



**projekt
destigmatizace**

DESTIGMATIZAČNÍ MANUÁL



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Proč se zabývat stigmatizací lidí s duševním onemocněním?

Každý čtvrtý člověk na planetě zažije nějaké potíže s duševním zdravím. Podobně jako ve většině zemí světa, i v České republice dochází k nárůstu výskytu duševních onemocnění. Duševní onemocnění se často pojí s vysokou mírou stigmatizace ze strany společnosti, což způsobuje významné sociální problémy – především zhoršení kvality života mnoha lidí. Ale také významné ekonomické ztráty. V České republice je velmi rozšířené negativní vnímání lidí s duševním onemocněním a stigmatizující postoje zastávají často i lidé s přímým vlivem na kvalitu života ostatních.

Duševní zdraví, stejně jako zdraví tělesné, určuje kvalitu života každého člověka. Přesto existují nepochopitelně velké rozdíly mezi tím, jak tyto dvě skupiny nemocí vnímáme. U nemocí těla lépe chápeme, že nemoc je spíše vnější okolnost v životě jedinečného člověka, ovšem u nemocí duše je stále velmi snadné vnímat obrovské skupiny lidí s různými zdravotními problémy tak, jako by nemoc zcela vystihovala, kým jsou a jací jsou. Nevadí nám proto říct: „Jana je schizofrenička“, přestože bychom nikdy neřekli: „Jana je chřipkařka“ nebo „Jana je rakovinářka.“

V důsledku stigmatizace duševních nemocí pak můžeme pozorovat další rozdíl: zatímco asi nikdo z nás by nezůstal doma v samoléčbě se zápallem plic nebo řekněme s vážnou chřipkou, velká část lidí, kteří se poprvé potýkají s problémy v oblasti duševního zdraví, nevyhledá odbornou pomoc ze studu a strachu z reakce okolí. I ti, kterým se daří najít cestu, jak se s duševní nemocí vyrovnat, musí bojovat s předsudky, které jim komplikují život a ohrožují úspěšnost jejich léčby. Jakkoli duševní nemoci obvykle nebývají přímo smrtelné, zvyšují riziko sebevraždy, a to u řady skupin diagnóz dokonce více než desetinásobně oproti průměru. V České republice si dobrovolně vezmou život v průměru přibližně čtyři lidé každý den. Proto je důležité předcházet stigmatizaci ve veřejném prostoru. V žádném případě nejde o hru se slovy. Jde o zdraví, jde o život.

V posledních několika letech dochází k nárůstu počtu programů a intervencí, které se zaměřují na snižování stigmatizace. Tyto intervence mají různé podoby a cílí na různé skupiny lidí. Nejčastěji se jedná o různé mediální kampaně, destigmatizační semináře, dokumentární filmy a videospoty, webové stránky či třeba letáky. Tyto intervence se často snaží přímo či nepřímo zprostředkovat kontakt s lidmi s duševním onemocněním, poukázat na to, že není nutné se těchto lidí stranit či dokonce bát, a tím vytvářet tolerantnější prostředí ve společnosti.

Tento manuál může využít úplně každý – organizace, instituce, firma, jednotlivec. Najdete v něm vysvětlení pojmu stigmatizace a procesu, který vede od stigmatizace k diskriminaci, stejně jako důsledky stigmatizace v reálném životě. Manuál popisuje pojem zotavení/recovery, který je pro destigmatizaci naprosto klíčový. Zabývá se

médii, která jsou velkým nositelem stigmatizace, ale hrají také zásadní roli v destigmatizaci. Dozvíte se, jak se můžete do stigmatizace zapojit vy osobně, a kde k tomu najdete potřebné informace a inspiraci. Najdete zde také základní informace o duševních onemocněních, které jsou potřebné k lepší orientaci v problematice duševního zdraví.



Na tomto místě bychom rádi vyjádřili svou vděčnost všem, kteří se na destigmatizaci v České republice podílejí. Největší poděkování patří těm, kteří se již rozhodli podělit se o svůj vlastní příběh a svou zkušenost s duševním onemocněním, což vyžaduje velkou odvahu.

OBSAH

PROČ SE ZABÝVAT STIGMATIZACÍ LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM?	3
CO JE STIGMA?	7
TEORIE STIGMATIZACE	8
STIGMA DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ	9
SEBESTIGMATIZACE	10
STIGMATIZUJÍCÍ JAZYK	11
K ČEMU STIGMA VEDE?	15
K ČEMU VEDE SELF-STIGMA?	17
JAK STIGMA ÚSTÍ V DISKRIMINACI?	18
MÝTY A FAKTA O DUŠEVNÍM ZDRAVÍ	19
CO JE ZOTAVENÍ / RECOVERY?	23
MÉDIA	25
CO MŮŽU UDĚLAT JÁ?	27
MLUVTE O DUŠEVNÍM ZDRAVÍ	28
NĚKDO V MÉM OKOLÍ POTŘEBUJE POMOCI	29
NAPIŠTE SVŮJ PŘÍBĚH	31
Proč příběhy?	31
Nasbírané příběhy chceme použít pro různé účely:	31
Co nás zajímá?	31
Obecné tipy k psaní:	32

INFORMACE O NAKLÁDÁNÍ S VAŠIMI OSOBNÍMI A CITLIVÝMI ÚDAJI	33
STAŇTE SE AMBASADOREM	34
BUĎTE UČITELEM, KTERÝ DESTIGMATIZUJE	35
BUĎTE ORGANIZACÍ, KTERÁ DESTIGMATIZUJE	37
INSPIRACE	38
KAMPANĚ A PROJEKTY TÝKAJÍCÍ SE DESTIGMATIZACE	38
Úmluva o právech osob se zdravotním postižením	41
INFORMACE O DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍCH	43
Schizofrenie	44
Bipolárně afektivní porucha	46
Deprese	49
Neurotické poruchy ("úzkosti")	51
Duální diagnóza	54
KONTAKTY	55
REFERENCE	56

Co je stigma?



„Židů, těch jsem se bál; věřil jsem, že potřebují křesťanské krve, a proto jsem si raději zašel o pár ulic, než abych šel podle jejich stavení; jejich děti si chtěly se mnou hrát, protože jsem trochu uměl německy, ale já ne. Teprve později jsem se se Židy jakžtakž smířil (...) Jednou jsme měli školní výlet do Pálavských kopců. Když jsme po obědě v hospodě skotačili a dělali hlouposti, ztratil se nám spolužák Žid na dvůr. Já ze zvědavosti za ním, on se postavil za rozevřené křídlo vrat a tam se tvář ke zdi ukláněl a modlil. Tu jsem se nějak zastyděl, že se Žid modlí, zatímco my si hrajem. (...) Když jsem v sobě překonal ten lidový antisemitismus? Panáčku, cítím snad nikdy, jen rozumem; vždyť vlastní matka mě udržovala v krevní pověře.“

T.G. Masaryk a K. Čapek, Hovory s TGM

Teorie stigmatizace

Jak se v úvodní citaci zamýšlí první československý prezident T. G. Masaryk, stereotypy, pověry a předsudky jsou ve společnosti silně zakořeněné. Nejsou ale nepřekonatelné. Právě uvědomění si jejich existence je prvním krokem, jak s nimi lze bojovat. Předsudky (negativní emoční reakce) a stereotypy ústí ve stigmatizaci. Stigmatizaci lze obecně charakterizovat jako proces označování (*labellingu*), který souvisí jak se společenským vylučováním a odmítáním stigmatizovaného, tak s vlastními pocity studu. Stud pak u stigmatizovaného pramení z nepříznivého sociálního úsudku o vlastní osobě či společenské skupině. Tento úsudek bývá založen na určitém rysu, který souvisí s identitou, jednáním, vzhledem či zdravotním stavem, a který je společností považován za nenormální, a legitimuje tak určité zvláštní jednání, například přehlížení či diskriminaci dotyčného. Takto stigmatizováno je i duševní onemocnění.

Stigma a související koncepty označování se dostaly do popředí zájmu vědců počínaje 60. lety 20. století. Jednou z nejvýznamnějších průkopnických prací v tomto oboru je kniha *Stigma: Poznámky o způsobech zvládnutí narušené identity* od proslulého sociologa a antropologa Ervinga Goffmana. Podle něj jsou stigmatizovaní i nestigmatizovaní produktem téže normy s tím, že jedni jsou označeni za „devianty“ a druzí za „normální“. Stigma je v jeho pojetí hluboce diskreditující rys formovaný v rámci lidských vztahů a ovlivňující sociální identitu a život jedince. Goffmanovo dnes už klasické pojetí stigmatizace bylo později rozvinuto a doplněno o strukturální rozměr. Američtí sociologové Bruce Link a Jo Phelan na přelomu tisíciletí popsali a rozpracovali jednotlivé prvky procesu stigmatizace. První složkou je zmiňované rozlišování a označování lidských odlišností. Za druhé, dominantní společnost přisuzuje takto označeným osobám nežádoucí charakteristiky – negativní stereotypy. Za třetí, tato kategorizace vede k oddělení „nás“ od „těch druhých“. Za čtvrté, dochází

ke snižování statusu a diskriminaci, což způsobuje nerovnosti. Stigmatizace je tak těsně propojená s přístupem k sociální, ekonomické a politické moci, od kterých se odvíjí identifikace odlišností, konstrukce stereotypů, sociální vyloučení a rozdělování zdrojů ve společnosti.



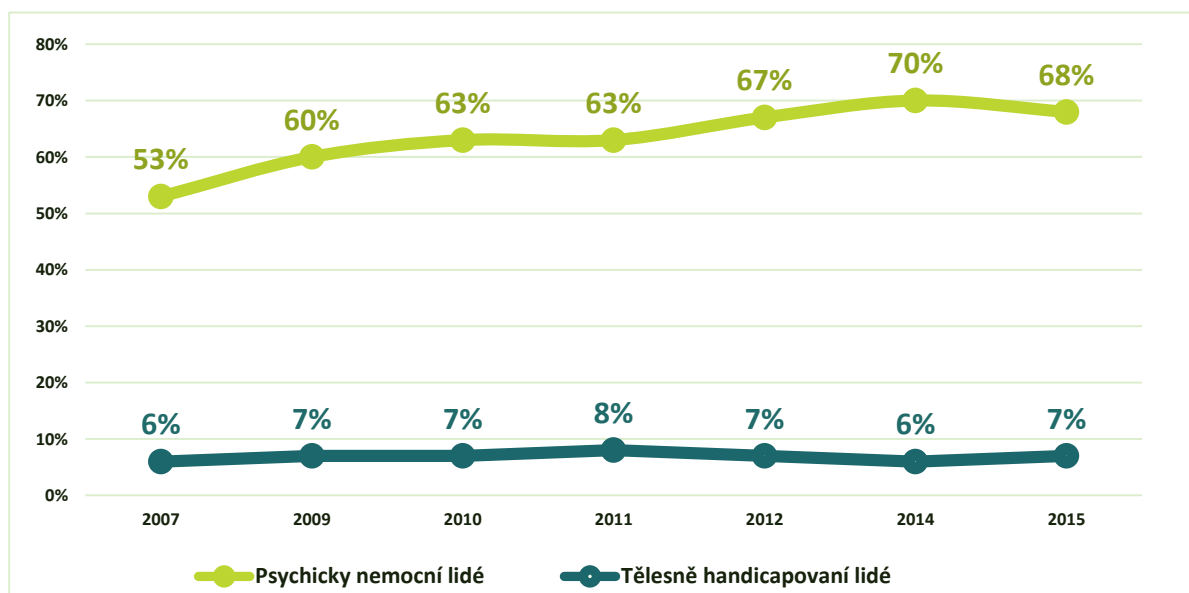
Stigma duševního onemocnění

Stigma v souvislosti s duševním onemocněním má svá specifika a jeho konceptualizace dle významného britského psychiatra Grahama Thornicrofta zahrnuje tři základní elementy: 1) nevědomost (problém znalostí), 2) předsudky (problém postojů) a 3) diskriminace (problém jednání). Typickými příklady neinformovanosti, stereotypů, mýtů a zkreslených představ spojených s duševními onemocněními a možnostmi léčby jsou přesvědčení, že lidé trpící schizofrenií jsou násilníci nebezpeční svému okolí a že lidé s depresí jsou zodpovědní za svoji nemoc.

