



UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA FILOZOFICKÁ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Kristýna Šmídová



Univerzita Pardubice

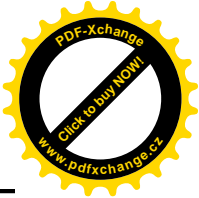
Fakulta filozofická

Duševní choroby a veřejný prostor současné společnosti:

Duševně a tělesně postižení v obci Kvasiny

Bakalářská práce

2008



Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Katedra sociálních věd
Akademický rok: 2006/2007

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kristýna ŠMÍDOVÁ**
Studijní program: **B6703 Sociologie**
Studijní obor: **Sociální antropologie**
Název tématu: **Duševní choroby a veřejný prostor současné společnosti:
Duševně a tělesně postižení v obci Kvasiny**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Ve své Bakalářské práci bych se chtěla zaměřit na problematiku vztahu místních obyvatel k duševně a tělesně postiženým. Pro svůj antropologický terénní výzkum jsem zvolila lokalitu obce Kvasiny, kde sídlí Ústav sociální péče pro mládež. Zaměřím se hlavně na to, jak na postiženou mládež nahlíží občané této obce, žijící v blízkosti ústavu. Mým cílem je zjistit, jaká je znalost místních lidí o postižených a jak se tato znalost vyvíjela, do jaké liší/lišily názory lidí na postižené na veřejnosti a v soukromí. Šetření bude prováděno v rámci stacionárního terénního výzkumu. Pro svůj záměr zvolím kvalitativní výzkumné metody - zejména polostrukturované rozhovory, dotazníky, popř. zúčastněné a nezúčastněné pozorování.



Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

Bártlová, Sylva: Sociologie medicíny a zdravotnictví, Praha: Grada, 2005, ISBN 80 - 247 - 1197 - 4

Foucault, Michel: Dějiny šílenství, Praha: Lidové noviny, 1994, ISBN 80 - 7106 - 085 - 2

Giddens, Anthony: Sociologie, Praha: Argo, 1999, ISBN 80 - 7203 - 124 - 4

Goffman, Erwing: Stigma, Praha: Slon, 2003, ISBN 80 - 86429 - 21 - 0

Porter, Roy: Největší dobrodiní lidstva: Historie medicíny od starověku po současnost, Praha: Prostor, 2001, ISBN 80 - 242 - 0594 - 7

Šubrtová, Jana: Mentálně postižení mezi námi (Diplomová práce - D14800),

Univerzita Pardubice, 2005

Vedoucí bakalářské práce:

PaedDr. Hana Horáková, Ph.D.
Katedra sociálních věd

Datum zadání bakalářské práce:

30. dubna 2007

Termín odevzdání bakalářské práce:

31. března 2008

prof. PhDr. Petr Vorel, CSc.
děkan

L.S.

PhDr. Lívia Šavelková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2007



SOUHRN

Práce je věnována problematice vztahu společnosti převážně k duševně postiženým se zaměřením na stručnou historii a charakteristiku duševních chorob. Zaměřuje se na současný přístup společnosti k duševně postiženým a případnou stigmatizaci ze strany společnosti. Práce popisuje vztahy mezi občany obce Kvasiny a duševně nebo tělesně postiženými, kde sídlí Ústav sociální péče pro mládež.

KLÍČOVÁ SLOVA

duševní choroby, společnost, Kvasiny, stigmatizace, ústav sociální péče pro mládež

TITLE

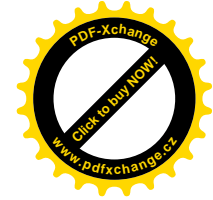
Mental diseases and public space contemporary society: The mentally and physically disabled in the village Kvasiny

ABSTRACT

The work deals with a problem of society relationship to mainly the mentally disabled with specialization in a brief history and characteristic of mental diseases. It focuses on the contemporary approach of society to the mentally disabled and appropriate stigmatization from the side of society. The work describes relationship between inhabitants of the village Kvasiny and the mentally and physically disabled where an Institute of social care for youth have a seat.

KEYWORDS

mental diseases, society, Kvasiny, stigmatization, institut of social care for youth



OBSAH

1. Úvod	1
2. Metodologie	3
3. Medická antropologie	4
3.1. Definice a historie medické antropologie	4
3.2. Duševní choroby v medické antropologii	6
4. Duševní choroby ve společnosti	8
4.1. Vývoj šílenství	8
4.1.1. Vývoj šílenství v Čechách	10
4.2. Typy duševních chorob	11
5. Stigmatizace	16
5. 1. Společnost a stigma	17
5.2. Duševní choroba jako stigma	18
5.3. Typy stigmat	18
6. Média jako poskytovatelé informací veřejnosti	20
7. Vztahy mezi duševně postiženými a lidmi ve společnosti	22
7.1. Pohled na vzájemné vztahy mezi dvěma skupinami žijících ve společnosti	22
7. 2. Duševně postižený jako osobnost ve společnosti	23
7.3. Obec Kvasiny	25



7.4. Ústav sociální péče pro mládež Kvasiny	25
7. 4. 1. Provázanost Ústavu sociální péče pro mládež Kvasiny a obce	27
7.5. Pohled občanů Kvasin na postižené umístěné v Ústavu sociální péče pro mládež Kvasiny	28
7. 5. 1. Cíle antropologického výzkumu	28
7. 5. 2. Pohled občanů Kvasin na postiženou mládež umístěnou v Ústavu sociální péče pro mládež Kvasiny	30
7. 5. 3. Znalost místních obyvatel o postižených v Kvasinách a jak se tato znalost vyvíjí a vyvíjela	32
7. 5. 4. Míra odlišností názorů lidí na postižené na veřejnosti a v soukromí	35
8. Závěr	37
<hr/>	
Použitá literatura	38
Příloha č. 1	39
Příloha č. 2	43



1. ÚVOD

Jako téma této práce jsem zvolila problematiku duševních chorob, popřípadě tělesných postižení, kdy jsem se zaměřila na to, jak společnost, kterou lze považovat za majoritu, vnímá duševně či tělesně postižené, nebo – li minoritu. Pro svůj antropologický výzkum jsem zvolila lokalitu obce Kvasiny, kde sídlí Ústav sociální péče pro mládež.

V jednotlivých obdobích se názory na duševní nemoci měnily. Nejprve se pokládaly za důsledek vlivu nadpřirozených sil, později za hanebné stigma, neštěstí, nemoc i za psychodynamický rozvrat. Postupně se však duševním nemocem přestal připisovat nadpřirozený původ a začínala se přijímat opatření na pomoc těmto jedincům.¹

I když v současnosti duševních poruchám nepřipisujeme nadpřirozený původ a lidi trpící duševní poruchou nepovažujeme za posedlé d'áblem, jak tomu bývalo v minulosti, tak i přesto společnost vnímá a především sama vytváří rozdíly mezi „normálními“ lidmi a postiženými. Je zřejmé, že u tělesně postižených zdraví lidé vnímají na první pohled jejich odlišnost od ostatních, ale u jedinců, kteří trpí duševní chorobou, nedělají rozdíly a nehledají odlišnosti do té doby, než se o jejich problému dovědí. Pokud lidé dojdou ke zjištění že má určitý člověk jakékoli postižení, ať se již jedná o postižení tělesné, duševní nebo jakékoli jiné postižení, ve většině případů se od „nemocného“ začnou distancovat.

Jednou z příčin, kdy se zdraví lidé začínají distancovat od postižených, může být i to, že lidé žijící ve společnosti, mají strach z postižení a bojí se, že by je mohlo nějakým způsobem určité postižení postihnout, pokud přijdou do styku s „nemocnou“ osobou. V dnešní moderní době se dělí společnost na dva tábory. Do toho prvního patří lidé, kteří si stále myslí, že se mohou postižením nakazit například pouhým podáním ruky. Na druhé straně jsou lidé, kteří vědí, že je to naprostý nesmysl a netíží je strach z osobního kontaktu s postiženým člověkem.

Všichni lidé jsou individuální a odlišují se od sebe svým chováním, myšlením, barvou pleti či obyčejným zevnějškem. V současnosti těmto odlišnostem nepřipisujeme velký důraz, dalo by se říci, že téměř žádný. Avšak pokud se „normální“ lidé setkávají s člověkem, který

¹ Sylva Bártlová, Sociologie medicíny a zdravotnictví, Praha 2005, str. 57



má nějaký druh postižení, tak vnímáme jeho odlišnost daleko více než například výše zmiňovanou barvu pleti.

Názory lidí na postižené jsou odlišné. Tyto odlišné postoje se z velké části odvíjí na základě jejich postavení ve společnosti, zaměstnání. Společnost bychom mohli rozdělit do tří skupin. Do první skupiny patří odborníci, kteří se zabývají touto problematikou. Jelikož do této problematiky vidí daleko více než laici, dokážou postižené lépe pochopit a vcítit se do jejich myšlení a chování. Do další „potencionální“ skupiny lze zařadit osoby, které samy projevují zájem o tuto problematiku a mají alespoň minimální informovanost. Tito lidé se snaží nedělat velké rozdíly mezi zdravými a nemocnými. Pokoušejí se o to, aby postižení měli pocit, že do společnosti patří a neodlišují se od ostatních zdravých lidí. Do poslední skupiny lze zařadit lidi, kteří dávají velmi zřetelně najevo jejich negativní postoj k postiženým. Jsou to lidé, kteří k nemocným chovají jakýsi „odpor“ a neuvědomují si, že i je samotné může potkat jakékoli postižení.

Celá společnost by si měla uvědomit, že lidé trpící postižením zde v minulosti byli, v přítomnosti jsou a v budoucnosti budou. Tato problematika se týká společnosti jako celku. Přestože mnoho lidí nemusí ve svém životě této problematice čelit, tak by se i přesto měli poohlédnout kolem sebe a uvědomit si, že problematika postižených lidí nás obklopuje doslova na každém kroku.



2. METODOLOGIE

Důležitou součástí každého antropologického výzkumu je výběr metod, které při výzkumu uplatníme. Záleží na každém výzkumníkovi, jaké metody si pro svůj výzkum zvolí.

Ve svém vlastním výzkumu jsem jako hlavní metodu použila rozhovory, které byly především polostrukturované. Pokládala jsem zejména otevřené otázky, které dávají dotazovaným lidem větší prostor k jejich vyjádření k tématu. Snažila jsem se o to, aby byly pokládány otázky co nejvíce srozumitelné a jednoznačné.

Pro doplnění výzkumu jsem kromě rozhovorů využila metodu dotazníků a zúčastněné pozorování. Dotazníky byly vypracovány stručně a obsahovaly otevřené i uzavřené otázky. I v případě dotazníků jsem se snažila o to, aby byly otázky dobře formulované a srozumitelné. Při vyplňování dotazníků jsem respondenta nechávala o samotě, abych ho svou přítomností nějakým způsobem neovlivňovala.

Jako další metodu, která mi výzkum doplnila, jsem zvolila zúčastněné pozorování. Touto metodou rozumíme, že se výzkumník zúčastňuje běžného života zkoumaných osob. Proto výzkumníkovi umožňuje lépe pochopit lidi, které zkoumá, a vžít se alespoň trochu do jejich života.

K tématu duševních chorob, popřípadě tělesně postižených, mnoho antropologické literatury a publikací neexistuje na rozdíl od jiných oborů. Touto problematikou se především zabývá medicína, psychologie či sociologie. Proto jsem v mnoha případech čerpala z výše jmenovaných oborů, ale především také z medicínské antropologie.



