



Stigmatizace duševně nemocných: Výsledky studií neukazují změny k lepšímu

Podle WHO se s duševním onemocněním setká alespoň jednou za život každý čtvrtý člověk. Přesto dodnes stále z historie přetrvává izolace a exkluze duševně nemocných, což je posilováno mimo jiné existencí institucionálních forem zdravotní nebo sociální péče. Jedním z cílů probíhající reformy psychiatrie je vedle deinstitucionalizace i boj proti stigmatizaci psychických chorob.

Závažným důsledkem stigmatizace je skrytá psychiatrická nemocnost. Lidé z obavy z diskriminace o svých problémech raději mlčí, což vede k tomu, že více než polovina těch, kdo trpí nějakou duševní poruchou, se nedostává potřebné odborné péče. Vedle diskriminace zde podstatnou roli hraje neznalost problematiky, předsudky a strach.

Tomu obsáhlému tématu se ve své přednášce *Co můžeme udělat v oblasti stigmatizace duševních onemocnění* věnoval německý psychiatr prof. Dr. med. Georg Schomerus, University of Greifswald. Konala se 29. května 2018 v Národním ústavu duševního zdraví v Klecanech a autor zde prezentoval řadu dat z recentních světových a zejména německých studií na téma stigmatizace duševních poruch.

Studie Velká Británie vs. Česká republika

Podle prof. Schomeruse je stigma i kulturním fenoménem, což dokládá mimo jiné porovnání anglické studie (2011, n = 1 720) a české studie (2013, n = 1 799), které sledovaly odstup veřejnosti od lidí s duševními poruchami. V porovnání s českou veřejností byl v Anglii kontakt s takovýmto člověkem mnohem běžnější než v ČR. Například téměř třetina dotázaných přišla do kontaktu s duševním

onemocněním u svého blízkého přítele (v ČR okolo patnácti procent) – přitom prevalence onemocnění v ČR není nižší.

Výrazné rozdíly se ukázaly v akceptování tohoto onemocnění okolím. Zatímco v UK by duševně nemocného nechtělo za kolegu osm procent dotázaných, za souseda šest procent a za blízkého přítele pět procent, v ČR byla situace zásadně rozdílná. Jako kolegu v práci by člověka s duševními problémy nechtělo mít přes 35 procent dotázaných, přes 30 procent by ho nechtělo za souseda a 30 procent by ho nechtělo, aby byl jejich blízkým přítelem.

Studie Německo vs. Tunisko

V Německu byla provedena podobná studie (2011, n = 931), která se zaměřila na to, jak je okolím akceptován člověk se schizofrenií (jako kolega, soused, zda by jej představili přátelům, doporučili v zaměstnání či dovolili, aby pečoval o jejich děti). I v Německu byl odmítavý postoj daleko častější než v Anglii. Celých 75 procent dotázaných by si nepřálo, aby se takto nemocný člověk stal o jejich děti. „Tak velký rozdíl si vysvětlujeme i tím, že v této studii, která byla provedena i v Tunisku, jsme se neptali obecně na duševní onemocnění, ale prezentovali jsme konkrétní příznaky pacienta trpícího schizofrenií, kdy nebyla označena

diagnóza, ale popsáno chování člověka, který si např. povídá sám pro sebe, je sociálně izolován atd.“ vysvětlil prof. Schomerus. Výsledky studie provedené v Tunisku (2012, n = 404) ukázaly, že v této zemi jsou lidé mnohem více přístupní mít někoho s duševní poruchou za souseda (cca 30 procent vs. 10 procent) či kolegu (35 procent vs. 15 procent). Téměř 70 procentům Tunisánů by nevdálo s takovým člověkem sdílet pokoj, představit ho přátelům nebo doporučit do zaměstnání. V tom se výrazně liší od Němců, kteří by jej představili svým přátelům jen v deseti procentech. Naopak opatrnější by Tunisané oproti Němcům byli v uzavírání sňatku s psychicky nemocnou osobou nebo ohledně hlídání dětí (95 procent vs. 75 procent)

