsou i z neznámého prostředí *„úplně do neznáma bych nešla“*.

3) Předsudky

Předsudky vedou ke stigmatu. Společnost nemocné nazývá hanlivě. R2 zmiňuje: *„Byl bych rád, kdyby nám společnost hanlivě neříkala- to je blázen. Takové ty nálepky jako „psychotik“ nebo „schizofrenik“, byl bych taky radši, kdyby je používali opatrně.“*

R3 si uvědomuje, že je pro osoby s psychickým postižením těžké díky předsudkům sehnat například zaměstnání. „*Nemohla jsem sehnat práci. Tak jsem ráda, že mě právě šéfová oslovila… ona je fakt hodná, je na mě někdy přísná, ale to já vim, že je to pro moje dobro, máme ji tady všichni moc rádi… nevim, co bych kde hledala a kdo by mě zaměstnal na pár hodin.“*

Důležité jsou citlivé reakce k osobám s psychickou poruchou. Necitlivé poznámky je mrzí a ztrácejí sebevědomí. Potřebují spíše naopak dodat posílení. R2: *„Dobré je neříkat jim, že jsou nemocní. Zkusit spíš říct - Možná máte nějakou krizi. Protože to krize opravdu je, ne nemoc. Je lepší na bludné řeči reagovat třeba - Přijde mi nepravděpodobné, co říkáte, ale nedokážu to posoudit.“* Mít o osoby s psychickou poruchou zájem. R2: *„Nebrat ho jako druhořadého člověka.“*

Rozdíl ve vnímání svojí situace R1 a R2. R1: *„Nedosahuju prosně úrovně celýho člověka. Nechodím do práce, no a ještě ta únava…(delší pauza). Že jako nedosahuju úrovně druhých.“* Rozdílné pohledy jsou dány tím, že R2 má velký přehled a rozsáhlé znalosti z psychiatrického oboru a ví, co opravdu lidem s psychickou poruchou pomáhá. R1 se nechává semlít okolní společností, ona sama se necítí „*úrovně celýho člověka*.“

4) Tutlání- informovanost veřejnosti

R2 zmínil, že je nutná reforma psychiatrie v ČR a větší informovanost veřejnosti *„Naše psychiatrie opravdu velmi pokulhává, například za Finskou, která je na špici. Tam zahajují léčbu už po třech týdnech, ne po dvou letech.“* Nemoc je stigmatizující, tak se o ní na ve-

řejnosti nemluví: „*Protože tady se nemoc tutlá, neví se co s ní a příbuzní přicházej pozdě. Celá společnost by měla být víc informovaná, aby rozpoznali příznaky toho, že se s člověkem něco děje. A čím dřív se léčba zahájí, tím víc je účinná.“*

Reakce široké společnosti pomohou odstraňovat stigma. R2:*„Dobré je neříkat jim, že jsou nemocní. Zkusit spíš říct: „Možná máte nějakou krizi“. Protože to krize opravdu je, ne nemoc. Je lepší na bludné řeči reagovat třeba -Přijde mi nepravděpodobné, co říkáte, ale nedokážu to posoudit. To je mnohem přijatelnější reakce pro člověka, který má ataku.“*

5) Zaměstnání

Z důvodu únavy by R1 zaměstnání nezvládla, ani na částečný úvazek. *„fyzicky bych to nezvládla, já se ani nevypravím, někdy i jen obléct se je těžký. A každej den už vůbec ne. Pro mě problém je i sedět.“*

R2 má zaměstnání a je rád, že ho má. Udržuje si tím disciplínu a denní řád. *„je fajn, když lidé jako já dostanou příležitost dělat to, co je baví“.“ Jsem rád, že můžu dělat peer-pracovníka, mně to drží disciplínu“*.

R3 má zaměstnání pouze na částečný úvazek, víc není schopna. „*Člověče, asi ne, já bych to asi nedala… Ty čtyři hodiny jsou tak akorát. Na víc asi nejsem zvyklá…“ „No asi že teda nemůžu pracovat celý den.“* Ale je ráda, že zaměstnání má, umožňuje jí to kontakt s ostatními a pomáhá udržovat disciplínu. „*Nemohla jsem sehnat práci. … nevim, co bych kde hledala a kdo by mě zaměstnal na pár hodin.“* Uvědomuje si, že je těžké pro osoby s psychickým postižením najít práci – souvisí se stigmatizací.

R4 má zaměstnání na částečný úvazek. *„Každý všední den chodím do práce. Na devátou hodinu.“* Pracuje v obchodě. *„Prodávám tam, starám se o obchod, vyrábím tam i keramiku a maluju obrazy.“* Díky tomu si udržuje denní režim a disciplínu.

R4 si uvědomuje, jak je těžké sehnat zaměstnání na částečný úvazek pro osobu s psychickou poruchou a je rád, že nějaké má: *„Kdybych neznal tady šéfovou, tak nevím, kde bych sháněl nějakou práci. Ale možná už bych se teď uživil i těma obrazama. Ale je fakt, že až díky tomu, že pracuju tady v obchodě, o mně lidi začli vědět. Jsem rád za příležitost, kterou jsem tady v obchodě dostal.“* Oceňuje, že dostal příležitost od přátel, aby se mohl prosadit v malování obrazů. Díky tomu se setkává s běžnou společností a má možnost realizace.

Uvědomuje si, že kdyby pomocnou ruku od okolí na začátku nedostal, tak by byl izolovaný a sám.

6) Účinná medikace

Každý dotázaný má jiného lékaře, jinou medikaci, která hraje velkou roli. R1 je ve velkém útlumu, chybí energie (má ale také nejzávažnější diagnózu). R1- prášky, které dříve užívala, působily velký útlum a tělesnou i mentální vyčerpanost. „*Asi je to lékama, který beru. Dřív po práškách jsem byla hodně unavená a pak jsem je i nebrala a to jsem pak skončila v léčebně. Ale teď už přes rok mi paní doktorka píchá injekce a je mi po nich líp a aspoň něco teda zvládnu a už jen neležím..“* Fyzický stav, potažmo energie, závisí tedy na léčbě a zvoleném způsobu a dávkování medikace.

R2 navštěvuje „osvíceného“ psychiatra, který se zasazuje o reformu psychiatrie. Sám R2 se o svoji nemoc velmi zajímá, zajímají ho nejmodernější poznatky. Je na tom z našeho výzkumného pohledu zdravotně i existenčně nejlépe. R2 je velmi informovaný, probíhá u něj samostudium psychiatrie, proto má velký rozhled o této nemoci a tím dokáže svůj stav dobře posuzovat. Je si vědom, co by měl dělat, čeho se naopak vyvarovat. Např. „*Udržování disciplíny*“- prostřednictvím stálé práce, třeba na částečný úvazek, ne na celý úvazek, a „*být platný okolí*“. R3 a R4 tuto vizi naplňují, mají stabilizovaný stav, užívají léky.

7) Spolupráce rodiny

R1, R2, R3 i R4 mají spolupráci rodiny na dobré úrovni. R1 zmiňuje, že příbuzní jsou s ní v kontaktu, navštěvují se. Matka je pro ni velmi důležitá *„na mamku jsem hodně fixovaná. Jsme na sebe zvyklý a navzájem se podporujem“.*

Matka s manželkou jsou pro R2 pomocí. „*mám jen mámu, ta si se mnou užila při mých atakách. Neustále se mně snažila a snaží pomáhat. A mám skvělou manželku, s tou si rozumím.“*

R3 by si přála lepší vztahy v rodině. „*No v rodině, aby se zlepšily vztahy, aby to nebylo takový narušený…tak jako dát do kupy tu naši rodinu.* I tak je jí rodina oporou. „*Si každej den voláme a já tam jezdím jednou za 14 dní tak nějak od čtvrtka do neděle, tak to jsme spolu. Za to jsem ráda.“* Ví, že se může se na otce kdykoli obrátit.

R4 bydlí sám, ale je v kontaktu s rodinou, hlavně s matkou: *„Máma za mnou ale v týdnu jezdí a pomáhá mi, když něco potřebuju.“* Mají mezi sebou dobré vztahy: *„Myslím, že to jde. Taky za nima občas jedu, ale pak jsem rád, že se zas můžu vrátit do toho svého klidu (smích).“* Ví, že se může na matku kdykoli obrátit.

8) Přátelé

R1 není v kontaktu s přáteli a ostatními lidmi. Nenavštěvuje je. *„pár lidí znám, ale nechodím za nimi.“* Ani oni nechodí za ní *„poslední dobou za mnou nikdo moc nebyl“*. Její stav je takový, že se do běžného života moc nezapojuje. Zůstává především v kontaktu s rodinou a svůj čas tráví hlavně doma, občas si zajde vyřídit potřebné věci: „*No ale většinou je to tak, že mám nějakýho toho doktora, to tam musím jít. Jednou za ten týden musím někam jít si něco vyřídit. Pak většinou tu sílu zas nabírám. Za ten týden nemůžu jít mockrát ven.“*

R3 je ráda, že má přátele, zdůrazňuje důležitost přátel: *„To jsem určitě ráda, jsem ráda, že se o mě někdo zajímá a že nejsem sama.“* Vadilo by jí, kdyby přátele neměla. Potvrzuje to i její výrok: *„No teď jsem spokojená. Kdybych neměla tu práci, tak to by bylo blbý a tím pádem bych se nevídala tolik s kamarádama, to by mi vadilo.“*

R4 má přátele: „*Mám, pár jich mám.“* Cítí se dobře ve společnosti přátel, pomáhají mu v těžkých chvílích: *„Když mi není nejlíp, tak mě potěší… můžu se na ně obrátit a to je fajn vědět.“ „Základ je asi mít práci, nezůstat sám. A mít přátele. Sám vím, že pro mě nejhorší je, když se zakrtkuju doma, tak po pár dnech už by se mi ani nechtělo vylízat ven. Ale to, že mám práci mě donutí jít ven a aspoň jsem trochu v kontaktu s lidma…“*

