STIGMATIZÁCIA A PSYCHICKÁ PORUCHA

Stigmatization and mental disorder

Zuzana Kusá¹, Igor Ondrejka²

8: 200 - 435, 2006

ISSN 1212-4117

¹ Univerzita Komenského v Martine, Jesseniova lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva² Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského a Martinskej fakultnej nemocnice v Martine, Psychiatrická klinika**Summary**

The work is aimed at the theme of stigmatization of humans (patients) with mental disorders, which is very important from the standpoint of the society. An individual with a mental disease suffers from consequences of a prejudice and evaluation of his/her disease by other people, which present a principal starting point for attributing him/her marks or stickers – stigma. The stigmatization involves groups of patients, who are specified by the society as carriers of a negative group feature, which affects their position in the society and fulfilling of tasks and which leads to their discrimination. The stigmatization by a mental disorder hits not only patients, but also their care givers, family members, psychiatrists and even psychiatry as a scientific discipline. The work deals with the origin of the concept stigma, sources, forms and mechanisms of the action of the stigma and stigmatization. In the work, a case history is described of a child with mental disorders, who was stigmatized at different levels of the social function, at the level of the school – the teacher and schoolmates, also with a certain participation of the paediatrician of the first contact and subsequent effect on the family – parents. Through the mediation of the case history, the negative effect and consequences of stigmatization hitting the child and its closest environment are analyzed and adequate methods of the de-stigmatization of the patients with mental disorders and also of psychiatry as a principal medicinal discipline are considered. By de-stigmatization of mental diseases, including those occurring in childhood, in people with these diseases, it is necessary to recover their enjoyment of life and dignity and to keep and support their quality of life.

Key words: stigmatization – mental disorder – psychiatry – de-stigmatization

Souhrn

Práca je zameraná na spoločensky významnú tému stigmatizácie človeka (pacienta) duševnou poruchou. Jednotlivec s duševnou poruchou znáša dôsledky predsudku, hodnotenia jeho choroby inými ľuďmi, ktoré sú základným východiskom pre jeho značkovanie, nálepkovanie – stigma. Stigmatizácia postihuje skupiny pacientov, ktoré spoločnosť označí ako nositeľov negatívnej skupinovej vlastnosti, čím ovplyvní ich spoločenské postavenie, plnenie rolí a vedie k diskriminácii. Stigmatizácia psychickou poruchou zasahuje nielen pacientov, ale aj ich opatrovateľov, rodinných príslušníkov, psychiatrov, dokonca psychiatriu ako odbor. Práca pojednáva o pôvode pojmu stigmy, zdrojoch, formách a mechanizmoch pôsobenia stigmy a stigmatizácie. V práci je uvedený kauzistický prípad dieťaťa s psychickými poruchami, ktoré bolo stigmatizované na rôznych úrovniach sociálneho fungovania, na úrovni školskej – pedagóg a spolužiaci, aj s určitou participáciou pediatra prvého kontaktu s následným vplyvom na rodinu – rodičov. Prostredníctvom kauzistického prípadu je analyzovaný negatívny vplyv a následky stigmatizácie na dieťa a jeho najbližšie okolie a uvažujeme o adekvátnych spôsoboch destigmatizácie pacienta s psychickou poruchou a tiež psychiatrie ako základného medicínskeho odboru. Destigmatizovaním psychických ochorení, vrátane detského veku, treba vrátiť ľuďom s takýmto ochorením a ich rodinám chuť do života, dôstojnosť, vrátane udržiavania a podporovania ich kvality života.

Kľúčové slová: stigmatizácia – duševná porucha – psychiatria – destigmatizácia

ÚVOD

Prežívanie a správanie sa odohrávajú v spoločnosti a sú spoločenskými faktormi ovplyvňované. Tieto faktory a javy sú pre priebeh a prognózu duševnej poruchy veľmi dôležité. Jedným z negatívnych javov je stigmatizácia. Postihuje skupiny pacientov, ktoré spoločnosť označí ako nositeľov negatívnej skupinovej vlastnosti, čím ovplyvní ich spoločenské postavenie, plnenie rolí a vedie k diskriminácii. Jednotlivec s duševnou poruchou znáša dôsledky predsudku, hodnotenia jeho choroby inými ľuďmi, ktoré sú základným východiskom pre jeho značkovanie, nálepkovanie – stigmú (Wahl, 1999, s. 467).

Postihnutým orgánom pri psychických ochoreniach je mozog. Tento orgán, ktorého zložitosť vysoko presahuje zložitosť ktoréhokoľvek iného orgánu, je dobre chránený pred dôkladným vyšetrením. Symptómy psychických porúch sa nedajú diagnostikovať pohľadom, pohmatom, poklepom ani posluhom. Psychická porucha má odlišné príznaky a prejavy ako choroba telesná. Kým telesná choroba je charakterizovaná poruchou orgánu, jeho funkcie, zmenou laboratórnych parametrov, psychická porucha sa dá diagnostikovať až na základe odchýlok v prežívaní a správaní jednotlivca (Libiger, 2002, s. 14).

