

Pôvodná práca

Depresia očami občanov Slovenskej republiky
Sociálne reprezentácie pojmu depresia u prispievateľov v on-line diskusií
k článku o výsledkoch EPID štúdie v denníku SME

A. Heretik, ml., Z. Müllerová

Depression by citizens of Slovak Republic
Social presentation of depression by on-line participants discussing
an article on the EPID study results in daily SME

Súhrn

V predloženej práci približujeme niektoré časti analyzovanej internetovej diskusie k článku v denníku SME z 29.4.2003 s názvom „Psychiatri: Vládne tu depresia“, ktorý bol prvou tlačovou správou z výskumu EPID – prvej epidemiologickej štúdie depresie na Slovensku. Nemonderovaná on-line diskusia, zameraná na informácie v článku, prebehla v dňoch 29.4.–4.5.2003. V práci predkladáme prehľad laických reprezentácií fenoménu depresie a súvisiacich javov, ktoré tematizovali samotní aktéri diskusie. Takmer výlučne sme zachovali ich jazyk, prípadne sme výpovede obozretne skrátili tak, aby neutrpel ich zmysel ani kontext. Výroky prispievateľov sme vytriedili podľa diskutovaných tém. Následne sme vytvorili systém kategorizácie. Pri zisteniach, ktoré sa nám javia ako pozoruhodné, sa pokúšame o vlastnú interpretáciu. Sme si vedomí, že jestvujú ďalšie alternatívne interpretácie, ktoré umožňujú pohľad na depresiu z iných perspektív. Na záver ponúkame niekoľko nápadov/tém/výskumných otázok, ktoré vzišli z analyzovaného materiálu (tab. 9, lit. 14).

Kľúčové slová: psychiatria, depresia, laická interpretácia, diskusia, internet

Summary

This article presents some parts of analyzed internet discussion related to the article from daily SME, 29.4.2003, entitled „Psychiatrists: depression dominates“, which was the first published report of the EPID study – first epidemiologic study of depression in Slovakia (Heretik and al., 2003). On-line, non-conducted discussion, related to the article, was held from 29.4. to 4.5.2003.

The paper provide the review of laic presentation of depression and related events, designated by discussion participants. The language was preserved or the statements were carefully shortened in order not to affect the context. Participants' statements were sorted according to discussed topics. Subsequently the authors developed a system of classification. Authors tried to interpret some findings, in their opinion remarkable. Authors were aware other alternative interpretations exist as well, providing a different view to depression. At the end of the article authors suggest some ideas/topics/study questions, developed from analyzed material.

Key words: psychiatry, depression, laic classification, discussion, internet

Úvod

Čo sú sociálne reprezentácie

Sociálne reprezentácie sú názory a presvedčenia, ktoré sa utvárajú a udržiavajú v spoločenských skupinách modernej spoločnosti, homogenizujú a zjednocujú porozumenie a hodnotenie sveta prostredníctvom konsenzuálnej konštrukcie reality (Plichtová, 1998). Umožňujú vzájomnú efektívnu komunikáciu jej nositeľov i formovanie spoločných cieľov či spoluprácu. Sociálne reprezentácie sú zároveň spoločenskou formou poznania, ktorá sa odvíja od praktickej skúsenosti sociálnych aktérov, ich postavenia a vzťahu k spoločenskej realite. Významný bádateľ v oblasti výskumu sociálnych reprezentácií S. Moscovici (ibid) objasňuje procesy prenikania vedeckého poznania do všeobecne zdieľaného, laického poznania. Jedná sa o tieto dva procesy:

1. v procese *ukotvovania* (anchoring) sa nové, vedecké poznatky začleňujú do bežných predstáv, kategórií, kontextu,
2. v procese *objektívizácie* (objectification) sa tieto nové, abstraktné pojmy konkretizujú priradením vizuálnej podoby, ktorá napomáha ich všeobecnej zrozumiteľnosti.

Takto sa to deje i s poznatkami z medicíny a psychológie v interakcii odbornej s laickou verejnosťou.

Metodológia

Podkladom pre analýzu boli niektoré časti internetovej diskusie k článku v denníku SME z 29.4.2003 s názvom „Psychiatri: Vládne tu depresia“, ktorý bol prvou tlačovou správou z výskumu EPID – prvej epidemiologickej štúdie depresie na Slovensku (4). Nemoderovaná on-line diskusia na www stránkach denníka SME, prebehla v dňoch 29.4.–4.5.2003.

Pre analýzu sme vyseletovali spolu 109 príspevkov (30 normostrán textu) z približne trojnásobného počtu reakcií. Vylúčili sme nezrozumiteľné príspevky, príspevky, ktoré sa vôbec nevzťahujú k téme, či reakcie na predošlý diskusný príspevok, ktorý nebol samostatne hodnotiteľný a nedalo sa zistiť, na ktorý výrok či výroky v diskusii reaguje. V súbore analyzovaných výpovedí sa nachádza 107 rozličných „podpisov“ reagujúcich osôb, tento počet však nemusí zodpovedať skutočnému počtu zúčastnených diskutérov. Identifikácia prispievateľov je obtiažna vzhľadom na používanie prezývok, pričom nie je vylúčené, že tá istá osoba sa skrýla za viac ako jednu prezývku. Dôležitou otázkou je: Kto boli diskutujúci?