9) Disciplína

R1 díky kontaktu s příbuznými, hlavně s matkou (viz. 8), udržuje denní režim, disciplínu. *„Ona mě pošťuchuje dopředu. Já se snažím mamce vyhovět. V rámci domova, když už ale nemůžu, tak si odpočinu. Mamka mě vede“.*

R2 si udržuje si disciplínu a denní řád také zaměstnáním. *„Je fajn, když lidé jako já dostanou příležitost dělat to, co je baví“. „Jsem rád, že můžu dělat peer-pracovníka, mě to drží disciplínu“.*

R3 pravidelný režim udržuje díky zaměstnání (viz. 2) *„Já vstávám kolem sedmý hodiny, pak si udělám hygienu, vyčistím zuby, pak se obleču, pak si ještě trochu poklidim, pak jdu o půl devátý na autobus, do práce přijedu v devět… pak tady jako nachystáme obchůdek nebo ho i uklízíme nebo vyřezáváme lampy.“* Je ráda, když má podporu a nasměrování od přátel, zároveň to udržuje režim dne: *„Tak jsem ráda, když mi do toho života třeba naše šéfová z práce kecá. Ale někdy jsem radši, když je to takový volnější. Někdy jsem zas ráda, že mě někdo požďuchne.“*

R4 si také udržuje disciplínu díky zaměstnání (viz. 2) *„Každý všední den chodím do práce. Na devátou hodinu.“* Pracuje v obchodě. *„Prodávám tam, starám se o obchod, vyrábím tam i keramiku a maluju obrazy.“*

10) Zájmy

R1 žádné zájmy nemá díky nedostatku energie: *„Já se točím kolem jídla, oblečení… udělat si všechno co potřebuju… Když člověku není dobře, tak z máločeho má radost. Třeba si řeknu, jo, něco si přečtu. Ale když mi není dobře, tak to je pocit, že zas mi není dobře.“*

U jejího dřívějšího koníčka malování je jí fyzicky špatně. *„Mě je u toho špatně. Třeba barvy vůbec nemůžu vytáhnout, z toho zápachu z nich je mi zle. Tak jedině malování propiskou nebo tužkou, ale to zas musím mít na to klid. Ten já nemám, protože prvně musím mít aspoň uklizeno nebo udělaný základní věci a pak bych mohla v klidu malovat. K tomu jsem se ale nedostala, protože pořád mi chybí energie. Malování jsem zkoušela a vždycky mi u toho bylo špatně, tak už to ani nezkouším.“*

R4 má velkého koníčka, kterým je malování, to ho baví: *„Rád bych se živil malováním. To mě baví. Poslední dobou mám dost zakázek, ani to nestačím malovat (smích).“*

R2 uvádí, že, výhled a perspektiva do budoucnosti pomáhají. *„Důležité je zajímat se o toho člověka, projevovat zájem. Nebrat ho jako druhořadého člověka. Nemusíme tomu člověku říkat vše, co cítíme, ale rozhodně bychom neměli říkat lsti. Neříkat, že něco nejde. Ale co by se dalo dělat v tuhle chvíli. Nemluvit o ničem za zády nemocného a rozhodně dobré je dávat nějakou perspektivu.“* Zájmy a koníčka pomáhají vidět perspektivní budoucnost.

5.2 Výsledky axiálního kódování

Z hlediska axiálního kódování jsme si kladli otázky, které měly charakter zjišťujících typ vztahu. Bylo hledáno, v jakém vztahu může být jedna kategorie vůči jiné. Soustředili jsme se na bližší určení jevu pomocí podmínek, které jej zapříčiňují, kontextu, v němž je zasazen, strategií jednání a interakce, pomocí kterých je zvládán, ovládán, vykonáván a následků těchto strategií (Strauss a Corbinová, 1999, s. 71).

Z výše uvedeného materiálu jsme zjišťovali vzájemný vztah mezi sebou a roztřídili jsme si kategorie v první fázi tohoto kódování na dvě skupiny. Jedna má vztah k vyčleňování psychicky nemocných ze společnosti a brání jejich začleňování. Druhá skupina kategorií působí na začleňování této sociální skupiny do běžné společnosti.

Kategorie 1 - 4 spadají do subkategorie Stigma, což podporuje vyčleňování osob s psychickou poruchou z běžné společnosti. Jsou to předsudky, únava a nedostatek energie, izolace a tutlání.

Kategorie 5 – 10 zařazujeme do subkategorie Perspektiva, což podporuje začleňování osob s psychickou poruchou do společnosti. Patří do nich: spolupráce rodiny, přátelé, zaměstnání, disciplína, účinná medikace a zájmy.

V další fázi tohoto kódování byla subkategorie Perspektiva přehodnocena na doplňující jev procesu stigmatizace, protože stigma hraje v životě osoby s psychickou poruchou větší roli. Jevu Perspektiva se však věnujeme nadále, neboť má pozitivní vliv na začlenění naší zkoumané sociální skupiny. Za podmínek, kdy jsou dobré vztahy v rodině, je i její vzájemná spolupráce. Pokud je podpora rodiny vysoká a snaží se vést nemocného správným směrem, například mu pomáhá s dodržováním denního režimu, nemocný tak může vidět svoji lepší perspektivu v životě. Tu mu zvyšuje i možnost jeho zaměstnání. Má tak motivaci a důstojné podmínky pro život, není izolovaný sám doma, a to pomáhá jeho začleňování do společnosti. Stejné podmínky jako rodina působí i přátelé.

Pro větší přehlednost uvádíme stěžejní subkategorii v následující tabulce.

Subkategorie Stigma – při vyslovení psychické nemoci, případně při jejich doprovodných podivných projevech, je člověk okolím automaticky stigmatizován. Souvisí to s nevědomostí, lhostejností a strachem okolí. Pokud člověk nemá spolupracující rodinu, která mu pomáhá, je ignorován a je mu nalepena nálepka blázna, tak se uzavře do svojí nemoci, nedodržuje základní denní režim a disciplínu, nemá kontakt s okolím a tím je naprosto vyloučen ze společnosti.

Tab. 1. Axiální kódování – Stigmatizace (vlastní zdroj)

FÁZE	POPIS
A) Příčinné podmínky	Vyslovení psychické nemoci, její projevy
B) Jev	**Stigma**
C) Kontext	Za podmínek nespolupráce rodiny, odtažitého okolí, ignorace, vytvoření nálepky
D) Intervenující podmínky	Lhostejnost, strach, nevědomost okolí, nedostatečná síť sociálních služeb
E) Strategie jednání a interakce	Uzavření v nemoci, nedodržování disciplíny, žádný kontakt s okolím
F) Následek	Vyčlenění ze společnosti

5.3 Výsledky selektivního kódování

Selektivní kódování vytváří kostru příběhu. Při tomto kódování jsme se zaměřili na popis subkategorie Stigma. Tato část byla pro osoby s psychickou poruchou negativní, bránila jejich začlenění do běžné společnosti a byla zjištěna pravidelnost opakujících se vztahů mezi vlastnostmi a dimenzemi kategorií.

Subkategorie Stigma zahrnuje kategorie - předsudky, únava a nedostatek energie, izolace a tutlání. Tyto faktory vylučují osoby s psychickou poruchou z běžného života a ztěžují jim jejich začlenění do společnosti. Na základě zjištěných údajů, jsme dospěli k závěru, že všichni ze zúčastněných dotázaných se ve větší či menší míře setkali s jistým druhem stigmatu ze strany nezúčastněné veřejnosti. Ke stigmatu vedou především předsudky, které v široké veřejnosti stále ještě převládají. Naopak rodina a blízcí přátelé se snaží být pro nemocného oporou, a čím větší je podpora této sociální skupiny, tím lepší je perspektiva nemocného do budoucna.

Osoby s psychickou poruchou uvedly, že nejčastěji se setkávaly s problémy se zaměstnáním. Zaměstnavatelé i kolegové jsou často ovlivněni veřejným míněním a vzhledem k tomu, že sami nejsou v kontaktu s žádným psychicky nemocným člověkem, uchylují se k obecně známým a zastaralým pravidlům, podle kterých jsou lidé s duševní chorobou nebezpeční vůči okolí a představují vysoké riziko. K tomuto pohledu významně přispívají mediální kauzy, které zdůrazňují negativní příznaky těchto chorob, i přestože podle výzkumů v případě nevhodné nebo přerušené léčby hrozí riziko především samotným pacientům než jejich okolí.

Velkým problémem je také fyzická únava. Proto mají nemocní velmi omezenou možnost výběru zaměstnání. Přetrvávající pasivitu a vyhýbavé chování lez chápat jakou obrannou strategii. Ta má určitý subjektivní smysl, ovšem je na překážku sociální integraci. Dotázaní ve výzkumu ve většině uvedli, že ze zdravotních důvodů nejsou schopni pracovat na plný úvazek. Zaměstnavatelé však nenabízejí dostatek pracovních míst na částečný úvazek a tím že se někdo přizná, že trpí psychickou poruchou, sníží se pravděpodobnost jeho zaměstnání na minimum. Protikladem klasických zaměstnavatelů jsou neziskové organizace, které se o problematiku duševních chorob přímo zajímají a jsou obeznámeny se všemi riziky pracovního poměru psychicky nemocného člověka. Pracovní místa speciálně přizpů-

sobují potřebám těchto lidí, upravují délku pracovní doby a jsou připraveni podpořit tyto osoby i ve chvíli kdy se příznaky nemoci výrazněji projeví.

Z výzkumu také vyplývá, že i sami nemocní oceňují možnost pracovat, protože jim v mnoha ohledech pomáhá udržovat denní režim, který je při psychických poruchách životně důležitý. Díky tomuto kontaktu se společností mají pocit, že musí dodržovat klasické hygienické návyky a také časový harmonogram, což přispívá k jejich zapojení do společenských procesů a tím se obohacuje jejich život a nedochází k jejich izolaci.