Negativní postoje vůči stigmatizované skupině nebo jednotlivci souvisí s negativními emocemi a předsudky. Předsudečné jednání zahrnuje odmítání, odpor, nepřátelství či zlost a projevuje se ve vztahu většiny k menšině, jež je označena negativní nálepkou. Jednání založené na neznalosti a negativních postojích zpravidla vede k diskriminaci. Výzkumy Grahama Thornicrofta zaměřené na uživatele služeb ukazují, že úroveň stigmatizace je vysoká bez ohledu na typ diagnózy a zemi. Například ve Velké Británii uvádí více než 85 % uživatelů služeb péče o duševní zdraví, že se setkali s diskriminací či stigmatizací, zejména v oblasti rodinného a sociálního života, mezi přáteli, či zažili všeobecné přehlížení a stranění ze strany svého okolí. Rozdíly v míře stigmatizace podle diagnózy se však ve výzkumech objevují velmi často a schizofrenie patří k nejvíce stigmatizovaným diagnózám v oblasti duševních onemocnění.

Koho byste nechtěl/a mít za sousedy? (%)

CVVM, 2016, Obecná populace, F2F, N= cca 1 000



“Nejčastějším problémem je právě neporozumění, co to vlastně duševní porucha je, jak se projevuje a jak moc je její průběh neovlivnitelný vlastním rozhodnutím nebo vůlí. Podstata tohoto neporozumění je dána mylným přesvědčením každého z nás, že sami sobě rozumíme, že máme své nitro i chování pod kontrolou, že rozumíme motivům svého jednání a máme je tedy pod kontrolou. Naprostý opak je však pravdou.”

prof. MUDr. Jiří Horáček, Ph.D., FCMA - přední český psychiatr a expert na funkční zobrazení mozku

Sebestigmatizace

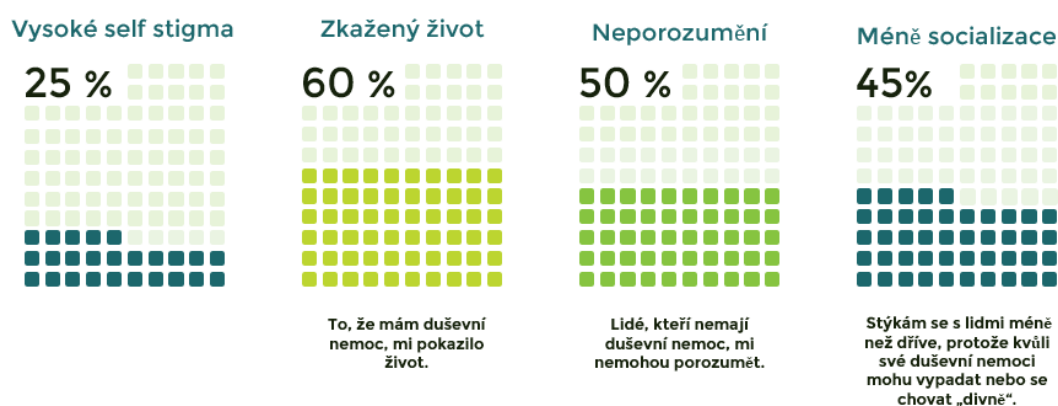
“Rozlišujeme stigmatizaci veřejnosti a sebestigmatizaci. Veřejnost má určité stereotypy, považuje nemocné za slabé, nebezpečné či nepředvídatelné. Nemocní lidé si pak tyto předsudky internalizují – osvojují. Poté se za sebe stydí, necítí svou pravou hodnotu. Nato se může dostavit takzvaný why-try effect: nemocní si říkají – proč se pokoušet najít práci, když jsem k ničemu? Sebestigmatizace vás zavře do skříně. A být ve skříně je špatné pro vaše zdraví, fyzické i duševní.”

Profesor Patrick Corrigan, mezinárodní expert na stigmatizaci

Sebestigmatizace (*self-stigma*) lidí s duševním onemocněním je ze své podstaty úzce spjatá se stigmatizací veřejnou. Sebestigmatizace vzniká, pokud člověk zná společenské předsudky, které se vztahují k dané skupině, souhlasí s nimi a aplikuje je sám na sebe. Pokud například ví, že si společnost o lidech s duševním onemocněním myslí, že jsou slabší, zvnitřní si tento předsudek a začne si pak sám o sobě myslet, že je slabší.

Úroveň self-stigma v ČR

NUDZ, 2015, Lidé s psychózou v komunitních službách, online, N= 133



Stigmatizující jazyk

Pamatujete si v poslední době na nějaký televizní či rozhlasový pořad, který zesměšňuje lidi s diabetem či rakovinou? Pravděpodobně ne. Jako společnost jsme se rozhodli, že nemoci těla jsou témata, která potřebují celospolečenskou diskuzi nezatíženou stigmatizací. Téma duševního onemocnění zdaleka nemá takový statut. I když se to možná na první pohled nezdá, jednou z významných součástí problému je stigmatizující jazyk. Umíte si představit, že někdo onemocní rakovinou prsu, a jeho okolí jej bude označovat jako *rakovináře*? Je dobré začít u toho, že žádný člověk není schizofrenik, ale osoba bojující s nemocí zvanou schizofrenie.

Důležitou roli v debatě o duševním zdraví hrají zejména používaný jazyk a správná volba slov. Ta mohou mít velkou sílu a nevhodným použitím stigmatizaci ještě dále prohlubovat. Naopak přesná vyjádření, respektující přístup a adekvátní formulace, mohou výrazně přispět k porozumění osobám s duševním onemocněním a problematice jako celku.



Diagnóza je pouze jedním z aspektů života daného člověka, proto užívejte slovní spojení, která vždy na první místo staví jedince samotného a až poté jeho onemocnění.

stigmatizující vyjádření: Marta je schizofrenička. (zde se schizofrenie stává hlavním a jediným rysem identity dané ženy)

běžné vyjádření: Marta má schizofrenii.

citlivé vyjádření: Marta se vyrovnává se schizofrenií.



Raději než spojení “duševní porucha” používejte pojem “duševní onemocnění”. Zde vycházíme z doporučení od lidí, kteří zažívají duševní onemocnění. Pojem “porucha” u nich evokuje

Duševní onemocnění je široký pojem, který zahrnuje řadu diagnóz s mnohdy zcela odlišnými projevy. Proto je lepší vždy zmínit konkrétní druh onemocnění, v ideálním případě jej i krátce představit čtenářům (divákům, posluchačům) a specifikovat obtíže daného člověka. V případě, že diagnózu skutečně neznáte, lze použít formulaci “má zkušenost s duševním onemocněním” či “má duševní onemocnění”.

stigmatizující vyjádření: Je duševně nemocný.

citlivé vyjádření: Byla mu diagnostikována deprese. Projevuje se u něj tím, že



Jakékoliv hanlivé nebo urážlivé výrazy by měly být zcela vyloučeny. Nejen, že přispívají k negativnímu přístupu okolí vůči všem lidem s duševním onemocněním, ale dokonce i je samotné může takové zobrazování odrážet od případné léčby a vyhledání pomoci. Pokud je výraz pro text klíčový a není možné jej vynechat, měl by být užit jako citace.

stigmatizující vyjádření: narkoman // blázen, pomatenec, choromyslný, šílený,

slabomyslný, narušený // blázinec // chovanec

běžné vyjádření: uživatel drog // člověk s duševním onemocněním // psychiatrická

nemocnice, zařízení // pacient, klient, uživatel psychiatrické péče



Neužívejte ani další vazby, které mohou celkově podporovat negativní pohled na kvalitu života osob s duševním onemocněním. Dejte přednost neutrálním termínům.

stigmatizující vyjádření: Petr trpí depresí. Jana je postižena úzkostnou poruchou.

citlivé vyjádření: Petr má depresi / má zkušenost s depresí / překonává depresi., Janě byla diagnostikována úzkostná porucha.



V některých případech dochází k nevhodnému užívání pojmu “schizofrenie” či “schizofrenní”, a to v jiných než psychiatrických souvislostech.

Jedním z rozšířených (a nepravdivých) mýtů je např. to, že schizofrenie znamená “rozdvojení osobnosti”. Jde o závažné duševní onemocnění, které má řadu rozličných symptomů, a proto je jakékoliv zobecňování daného pojmu nebo jeho užívání jakožto metafor, nevhodné, neboť posiluje tento nepravdivý mýtus. Obdobné je to i s používáním výrazů “psychotický”, “bipolární” či “anorektický”. Jejich použití se dá snadno vyhnout přímým popisem.

necitlivé metafor: schizofrenní počasí / schizofrenní myšlenky

přímý popis: rychle se měnící či nestálé počasí / rozpolcené či protichůdné

myšlenky



Vyhněte se také používání pojmu “maniak”. Evokuje sice osobu s mánií, ale mezi odborníky se tento výraz nepoužívá. Navíc zpravidla vzbuzuje negativní konotace, a proto je bezpochyby vhodnější označení “člověk s mánií” či “člověk v mánii/v manickém stavu”.

Formulace, které na první místo staví člověka a až pak jeho diagnózu či obtíže, by měly být užívány také při informování o závislostech.

stigmatizující formulace: alkoholik // feťák

citlivá formulace: člověk se závislostí na alkoholu // na drogách / uživatel drog



Při užívání pojmů “psychóza” a “psychopatie” buďte obezřetní a dejte si pozor na jejich záměnu.

Psychóza je typ duševního onemocnění, které vede k výrazným změnám v osobnosti a prožívání, přičemž u jedince může dojít i ke ztrátě kontaktu s realitou. Jde o stav, který je léčitelný a může v některých případech vést až k plnému uzdravení. “Psychopat” je člověk s poruchou osobnosti. Mezi laickou veřejností je daný termín často spojován s násilným chováním, ovšem ve skutečnosti se tyto projevy týkají jen malé části osob. Odborníci již v současné době termín “psychopat” či “psychopatie” nepoužívají, a proto je vhodné se mu vyhnout i v novinářské práci. Místo toho raději zvolte termín “člověk s poruchou osobnosti”.



Hovorové výrazy jako např. “pilulky štěstí” nebo “cvokař” mohou působit dehonestujícím dojmem a kupříkladu také snižovat odhodlání osob s duševním onemocněním vyhledat odbornou pomoc. Pokuste se jim proto vyvarovat.

K čemu stigma vede?



Duševní onemocnění představují velkou zátěž pro společnosti po celém světě. Snižují sociální, ekonomický a politický kapitál jednotlivců, komunit i národů. Problémy s duševním zdravím jsou často spojeny se stigmatem a lidé s duševním onemocněním se musí vypořádat nejen s těžkým zdravotním stavem, ale také se stigmatizujícími postoji a negativními stereotypy. Z existujících výzkumů vyplývá, že stigma může pro lidi s duševním onemocněním dokonce představovat závažnější problém nežli projevy nemoci samotné. Stigma vede k sociálnímu vyloučení, které spočívá v nedostatku sociální podpory lidí s duševním onemocněním, a to i ze strany nejbližšího okolí, diskriminaci při shánění zaměstnávání nebo bydlení.

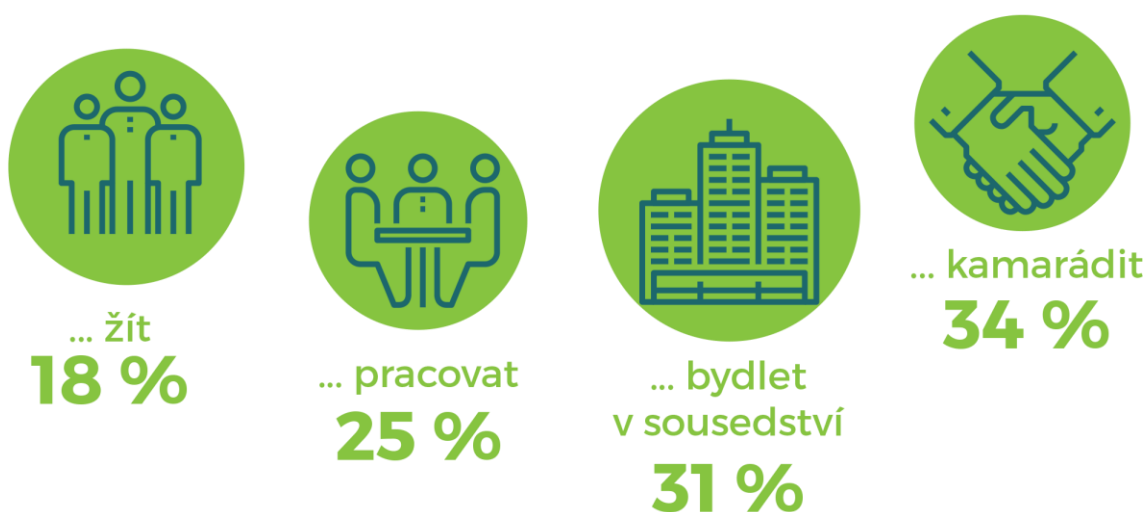
Stigma také zamezuje včasnému vyhledání pomoci, a tedy snižuje naději na plné zotavení. Někdy může být u člověka s duševním onemocněním právě stigmatizace jednou z příčin sebevraždy. Z epidemiologických šetření vyplývá, že lidé s duševním onemocněním umírají dříve nežli zbytek populace. Roli hraje jak snížená ochota vyhledat pomoc, tak problém podceňování somatických problémů, kdy symptomy somatických onemocnění jsou připisovány duševnímu onemocnění a nedochází tedy k poskytování adekvátní péče.