Výskumy internetových komunít sú vo všeobecnosti ešte v začiatkoch. Na základe niektorých výskumov však môžeme očakávať, že sa analyzovanej diskusie zúčastnili skôr ľudia s vyšším vzdelaním, vyšším socio-ekonomickým statusom (pripojenie na Internet má oproti ostatným krajinám EÚ nízke percento obyvateľov SR) zaujímajúci sa o problematiku, ktorí čítajú aspoň sporadicky denník SME. Naším cieľom bolo poukázať na laické videnie (aj keď nemôžeme

na 100 % vylúčiť, že diskusie sa nezúčastnil/-i aj odborníci) a tematizovanie pojmu depresia a príbuzných tém.

Vzorka – Špecifická diskusnej skupiny

Výhody:

- anonymita (sloboda, spontánnosť, dobrovoľnosť),
- samoriadenie diskusie,
- prirodzené sformovanie skupiny prispievateľov.

Nevýhody:

- neriadenosť, čím niektoré témy neboli hlbšie explorované,
- nenadväznosť niektorých príspevkov,
- svojpomocné čelenie agresívnym prejavom v diskusii,
- skrytý sociálny, ekonomický či demografický profil diskutujúcich,
- nereprezentatívny súbor (diskutujúci na Internete ako špecifická skupina občanov).

Analyzovaná internetová skupina diskutujúcich o článku má oproti výskumníkom emelo vytvorenej diskusnej skupiny viac výhod. Komunikácia sa vyznačovala vďaka zachovanej anonymite vysokou mierou slobody, spontánnosti a dobrovoľnosti. Keďže diskusia nebola riadená, usmerňovaná a štruktúrovaná moderátorom, mali všetci prispievatelia rovnaké postavenie a rovnaké možnosti ovplyvňovať smer komunikácie, spolurozhodovať o tom, aké témy sa budú rozvíjať, byť spoluzodpovednými za kvalitu komunikácie, najmä pri útočných príspevkoch. Prispievatelia taktiež neboli zaťažení poznáním, že po čase bude diskusia podrobená obsahovej analýze, nakoľko podnet k tomuto nápadu výskumníkov pochádza práve z nečakanej hĺbky a pestrosti diskusie. Diskutujúci sa tým nepokúšali zapáčiť sa výskumníkom, „stražiť sa“ do ich očakávaní a vkusu, „dobro poslúžiť“. Taktiež nemuseli cítiť, že na niekoho pracujú, že ich niekto používa na nejasné ciele. Za nevýhodu možno považovať to, že neprítomnosťou moderátora niektoré zaujímavé témy zanikli bez dôkladnejšieho prediskutovania. Taktiež reakcie prispievateľov na seba málo nadväzujú, nakoľko reagovali v širokom časovom intervale, nie bezprostredne a často bez oboznámenia sa s predošlými príspevkami. Diskutujúci sa museli svojpomocne vysporiadať i s agresívnou, vulgárnou komunikáciou niektorých členov. Práve neumelosťou, živosťou aktérov nám táto spontánne stmelená skupina pripomína encoutrovú skupinu s istým terapeutickým potenciálom. Pozorovateľovi neunikne ani túžba po blízkosti a spolupatričnosti implicitne prítomná u prispievateľov. Prejavy takejto ľudskej zaangažovanosti v nás osobne zanechali dojem sľubného ľudského potenciálu „hrdinov všedných dní“.

Obsahová analýza internetových príspevkov

Pri obsahovej analýze textu sa *neinvazívnym spôsobom* spracováva aj veľké množstvo neštruktúrovaných dát. Najskôr

Tabuľka 1. Depresia – laické definície

I. depresia – laické definície
<p>1. depresia ako choroba/diagnóza</p> <ul style="list-style-type: none"> • depresia je vážna choroba, ťažko sa lieči • čo už, depresia je moderná choroba, je načase dať patričnú vážnosť psychiatrickej medicíne • nelieči sa až tak ťažko • depresia je nedostatok sérotonínu v mozgu z dôvodov vrodených (endogénna d.) alebo pôsobením vonkajších faktorov (exogénna d.) • dlhá a ťažká choroba, ľudia si ju mylia so zlou náladou <p>2. depresia ako rozmar</p> <ul style="list-style-type: none"> • depresia je zvoľa (obraz depresie tu: nevedomý boj s bohom; neschopnosť vzdať sa vecí, osôb, kontroly, plánov, snov), sprievodnou emóciou je hnev, pričom z času načas depresiu prežívame všetci • depresia je len taká pánska choroba <p>3. depresia ako účelová fikcia</p> <ul style="list-style-type: none"> • depresia je výmysel idiotov, ktorí sa chcú obohatiť predpisovaním svinstiev (ako Prozac), to rakovina je vážna choroba • sérotonínová teória je blud, ktorý nikdy nikto nedokázal • nikdy nikto neodmeral hladiny sérotonínu v mozgu <p>4. iné poznatky o depresii</p> <ul style="list-style-type: none"> • čím dlhšie depresie (plurál) trvajú, tým ťažšie sa ich dá zbaviť a pridružujú sa k nim aj telesné choroby (vplyvom psychiky ochorie telo) alebo iné „mentálne poruchy“ (agresivita, letargia) • depresie (plurál) prichádzajú nebadane, človek môže mať zlú náladu a byť vyčerpaný, ale nesmie to trvať dlho • je veľký rozdiel medzi endogénnou a exogénnou depresiou • komplikovanejšie formy, napr. „bipolárna depresia“ sa nedajú celkom vyliečiť