„Stigmatizace je vázána na společnost a každá kultura uznává jiné hodnoty. V Tunisku je kultura mnohem více orientována na rodinu a skupinu příbuzných, zatímco v Německu, kde máme spíše malé rodiny, vnímáme často na obdobné úrovni i přátele či blízké kolegy v práci, takže stigmatizace je rozšířena i na tyto vztahy. Zjistili jsme, že velmi záleží na tom, jakým způsobem jsou otázky ohledně stigmatizace kladeny. Pokud je podrobně popsána osoba s duševním onemocněním, lze provádět lepší porovnání jednotlivých zemí. Zdaleka neplatí, že v zemích s vyspělejším zdravotním systémem a lepší péčí o duševní zdraví je méně stigmatizace než ve státech s nedostatečně rozvinutým systémem psychiatrické péče. Velkou roli zde hraje kultura dané země,“ vysvětlil lékař.

Změna stigmatizace v čase

Zejména v zemích východní Evropy došlo v posledních 25 letech k mnoha změnám

v myšlení, kultuře atd. Najdeme řadu skupin, které ze společenských a kulturních změn profitují, např. vnímání svobodných matek. Ty dnes nejen v Německu nejsou již naprosto ničím neobvyklým, naopak se stávají standardem, zatímco ještě před 30–40 lety byly stigmatizovány. Změnilo se i stigma hodnocení sexuálních minorit. Mohlo by se tedy očekávat, že s postupnou liberalizací ve společnosti se změní i stigmatizace duševních onemocnění. Lze sice pozorovat, že se změnila image těchto onemocnění, která jsou vnímána více jako biologická, to ale nezmenšuje míru jejich stigmatizace. Akceptování např. schizofrenie se naopak zhoršilo.

Metaanalýza provedená před šesti lety, zahrnující data z let 1990–2005 z Německa, USA, Skotska a Austrálie, porovnává vnímání schizofrenie a deprese. Výsledky jasně ukazují v průběhu let nárůst vnímání biologické podstaty těchto onemocnění. Spolu s tím narůstá i doporučení medicace a psychoterapie pro duševní poruchy, např. psychoterapie je doporučována zejména v případě schizofrenie výrazně častěji. Jak se tedy ukazuje, psychiatrická péče se stává více akceptovanou v řadě zemí.

Podle další německé studie zaměřené na vnímání psychiatrických nemocnic společností v letech 1990 (n = 2 044) až 2011 (n = 1 221) došlo v tomto období k mnoha změnám a tyto nemocnice jsou dnes více akceptovány než před dvaceti lety. Negativní chování vůči nemocnicím pokleslo v otázkách: Je obtížné se z nemocnice dostat, je jako vězení, neprovádí se léčba, ale jen sedace, dělá vás ještě více nemocným. Naopak přibýlo těch, kteří jsou přesvědčeni, že je to nemocni-

ce jako každá jiná a nabízí nemocnému nezbytnou ochranu. Přibýlo ale i názorů, že je jí zapotřebí k ochraně společnosti před některými pacienty, což podle prof. Schomeruse zase ukazuje, že společnost jako celek se nestává tolerantnější k lidem, kteří se chovají odlišně, a to navzdory tomu, že psychiatrie se stává respektovanějším oborem.

Další z provedených průzkumů, který proběhl ve východním Německu, se zabýval otázkou, zda by osoba s duševní poruchou mohla být za určitých podmínek hospitalizována na psychiatrické klinice proti své vůli. V šetření provedeném v roce 1993 bylo obecně pro 77 procent dotázaných, okolo deseti procent bylo jednoznačně proti a stejný počet byl i nerozhodných. Druhé šetření provedené po dvaceti letech ukazuje, že tento postoj se vůbec nezměnil. Změnilo se ale posuzování důvodů k nedobrovolné hospitalizaci. Zatímco s tím, že proti své vůli má být hospitalizován ten, kdo je nebezpečný sobě nebo okolí, souhlasili téměř všichni jak v roce 1993, tak v roce 2011, na otázku, zda hospitalizovat v případě, způsobí-li takový člověk veřejný delikt, se vnímání změnilo. Zatímco v roce 1993 souhlasilo jen 37 procent, v roce 2011 to byl již dvojnásobek. Přibýlo i lidí, kteří by hospitalizovali nemocné proti jejich vůli v případě, neuzívali-li předepsané léky, strání-li se svého okolí či si jejich hospitalizaci přeje rodina. Ani tato data tedy nenasvědčují o liberalizaci a akceptování lidí s odlišným chováním. Nasvědčují tomu, že společnost více uznává psychiatrii jako potřebný obor, ale vyžaduje od ní, aby „měla tyto lidi pod kontrolou“.