Izolace je jedním z největších problémů psychických chorob. V extrémních případech může vést až k naprostému vyloučení jedince ze společnosti. I přestože tato situace vyžaduje velkou míru trpělivosti, pochopení a sebezapření, je to především rodina, která může takovému stavu zabránit. Rodina je prvním stupněm, který umožní nemocným znovu se začlenit do sociální skupiny a v mnoha případech pomůže později těmto jedincům najít cestu k dalším sociálním skupinám, které nemají příbuzenské pouto s nemocným.

Dalším problémem, který dotázaní popisovali, je negativní reakce okolí na zprávu o jejich duševní chorobě. Často se stává, že okolí ani neví, jakým způsobem na tuto zprávu reagovat a mnohdy se uchýlí k zažitým negativním stereotypům a předsudkům. Rodina často nechce přijmout to, že jejich blízký má psychickou poruchu a omlouvají jeho podivné chování s tím, že přece není blázen. Před okolím tají a tutlají nemoc a dělají, že vše je v pořádku a žádný problém neexistuje. Ale tímto postojem mu mnohem více ubližují, protože zabraňují jeho léčbě. Podstatný je ale také pohled samotného nemocného. Lidé s psychickou poruchou popisovali i variantu, kdy sami sebe významně podceňují, na svoji nemoc pohlížejí v negativním světle, cítí se podřadní a neschopní a tento svůj pohled přenášejí i na okolní společnost, i přestože ta tento názor nesdílí. Pokud ale společnost zareaguje obráceně a dotyčného v jeho snahách podpoří, dává mu možnost znovu se začlenit do společnosti a tím pádem má novou perspektivu k budoucímu životu.

Doplňujícím jevem subkategorie Stigma se jevila Perspektiva, zároveň se stigmatizací výrazně prolínala. Tento jev byl pro zkoumané osoby pozitivní, podporoval jejich začleňování do běžné společnosti a kategorie v tomto jevu se protínaly a navzájem ovlivňovaly. Patří sem spolupráce rodiny, přátelé, zaměstnání, disciplína, účinná medikace a zájmy. Tyto faktory pomáhají lidem s psychickou poruchou začleňovat se do běžného života. V našem výzkumu bylo potvrzeno, že pokud nemocný bude mít dobré zázemí v podobě

rodiny, přátel, případně zaměstnání, má velmi dobré vyhlídky, aby žil plnohodnotný život. V podstatě cokoliv, co zabrání těmto jedincům izolovat se od okolní společnosti, napomůže jejich integraci. Čím víc se těchto pozitivních stimulů dostaví, tím lepší je prognóza nemoci do budoucna. Pokud má člověk s psychickým postižením pouze jednu z těchto podpor, zvyšuje se riziko, že o ni může přijít a bude znovu uvržen do počátečního stavu nemoci, kdy se cítil izolovaný a odstrčený.

Z výzkumu vyplývá, že i sami nemocní oceňují možnost pracovat, protože jim pracovní proces v mnoha ohledech pomáhá udržovat denní režim, který je při psychických poruchách životně důležitý. Díky tomuto kontaktu se společností mají pocit, že musí dodržovat klasické hygienické návyky a také časový harmonogram, což přispívá k jejich zapojení do společenských procesů a tím se obohacuje jejich život a nedochází k jejich izolaci.

Byla potvrzena také nutnost vhodné medikace, nevhodné léky mohou způsobit velký útlum osobnosti a způsobit únavu, kterou nemocný sám špatně překonává. Tyto vedlejší účinky vedou spíše k apatii. Je nutné zkoušet, které léky jsou vhodné, protože na každého reagují individuálně. Účinné léky pomohou vést kvalitní život.

Z výpovědí dotázaných rovněž vyplývá, že jsou pro ně důležité životní a sociální jistoty, například v podobě bydlení, zaměstnání, finančního zajištění a seberealizace. Ta zastupuje v jejich životě významné místo, protože se často nejedná pouze o práci, ale i o koníčky, které napomáhají ventilovat jejich skryté pocity a nálady a tím přispívají k léčebnému procesu. Zájmy jim pomáhají vidět perspektivní budoucnost.

Na základě našeho výzkumu a stanovené subkategorie můžeme zcela souhlasit s Bakošovou (2008, s. 61), která upozorňuje, že každý pociťovaný problém však málokterý člověk chápe jako dočasný. Proto je vhodné, když sociální pedagog nabídne příjemci svých služeb možnost vidět i jiné perspektivy ve svém životě. Samozřejmě jde o možnosti, které nabízejí svobodné rozhodnutí, osobní volbu. Dobré je, pokud se stanou zvnitřněným motivem na změnu postoje k životu.

Čínské přísloví říká, že pokud chceš být šťastný hodinu, zdřímni si. Pokud chceš být šťastný den, choď na ryby. Pokud chceš být šťastný v celém životě, pomoz druhému člověku (Bakošová, 2008, s. 48). Právě pomoc druhým, kteří mají svoji situaci ztíženou, například v podobě psychické nemoci, je u sociálních pedagogů žádaná.

5.4 Výsledná zakotvené teorie

Z výše uvedených tří typů kódování, otevřeného, axiálního a selektivního, jsme vytvořili následující teorii, kterou jsme podle údajů, které jsme měli k dispozici, ověřovali.

Teorie se vztahuje na lidi, kteří si prošli v životě krizovou událostí v podobě toho, že jim byla diagnostikována psychická porucha a museli se s touto skutečností vyrovnat a učit se s ní žít. Ústřední jevem celé teorie je „lidé s psychickou poruchou si nesou stigma“. Stigmatizace se prolíná celým výzkumem. Pro vytváření stigmatizace nemusí osoby s psychickou poruchou dělat nic. Stačí, když se vysloví jejich nemoc. Okamžitě od okolí dostávají nálepku „blázen“, „magor“ apod. To, co podporuje tuto stigmatizaci je nevědomost veřejnosti, proto je zapotřebí její větší informovanost.

Díky tomuto cejchu a předsudkům společnosti se lidé s psychickou poruchou uzavírají do sebe, jsou izolovaní. Špatně si hledají práci a to prohlubuje jejich vyloučení. Proto se automaticky nezačleňují do společnosti, je to pro ně těžší než pro zdravou populaci.

Předejít tomu jevu lze poskytováním perspektivy těmto lidem. A tím se dostáváme k doplňujícímu jevu celé teorie „lidé s psychickou poruchou potřebují mít perspektivu do budoucnosti“. Pro vytvoření perspektivy pro nemocného není třeba dělat příliš, stačí vstřícný přístup okolí a případně podaná pomocná ruka. Ať už je to v podobě rodiny, která s nemocným spolupracuje a nastaví denní režim a disciplínu. Dalším opatřením jsou přátelé, kteří budou mít o nemocné zájem. Neopomenutelné jsou také kvalitní léky, které neutlumují člověka. Je žádoucí i zaměstnání, zejména na částečný úvazek, které pomůže kontaktu s okolní společností. Všechny tyto faktory začleňují osoby s psychickou poruchou do běžného života.

Na základě popisu tohoto jevu, je dosaženo i odpovědi na výzkumnou otázku této práce, která zní: Jaké faktory ovlivňují začlenění osob s psychickou poruchou do běžné společnosti? Z rozboru odpovědí dotázaných jsme zjistili faktory, které pomáhají začleňovat osoby s psychickou poruchou do běžné společnosti. Jsou to spolupráce rodiny, přátelé, zaměstnání, disciplína, účinná medikace a zájmy. To vše dává této sociální skupině perspektivu do budoucna.

Všichni oslovení mají zkušenosti se stigmatizací od okolí. Ti, co jsou zapojeni do běžné společnosti, potvrdili, že mají práci, přátele a podporu rodiny. Ti, co mají pouze podporu rodiny a nemají práci ani přátele, jsou izolovaní, bez kontaktu s okolím. Samotný jeden prvek v sociální terapii nestačí. Čím více jich osoba s psychickou poruchou bude mít, tím reálnější a zdařilejší bude její zapojení do běžného života.

Na základě výpovědí a výroků dotázaných v našem výzkumu lze naši výše uvedenou teorii uznat platnou a zakotvit ji. Ačkoli se u výše formované zakotvené teorie jedná o konstrukci určitého jevu ve specifickém prostředí a podmínkách, může být teorie uplatnitelná i pro jiné skupiny s podobnými kontextovými podmínkami. Například pro skupinu osob s fyzickým či mentálním postižením.

5.5 Diskuse k výzkumné části

Pro stigma duševní nemoci jsou charakteristické nedostatek vědomostí o duševních nemocech, strach, předsudky a diskriminace. Historie je poznamenána izolací a exkluzí duševně nemocných, které však do jisté míry přetrvávají i v současnosti. Doubek (2010, s. 33) uvádí, že mezi běžnou populací panuje nedostatečná informovanost a nevzdělanost, pokud jde o duševní onemocnění všeobecně. V zásadě s tímto tvrzením na základě našeho výzkumu souhlasíme. Ovšem nalezneme i výjimky, se kterými jsme se během našeho výzkumu setkali a kteří jsou oporou pro osoby s psychickou poruchou, s nimiž jsou v blízkém kontaktu. Podnětem pro sociální pedagogy je tedy oblast informování široké veřejnosti. Neinformovanost společnosti vede ke stigmatizaci osob s psychickou poruchou. Proto je nutné informovat veřejnost o psychických poruchách a o tom, jak se chovat či nechovat k lidem, kteří mají tuto nemoc. V tomto směru je zde velké pole působnosti pro sociální pedagogiku, která může být nápomocná široké veřejnosti a pomáhat osvětlovat různé stránky vzájemné interakce běžné společnosti s psychicky nemocnými. Vhodné je navrhování, plánování a realizování přednášek, diskuzí nebo akcí. Největší efekt by mělo vzájemné setkávání veřejnosti s nemocnými, aby se odhodily zábrany a bariéry, které obě strany mají. Nemocní si občas myslí, že nejsou hodni, aby se s nimi bavil někdo zdravý, a degradují svoji osobnost, a naopak zdraví nevědí, co od nemocných lidí čekat a chovají se mnohdy nestandardně s odstupem. Když společnost uvidí, že tito lidé jsou pohodoví, tak se

přemění jejich vnímání celé problematiky psychických chorob. To napomůže odloučení postižených od nepostižené populace, jak uvádí Giddens (1998, s. 38). Sociální pedagog může mít roli propojovatele mezi oběma světy.