“Tento rok (2016) má v Česku nějaký duševní problém čtvrtina lidí, za život si jej zažije ale skoro polovina lidí. Možná si lidé myslí, že problémy samy zmizí. Špatně. Někdy duševní nemoc trvá měsíce nebo roky, pokud se neřeší. Proč se tedy nejsme schopni podívat tomuto problému do tváře? Lidé tyhle problémy skrývají. Nechtějí být známí jako „blázen“, nechtějí, aby je ostatní odsuzovali, nechtějí se cítit jako stereotypní šílená postava z filmu. Proto mlčí. Je to konspirace mlčení.”

Sir Graham Thornicroft, MBBS, MA, MSc., Ph.D., FRCPsych., FMedSci. - profesor komunitní psychiatrie

Destigmatizace je důležitou součástí vytváření prostředí a podmínek pro zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním a mělo by být zásadní politickou, sociální i ekonomickou prioritou. Různé druhy intervencí a kampaní jsou běžně používanými nástroji podpory duševního zdraví a odstraňování negativních stereotypů a mýtů o duševní nemoci, přičemž cílené intervence (např. pro zdravotníky, studenty, sociální pracovníky, veřejnou správu, zaměstnavatele a další) obsahující jasná sdělení jsou efektivnější nežli obecně zaměřené kampaně. Pro další rozvoj intervencí je přínosné také hodnocení jejich účinku.

Nevadilo by mi (se) s lidmi s duševní nemocí...



NUDZ a INRES, 2014, Obecná populace, online, N= 1797

K čemu vede self-stigma?

V současné době existuje velká řada výzkumů, které zkoumají negativní dopady sebestigmatizace na člověka s duševním onemocněním i celé rodiny. Z nich je zřejmé, že důsledky sebestigmatizace jsou významné a zasahují do různých oblastí. Ukazuje se, že negativně ovlivňuje sebevědomí, pocit naděje, zotavení, empowerment, sociální fungování a celkovou kvalitu života. Prohlubuje depresivní stavy a další příznaky nemoci a také negativně ovlivňuje dodržování léčby, což je pak spojeno s menšími účinky léčby, vyšším počtem opětovných hospitalizací a zvýšenými zdravotními náklady. V neposlední řadě je sebestigmatizace také bariérou pro vyhledání odborné pomoci.

Jak stigma ústí v diskriminaci?

Mnozí lidé nepřichází pravidelně do kontaktu s osobami s dušením onemocnění a jejich znalosti a postoje tak často vychází pouze z takového obrazu, jakým nemocné vykreslují média, pop-kultura nebo co *někde zaslechli*. A obraz to bývá mnohdy velmi negativní. Ve společnosti tak převládá názor, že lidé s duševním onemocněním jsou nebezpečnější, méně zodpovědní a inteligentní či pasivnější ve srovnání s obecnou populací.



“...Ta mi také spustila mánii, skončila jsem na psychiatrii, jelikož bydlím na malém městě, byl z toho přímo skandál. Sanitka mě odvezla na psychiatrii, kde jsem byla zhruba tři týdny. Díky podpoře rodiny a kamarádů, jsem se dostala ven brzy. Právě peklo nastalo po návratu domů. Díky naprostému nepochopení tehdejší třídní profesorky jsem přešla na jinou školu. Bála jsem se vylézt z domu, každý na mě koukal vážně jako na blázna. Hromada lidí se mnou úplně přetrhala kontakty.”

Stigmatizace se netýká pouze veřejnosti, ale také zdravotnických profesionálů. Evidenci o stigmatizaci lidí s duševním onemocněním nacházíme mezi všeobecnými lékaři, specialisty, a to včetně psychiatrů, a v menší míře také mezi zdravotnickými sestrami. Stigmatizace na takové úrovni se může projevit například v neposkytnutí odpovídající léčby či zdůvodňování somatických příznaků psychickým stavem pacienta.



“Řekla jsem, že otok se několik dní zvětšuje a tmavne, navíc je počátek víkendu a zítra odjízďím do ciziny. Lékařka se na mě s opovržením zadívala a řekla: „V našich záznamech čtu, že jste psychiatrický pacient! Jakou máte aktuálně diagnózu? Měla byste se zaměřit spíše na svůj psychický stav. Tímto jsme spolu skončili. Na shledanou.”

Lidé s duševním onemocněním se potýkají s omezenými možnostmi společenskými, studijními i pracovními. Na trhu je nedostatečná nabídka adekvátních pracovních pozic, mnozí zaměstnavatelé neumožňují nastavení pracovních podmínek vzhledem ke stavu pracovníka a přistupují k němu s předsudky. Přiznání duševního onemocnění může na pracovišti vzbudit obavy z nezodpovědnosti a nedůvěryhodnosti dotčeného.



“V mém zaměstnání se dozvěděli o mé diagnóze, začala jsem být vnímaná nedůvěryhodně a byla jsem nucena z práce odejít.”

Nemocní se setkávají také se stigmatizací ze strany svých rodinných příslušníků a partnerů. Ti, stejně jako veřejnost, mohou zastávat stereotypní postoje a pokládat lidi s duševním onemocněním za nebezpečné, nezodpovědné, či líné. Tyto předsudky

následně mohou ústít v diskriminační jednání ze strany příbuzných, jako je omezení styku s nemocným, kladení vysokých nároků na jeho výkon, anebo naopak přehnaná péče a neposkytování mu prostoru pro jeho vlastní realizaci.



“Lékař doporučil hospitalizaci. Absolvovala jsem ji. Seznámila jsem se tam s mužem. Posléze jsme se rozhodli sdílet společnou domácnost. Synové ho zpočátku tolerovali. Vnoučata milovala. Hrál si s nimi, kouzlil, dělal krásné dětské rošády. Když se mí synové dozvěděli, že trpí psychiatrickou diagnózou a byl opakovaně hospitalizovaný, odstříhli se. Mami, nemáme k vám důvěru, děti vám nikdy nesvěříme. Jste oba psychicky narušení. Nepřejeme si, abyste nás navštěvovali. Stydíme se za vás oba. Zklamala jsi nás!”

“S přítelem jsem se seznámila v období remise, ovšem na podzim přišla fáze deprese. Řekla jsem mu to narovinu. Vypadalo to, že pochopil, ovšem zdání klame. Mně bylo mizerně, nemohla jsem, vstát z postele a on mě nutil jít do práce. Měl na mě nesmyslné požadavky. Nic, co jsem, udělala, mu nebylo dost dobré. Měl pocit, že když jsem nemocná, že on je ten nadřazený.”

Mýty a fakta o duševním zdraví



Z duševního onemocnění se nelze uzdravit

Dlouhodobé studie ukazují, že díky správné pomoci vykazuje většina lidí s duševním onemocněním skutečné zlepšení a může vést kvalitní a produktivní život. Poměrně dlouho byla duševní onemocnění považována za neléčitelná. Díky medicínskému pokroku však byly objeveny léky, které dokázaly zlepšit příznaky a vedly také k nástupu dalších léčebných a rehabilitačních služeb. Lidé s duševním onemocněním, mají-li správnou péči, chodí běžně do školy či do práce, zakládají rodiny a vychovávají děti. I u tak závažných onemocnění jako je psychóza, se v současné době zcela vyléčí až třetina lidí. Zásadní roli ovšem stále hraje jejich ochota a vůle vyhledat včas odbornou pomoc.



Lidé s duševním onemocněním mají sklony k násilnému chování

Lidé s duševním onemocněním nemají větší sklony k násilí než zbytek populace. Tento mýtus je často posilován médii a může vést ke strachu z nálepky nebezpečného agresora a neochotě vyhledat pomoc. Ve skutečnosti se naopak mohou jedinci s duševním onemocněním častěji stát obětí násilí nebo ublížit sami sobě.



Duševní onemocnění mají jednoznačný původ

Současné výzkumy ukazují, že příčinou duševního onemocnění není pouze genetická predispozice či chemicko-biologická nerovnováha. Duševní onemocnění nejsou ani projevem určitých nedostatků v charakteru či osobní slabosti. Jsou způsobena genetickými, biologickými a sociálními faktory i těmi, které jsou spojeny s životním prostředím. Vliv může mít také působení alkoholu či drog na plod v prenatální fázi vývoje nebo například zneužívání či týrání v období dětství.



Osoby s duševním onemocněním jsou méně inteligentní

Rozložení intelektových schopností je mezi duševně nemocnými osobami stejné jako u zdravé populace. Najdeme tedy mezi nimi jak jedince podprůměrné, průměrné, tak ty se zcela nadprůměrnou inteligencí. Duševní onemocnění inteligenci rozhodně nesnižuje, může ovšem dočasně vést k tomu, že ji člověk s psychiatrickými obtížemi nedokáže plně využít, klesá jeho výkonnost nebo si hůře pamatuje určitá fakta.



To, že má člověk duševní onemocnění, se dá poznat

Většinu duševních onemocnění nelze rozpoznat podle vzhledu. Velká část lidí žije s duševním onemocněním, aniž by to o nich jejich okolí vědělo. Mnozí svou diagnózu či obtíže před ostatními skrývají, protože se bojí jejich reakce. Stigmatizaci totiž lidé s duševním onemocněním mnohdy považují za větší problém než samotnou nemoc.



Lidé s duševním onemocněním nemohou pracovat

Duševní onemocnění s sebou může nést určitou formu znevýhodnění i v práci, ale většina lidí jej dokáže překonat a pracovat může. Zaměstnání v mnoha případech naopak prokazatelně přispívá k procesu uzdravení a je také skvělou příležitostí, jak se zapojit do společnosti.



Duševní onemocnění se netýkají dětí a dospívajících

Ve skutečnosti se jedno z pěti dětí a mladistvých potýká s duševními problémy. Zároveň až 70 % duševních onemocnění projevujících se v dospělosti, má své počátky již v době dětství a dospívání. Důležité

ovšem je, že u téměř 80 % osob, které v tomto období vyhledají pomoc, dochází k výraznému zlepšení.



Lidé s duševním onemocněním nejsou v naší společnosti diskriminováni

Stigmatizace a diskriminace osob s duševním onemocněním ve společnosti stále přetrvává. Dle výsledků výzkumu realizovaného na české populaci se s nějakou formou diskriminace (přátelé, lékař, vzdělávání, zaměstnání atd.) setkalo téměř 85 % respondentů. Ukazuje se také, že například pouze 20% lidí v Česku by bylo ochotných mít za spolupracovníka člověka s duševním onemocněním. Pro srovnání, ve Velké Británii je toto číslo výrazně vyšší a dosahuje až 68 %.



Když člověk přizná svůj problém, budou si lidé myslet, že je blázen a bude hospitalizován

Většina osob, které mají diagnostikováno duševní onemocnění, nepotřebuje hospitalizaci. Ta se užívá pouze v situaci, kdy se jedinec nachází v ohrožení života nebo může být nebezpečný svému okolí. I v případě, kdy k hospitalizaci dojde, se může jednat pouze o týdny či dny pobytu. Hlavním cílem je dané osobě v co nejkratší době pomoci a ulevit jí.