POKRAČOVÁNÍ NA STRANĚ D2 ■■■

Destigmatizaci by měli vést lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním

V ČR je přes 603 000 lidí léčeno v ambulantní psychiatrické péči, z toho je 60 000 mladších 18 let. Přesto stále ještě o duševním zdraví a nemocech panuje mnoho polopравd a mýtů, které způsobují, že se lidé bojí o svých problémech mluvit a řešit je. O stigmatizaci duševních onemocnění nejen v Česku jsme si povídali s německým profesorem psychiatrie Dr. med. Georgem Schomerusem, University of Greifswald, který na toto téma koncem května 2018 přednášel v Národním ústavu duševního zdraví na základě pozvání nově vzniklé iniciativy Na rovinu, která se v České republice věnuje destigmatizaci duševních onemocnění.

Jak podle vás v současné době dohlédá stigmatizace na pacienta, praktického lékaře a psychiatra?

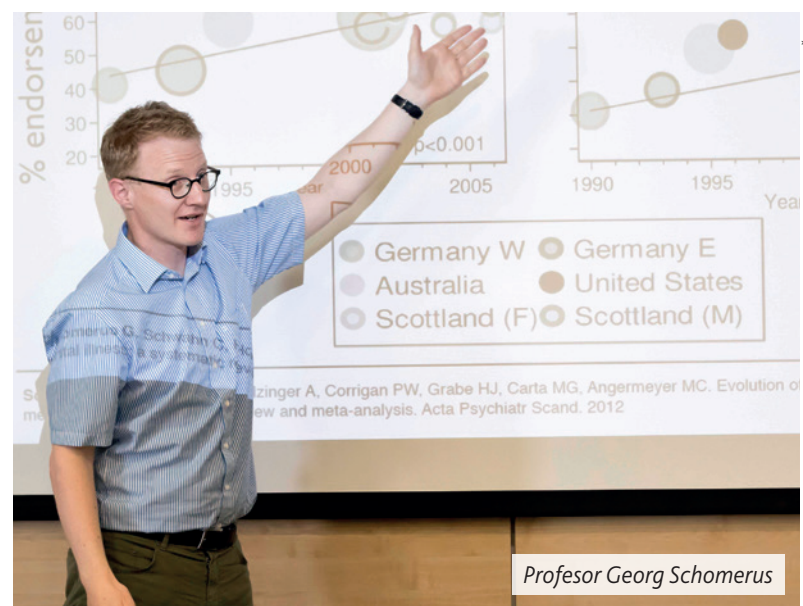
Z perspektivy pacienta je to zamlčování, zatajování a obtíž otevřeně mluvit o svých

problémech a zkušenostech, trpí-li psychickými problémy nebo sebevražednými myšlenkami. Jde o ponuré a nešťastné zkušenosti, o kterých jsou lidé přesvědčeni, že je nemohou otevřeně sdílet. Obávají

se stigmatizace a diskriminace. A to pak samozřejmě ještě zhoršuje jejich psychické problémy, k čemuž přispívá i fakt, že tyto nemocní mají problém najít zaměstnání, protože v této oblasti bohužel stále značná diskriminace existuje.

Mluvíme-li o praktických lékařích, zde vidím dva problémy. Jedním je identifikovat ty, kteří trpí psychickými problémy, protože to předpokládá o tom s nimi hovořit, a k tomu se lékař musí cítit fundovaně, což může být někdy problém. Je ale třeba si uvědomit, že čím více o této problematice hovoří, tím snadnějším se to pro něho stává. A pak nastává druhá otázka. Zjistí-li praktik, že pacient trpí psychickými problémy, jaké jsou další možnosti? Jaké v okolí existují služby, kam může nemocného poslat?