Nutné je informovat širokou veřejnost, ale zároveň je nezbytné pracovat i na přístupu samotných sociálních pedagogů k osobám s psychickou poruchou. Kopřiva (1997, s. 90) zdůrazňuje, že jednotlivé pomáhající profese, sociální pedagogy nevyjímaje, jsou si vědomy významu lidského vztahu pomáhajícího pracovníka ke klientům a mají po něj své řešení, což jsou etické zásady profese. Některé z etických kodexů stanovují požadavky, které je nemožné uskutečnit a které zřejmě mají být chápány jako přihlášení se k ideálu, o němž se ví, že je nedosažitelný. Jiné požadavky etických kodexů jsou míněny jako závazné. Zejména sociální pracovníci dbají na podrobnou formulaci etických zásad a v některých zemích tvoří tzv. hodnoty sociálního pracovníka hlavní složku studia, které je věnováno mnoho hodin přednášek i praktických cvičení. *„Potíž je v tom, že žádný etický kodex už neříká, co dělat, když se pomáhajícímu některý požadavek naplnit nedaří. Když např. navzdory svému chtění cítí sociální pracovník rozpaky v kontaktu s homosexuálem, když ho leká tělesné znetvoření klienta, když u sebe - třeba až po řadě negativních zkušeností ve své profesi - zachytí averzi vůči té či oné etnické skupině. To, že s takovým pocitem nesouhlasí, nepomůže. V etických kodexech pomáhajících by měla být proto uvedena ještě jedna zásada, která tam zatím přítomna nebývá: Pomáhající je připraven kdykoli vnímat a akceptovat svou nedokonalost, slabost a zranitelnost, kterou pomáhání vyjevuje, a pomocí sebereflexe a supervize napomáhat vývoji k lepšímu stavu, než je ten současný“* (Kopřiva, 1997, s. 91). S tímto výrokem se plně ztotožňujeme. Bohužel i sociální pedagog v kontaktu s osobou s psychickou poruchou může projevovat odstup, nálepkovat si ho a stigmatizovat. Žít podle ušlechtilých zásad je něco jiného než tyto zásady jen uznávat a hlásat. Jak trefně dále popisuje Kopřiva (1997, s. 91) je to světonázor, ke kterému se nemůžeme dopracovat stejně lehce jako třeba k politickému přesvědčení. Nestačí si přečíst knihu či vyslechnout přednášku, je třeba procovat s vlastním cítěním. Proto je nutné nastavit už ve vzdělávání sociálního pedagoga trénink tohoto umění. Sociálním pedagogem se nemůže stát každý, mělo by to být poslání, které je v současnosti stále ještě nedoceněné.

Vágnerová (2004, s. 364) zdůrazňuje, že pro nemocné je třeba zorganizovat denní program. Oni sami toho většinou nejsou schopni, mívají spíše tendenci izolovat se a nic

nedělat. Náš výzkum plně potvrdil tato slova. Všichni dotazovaní se shodli na tom, že mají ve svém okolí někoho, kdo na ně dohlíží a udržuje jim disciplínu. Vágnerová (2004, s. 353) dále vyzdvihuje, že sociální zázemí je důležitým faktorem. Pokud má nemocný přijatelné sociální zázemí, kde je akceptován a pozitivně stimulován, kde se mu dostává potřebné sociální podpory, je u něho větší pravděpodobnost zlepšení nebo uchování přijatelného stavu. Opět můžeme potvrdit, že všichni účastníci našeho výzkumu shledali nutnost a důležitost svého blízkého okolí, ať už v podobě rodiny nebo přátel, které je jim oporou. Dále Vágnerová (2004, s. 365) zmiňuje, že jako měřítko sociální adaptace osob s psychickou poruchou je často používáno pracovní zařazení. Náš výzkum rovněž ukázal, že dotazovaní, kteří mají možnost chodit do zaměstnání, alespoň na částečný úvazek, jsou dobře sociálně adaptováni.

Projevy duševní nemoci mají různou podobu. Důsledky jsou však většinou podobné. Lidé, kteří takovou nemocí trpí, se začnou více či méně chovat nestandardně a okolní společnost brzy vycítí, že s nimi něco není v pořádku. Nemocní se pak setkávají s různými reakcemi okolí. Pokud se jedná o jejich blízké přátele a rodinné příslušníky, většinou převažují pozitivní reakce, soucit a snahy pomoci. Podobně se chovají také lidé, kteří jsou s problematikou psychických nemocí obeznámeni, nebo se s ní konkrétně setkali. Širší veřejnost podléhá vlivu médií a zažitých stereotypů. Bohužel jsou nejvíce medializované případy, kdy psychicky nemocný člověk někomu ublížil, a tak se společnost utvrzuje v přesvědčení, že psychická porucha je něco zlého a nebezpečného. V minulosti bylo zcela běžné se od takto postižených osob distancovat. Je velice těžké takový názor změnit a ve většině případů volí lidé jiný přístup až v okamžiku, kdy se jich podobné onemocnění začne osobně dotýkat. V té chvíli jsou postaveni před rozhodnutí, zda se k dotyčnému chovat tak, jako před vypuknutím nemoci, kdy je pojilo jisté pouto, nebo se vrátit k přístupu, který zastávali předtím, než se do této situace dostali. Jisté je, že osoby s psychickou poruchou už si s sebou nesou do konce života cejch, který jim okolní společnost, především kvůli špatné informovanosti, dala.

Když se zamyslíme nad problematikou informovanosti veřejnosti, vyvstává také velice podstatná otázka financování, které bývá pro realizaci osvětových projektů klíčové. I přesto, že jsme se v rámci sbírání informací soustředili na veškeré dostupné informace, které se týkají osob s psychickými poruchami a jejich návratu do běžného života, většina zdrojů vychází z teoretických hypotéz odborníků z řad lékařů, psychiatrů a psychologů,

kteří se soustředí především na zdravotní stav pacienta. Sociální pedagogové se zase teoreticky věnují tomu, co by bylo nejlepší pro tyto lidi udělat, aby se jejich návrat do reality co nejvíce usnadnil. Nikdo se ale nevěnuje finanční stránce této problematiky. Tento přechod od teorie k praxi je velice důležitý, protože i sebelepší nápady na řešení edukace veřejnosti, začlenění nemocných a také potlačení jejich stigmatizace potřebují finanční podporu, které však není žádnou samozřejmostí. Ano, je možné využít systémů různých grantů a dotačních fondů, zde ovšem narážíme na další problém. Takové fondy jsou určené pro mnoho dalších podobných projektů a vyčleněná částka není ani zdaleka dostačující, aby pokryla náklady na realizaci všech připravovaných programů. A tak se lidé s psychickou poruchou stávají jakousi „konkurencí" těch, kteří trpí jiným zdravotním znevýhodněním, ať už zrakovým, sluchovým nebo fyzickým. Když se podíváme na realizované projekty v posledních letech, je zcela jasné, jaká část tohoto pomyslného „koláče" připadla duševně nemocným. A to se také odráží na neinformovanosti veřejnosti. Společnost, včetně těch, kteří se podílejí na rozdělování finančních prostředků, si zřejmě dostatečně neuvědomuje, že osob s duševními chorobami neustále přibývá. Velký dopad na psychické zdraví má i dnešní styl života. Lidé jsou pod neustálým tlakem, žijí ve stresu ze ztráty zaměstnání, a když už práci mají, jejich zaměstnavatelé stále častěji požadují, aby se pracovním povinnostem věnovali delší dobu a s větší intenzitou. Proto není výjimkou, že někteří lidé takový nápor neustojí a celá věc skončí nervovým zhroucením a totálním vyhořením. U jiných lidí mohou být stresové situace spouštěčem mnohem závažnějších duševních poruch. Je nutné si tuto realitu uvědomit a začít se soustředit na realizaci podpůrných programů.

V současnosti už probíhají některé menší akce, které se touto problematikou zabývají, a o kterých jsme se zmiňovali v teoretické části této práce. Jsou to však pouze první malé krůčky, ale psychicky nemocní by si zasloužili podobnou mediální kampaň, jakou realizují nadace Kuře nebo Paraple. O zmíněné menší projekty se totiž většinou zajímají především lidé, kterých se toto téma nějak osobně dotýká. Ale široká veřejnost prozatím nedostává žádný důrazný podnět, který by vyvolal zájem o tuto kontroverzní problematiku. Dokud se situace nezmění, je v podstatě nereálné, abychom stigmatizaci duševně nemocných vymýtili. Teorie nám udává směr, kterým se musíme dát, abychom tento problém dokázali řešit. Zatím ale pokulhává praktická realizace. Kdyby se této teorie chopil schopný praktik a přišel se zajímavým nápadem na propagaci a realizaci vhodného projektu, který by byl dostatečně medializován, mohlo by to být tím správným stimulem, který by veřej-

nost přesvědčil, aby před duševními chorobami nezavírala oči. Ideální by bylo spustit překvapivou kampaň se zajímavým nápadem, která by dokázala společnost v dobrém smyslu šokovat. Na tu by měly plynule navázat různé přednášky, workshopy, distribuce informačních materiálů a samozřejmě i přímý kontakt s psychicky nemocnými, aby veřejnost pochopila, že strach skutečně není na místě.