3. MEDICKÁ ANTROPOLOGIE

Samotný pojem antropologie se skládá ze dvou slov, která pocházejí z řečtiny. Jedná se o slovo „anthropos“, nebo – li člověk, a slovo „logos“, nebo – li nauka, věda. Antropologii bychom mohli definovat jako vědu, která se zabývá lidskou odlišností a rozmanitostí, jako vědu, která se snaží vysvětlit různé formy sociální, kulturní, a biologické existence a bytí člověka. V antropologických počátcích se tato věda zabývala převážně necivilizovanými (přírodními) národy. Postupem času se začala vyvíjet a jejím předmětem zkoumání se začala stávat různá odvětví. V současné době existují různé druhy antropologie, kdy můžeme jako příklad uvést antropologii fyzickou, lingvistickou, medickou, politickou nebo psychickou.

3.1. Definice a historie medické antropologie

Medická antropologie je věda, která se zabývá studiem lidského zdraví a nemocí, zdravotními pečovatelskými systémy a biokulturní adaptací. Tato disciplína popisuje analyzování a srovnávání zdraví obyvatelstva, etnických a kulturních enkláv. Spolupráce paleontologů, lidských biologů, etnologů a lingvistů vedla k vytvoření poddisciplíny, která byla silným potenciálem pro integraci fyzické a kulturní antropologie. V medické antropologii se jedná o spojení antropologie a sociologie, ekonomie a zeměpisu, dále čerpá z medicíny, ošetrovatelství a jiných zdravotnických profesí.

Medická antropologie je součástí sociální a kulturní antropologie. Je to termín, který je používán od roku 1963 jako označení pro empirický výzkum a teoretické výnos antropologů do sociálních procesů a kulturní reprezentace zdraví, nemoci a ošetřování, pečovatelských praktik. V Evropě byl dříve používán termín antropologie medicíny, antropologie zdraví a antropologie nemoci. Pojem medická antropologie byl překladem Dutchova termínu „medische anthropologie“ z 19. století., který byl vybrán během roku 1940 k odkazu filozofických studií zdraví a nemoci.²

² Dostupný z WWW: http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_anthropology



Medická antropologie se v 60. letech 20. století vyvinula do tří hlavních směrů. Medická ekologie se zabývá jak biologickými tak kulturními jednotkami a studuje vzájemné interakce mezi ekologickými systémy, zdravím a lidskou evolucí. Medická ekologie se zabývá tím, že rychlost šíření choroby může být měřena na základě srovnání skrze čas a přes geografický prostor. Antropologové používají ekologickou perspektivu k porozumění nemocí, na které pohlíží lidská populace biologicky i kulturně. Evoluce, demografie, epidemiologie lidí jsou subjekty ekologické síly.

Etnomedické analýzy se soustředí na kulturní systémy léčebných a poznávacích parametrů nemoci a na kulturní systémy léčebných a poznávacích parametrů nemoci. Někteří antropologové protěžují poznávací rozsah etnomedicíny, zatímco jiní preferují „antropologii zdraví“. Etnomedická perspektiva zaostřuje na zdravotní názory a praktiky, kulturní hodnoty a sociální role. Studuje primitivní nebo národní medicínu, etnomedicína poukazuje na zdravotně udržovací systémy ve společnosti. V etnomedicíně existují rozdíly mezi pojmy nemoc a choroba. Chorobu definuje jako úchylku na základě medických norem. Nemoc je kulturně definována jako zážitek z poškození nebo úzkosti.

Termín medická antropologie se však vyskytuje a přichází reprezentovat různorodý rozsah orientací. Medická antropologie se zabývá zásahem, předcházením a analyzováním socioekonomických tlaků a silou diferencující vliv na přístup k péči. Medická antropologie obvykle studuje izolované obyvatelstvo, které žije v „tvrdých“ podmínkách, jako jsou tropické pralesy.

George M. Foster a Barbara Gallatian Anderson (1978) zaznamenali vývoj medické antropologie ve čtyřech odlišných zdrojích: zájem raných fyzických antropologů v lidské evoluci a adaptaci, etnografický zájem v primitivní medicíně, studium psychiatrického fenoménu v kulturní a osobní škole, a antropologická práce v mezinárodním zdraví. Od roku 1940 antropologové pomáhali poskytovat zdravotní péči kulturním odlišnostem ve zdravotním chování.

Rozdíl mezi základním a aplikovaným výzkumem je, že medická antropologie vědomě přichází obhajovat společenství a pokouší se o výzkum, který je užitečný a etický.³

³ Dostupný z WWW:<http://www.univie.ac.at/ethnomedicine/PDF/medical%20Anthropologie.pdf>, A. McElroy: Medical Anthropology, New York 1996



3.2. Duševní choroby v medicke antropologii

Medická antropologie zahrnuje dvě vysvětlení pojmu nemoc. Jako první vysvětlení je vysvětlení naturalistické. Naturalistické vysvětlení předpokládá, že nemoc je neosobní mechanickou příčinou, která se vyskytuje v přírodě. Naturalistický medicke systém zahrnuje organické poruchy, zranění, nerovnováhu nebo podvýživu.

Nezápadní svět dává přednost personalistickému vysvětlení nemoci. K tomuto názoru se řadí lidé, kteří jsou méně vážení a patří do nějakých subkultur. Personalistický medicke systém věří, že příčiny a léčby nemocí nejsou pouze v přírodním světě. Typickou příčinou nemoci v personalistickém medicke systému je čarodějnictví, spirituální vlastnictví, ztráta nebo poškození, „vetření se“ cizího objektu do těla nadpřirozeným způsobem.

Medická antropologie se zabývá zvláštními kulturními duševními poruchami. Protože se duševní choroby vyskytují ve společnosti čím dál častěji, tak dochází k tomu, že se odlišnosti duševních poruch mění. Jako příklad můžeme uvést to, když v jedné kultuře považujeme mírnou odlišnost za duševní poruchu a v jiné kultuře je to normální chování.

Záleží jen na každé kultuře samostatně, jak definuje „nenormální“ chování člověka. Lidé, kteří prokazují „nenormální“ chování v západní společnosti jsou obvykle „nálepkováni“ jako výstřední lidé, duševně nemocní nebo nebezpeční. Takzvaná „nálepka“ je přidělena v závislosti na subkultuře, pohlaví a socioekonomické úrovni jednotlivce, který se vyznačuje zvláštním chováním. Standardy definují normální chování pro jakoukoli kulturu a ty jsou předurčeny samotnou kulturou.

Mnoho antropologů věří, že více významných kritérií pro definování duševních nemocí je stupeň sociálního přizpůsobení. Lidé, kteří jsou vážně psychicky narušeni, se nemohou zúčastnit v jejich společnosti definování duševní nemoci.

Zatímco ve společnosti existuje více a více duševních nemocí, musíme si uvědomit, že zde jsou i kulturně ovlivňované formy těchto nemocí. Jako příklad můžeme uvést psychózu Windigo, která se vyskytuje mezi Indiány v Kanadě a USA. Počátečním symptomem této duševní choroby je obvykle špatná chuť k jídlu a zvracení. Lidé trpící chorobou Windigo vidí více a více jiné lidi, kteří jedí a mají v té chvíli přehnaný strach z kanibalismu.



4. DUŠEVNÍ CHOROBY VE SPOLEČNOSTI

Šílenství je chaotický rej fluid, vykolejený pohyb vláken a myšlenek – ale také zatarasenou těla a duše, stagnace šťáv, ustrnulá nehybnost vláken, utkvělost myšlenek a pozornosti na jediném tématu, jež pozvolna převáží nad všemi ostatními.⁴ Znamená to tedy, že člověk může ztratit určitý pohyb, který potřebuje ke svému životu a Foucault se snažil vysvětlit to, aby byl tento pohyb fluidům navrácen, a aby odpovídal moudré mobilitě vnějšího světa.

4.1. Vývoj šílenství

Pojem šílenství je znám od pradávna, ale představa, že šílení jsou lidé duševně nemocní, vznikla teprve před dvěma tisíci stoletími. Do té doby byli jedinci, jejichž chování dnes označujeme za příznak duševní poruchy, považováni spíše za „posedlé ďáblem“ či duchy, za zatvrzelé hříšníky nebo buiče, anebo za lidi se zvláštním typem povahy („melancholie“) než za nemocné osoby.⁵

Lidé si vykládali vznik duševních chorob různě na základě jednotlivých historických období, ve kterých žili. Výklad příčin vzniku duševních chorob byl ovlivněn především filozofickými směry, vědeckými poznatky či tím, jak byla vyspělá daná kultura. Choromyslným lidem byla připisována víra v posedlost ďáblem a tato posedlost byla léčena nošením různých amuletů nebo talismanů, které měly nemocného chránit. V mnoha případech se konaly také rituální obřady, které měly za úkol vyhnat zlého ducha z těla.

V další etapě vývoje lidstva vznikaly počátky lidového léčitelství, které spočívalo v léčení pomocí různých rostlin, kořínků nebo i vnitřnostmi zvířat. Někteří jedinci se stali léčiteli, ale i přesto se ve společnosti vyskytovali myšlenky spojené s magií.

⁴ Michel Foucault, Dějiny šílenství, Praha 1994, str. 115

⁵ Anthony Giddens, Sociologie, Praha 1999, str. 221



Problematikou duševních chorob se podrobně společnost začala zajímat již ve *starověku*, kdy základy duševních chorob položily státy jako byl starověký Egypt, Řím, Řecko či Babylonie. Přestože ve výše jmenovaných státech vznikly základy duševních chorob, existovaly ve vnímání choromyslných značné rozdíly.

Duševní choroby byly v Babylonii pokládány obecně za posedlost zlými démony a léčba duševních chorob spočívala vesměs v zaklínání, modlitbách a v náboženských obřadech, jejichž smyslem bylo vypudit démona z těla chorého anebo z jeho okolí.⁶ Naopak odlišný názor na duševní choroby měli Římané, kteří byli zastánci toho, že s nemocnými se má zacházet vlídně, s nepřítis veselými se má jednat vážně, se zádumčivými naopak vesele. Jestliže nemocní již jeví zřetelné zlepšení svého duševního stavu, v nichž by se cvičili v soustředování myšlenek – např. mají být zatěžováni řečnickým cvičením, při němž by se nejenom učili ovládat své myšlenky, ale i své vystupování a svůj hlas, za posluchače těchto řečnických cvičení mají být pozváni jejich příbuzní, kteří nemají šetřit pochvalou.⁷

Období *středověku* je důležité tím, že se začínají realizovat pokusy o zdravotní péči o duševně nemocné. Nebylo tomu však na základě rozvoje medicíny či psychiatrie, ale spíše z důvodu ochrany zdravých lidí před duševně chorými. V této době vznikly také první klášterní nemocnice pro duševně choré, o které se starali mniši a církve přijala nauku o „démonománii“, podle které byly duševní nemoci pokládány za důsledek posedlosti ďáblem.

Středověk je také znám svými inkvizičními procesy s duševně nemocnými. Jelikož měla církev velikou moc a nechtěla, aby byla tato moc narušena nějakými činy nebo názory ze strany duševně nemocných, tak nepokládala duševně choré za nemocné, ale za lidi posedlé ďáblem. Inkviziční tribunál obžaloval kohokoli, přesto, že si obžalovaný nebyl vědom jakéhokoli provinění. Docházelo k mučení nemocných, kdy je inkvizitoři donutili k přiznání, že spolupracují s ďáblem nebo „koketují“ s čarodějnictvím.

⁶ Eugen Vencovský, *Psychiatrie dávných věků*, Praha 1996, str. 25

⁷ Eugen Vencovský, *Psychiatrie dávných věků*, Praha 1996, str. 73



V *novověku* se situace pro duševně nemocné zlepšila. Duševně nemocní byli umístováni v útulcích nebo ve vyhraněných prostorách v nemocnicích. Na počátku 18. století docházelo ke stavění budov přímo pro duševně nemocné.