POKRAČOVÁNÍ NA STRANĚ D2 ■■■



Profesor Georg Schomerus

Stigmatizace duševně nemocných: Výsledky studií neukazují změny k lepšímu

POKRAČOVÁNÍ ZE STRANY D1

Strukturální stigmatizace se liší v různých zemích a kulturách. Často nediskriminují lidé jako takoví, ale struktura. Stigmatizace ovlivňuje sebevědomí pacientů a může hrát roli v rozvoji komorbidní sociální fobie, která negativně ovlivňuje další život nemocného. Je zřejmé, že vnímání psychiatrických diagnóz odráží i změnu preferencí v alokaci financí, což dokazuje další ze studií, která proběhla v Německu v letech 2001–2011. Dotázaní měli vybrat tři oblasti, kam by mělo směřovat nejvíce zdrojů. Jednoznačně nejpreferovanější oblastí byla v roce 2001 onkologie, následovaná AIDS a kardiovaskulárními chorobami, diabetem a Alzheimerovou chorobou. Naopak nemoci jako schizofrenie, deprese nebo závislost na alkoholu figurovaly až na konci seznamu. Když se v roce 2011 průzkum opakoval, u preferovaných diagnóz podstatně poklesl AIDS, ale ubylo i těch, kteří by zdroje směřovali do schizofrenie. Ve všech ostatních oblastech by lidé chtěli investovat více zdrojů než dosud, zejména pozitivní rozvoj zaznamenala deprese.

Nepodceňujeme problém selfstigmatizace

Selfstigmatizace je asociovaná s vyšším výskytem symptomů, s „why-try“ efektem, ztrátou sebevědomí, častější hospitalizací. „Stigmatizace a selfstigmatizace může např. u osob se schizofrenií

významně ovlivňovat rozvoj onemocnění i jeho další průběh. Podceňování selfstigmatizace může vést k selhání identifikace vlastního psychického onemocnění. Proto je třeba podporovat každého s duševním onemocněním, aby o svých problémech hovořil, aby si mohl zvolit, s kým, kdy a jak o svých problémech bude hovořit. Lidé by měli cítit, že jsou podporováni. Hovořit o svých problémech je přínosné nejen pro konkrétního pacienta, ale přispívá to i k celkové destigmatizaci psychiatrie,“ zdůraznil prof. Schomerus.

K principům strategie změny stigmatizace patří podle něho kontakt, tedy přímá interakce mezi lidmi s duševním onemocněním a bez takového onemocnění, přínosný je cílený kontakt. Ukazuje se, že destigmatizace, na níž se podílí osoba, která má se stigmatizací konkrétní zkušenosti, tedy člověk s psychickým onemocněním, je efektivnější než aktivity, na nichž se podílejí pouze profesionálové. Zde může být problém, protože tyto lidi se často nechťejí zviditelňovat. Další problém může souviset i s tím, jaký obraz o duševním onemocnění vytvářejí ve společnosti sami lékaři. V Česku dnes ještě téměř desetina lékařů například věří, že duševní onemocnění je způsobeno nedostatkem silné vůle.

Význam kontinua v psychiatrii

„Podobně jako u diabetu budeme jednoho dne schopni pacientovi říci: Trpí-

TABULKA

Stigma Matrix

	Veřejné stigma	Selfstigma	Strukturální stigma
kognitivní	„je nespolehlivý“	„jsem nespolehlivý“	např. odlišný systém pro léčbu závislosti a duševních poruch
behaviorální	zaměstnavatel odmítá zaměstnat osoby s duševním onemocněním	lidé s duševním onemocněním nežádají o práci	u závislých na návykových látkách nedochází k adekvátní léčbě jejich primárního psychiatrického onemocnění, které bývá u vážných závislostí časté

te deprese, ukazují to vaše laboratorní testy. Onemocnění pak bude akceptováno stejně jako např. zlomená noha. To je páka k odstranění stigmatizace,“ řekl v roce 2010 významný německý psychiatr Florian Holsboer. Podle prof. Schomeruse jde o optimistickou výzvu. „Až budeme schopni doložit, že vše spočívá na biologických podkladech a jde jednoznačně o nemoc, jako je jakákoli jiná, nebude existovat stigma,“ je přesvědčen.