Dovoluji si tvrdit, že sociální pedagogika se zabývá, na rozdíl od jiných pedagogických disciplín, naplňováním vyšších potřeb člověka, a proto doprovázení a podpora člověka s psychickou poruchou je proces, kterému se může s nasazením věnovat i sociální pedagog.

ZÁVĚR

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaké faktory ovlivňují začlenění lidí s psychickou poruchou do společnosti. Na základě provedeného kvalitativního výzkumu jsme zjistili, že největší oporou a pomocným faktorem je zapojení rodiny. Nemocní nesmí ztratit kontakt s ostatními lidmi. Je zcela logické, že upřednostňují přítomnost rodinných příslušníků a velmi blízkých přátel. Dalším důležitým bodem v jejich životě je neměnný denní režim a disciplína. Ideální je, aby na jejich dodržování dohlížel někdo další, kdo je v případě nutnosti ochotný a schopný podat nemocnému pomocnou ruku. Součástí denního režimu by mělo být i zaměstnání, což bývá poměrně složité právě vzhledem k všeobecnému přístupu veřejnosti k duševním chorobám. Navíc je problematické najít zaměstnání pouze na částečný úvazek, protože celý úvazek je ve většině případů pro nemocné natolik fyzicky náročný, že nejsou schopní takovou práci vykonávat. Pokud se podaří zajistit kontakt s okolím a dodržování denního režimu, významně to přispěje ke stabilizaci zdravotního stavu.

Celá problematika duševních chorob je velice rozsáhlá. Věnují se jí odborníci z několika různých oborů, ale všichni narážejí na jeden velký problém - na špatnou informovanost společnosti, která velmi často vede k diskriminaci a stigmatizaci duševně nemocných pouze na základě diagnózy psychické poruchy. Zatímco lékaři se soustředí na to, aby se dotyčný znovu cítil co nejlépe, sociální pedagogové by se měli zaměřit na to, aby se nemocní opět cítili jako rovnoprávní členové společnosti. Aby taková situace nastala, je nutné lépe informovat veřejnost a realizovat projekty, při kterých se veřejnost zbaví svých obav a akceptuje, že psychická porucha tyto osoby nepromění v nebezpečné jedince, kteří ohrožují všechny ve svém okolí. Zároveň je však nutné poukázat na to, že se i nemocní potýkají se strachem a ostychem. Vzhledem k tomu, že si uvědomují, co všechno zvládali před vypuknutím nemoci, a jaké omezení pro ně onemocnění představuje, nabývají často dojmu, že už nejsou plnohodnotní lidé, a že ostatním nestojí ani za to, aby s nimi prohodili pár slov. Obě skupiny se musí naučit, jak spolu komunikovat a spolupracovat. A tento stav je ideálním prostředím pro sociálního pedagoga, který může představovat jakýsi most, který oba tyto světy propojí. Na jednu stranu je možné realizovat projekty, které budou přispívat k všeobecné informovanosti o duševních chorobách, přinutí společnost, která se této problematice prozatím odmítá věnovat, aby svou pozornost obrátila tímto směrem a začala se podílet na začlenění osob s psychickou poruchou mezi zdravé jedince. Na druhou stranu

může sociální pedagog pomáhat konkrétním nemocným, například s již zmíněním dodržování denního režimu a s překonáváním dalších překážek, které na tyto osoby v reálném životě čekají na každém kroku. Díky vhodně zvoleným, naplánovaným a zrealizovaným projektům bude možné zmírnit předsudky a potlačit stigmatizaci vůči osobám s psychickou poruchou a připravit veřejnost na to, že se s takovými lidmi bude v běžném životě setkávat, aniž by to nějak ohrozilo okolí.

Sociální pedagog je také ideálním partnerem různých subjektů zainteresovaných do péče o osoby s psychickou poruchou. Může se stát jakýmsi prostředníkem mezi nemocnými, neziskovými organizacemi, psychiatrickými léčebnami a centry duševního zdraví. V rámci takového propojení je pak možné realizovat různé akce na podporu lidí s duševním onemocněním, například v podobě festivalů, koncertů, letních škol či tematických setkání.

Duševní choroby se ve společnosti vyskytují odnepaměti a přístup okolního světa se v průběhu dějin nijak výrazně nezměnil. Takto nemocní lidé stále vzbuzují posměch, kruté zacházení, ale i strach. Možná už je načase tento přístup změnit a ukázat naši lidskou tvář. A sociální pedagogika může v této oblasti se správným přístupem hodně změnit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAKOŠOVÁ, Zlatica, 2008. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. Public promotion: Berdis. ISBN 978-80-969944-0-3.

BERGHMAN, Joseph, 1998. *Social Protection and Social Quality in Europe*. In The Social Quality of Europe, ed. by W. Beck, L. van der Maesen and A. Walker. Bristol: The Policy Press.

Blázniš? No a! [online]. Blaznisnoa, ©2015 [cit. 2015-12-15]. Dostupné z: http://www.blaznis-no-a.cz

Bohnice bez hranic [online]. Bohnicebezhranic.cz, ©2012 [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/pece-o-pacienty/soucasny-stav-v-cr

BURCHARDT, Tania, Julian LE GRAND a David PIACHAUD, 1999.
Social Exclusion in Britain 1991-1995. Social Policy Administration.

ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNET a Dagmar KROUTILOVÁ, 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Praha. ISBN 978-80-262-0027-7.

Česká asociace pro psychické zdraví [online]. ČAPZ , ©2016 [cit. 2016-01-12]. Dostupné z:http://www.capz.cz/co-delame/socialni-sluzby

Česká psychiatrická společnost [online]. ©2016. Reforma psychiatrie. In. *Psychiatrie* [online]. [cit. 2016-01-12].
Dostupné z: http://www.psychiatrie.cz/index.php/sekce-deni-v-oboru

Denní psychoterapeutické centrum Ondřejov [online]. ManGoweb ©2011-2016. [cit. 2016-01-27]. Dostupné z: http://www.ondrejov.cz/psychoticke-a-neuroticke-poruchy

DORNER, Klaus a U. PLUG, 1999. *Bláznit je lidské*. Praha: Grada. ISBN: 80-7169-628-5.

DOUBEK, Pavel, 2010. *Psychóza v životě - život v psychóze: Informace, rady a doporučení*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-231-5.

FINE, Cordelia, 2009. *Mozek: Průvodce po anatomii mozku a jeho funkcích*. Brno: Jota. ISBN 978-80-7217-686-1.

Fokus [online]. Fokus Praha ©2015 [cit. 2015-12-11]. Dostupné z: http://www.fokus-praha.cz/index.php

Fokus [online]. Týdny duševního zdraví.cz ©2015 [cit. 2015-12-13]. Dostupné z: http://www.tdz.cz/index.php?co=0

GIDDENS, Anthony, 1998. *The Third Way*. Cambridge: Polity Press. ISBN 80-204-0906-8.

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

HARTL, Pavel, 1993. *Psychologický slovník*. Praha. ISBN: 80-90 15 49-0-5.

HENDL, Jan, 2009. *Přehled statistických metod. Analýza a metanalýza dat*. 3. přepracované vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-482-3.

JAROLÍMEK, Martin, 2015. Agresivita a duševní nemoci. In. *Aktuálně.cz* [online]. [cit. 2016-01-12]. Dostupné z: http://blog.aktualne.cz/blogy/martinjarolimek.php?itemid=22238

KALINA, Kamil, 2001. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-563-6.

KAPUŚIŃSKI, Ryszard, 2005. *Lapidárium*. Praha: Mladá fronta. ISBN 80-204-1295-6.

KLIMEŠ, Lumír, 1995. *Slovník cizích slov*. Praha: SPN. ISBN 80-7235-272-5.

KOPŘIVA, Karel, 1997. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-150-9.

Křižovatka duše [online]. Zello dialogy, © 2015 [cit. 2015-12-10]. Dostupné z: http://www.krizovatkaduse.osvobodse.cz/zello-dialogy

LEVITAS, Ruth, 1998. *The Inclusive Society? Social Exclusion and New Labour*. Houndmills: MacMillan.

MAREŠ, Petr, Markéta HORÁKOVÁ a Miroslava RÁKOCZYOVÁ, 2008. *Sociální exkluze na lokální úrovni.* Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. ISBN: 978-80-7416-014-1.

MOTLOVÁ, Lucie. 2011. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2993-3.

Mental health foundation. *Tackling loneliness and social isolation* [online]. ©2015 [cit. 2015-08-27]. Dostupné z: www.mentalhealth.org.uk/news/tackling-loneliness-and-social-isolation-later-life

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 2015-08-27]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-od-1-ledna-2013

Mezi ploty [online]. Mezi ploty, ©2015 [cit. 2015-12-13]. Dostupné z: http://meziploty.cz/

PÉČ, Ondřej, 2016. Destigmatizace. In: *Česká psychiatrická společnost* [online]. [cit. 2015-08-27]. Dostupné z: http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace

PRAŠKO, Ján. 2007. Stigmatizace u psychogenních poruch. In: *Hodina Surrael* [online]. 2007. [cit. 2016-02-20]. Dostupné z: http://hodinasurrael.wordpress.com/2007/04/06/stigmatizace-u-psychogennich-poruch-jan-prasko/

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ, 2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-246-1985-9.

RUBIN, H. J. a I. S. RUBIN, 2005. *Qualitative Interviewing. The Art of Hea ring Data.* Thousand Oaks: Sage. ISBN 0761920757.

Slovník cizích slov [online]. SCZ.ABC ©2005-2016 [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: http://slovnik-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/destigmatizace

Slyšení hlasů [online]. Slysenihlasu, ©2015 [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: http://slysenihlasu.cz/

SMOLÍK, Petr, 1996. *Duševní a behaviorální poruchy*, Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-33-0.