Pôvod stigmaty

Slovo stigma pochádza z gréčtiny a znamená vypálené znamenie na tele otrokov alebo zločincov. V dobách raného kresťanstva sa využíva označenie telesných známkov spiritualitu a božstva (rany Krista) ako aj telesné označenie prenosnej choroby s rizikom nákazy a potrebou izolácie (mor) (Praško, 2001, s. 33). Neskôr sa označenie stigma používalo pre spontánne vzniknuté rany na končatinách, ktoré boli mystickými napodobnením Kristových rán z kríža. Boli chápané ako symbol utrpenia, objavovali sa u hlboko veriacich a boli dôkazom mimoriadnej svätosti (Libiger, 2001, s. 39).

Stigma nie je špecifické označenie pre psychické poruchy. Stigmatizovaní boli v minulosti napríklad pacienti s pohlavnými chorobami, tuberkulózou či leprou. Stigma sa môže týkať každej „odlišnosti“ - farby kože, náboženstva, národnosti, viditeľných prejavov telesného ochorenia alebo príslušnosti k sociálnej skupine. Je to znamenie menej-cennosti, ktoré vedie

k odmietaniu jeho nositeľa inými ľuďmi. Zdrojom stigmaty môže byť viditeľná vlastnosť (deformita tela), alebo neviditeľná okolnosť (príslušnosť k skupine ľudí) (Höschl et al., 2002, s. 397).

Zdroje stigmaty

Na identifikácii zdrojov stigmaty je založené jej zmiernenie alebo odstránenie. Libiger (2002, s. 25) uvádza, že: „*zdroje stigmaty sú vzájomne prepojené faktory, a to skutočná odlišnosť duševne chorého, predsudok, nároky a hodnoty prostredia.*“ Skutočná odlišnosť býva s ochorením bezprostredne spojená.

Psychické poruchy sa prejavujú celou škálou symptómov, počnúc agresivitou, úzkosťou, zmätenosťou. Ak okolie zistí, že sa chorý správa odlišne, má neobvyklé prejavy, registrujú sa zmeny v postojoch, gestikulácii, kinetike, artikulácii a spustí sa značkovací proces, ktorý môže viesť k trvalej stigmatizácii.

Hlavným zdrojom stigmatizácie pacientov s psychickou poruchou je uzatvorený kruh izolácie, ku ktorej ochorenie vedie. Psychická porucha v akútnej fáze, ktorá si vyžaduje hospitalizáciu, preruší sociálne väzby pacienta. Po úprave stavu pacientom často chýba sila na ich obnovu. Sociálnu izoláciu vnímajú ako súčasť choroby, čo má negatívny dopad na osobnosť jednotlivca. A to aj napriek tomu, že izolácia je výsledkom sociálneho mechanizmu, ktorý sa označuje ako „značkovacia - teória“.¹ Jednotlivec, ktorý nálepkou získal, je vystavený zvýšenej spoločenskej kontrole s tendenciou pripisovať každú odchýlku v jeho správaní, aj keď len zdanlivú, psychickej poruche. Sám chorý sa snaží takému nálepkovaniu vyhnúť, snaží sa ochorenie tajiť, skrývať, čím sa len prehĺbuje jeho sociálna izolácia. Podľa takto pridelených diagnostických značiek chorí prijímajú svoju rolu, ktorá im bola spoločnosťou pripísaná a často rezignujú, nepracujú na svojom ďalšom vývoji, neprejavujú záujem o liečbu, reintegráciu do života.

Druhým veľkým zdrojom stigmaty je predsudok. Stigma nie je to isté ako predsudok, ale je jeho dôsledkom. Každý jednotlivec znáša dôsledky predsudku a bez vlastného pričinenia sa ho nemôže zbaviť. Postoje osôb, s ktorými sa pacient stretáva, sú často ovplyvnené stereotypom pohľadu na psychicky chorého. Stereotyp je definovaný v sociálnej psychológii ako: „*rigidný, pasívne prijímaný spôsob posudzovania určitých*

skupín ľudí na základe tradícií a pred-sudkov.“ (Hyhlík, Nákonečný, 1977, s. 284). Stereotypy sa pri posudzovaní vzťahujú na rodiny, skupiny ľudí (napr. telesne postihnutí, psychicky chorí), ale aj na príslušníkov celých národov a rás (ako černocho, Róm). Pomocou stereotypov bývajú určité skupiny posudzované zjednodušene až iracionálne, čím dochádza k prehliadaniu individuálnych vlastností a odlišností. Silnú emotívnu zložku obsahujú najmä stereotypy vychádzajúce z národnostných a etnických predsudkov, čo urýchľuje ich implementáciu do myslenia a správania ľudí. Predsudok ovplyvňuje postoje ľudí na základe predpokladaných skupinových vlastností, bez ohľadu na skutočné charakteristiky a situáciu jednotlivca. Stereotyp môže mať pre jednotlivca pozitívne aj negatívne dôsledky. Medzi pozitívne dopady môžeme zaradiť ochranu jednotlivca, súcit, empatiu, zníženie nárokov na jednotlivca pri výkone povolania a v osobnom živote. Typickým negatívnym dôsledkom stereotypu je stigmatizácia jednotlivca.