Jak ale upozorňuje, u duševních poruch nejde o černobílou záležitost. Neexistuje jasná, ostrá hranice oddělující zdraví od nemoci, distres od choroby. Příznaky a symptomy duševních onemocnění je podle něho třeba vnímat na ose kontinua a je úlohou lékaře najít práh mezi zdravím a nemocí. „V podstatě nelze říci, že nemoc buď máte, nebo nemáte. Nikdy nenajdeme perfektní hranici, protože jde o kontinuum. Problémem ale je, jak s kontinuem pracovat, protože lékař potřebuje stanovit

diagnózu pro komunikaci s pacientem. Dříve jsme říkali ‚tento pacient je schizofrenik‘, ale to již nepoužíváme, protože je to diskriminační. Nyní řekneme, že pacient má schizofrenii, ale zvolíme-li formulaci ‚pacient má v současné době schizofrenii‘, je to ještě lepší. Zdůrazníme, že nejde o jasnou kategorii jednou provždy, ale jde o přechodné období, které se může opět změnit,“ vysvětluje profesor s tím, že člověk se nenachází ve stejném kontinuu po celou dobu. I když jde o chronické onemocnění, střídají se období krizí a zotavení. Velmi potřebná by taková změna byla u diagnóz závislosti, které na člověku ulpějí a je těžké se jich zbavit. Proto je podle něho třeba být při stanovování a sdělování diagnózy více flexibilní. Věří, že posuzování onemocnění podle kontinua symptomů pomůže v destigmatizaci psychiatrie.

Průzkum provedený v Německu v roce 2011 (n = 3 642), zaměřený na osoby trpící schizofrenií, deprese

nebo závislosti na alkoholu, zjišťoval vlivu v kontinuu symptomů a emoční reakce ve vztahu k těmto třem skupinám. Zatímco 42 procent respondentů souhlasilo s kontinuitou symptomů u deprese, u schizofrenie to bylo jen 25 procent a u závislosti na alkoholu 26 procent. Preference kontinua byla obecně spojena s pozitivnějšími emocionálními reakcemi, čím více lidé věří, v kontinuum, tím méně obav z nemoci vyjadřují.

Jak se ukazuje, stigmatizace duševních onemocnění se liší v čase i v jednotlivých zemích. Jde stále o nevyřešený problém, na který většina lidí s psychickými problémy doplácí. Důležitou roli hraje změna struktury péče, ale i informovanost veřejnosti. Ukázalo se, že ani striktně biologická perspektiva chápání duševních onemocnění nezmenšuje stigma, ale může je naopak u některých diagnóz zhoršit. Klíčové je mluvit o těchto problémech otevřeně, na veřejnosti a zangažovat do boje proti stigmatizaci právě ty, kteří jí nejvíce trpí. kol

Destigmatizaci by měli vést lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním

POKRAČOVÁNÍ ZE STRANY D1

To je zejména v některých lokalitách problém...

Ano, jak vím, péče v České republice je v tomto směru stále ještě celkem centralizovaná, takže je obtížné např. využít komunitních služeb nebo poslat nemocného do nějakého lokálního zařízení, které by poskytovalo potřebné služby. Proto se lékaři domnívají, že je pro pacienty často lepší, když je léčí oni sami, což může být někdy obtížné, protože mohou pociťovat, že k tomu nemají dostatek zkušenosti.