sme vykonali *deskriptívne kódovanie* posudzovaných jednotiek textu, za ktoré považujeme ucelené výroky prispievateľov (často presahujúcich vetu) a súvisiacich so skúmanou problematikou: depresiou. Tým sme zachytili najvýraznejšie témy, opakujúce sa myšlienky či presvedčenia a identifikovali hlavné dimenzie problému. Na základe podobností vo význame jednotlivých kategórií (prvého rádu) sme vytvorili 9 kategórií druhého rádu (pozri tab. 1–9). Pri *manifestnej analýze* sme si všimli reprezentatívnosť výpovedí a povrchové črty textu. V predložnom článku však takmer výlučne prinášame podrobnejšie rozpracované zistenia z *interpretatívnej analýzy*, v ktorej sme „pátrali medzi riadkami“ po implicitných významoch a posolstvách v reakciách prispievateľov. Zvolili sme teda *kvalitatívny prístup* k získaným dátam. Tento sa vyznačuje zameraním na novosť, zaujímavosť, hodnotu témy, kým v kvantitatívnom prístupe ide o frekvenciu výskytu myšlienky (indikátor dôležitosti), pomer medzi počtom priaznivých a nepriaznivých atribútov (indikátor predpojatosti) či počet druhov kvalifikácií a asociácií k danej téme (miera intenzity alebo sila presvedčenia) (Plichtová, 1996). Zaujímal nás nielen súbor názorov

a postojov prispievateľov, ale aj odpoveď na otázku, prečo účastníci zastávajú daný postoj, prípadne aký svetový názor prevláda v skupine.

Interpretácie a diskusia

Kategória I. Depresia – laické definície

Zaujímavé sú tu subkategórie *Depresia ako rozmar* a *Depresia ako fikcia*, ktoré nás inšpirujú k špekulácii, že títo prispievatelia môžu mať ťažkosti požiadať o pomoc, prípadne akceptovať človeka, ktorý „si nevie vyriešiť svoje problémy sám“. Nezanedbateľné sú tu *výchovné vplyvy* v primárnej rodine (tab. 1).

Použitím slova depresia v plurále („depresie“) pravdepodobne prispievatelia pomenúvajú súbor zlých nálad/duševných rozpoložení s implicitným predpokladom, že „depresia“ nie je u žiadnych dvoch ľudí rovnaká, prípadne, že existujú rôzne druhy alebo stupne depresie.

Pozoruhodný *výskum sociálnych reprezentácií zdravia a choroby* uskutočnila vo Francúzsku C. Herzlichová (in

Tabuľka 2. Človek s depresiou

<p>II. človek s depresiou</p> <p>1. vnímanie znevýhodnenia oproti zdravému človeku</p> <ul style="list-style-type: none"> • má vážne problémy existovať, robiť bežné veci ako jesť, piť, starať sa o seba, o deti, pohybovať sa • vďaka antidepresívam ako-tak funguje, ale nežije naplno <p>2. empatický pohľad</p> <ul style="list-style-type: none"> • samovraždu môže vidieť ako jediné východisko z problémov, neznamená to, že mu preskočilo • strata alebo prechod u neho plodí pocit beznádeje, stáva sa tým nehybný, paralyzovaný, neschopný normálne fungovať, má nízky stupeň motivácie • pocit nezmyselnosti zahalí víziu jeho života ako čierny mrak <p>3. kritický pohľad</p> <ul style="list-style-type: none"> • je pesimista • nechce povedať, čo má na jazyku, tlmí v sebe myšlienky • kladie neprímerané nároky na seba, okolie, vzťahy s okolím • kladie si podmienky, ako má jeho život vyzeráť <p>4. v sociálnom kontexte</p> <ul style="list-style-type: none"> • zanedbáva návštevu lekára, lebo sa bojí stigmatizácie • je realista, ktorý sa neteší z toho, ako Majský, Dubovská a ďalší rozkradli celé Slovensko