Významným zdrojom stigmy môžu byť aj hodnoty, nároky prostredia a kultúra, v ktorej jedinec s psychickou poruchou žije. V niektorých častiach sveta je stigmatizácia chorých s tuberkulózou alebo HIV väčším bremenom ako stigma psychickej poruchy. Niektoré psychoterapeutické cirkvi (scientológovia) vyobrazujú svojim prívržencom psychiatriu ako vrchol nemorálnosti a psychiatrických pacientov označujú ako úbohé obete psychiatrov (Libiger, 2002, s. 15).

Mechanizmy stigmy

Mechanizmy pôsobenia a vzniku stigmy u pacientov s psychickou poruchou sú, ako uvádza Höschl (2002, s. 220), zmapované, ale zdá sa, že nie jednoduché. Jedným z mechanizmov môže byť liečbou neovplyvnené správanie sa jednotlivca na verejnosti (napr. psychotické). Predpokladom zníženia stigmatizácie jednotlivca je úspešná liečba. Tento mechanizmus pôsobenia nie je, vzhľadom na dostupnosť adekvátnej liečby, obzvlášť významný.

Oveľa podstatnejším mechanizmom je znútorňovanie a prežívanie stigmy na subjektívnej úrovni jednotlivca. Interiorizácia stigmy ako pocitu menejcennosti vedie ku zmenám v sociálnom správaní jednotlivca, vedie k obmedzovaniu sociálnych kontaktov, k strachu z prezradenia príslušnosti ku skupine psychicky

chorých a tým vedie k zhoršeniu pacientovho spoločenského uplatnenia.

Za mechanizmus vzniku stigmy môžeme považovať aj označenie jednotlivca ako príslušníka k určitej skupine pacientov, napr. ako príslušníka ku skupine pacientov s psychickou poruchou hospitalizovaných v psychiatrickom zariadení. Vzhľadom k takýmto okolnostiam už pri vzniku stigmy nezohrávajú úlohu iné „behaviorálne podnety“ (Höschl et al., 2002, s. 222).

Formy stigmatizácie

Stigmatizácia môže výrazne ovplyvniť priebeh terapie pacienta v rôznych rovinách. Vážna psychická porucha funguje ako silná sociálna stigma. Ak sa jedinec nedokáže prispôbiť bežným požiadavkám spoločnosti, vyvoláva negatívnu odozvu okolia. Bežnou reakciou na takúto odchýlku od normy je odmietanie jednotlivca, až jeho vylúčenie zo spoločnosti. Ak jedinec stigmou znútorňuje – interiorizuje stereotypy, ktoré mu spoločnosť pripisuje, dochádza k sebaznačkovaniu, „self-stigma“. Corrigan roku 1999 definuje „self-stigma“ ako: „negatívnu reakciu osoby k sebe samej.“ Self-stigma zahŕňa pocit hanby, sklúčenosti, seba obviňovania, menejcennosti. Jedinec môže cítiť nenávisť k sebe, diskreditáciu alebo odpor k vlastnej osobe. Uvedené pocity vedú k zvýšenej izolácii a odmietaniu okolia, prostredníctvom čoho dochádza k dobrovoľnej izolácii zo spoločenského života a znižovaniu svojej hodnoty. Dlhodobé pretrvávajúce self-stigma môže viesť k sebazraňovaniu až sebadeštrukcií. Self-stigma má negatívny dopad na emocionálny status a fyzické zdravie jednotlivcov (Corrigan, Penn, 1999, s. 766).

Značkovanie nie vždy postihuje iba osobu jednotlivca. Prenáša sa aj na rodinných príslušníkov, ktorí sa snažia uchrániť rodinu pred „hanbou“ a podporujú pacienta v odmietaní odbornej pomoci a v snahe zachovania tajomstva znižujú sociálne kontakty, izolujú sa, čo vedie ku znižovaniu kvality života nielen jednotlivca, ale aj celej rodiny (Praško, 2001, s. 34). Dopad na rodinu je považovaný za hlavnú príčinu dlhého váhania až trvalého popierania problému, pri výskyte duševnej poruchy. V snahe utajiť takýto problém chorého skrývajú, zastupujú ho v úradných záležitostiach, ospravedlňujú v zamestnaní a nevedome spôsobujú spoločenskú izoláciu, čím ešte prehľbujú sociálnu

ujmu (Höschl et al., 2002, s. 221). Takéto správanie môže často viesť k prehľbovaniu príznakov psychickej poruchy.