Kouření marihuany nemůže člověku nijak uškodit

U lidí, kteří mají predispozice k rozvoji závažných onemocnění, jako je například schizofrenie, může užívání marihuany s nepoměrně vysokým obsahem THC oproti CBD (tzv. „skunk“) přispět k propuknutí nemoci. Podobnou roli spouštěče problémů v oblasti duševního zdraví mohou sehrát také narušené vztahy v rodině, komplikace na straně matky během těhotenství, stres, špatné sociální podmínky či nadměrné užívání alkoholu.



Lidé s duševním onemocněním jsou mimo sebe

To, že člověk zažije duševní onemocnění, nutně neznamená, že se jeho vědomí ocitá mimo realitu. Takové narušení se vyskytuje pouze u

některých duševních nemocí a zpravidla se jedná o přechodný stav (např. akutní stav psychózy).



Existují psychotičtí a nepsychotičtí lidé

Veřejnost i někteří odborníci mají někdy tendenci vnímat psychózu jako kategorii s ostrými hranicemi – buď jste psychotik, nebo nejste. Ve skutečnosti lidé nejsou pouze depresivní nebo pouze šťastní. Podobu deprese rozlišujeme, a to od mírných jednodenních melancholií až k hluboké, ochromující depresi. A podobně se projevují i psychotické příznaky, které mají rovněž rozdílnou intenzitu a závažnost.

Co je zotavení / recovery?



„Zotavení je hluboce osobní a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojivý, nadějný, přínosný, a to dokonce i s omezeními, která nemoc přináší. Uzdravení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu v životě, jak se člověk vymaňuje z katastrofických dopadů duševní nemoci.“

Bill Anthony, PHD – zakladatel hnutí Recovery

Jak vidíme z definice zotavení od Billa Anthonyho, zotavení je proces, který lidé s duševním onemocněním běžně praktikují. Bohužel během něj někdy zažívají stigmatizaci, sebe-stigmatizaci, nedostatek příležitostí i nezaměstnanost... Člověk se tedy nevyrovnává jen s nemocí ale i s dalšími těžkostmi.

Proces zotavení není lineární, najdeme na něm propady i vzestupy, někdy nesprávně odbočíme. Pro naše zotavení je nezbytně nutná naše propojenost s komunitou, ve které žijeme, naděje a optimismus do budoucna, znovu vybudování vlastní identity, překonání stigmatu. Potřebujeme vidět smysl našeho života a musíme být zmocnění k tomu, vzít svůj život do svých rukou. Proces zotavení nikdy nekončí, někdy jde z tuha, jindy tempu sotva stačíme. Je to ale jediná cesta, která vede z duševního onemocnění k plnohodnotnému životu. Životu, ve kterém budeme mít bydlení, rodinu, zaměstnání, přátele a ve kterém budeme schopni plnit naše sociální role a rozvíjet sami sebe. Takový život přináší mnoho radosti nejen nám, ale i lidem v našem okolí. Proto je potřeba zotavení lidí s duševním onemocněním začlenit do destigmatizačních intervencí, a to hlavně pro cílové skupiny uživatelů péče a rodinných příslušníků.

Aby myšlenka zotavení pronikla hluboko do našich životů, je třeba, aby veřejnost a především poskytovatelé služeb porozuměli tomu, co proces zotavení znamená, a byli schopni a ochotni jeho naplňování napříč službami společně s uživateli služeb aktivně podporovat.



Užitečné informace najdete na webové stránce: www.zotaveni.cz

Média



Média mají značnou sílu formovat postoje a názory veřejnosti, a jsou v otázce destigmatizace duševních onemocnění nezastupitelnými partnery. Je nesmírně důležité, aby se téma duševního zdraví neobjevovalo v médiích pouze v souvislosti s negativními událostmi, ale aby obraz, který publiku média nabízejí, byl nejen pravdivý, ale i vyvážený. Zodpovědné a poučené zpracování totiž může příjemcům nabídnout objektivní vhled do pro ně mnohdy neznámé problematiky a díky tomu přispět i k většímu porozumění.

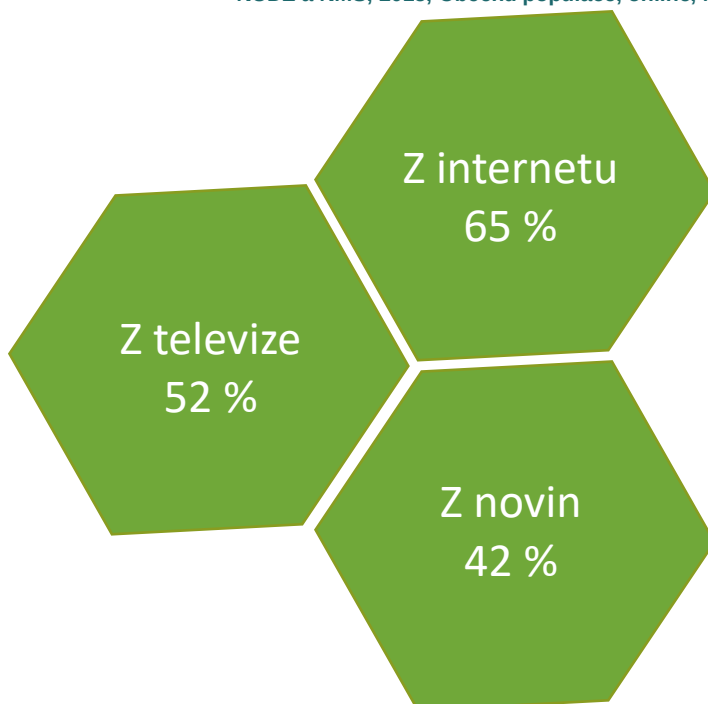
Nově mají nyní média i veřejnost k dispozici tzv. media guide vypracovaný na základě českých i zahraničních zkušeností a studií. Hlavním cílem je poskytnout novinářům, redaktorům, editorům, reportérům, ale například i studentům materiál, který jasně a přehledně představí praktické tipy, jak citlivě a zodpovědně zpracovávat rozličná témata související s duševním zdravím. Součástí jsou také další důležité informace a statistiky, stejně jako odkazy na významné české i zahraniční projekty a iniciativy věnující se tématu stigmatizace. Na přípravě se kromě odborníků na duševní zdraví a destigmatizaci podílely také osoby, jež mají s duševním onemocněním vlastní zkušenost, jakož i žurnalisté. Díky tomuto propojení pevně věříme, že předloženou publikací poskytujeme zdroj, jenž je aktuální a funkční a díky němuž mohou mediální pracovníci veřejný obraz oblasti duševního zdraví příznivě ovlivnit.

Media guide v elektronické podobě si prozatím můžete vyžádat na mailové adrese: destigmatizace@nudz.cz

Plné zveřejnění jeho finální podoby je plánováno na druhou polovinu roku 2018.

Zdroje informací

NUDZ a NMS, 2015, Obecná populace, online, N= 310



Co můžu udělat já?



Pomoci s destigmatizací a bojovat s diskriminací lidí s duševním onemocněním může každý. Organizace, instituce i jednotlivci. Na začátku je dobré zvážit, kolik času a energie můžete a chcete takovým aktivitám věnovat. Některé vyžadují minuty, jiné větší, koncentrované úsilí. Podpora někoho ve vašem okolí, či sdílení destigmatizačních materiálů na sociálních sítích může být relativně jednoduchá a časově nenáročná, naopak zapojení do úsilí organizací či kampaní může vyžadovat větší osobní nasazení.

Pro profesionály v oblasti péče také platí, že každý je ambasadorem svého povolání. Bojovat s destigmatizací tak může každý, kdo při výkonu svého povolání sám nestigmatizuje a nediskriminuje.

Mluvte o duševním zdraví

Duševní zdraví je stejně důležité jako zdraví fyzické, často jde jedno s druhým ruku v ruce. Duševní zdraví je prozatím bohužel ve společnosti opomíjeným tématem. Součástí destigmatizace je i ochota se o duševním zdraví začít více bavit. Pro to, je potřeba vytvářet otevřenější a bezpečnější prostředí ve společnosti.

Existují způsoby, jak takovou konverzaci začít a vést, aniž by se rychle proměnila v emotivní a nepříjemnou.



Často stačí více naslouchat. Zeptejte se ve svém okolí “Jak se máš?” a dávejte větší pozor, jakou dostáváte odpověď.



Možná je zrovna v médiích, televizi či kinech téma duševního zdraví a nemoci aktuální. Možná o svých potížích a ne/schopnostech s nimi vyrovnat hovoří nějaká celebrita. Takové události mohou být dobrým začátkem.



Někdy lidé potvrzují, že je jednodušší začít se bavit “bok po boku”. Tedy že to občas jde lépe při vaření, procházce či jiné aktivitě, než když se bavíme přímo z očí do očí.

Někdo v mém okolí potřebuje pomoci

VAŠE POMOC JE DŮLEŽITÁ

Pokud máte pocit, že někdo ve vašem okolí potřebuje pomoc, určitě neváhejte. Je ale potřeba dodržet několik základních věcí. Člověk, který má problémy, například s depresí, moc neocení hlášky typu „Prostě se vzchop!“ Důležitá je empatie, navázání komunikace a váš vzájemný vztah. Pokud si vůbec nevíte rady, mrkněte na některé odkazy na konci článku.

VSTŘÍCNOST

V dobrých vzájemných vztazích jde o to, kdo udělá první krok ke sblížení. Chci-li někomu pomoci, pak bych to měl být já, kdo udělá první krok.

OTEVŘENOST

Obrazně by se dala otevřenost znázornit otevřenou náručí. Nejde však jen o rozevřené ruce, ale – a to v první řadě – o “otevřené srdce” pro toho, komu chceme pomoci.

AKTIVITA

I když mnohdy půjde jen o naslouchání tomu, kdo se propadá do problémů, případně i jen o “mlčení ve dvou”, přece jen je nutná iniciativa toho, kdo chce pomáhat.

OCHOTA

Jde především o ochotu potlačovat vlastní přání a ustupovat do pozadí. Ten, kdo se rozhodne druhému být pomocí při jeho zvládání duševních problémů, nesmí tak moc hledět na vlastní pohodlí.

OPRAVDOVOST

Opravdová pomoc vyžaduje i opravdovost pomáhajícího. Nestačí jen nestranný a formální či neutrálně profesionální přístup. Z každého slova i mimoslovního projevu by mělo být znát, že jsme ve věci pomoci osobně angažováni, že nám o to opravdu jde.

ÚCTA

Úcta k tomu, komu pomáháme. Respekt k němu, i když řada jeho projevů by nás mohla právem vést k opačnému postoji. Jde o bezpodmínečnou úctu k člověku, o úctu, která nevyplývá teprve z toho, co úctyhodného dotyčný dělá nebo jak se úctyhodně chová.

ODSTUP

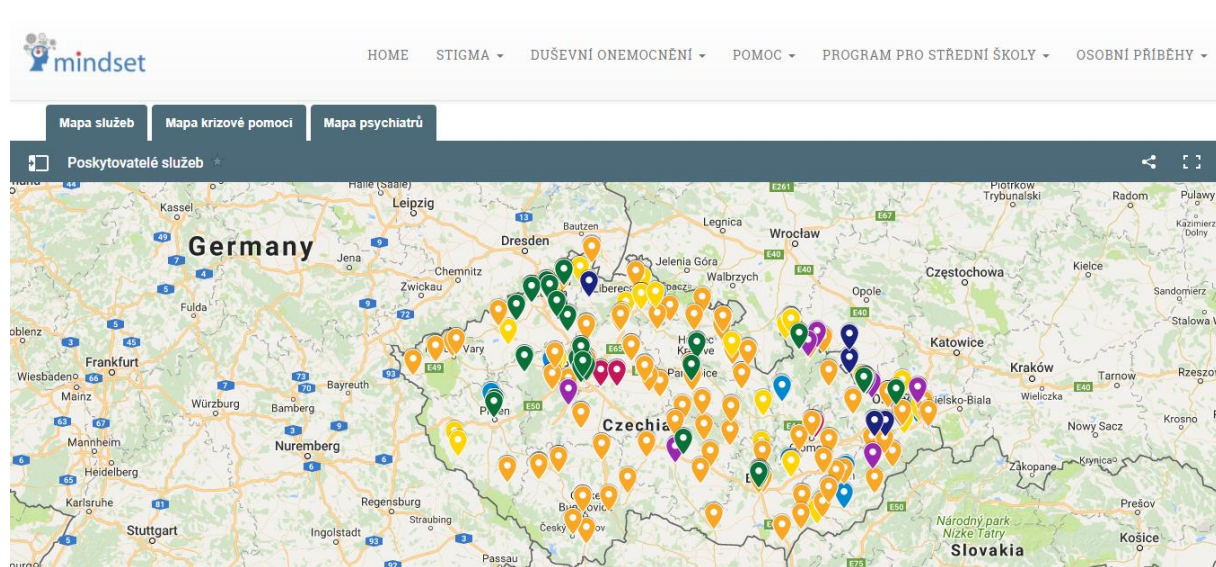
Je dobré, když máme k sobě blízko. Je namístě plakat s plačícími a radovat se s radujícími. Nikde však není psáno, že máme umírat s umírajícími, případně páchat

sebevraždu s těmi, kteří se k ní chystají. A takové úmysly lidé s problémy někdy mají. Proto je zapotřebí vedle blízkosti i určitý zdravý odstup.