Dalším pokrokem bylo rozhodnutí některých měst (Basilej, Hamburk aj.) přijímat duševně choré do káznic, v nichž jim byly vykázány zvláštní kobky. Nemocní zde již byli určitým způsobem rozdělováni na klidné a neklidné. Neklidní sice byli ponecháni v kobkách, ale nesmělo se s nimi hrubě zacházet a strážci duševně chorých směli nosit bič „pouze jako výstrahu“. Klidní duševní choří mohli vysedávat s ostatními chovanci káznice – odděleně podle pohlaví – a zaměstnávat se přidělenou prací.⁸

Přestože knihy nabádaly občany k tomu, aby s duševně nemocnými lépe zacházeli, tak i přesto existovaly rozdíly mezi bohatými a chudými duševně chorými. Lidé chudí a bez majetku byli umístováni do káznic ve městech nebo v kobkách, které byly pro nemocné vyhrazeny. Bohatí lidé trpící duševní chorobou měli možnosti léčby v takzvaných penzionech. Zde jim byla poskytnuta péče a osobní hygiena.

Ústavy pro duševně nemocné mají počátky ve Francii v 18. století, kdy Philippe Pinel, zakladatel lůžkové a nemocniční péče o duševně choré, vyjádřil myšlenku o ústavu. Ústav pro duševně choré si Pinel představoval jako samostatnou organizační jednotku s posláním nejen léčebným a ošetrovatelským, ale i výukovým. Psychiatrický ústav musí být dostatečně velký, aby v něm vylo možno zřídit oddělení pro klidné nemocné, senilně dementní a rekonvalescenty a lazaret pro ty duševně choré, kteří trpí interkurentním tělesným onemocněním.

Pinelův postoj vedl k většímu respektování duševně chorých a pomalu se začalo postavení duševně nemocných zlepšovat a zlepšila se i péče o ně samotné.

4.1.1. Vývoj šílenství v Čechách

Před staletími nebylo v Čechách o duševně nemocné vůbec postaráno, natož pečováno. Přesto asi v 10. století již existovaly takzvané špitály, které byly zřizovány ve většině

⁸ Eugen Vencovský, *Psychiatrie dávných věků*, Praha 1996, str. 155



případech při klášterech. Do špitálu však nemohli být přijati všichni duševně nemocní. Mohli to být především ti, kteří měli finance nebo alespoň majetek, který odkázali špitálu, ve kterém byli umístěni.

Osoba, která byla duševně nemocná, neměla možnost žádné ochrany, protože byla považovaná za člověka posedlým již několikrát zmiňovaným ďáblem nebo za kacíře. V Českých zemích také jako v jiných zemích existovaly soudní procesy, kdy byli duševně choří obviněni z čarodějnictví a poté upáleni na hranici.

Teprve až konec 18. století můžeme považovat za začátek dobré péče o duševně nemocné, kdy se především město Praha začala starat o umístění duševně nemocných do nemocnic či špitálů. Jako přelomovou situaci můžeme chápat založení Všeobecné nemocnice v Praze v roce 1790, kde nedílnou součástí této nemocnice tvořil takzvaný blázinec. Téhož roku byl také zprovozněn Ústav pro duševně choré v Praze, který byl lékařsky spravován a řízen.

Od 20. století jsou zařízení pro duševně nemocné zcela běžná a společnost je nevnímá jako něco neobvyklého. V současnosti existuje celá řada ústavů a psychiatrických zařízení, v jejichž kompetenci je péče a poskytování služeb duševně postiženým. Současná společnost si nedovede představit život bez těchto zařízení, a to především ti, kteří využívají služby ústavu, protože mají například člena rodiny s duševním onemocněním a nemohou se o něho starat sami.

4.2. Typy duševních chorob

Duševní chorobu lze chápat jako vnitřní poruchu osobnosti. Postupně také dochází k odchylce ve vývoji celé osobnosti. Duševní choroba je jakási porucha mozku, která narušuje pocity, jednání, myšlení, nálady jedince, ale i vztahy k ostatním lidem.

Duševní choroby dělíme podle rozsahu daných poruch na dvě základní kategorie, na neurózy a psychózy. Neuróza je funkční psychická porucha bez primárního poškození mozku nebo změny v metabolismu. Narušená schopnost přizpůsobení, porucha myšlení,



jednání, citění. Nemocný si poruchy uvědomuje a trpí jí. Na vzniku neurózy se podílejí vrozené dispozice a zevní vlivy – únava, stres, vyčerpání. Psychózou rozumíme duševní onemocnění, při němž nemocný ztrácí kontakt s realitou: jeho vnímání prožívání a hodnocení skutečnosti je těžce deformováno, chybí vědomí nemoci. Projevem psychózy jsou zpravidla halucinace a bludy.⁹

Psychózy jsou považovány za závažnější, neboť postižený při nich ztrácí „náhled“ na to, co se s ním děje (například schizofrenie). Neurotické poruchy ve většině případů jedincům nebrání, aby pokračovali ve svém normálním životě.¹⁰

Duševní choroby či poruchy podle příčiny jejich vzniku rozdělili ve své knize Psychiatrie do několika skupin autoři této knihy Jiří Raboch a Pavel Pavlovský. Konkrétně se jedná o tyto skupiny:

1. *Organicky podmíněné duševní poruchy*, u kterých se vyskytuje syndrom demence, k jehož základním příznakům počítáme poruchu paměti a intelektu. Demence je charakterizována úpadkem celé psychiky. Nápadné jsou poruchy myšlení, emoční poruchy, které vedou k úpadku mezilidských vztahů. Pod obrazem demence probíhá Alzheimerova choroba, která se projevuje sníženou psychickou výkonností a v pozdních formách této nemoci dochází k tomu, že nemocný není schopen komunikace, je upoután na lůžku a ztrácí paměť.
Dále do této skupiny řadíme vaskulární demenci, která se projevuje zmateností, úzkostlivostí a halucinacemi. Patří sem vzácná Pickova choroba, která se projevuje rychlým úpadkem paměťových intelektových schopností a degradací osobnosti. Dále do této skupiny řadíme Parkinsonovu chorobu a Huntingtonovu chorobu, kdy tato onemocnění vyústí také v demenci.
2. *Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek*, kdy za psychoaktivní látku považujeme látku, která ovlivňuje psychickou činnost. Jsou to látky, které vyvolávají závislost. Do této skupiny řadíme tyto poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek:
 - a) Poruchy vyvolané požíváním alkoholu

⁹ Dostupný z WWW:<http://www.referaty.cz/referaty/referat.asp?id=5560>

¹⁰ Anthony Giddens, Sociologie, Praha 1999, str. 221



- b) Poruchy vyvolané požíváním opioidů (př. morfin, heroin)
 - c) Poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů (př. konopí)
 - d) Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik
 - e) Poruchy vyvolané požíváním kokainu

 - f) Poruchy vyvolané požíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu (př. pervitin)
 - g) Poruchy vyvolané požíváním halucinogenů (př. LSD, lysohlávky)
 - h) Poruchy vyvolané užíváním tabáku
 - i) Poruchy vyvolané užíváním organických rozpustidel (př. toluen)
 - j) Poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek
3. *Schizofrenie* se vyskytuje u lidí velice často a za její základní znaky považujeme poruchy myšlení a jednání. Schizofrenik většinou slyší vlastní myšlenky a má halucinace, slyší halucinové hlasy, které komentují jeho chování, provázejí ho bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře nebo trpí bludy kontrolovanosti a ovlivňování.
- Existuje několik klinických forem schizofrenie:
- a) Paranoidní schizofrenie (vyznačuje se bludy a sluchovými halucinacemi)
 - b) Hebefrenií schizofrenie (vyznačuje se dezorganizovaným myšlením)
 - c) Katatonii schizofrenie (vyznačuje se poruchou chování, neobvyklými pohyby)
 - d) Nediferencovaná schizofrenie (nelze ji zařadit mezi předešlé tři formy)
 - e) Postschizofrenní deprese (vyznačuje se schizofrenními příznaky a zároveň se projevují deprese)
 - f) Reziduální schizofrenie (vyznačuje se negativními příznaky)
 - g) Simplexní schizofrenie (vyznačuje se autismem a emoční otupělostí)
4. *Afektivní poruchy*, nebo – li poruchy nálady patří mezi nejčastější duševní poruchy. U afektivních poruch se setkáváme v zásadě se dvěma syndromy: depresivním, u kterého se projevují poruchy nálady jako je smutná nálada, neschopnosti prožívat radost (př. deprese) a manickým, u kterého naopak bývá nálada nadnesená a euforická (př. bipolární afektivní porucha).
5. *Úzkostné poruchy a poruchy vyvolané stresem* jsou doprovázeny, jak již vyplývá z názvu úzkostí a strachem, jež patří k běžným emocím, které prožívá každý člověk.



Asi nejznámější poruchou patřící do této skupiny je panická porucha. Jejím základním rysem jsou nepředvídatelné, periodicky se opakující záchvaty masivní úzkosti (paniky). Mezi hlavní příznaky řadíme náhlý začátek záchvatu, bolesti na hrudi, závratě, strach z umírání nebo z náhlého zešlivení.

6. *Disociativní poruchy* se vyjadřují především potlačením nepříjemných potřeb. Do této skupiny zařazujeme například disociativní amnézii, při které jde o typickou poruchu paměti, týkající se traumatických nebo stres vyvolávajících událostí (př. znásilnění).
7. *Somatoforní a jiné neurotické poruchy* se projevují opakovanými a rozličnými somatickými prvky, které se nedají vysvětlit tělesnou poruchou. Vedou k nadměrné zdravotní péči a k narušení kvality života postiženého. Jako příklad můžeme uvést hypochondrickou poruchu, jejíž základním rysem je strach z toho, že jedinec trpí závažnou chorobou.
8. *Poruchy příjmu potravy* patří mezi nejčastější hlavně mezi dospívajícími. Jejich základem jsou poruchy myšlení a jednání ve vztahu k jídlu a ke vzhledu vlastního těla. Stále častěji se setkáváme s mentální anorexií, kdy dochází k úmyslnému snižování váhy, které si postižená osoba způsobuje a udržuje sama. Dále se také setkáváme s mentální bulimií, která se charakterizuje záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné váhy. Postižená osoba se pak snaží „výkrmný“ účinek jídla potlačit zvracením nebo vyvoláváním průjmů.
9. *Neorganické poruchy spánku* dělíme na dyssomnie, při kterých je narušeno množství, kvalita nebo časování spánku (nespavost, porucha rytmu spánku – bdění) a parasomnie, při kterých dochází k epizodickým událostem během spánku (noční děsy, noční můry).
10. *Sexuální poruchy* jsou především zapříčiněny duševními chorobami (schizofrenie, afektivní poruchy). Do této skupiny řadíme například poruchy pohlavní identity (transsexualismus), poruchy sexuální preference (fetišismus, pedofilie) nebo odpor k sexualitě a nedostatek sexuální slasti, kdy dochází k negativním pocitům, strachu a úzkosti při pomýšlení na sexuální interakci s partnerem.
11. *Poruchy osobnosti* jsou chorobné stavy, které se projevují nepříznivými nebo nadměrně zvýrazněnými povahovými vlastnostmi v oblasti nižších a vyšších emocí a nálad, pudů, temperamentu, vůle a charakteru, a podivínským, neadaptivním až hrubě rušivým chováním, kterým trpí sám jedinec nebo jeho okolí, případně oba.