Významné sú aj súvislosti stigmatizácie a kvality života. Kvalita života sa definuje ako subjektívny dynamicky sa meniaci stav v oblasti somatickej, psychickej, sociálnej aj spirituálnej (Farský, Žiaková, 2004, s. 23). Psychopatologické symptómy psychickej poruchy signifikantne znižujú kvalitu života pacienta. Špecifickými potrebami a kvalitou života u psychiatrických pacientov sa zaoberal Lehman roku 2002, ktorý upozornil, že pacienti sú obmedzovaní hlavne v oblasti sociálneho fungovania. Spôsobuje to sociálna stigmatizácia, obmedzené medziľudské vzťahy a obmedzené finančné prostriedky, ktoré sa podieľajú na ďalšom poklese kvality života pacienta a v mnohých prípadoch aj jeho rodiny.

Ďalšou rovinou (formou) pôsobenia stigmaty v psychiatrii je samotná stigmatizácia psychiatrie ako medicínskeho odboru. Táto stigmatizácia má historické korene, ktoré vznikli na základe predsudkov, že psychiatria má nevedecký charakter a v terapii sa využívajú šarlatánske liečebné postupy. Koncom 19. a začiatkom 20. storočia dochádza k rozvoju ústavnej starostlivosti, čo znamenalo budovanie lôžko-vých oddelení a liečební obvykle v odľahlých častiach miest. Tieto liečebne boli budované s dobrým úmyslom, že tiché prostredie bude blahodárne pôsobiť na pacientov s psychickou poruchou. Pod vplyvom predsudkov sa z nich stali „blázince“ a z hospitalizovaných pacientov „blázni“ (Janík, 1987, s. 158).

Stigmatizácii podliehajú tiež terapeutické postupy využívané v psychiatrii. V laickej verejnosti sú určité druhy liečby preferované, iné zatracované. Farmakoterapia v psychiatrii je často laikmi označovaná ako aplikácia „jedov“, ktorých účinky menia psychiku pacienta. Psychoterapia a elektrokonvulzívna terapia sú označované ako „brainwashing“. Výskumy v Nemecku ukázali, že psychoterapia ako terapeutická metóda nespôsobuje stigmatizáciu jednotlivcov, ktorí sa prostredníctvom nej liečia. Väčšina populácie naopak považuje farmakoterapiu za vysoko stigmatizujúcu (Angermayer et al., 1996, s. 326). Tieto postoje boli oplyvnené prejavmi vedľajších účinkov farmák ako boli: poliekový parkinsonizmus, sedatívny účinok a iné. So zavedením nových preparátov, ktoré

nevyvolávajú vedľajšie účinky, sa znižuje aj značkovanie chorého s psychickou poruchou. Moderná farmakoterapia vedie k lepšej spolupráci, včasnej rehabilitácii a zvyšuje kvalitu života (Libiger, 2002, s. 16).

Stigmatizujúci pohľad na pacienta vzniká aj medzi zdravotníckymi pracovníkmi. Ako najviac stigmatizovaného vnímajú jednotlivca s duševnou poruchou práve zdravotnícki profesionáli, ktorí zaujímajú voči pacientovi v bežných sociálnych situáciách najväčší odstup. Vysvetľuje sa to selektívnou skúsenosťou odborného personálu s týmito jednotlivcami, kde práve personál ich vidí v akútnom stave ochorenia (Höschl et al., 2002, s. 220). To, ako bude pacient liečený, súvisí so vzťahom, aký si k nemu personál vytvorí. Ak zdravotnícki pracovníci neočakávajú zlepšenie stavu pacienta napriek adekvátnej liečbe, ich terapeutická snaha sa obvykle minimalizuje. Pacient sa stáva stigmatizovaným. Vo väčšej miere bývajú nálepkované osoby z nižších sociálnych vrstiev. Veľmi často dostávajú nálepku „ťažšie liečiteľní“ pacienti, ktorí sú personálu nesympatickí, s ktorými sa nedarí nadviazať dobrú spoluprácu alebo ktorí ich kritizujú (Janík, 1987, s. 157).

Negatívny dopad stigmatizácie pôsobí aj na psychiatrické ošetrovateľstvo, na sestru ako najbližšieho spolupracovníka lekára. Sestry pracujúce na psychiatrii sú vnímané ako menej odborne zdatné, menej schopné ako sestry na iných oddeleniach. Sú často charakterizované ako pomalé, nevládajúce bežné ošetrovateľské techniky a postupy. V populácii koluje tiež známy vtíp, že personál sa od pacienta odlišuje tým, že má kľúče od oddelenia. Takéto posmešky prehľbujú stigmatu sestier a dehonestujú povolanie psychiatrickej sestry. Psychiatrická sestra je sociálne vyzretou osobnosťou so širokým rozhľadom, ktorá dokáže komunikovať s pacientom s psychickou poruchou.