ZNALOSTI

Chceme-li například někomu pomoci opravit auto nebo televizor, je k tomu třeba nejen ochoty, ale i určitých znalostí. Ty jsou třeba, i když chceme někomu pomoci dostat se z duševních problémů.

KDE HLEDAT POMOC V OKOLÍ? POMOCI MŮŽE NAPŘÍKLAD TATO MAPA.



<http://www.muymindset.cz/mapa-sluzeb/>

Napište svůj příběh

Téma duševní nemoci je ve společnosti stále spjato s velkým stigmatem – lidé se bojí, že ti, kteří ji zažívají, jsou nevyzpytatelní, nebezpeční, nepochopitelní. Chceme prezentovat toto téma jinak, než jak bývá k vidění v médiích. Cílem je přispět ke snižování stigmatu spojeného s duševní nemocí, učinit ji více srozumitelnou. Chceme také poukázat na fakt, že ačkoliv je duševní nemoc nesmírně náročnou životní zkušeností, je možné se z ní zotavit natolik, aby bylo možné vést plnohodnotný život, obzvlášť pokud má dotyčný oporu ve svém okolí.

Proč příběhy?

Psychiatrické diagnózy jsou nástroje, které lékařům usnadňují domluvit se o duševních nemocech. Za každou diagnózu však stojí konkrétní příběh konkrétního člověka. Bez tohoto životního kontextu je diagnóza pouze prázdnou nálepkou. Právě příběh umožňuje pochopit, co se doopravdy děje lidem prožívajícím duševní nemocí. Zaměření na příběh také ukazuje, že za obecnými pojmy se skrývá velká rozmanitost – každý se s nemocí vyrovnával jinak, každý se setkal s jinými reakcemi okolí, u každého měla nemoc trochu jiný průběh atd. V neposlední řadě je důležité uvést, že příběhy, které se o duševní nemoci vypráví, do velké míry spoluvytváří okolí lidí, kteří ji prožívají, a že negativní a stigmatizující postoje duševní nemoc jen prohlubují.

Nasbírané příběhy chceme použít pro různé účely:

1. Výzkum zaměřený na témata diskriminace, stigmatizace a zkušeností s každodenním životem s nemocí
2. Destigmatizační aktivity v médiích a online publikace (například www.mujsmindset.cz)
3. Kniha sesbíraných příběhů zaměřená na proces zotavení z duševní nemoci; určená pro širší odbornou i laickou veřejnost se zájmem o oblast péče o duševní zdraví

Co nás zajímá?

Text by měl být dlouhý zhruba na jeden list A4, tato délka je však pouze orientační.

Vzhledem k této omezené délce není třeba, abyste ve zhuštěné podobě napsali celý svůj životní příběh. Můžete se zaměřit na jedno téma, které považujete za obzvlášť důležité. Pro inspiraci níže uvádíme obecné tipy pro psaní a témata, která nás zajímají především. Budeme rádi, když se některých z nich ve svém textu dotknete (uvítáme však i jiná), ale není nezbytné pokrýt všechna.

Obecné tipy k psaní:

Zkuste se při psaní Vašeho příběhu zaměřit nejen na těžkosti, které Vám nemoc přinesla, ale i na to, co se Vám podařilo navzdory ní, nebo dokonce co jste objevili díky ní.

Identifikujte identifikovat klíčové momenty, osoby nebo činnosti, které Vám pomáhají se s nemocí vyrovnat.

Zamyslete se nad otázkou, jak moc se se svou nemocí ztotožňujete Vy sami, případně jak Vás s ní ztotožňuje Vaše okolí, případně s čím jiným se ztotožňujete, jaká je Vaše identita.

Zkuste se zaměřit také na popis Vašich nadějí a životních cílů.

Následující témata, prosíme, berte jako inspiraci:

VYPUKNUTÍ NEMOCI

jaký byl život před vyhledáním pomoci,
kdy a jak se projevíly první symptomy,
jaké byly Vaše první reakce na diagnózu,
jaká byla reakce rodiny, přátel a blízkých,

léčba

jaký byl Váš první kontakt a zkušenost s pomocí a léčbou,
co nebo kdo Vám nejvíc pomohl? (zkušenosti s odborníky i s neformální pomocí rodiny),
co Vám nemoc ztížilo,

začlenění do společnosti

nemoc a vztahy s blízkými
nemoc a práce/pracovní prostředí
nemoc a vzdělávání

stigmatizace a diskriminace

máte zkušenosti se stigmatizací a diskriminací (u lékaře, v zaměstnání, mezi přáteli apod.)

vyrovnávání se s nemocí

co Vám nemoc dala a co vzala

proces uzdravování, zotavování a vyrovnávání se s nemocí

jaký je pro Vás význam Vaší nemoci

jakou roli hraje nemoc ve Vašem životě (identifikujete se se svou nemocí, nebo je nemoc jen jednou Vaší částí?)

Budeme také rádi, pokud nám pošlete nějaké jiné tvůrčí dílo, které reflektuje zkušenost duševní nemoci, například kresba, malba, fotografie, báseň, socha či píseň.

INFORMACE O NAKLÁDÁNÍ S VAŠIMI OSOBNÍMI A CITLIVÝMI ÚDAJI

Je pro nás důležité, aby s Vašimi osobními a citlivými údaji bylo nakládáno eticky. Spolu s těmito Informacemi dostáváte Informovaný souhlas. Vaše údaje budou anonymizované – použijeme jiné jméno, případně můžeme změnit realie tak, aby nemohlo dojít k identifikaci Vaší osoby (pokud si výslovně nebudete přát vystupovat otevřeně za sebe). Vyplněný Informovaný souhlas prosím podle svých možností a podle situace odevzdejte někomu z našeho týmu (v případě, že spolu komunikujete osobně), pošlete poštou na adresu Národní ústav duševního zdraví, Topolová 748, 250 67 Klecany, nebo pošlete oskenovaný či vyfocený na emailovou adresu pribehy@nudz.cz

Použití příběhu podle typu výstupu

Výzkum: tomto případě nebude nikde zveřejněn celý příběh jako celek, pouze ilustrační úryvky (výzkum bude zaměřen zejména na potřeby lidí s duševním onemocněním a zkušenosti s diskriminací a stigmatizací)

Web, média – úryvky, příklady stigmatizace (informace určené pro širokou veřejnost)

Kniha – úryvky z příběhů i celé příběhy

Pokud nechcete, aby byl Váš příběh pro některou z těchto činností použit, můžete to specifikovat v Informovaném souhlasu.

Své příběhy prosím zasílejte na emailovou adresu pribehy@nudz.cz

Pokud byste rádi získali podrobnější informace o projektu, nebo v případě jakýchkoli nejasností nás prosím neváhejte kontaktovat. Se sepsáním příběhu můžeme případně pomoci.

Staňte se ambasadorem

Destigmatizace je zaměřená především na lidský příběh. Ambasadoři jsou nejdůležitější součástí destigmatizačního úsilí. Pomozte vytvořit hnutí lidí, kteří se snaží změnit způsob, jak přemýšlíme o duševním zdraví a nemoci. Pak změníme také to, jak jednáme s lidmi, kteří bojují s psychickými problémy. Na proměnu společnosti nestačí ani média, ani kampaň, ani celebrity.

Začít můžete zpracováním vlastního příběhu, viz kapitola Napište svůj příběh.

Mluvit otevřeně a jednat otevřeně však vyžaduje podporu. Člověk, který se svěří ostatním, může zažít pozitivní i negativní reakce. Ambasadoři by měli být na coming-out dobře připraveni. Pro prvotní podporu se můžete obrátit na vhodnou organizaci ve svém okolí jako je například Spolek Dialogos, který funguje jako společenství lidí s osobní zkušeností s duševním onemocněním. Spolek vznikl s cílem pravidelných setkávání lidí, kteří cítí potřebu a chtějí změnit situaci svou, ale i situaci ve společnosti. Členem Spolku může být kdokoli, kdo má osobní životní zkušenost s duševním onemocněním, a chce se kreativně zapojit do činnosti spolku. www.dialogos.cz

Bud'te učitelem, který destigmatizuje

Jako člověk, který pracuje s mladými lidmi, můžete vytvořit otevřené, podpůrné a tvořivé prostředí pro rozvoj duševního zdraví a prevenci duševního onemocnění. Rádi vám nabídneme podporu ve formě materiálů do hodin, které jsou připravené speciálně pro mladé publikum středních a vysokých škol.

Materiály do hodin včetně osobních příběhů, základních a jednoduše psaných informací o duševním onemocnění, jednoduše vysvětlené stigmatizace a diskriminace, video-spoty, příběhy známých osobností, najdete na webové stránce **www.mujmindset.cz**. Vše je připraveno k jednoduchému stáhnutí, tisku, promítání na počítači.

Osobní setkání s odborníkem na duševní zdraví a člověkem s vlastní zkušeností může být (nejen) pro studenty formujícím zážitkem. Studenti mohou poprvé poznat zblízka, jaký je život s takovou diagnózou a doptat se na věci, které je zajímají. Setkávání tohoto druhu podle výzkumu zlepšují postoje k lidem s duševním onemocněním a zvyšují odbornost a připravenost studentů. Pokud máte o takovou akci na škole zájem kontaktujte organizaci ve svém okolí, která jej nabízí a má s tím delší zkušenosti.

Doporučujeme:

Organizace FOKUS a program Blázníš? No a!

Je primárním preventivním programem pro školní třídy, žáky a studenty ve věku 15 - 20 let.

Věnuje se duševnímu zdraví i nemoci.

V jeho průběhu se následně vystřídá vzdělávací, interaktivní i zážitková část

<http://www.blaznis-no-a.cz/>

NEVYPUSŤ DUŠI

Organizace nabízí středním školám workshopy zaměřené na osvětu, sebepoznání a prevenci v oblasti duševního zdraví. Zaměřují se na následující oblasti:

co je duševní zdraví a proč je důležité

jak o své duševní zdraví správně pečovat

co dělat a kam se obrátit v případě nouze

reálný pohled na život mladého člověka s psychiatrickou diagnózou

zvládání školního stresu

<http://nevypustdusi.cz/>

Projekt SPOLU

www.projektspolu.cz

Projekt SPOLU vytváří jedinečný prostor pro spolupráci studentů psychologie a medicíny, pacientů a zdravotnických profesionálů v psychiatrických zařízeních a v rámci služeb následné péče. SPOLU je inovativní a v Evropě ojedinělý koncept navazující na připravovanou reformu psychiatrické péče v tuzemsku.

Studenti psychologie a medicíny organizují rozmanité volnočasové aktivity pro hospitalizované pacienty i pacienty, kteří využívají služeb následné péče. Studenti také neopomíjejí „léčbu slovem“ v rámci individuálních setkání. Tím výrazně pomáhají zkvalitňovat trávení volného času pacientů, dodávají jim víru ve vlastní schopnosti, zvyšují naděje na jejich zotavení a návrat do běžného pracovního i rodinného života. Studenti mají v rámci Projektu SPOLU šanci získat cennou praxi a zvyšovat své profesní dovednosti a zaměstnatelnost. Zároveň pracují pod dohledem zdravotnických profesionálů, se kterými sdílí společný cíl, a to zvyšování standardu psychiatrické péče.

Bud'te organizací, která destigmatizuje

V České republice v současnosti probíhá množství destigmatizačních aktivit. Mezi lety 2015-2016 jsme zaznamenali 32 různých organizací, které se destigmatizací přímo věnují. Do jejich aktivit je často možné se osobně zapojit, je možné je podpořit službami či finančně. Najděte si takovou organizaci ve svém okolí, kontaktujte je emailem, či telefonicky. Více informací najdete v kapitole Inspirace.