Plichtová, 2002). Vychádzala z predpokladu, že byť chorý či zdravý nie je výlučne individuálna skúsenosť, nakoľko zdravotný stav vplýva a vstupuje aj do vzťahu jednotlivca a spoločnosti, ktorá vytvára inštitúcie a pravidlá o tom, ako sa má chorý správať, ako sa bude liečiť, akú pomoc a sociálnu podporu si zaslúži. Systém noriem a očakávaní v spoločnosti ukladá lekárovi i pacientovi, ako majú hrať svoje roly, ako sa majú správať. Herzlichová nepodceňuje laické *medicínske poznanie*, naopak považuje ho za koherentný celok, vyznačujúci sa praktickou racionalitou. Bádateľka zistila, že zdravie vo verejnosti nie je reprezentované ako miera, ale je záležitosťou „buď – alebo“ (dichotómia zdravý – chorý). Diskusia o zdraví obsahovala tieto témy: *dobrá fyzická stav, prebytok energie, neprítomnosť únavy, dobrý psychický stav, slobodu pohybu a dobré vzťahy s druhými ľuďmi*. V laickom diskurze o chorobe Herzlichová identifikovala tri významy: choroba ako *deštruktor*, choroba ako *oslobodenie* a choroba ako *po-volanie*, čím dospela k zaujímavému zisteniu, že z pohľadu laika deštruktívnosť choroby nemá somatický, ale sociálno-psychologický charakter (viac o sociológii aspektov duševných porúch napr. Chromý, 2002). Dlhodobo vážne chorý človek akoby spoločensky umieral, dokonca až zomrel. Choroba teda ohrozuje *integritu osobnosti* viac ako telo. Faktor psychickej pohody pacienta významne vplýva na výsledný efekt terapie. Napriek presvedčivosti tohto poznatku prevláda v praxi redukcia terapie na potlačenie symptómov. Svoju úlohu tu má aj nedostatočná príprava budúcich odborníkov na vedenie rozhovoru s chorým človekom. Začína-

júci lekári sa komunikácii s pacientmi učia ako samouci metódou pokusu a omylu, prípadne imitacným učením sa od starších kolegov (bližšie pozri Zajak, 2003). Pokiaľ vo svojom pracovnom okolí nenachádzajú vhodné vzory, nezriedka prevezmú napodobňovaním také autoritatívne komunikačné stereotypy a nadradené postoje k pacientom, v ktorých niet miesta pre *empatiu* voči chorým. Pravdivé a zrozumiteľné informovanie pacienta o jeho stave sa ešte pevnou normou nestalo (bližšie pozri Mračková, 2004).

Kategória II. Človek s depresiou

V diskusii pozorujeme celé spektrum názorov a pohľadov na človeka trpiaceho depresiou. Časť diskutujúcich vnímala znevýhodnenia človeka s depresiou oproti ostatným a empatizovala s nimi (snažila sa vcítiť do ich prežívania, rozpoloženia) (tab. 2).

U kriticky reagujúcich prispievateľov predpokladáme na pozadí ich uvažovania odmietnutie depresie ako choroby, súvisiace s neprijateľnosťou predstavy, že aj ich by sa tento problém raz mohol týkať. Ako obrana im slúži *viera*, že za depresiou si ľudia môžu sami.

Zaujímavé zistenia o vzťahu komunity zdravých občanov voči psychiatrickým pacientom v resocializácii sprostredkoval výskum D. Jodeletovej (in Plichtová, 2002), ktorý bol uskutočnený vo francúzskom mestečku Ainay-le-Chateau, v ktorom psychiatrická nemocnica udržiava už vyše storočnú tradíciu umiestňovania preriečených pacientov do ro-

dín (v súčasnosti žije v tamojšej kolónii asi 1000 pacientov približne v 500 rodinách). Pestúnske rodiny dostávajú na jedného pacienta mesačne odmenu 300 frankov. Pôvodným zámerom projektu bolo zaistenie terapeutického aspektu rodinného spolužitia, reintegrácia a resocializácia pacienta. V praxi sa však stalo normou, že pre psychiatrických zverencov sa zvlášť perie a varí (menej kvalitne), stolujú oddelene, majú zakázané hrať sa s deťmi či zúčastňovať sa voľnočasových aktivít s rodinnými príslušníkmi. Každodenný kontakt rodiny s pacientmi bol minimalizovaný, domácnosť zreteľne rozdelená na zónu rodinných príslušníkov a zónu podnájomníkov. Jodeletová sa zamýšľa nad *liberalizáciou psychiatrickej starostlivosti* a zavádzaním *humanizujúcich projektov* v súvislosti s nezrelosťou spoločnosti prijať a podporiť takéto postupy, nakoľko strach z odlišnosti sociálnej skupiny pacientov s duševným ochorením doposiaľ aktivizuje v „normálnej“ populácii obranné reakcie, smerujúce k chráneniu *skupinovej integrity*. Jodeletová zistila detaily o spoločenskej pozícii psychiatrických pacientov, obavách miestnych obyvateľov o svoju *identitu* či laických teóriách o „bláznoch“. Sociálnymi procesmi *hierarchizácie, sebahotvrdzovania a separácie chorých* sa miestni obyvatelia bránia zmene, ktorou by bolo zrovnoprávnenie týchto odlišných ľudí a ich začlenenie do komunity. Tá sa vyznačuje kolektívnou militantnosťou a značnou súdržnosťou, vyplývajúcou z ochrany vlastnej sociálnej skupiny, v ktorej majú jednotlivci korene svojej identity.