Významným spolutvorcom stigmatizácie pacientov s psychickou poruchou sú médiá. Množstvo informácií dostupných v dennej tlači, televízii, rádiách a iných médiách, ktoré sú tvorcami verejnej mienky, je skreslených, čiastočne pravdivých zameraných na „zviditeľnenie“ médií, nie na pomoc pacientom. Chorí s psychickou poruchou sú často vykreslení ako brutálni, nebezpeční, násilníci. Títo jednotlivci sú často námetom na produkciu filmov či písanie literárnych diel (Wahl, 1999, s. 59). Problémom je

nepresná a skreslená interpretácia médií a zvýrazňovanie nebezpečnosti pacientov s duševnou poruchou. Ak dôjde k tragédií, nehode a vinníkom je jednotlivec liečený na psychiatrii, je v médiách tento fakt zdôraznený. Týmto prístupom sa vo verejnosti posilňuje stereotyp, teda nesprávna, mylná predstava o pacientoch s duševnou poruchou, čo vedie k zvyšovaniu a prehľbovaniu stigmatizácie. Problém medializácie nie je v poskytovaní informácií, ale ich interpretácii a extrapolácii (Praško, 2001, s. 36).

Kazuistikou 15 ročného adolescenta, ktorý je v pedopsychiatrickej starostlivosti, uvádzame konkrétny príklad stigmatizácie pacienta pre psychické poruchy s návrhom možností destigmatizácie na rozličných úrovniach sociálneho fungovania.

Kazuistika

Pacient bol dosiaľ štyrikrát hospitalizovaný na detskom oddelení Psychiatrickej kliniky JLF UK a MFN v Martine, aktuálne pre poruchy správania a emócií, chronickú motorickú a fonačnú tikovú poruchu, balbuties a hyperkinetickú poruchu a špecifickú poruchu učenia – dyslexia, dysgrafia.

Pacient je v pedopsychiatrickej starostlivosti od 6 rokov, t. j. od prvej triedy základnej školy. Psychiatrické vyšetrenie dieťaťa odporučila rodičom učiteľka v škole pre adaptačné problémy spôsobom: *„Vaše dieťa patrí na psychiatriu, v triede sa nedá vyučovať, lebo Váš syn stále vyrušuje, neobsedí, vstáva z lavice, neustále vykrikuje a robí grimasy počas vyučovania. Pravdepodobne ešte nepatrí do školy, mal mať odklad od nástupu do základnej školy. Ak v škole naďalej zostane, treba sa mu viac venovať.“* Rodičia tieto informácie spracovali ako nedostatočnú výchovu a starostlivosť o dieťa s pocitmi viny a hanby. Stav konzultovali s pediatrom prvého kontaktu, ktorý im navrhol nasledovný spôsob riešenia problému dieťaťa: *„Aj by bolo vhodné ísť s dieťaťom na psychiatrické vyšetrenie, ale treba si zvážiť, či sa najskôr neporadiť so psychológom a neurológom. Je pravdepodobné, že pre tieto poruchy správania budú dieťaťu ordinované lieky, eventuálne navrhnutá hospitalizácia.“* Rodičia po dlhšom zvažovaní a pre obavy z negatívnej reakcie okolia (príbuzných, priateľov, známych) vyhľadali ambulantnú psychiatrickú liečbu dieťaťa v inom meste.

Pedopsychiatrickým vyšetrením sa zistila u dieťaťa okrem hyperkinetickej poruchy aj tiková porucha a balbuties. Išlo o mimovoľné

záškľby svalstva tváre, imponujúce v škole ako zámerné grimasovanie, a vokálne tiky prejavujúce sa mimovoľným vykrikovaním hlások a slabík, ktoré tiež v škole imponovali ako zlomyseľné, rušivé správanie. Ambulantný psychiater odporučil aj psychologické vyšetrenie, ktorým sa zistila špecifická porucha učenia – dyslexia, dysgrafia, pri normálnom intelektu. S obavami a váhaním rodičia prijali psycho-farmakoterapiu uvádzaných psychických porúch dieťaťa.

Nesúhlasili s odborným vyjadrením a návrhom adekvátnych postupov vypracovaných psychiatrom a určených pre pedagóga v škole (z dôvodu strachu a obáv z negatívnych postojov a reakcií učiteľa).

Dieťa bolo v priebehu 1. a 2. ročníka základnej školy opakovane poznámkované a kritizované pre hyperaktívne správanie, tiky, balbuties. Rodičia sa asi po roku ambulantnej starostlivosti rozhodli, že budú informovať pedagóga o psychických problémoch dieťaťa a adekvátnych postupoch podľa odporúčenia psychiatra. Opakované konzultácie rodičov s učiteľom aj písomné vyjadrenia psychiatra pre potreby školy (so súhlasom rodičov) pomohli korigovať postoje pedagógov.