12. *Návykové a impulzivní poruchy* se vyznačují neschopností kontrolovat puzení a impulzy vykonat činy, které jsou škodlivé pro postiženého nebo jeho okolí.
13. V současnosti do této kategorie patří patologické hráčství, kleptomanie nebo pyromanie.¹¹

Výše jmenované kategorie jsou velice zajímavé a pro člověka ve společnosti přínosné. Musíme si uvědomit, že i v dnešní době existuje celá řada lidí, která neví, jaké nemoci či poruchy má do duševních chorob zařadit. Pokud lidem položíme otázku, jaké duševní choroby znají, tak většina z nich si vzpomene na schizofrenii, poruchu osobnosti nebo demenci. Ale na druhou stranu si neuvědomují a ani v mnoha případech nevědí, že za nemoc duševního rázu považujeme poruchu příjmu potravy nebo gamblerství.

V rámci mého zkoumání jsem se setkala s klienty, kteří trpí duševními poruchami. Tito lidé mají jakýsi svůj svět, ve kterém žijí. Ale je nutno zmínit, že jsou to lidé jako všichni ostatní a pokud si k nim najdeme cestu, můžeme s nimi bez problému vycházet.

¹¹ Jiří Raboch, Pavel Pavlovský, Psychiatrie, Praha 2001, str. 31 – 191



5. STIGMATIZACE

Stigmatizace či nálepkování duševně nemocných je v první řadě následkem necitlivého nebo neodborného zacházení s psychiatrickými termíny, které mohou pacienta v průběhu terapeutického procesu zranit nebo zbytečně zatížit. A pokud se člověk pro léčbu duševního onemocnění teprve rozhoduje, může mu setkání se stigmatizačními stereotypy cestu k odborné péči značně znepríjemnit a ztížit. Nejen zneužívání a nadužívání pojmů z psychiatrie, ale také řada vžitých mýtů a předsudků o psychiatrii a psychických poruchách, může vést k mnoha zbytečným vnitřním zraněním pacienta.¹²

Stigmatizace je pojem, který se ve společnosti objevuje čím dál tím častěji, ale z vlastní zkušenosti na základě mého antropologického výzkumu musím podotknout, že mnoho lidí význam výrazu stigmatizace nezná. V tomto případě je to o to zarážející z toho důvodu, že většina společnosti se se stigmatizovaným minimálně jednou v životě setkal, ať už se jednalo o člověka s duševním postižením, tělesným postižením či homosexuálem.

K problematice stigma se vyjádřil J. Janíček tak, že stigma je především „znamením hanby“ a „symbolem utrpení,“ které mnohé z nás – pro „nejpodivnější nemoci ze všech“ – doprovází téměř celý život. Odmítám věřit tomu, že stigma duševně nemocného ze mě (za mě) sejme někdo jiný, silnější a zdravější. Ostatní mně mohou bezpochyby výrazně pomoci, ale to nejdůležitější chci udělat sám. Pokud svou odpovědnost za duševní nemoc převedu na jiné (ať už se mně zdá „přidaná hodnota“ v podobě stigmatu jakkoli nespravedlivá), potvrdím a posílím tím celospolečensky rozšířené teze o své nesvéprávnosti a neschopnosti vyřešit cokoli samostatně, a v souladu s obecně uznávanými zákony logiky. Zůstanu tak navěky bláznem, kterého je v moderní době zapotřebí především chránit... Pokud mne má nemoc nepřemůže, neparalyzuje a nezbaví vůle k životu, pak je pro mne tento zápas nejen výzvou, ale i každodenní povinností.¹³

¹² Dostupný z WWW: <http://www.mediatarget.org/clanky/konference/stigmatizace-trpicich-bolestmi-duse>, J. Janíček, 2006

¹³ Dostupný z WWW: <http://www.mediatarget.org/clanky/konference/stigmatizace-trpicich-bolestmi-duse>, J. Janíček, 2006



5.1. Společnost a stigma

Termín stigma a jeho synonyma skrývají dvojí hledisko: Předpokládá stigmatizovaný, že jeho jinakost je již známa nebo že je jasná na první pohled, anebo předpokládá, že přítomným ani není známa, ani ji nemohou okamžitě zaregistrovat.¹⁴

Téměř celá společnost vnímá člověka s určitým stigmatem jako osobu méněcennou, osobu, která se výrazně liší od „normálního“ člověka v „normální“ společnosti. Lidé často stigmatizovaným přisuzují různé nedokonalosti, které s jejich postižením ani nemusejí souviset. Zařazují v mnoha případech postižené na okraj společnosti a snaží se je určitým způsobem od sebe izolovat a nezůstávat s nimi ve styku.

Stigmatizovaná osoba je člověk jako každý jiný a má právo na rovnocennost a na svou identitu. Není správné stigmatizovaného zařazovat či „škatulkovat“ do nějakých skupin, ve kterých jsou pouze lidé trpící stejným stigmatem. Postižený člověk může díky tomuto zařazení pociťovat výše zmiňovanou méněcennost a vyloučení ze společnosti. Na druhou stranu mu může pomoci fakt, že existuje celá řada jiných lidí se stejným problémem čili stigmatem. Před těmito lidmi stigmatizovaný nemusí mít stud a obávat se negativních reakcí týkající se jeho problému, jelikož mají stejnou vadu a vnímají ji jako běžnou záležitost.

Konečně může dojít i k tomu, že se osoba vyznačující se nějakou ostudnou odlišností odvrátí od takzvané reality a bude se zatvrzele pokoušet o nekonvenční interpretaci charakteru své sociální identity. Stigmatizovaný má sklon využívat svého stigmatu k získání „vedlejšího zisku,“ jako omluvy neúspěchů, jež jej potkaly z jiných důvodů.¹⁵ Člověk se stigmatem se zřejmě snaží vykompenzovat svůj problém tím, že se snaží „vytěžit“ ze svého stigmatu nějaké výhody.

Zvláštní postavení stigmatizovaného spočívá v tom, že společnost stigmatizovanému tvrdí, že je členem široké skupiny – společnosti. Tvrdí mu, že je normálním člověkem a lidskou bytostí, ale že je na druhou stranu i trochu jiný a odlišný od ostatních, a proto by tento rozdíl neměl být popírán a tabuizován.

¹⁴ Erving Goffman, *Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*, Praha 2003, str. 12

¹⁵ Erving Hoffman, *Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*, Praha 2003, str. 19



Ačkoli je tedy stigmatizovaný ujištěn, že je lidskou bytostí jako každý jiný, je mu jedním dechem řečeno, že by nebylo moudré předstírat nebo zradit „svou“ skupinu. Krátce řečeno, že je a současně není jako každý jiný – ačkoli ti, kdo mu to říkají, ne a ne se shodnout na míře, v jaké by měl tvrdit, že je tím či oním.¹⁶

5.2. Duševní choroba jako stigma

Duševní nemoc funguje jako silné sociální stigma. U duševně nemocných jde o skryté stigma. Duševně nemocný jedná pod vlivem pocitu vlastní méněcennosti, a tím podněcuje okolí, aby ho za méněcenného považovalo.

Zdrojem nejsilnějšího odmítání duševně nemocného společností jsou situace, kdy nálepka „blázná“ je veřejně známá, nemocný se chová zřetelně v rozporu s normami a ve shodě s pocíťovanou stigmatizací.¹⁷

Pohled lidí na duševně nemocné je ovlivněn stále malou informovaností o této problematice. Dále je to také dáno i určitými předsudky, které jsou v lidech zakotveny. „Normální“ lidé vnímají člověka s duševní poruchou jako osobu, která nemá schopnost se rozhodovat. Přitom v určitých případech tito stigmatizovaní lidé dokážou jednat stejně tak jako ostatní „normální“ zbytek lidí ve společnosti.

5.3. Typy stigmat

Existuje několik typů stigmat, které ve své knize *Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity* popisuje Erving Goffman. Zmíňme se o třech naprosto rozdílných typech stigmat. Především se jedná o ošklivost tělesné – různá tělesná znetvoření. Další jsou vady charakteru vnímané jako slabá vůle, dominantní či nepřirozené vášně, falešná a nesmlouvavá přesvědčení a nepoctivost, jež jsou dovozovány z dobře známého seznamu,

¹⁶ Erving Goffman, *Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*, Praha 2003, str.143 - 144

¹⁷ Sylva Bártlová, *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, Praha 2005, str. 59



na němž najdeme například duševní poruchy, uvěznění, zhoubné návyky, alkoholismus, homosexualitu, nezaměstnanost, sebevražedné pokusy a radikální politické projevy. Posledním typem jsou kmenová stigmata rasy, národa a náboženství, tedy ta, jež se mohou šířit po rodových liniích a rovnoměrně kontaminovat všechny členy rodiny.¹⁸

Výše jmenované typy stigmat mají jeden společný základní rys. A to ten, že se lidé s jakýmkoli stigmatem chovají odlišně od ostatních „normálních“ lidí. Většinou si těchto odlišností v chování jedinců lidé všimnou, tím dochází ke stigmatizaci, která může být pouze dočasná nebo naopak trvalá.

¹⁸ Erving Goffman, *Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*, Praha 2003, str. 12



6. MÉDIA JAKO POSKYTOVATELÉ INFORMACÍ VEŘEJNOSTI

V dnešní době si život bez médií, ať již se jedná o televizi, rozhlas či tisk, nedovedeme představit. Zvláště pokud nám vždy poskytují „zaručené“ informace, kterými nás dnes a denně obklopují. Mezi častá témata mediálních informací patří i tematika různých postižení, která postihují lidi ve společnosti.

Ačkoli se duševní choroby vyskytují od pradávna, přesto se v naší zemi s jejich medializací setkáváme až na konci 20. století. V dřívějších dobách byli duševně postižení považováni za lidi posedlé zlým duchem nebo za „šílence.“ Hledělo se na ně s negativním postojem. Jedním důvodem tohoto negativního postoje byla téměř nulová informovanost týkající se této problematiky.

V západních zemích média řešila problematiku postižených (duševně, tělesně, atd.) daleko dříve než tomu bylo v naší zemi. Dalo by se říci, že se tato problematika začala dostávat na veřejnost až po roce 1989. Do té doby bylo toto téma tabuizované. Společnost měla o problematice postižených povědomí, ale na veřejnosti se o tomto tématu nemluvalo a jako by se to nikoho netýkalo.

V současné době máme daleko lepší informace, než tomu bylo dříve, ale i přesto mohou být zjednodušené a zkreslené. Jako příklad bych chtěla uvést mediálně probíraná klecová lůžka používaná v ústavech, která byla však zrušena a zakázána. Média tento případ ukazovala jako „mučení“ a ubližování těm, kteří byli do těchto „klecí“ zavíráni. Lidé si musí uvědomit, že klecová lůžka byla spíše pro dobro klientů v ústavech. Chránili nejen lidi, kteří se o ne starali nebo se vyskytovali v jejich bezprostřední blízkosti, ale především chránili samotné klienty, kteří si často během různých záchvatů navzájem ubližují.

Média mají tedy silný vliv na lidi ve společnosti, ať je již pozitivní nebo negativní. Je velmi důležité, aby se o tomto tématu mluvilo otevřeně na veřejnosti, ale především, aby se o tuto problematiku zajímala celá veřejnost a nejenom lidé, kterých se to nějakým způsobem týká.



Zarážející je skutečnost, že někteří „normální“ lidé v mnoha případech články uváděné v tisku, které se týkají zejména chorobomyslností nebo jiným postižením lidí, doslova přehlíží. I v dnešní moderní době společnost ztrácí a zřejmě ani nemá pořádný zájem o toto téma. Většina společnosti se domnívá, že se jich tato problematika netýká a ani je nemůže postihnout. Lidé si však musí uvědomit, že nikdy nevědí, jaká životní příhoda je může potkat a tím i psychicky poznamenat.