I v našej spoločnosti majú predsudky a odmietavé správanie sa voči psychiatrickým pacientom a ich reintegrácii obrannú funkciu pred zásahmi do sociálneho poriadku či statusu a moci väčšiny. Tá predpokladá, že prispôbením sa menšine môže stratiť mnohé výhody a zaužívané životné pohodlie. Strach hoci i z minimálnej zmeny vyvoláva rázny odpor, nakoľko dôsledky prispôbenia chodu spoločnosti psychiatricky liečeným občanom sú chápané ako starosti navyše, odoprenie si čohosi, spomalenie tempa, nutnosť brať ohľady, zamýšľať sa, prehodnocovať životné ciele, hodnoty i samotný zmysel života, učiť sa o potrebách kohosi „menej schopného“, kto nevie držať krok s dobou a väčšinou. Bez pozitívnych vzorov – osobností vo svojom okolí laická verejnosť ťažko uverí, že spolužitie s rozličnými ľuďmi môže byť obohacujúce. I naša analýza potvrdzuje, že diskutujúci nadobudli zážitok a novú skúsenosť v kontakte s liečenými prispievateľmi vďaka stretnutiu oboch strán v spoločnom priestore on-line diskusie. Došlo k výmene informácií, skúseností, priblíženiu a sociálnemu učeniu, ktorého význam by vedeli posúdiť najlepšie účastníci samotní. Práve osobný kontakt príslušníkov „väčšiny“ a „menšiny“ umožňuje *interpersonálne učenie*, teda osvojovanie si nových postojov, prehodnocovanie zaužívaných sociálnych reprezentácií duševných ochorení a osôb liečených na psychiatrii, redefinovanie „normálneho“ a „nenormálneho“, *redukciu obáv* na základe pozitívnych skúseností v kontakte s „liečenými“ a následné otvorenie sa bližšiemu spolunažívaniu. Jedná sa o zložitý proces dozrievania jednotlivcov v spoločnosti. Urýchľovanie tohto procesu máva za následok (latentné) hromadenie napätia a jeho vyústenie do konfliktu či dočasného regresu (vlny odmietnutia

a posilnenia obrán). Aj u nás sme svedkami vtipkujúcich, ironizujúcich či zhadzujúcich reakcií verejnosti na kampane organizácií, ktoré sa snažia zmeniť niektoré postoje spoločnosti, napr. kampaň „Každá piata žena je týraná“, ale i niektoré reakcie na dlhodobú kampaň Ligy za duševné zdravie. Ako schodná cesta sa nám vidí stretávanie sa a diskutovanie najrozmanitejších ľudí, aj vo forme internetových diskusií.

Kategória III. Osobná skúsenosť s depresiou

Prevažujúci názor na lieky ovplyvňujúce CNS je negatívny (tab. 3). Sklon sťažovať si na farmaceutické produkty pripisujeme istej dávke sklamaní, ktorému je vystavený na začiatku liečby každý pacient, nakoľko pod tlakom utrpenia od lieku očakáva okamžitý účinok podobný zázraku. Dôvera v medikamentóznú liečbu je otrasená i nevyhnutným skúšaním, ktorý liek vyvolá želaný efekt. Podobne je to s dávkovaním. Svoju úlohu však môžu hrať i celkovo opatrné a senzitivné postoje k liekom, ktoré ovplyvňujú CNS – teda „mozog“, „myslenie“, „dušu“ (na rozdiel od všeobecne pozitívneho postoja ku konzumu liekov, ktorý na Slovensku skôr prevláda). Ochotu podeliť sa o *osobnú skúsenosť* s psychickým ochorením a liečbou považujeme za cennú formu osvety a účinný prostriedok proti predsudkom v spoločnosti.

Kategória IV. Príčiny vzniku depresie („za depkami je viac než len bežný dôvod“)

Z kategorizácie (i samotných príspevkov) vidíme veľkú rozmanitosť názorov na príčinu depresií a dôležité faktory vplývajúce na depresiu. Diskutujúci venovali v tejto kategórii najväčší priestor úvahám o zlom životnom štýle a politicko-ekonomickým príčinám vzniku depresie ako i filozofickým príčinám (tab. 4).