V priebehu ZŠ, najmä II. stupňa, bolo dieťa spolužiakmi opakovane prezývané a vysmievané pre zajakávanie, tiky, niektorými spolužiakmi boli opakovane imitované motorické a rečové prejavy dieťaťa. Postupne došlo u dieťaťa k vývoju porúch správania a emócií. Pre uvedené ťažkosti bolo opakovane hospitalizované na detskom oddelení psychiatrickej kliniky.

V súčasnosti pacient navštevuje deviatu triedu základnej školy, opakoval piatu triedu. Prezývky a výsmechy spolužiakov sa nepodarilo do súčasnosti úplne eliminovať. Aj napriek komplexnej a dlhodobej liečbe a starostlivosti tiková porucha a balbuties pretrvávajú, teda majú chronický priebeh, avšak v zmiernenej intenzite. Došlo k zlepšeniu hyperkinetickej symptomatiky a porúch učenia.

Diskusia ku kazuistike

Stigmatizácia pre psychické poruchy dieťaťa sa prejavila na rozličných úrovniach (oblastiach) sociálnych interakcií, a to na úrovni školskej – pedagóg a spolužiaci, aj s určitou participáciou pediatra prvého kontaktu s následným vplyvom na rodinu – rodičov.

Pedagógmi základnej školy bolo dieťa nea-

adekvátne poznámkované pre tikovú poruchu a hyperkinetickú poruchu. Pravdepodobne pre nedostatočnú informovanosť pedagógov, eventuálne pre nedostatočnú analýzu psychických problémov dieťaťa, boli tieto neadekvátne hodnotené ako problémové správanie a adaptácia, nedostatočný výchovný vplyv rodičov. Informácie, ktoré podával pedagóg rodičom, boli neadekvátne po obsahovej stránke ako aj v spôsobe podania. Pedagóg pravdepodobne neuvažoval o možných psychických poruchách dieťaťa. Výsledkom toho boli pocity viny a hanby rodičov pre nedostatočnú výchovu a starostlivosť o dieťa. Korekcia tohto stigmatizačného prístupu zo strany pedagógov vyžaduje adekvátnu erudovanú edukáciu učiteľov v školách. Pedagóg môže prispieť ku skorej identifikácii psychických porúch detí a k ich adekvátnemu manažmentu.

Aj keď pediater prvého kontaktu podal po obsahovej stránke v zásade správne informácie rodičom, nebol adekvátny ich spôsob podania, pretože viedol k ambivalentnému postoju rodičov k psychiatrickej starostlivosti dieťaťa. Adekvátna forma komunikácie s rodičom v súvislosti s psychiatrickou starostlivosťou o dieťa prispieva k destigmatizácii psychiatrie ako medicínskeho odboru.

Ďalším významným stigmatizačným faktorom boli negatívne interakcie zo strany spolužiakov, ktoré sa prejavovali prezývkami, vysmievaním sa a imitáciou tikových prejavov a balbuties. Na tieto pacient reagoval úzkosťou a postupne sa vyvíjajúcim opozičným a agresívnym správaním. Tento negatívny vplyv sa nepodarilo úplne eliminovať aj napriek opakovanej konzultácii psychiatra s pedagógom, rodiča s pedagógom a následného usmernenia spolužiakov učiteľom.

Adekvátny destigmatizačný prístup vyžaduje interdisciplinárnu a multiodborovú spoluprácu a riešenie problémov psychických porúch na rozličných úrovniach sociálnych interakcií.

Destigmatizácia ako súbor opatrení orientovaných na zmiernenie stigmatizácie je zameraná na zmenu postojov rodiny, zdravotníckych pracovníkov, verejnosti k pacientom s psychickou poruchou, skvalitnenie sociálno-psychiatrických služieb, reintegrácie a legislatívnych opatrení.

Súčasťou snahy obmedziť vplyv značkovania je i dôsledné rozlišovanie medzi chorobou a osobnosťou chorého. Pacient je vždy osobnosť, ktorú treba spoznať a ochorel chorobou, ktorú treba liečiť. Stigma, ktorá je spojená

s diagnózou, sa zdá byť znesiteľnejšia, ak pacienti nie sú zahrnutí do jedného zjednodušujúceho označenia (schizofrenik, hysterik, neurotik...). Najlepšou zbraňou proti značkovaniu duševných ochorení je úplná informovanosť pacienta a jeho rodiny o priebehu, povahe a dôsledkoch choroby. Táto potom vedie ku vedomosti a zručnosti chorého ako s ochorením zaobchádzať, a tiež ako sa naučiť s ním žiť. Jedným z prostriedkov a cieľov destigmatizácie je, aby sa pacient a rodina stali spojencami zdravotníkov a spoločne sa budú snažiť odstrániť problémy a obmedzenia vyplývajúce z postojov spoločnosti.