Pokud položíme lidem otázku, odkud čerpají informace o postižených, tak většina z nich odpoví, že z médií. Avšak pokud se nad tím zamyslíme, musíme si uvědomit, že problematika postižených není tématem, se kterým se setkáváme běžně každý den. Z toho vyplývá, že pokud se o toto téma opravdu lidé nezajímají ze své vlastní vůle, tak jejich informovanost minimální.

V současné době je medializace duševních chorob a dalších postižení velice důležitá. Lidé se spíše soustředí pouze sami na sebe a jakékoli problémy, které se jich přímo netýkají, neřeší a berou je s nadhledem. Na základě medializace společnost získává informace, které lidé mohou ve svých životech uplatnit. Informovanost prostřednictvím médií má silnou váhu, protože je to nejvlivnější a „nejsilnější“ poskytovatel informací celé společnosti.

Dalo by se říci, že díky médiím, společnost problematiku postižených osob nepovažuje za tabu, jak tomu bylo v dřívějších dobách. Díky jejich medializaci je většina lidí schopna o postižených mluvit na veřejnosti a vyjadřovat své názory. I když se názory lidí ve společnosti liší a nejsou pouze pozitivní, tak lze považovat za úspěch je to, že oproti minulosti jsou schopni vyslovit „nahlas“ své názory, přestože jsou někdy slabomyslné a prosté. Lidé by se měli zamyslet nad tím, že postižení může postihnout kohokoli z nás. Proto bychom se neměli spoléhat pouze na informace, které nám poskytuje televize či tisk. Faktem zůstává, že zdraví lidé při nějaké informaci týkající se této problematiky zbystří a zpozorní, ale pokud vědí, že se jich to netýká, dále se tímto nezabývají a vypouštějí tyto informace z hlavy. Lidé si bezpochyby musí uvědomit závažnost tohoto problému.

Problematika postižených je neustále aktuální, a proto by mohlo existovat daleko více pořadů v televizi či knih, které by se tím zabývaly a přiblížily život postižených „normálním“ lidem. Je potřeba, aby se zdraví lidé vcítili do života postižených a hlavně aby samotní postižení věděli, že jsou právoplatnými členy společnosti, a že o ně společnost stojí.



7. VZTAHY MEZI DUŠEVNĚ POSTIŽENÝMI A LIDMI VE SPOLEČNOSTI

7.1. Pohled na vzájemné vztahy mezi dvěma skupinami žijících ve společnosti

Ve vztazích mezi zdravými a postiženými existuje hluboká a nepřírozená ambivalence, neboť je těžké se rozhodnout, jak by se měl člověk chovat ke kvazičlověku, k osobě, která doslova vzbuzuje strach a odpor. Tyto emoce musí zůstat za každou cenu skryty, protože diktují ve vztahu k handicapovaným starostlivost a laskavost. Sociální střetávání je vždycky ožehavá hra, vzájemné ořukávání, při kterém se každá strana snaží odhadnout reakci té druhé a taková hra je mnohem těžší, nemá – li člověk ani matnou představu, jaký je ten druhý.¹⁹

Společnost tvoří lidé, kteří jsou její běžnou součástí. V každé společnosti proto existují vzájemné vztahy, které spojují jednotlivce v dané společnosti. „Normální“ lidé se během svého života setkávají s osobami chorobomyslnými či jinak postiženými zcela běžně. Záleží jen na každém jedinci, jaký vztah bude k postiženým chovat, a jak na něj bude pohlížet.

Současná společnost vnímá osoby s postižením jako menšinu, která je součástí většinové společnosti. Proto jedinci patřící do společnosti „zaškatulkovávají“ osoby, ať již na první pohled s viditelným postižením nebo naopak s postižením, které není na první pohled vidět, do výše jmenované menšiny. Členové této menšiny sami cítí svá odlišení od ostatních, kdy jednou z příčin jsou vzájemné vztahy mezi „normálními“ lidmi a postiženými. „Normální“ lidé se k postiženým chovají v některých situacích povýšeně, nevhodně a kolikrát je nepovažují ani za lidi. Lidé se bojí s postiženými přijít i do osobního kontaktu, aby se od nich nenakazili.

¹⁹ Robert F. Murphy, Umlčené tělo, Praha 2001, str. 104



Ve své interpretaci duševní choroby vycházejí z etiketizační teorie, takzvané „labelling theory.“ Podle T. Scheffa (1966) lze duševní chorobu chápat jako porušování reziduálních norem. Jako reziduální normy se označují hluboko skrytá pravidla, jimiž se řídí běžný život. Etiketizační teorie se soustřeďuje na proces označování určitého chování za deviantní a zkoumá, jak takové nálepkování může ovlivňovat lidské chování.²⁰

Jako nejsilnější zdroj odmítání duševně nemocného společností jsou situace, kdy se nemocný chová v rozporu s normami. Společnost si vytvořila a stále vytváří normy a pravidla, která se lidé snaží dodržovat. Je nutné si uvědomit, že některá postižení brání tomu, aby je tito lidé dodržovali. Na druhou stranu existuje ve společnosti „hrstka“ lidí, která se snaží lidem s postižením pomáhat a mít s nimi vztah, který není nijak odlišný a rozdílný od vztahu či osobního kontaktu, který má s lidmi bez postižení. Díky tomu osoby s postižením nepodléhá pocitu méněcennosti a považuje se za člověka, který je ve společnosti k něčemu platný.

7.2. Duševně postižený jako osobnost ve společnosti

Dobro společnosti je dobrem dočasným, pozemským. Člověk je částí společnosti právě vzhledem k pozemským, dočasným hodnotám. Naproti tomu z hlediska svého poslání k věčnému životu je celkem na společnosti nezávislým a povznáší se nad ni.²¹

Každý člověk žijící ve společnosti je jedinečný, individuální. Lidé jsou jedinci, kteří se od sebe vzájemně odlišují, ale každý z nich má svou osobitost. Všichni lidé jsou lidská individua jednající v různých situacích odlišně. Liší se jejich chování, reakce na různé podněty, rozdílně řeší různé úkoly a situace. Tím, že se lidé různými způsoby odlišují, dokazují jen to, že jsou osobnostmi. Člověk je jedincem, který je podřízen společnosti, ale zároveň může být i osobou, která společnost ignoruje a neřeší. I tímto způsobem může vyjádřit svou osobitost a jedinečnost.

Postižená osoba má i přes svůj handicap svou vlastní individualitu a jedinečnost. I tito lidé mohou být výjimeční a osobití. Pro příklad lze uvést umělecké cítění osob postižených

²⁰ Sylva Bártlová, Sociologie medicíny a zdravotnictví, Praha 2005, str. 59

²¹ Tadeusz M. Jaroszewski, Osobnost a společnost, Praha 1975, str. 310



handicapem. Mnoho postižených je velmi manuálně zručných a úspěšných při výrobě různých uměleckých předmětů. Napomáhá jim to k utužení jejich duševního zdraví a klidu.

Osobnost je všechno to, jaký člověk je, to znamená, jakým se od narození stal, a to jak na podkladě zděděného genetického vývojového „plánu“, tak i v důsledku vlivu prostředí, zvláště pak výchovy. Do vínku mu byl dán kromě tohoto časového „plánu“ i určitý typ temperamentu, povahy, vloh a inteligence, snad i archetypální moudrosti (Jung). Na tomto základě, respektive pozadí, přijímá a zpracovává každé dítě i podobné výchovné vlivy a vjemy rozdílně, jak to vidíme například u sourozenců, kteří si pak uchovávají na rodiče rozdílné vzpomínky, i když tito tvrdí, že vychovávali a milovali své děti stejně. A opět: první zážitky a zkušenosti jsou směrodatné pro způsob zpracování a vnímání zážitků následujících.²² Osobnost můžeme tedy chápat jako souhrn duševních vlastností jednotlivce, kdy jde především o jeho povahu a charakter.

Osobnost není pouze souhrn různých vjemů, ale především je založena na tom, že na sebe nechává působit zážitky, které uvnitř své duše zpracovává. Osobnost tedy zahrnuje prožitky, které ji doprovází celý život a některé z nich mohou vést i k duševním poruchám. Jako příklad můžeme uvést člověka, který musel v počátcích svého života poslouchat a neměl dostatek lásky. Ten potom v dospělosti může podléhat tomu, že je méněcenný nebo naopak může podléhat agresivitě vůči druhým.

Osobností je tedy každý jedinec ve společnosti, ať s handicapem nebo bez handicapu. Avšak osobností, které jsou výrazné, je poměrně málo. Především se jedná o jedince, kteří se nenechají ovlivňovat okolním prostředím, mají svůj vlastní život, dokážou být empatictí vůči druhým a jsou vůči ostatním otevření.

²² Jan Poněšický, *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*, Praha 1999, str. 11



7.3. Obec Kvasiny

V 11. století vznikla při starodávné obchodní stezce osada, jejíž název Kwasinie se v pramenech objevuje až od 15. století. Obec se postupně proslavila bělidly pláten a příze, v 19. století tu byly pily, papírna, cihelna a tkalcovna, dorazila sem i železnice a počátkem 20. století i automobilový průmysl.

Obec Kvasiny se nachází v údolí řeky Bělá, která obcí protéká a rozděluje obec na dvě poloviny. Okolní ráz krajiny je zemědělský a vesnice je obehnána poli a lesy. Obec si ponechává stávající příměstský ráz vhodný pro bydlení a rekreaci v návaznosti na město Solnice, se kterým bude mít stále těsnou vazbu. K obci není přičleněna žádná jiná sídelní jednotka, čímž dostává svůj specifický ráz v začlenění do krajiny.

Kvasiny leží v přírodním prostředí údolní řeky Běla a nachází se zde mnoho kulturních a historických zajímavostí. Historickou dominantou obce je renesanční zámek, jež vlastní rodina Ing. Janečka, který ve 30. letech minulého století založil v Kvasinách automobilovou karosářskou firmu. Dnes zde stojí moderní závod – součást automobilky ŠKODA, ten zase tvoří dominantu současnou.

I občanská vybavenost je na velmi vysoké úrovni. V obci je budova pošty, v jejíchž prostorách se nachází též obecní úřad, knihovna, kadeřnictví. Dále zde stojí hasičská zbrojnice, stadion a dva samostatné sportovní areály. Ústav sociální péče pro mládež lze považovat za další důležitý prvek této obce, který poskytuje sociální služby klientům z celé republiky.

V současnosti má obec asi 1350 obyvatel, kterým umožňuje bydlení, možnost zaměstnání v místě a blízkém okolí, kulturní i sportovní vyžití.

7.4. Ústav sociální péče pro mládež Kvasiny

Ústav sociální péče pro mládež Kvasiny byl založen 2. 4. 1981 a sídlil v kvasinském zámku. V rámci restituce byl zámek navrácen původním majitelům a v obci Kvasiny byl



pro toto zařízení vybudován zcela nový komplex, do kterého se klienti přestěhovali v říjnu 1999.

Ústav sociální péče pro mládež Kvasiny je zařízení, ve kterém jsou umístěni klienti mužského pohlaví jakéhokoli věku. Jedná se o klienty, kteří jsou postiženi mentální retardací, tělesným postižením a v některých případech i duševní poruchou.