U některých pacientů trpících např. přehnanou obavou o své zdraví či úzkostmi se někdy mohou lékaři diskusí vyhýbat a raději takové pacienty posílají k dalším kolegům, specialistům... To je velmi obtížné. Máte-li někoho, kdo si neustále stěžuje na fyzické symptomy a je přesvědčen, že jeho zdravotní problémy jsou fyzického charakteru, je velmi těžké říci mu „podívejte se, udělali jsme všechna dostupná vyšetření a domnívám se, že jde o psychologický problém“. V tu chvíli se pacient cítí, že již není brán vážně a nedostává se mu péče, na niž má nárok. Právě i z důvodu letité stigmatizace duševních onemocněním pacient psychický charakter onemocnění odmítá. Lékař by to ale říci měl, a v tomto směru je třeba praktickým lékařům nabízet potřebný trénink, jak s takovými pacienty jednat, jak jim takovou zprávu sdělit. Je hlavně třeba je ubezpečit o tom, že víme o jeho problémech, nepochybujeme o nich a nemyslíme si, že si by si je vymýšlel, ale takovéto symptomy mají mnoho důvodů a příčin. Mohou zde být fyzické příčiny, které můžeme vidět na snímcích a laboratorních vyšetřeních, ale jsou i psychologické příčiny, na které se v případě, kdy jsme nenašli fyzické důvody, musíme zaměřit. Takového pacienta je dobré poslat

k psychologovi nebo psychoterapeutovi. To může být ale obtížné, nejsou-li takové služby v místě dostupné. Snazší je pak nabídnout antidepressiva s tím, že fungují i proti bolesti, a přidat je k léčbě bolesti, což vesměs pacienti akceptují snáze.

A jak se stigmatizace projevuje z pohledu psychiatra?

Jako psychiatr se k pacientovi musím chovat vždy profesionálně, vážit si ho a léčit ho s respektem. Z pozice naší profese je třeba mít na paměti strukturu psychiatrické péče, zejména v situaci, kdy nepracuje ve prospěch pacienta. Jde například o situace, kdy máme pouze velkou centrální psychiatrickou nemocnici a všichni pacienti musejí hodinu či dvě cestovat, aby se tam dostali. To samozřejmě netvoří dobré podmínky k poskytování správných a dobrých psychiatrických služeb. Takže bychom měli volat především po lepších službách v našem oboru, jako jsou denní kliniky nebo oddělení v menších nemocnicích atd. Naším úkolem je tedy usilovat o změnu struktury těchto služeb směrem od centrálních služeb ke službám na komunitní úrovni.

V přednášce jste se zmínil o problematice kontinua. Jde o něco nového?

Kontinuum zde bylo vždy, ale převážně se používalo stanovování diagnóz podle jasného ohraničení, kdy buď nemocný jsem, nebo nejsem. Jde-li o zlomenou nohu, buď ji zlomenou mám, nebo ne, ale jde-li např. o diabetes, o vysoký tlak, je to otázka nastavení hranice, od kdy již půjde o onemocnění. A u duševních chorob je to stejné. Je to kontinuum a potřebujeme kategorie a hranice, abychom mohli rozlišit diagnózy, které již léčíme, a kdy ještě ne. Myslím, že způsob, jakým mluvíme o psychických onemocněních, nás i okolí nutí vidět věci černo-bíle, a to je špatné.

U každého z nás se mohou vyskytnout určité symptomy psychického onemocnění, všichni máme v životě těžké chvíle, kdy nám někdo zemře, ztratíme práci, rozpadá se nám vztah, zkrátka období, kdy na tom nejsme psychicky dobře. A budeme-li více mluvit o kontinuu v oblasti duševního zdraví, bude snazší se přiblížit těm, kdo se v daném momentě necítí dobře. Nejsou stejně nemocní neustále celý život, mají období krizí, epizody onemocnění, ale uzdraví se a je jim lépe...

Vnímání psychiatrického onemocnění v rámci kontinua by tedy mělo pomoci společnosti více akceptovat tato onemocnění?

Jednoznačně. Takové onemocnění pak bude mnohem snáze akceptováno i nemocnými. A pro lékaře bude mnohem snazší komunikovat s pacientem a říci mu, kdy a jakou bude potřebovat léčbu. A očekával bych tedy, že i adherence k léčbě bude lepší.

V ČR nyní probíhá velká reforma psychiatrické péče. Ve vaší zemi již nějaké změny zejména v rámci destigmatizace proběhly. Co se u vás změnilo?