V príspevkoch je zastúpený i v súčasnej psychiatrii *mainstreamový biologický medicínsky pohľad* na príčinu depresie ako poruchy zdravia. Rozmanité sú i názory na životné udalosti a osobnostné charakteristiky, ktoré podľa diskutujúcich môžu prispievať k vzniku depresií. Laici v tejto súvislosti reflektujú výskyt depresie porovnateľne kompetentne ako odborníci. Křivohlavý (1997) sa dokonca zmieňuje o *psychickej či sociálnej „dedičnosti“ depresie*. Myslí tým „nákazu“ pri styku s depresívnym človekom. Napríklad deti preberajú spôsoby videnia sveta a chápania príčin kladných a záporných zážitkov od rodičov či iných významných osôb vo svojom okolí.

Príspevky v tejto kategórii sú zároveň volaním po nastolení ľudskejších podmienok pre život. Niektoré zreteľne vyjadrujú obavy z marginalizácie menej úspešných súputníkov, túžbu po väčšej spoločenskej súdržnosti a solidarite.

Prispievatelia sa taktiež so zjavným emočným zaangažovaním zmienili o situácii v spoločnosti, ktorú sociológovia označujú pojmom *anómia*. Jedná sa o stav spoločnosti, kedy prestávajú platiť zákony nielen v právnom, ale i morálnom a sociálnom zmysle. Narušené sú dovtedy samozrejme a predpokladané pravidlá spolužitia (Kapra a spol., 1991). Autor pojmu *anómia*, sociológ E. Durkheim, ním

Tabuľka 3. Osobná skúsenosť s depresiou

III. osobná skúsenosť s depresiou
<p>1. prežívanie depresie</p> <ul style="list-style-type: none"> • peklo na zemi • mať depresiú je ako chodiť v mede • depresia nemá nič spoločné so svokrami, s politickou situáciou ani s pripálenou praženicou <p>2. skúsenosti s liečbou</p> <ul style="list-style-type: none"> • skúšanie rôznych druhov antidepresív, kým nejaké zabrali • zdĺhavosť • drastické zásahy do životosprávy (nekonkretizované) • samotné lieky nestačia, treba aj psychologickú intervenciu <p>3. názory na psychofarmaká</p> <ul style="list-style-type: none"> • problém všetkých psychofarmak je, že neliečia, iba utlmujú príznaky • antidepresíva mi umožnili absolútne plnohodnotne žiť • vedľajšie účinky Prozacu: sklon k sebevražde aj vražde • Prozac sa dá účinne nahradiť Deprenonom, Deprexom a inými antidepresívami, na podpornú liečbu sa využíva aj Neurol • Neurol neliečil, len utlmoval príznaky, spôsobuje vážne doživotné následky

označuje nedostatočnú *sociálnu reguláciu*. Upozorňuje, že sociálna a psychická rovnováha človeka je úzko spätá s mierou jeho *identifikácie* s daným sociálnym prostredím. To v zásadnej miere predpisuje jedincovi hodnoty, normy, vzory, pravidlá, modely správania, ktoré sú zase smerodajné pre *sociálnu a životnú orientáciu* človeka. Pokiaľ však normy a hodnoty nie sú v spoločnosti adekvátne stanovené a dodržiavané, nastáva chaos a zmätok. V prežívaní jedinca sa tento stav spoločnosti prejavuje zvýšeným pocitom osamelosti, strachu, úzkosti, odcudzenia, bezmocnosti. Jedná sa o sociálno-patologický stav, sociálnu chorobu. Podľa R.K. Mertona (ibid) je sociálna anómia dôsledkom tlaku určitej sociálnej štruktúry na jedinca, ktorý je nútený k *nonkonformnému konaniu* (napr. presťahovať sa na iné miesto kvôli práci). Tento autor je známy svojou typológiu adaptácie na anomickú situáciu. Jedná sa tieto typy konania: *konformizmus* (nedevariantná forma adaptácie), *inováciu* (od vynálezcovstva po krádež), *retreatizmus* (únik), *ritualizmus* (absolutizácia foriem, byrokratizmus) a *rebéliu*.

Zastávame názor, že práve občania s duševnými poruchami vďaka zvýšenej senzitivnosti na rozpory, konflikty, tlaky či bariéry pohotovo identifikujú nezdravé prostredie. Celkom iste sa stávajú *nonkonformnými* pre nízku toleranciu na stres a frustráciu. Ak „normálna“ väčšina určí trend znášania čoraz vyššej záťaže a tempa v mene zvyšovania životnej úrovne a ekonomickej prosperity, stávajú sa všetci neprispôsobení tomuto cieľu bremenom pre tých „odolnejších“. Rozbehnutá väčšina sa „pomalšími“ neráta. Tým sa ujdú iba od-

robinky zo spoločného koláča – invalidný dôchodok a dávky sociálnej pomoci. Nonkonformnými sa stávajú niekedy i poskytovatelia starostlivosti o menšinu. V psychiatrickej komunite platia iné normy pre konformné správanie. O psychiatroch i psychologoch sa zvykne hovoriť, že sú čudní, profesionálne deformovaní. Myslíme si, že jedným z vysvetlení tejto „zvláštnosti“ je osobnostná zmena profesionála v dôsledku narastajúceho porozumenia a akceptácie ľudí „mimo normu“, ale i únava z neporozumenia sveta psychiatrie väčšinou spoločnosťou (až *rezignácia na porozumenie*).