Cílové skupiny klientů:

	Chráněné bydlení specifického typu	Výchovný úsek	Zdravotní úsek – mobilní klienti	Zdravotní úsek – imobilní klienti
Věk	nad 18 let	od 3 let	od 3 let	od 3 let
Pohlaví	muži	chlapci a muži	chlapci a muži	chlapci a muži, dívky a ženy
Typ a míra postižení	lehká mentální retardace, plná či částečná mobilita, příp. přidružená smyslová postižení v mírném pásmu	střední mentální retardace, plná či částečná mobilita, příp. přidružená smyslová postižení v mírném pásmu	těžká mentální retardace, plná či částečná mobilita, příp. přidružená smyslová postižení v mírném pásmu	těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, plná imobilita, příp. přidružená smyslová postižení i v plném rozsahu

Dále kvasinské zařízení také poskytuje denní pobyt, který je určen pro chlapce a muže, dívky a ženy od 3 let věku. Tento pobyt je určen pro klienty, kteří trpí lehkou mentální retardací, střední mentální retardací, plnou či částečnou mobilitou, příp. přidruženým smyslovým postižením v mírném pásmu.

Hlavním účelem a posláním místního ústavu je poskytovat komplexní sociální péči postiženým klientům. Dále se jedná o poskytování výchovy a vzdělávání postiženým



v rozsahu jejich schopností, o zajištění péče postiženým zahrnující zejména bydlení, stravování, zaopatření, zdravotní péči a rehabilitaci, kulturní, sportovní či rekreační činnost, pracovně a výchovně pracovní činnost.

Ústav sociální péče v Kvasinách usiluje o to, aby poskytoval služby klientům, kteří potřebují zajistit dané služby formou ústavní péče, udržoval prostorové a technické podmínky pro kvalitní poskytování služeb, zabezpečoval služby dostatečným počtem kvalifikovaných pracovníků, zkvalitňoval poskytování služeb klientům v oblasti individuálních potřeb, zajišťoval dostatečné finanční zdroje pro dosažení maximální kvality poskytovaných služeb.

7.4.1. Provázanost Ústavu sociální péče pro mládež

Kvasiny a obce

Obec není zřizovatelem Ústavu sociální péče pro mládež v Kvasinách. Přesto podporuje rozvoj tohoto sociálního zařízení a snaží se o to, aby obec poskytla klientům umístěných v tomto zařízení vhodné a příznivé zázemí.

Obec Kvasiny každoročně finančně podporuje některé aktivity klientů v ústavu. Jedná se zejména o sportovní aktivity (př. soutěž O pohár starosty, Solnická solná stezka). Dále jim umožňuje dělat výstavy jejich převážně keramických výrobků, které prodávají.

Klientům, kteří jsou postiženi lehkou mentální retardací, vypomáhají při roznášení denního tisku a letáků. Obec jim také poskytuje možnost úklidu veřejného prostranství autobusových zastávek, chodníků apod.

Mezi obcí a výše jmenovaným sociálním zařízením panuje velmi dobrý vztah, schopnost komunikace a kompromisu.



7.5. Pohled občanů Kvasin na postižené umístěné

v Ústavu sociální péče pro mládež Kvasiny

V rámci mého antropologického výzkumu jsem se zaměřila na to, jak společnost vnímá postižené. Konkrétně jsem pro svůj výzkum zvolila obec Kvasiny, kde sídlí Ústav sociální péče pro mládež. Jedná se o ústav, kde jsou umístěni klienti – chlapci a muži, kteří trpí lehkou, střední nebo těžkou mentální retardací, tělesným postižením a v některých případech jsou klienti postiženi duševní poruchou.

Nejčastější duševní poruchou doprovázející mentální retardaci, která se u klientů umístěných v Ústavu sociální péče pro mládež Kvasiny vyskytuje, je schizofrenie. Tato duševní nemoc se projevuje především poruchou myšlení a vnímání, halucinacemi a bludy, sklony k sebevraždě nebo poruchou vnímání samotné reality.

Dále se zde vyskytují klienti s diagnózou psychopatie, kdy dochází k tomu, že klient týrá sám sebe nebo dokonce ostatní klienty.

V případě, že klient ústavu ztratí „nadvládu“ nad duševní poruchou, která ho zužuje, tak je hospitalizován v Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod, která je místnímu ústavu nejbližší, a proto spolu tyto dvě zařízení spolupracují. Nemocný klient zde podstupuje nejrůznější léčby. Nejčastěji se jedná o medikamentózní léčbu, kdy jsou klientovi podávány různé kombinace utěšujících léků, které mu mají s jeho problémem pomoci. Pokud se klientův stav zlepší nebo navrátí do původního stavu duševní nemoci, tak je klient převezen zpátky do zdejšího ústavu.

7.5.1. Cíle antropologického výzkumu

Antropologický výzkum jsem prováděla v obci Kvasiny, kde sídlí již zmiňovaný Ústav sociální péče pro mládež Kvasiny. Pokusila jsem se zjistit, jak místní obyvatelé vnímají



postižené, kteří jsou umístěni ve zdejším ústavu. Zaměřila jsem se především na *tři konkrétní cíle*:

- 1) Nastítnit pohled občanů Kvasin na postiženou mládež umístěnou v Ústavu sociální péče pro mládež Kvasiny.
- 2) Poukázat na znalost místních obyvatel o postižených v Kvasinách, a jak se tato znalost vyvíjela a vyvíjí.
- 3) Zaměřit se na to, do jaké míry se liší názory místních obyvatel na postižené v soukromí a na veřejnosti.

Na základě rozhovorů, které jsem s místními občany prováděla, jsem došla k zajímavému zjištění. Zdejší obyvatelstvo lze rozdělit do *tří skupin*:

- 1) Obyvatelé Kvasin, kteří jsou zároveň zaměstnanci zdejšího ústavu.
- 2) Obyvatelé Kvasin žijící v této obci celý život, které lze dále dělit na:
 - a) občany staršího a středního věku
 - b) občany mladšího věku
- 3) Obyvatelé Kvasin, kteří se do obce nově přistěhovali a nežijí zde dlouho.

Názory výše jmenovaných skupin se liší, a proto se dále pokusím přesněji a podrobněji rozvést skutečnosti, ke kterým jsem došla. Pokusím se vystihnout cíle, které jsem si stanovila a k jakému výsledku jsem se dopracovala.



7.5.2. Pohled občanů Kvasin na postiženou mládež umístěnou v Ústavu sociální péče pro mládež Kvasiny

Jako první cíl, který jsem si stanovila, byl ten, jaký je samotný pohled místních občanů na postižené, které jsou umístěni ve zdejší sociální zařízení. Zaměřila jsem se především na to, jak lidé ve společnosti vnímají postižení u lidí, kteří jím trpí. Také jsem se pokusila z jejich zjistit, zda je jejich přístup k postiženým negativní či pozitivní.

Obyvatelé Kvasin, kteří jsou zároveň zaměstnanci zdejšího ústavu:

Tato skupina dotazovaných projevila velice kladný vztah k postiženým umístěným v místním sociálním zařízení. Je to zřejmě dáno především tím, že jsou zaměstnání přímo v ústavu a dennodenně přicházejí s postiženými do osobního styku. Zaměstnanci je vnímají jako obyčejné lidi, kteří sice mají nějaký problém, ale jsou schopni mezi námi normálními žít a existovat.

Jelikož se nejedná o zařízení o velkém počtu klientů, tak lze říci, že všichni zaměstnanci, ať už se jedná o zdravotníky, vychovatele, sociální pracovníce, kuchařky nebo pradelny, znají všechny klienty a vědí jakými postiženími a duševními poruchami trpí. Na základě těchto znalostí také k postiženým přistupují.

Obyvatelé Kvasin žijící v této obci celý život:

Tuto skupinu obyvatel jsem rozdělila na další dvě podskupiny, jelikož se jejich názory na toto téma v některých případech liší.

Občané staršího a středního věku mají k postiženým kladnější vztah než ti mladší. Přesto, že si většinou lidé myslí, že staří lidé mají k postiženým negativní vztah a stále postižení vnímají jako nějaké „nadpřirozené síly a vlivy“. Na základě výzkumu v obci



Kvasiny jsem došla k opačnému názoru. Staří lidé nemají problém přijít do styku s postiženými a dokonce s nimi komunikovat. Faktem sice zůstává, že se spíše lidé v této skupině nezajímají o to, jaká je příčina postižení a proč vůbec postižení existují, ale přítomnost takto nemocných jim v obci nevadí.

Občané mladšího věku se o postižené vůbec nezajímají a mají k nim spíše pasivní vztah. O klientech místního zařízení hovoří v některých případech jako o „bláznech“ a raději se styku s nimi vyhýbají. Je to dáno zřejmě i tím, že jsou to především lidé v adolescentním věku a nejsou ještě dost vyzářlí.

Musím však konstatovat, že jsem se u mladších obyvatel nesetkávala pouze s předešlými názory. Jelikož jsou v Kvasinách studenti středních škol sociálního zaměření, tak právě tito studenti vědí o problematice postižených a mají k nim velmi dobrý vztah. Na základě svého vzdělávání navštěvují místní ústav v rámci školních praxí a tím dochází k tomu, že různá postižení vnímají a vědí, že postižení může postihnout kohokoli z nás.

Obyvatelé Kvasin, kteří se do obce nově přistěhovali a nežijí zde dlouho:

Tato skupina obyvatel je velice zajímavá a asi nejvíce se liší svými názory. Většinou se jedná především o mladé páry nebo mladé rodiny s dětmi. Tito lidé, kteří zde žijí teprve krátkou chvíli, o zdejším ústavu mnoho nevědí. Samozřejmě jsou obeznámeni tím, že zde nějaké sociální zařízení sídlí, ale někteří z nich o něm nemají žádné informace. Jelikož se jedná o mladé páry, které mají malé děti, tak možná i proto si uvědomují riziko postižení. Většina z nich ví, že se postižení lidem nevyhýbá a může potkat kohokoli.

Avšak tato skupina se liší v názorech na to, že mohou přijít osobně do styku s postiženými z ústavu. Tuto dotazovanou skupinu jsem rozdělila na dva tábory. Do prvního spadají lidé, kterým po přistěhování do obce nevadí přítomnost postižených klientů a mají k nim pozitivní přístup. Na druhou stranu jsem se u dotazovaných setkala s názory, kdy jim po nastěhování nebyla přítomnost postižených příjemná a měli s tím jakýsi problém. Především měli strach z toho, že se jejich děti dostanou do styku s postiženým a ten jim ublíží. S radostí však musím říci, že tato druhá skupina přistěhovalých postupem času změnila svůj názor a v současnosti jim přítomnost postižených v obci nevadí.



7.5.3. Znalost místních obyvatel o postižených

v Kvasinách a jak se tato znalost vyvíjela a vyvíjí

Další bod, který jsem si stanovila, byla znalost místních obyvatel o postižených v Kvasinách. Chtěla jsem především zjistit, zda místní občané vědí, jakými postiženími klienti trpí, zda provozují nějaké aktivity, zda jim je poskytována kvalitní péče. Dále jsem se pokusila o to, jak se tato znalost zdejších obyvatel vyvíjela a v současnosti vyvíjí.

Obyvatelé Kvasin, kteří jsou zároveň zaměstnanci zdejšího ústavu:

Tato skupina obyvatel má nejvřelejší vztah k postiženým klientům. Lidé, kteří pracují v tamějším zařízení, mají podrobné informace o klientech. Jak jsem se již zmínila, tak všichni zaměstnanci znají problémy postižených klientů. Samozřejmě se odlišuje úroveň znalosti vychovatelů, zdravotníků či sociálních pracovníků od občanů, kteří jsou zaměstnáni v kuchyni nebo prádelně. Je jasné, že například vychovatelé nebo zdravotníci vědí, jaká situace může zapříčinit „výbuch“ klienta a jakým způsobem ho uklidnit a navrátit do „původního“ stavu.