Myslím, že jsme mnohem otevřenější v oblasti onemocnění, jako jsou deprese a úzkosti. Nyní je mnohem snazší o těchto onemocněních hovořit, protože o vlastní zkušenosti s nimi otevřeně mluví v médiích některé známé osobnosti. Obecný trend u nás je nyní takový, že jako společnost bychom měli více akceptovat ty, kteří nejsou perfektně stále vyrovnaní a silní a mají třeba depresivní epizody. Zatím se nám ale nepodařilo tohoto výsledku dosáhnout u závažných psychiatrických diagnóz, jako je např. schizofrenie. Naopak pozorujeme rostoucí neochotu přijmout tyto osoby,

a to nejen v Německu, ale i v řadě jiných zemí. Jde zřejmě o všeobecný trend, kdy je společnost méně ochotna integrovat nepředvídatelné osoby. Nevíme proč, ale lidé se závažným psychickým onemocněním jsou nyní ještě méně akceptováni, než tomu bylo v minulosti.

Nemůže to mít souvislost s problematikou migrace?

Ne, získaná data tuto teorii nepotvrzují.

Zmínili jste, že jsou dost velké rozdíly mezi jednotlivými národy ve smyslu stigmatizace, čím to vysvětlujete?

Vedle kulturních rozdílů je to záležitost zdravotního systému a jeho dostupnosti. Tam, kde nemocné posíláme do velkých a vzdálených psychiatrických léčeben, kde setrvávají dlouhé týdny, měsíce, dokonce roky, je takové onemocnění vnímáno společností jako velmi vážné. My jako lékaři se ale mnohem častěji setkáváme s ne tak závažnými případy zejména deprese, úzkostí atd. Častější kontakt s lehčími formami onemocnění mění to, jak společnost na tato onemocnění pohlíží, a určité následně snižuje práh, kdy lidé se svými problémy navštíví lékaře. Myslím, že hlavní rozdíl mezi západními zeměmi a zeměmi bývalého východního bloku je rozvoj psychiatrických služeb, jejich začlenění do komunity a decentralizace. U nás máme pro lidi s duševním onemocněním mnohem více denních klinik, ambulancí, poraden a oddělení v malých nemocnicích. Velká centrální zařízení jsou stále méně častá a zmenšují se.

Kde vidíte další cíl na cestě destigmatizace?

Posílit vnímání lidí, aby se dokázali postavit za svá práva. Psychická onemocnění jsou velmi častá, nejde jen o ty vážné případy, kde je vyléčení obtížné, ale je

spousta vážně nemocných, kteří se vyléčí. Je důležité, aby ti, kteří prošli léčbou, s níž nebyli spokojeni, s přístupem, který je urážel a ponižoval, otevřeně promluví, řekli nahlas své pocity a obavy. Jedině tak se může zabránit tomu, aby se to znovu opakovalo. V čele společenské změny by podle mého názoru měli stát lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním.

Stigmatizace je spíše záležitostí celé společnosti než psychiatrie samotné?

Stigma není problém pacienta, ale společnosti. I když určitá stigmatizace je problém i mezi lékaři, protože jsme to my, kdo s těmito nemocnými a jejich problémy přichází nejvíce do styku, a záleží na naší prezentaci, komunikaci... Největší podíl ale zcela určitě sehrává společnost, potažmo struktura péče. Ta určuje, jak budeme vnímat lidi s duševním onemocněním, jak chceme, aby žili, jakou by měli mít péči... Je ale třeba si uvědomit, že toto onemocnění je velmi časté, takže je v našem nejlepší zájmu mít dobrý a funkční systém a léčit každého s respektem.

Jak hodnotíte současnou psychiatrickou péči v České republice?

Vím, že u vás úspěšně probíhá potřebná reforma. A institut (NÚDZ), kde se nacházíme, je něco tak velkolepého a skvělého... V tom daleko převyšujete Německo. My nemáme žádnou národní iniciativu proti stigmatizaci ani žádný podobný národní institut duševního zdraví. Je úžasné, kolik mladých lidí a s jakým entuziasmem zde pracuje na nejrůznějších projektech. Je toho tolik, co je třeba dělat, a zde vidím obrovské množství nápadů. Je to v současnosti jedno z nejužasnějších míst, kde může psychiatr pracovat, bádat a podílet se na destigmatizaci psychiatrie. Zdenka Kolářová