V České republice bude také možné se od roku 2018 přidat k nově vznikající destigmatizační alianci. Aliance bude fungovat podobně jako zahraniční vzory: britská Time to change či dánská One of us. Pro více informací napište na destigmatizace@nudz.cz

KAMPANĚ A PROJEKTY TÝKAJÍCÍ SE DESTIGMATIZACE



Česká republika

DESTIGMATIZACE - projekt týkající se stigmatizace a diskriminace osob s duševním onemocněním. www.destigmatizace.info

MUJMINDSET - projekt zvyšující povědomí o duševním zdraví a nemoci. www.mujsmindset.cz

PROJEKT SPOLU A MIND THE MIND - spolupráce studentů psychologie a medicíny, pacientů a zdravotnických profesionálů v psychiatrických zařízeních a v rámci služeb následné péče. www.projektspolu.cz

DIALOGOS - společenství lidí s osobní zkušeností s duševním onemocněním. Spolek vznikl s cílem pravidelných setkávání lidí, kteří cítí potřebu a chtějí změnit situaci svou, ale i situaci ve společnosti. www.dialogos.cz

PŘÍBĚHY BLÁZNOVSTVÍ - destigmatizační výstava studentské organizace IFMSA. <https://www.facebook.com/pribehyblaznovstvi/>

LEDOVEC – organizace zaměřující se na propagaci konceptu zotavení/recovery, organizuje mimo jiné Cirkus Paciento. www.zotaveni.cz, www.ledovec.cz

DÁVÁM ŽIDLI DO KRUHU – kampaň za větší porozumění duševnímu zdraví zaměřující se na sociální síť. www.davamzidlidokruhu.cz

BLÁZNÍŠ NO A ?! - preventivní program pro studenty, věnující se duševnímu zdraví www.blaznis-no-a.cz

STUDIO 27 - je filmařský a žurnalistický tým složený z lidí se zkušeností s duševním onemocněním. WWW.studio27zaostreno.blogspot.com/

NEVYPUSŤ DUŠI - kampaň týkající se duševního zdraví www.nevypustdusi.cz

GREEN DOORS a SMYSLUPLNÁ KÁVA – podpora tréninku pracovních dovedností mladých lidí s duševním onemocněním pomocí koupě smysluplné kávy či jiných produktů. www.smysluplnakava.cz

HATEFREE CULTURE – vládní iniciativa zaměřená na soužití bez násilí a nenávisti, - šíření informací, stigmatizaci a zkušenostech lidí duševním onemocněním na webu a sociálních sítích. www.hatefree.cz

FESTIVAL NA HLAVU – filmový festival popularizující současné vědecké poznání v oblasti psychiatrie, psychologie a neurologie, zaměřený také na destigmatizaci. www.festivalnahlavu.cz

BABÍ LÉTO – destigmatizační festival v Bohnické psychiatrické nemocnici otevřený neziskovému sektoru. www.babileto.bohnice.cz

PSYCHOBRAŇ – projekt při Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně. Jeho cílem je organizování tematických přednášek v oblasti psychologie pro odbornou a laickou veřejnost. www.psychobrani.cz

ŽIVOT ZA ZDÍ – destigmatizační video reportáže z psychiatrických léčení. <https://www.youtube.com/channel/UCkb-vPgxxho33rFVRgdq9SA/featured>

UMĚLEC NETRPI - kampaň podporující duševní hygienu studentů a studentek uměleckých oborů. www.umelecnetrpi.cz



Zahraničí

TIME TO CHANGE (VB) - projekt týkající se duševních onemocnění <https://www.time-to-change.org.uk/news-media>

BEAT (VB) - projekt týkající se poruch příjmu potravy <https://www.b-eat.co.uk/about-beat/media-centre/guidelines>

MINDFRAME (Austrálie) - projekt týkající se duševních onemocnění a sebevražd <http://www.mindframe-media.info/for-media>

MINDSET (Kanada) - projekt týkající se duševních onemocnění a sebevražd <http://www.mindset-mediaguide.ca/>

TEAM UP (USA) - projekt týkající se duševních onemocnění a sebevražd <http://www.eiconline.org/teamup/>

LIKE MINDS, LIKE MINE (Nový Zéland) - projekt týkající se duševních onemocnění <https://www.likeminds.org.nz/media/>

SEE ME (Skotsko) - iniciativa týkající se duševních onemocnění a sebevražd <https://www.seemescotland.org/press-centre/>

BEYOND BLUE (Austrálie) - iniciativa týkající se duševních onemocnění a sebevražd <https://www.beyondblue.org.au/home>

GLOBAL ANTI-STIGMA ALLIANCE - mezinárodní síť národních kampaní věnujících se stigmatizaci osob s duševním onemocněním

THE CARTER CENTER (USA) - projekt zaměřující se na osoby s duševním onemocněním https://www.cartercenter.org/health/mental_health/index.html

SANE AUSTRALIA – australská organizace zabývající se vzděláváním, tréninkem, a podporou lidí s duševním onemocněním. <https://www.sane.org>

UPA - portugalská destigmatizační kampaň. <http://upafazadiferenca.encontrarse.pt/>

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

Mezinárodní úmluvy nemusí být nelehčí čtení. Jsou to ale mimořádně důležité a inspirující dokumenty.

Významným dokumentem zabývajícím se lidskými právy ve vztahu k hendikepu je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. Je založena na principu rovnoprávnosti a zaručuje osobám se zdravotním postižením plné uplatnění všech lidských práv a podporuje jejich aktivní zapojení do života společnosti.

*Úmluva o právech osob se zdravotním postižením mi umožnila uvědomit si moje vlastní práva, o kterých jsem si myslela, že na ně z důvodu duševního onemocnění právo nemám. Touto sebe-stigmatizací jsem trpěla velmi dlouho a mohu říci, že teprve přečtením Úmluvy, jsem se tohoto velice nepříjemného pocitu zbavila. Každý článek této úmluvy je nesmírně důležitý pro naše zmocnění a potažmo naše zotavení. Přesto mám ale mezi jednotlivými články Úmluvy jeden článek nejraději, a to konkrétně článek 19, který říká, že lidé se zdravotním postižením, tedy i lidé s duševním onemocněním mají právo na **nezávislý způsob života a zapojení do společnosti**. Tento článek mám ráda proto, že cítím, že žít nezávisle a být součástí komunity je základní atribut plnohodnotného života.*

Dana Homolková, uživatelka péče



Článek 1

Účel

Účelem této úmluvy je podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti. Osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.

Obsedné zásady úmluvy jsou:

respekt k lidské důstojnosti a nezávislosti,

zákaz diskriminace,

plné zapojení do společnosti,

rovnost příležitostí,

přístupnost,

rovnost žen a mužů,

respekt k vyvíjejícím se schopnostem dětí a jejich právu na zachování identity.

Informace o duševních onemocněních



Schizofrenie

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění patřící do skupiny psychotických onemocnění, což znamená, že jedinec může ztrácet kontakt s realitou, má problém rozeznat, co je skutečné, jasně myslet a také komunikovat. Toto duševní onemocnění se může projevovat poruchami myšlení (bludy), poruchami vnímání (halucinace) a v různé míře změnami chování.

Příčiny vzniku

Schizofrenie souvisí se strukturálními a funkčními abnormalitami v mozku, což vede k tomu, že oblasti, které zodpovídají za myšlení, vnímání a chování, nepracují správně. Na vzniku nemoci se podílí několik neurochemických drah s nervovými přenašeči (dopamin, serotonin), které mají na starost přenos nervového signálu, přičemž v nemoci jsou jejich hladiny zásadně narušeny. Zasaženy jsou zejména mozkové struktury jako limbický systém (řídí emoce), thalamus (koordinující odchozí zprávy) a mozková kůra (zodpovědná za řešení problémů a komplexní myšlení). Na rozvoji schizofrenie může mít určitý podíl rovněž genetika, ale i nepříznivé životní okolnosti. Riziko vzniku onemocnění se také zvyšuje v souvislosti s různými komplikacemi a nemocemi během těhotenství, poškozením mozku plodu v děloze či porodním traumatem.

Kdo může schizofrenií onemocnět?

Nemoc může postihnout jakéhokoli člověka. Objevuje se nejčastěji mezi 18. a 30. rokem života, může se však rozvinout i u dospívajících už kolem 15. roku věku. Postihuje jednoho člověka ze sta.

Příznaky a projevy

Diagnostika schizofrenie je poměrně obtížná, jelikož vývoj onemocnění může být velmi pozvolný

a s mnoha nejednoznačnými příznaky. Mezi ty, které mohou projevům nemoci předcházet, lze zařadit např.: tendence uzavírat se před okolím, obtíže v osobní hygieně, výraznou vztahovačnost, oploštělost emocí, nesoustředěnost, pocity pronásledování, bizarní nápady, ale také zvýšené užívání návykových látek.

Pokud se již nemoc plně rozvine, může člověk začít trpět bludy, což jsou mylná přesvědčení, která nelze danému jedinci vyvrátit (např. osoba je přesvědčena, že ji v dopravním prostředku všichni sledují nebo že patří mezi vyvolené, kteří mají na světě zvláštní poslání). Stejně tak se mohou vyskytnout i halucinace, při kterých člověk vnímá určité podněty zkresleně. Časté bývají halucinace sluchové - jde o hlasy, které mohou komentovat chování člověka nebo mu něco nařizovat. Vyskytnout se ovšem mohou i halucinace zrakové, dotykové a další. Rovněž může mít jedinec pocit, že mu někdo krade myšlenky či mu je naopak do mozku vkládá. Objevují se poruchy

motoriky, neklid, ale i výrazná pasivita. Dále citová oploštělost, nezájem o sociální kontakty, úzkosti a poruchy spánku a v některých případech celková dezorganizace.

Možnosti léčby

Jde o onemocnění, které je léčitelné. Výsledky ukazují, že přibližně 1/3 nemocných se uzdraví zcela, u 1/3 nemocných dochází ke střídání období uzdravování a navracení příznaků a 1/3 nemocných má obtíže přítomné trvale. Léčba probíhá pomocí specializovaných léků - antipsychotik. Zároveň je potřeba, aby člověk porozuměl své nemoci a přijal ji, dále aby pochopil, proč musí léky užívat, a také se naučil rozeznat příznaky onemocnění tak, aby mohl případně předejít jeho návratu či zhoršení. Doplňkovou léčbu může zajistit psychoterapie a také porozumění a podpora příbuzných a okolí.

“Většina mých kamarádů o mé nemoci ví a nebojí se mě, ale stejně když mám někomu říct, že jsem nemocná, tak neřeknu, že mám paranoidní schizofrenii, ale že mám halucinace. Lidi to nějak víc akceptují a nebojí se halucinací, tak jako diagnózy paranoidní schizofrenie. Podobný problém mám s depresí. Okolí si často myslí, že je to jen módní výstřelek a že tato nemoc ve skutečnosti ani neexistuje.”

“Co mi ale nejvíc pomáhá „být stabilní“, je moje práce a můj skvělý nadřízený. Dnes již třetím rokem pracuji na téměř plný úvazek jako asistentka a moje práce mě těší. Moc si vážím, že můj nadřízený mi vychází hodně vstříc, chápe, když mi není dobře a umí mě podpořit (je psychiatr). Podporuje mě v tom, abych si dodělala magisterský stupeň, a zadává mi i práci, která úzce souvisí s mým vzděláním. Nejsem tak pohotová jako před nemocí, paměť je taky mnohem slabší, celkově se cítím pomalejší, ale doháním to pílí. Každý den se do práce těším, jsem za ni hodně vděčná, a pomáhá mi se večer těšit na další den.”

Zuzana Učilová (léčí se ze schizofrenie a deprese)

Bipolárně afektivní porucha

Bipolárně afektivní poruchu, která byla dříve označována jako maniodepresivní psychóza, charakterizují patologické výkyvy nálad. U člověka s tímto onemocněním se střídají stavy mánie (pocity výjimečnosti, nadměrné množství energie, dobrá nálada) se stavy deprese (skleslost, ztráta energie, pocity méněcennosti). Tyto proměny mohou probíhat v rámci několika dnů, ale i hodin.