Tím, že jsou zde občané Kvasin zaměstnáni, tak samozřejmě vědí o tom, jaké aktivity klienti mají. Znají jejich výrobky z keramické dílny nebo výrobu svíček, které se také věnují. Dále znají jejich sportovní aktivity, kdy postižení jezdí na turnaje ve volejbalu nebo přehazované. Klienti, kteří jsou méně postiženi, mohou jezdit na rekreaci, kdy se jedná zejména o tábory nebo různé výlety.

Tato skupina obyvatel má také velmi dobrý přehled o tom, zda je postiženým poskytnuta kvalitní a komplexní ústavní péče. Samozřejmě všichni dotazovaní odpověděli v kladném slova smyslu. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že klientům je opravdu věnováno mnoho času, kdy jim je poskytnuta například muzikoterapie nebo hypoterapie, popřípadě výtvarná činnost nebo jakékoli jiné pracovní činnosti.



Zaměstnanci a zároveň občané obce, kde je umístěn ústav, získali především znalost o problematice postižených na základě jejich zaměstnání v ústavu. Pokud se jedná zejména o vychovatele či zdravotníky, tak jejich znalost o postižených byla dána již jejich vzděláním a informovaností. A tím, že nastoupili do zaměstnání v ústavu, se jejich znalost o této problematice rozšířila. Na druhou stranu občané, kteří jsou v místním zařízení zaměstnání na pozicích, které se přímo netýkají problematiky postižených (zahradnice, kuchařky), získaly danou znalost o postižených až nástupem do tohoto zaměstnání. Proto znají lépe problematiku různých postižení a na rozdíl od jiných tomu více rozumějí a dokážou se daleko lépe vcítit do odlišného chování postižených osob.

Obyvatelé Kvasin žijící v této obci celý život:

V tomto případě jsem zjistila, že znalost této skupiny o postižených v Kvasinách není na vysoké úrovni. Bez ohledu na věk lidé sice vědí, že klienty zužují tělesná a mentální postižení, ale netuší, že jsou zde umístěni lidé, kteří jsou postiženi duševními poruchami. V podstatě vědí o tom, že jsou zde nějací postižení, ale nezajímají se podrobně o to, jakými postiženími trpí.

Sice tyto občané nemají podrobnější povědomí o postiženích, kterými trpí zdejší klienti, tak alespoň vědí o jejich pracovních a výchovně pracovních činnostech. Znají jejich výstavy, na kterých postižení prodávají své výrobky, ale především se jich také zúčastňují výrobky kupují. Lidé si především chválí vánoční výstavu, která se koná každý rok a má bohatou účast. Z toho vyplývá, že místní obyvatelé přispívají alespoň malou částkou na život klientů v ústavu.

Občané, které jsem zařadila do této skupiny, věří, že péče, která je klientům poskytována, je na dobré úrovni. Na druhou stranu však nevědí, v čem tato péče spočívá. Neznají terapie a činnosti, které se s klienty provádí. Jediné čeho si jsou vědomi, jsou procházky klientů ústavu po obci. Tuto neinformovanost považuji za zcela běžnou, protože občané do ústavu nemají volný přístup a pokud se o tuto problematiku nezajímají z vlastní iniciativy, tak nevědí, co do takové kvalitní péči o postižené, zařadit.



Znalost místních občanů o postižených se přece jenom v současnosti liší od minulosti. Především starší lidé jsou toho názoru, že dříve neexistovaly informace o této problematice, a proto neměli dostatečnou znalost. V současnosti získávají informace především v tisku nebo televizi. Konkrétní informace o postižených v místním ústavu nejsou moc zveřejňovány, ale někdy se o nich místní občané mohou dočíst v regionálním tisku nebo v „Kvasinském zpravodaji“.

Obyvatelé Kvasin, kteří se do obce nově přistěhovali a nežijí zde dlouho:

Tito obyvatelé nemají téměř žádnou znalost a povědomí o postižených klientů umístěných zde v ústavu. Samozřejmě je to zapříčiněno tím, že zde nebydlí dlouhou dobu. Ale musíme si uvědomit, že i předchozí skupina, kam řadíme lidi, kteří zde v obci žijí celý život, nemá podrobnou znalost o postižených klientech.

Přesto, že tito dotazovaní žijí v obci relativně krátkou dobu, tak byli obeznámeni s různými aktivitami postižených. Pro příklad bych chtěla uvést Solnickou solnou stezku, které se účastní postižení i „normální“, především mladí, lidé.

O tom, zda je klientům zařízení poskytována dobrá péče, mnoho nevědí, ale předpokládají, že je o ně dobře postaráno. Jako důvod lze uvést, že v mnoha případech rodiče nemají takové prostředky a mnohdy ani sílu, aby se o ně starali sami. Ústavní péče poskytuje odborné schopnosti kvalifikovaných pracovníků a ti s nimi rozvíjejí jejich dovednosti.

Znalost těchto občanů o místních postižených byla samozřejmě nulová, ale tím, že zde bydlí a přichází s postiženými do styku v rámci jejich procházek po obci, mají alespoň malé povědomí o jejich přítomnosti. Dokonce jsem se setkala i s tím názorem, že jedna dotazovaná se na základě toho, že zde sídlí ústav, začala podrobněji zajímat o tuto problematiku a tím rozvíjet svou informovanost.



7.5.4. Míra odlišnosti názorů lidí na postižené

na veřejnosti a v soukromí

Cílem třetím jsem chtěla poukázat na to, do jaké míry se liší názory lidí na postižené na veřejnosti a v soukromí. Zaměřila jsem se především na to, co je k tomu vede, že se vyjadřují k tomuto tématu odlišně právě na veřejnosti a v soukromí.

V tomto případě jsem místní občany nerozdělila do výše jmenovaných skupin, protože se jedná o to, že se názory některých jednotlivých lidí liší v soukromí a na veřejnosti. Jde o to, že se lidé k dané problematice vyjadřují jinak, pokud jsou v jejich přítomnosti a v jejich blízkosti jiní lidé, a dále se pak odlišují jejich názory, pokud dojde k rozhovoru na dané téma v soukromí, kde k tomu nepřihlíží okolí.

Pokusila jsem se udělat rozhovory ve skupinách a poté s každým jednotlivě. Mohu říci, že u některých dotazovaných jsem se opravdu setkala s odlišnými názory. Na veřejnosti v přítomnosti skupiny respondent hovořil o dané problematice v kladném slova smyslu a nesršely z něho žádné negativní reakce. Ale po tom, co jsem s ním prováděla rozhovor v soukromí, se vyjadřoval o postižených poměrně negativně a odporoval si svým původním názorům. Zde je názorný příklad toho, že se lidé snaží vypadat před druhými co nejlépe a snaží se zapadnout do většiny. Myslím si, že i přesto, že má člověk jiný třeba i negativní přístup k postiženým, tak nemá důvod, aby se vyjadřoval jinak na veřejnosti a jinak v soukromí. Každý člověk by si měl stát za svým názorem.

Na druhou stranu musím říci, že výše jmenovaný případ byl ojedinělý. Ostatní členové skupinových rozhovorů se v soukromí vyjadřovali stejně jako na veřejnosti, dokonce se i více rozhovořili a nesečkala jsem se vyloženě s negativním přístupem k danému tématu.

V rámci svého výzkumu jsem několikrát navštívila místní sociální zařízení, kdy jsem se účastnila běžného klientova dne v ústavu. Tím jsem využila metodu zúčastněného pozorování, kdy jsem se opravdu přesvědčila o tom, že zaměstnanci ústavu se věnují svým klientům v plné péči. Jelikož jsem s klienty chodila i na procházky po obci, tak mohu říci, že



jsem se osobně nesetkala s nějakým negativním přístupem ze strany občanů. Při osobním setkání postižených a místních obyvatel, nedocházelo k rozpakům nebo negativním reakcím občanů. Došla jsem k tomu závěru, že místní lidé jsou s klienty ústavu sžity a tím, že zde toto zařízení již nějakou dobu je, tak je vnímají jako ostatní občany. Nemluvím však o malých dětech, kdy jejich zvědavé pohledy každému napoví, že danou odlišnost vnímají.

Lze říci, že místní lidé mají k postiženým klientům téměř kladný vztah. Jelikož jim postižení žádným způsobem nezasahují do jejich životů, tak je místní občané vnímají stejně jako ostatní občany. Lidé vnímají zdejší ústav jako součást obce a pomoc lidem, kteří nejsou schopni se sami o sebe postarat.



8. ZÁVĚR

Tato práce byla zaměřena na to, jak společnost vnímá postižené obyvatelstvo, především občany s duševními poruchami. Chtěla jsem poukázat především na to, jak se odlišují názory „normálních“ lidí ve společnosti na postižené. Konkrétně jsem si pro svůj výzkum vybrala obec Kvasiny, kde sídlí Ústav sociální péče pro mládež Kvasiny.

V rámci svého výzkumu jsem se zaměřila na tři základní body. Jednalo se zejména o to, jaký je pohled občanů Kvasin na postiženou mládež, jaká je znalost místních obyvatel o postižených a jak se tato znalost vyvíjela a vyvíjí, jaká je míra odlišnosti názorů lidí na postižené na veřejnosti a v soukromí.

Z mého zjištění jsem došla k tomu, že místní lidé vnímají své postižené „spoluobčany“ především v kladném slova smyslu a považují je za nedílnou součást obce. Přestože jejich informovanost není příliš vysoká, tak i přesto mají alespoň malé povědomí o jejich činnosti.

V současnosti je společnost z větší části smířená s tím, že zde existují různá postižení (duševní, mentální, tělesná). Lidé si konečně uvědomují, že se postižení týká nejenom těch nemocných, ale celé společnosti, protože postižení budou vždy součástí společnosti. Přístup společnosti k postiženým je daleko otevřenější i přesto, že se názory lidí na postižené odlišují a mění.



POUŽITÁ LITERATURA

Bártlová, Sylva. Sociologie medicíny a zdravotnictví, 6. přepracované a doplněné vydání, Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-1197-4

Foucault, Michel. Dějiny šílenství: Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby, 3. svazek edice 21, Praha: Lidové noviny, 1994, ISBN 80-7106-085-2

Giddens, Anthony. Sociologie, 1. vydání – dotisk, Praha: Argo, 1999, ISBN 80-7203-124-4

Goffman, Erwing. Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity, 1. vydání, Praha: Slon, 2003, ISBN 80-86429-21-0

Jaroszewski, Tadeusz M. Osobnost a společnost, 1. vydání, Praha: Svoboda, 1975, ISBN 25-094-75

Raboch, Jiří, Pavlovský, Pavel: Psychiatrie - minimum pro praxi, 2. vydání, Praha: Triton, 2001, ISBN 80-7254-156-0

Vencovský, Eugen. Psychiatrie dávných věků, 1. vydání, Praha: Karolinum, 1996, ISBN 80-7184-226-5

Internet:

Dostupný z WWW: http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_anthropology

A. McElroy: Medical antropology, New York, 1996. Dostupný z WWW: <http://www.univie.ac.at/ethnomedicine/medical%20Anthropologie.pdf>

Dostupný z WWW: <http://www.referaty.cz/referaty/referat.asp?id=5560>

Janíček, Jeroným. Stigmatizace trpících bolestmi duše. XXIX. Konference sociální psychiatrie. Výbor sekce sociální psychiatrie PS ČLS JEP (30. 11. – 2. 12. 2006, Poděbrady). (cit. 3. 1. 2007). Dostupný z WWW:

<http://www.mediatarget.org/clanky/konference/stigmatizace-trpicich-bolestmi-duse/>



Příloha č. 1

Tento rozhovor se konal přímo v Ústavu sociální péče pro mládež Kvasiny. Jedná se o rozhovor se zaměstnancem - ženou zdejšího sociálního zařízení, který je zároveň občanem obce Kvasiny.