Stopstigma, 2015. Schizofrenní poruchy. In: *Centrum pro rozvoj péče* [online]. [cit. 2015-08-26]. Dostupné z: www.stopstigmapsychiatrie.cz/download/nazory-na-schizofrenii.doc

STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu.* Boskovice: Albert. ISBN: 80-85834-60-X.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

Vida [online]. *Vidacr* ©2015 [cit. 2015-12-13]. Dostupné z: http://www.vidacr.cz/

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí

ICD Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

WPA Světová psychiatrická asociace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Axiální kódování – Stigma……63

SEZNAM PŘÍLOH

PI Otázky k rozhovorům

PII Přepis rozhovorů

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K ROZHOVORŮM

1. Jak probíhá Tvůj běžný den?
2. Jak trávíš svůj volný čas?
3. Máš rád větší společenské akce? Proč?
4. Máš nějaké zaměstnání? Pokud ne, proč? Pokud ano, jsi s ním spokojený?
5. Baví Tě Tvoje práce?
6. Jak se cítíš ve společnosti druhých lidí, které neznáš?
7. Máš přátele? Nějaké důvěrné?
8. Jak se cítíš ve společnosti svých přátel?
9. Jaké jsou tvoje představy o životě?
10. Co bys chtěl dělat?
11. Jak bys chtěl trávit volný čas?
12. V jakých oblastech spařuješ, že Tě společnost nějak znevýhodňuje?
13. Jak se snažíš na tyto tendence reagovat?
14. V čem spatřuješ omezení svého onemocnění?
15. Jaké vnímáš možnosti znovu začlenění se?

PŘÍLOHA PII: PŘEPIS ROZHOVORŮ

Všichni účastníci výzkumu jsou osoby s psychickým onemocněním, jsou pod léčebným dohledem a jejich zdravotní stav je stabilizovaný.

Osoba s psychickou poruchou 1 (R1), žena, 44 let, schizofrenie a bipolární porucha diagnostikovány před 16 lety

R1 je svobodná, bez dětí. Byla nadaná malířka, studovala AVU v Praze, ale po propuknutí nemoci tuto vysokou školu nedostudovala. Už na základní škole byla premiantkou třídy, kladla na sebe vysoké nároky. Setkání proběhlo u ní v domácím prostředí v přátelské atmosféře. Bydlí společně s rodiči v rodinném domě, kde má vyhrazené jedno poschodí. Styl odpovídání byl pomalý, ale promyšlený. R1 váží každé slovo, aby vystihlo opravdovou podstatu. Je patrná její únava po pár minutách soustředění. S R1 jsme se znaly od vidění, kontakt na ni mi poskytla zakladatelka neziskové organizace, která pomáhá lidem s jakýmkoli postižením. Společně se znají už 20 let, ještě před vypuknutím onemocnění. Před samotným rozhovorem došlo ke dvěma společným neformálním setkáním.

Jak probíhá Tvůj běžný den?

No podle toho jak ten předchozí. Když mám náročný den, nějakou námahu, tak pak musím nabírat sílu, víš… Když odpočívám tak nabírám sílu.

Takže když je námaha větší, tak ráno bys vstala až kolem poledne, podle toho jak jsi unavená?

No, to bych ležela celý den. Jako člověk musí vstát na jídlo a na záchod. Když je ta únava větší, tak celý den ležím. Když pár dní ležím, tak ta energie se nabere. No ale většinou je to tak, že mám nějakýho toho doktora, to tam musím jít. Jednou za ten týden musím někam jít si něco vyřídit. Pak většinou tu sílu zas nabírám. Za ten týden nemůžu jít mockrát ven.

Máš nějaké zaměstnání, práci?

Ne, fyzicky bych to nezvládala, já se ani nevypravím, někdy i jen obléct se je těžký. A každej den už vůbec ne. Pro mě problém je i sedět. Kamarádka mi nabízela práci i na pár hodin v její neziskovce, ale to bych fakt nezvádla. Jsem ráda, že na mě myslela a že vím, že se na ni můžu kdykoli obrátit, ale vůbec si nedovedu představit někam pravidelně docházet. Jsem ráda, že si vyřídím všechny svoje doktory a pak už nemám sílu na nic…

A například soustředění se? Mozková aktivita?

No to taky ne.

Máš nějaké přátele? Chodíš za nimi na návštěvu?

To moc ne. Pár lidí znám, ale nechodím za nimi.

Jak se cítíš ve společnosti lidí, které znáš, přátel?

Když je člověk dlouho sám, tak to taky není dobrý. Ale když jsem unavená, tak to jedině být sama. Protože když jsem unavená ve společnosti, tak je to taky nepříjemný. Musím být trošku odpočinutá, abych se cítila dobře ve společnosti.

A jak se cítíš ve společnosti neznámých lidí?

Spíš jsem ráda, když už tam někoho znám. Úplně do neznáma bych nešla, to spíš s někým. Nemyslím si, že bych se s někým seznámila, to ne, tak na to nemám. Pro mě je těžký mluvit s někým cizím, nevěděla bych o čem. Člověku není dobře v sedě, natož ve stoje.

Když bys někam šla, tak tam potřebuješ pohodlný prostředí?

Ano. Někdy vím, že potřebuju jít ven. Ale to je opravdu jen jednou za čas.

Za Tebou někdo chodí na návštěvy?

No občas. Poslední dobou za mnou nikdo moc nebyl.

Byla bys raději, kdyby za Tebou někdo chodil častěji a pravidelněji?

No to je taky těžký, protože jak se necítím dobře, tak nedokážu říct, kdyby za mnou někdo přišel, tak mi třeba bude špatně. Tak nechci být nespolehlivá a neobtěžovat.

A cítíš to, že bys druhé obtěžovala?

Když mi není dobře, tak vidím, že řeč vázne. Už mě nic třeba nenapadne a toho druhýho taky ne (smích). Potřebuju spíš být u rozhovoru bystřejší a to jsou ty stavy u mě málokdy. Cítím se, jakože v tý hlavě nic nemám. Pak jsem radši sama, abych nabrala sílu a rozjela se. Člověk aby si mohl něco přečíst, tak potřebuje být taky odpočinutej. Aby se i něco sám dozvěděl a mohl se o to podělit, tak potřebuje být neunavenej.

Jak trávíš svůj volný čas? Když už nějaká energie je. Zbyde Ti pak energie na něco jiného?

No právě že ne, to já nemám, to ne. Já se točím kolem jídla, oblečení… udělat si všechno co potřebuju.

A je něco co bys chtěla vyzkoušet?

Když člověku není dobře, tak z máločeho má radost. Třeba si řeknu, jo, něco si přečtu. Ale když mi není dobře, tak to je pocit, že zas mi není dobře.

Takhle to máš se všemi činnostmi?

No to si pamatuju, že u toho mi nebylo dobře a byla jsem unavená. Kdybych věděla, že mi u toho bude líp, tak bych do toho šla, že mi bude líp. Když nezvládám ty základní věci, tak vím, že by se mi nahromadilo to, že musím uklízet. Prvně se snažím udělat ty povinnosti co mám.

Napadlo by Tě, co bys chtěla dělat, kdyby ta energie byla?

No tak já bych to zkoušela u takových nezávaznýchh věcí. Třeba šití, něco prostě nezávazný-ho. Ale ne nic náročnýho, ale něco jednoduššího.

A co malování obrazů? Zmínila ses, že jsi dřív malovala a byl to Tvůj život.

Mě je u toho špatně. Třeba barvy vůbec nemůžu vytáhnout, z toho zápachu z nich je mi zle. Tak jedině malování propiskou nebo tužkou, ale to zas musím mít na to klid. Ten já nemám, protože prvně musím mít aspoň uklizeno nebo udělaný základní věci a pak bych mohla v klidu malovat. K tomu jsem se ale nedostala, protože pořád mi chybí energie. Malování jsem zkoušela a vždycky mi u toho bylo špatně, tak už to ani nezkouším.

A to Tě takhle ta tvoje energie limituje pořád? Proč ji nemáš?

Teď už je to s ní i lepší než dřív. Asi je to lékama, který beru. Dřív po práškách jsem byla hodně unavená a pak jsem je i nebrala a to jsem pak skončila v léčebně. Ale teď už přes rok mi paní doktorka dává injekce a je mi po nich líp a aspoň něco teda zvládnu a už jen neležím.

Takže ty injekce jsou pro Tebe lepší?

To určitě jo… no a hlavně se nestane, že bych vynechala dávku a pak byla v léčebně. Tam už nechci.

Proč? Jak ses tam cítila?

No lidi se pak na Tebe dívaj blbě, že jsem byla zas v blázinci. Jinak tam se o mě starali dobře, našla jsem si tam i kamarády, vyráběli jsme tam různý věci, to mě bavilo… Ale jinak to prostě není příjemnej zážitek, někteří jiní pacienti co tam jsou, jsou na tom fakt špatně a ty jsi s nima třeba na pokoji, tak si pak musíš všechno hlídat, aby ti to nevzali…

Jak vnímáš svoji roli ve společnosti? Jak se v ní cítíš?

Tak jako rodina se ke mně chová hezky. Akorát když se to vezme všeobecně jako společnost, tak se cítím spíš méněcenně. Nedosahuju prosně úrovně celýho člověka. Nechodím do práce, no a ještě ta únava…(delší pauza) Že jako nedosahuju úrovně druhých.

Dalo Ti to někdy okolí najevo, že bys byla méněcenná?

To ani ne. Spíš ten vnitřní pocit. Samozřejmě, že by člověk byl rád, kdyby byl zdravej, činorodej. Zdravej člověk má spoustu zájmů.

Myslíš, že Ti rodina pomáhá, že je Ti oporou? Jestli by mohla být větší podpora?

No tak zatím jakš takš fungujeme, rodiče mi pomáhají, moje sestry mi pomáhají.

Bylo by Ti líp, kdyby s Tebou rodina spolupracovala víc?