Kategória V. Laické typológie depresie

Obe uvedené typológie depresie sú podľa nášho názoru výrazne postavené na viac-menej *explicitnej ideológii* či *filozofii*. V pozadí prvej typológie je náboženská (kresťanská) ideológia, aj keď považujeme za dôležité, že je uznaná aj biologická príčina. V druhej typológii sú všetky typy depresie spájané s ideológiou liberalizmu ako príčiny depresii. Pravdepodobná je pravicová/konzervatívna ideológia v pozadí (tab. 5).

Kategória VI. Predstavy o prevencii/liečbe depresie

Z analyzovaného je zrejmé, že úvahy o príčinách depresie (depresii) sú pevne zviazané s navrhovanými stratégiami liečby a prevencie depresii podľa diskutujúcich (tab. 6). Uvedené stanoviská vypovedajú o značnej *kompetentnosti laickej verejnosti* v otázke duševného zdravia, nepochybné

Tabuľka 4. Príčiny vzniku depresie

<p>IV. príčiny vzniku depresie („za depkami je viac než len bežný dôvod“)</p> <p>1. biologické príčiny</p> <ul style="list-style-type: none"> • poruchy neurotransmiterov a biochemických reakcií v mozgu • hlavný faktor je nedostatok eikosapentaenovej kyseliny v strave <p>2. negatívne životné udalosti</p> <ul style="list-style-type: none"> • zranenia v detstve • strata blízkej osoby alebo dôležitého kontextu v živote <p>3. príčiny v osobnosti človeka</p> <ul style="list-style-type: none"> • závisť, pocity viny • obavy z neúspechu, preceňovanie vlastných schopností, neschopnosť vyrovať sa s neúspechom • absencia zmyslu pre humor, rezignácia do budúcnosti • utrpenie ako rozpor medzi túžbami a skutočnosťou • sebaobviňovanie: „ešte mám rezervy, ešte nie som dosť dobrý, ešte som nedosiahol to a to“; porovnávanie sa; „ešte viac zatlačím na pílu“ a život preteká pomedzi prsty <p>4. „nedostatok ľudského slova“</p> <ul style="list-style-type: none"> • osamelosť • nedostatok ľudí, s ktorými si človek dobre rozumie a má s nimi dobré vzťahy (intímne, priateľské) • depresie z technológie (autá, počítače) <p>5. nezdravý životný štýl</p> <ul style="list-style-type: none"> • naháňanie sa za peniazmi, vo väčšine prípadov iba k holému prežitiu • nedá sa našetriť na výnimočnú dovolenku • ako národ veľa pijeme alkohol, fajčíme, nevieme sa zdravo stravovať • komerčné hodnoty: peniaze, byť cool, „in“ a hlavne úspech • depresiu spôsobuje všetko, čo nám nie je blízke: technológia, zhon, dlhy, hádanie • konzum, nakupovanie; nič z toho skutočnú kvalitu života nezvyší, naopak človek je stále viac frustrovaný a podráždený • žijeme podľa návodov a uspokojenie sa nedostavuje, dokonca aj dovolenka, relax, športy sú podľa návodu na vyšší životný štýl • nedostatok fyzickej aktivity <p>6. environmentálne príčiny</p> <ul style="list-style-type: none"> • prevaha priemyselných a technických záležitostí na úkor prírodných, prirodzených; prevaha duševného vypätia nad fyzickou aktivitou; prevaha decibelov nad tichom a harmonickými zvukmi prírody; betónu, plechu, plastov nad drevom; narušanie vyrovnanosti • hektické prostredie, všadeprítomný stres • vzdialenie sa od prírody, človeka nemožno bez následkov vytrhnúť z toho, odkiaľ vzišiel • neustále narušanie harmónie vedie k pocitu nepohody • v zime venujeme viac času roznášačom depresie (napr. provládny denník SME) • výkyvy počasia <p>7. politické a sociálno-ekonomické príčiny</p> <ul style="list-style-type: none"> • vyciňovanie vlády, dôsledok politiky, „reformné kroky“, nekoncepčné výmysly • zlý manažment zdravia, predražené rybárstvo • depresiu spôsobujú voliči, ktorí sa vyhýbajú sebareflexii a volia politikov, ktorí im hovoria, čo chcú počuť • príšerne negativistická spoločenská atmosféra na Slovensku, generuje pesimistov • sociálna neistota, neistota pracovného miesta, strach z budúcnosti • veková diskriminácia na trhu práce zapríčinená vysokou nezamestnanosťou, nízkou životnou úrovňou a tým spojenou chorobnosťou • sledovať TV, počúvať rádio a svojho šéfa je na zbláznenie • kapitalizmus je zdroj depresie; súťaženie, kto je lepší • Slováci pánovi úctivo podávajú palicu, nech nás mláti • to sme depresívni z tých radostných perspektív po vstupe do EÚ a NATO? <p>8. filozofické príčiny</p> <ul style="list-style-type: none"> • neexistencia hodnôt nezávislých od sveta a ľudí • posudzujeme ľudí podľa toho, čo majú a nie ako sa cítia, aké je ich bytie a žitie • v západnom svete je hlboko zakorenená chiméra, že vďaka techniky zvýšia kvalitu života, že viac peňazí zaručí vyššiu životnú úroveň (blud), intelektuálne a duchovné malomocnenstvo je naša oficiálna viera • potrebujeme status v spoločnosti, byť niekto, niečo dosiahnuť, mať rešpekt, byť „in“, v masmédiách recepty na úspech • strata schopnosti zastaviť sa a objektívne zvážiť, čo má pre nás zmysel; stereotypom priučame i deti
--