Práve na postoje verejnosti k jednotlivcom s psychickou poruchou je zameraná rozsiahla antistigmatizačná kampaň SZO (Svetová zdravotnícka organizácia) „Open the Door“, ktorá je zameraná proti predsudkom spojeným so schizofréniou. Rozsiahla kampaň bola spustená v roku 1999. Bola a je zameraná na elimináciu negatívneho zobrazenia schizofrenie v médiách. Cieľom je edukovať širokú verejnosť cez inzertáty v novinách a časopisoch, reklamné spoty v televízii, informačné letáky o schizofrénií a iných psychických poruchách distribuovaných priamo do domácností. Zvláštna pozornosť je venovaná práci s médiami, kde sa na konkrétnych prípadoch edukujú novinári akej terminológii sa vyhnúť, ako môžu necitlivé formulácie ľuďom trpiacim psychickou poruchou ublížiť. Táto celosvetová kampaň sa neorientuje len na verejnosť, ale aj na žiakov v školách, pracovníkov v zdravotníctve či vedecké podujatia. Podieľajú sa na nej mimovládne organizácie, dobrovoľníci, vlády jednotlivých krajín. Novým cieľom je zapojiť do spolupráce aj ekonomické subjekty a cirkevné organizácie (Mohr, 2003, s. 138).

Jednou z ďalších aktivít zameraných proti stigmatizácii je sociálna advokácia. Kľúčovou úlohou a cieľom advokácie je odstrániť štruktúrne a prístupové bariéry ako aj dosiahnuť pozitívne zmeny v oblasti duševného zdravia populácie. K pozitívnym zmenám patrí zlepšovanie kvality, efektívnosti a rôznorodosti služieb pre ľudí so psychickou poruchou. Advokácia spočíva v ochrane ľudských práv psychicky chorých, v zabráňovaní zneužívania, v protidiskriminačných opatreniach, na ktorých sa často podieľajú práve zdravotnícki pracovníci. Tento princíp orientuje svoju pozornosť a energiu na právne a sociálne aktivity v snahe

zabezpečiť ochranu a dodržiavanie ľudských práv psychicky chorým (Arboleda – Flórez, 2005, s. 9). Obsahuje ochranu pred všetkými formami fyzického a psychického násilia, zneužívania, diskriminácie, chráni právo na život, prežitie a rozvoj, rešpektovanie ľudskej dôstojnosti a názorov človeka s psychickou poruchou.

Ďalším pomocným prvkom v destigmatizácii je presun ťažiska poskytovaných služieb do komunitnej starostlivosti a regionálnych služieb. Ľuďom s psychickou poruchou sa tým poskytne možnosť dostať starostlivosť v zariadeniach s čo najmenšou reštriktívnou zložkou. Pred prijatím do nemocničnej starostlivosti sa posúdi možnosť poskytnúť alternatívnu a pritom zdravotne i ekonomicky efektívnu komunitnú formu starostlivosti. Pre ľudí s psychickou poruchou, či už akútnou alebo chronickou, sa vytvorí dostatok možností na dôstojný a kvalitný život v komunite, odstráni sa ich sociálne vylúčenie aj závislosť od zdravotníckych inštitúcií (Plán realizácie, 2004). Komunitná starostlivosť by mala byť súčasťou integrovanej starostlivosti, teda by mala zahŕňať nielen komplex lôžkovej starostlivosti, denný stacionár, psychiatrické ambulancie, ale aj psychiatrickú agentúru domácej starostlivosti, chránené bývanie, chránené zamestnávanie a rehabilitačné stredisko (Nawka et al., 2004, s. 14). Na komunitnej starostlivosti by sa mali podieľať patientské, príbuzenské, mimovládne organizácie, svojpomocné skupiny. Ich existencia má jasný účel. A to poskytnúť psychickú podporu ľuďom trpiacim psychickou poruchou a ich rodinám. Svojpomocné skupiny pomáhajú vyrovnáť sa nielen s psychickými problémami, ale aj so stigmatizačným postavením v spoločnosti (Yalom, 1999, s. 423).

Destigmatizácia je dôležitým, ale zároveň zložitým procesom. Cieľom je zmeniť vnímanie človeka trpiaceho psychickou poruchou tak, aby nebol spoločensky izolovaný ani sankcionovaný, aby sa zmenil postoj, rodiny, priateľov, ale aj zdravotníkov. Znamená to zoznamovať verejnosť s prejavmi duševných ochorení, aby ich nevnímala ako senzáciu či odlišnosť, ale bola schopná im porozumieť, pochopiť ich a prípadne poskytnúť postihnutým pomoc.