Příčiny vzniku

Bipolárně afektivní porucha nemá jednoznačně známou příčinu. Na vzniku se z velké části podílí genetika, ale také biochemické a hormonální změny a kombinace vlivů zevního prostředí. Určitý podíl na rozvoji onemocnění mohou mít také závažné životní události nebo užívání drog, včetně alkoholu.

Kdo může bipolárně afektivní poruchou onemocnět?

Také toto onemocnění může postihnout jakéhokoliv jedince. Zpravidla se začíná rozvíjet během dospívání a v časně dospělosti, ale k rozpoznání může dojít až o několik let později. Postihuje jednoho až dva lidi ze sta.

Příznaky a projevy

Vlivem bipolárně afektivní poruchy dochází k periodickým změnám nálad. Objevit se mohou následující epizody, které se projevují níže zmíněnými příznaky:

- **deprese** - skleslá nálada, pokles energie a aktivity, pesimistické vidění světa, nízké sebehodnocení a sebevědomí, pocity viny, nesoustředěnost, poruchy spánku, snížená chuť k jídlu, myšlenky na smrt
- **mánie** - nepřiměřeně veselá nálada, neúčelně zvýšená energie a aktivita, vysoké sebevědomí a sebehodnocení, sklony k velikášství, mnohomluvnost, přeceňování vlastních schopností, ztráta sociálních zábran, nadměrná sexuální aktivita, neúměrné riskování a utrácení peněz
- **hypománie** - mírnější projev mánie, při kterém příznaky nejsou tak výrazné, nebo se projevují pouze některé z nich - jde o stav, který nemusí tolik zasáhnout život člověka, ale v budoucnu se může do mánie lehce přesmyknout
- **smíšená epizoda** - velmi komplikovaný a rizikový stav zejména kvůli tomu, že se mánie a deprese objevují najednou nebo se během dne střídají - riziko sebevraždy je v tomto případě značně vysoké, v průběhu nemoci ji spáchá jeden člověk z pěti nemocných

Možnosti léčby

V léčbě bipolárně afektivní poruchy mají nezastupitelné místo léky, které lze rozdělit do celkem tří skupin:

- **stabilizátory**, které zabraňují patologickým výkyvům nálad
- **antidepresiva**, která léčí příznaky depresivních epizod - neměly by však být nasazovány samostatně, ale vždy v kombinaci se stabilizátory nálady, jinak by po залéčení deprese hrozil přesmyk do nezvladatelné mánie
- **antipsychotika**, která v některých případech mají rovněž stabilizační vliv na náladu a také dokáží pacienty se zhoršeným kontaktem s realitou lépe ukotvit

Po залéčení akutního stavu bipolárně afektivní poruchy pomocí léků, je možné podpůrně využít také psychoterapii. Ta je vhodná zejména proto, aby se člověk dokázal se svým onemocněním vyrovnat a pochopit jej a také, aby dokázal do budoucna rozeznat příznaky signalizující návrat onemocnění.

Prevalence (kolik osob mělo danou diagnózu za období 12 měsíců)

- **Česká republika** - bude doplněno po ukončení výzkumu na začátku roku 2018
- **Evropa** - 0,9 % (rok 2011)
- **svět** - 1,5 % (rozmezí let 2002-2007)

“Byla ze mě úplně jiná osoba. Můj vnitřní svět se postupně začal měnit také. Najednou jsem vnímala věci, které před tím ne. Jakoby mé smysly zbystřily a začal se objevovat nějaký ten „šestý“. Odevšad jsem slyšela volat své jméno, ve všem jsem viděla nějaké znamení a cítila jsem, že musím něco udělat, někoho zachránit a nevěděla jsem co a jak. Jakoby na mně visela tíha celého světa.”

“Každému pobytu předcházel stejný scénář. Začala jsem být nervózní, špatně jsem spala, nebyla jsem schopna odpočinout si a hubla jsem. Tento stav nikdy netrval moc dlouho a přechod do následné mánie byl velmi rychlý. Nervozita opadla a ze spánku a jídla se staly zcela nedůležité věci, které mě jenom zdržují od aktivity, která nabírala na obrátkách. V hlavě mi začaly tryskat myšlenky spojené s určitou magií a mozek jel na tisíc procent, že už ani nešlo někomu vysvětlovat, co se se mnou děje. Věřila jsem, že moje přítomnost má nějaký vyšší cíl než je běžný život. Všude jsem viděla nějaká vodítka, ať už to bylo nějaké setkání, barva projetého auta nebo třeba list na zemi. Opravdu vše jsem si spojovala a hledala nějakou svou cestu. Do toho se přidal pocit existence duchů, které jsem sice neviděla, ale věděla, že jsou tady a mají mi něco sdělit. Přes zavřené oči jsem viděla různé pohyblivé obrazy, ať už konkrétní nebo abstraktní.”

Lenka Požárková (léčí se s bipolárně afektivní poruchou)

“V mém zaměstnání se dozvěděli o mé diagnóze, začala jsem být vnímaná nedůvěryhodně a byla jsem nucena z práce odejít. Nevadí mi samotný fakt, že jsem maniodepresivní psychotička, nestydím se za to. Víím, že deprese i mánie se dají zvládnout a přežít. Vadí mi ale, jak nemoc může zasáhnout do všech větví stromu života. Nemám za sebou žádný dlouhodobý nebo běžně probíhající vztah. Většinou každý muž po dvou měsících randění couvne.”

“Díky mojí diagnóze jsem si uvědomila, jak je lidská duše křehká, že se život dokáže během pár dnů obrátit o sto osmdesát stupňů s celoživotními důsledky. Nemoc mi dala určitý nadhled. Neřeším zbytečnosti a nenechávám si kazit náladu drobnostmi, které se nemohou ovlivnit. Těší mě i všední okamžiky, které by se daly pokládat za samozřejmost.”

Zita Aulová (léčí se s bipolárně afektivní poruchou s psychotickými příznaky)

Deprese

Deprese je nemoc, při které je narušena funkce mozku odpovědná za kontrolu nálady. Jedná se o patologický smutek, který již není pouze běžnou reakcí na nepříjemné události, ale zcela člověka pohltí. Ten vidí svět a dění kolem sebe negativněji, než tomu ve skutečnosti je, a není schopen svůj stav ovlivnit či změnit. Dopad to má samozřejmě nejen na člověka samotného, ale také na jeho okolí, blízké osoby, studium či zaměstnání.

Příčiny vzniku

Deprese vzniká vlivem několika faktorů, přičemž zásadní je narušení oblastí mozku, které kontrolují emoce. V těchto oblastech působí tzv. nervové přenašeče (serotonin, noradrenalin, dopamin), látky odpovědné za přenos signálu v mozku, jejichž hladiny jsou při depresi narušeny. Dále dochází ke změně vylučování hormonu melatoninu, který řídí rytmus spánků-bdění. Na vzniku deprese se také podílí genetická vloha, tedy pokud se deprese vyskytla u příbuzných, může být daný člověk náchylnější ke vzniku této nemoci. Zpravidla však ke spuštění přispěje určitý silný faktor z vnějšího prostředí, jako například stres (ztráta milované osoby, ztráta zaměstnání, atd.).

Kdo může depresí onemocnět?

S depresí se může během svého života setkat kdokoli. Často se projeví již v dospívání nebo rané dospělosti. Alespoň jednou za život se vyskytne u každého páteho člověka.

Příznaky a projevy

Deprese se může podle závažnosti projevit jako mírná, středně těžká a těžká. Klíčové je rozpoznat nejčastější příznaky nemoci, které většinou trvají alespoň 14 dní. Může jít o stále smutnou náladu, pokles sebevědomí, nepřiměřené výčitky, neschopnost prožívat radost, nesoustředěnost, nerozhodnost, celkové zpomalení či naopak napětí a neklid, extrémní únavu, potíže se spánkem (nedostatek či přemíra), sníženou nebo zvýšenou chuť k jídlu a objevit se mohou i sebevražedné myšlenky.

Možnosti léčby

Deprese je léčitelná a při včasné zachytu může být léčba skutečně život zachraňující. Ve většině případů se neobejde bez specializovaných léků - antidepressiv - která ovlivňují hladiny již zmiňovaných nervových přenašečů. Nástup účinku léků trvá zpravidla 14 dní. Ze zkušeností je známo, že po залечení deprese je vhodné je užívat minimálně dalších šest měsíců, než bude tělo znovu schopné samo ovlivňovat hladiny jednotlivých přenašečů.

Po zaléčení akutního stavu je možné také podpůrně využít psychoterapii. Ta je vhodná zejména z dlouhodobého pohledu na onemocnění a jejím cílem je především naučit člověka žít tak, aby se mu deprese nevracely.

Prevalence (kolik osob mělo danou diagnózu za období 12 měsíců)

- **Česká republika** - bude doplněno po ukončení výzkumu na začátku roku 2018
- **Evropa** - 6,9 % (rok 2011)
- **svět** - 5,6 % (rozmezí let 2002-2007)

“DEPRESE. Je to nemoc. Dá se léčit i ta, která je odolná vůči lékům. Jedná se o chemickou nerovnováhu látek v mozku, tudíž za ni člověk nemůže a nedá se jen tak ovládnout silou vůle. Za sebe říkám: deprese mi vzala všechno, ale léčba mi vrátila mnohem víc. Začalo to pocity nejistoty a zbytečnosti. Ztratila jsem smysl žití a chuť do života. Přestala jsem běhat, číst, hrát na kytaru, malovat. Prostě mi to přestalo dávat smysl. Propadla jsem sebepoškozování, pocitům viny, méněcennosti. Izolovala jsem se od těch, kterým na mně záleželo, ale i těm kterým ne.”

“Celá tato událost mě inspirovala k tomu, aktivně pomáhat lidem v podobných situacích a všímat si více lidí okolo mě. Lidé s duševními poruchami to nemají napsané na čele, v davu je nepoznáte. Nejsme slaboši, naopak, jsme silnější, než si lidé myslí, mnoho lidí si nedokáže představit jak těžké je vyčistit si s depresí zuby. Proto je třeba tyto lidi správně podporovat. Není dobré předčasně odsuzovat, ale zapojit veškerou empatii. Za prvé za to nemůžeme, nevybrali jsme si to, a za druhé, mohlo se to stát i Vám.”

Iva Juříková (léčí se z deprese a panické poruchy)

Neurotické poruchy (“úzkosti”)

Jedná se o skupinu duševních onemocnění, u kterých převažuje nadměrný a opakující se pocit úzkosti se silným tělesným doprovodem. Tato úzkost je často vyvolána určitými dobře definovanými situacemi nebo objekty vně člověka, které běžně nejsou nebezpečné. Zasáhnout může v náhlých záchvatech nebo může na člověka působit trvale. Tyto poruchy mohou zásadně ovlivnit kvalitu života nemocného, omezují jej v zaměstnání a mají dopad na jeho vztahy i prožití volného času.

Příčiny vzniku

Příčiny vzniku jsou různé. Někteří lidé mají k rozvoji úzkosti vrozené vlohly. Pokud se přidá dlouhodobý stres, zátěžové životní situace, konflikty v rodině či nejrůznější traumatické vlivy (šikana, zneužívání apod.), může k rozvoji úzkostné poruchy s velkou pravděpodobností dojít.

U koho se může neurotická porucha rozvinout?

Porucha může postihnout jakéhokoliv člověka. Počátky se zpravidla zakládají v dětství, nejčastěji se však plně projeví mezi 25.-40. rokem života. Soubor neurotických poruch se považuje za neinfekční epidemii 21. století. Dle statistik jimi trpí čtvrtina celé populace.

Příznaky a projevy

Základním projevem je úzkost, což je nepříjemně vnímaný subjektivní pocit spojený s pocitem strachu a ohrožení. Mírné obavy a úzkosti prožívá každý z nás, ovšem problém nastává tehdy, pokud se úzkost objevuje často, trvá nepřiměřeně dlouho a omezuje člověka v běžné aktivitě. Úzkost je často doprovázena tělesnými příznaky jako bušení srdce, bolest na hrudi, dušnost, pocit na zvracení, průjem, závratě, pocit „knedlíku v krku“, návaly horka, pocení, atd.