Řekla bych, že je to dobrý. A kdybych potřebovala, tak bych si řekla.

A nebála by ses říct?

Ne, nebála. To já bych si řekla.

Kdybys byla sama, bylo by to pro Tebe jednodušší?

Já myslím, že na mamku jsem hodně fixovaná. Jsme na sebe zvyklý a navzájem se podporujem. Ona mě pošťuchuje dopředu.

Takže to, že Tě někdo postrkuje je pro Tebe dobrý.

To jo. Ale když už nemůžu, tak si řeknu. Když už je toho hodně. Respektujem se vzájemně.

A kdyby Tě ta máma nerespektovala, bylo by to těžší?

Já se snažím mamce vyhovět. V rámci domova, když už ale nemůžu, tak si odpočinu. Doma to zkoušíme, mamka mě vede.

A kdybys zkusila mít zaměstnání, třeba na 4 hodiny.

Tak to vůbec ne.

A zkusit kulturní akci?

Tak to trošku jo, člověk si tam sedne a poslouchá třeba. Ale to soustředění je taky špatný. Na výstavě jsem byla před 15 lety. A už jsem na tom tak špatně, že soustředění je těžký.

V jakých oblastech spatřuješ, že Tě společnost znevýhodňuje?

Ke mně se blízký okolí chová hezky, ti co mě znají. Ale já spíš mám takový pocit, že mezi ostatní lidi nepatřím, že nedosahuju jejich úrovně a že mezi nima nemám co dělat. Vždyť já jsem teda dopadla, prostě nezvládnu základní věci a to je můj problém, ne problém okolí. Taková troska je ze mě, ale co už, musím to vydržet.

A ti co je neznáš?

Je jasný, že někdo úspěšnej a krásnej se se mnou ani nebude chtít bavit. Jsem pod jejich úroveň.

A dal ti to někdo najevo?

No tak lidi koukají skrz prsty, to je jasný.

Přímou zkušenost s tím máš?

Raději ani nechci mít, spíš si to myslím. Tak pár narážek bylo. Lidi jsou zlí. To jen na ty nejbližší se můžu spolehnout.

Osoba s psychickou poruchou (R2), muž, 35 let, schizofrenie, diagnostikovaná před 13 lety.

R2 je ženatý, bez dětí. Bydlí se svojí manželkou v malém bytě. V současnosti pracuje jako „peer pracovník". Je spoluprotagonistou na přednáškách s problematikou ohledně lidí s psychotickým onemocněním, vypráví tam svoje postřehy a zkušenosti. Jeho největším koníčkem je angličtina, zejména překládání odborných článků, které se týkají psychiatrie, díky tomu má o tomto oboru značný přehled. Kontaktovala jsem ho po jedné z jeho přednášek, kterou jsem v rámci svého zaměstnání absolvovala. Rozhovor proběhl po domluvení schůzky v kavárně. Odpovídal rozvážně a uvolněně, bylo vidět, že je rád, že může svoje myšlenky předávat druhým.

Jak probíhá Tvůj běžný den?

Vstávám později… Rád překládám z angličtiny do češtiny odborné články o psychiatrii ze zahraničí. Mám i svoje internetový stránky, kam dávám přeloženou literaturu k dispozici všem, který to zajímá.

Jak trávíš svůj volný čas?

Odpočívám, jsme rádi samy dva s manželkou, no a překládám… angličtina je můj velký koníček.

Máš nějaké zaměstnání?

Pracuji jako peer-pracovník v jedné organizaci.

Jsi rád, že máš zaměstnání?

To jsem. Je fajn, když lidé jako já dostanou příležitost dělat to, co je baví. Když je ostatní vyslechnou a zároveň s nima nemusí souhlasit, ale jde o ten zájem. Jsem opravdu rád, že můžu dělat peer- pracovníka, mě to drží disciplínu. Mám už díky práci hodně přátel, třeba i pana doktora, a když se mnou není něco v pořádku, oni by si toho všimli a máme úmluvu, že mi to řeknou.

Baví Tě Tvoje práce?

Určitě. Rád se setkávám s lidmi, a když ještě můžu být prospěšný…. A těší mě, že dělám takovou osvětu schizofrenii. Lidí stále mají hodně předsudků. Vidím to každou přednášku, když lidé začnou říkat výrazy, co je napadne, když se řekne „schizofrenie" – těžká domluva, blázen, strach, nevypočitatelnost a podobný výrazy. Nikdo neřekne nějakej klad.

V čem spatřuješ omezení svého onemocnění?

Běžní zdraví lidé, kteří toho moc o schizofrenii neví, se mě zezačátku obávají a zachovávají si odstup, ale když zjistí, že jsem neškodný (smích), tak se jejich pohled na lidi s psychickým onemocněním změní.

V jakých oblastech spařuješ, že Tě společnost nějak znevýhodňuje?

Obecně bych řekl, že my co máme schizofrenii, nejsme prostě tak výkonní jako „zdraví" lidé. Nemáme často tolik energie a společnost je založená na tom, že chce ty nejlepší výkony a vyždímat vás. Já prostě nemůžu nabídnout maximální nasazení. Když to jde, tak překládám celou noc, to na to mám aspoň klid…ale určitě bych to nezvládl takhle v kuse dělat to každej den. No když to shrnu, vysoké nároky. A taky bych byl rád, kdyby nám společnost hanlivě neříkala „to je blázen". Takové ty nálepky jako "psychotik" nebo schizofrenik", bych byl taky radši, kdyby se používali opatrně.

A když se setkám s někým, kdo má ataku a nechová se řekněme standardně a vidím, že potřebuje pomoc, jak se mám chovat?

Dobré je neříkat jim, že jsou nemocní. Zkusit spíš říct: „Možná máte nějakou krizi“. Protože to krize opravdu je, ne nemoc. Je lepší na bludné řeči reagovat třeba: “Přijde mi nepravděpodobné, co říkáte, ale nedokážu to posoudit.“ To je mnohem přijatelnější reakce pro člověka, který má ataku. Naše psychiatrie opravdu velmi pokulhává, například za Finskou, která je na špici. Tam zahajují léčbu už po třech týdnech, ne po dvou letech. Protože tady se nemoc tutlá, neví se co s ní a příbuzní přicházej pozdě. Celá společnost by měla být víc informovaná, aby rozpoznali příznaky toho, že se s člověkem něco děje. A čím dřív se léčba zahájí, tím víc je účinná.

Nizozemští vědci v březnu roku 2015 konstatovali, že schizofrenie je nepodložený koncept, jako diagnoza neexistuje, protože ji nedokážeme přesně definovat. Profesor Jim van Os a kolektiv v Mastrichtu na přednášce uvedli, že se jedná nově o Syndrom náchylnosti k psychóze- Psychosis Susceptibility Syndrom (PSS).

Aha, to je zajímavé. A jak bys chtěl, aby se k vám ostatní lidé chovali?

Pokud se nemocný uzavře, pak je potřeba člověka něčím zaujmout, na něco ho chytit, aby s ním byl kontakt. Komunikovat se musí ale vždycky otevřeně a pravdivě. Důležité je zajímat se o toho člověka, projevovat zájem. Nebrat ho jako druhořadého člověka. Nemusíme tomu člověku říkat vše, co cítíme, ale rozhodně bychom neměli říkat lsti. Neříkat, že něco nejde. Ale co by se dalo dělat v tuhle chvíli. Nemluvit o ničem za zády nemocného a rozhodně dobré je dávat nějakou perspektivu.

Důležité je nezůstat sám, izolovaný. Musí být v kontaktu s někým, komu důvěřuje a pak je pravděpodobné, že se bude i svěřovat. Hlavně nezůstávat doma a být v kontaktu s lidmi.

Máš velký přehled. Tohle je například z těch vědeckých článků co překládáš?

Ano, jsou to nejnovější potvrzené studie. Vzhledem k tomu, že mám tuto diagnozu, tak se o to zajímám co nejvíc.

A co třeba dělat když je člověk s psychickou poruchou stabilizovaný, jak by se k němu mělo chovat to nejbližší okolí?

Každý s poruchou by měl mít sestaven takzvaný akční plán, v angličtině se mu říká: WRAP- (Welcome Recover Action Plan). To znamená, že by mělo být dohodnuto, na koho se bude

nemocný obracet. S tím dotyčným by mělo být domluveno, jak se pozná, že se jeho stav zhoršuje, vyjmenované konkrétní věci, například "spíte dobře?" apod. A domluveno by mělo být, i co se bude dít potom, jaká bude vyhlídka, např. „Budu muset zavolat tvého lékaře, když začneš vykládat bludy… a když nebudeš dlouhodobě dodržovat hygienu…a tak dál."

A jak ses vůbec k Tvojí práci dostal, to sis sám našel nebo Tě někdo oslovil?

Sám jsem hledal zaměstnání, ale to bylo obtížný a hodně náročný. Hledal jsem zatím spíš na částečný úvazek, jak to budu zvládat. No a v té době mě oslovil pan doktor, ke kterému chodím, jestli bych chtěl zkusit dělat peer-pracovníka. Takže to vidím jako velký štěstí a příležitost, jinak bych se k tý práci nedostal, kdybych neznal pana doktora.

A co Tvoje rodina, pomáhá Ti?

Ano, mám jen mámu, ta si se mnou užila při mých atakách. Neustále se mě snažila a snaží pomáhat. A mám skvělou manželku, s tou si rozumím.

Osoba s psychickou poruchou (R3), žena, 26 let, schizofrenie diagnostikovaná před 8 lety

R3 je svobodná, bez dětí. Tato žena vyrůstala s tatínkem a babičkou, která se o ni starala nejvíce. V současnosti žije sama v bytě, s otcem je v každodenním kontaktu na mobilu a jezdí za ním na návštěvy jednou za čtrnáct dní na 4 dny. Je zaměstnaná v neziskové organizaci, která provozuje malý obchod s keramikou, kterou vyrábí zaměstnanci. Vyrábí keramiku, uklízí v obchůdku a dělá pomocné práce. Je velmi milá. Na první pohled působí plaše, ale když získá důvěru, je uvolněná a usměvavá.