ZÁVER

Stigmatizácia psychickou poruchou zasahuje nielen pacientov, ale aj ich opatrovateľov, rodin-

ných príslušníkov, psychiatrov, dokonca psychiatriu ako odbor. Vedie tak k posilňovaniu príznakov a škôd, ktoré takéto ochorenie spôsobuje, berie sebadôveru, zhoršuje uplatnenie, bráni v návrate do spoločnosti.

V priebehu rokov, získavaním zo skúseností a výsledkov výskumov, sa programy destigmatizácie neustále zdokonaľujú. Ak majú byť efektívne a majú sa dosahovať adekvátne výsledky, tak je samozrejmosťou ich dlhodobosť a interdisciplinárnosť. Zmeniť hlboko zakorenené názory, stereotypy a sociálne pravidlá nie je možné v krátkom časovom intervale. V antistigmatizačných programoch sú potrební nielen zdravotnícki profesionáli, ale aj spolupráca so sociálnymi inštitúciami, lokálnymi zastupiteľstvami, cirkevnými hodnosťami, mimovládnymi organizáciami, ako aj štátnymi subjektami. Takýto program musí byť zrozumiteľný, aby oslovil širokú verejnosť, adresný, aby splnil svoj účel, ale zároveň skromný v ambíciách a očakávaniach (Sartorius, 2005, s. 13). Destigmatizovaním psychických ochorení, vrátane detského veku, treba vrátiť ľuďom s takýmto ochorením a ich rodinám chuť do života, dôstojnosť, vrátane udržiavania a podporovania ich kvality života.

LITERATÚRA

- ARBOLEDA – FLÓREZ, J.: Stigma and discrimination: an overview. In: *World psychiatry*. 2005. Vol. 4, no 1, 8 – 10.
- ANGERMEYER, M. C., MATCHINGER, H.: Public attitude towards psychiatric treatment. In: *Acta Psychiatrica Scand.* 1996. Vol. 94, p. 324 – 336.
- CORRIGAN, P. W.: Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. In: *Clinical psychology: Science and Practice*. 2000. Vol. 7, no 1, p. 48 – 67.
- CORRIGAN, P. W., PENN, D. L.: Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. In: *American psychologist*. 1999. Vol. 54, no 5, p. 765 – 776.
- FARSKÝ, I., ŽIAKOVÁ, K.: Specific features of the care of elderly. In: *Acta Med. Mart.*, 2000. Vol. 4, no 3, p. 20 – 24.
- HÖSCHL, C. et al.: *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002. s. 895.
- HYHLÍK, F., NAKONEČNÝ, M.: *Malá encyklopedie současné psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1977. s. 340.
- JANÍK, A.: *Veřejnost a duševně nemocný*. Praha: Avicenum, 1987. s. 340.
- LIBIGER, J.: Stigma duševního onemocnění. In: *Psychiatrie*. 2001. roč. 5, č. 1, s. 38–40.
- LIBIGER, J.: Psychiatrie a stigma. In: *Esprit*. 2002. roč. 19, č. 3, s. 14 – 17.
- MOHR, P.: Mental illness and stigma in Europe: facing up to challenges of social inclusion and equity (ministerial conference, Atheny, Grécko, 2003). In: *Psychiatrie*. 2003.

roč. 7, č. 2, s. 138 -139.

NAWKA, P. et al.: Prvé výsledky projektu „Transformácia na integrovaný systém starostlivosti o duševné zdravie.“ In: *Psychiatria pre prax*. 2004. roč. 5, č. 4, s. 14.

PRAŠKO, J.: Stigmatizace u „psychogénnych poruch“. In: *Psychiatrie*. 2001. roč. 5, č. 1, s. 32 – 37.

SARTORIUS, N.: Stigma and discrimination because of schizophrenia a summary of the WPA Global Programme Against and Discrimination Because of Schizophrenia. In: *World psychiatry*. 2005. Vol. 4, no 1, 11 – 15.

WAHL, O. F.: Mental health consumers experience of stigma. In: *Schizophrenia Bulletin*. 1999. Vol. 25, 467 – 478.

YALOM, I. D.: *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1999. s. 704.

správaním bývajú často egatívnym spôsobom kategorizované - nálepkované. Odlišné správanie vedie k reakciám okolia, ktoré vyvrcholia do značkovania. Nálepkovanie je teda len iným pojmom pre stigmatizáciu. Uskutočňuje sa na laickej úrovni alebo tiež na úrovni odbornej (Höschl, 2002, s. 221).

Vysvětlivky k článku:

1. Značkovacie, v literatúre tiež uvádzané ako „nálepkovacie teórie“ sú najväčším prínosom sociálnej psychiatrie v 60. rokoch 20. storočia. Vychádzajú z poznatku, že osudy jednotlivcov s problematickým

Zuzana Kusá a Igor Ongrejka
kusa@jfmmed.uniba.sk