Úzkostné poruchy lze rozdělit do několika skupin:

- **fobie** – patří sem úzkost a strach z určitých objektů a situací (např. arachnofobie), strach z mezilidského kontaktu a veřejného zesměšnění (sociální fobie), atd.
- **panická porucha** – náhlý, prudký nástup úzkosti, doprovázený tělesnými projevy (bušení srdce, třes, dušnost), po odeznění člověk často žije ve strachu, kdy se panika opět dostaví
- **generalizovaná úzkostná porucha** – úzkost není tak úporná jako u panické poruchy, ale je patrná stále

- **smíšená úzkostně-depresivní porucha** - úzkost není tak hluboká jako u panické poruchy a deprese také nedosahuje hloubky depresivního onemocnění

Obsedantně-kompulzivní porucha – u člověka se objevují nutkavé myšlenky (obsese), nutkavé jednání (kompulze) či obě varianty - myšlenky jsou zpravidla protikladné vůči těm, které si jedinec přeje, přičemž nutkavé jednání obvykle slouží jako ochrana před úzkostí při těchto myšlenkách

Reakce na stres a poruchy přizpůsobení – velmi běžné stavy, vznikají následkem akutního stresu nebo pokračujícího traumatu (např. ztráta blízké osoby, rozchod, konflikty v rodině, narození dítěte)

Disociativní poruchy – vyskytují se ve vypjatých stresových situacích a u lidí, kteří mají velmi křehkou osobnostní strukturu - patří sem např. ztráta paměti na události, stupor (člověk je nehybný, ale není v bezvědomí) či ochrnutí končetin bez neurologického či jiného nálezu

Somatoformní poruchy – projevem jsou hlavně tělesné příznaky, ale žádné klinické vyšetření neprokáže organický podklad (například člověk má bolesti v určitých částech těla, žádné medicínské vyšetření pro to však nemá vysvětlení)

Jiné neurotické poruchy – příkladem je neurastenie, člověk je při ní zvýšeně unavený, oslabený, není schopen se uvolnit, je podrážděný, má narušený spánek, bolesti na hrudi, atd.

Možnosti léčby

V této skupině onemocnění se nejvíce využije psychoterapie (individuální, skupinová, rodinná, kognitivně-behaviorální). Ta pomáhá člověku porozumět, co se s ním děje a snaží se identifikovat faktory, které se na vzniku úzkosti podílejí. Dále jedince učí, jakým způsobem má zacházet s příznaky a problémy v životě, a posléze trénuje dovednosti, které mu umožní, aby byl odolnější. Léky jsou v tomto případě až druhotným prostředkem. Mohou pomoci překonat akutní potíže a být jakousi berličkou k tomu, aby byla zahájena psychoterapie. Nejčastěji se využívají antidepressiva, právě pro svůj protiúzkostný efekt.

Prevalence (kolik osob mělo danou diagnózu za období 12 měsíců)

- **Česká republika** - bude doplněno po ukončení výzkumu na začátku roku 2018

- **Evropa**
 - **panická porucha:** 1,8 % (rok 2011)
 - **generalizovaná úzkostná porucha:** 1,7-3,4 % (rok 2011)
- **svět**
 - **panická porucha:** 1 % (rozmezí let 2001-2011)
 - **generalizovaná úzkostná porucha:** 1,8 % (rozmezí let 2001-2012)

“Nakonec úzkosti vygradovaly k panickým záchvatům. Je to stav, kdy je člověk při vědomí. Trvají několik minut, během záchvatu se mi svíral hrudník, klepala jsem se, bušilo mi srdce. Hlavně jsem se všeho strašně bála. Myslela jsem, že každou chvíli zemřu. Nešlo to zastavit. Přicházel jen jeden za měsíc. Nikomu jsem to neřekla, styděla jsem se za to. Teď nechápu proč.” Iva Juříková (léčí se z deprese a panické poruchy)

“Takže pro Vás, co se stydíte si nechat pomoci, tak toho ihned nechte a běžte k psychiatrovi! Nejste žádní blázni! Ani já nejsem! Někdo má chřipku a někdo má úzkosti. Je to prostě onemocnění, který člověk časem přijme a zkusí z něj udělat svojí výhodu. Jestli se bojíte, že Vám někdo bude říkat, že jste slabí a divný, tak Vás může hřát pocit, že nikdo z nich nedokázal projít takovým peklem jako je první ataka duševního onemocnění. Vy jo, a proto na sebe buďte pyšní! Jo a kámošům to určitě řekněte, ty pravý Vás podpoří a ty ostatní za to nestojí.”

Filip Peška (léčí se z panické poruchy)

Duální diagnóza

Jedná se o souběh dvou duševních onemocnění u jednoho člověka. Tento pojem definuje lidi, kteří za přítomnosti své psychiatrické poruchy ještě nadužívají nebo jsou přímo závislí na návykových látkách. V poslední době se lékaři čím dál častěji setkávají zejména s pacienty s diagnózou schizofrenie užívajícími pervitin nebo marihuanu. Proč tomu tak je, pacienti vysvětlují tím, že jim jsou psychotické prožitky (například, že slyší hlasy, které jim něco přikazují) velmi nepříjemné a že je pomocí drog nebo alkoholu dokážou utlumit. Snaha unikat k návykovým látkám však z dlouhodobého hlediska značně komplikuje jejich stav a prognózu onemocnění. Častým jevem je také nadužívání alkoholu k uvolnění při úzkostných poruchách nebo depresi. Z dlouhodobého hlediska je zde vysoké riziko vybudování si závislosti. Navíc, alkohol sám, úzkost a depresi prohlubuje.

Možnosti léčby

Primárně je nutné vydržet abstinovat od návykových látek, včetně alkoholu. Je vhodné vyhledat odbornou pomoc, která se na tuto problematiku specializuje, a to právě zejména proto, že kromě samotné abstinence je potřeba adekvátně zaléčit právě duševní onemocnění. Vzhledem k tomu, že se často jedná o již vybudovanou závislost na návykové látce, je léčba během na dlouhou trať.

** použité jména jsou v zájmu zachování anonymity pozměněna*

Kontakty

Zavolejte nám na (+420) 283 088 423 nebo napište na email: destigmatizace@nudz.cz

Na tvorbě destigmatizačního manuálu se podíleli:

Jiří Pasz, MSc.

Bc. et Bc. Alice Zoubková

Mgr. et Mgr. Miroslava Janoušková, Ph.D.

Mgr. Aneta Alexová

Mgr. Eva Tušková

Bc. Michaela Zrnečková

RNDr. Dana Chrtková, CSc.

Markéta Vítková

Zbyněk Roboch, BA

Mgr. Barbora Chvátalová

Mgr. Miroslav Grznár

Mgr. Michal Veselský

Mgr. Alexandr Kasal

Mgr. Matyáš Müller, MSc. Ph.D.

MgA. Filip Menšíl

Bc. Tomáš Formánek

PhDr. Petr Winkler

Destigmatizační manuál vznikl v rámci projektu Destigmatizace, podpořeného z Operačního programu Zaměstnanost strukturálních fondů Evropské unie. Registrační číslo projektu: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0007276

Reference

Angermeyer MC, Matschinger H, & Schomerus G. Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *British Journal of Psychiatry* 2013; 203(2), 146-151.

Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395–405.

Corker E, Hamilton S, Henderson C, Weeks C, Pinfold V, Rose D, ... Thornicroft G. Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008–2011. *The British Journal of Psychiatry* 2013; 202 (Suppl. 55), s58–s63.

Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, & Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry* 2000, 177, 4-7.

Čapek, K., & Masaryk, T. G. (1935). *Hovory s T.G. Masarykem*. Praha: Fr. Borový.

de Jonge, P., Roest, A. M., Lim, C. C. W., Florescu, S. E., Bromet, E. J., Stein, D. J., . . . Scott, K. M. (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depression and Anxiety*, 33(12), 1155-1177. doi:10.1002/da.22572

Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. London: Penguin Books 1968.

Link BG, & Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 2001; 27, 363-385.

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. -, Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., . . . Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241-251. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.12

Nordt C, Rossler W, & Lauber C. Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32(4), 709-714.

Phillips, D. P. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theroretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review*, 39(3), 340-354.

Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., . . . Scott, K. M. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 465-475. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0056

Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, & INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. *Lancet* 2009; 373, 408–415.

Thornicroft G, Rose D, Kassam A, & Sartorius N. Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry* 2007; 190(3), 192-193

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., . . . Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018

Self-stigma

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.

Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 33(6), 1312-1318.

Důsledky self-stigma

Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF, et al: Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40: 51–54, 2006

Berge M, Ranney M: Self-esteem and stigma among persons with schizophrenia: implications for mental health. *Care Management Journals* 6:139–144, 2005

Chan, K. K. S., & Mak, W. W. S. (2014). The mediating role of self-stigma and unmet needs on the recovery of people with schizophrenia living in the community. [Article]. *Quality of Life Research*, 23(9), 2559-2568.

Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *Br J Psychiatry*. 2004 Feb;184:176-81.

Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK: Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin* 23:637–651, 1997

Fung KM, Tsang HW, Corrigan PW: Selfstigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 32:95–104, 2008

Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. [Review]. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164.

Hill, K., & Startup, M. (2013). The relationship between internalized stigma, negative symptoms and social functioning in schizophrenia: the mediating role of self-efficacy. [Article]. *Psychiatry research*, 206(2-3), 151-157.

Holubova, M., Prasko, J., Latalova, K., Ociskova, M., Grambal, A., Kamaradova, D., et al. (2016). Are self-stigma, quality of life, and clinical data interrelated in schizophrenia spectrum patients? A cross-sectional outpatient study. [Article]. *Patient Preference and Adherence*, 10, 265-274.

Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G., & Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *The Journal of clinical psychiatry*, 63(10), 892-909.

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 71(12), 2150-2161.

Livingston, J. D., Rossiter, K. R., & Verdun-Jones, S. N. (2011). 'Forensic' labelling: An empirical assessment of its effects on self-stigma for people with severe mental illness. [Article]. *Psychiatry Research*, 188(1), 115-122.

Lysaker PH, Roe D, Yanos PT: Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin* 33:192–199, 2007

Lysaker, P. H., Davis, L. W., Warman, D. M., Strasburger, A., & Beattie, N. (2007). Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: Associations across 6 months. [Article]. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 89-95.

Park, S. G., Bennett, M. E., Couture, S. M., & Blanchard, J. J. (2013). Internalized stigma in schizophrenia: Relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. [Article]. *Psychiatry Research*, 205(1-2), 43-47.

Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey JA, Salah J, Struening EL, Link BG. Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatr Serv*. 2001 Dec;52(12):1627- 32. DOI: 10.1176/appi.ps.52.12.1627

Schrank, B., Amering, M., Hay, A. G., Weber, M., & Sibitz, I. (2014). Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: A comprehensive model of mutual influences in schizophrenia spectrum disorders. [Article]. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23(3), 271-279.

Tsang HWH, Fung KMT, Chung RCK: Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research* 180:10–15, 2010

Valiente, C., Provencio, M., Espinosa, R., Duque, A., & Everts, F. (2015). Insight in paranoia: The role of experiential avoidance and internalized stigma. [Article]. *Schizophrenia Research*, 164(1-3), 214-220.

Vogel DL, Wade NG, Haake S: Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology* 53:325–337, 2006

Wahl OF: Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin* 25:467–478, 1999

Werner P, Aviv A, Barak Y: Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics* 20:174–187, 2008

Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. [Article]. *Psychiatric Services*, 59(12), 1437-1442.

Yen CF, Chen CC, Lee Y, et al: Association between quality of life and self-stigma, insight, and adverse effects of medication in patients with depressive disorders. *Depression and Anxiety* 26:1033–1039, 2009

PROJEKT MINDSET (ČR): <http://www.muymindset.cz/>

Tiskové zprávy:

<http://www.nudz.cz/files/pdf/tz-budouci-zdravotnický-personal.pdf>

<http://www.nudz.cz/files/pdf/tz-den-duseveniho-zdravi.pdf>

Články (citace odborníků):

https://relax.lidovsky.cz/o-reforme-psychiatricke-pece-se-musi-mluvit-s-verejnosti-rika-australsky-odbornik-gkj-/zdravi.aspx?c=A160401_214035_In_domov_ELE

https://www.lidovsky.cz/drive-se-lidi-bali-hada-dnes-ztraty-iphonu-stresu-ale-neni-vice-rika-legenda-v-psychiatrii-g7j-/zpravy-domov.aspx?c=A161107_144522_In_domov_sk

<https://www.hatefree.cz/blo/rozhovory/2255-jiri-horacek>

https://www.irozhlas.cz/clovek/dusevni-nemoc-je-stale-spolecenskym-stigmatem-lide-se-boji-ji-priznat-rika_1611060809