Jak probíhá Tvůj běžný den?

No podle toho, jestli jdu do práce nebo mám volno.

A třeba když jdeš do práce? A kde pracuješ?

Já vstávám kolem sedmý hodiny, pak si udělám hygienu, vyčistím zuby, pak se obleču, pak si ještě trochu poklidim, pak jdu o půl devátý na autobus, do práce přijedu v devět… pak tady jako nachystáme obchůdek nebo ho i uklízíme nebo vyřezáváme lampy.

Kolik hodin denně pracuješ?

Čtyři hodiny.

A zvládla bys pracovat celý den, třeba osm hodin?

Člověče, asi ne, já bych to asi nedala… Ty čtyři hodiny jsou tak akorát. Na víc asi nejsem zvyklá…

A co Tě v práci baví dělat nejvíc?

To vyřezávání a uklízení.

Dává Ti to něco, že do té práce chodíš?

No to jo, chodím ráda mezi ty lidi, no. Je tady super kolektiv, tak jsem ráda, že mám práci.

Jsi ráda, že máš kontakt s lidmi?

Jo, doma bych se asi koukala do zdi a to by bylo o ničem.

Teď když na to narážíš, dovedeš si představit, že bys tu práci neměla, neměla ani tady ty kamarády, co bys tak dělala doma?

Já bych se asi zbláznila! (smích) Bylo by to fakt těžký.

A jak ses k Tvému zaměstnání dostala?

No znala jsem se s naší šéfovou a ta mi to nabídla, jestli bych tady chtěla pracovat. Jinak jsem dělala ještě dřív v jednom sdružení, které zaměstnávalo hendikepované, byla to kavárna, obsluhovala jsem hosty nebo pekla cukroví, ale tam se mi moc nelíbilo, protože tam ten náš vedoucí na nás nebyl hodnej, byl až sprostej a nadával nám. A pak těm, který se mu nehodili stejně dal výpověď. Od té doby jsem nemohla sehnat práci. Tak jsem ráda, že mě právě šéfová oslovila… ona je fakt hodná, je na mě někdy přísná, ale to já vim, že je to pro moje dobro, máme ji tady všichni moc rádi… nevim, co bych kde hledala a kdo by mě zaměstnal na pár hodin.

Jsi ráda, že máš kolem sebe lidi, kteří se o Tebe zajímají, že máš přátele?

To jsem určitě ráda, jsem ráda, že se o mě někdo zajímá a že nejsem sama.

Co bys sis v životě přála?

Můžu cokoli?(usmívá se)

Ano.

No v rodině, aby se zlepšily vztahy, aby to nebylo takový narušený…tak jako dát do kupy tu naši rodinu.

A Ty žiješ s tatínkem?

No já právě bydlím tady ve městě teď sama, hledám spolubydlící.

A raději bys bydlela s Tvojí rodinou?

Jo, to jo, ale tam bych zase práci nesehnala tam, kde bydlí táta s přítelkyní, takže je to takový těžký. Tady mám byt, práci, všechno.

A jinak je Ti rodina oporou?

Jo, to určitě je. Si každej den voláme a já tam jezdím jednou za 14 dní tak nějak od čtvrtka do neděle, tak to jsme spolu. Za to jsem ráda.

Můžeš se na tátu kdykoli s čímkoli obrátit?

Jo, to můžu.

Co třeba nějaké kulturní akce, chodíš ráda do společnosti.

To jo, ale už jsem dlouho nikde nebyla. Já jsem líná.(smích)

Myslíš, že je to Tvojí leností?

Jo, asi jo no. Jsem taková pohodlnější,

A proč myslíš, že jsi pohodlnější?

(Smích) Já nevím, možná že jsem tak vychovaná…(smích).

Je Ti příjemné, když Tě někdo vede, když máš režim a disciplínu?

Tak jsem ráda, když mi do toho života třeba naše šéfová z práce kecá. Ale někdy jsem radši, když je to takový volnější. Někdy jsem zas ráda, že mě někdo pošťouchne.

Od koho se necháš pošťuchovat?

Spíš od těch svých kamošek. Vím, že to se mnou myslí dobře, je to taková legrace.

Máš nějaké svoje osobní přání? Je něco co Ti teď chybí a chtěla bys to?

Zhubnout.

A co myslíš, že by Ti v tom pomohlo?

Tvrdej režim.

Takže zase někdo, kdo by Tě žďuchal?(smích)

Jo, přesně (smích)

Co Tě v životě omezuje?

No teď jsem spokojená. Kdybych neměla tu práci, tak to by bylo blbý a tím pádem bych se nevídala tolik s kamarádama, to by mi vadilo.

V čem spatřuješ omezení svého onemocnění?

No asi že teda nemůžu pracovat celý den. A jinak nevim.

Jaké máš představy o svém životě?

No tak bydlení mám, chtěla bych mít i práci, být v kontaktu s tátou a teda zhubnout. No a jinak jsem teď spokojená.

Nic Ti nechybí?

No vlastně jo, babička. Ta před půl rokem umřela, ta mě vychovávala a stýská se mi po ní. Ale to vim, že už s tím nic nenadělám.

Osoba s psychickou poruchou (R 4), muž, 31 let, schizofrenie diagnostikována před 10 lety.

R4 je svobodný, bez dětí. Žije sám v bytě, rodina je s ním v častém kontaktu. Je zaměstnaný v neziskové organizaci, která provozuje malý obchod s keramikou, kterou vyrábí zaměstnanci. Vyrábí keramiku, maluje obrazy, prodává v obchodě, obsluhuje zákazníky. Pracuje na částečný úvazek. Jeho největším koníčkem je malování.

Jak probíhá tvůj běžný den?

Každý všední den chodím do práce. Na devátou hodinu.

Kde pracuješ?

V obchodě.

Co tam děláš?

Prodávám tam, starám se o obchod, vyrábím tam i keramiku a maluju obrazy.

Jak jsi sehnal tuto práci?

Přes moji kamarádku, známe se z jiné neziskovky a ona pak založila svoje sdružení, které pomáhá hendikepovaným, tak mě oslovila, jestli bych tam chtěl pracovat.

Pracuješ tam na plný úvazek?

To ne, střídáme se s ostatníma. Celých osm hodin denně to není, je to poloviční úvazek, ale jsem tam skoro každej den, kromě víkendů.

Baví Tě ta práce?

To jo.

Jsi rád, že máš zaměstnání nebo bys raději chtěl být doma?

Tak to já jsem rád, že mám práci, sám doma bych to nevydržel, musím mezi lidi. I když občas už mám lidí taky dost, tak potřebuju klid a zalezu si do toho svého doupěte a tam maluju obrazy.

Bydlíš sám?

Jo sám, mám pronajatej byt tady ve městě. Máma za mnou ale v týdnu jezdí a pomáhá mi, když něco potřebuju.

Takže s rodinou se stýkáš?

To jo.

A máte dobré vztahy?

Myslím, že to jde. Taky za nima občas jedu, ale pak jsem rád, že se zas můžu vrátit do toho svého klidu (smích).

Když bys něco potřeboval, tak se na rodinu můžeš obrátit?

To vim, že můžu.

Máš rád větší společenské akce?

No jak stárnu (smích), tak už mám radši víc klidu. A spíš ty bližší kamarády.

Jak se cítíš ve společnosti druhých lidí, které neznáš?

A tak tady v obchodě když někdo přijde, tak se snažím s každým prohodit pár slov, to jo. Cizí lidi mi nevadí. Lidi si sem navykli chodit i jen pokecat. Tak jim říkam, co naše sdružení chystá za akce a tak.

Máš přátele? Nějaké důvěrné?

Mám, pár jich mám.

Jak se cítíš ve společnosti svých přátel?

Dobře, jsem rád, že je mám. Když mi není nejlíp, tak mě potěší… můžu se na ně obrátit a to je fajn vědět.

Jaké jsou tvoje představy o životě?

Rád bych se živil malováním. To mě baví. Poslední dobou mám dost zakázek, ani to nestačím malovat (smích).

To maluješ tyhle portréty? (ukážu na vystavené obrazy, na kterých jsou portréty lidí)

Jo, přesně to. Lidi si zvykli, že si donesou fotky a já jim podle toho namaluju portrét. Nejvíc zakázek mám vždycky před Vánocema, to jsem nevěděl, co dřív. Rád bych ale dělal vlastní tvorbu, nejen maloval podle předlohy… to až někdy bude čas (smích).

Jak bys chtěl trávit volný čas?

No třeba tím malováním.

V jakých oblastech spařuješ, že Tě společnost nějak znevýhodňuje?

Já nevim, už to nějak nevnímám.

…(přemýšlí)… Kdybych neznal tady šéfovou, tak nevím, kde bych sháněl nějakou práci. Ale možná už bych se teď uživil i těma obrazama. Ale je fakt, že až díky tomu, že pracuju tady v obchodě, o mě lidi začli vědět. Jsem rád za příležitost, kterou jsem tady v obchodě dostal.

V čem spatřuješ omezení svého onemocnění?

No tak lidi maj někdy blbý poznámky, jakože typu to je ten blázen. Ale já už si to ani neberu, tak co, každej jsme nějak nemocnej. Nikdo nejsme dokonalej, tak já už to ani nevnímám.

Jaké vnímáš možnosti znovu začlenění se?

Základ je asi mít práci, nezůstat sám. A mít přátele. Sám vím, že pro mě nejhorší je, když se zakrtkuju doma, tak po pár dnech už by se mi ani nechtělo vylízat ven. Ale to, že mám práci mě donutí jít ven a aspoň jsem trochu v kontaktu s lidma…