V = výzkumník

R = respondent

V: Tak já dělám „Bakalářku“ na téma duševní choroby u lidí ve společnosti a v úvodu bych se chtěla zeptat, jestli považujete postižení jako takový za tabu.

R: No, za tabu to určitě nepovažuji, protože v dnešní době to je už docela normální.

V: A myslíte si, že má tenhle názor celá společnost?

R: To je těžký, to asi ne. Já tady v ústavu pracuju, tak mi to nepřijde neobvyklý, ale asi existují lidi, který si pořád myslí, že se tenhle problém na světě vyskytuje, ale že se o něm nemluví nebo by se o něm mluvit nemělo.

V: A můžu se zeptat? Jakou práci tady vykonáváte?

R: Dělán sociální pracovníci. Nejdřív jsem tady byla jako vychovatelka, ale protože nám odešla jedna sociální na mateřskou, tak jsem nastoupila místo ní. Mám na to i školu.

V: A co tahle práce obnáší?

R: Jedná se spíš o papírování. Hlavně vyřizujeme žádosti o přijetí, zajišťujeme různé akce pro kluky a tak.

V: Myslíte si, že společnost jako taková, vnímá lidi s postižením, ať už duševním nebo tělesným, jako menšinu?

R: Hm...No, já si myslím, že asi spíš ne. I když zas tady mezi náma jsou lidi, který se postiženejm smějou a maj je za blázny. Ty by je možná za menšinu brát mohli.

V: Je to třeba daný tím, že lidi nemaj dostatek informací o týchle problematice?

R: Tak to si nemyslím...Řekla bych, že v dnešní době existuje daleko víc informací než



tomu bylo dřív a lidi si vo tom můžou přečíst v novinách nebo i na internetu, existujou i různé knížky, který se touhle problematikou zabývají. Třeba i v televizi jsou různé pořady, který ukazujou životy postižených a popisujou ty jejich duševní nebo mentální poruchy.

V: A vy bydlíte přímo tady v Kvasinách?

R: Jo, bydlím, už odmala.

V: A jak jste se vůbec k týhle práci dostala?

R: No, tak protože jsem d'ála vošku se zaměřením sociálně-právním. A po škole se mi naskytla možnost jít do ústavu, tak jsem tam nastoupila.

V: Myslíte si, že mezi postiženýma a normálníma lidma, existuje dobrý vztah?

R: No, tak to je těžký. Ale asi vesměs jo. Taky jsem se teda setkala s lidma, který prostě postiženým nadávají do bláznů a ještě daleko hůř, ale o těch lidech, co maj takovýhle názory si myslím svoje.

V: A jak to vidíte tady v Kvasinách? Jak místní občané vnímají přítomnost postižených, který jsou tady v ústavu umístěný?

R: Podle mýho názoru je vnímají docela dobře. Jsou s nima už tak nějak sžitý. Ve většině případech jim ani nevěnujou nějakou mimořádnou pozornost. Prostě je berou tak nějak za samozřejmost, a že už do těch Kvasin patří. Třeba když chodíme s klukama na procházky, tak ani neregistruju nějaký divný pohledy nebo tak. Je jasný, že malý děti vnímaj tu odlišnost a to, že jsou kluci jiný, ale to prostě k dětem patří. Prostě tady v Kvasinách je normální, že tady místní lidi přicházej do styku s postiženýma, který tady žijou.

V: Takže to znamená, že tady ty místní maj kladnej vztah ke klientům zdejšího ústavu?

R: No, hmm...Řekla bych, že jo. Tak jako je docela jasný, že když se sem přistěhujou nový lidi a nejsou na to zvyklý, tak maj třeba divnej pocit z toho, že najednou potkaj postiženýho. Ale myslím si, že si na to brzy zvyknou a ani jim to nepřijde.

V: A ty kluci z ústavu mají nějakou větší volnost?



- R: No, větší volnost. Kluci, který jsou na tom líp, netrpěj různýma i nepředvídatelnýma záchvatama a jsou schopný bejt tak nějak sami, maj volnost po celým areále. To znamená, že se pohybujou samovolně po pavilonu a když je hezky, tak můžou jít i ven a pohybovat se samovolně po areálu venku. A třeba ty, co jsou z chráněnýho, tak můžou vlastně chodit sami i mimo areál. Takže chodí třeba po obci na procházky bez jakýhokoli doprovodu. Nebo choděj roznášet letáky, což jim zprostředkovává obec. Taky pomáhaj třeba uklízet obec a tak.
- V: Tak to maj docela aktivity.
- R: To maj. My s klukama jezdíme třeba na výlety nebo jezdí i na různý několikadenní tábory. S těma schopnějšíma jezdíme na turnaje v přehazovaný nebo na pinec.
- V: Ještě bych se chtěla zeptat, jaký máte názor na to, že je v Kvasinách tohle sociální zařízení.
- R: Mně to vůbec nevadí. Jsem za to i ráda, vždyť tady pracuju, že jo (smích). Ne, je dobře, že takovýhle zařízení jsou, protože lidi s postižením tady budou a nemůžem je zavrňovat. Můžeme se to stát komukoli z nás.
- V: A myslíte si, že je dobré dávat postižené do ústavu?
- R: No, podívejte se. Jsem toho názoru, že lidi, který nejsou schopný se o sebe postarat, tak asi do toho ústavu patří. Vždyť je to pro jejich dobro. Sama vím, že je to pro ně lepší. Potom je ta celá rodina, která má doma člena s nějakým postiženým, omezená a musí se mu plně věnovat. Prostě normální člověk nikdy neví, co může postiženýho napadnout, prostě mu lidově řečeno přeskočí a člověk, kterej není odborník, neví, co s ním má dělat. Jenže v dnešní době to je hrozně těžký dostat se do ústavu. Trvá to třeba rok nebo i dýl.
- V: Je vidět, že máte velice dobrý vztah k postiženým. Myslíte si, že by tomu bylo i tak, kdybyste tady nepracovala?
- R: A tak já věřím, že jo. Nikdy před tím jsem nad tím ani neuvažovala. Tak jako žiju tady odmala a nikdy mi nepřišlo tak ňák divný, že tady u nás jsou postižený. Je fakt, že tím, že pracuju v ústavu mám určitý znalosti o týhle problematice, vím něco o duševních



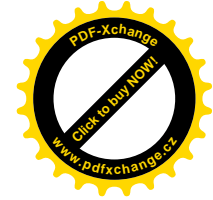
poruchách, kterými trpí místní klienti a prostě vím toho asi možná o něco víc než lidi, který s nima nepřijdou až tak do styku. Prostě znám tuhle problematiku a vím, že člověk s postižením má svůj svět, ale prostě to se nedá nic dělat. Je nutný, aby se o tyhle lidi někdo staral a dával jim péči. Oni to vycejtí, že je má někdo rád a stojí o ně. Potřebujou vědět, že si můžou s někým popovídat, teda jestli toho jsou schopný. A my jim to tam, teda doufám, umožňujem.

V: Jak tak koukám, tak vy k nim máte moc hezkej vztah.

R: No, jo, no. Jsou to takový naše děti. Prostě i když je některejm třeba přes padesát, tak se chovaj jako děti a my s nima taky tak musíme jednat. Hlavně si musíme uvědomovat, jakýma duševníma poruchami trpěj, abysme je nějak nenaštvali a nevyvolali třeba záchvat. To tady máme případ, kdy klient dostane z ničeho nic záchvat, nevidí, neslyší a potom, co ho to přejde, vůbec neví, co se stalo. Prostě tahle problematika je strašně zajímavá a mohlo by se na tohle téma mluvit hodiny a hodiny.

V: Tak to máte pravdu. Já bych vám chtěla moc poděkovat za rozhovor a ať se vám daří v práci a v životě. Moc děkuju.

R: Taky děkuju.



Příloha č. 2

Rozhovor probíhal doma u respondenta a nikdo našemu rozhovoru nebyl přítomen. Šlo o rozhovor se ženou, která se do obce Kvasiny provdala.

V = výzkumník

R = respondent

V: Takže já studuju sociální antropologii a jaké téma Bakalářské práce jsem si zvolila duševní choroby. Máte nějaké informace o této problematice? A odkud je kdyžtak získáváte?

R: Tak já si myslím, že o tom něco vím. Často se o tom mluví v televizi, kde jsou různé pořady na tohle téma.

V: Považujete problematiku duševních chorob a i jiných postiženích za tabu?

R: No, tak to asi ne. Dneska se už vo tom normálně mluví a přijde mi, že se s tím i víc setkáváme třeba v tý televizi. Prostě přijdem s tím do styku víc než tomu bylo dříve.

V: Bydlíte v Kvasinách odmala? Nebo jsem se sem přistěhovala?

R: Bydlím tady asi 10 let, jinak pocházím ze Skuhrova, to je vedlejší vesnice.

V: Ptám se záměrně, protože by mě zajímal váš názor na to, že tady sídlí sociální zařízení, teda ústav.

R: Mně to vůbec nevádí. Přijde mi to normální, asi proto, že jsem jen z vedlejší vesnice, takže vím, že ten ústav tady je a s postiženýma jsem se setkávala, i když jsem tady přímo v Kvasinách nebydlela.

V: A jste pro to, aby byli lidi s postižením umístováni do těchto zařízení?

R: No, tak já proti tomu nic nemám. Maj tam asi lepší péči než doma a jsou tam odborníci, tak předpokládám, že jim poskytují odbornou a dostatečnou péči. Já osobně si nedovedu představit, že bych byla schopná se starat o duševně nebo tělesně postiženýho. Musí to bejt strašný. Pořád toho člověka hlídat, aby se mu něco nestalo.



Taky si myslím, že v ústavu jim můžou rozvíjet jejich chápání, myšlení a tak. Dost se jim tam věnujou, což doma asi není tak možný.

V: Dostala jste se někdy do konfliktu se zdejším postiženým?

R: Tak to určitě ne. Vlastně s nima nepřijdu ani moc do styku, když nepočítám to, že je občas potkávám, když jdou po obci po procházce. Některý dokonce roznášej noviny a letáky. Jedině v těchhle případech s nima přijdu do styku. A pokud vím, tak ani nikdo z mých známých s nima žádný problém neměl.

V: Setkala jste se někdy s nějakým až moc negativním názorem, který se týkal zdejších klientů?

R: Ale ani ne. Přijde mi, že ty lidi, co tady žijou, je berou úplně normálně. Tak je беру i já sama. Prostě jsem na nětady zvyklá a ani si už nedovedu představit, že by tady ten ústav nebyl. Je to prostě zvyk.

V: Víte o nějakých aktivitách, který klienti tady v ústavu mají?

R: Víím, že se zúčastňujou Solnický solný stezky, která vede přes ústav. A dál tak ňák moc nevím, ale určitě budou dělat ještě nějaký věci. Jo, teď jsem si vzpomněla, že taky vyráběj svíčky a takový různý keramický výrobky, který i prodávaj.

V: Myslíte si, že společnost vnímá postižené jako menšinu?

R: Já bych řekla, že možná ještě trochu jo. Lidi vnímaj, že člověk s postižením je odlišnej a jinej. Já to беру tak, že do naší společnosti tyhle lidi patří a asi vždycky budou. Osobně je za menšinu nepovažuju. Asi je to daný i tím ústavem, kterej tady je.

V: Tak já vám děkuju za rozhovor, mějte se hezky, nashledanou.

R: Díky, nashle.