Tabuľka 5. Laické typológie depresie

V. laické typológie depresie
<p>1. „5 foriem depresie“ (podľa prispievateľa bez jasných hraníc):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. depresia ako dôsledok chemickej nerovnováhy v tele (tu účinné lieky) 2. depresia ako výsledok „zvôle“ (boj s bohom; neschopnosť vzdať sa vecí, osôb, kontroly, plánov, snov; perfekcionisti pachtiaci sa za úspechom) 3. depresia ako dôsledok straty či prechodu 4. depresia ako dôsledok potláčania neúspešných vecí z minulosti 5. depresia ako tmavá noc (nekonkretizované) <p>2. tzv. liberálna depka spôsobená liberálnym prístupom k:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výchove (rob si, čo chceš; v detstve nič zakázané a v realite opačne) • ekonomike (zisk za každú cenu, peniaze ako jediný motív ľudského konania, pseudospokojovanie potrieb nakupovaním) • vzťahom (načo manželstvo, promiskuita, používanie ľudí) • hodnotám (neviazanosť, sloboda bez koreňov) • náplni života (konaj slobodne; nezáleží na tom, či dobre alebo zle)

i vďaka zdravotníckej osvete v masmédiách, diskusných fórach (live) či vo vzdelávacom procese na školách. Kontinuálnu komunikáciu odborníkov s verejnosťou považujeme za vysoko účinný druh najmä terciárnej prevencie, nakoľko sociálne okolie spolurozhoduje o úspešnosti reintegrácie liečeného občana, o jeho budúcnosti.

Kategória VII. Postoje k psychiatrii, psychológii, odborníkom z týchto oblastí a zdravotníctvu vôbec

V diskusii postojov k psychiatrii, psychológii pomáhajúcim profesiám a zdravotníctvu vôbec, prevládala skôr kritický tón a výhrady k obom vedným disciplinám, ako v ich podstate, tak i najmä v zdravotníckej praxi (tab. 6). Viaceré príspevky obsahujú znevažujúci postoj k psychiatrii a psychológii ako vede, ale i k praktickej činnosti lekárov, psychiatrov a psychológov, ktorý v niektorých prípadoch odráža a je ilustrovaný konkrétnymi skúsenosťami. Reprezentuje tiež nekončiaci *spoločenský diskurz* k téme normalitatenormalita (Foucault, 1993). Účastníci, ktorí mali priamu skúsenosť s psychiatrickými službami vyjadrovali diferencovanejšie názory (menej všeobecné) a i pozitívne skúsenosti s liečbou depresie (tab. 7). Za významné považujeme stanovisko prispievateľa, ktorý psychiatriu označil za medicínu budúcnosti. Možno za ním tušiť vidinu neradostnej perspektívy v podobe narastajúceho výskytu duševných ochorení v spoločnosti, ako aj uznanie a kredit modernej psychiatrie u príjemcu jej služieb. Myslíme si, že sa vyplatí prekonávať komunikačné bariéry medzi odborníkmi v bielych plášťoch a verejnosťou bez medicínskeho vzdelania. Zážitok partnerského prístupu a zrozumiteľnej komunikácie o probléme prispieva k obojstrannej spokojnosti a spolupráci.

Sociologický *koncept vzťahu pacient – lekár* sformuloval už Parsons (2001), podľa ktorého je spoločnosť racionálne usporiadaný systém všeobecných, pravidelne sa opakujúcich vzorcov ľudského správania. Spoločnosť sa usiluje minimalizovať *dysfunkcie*, akými sú okrem iného aj choroby či poruchy zdravia u jednotlivca, nakoľko v dôsledku choroby uňho dochádza k narušeniu výkonu *sociálnej roly*, k *deviacii od normy*. Preto sa od chorého jedinca očakáva, že vyhladá odborníka, ktorý vzniknutú situáciu napravi. V minulosti bol pacient povinný podriaďiť sa expertovi – autorite v asymetrickom vzťahu, pričom aj zodpovednosť za úzdravu ležala na pleciach lekára. Moderná medicína však smeruje k *modelu vzájomnej spolupráce* pacienta a lekára, ktorého úlohou je byť pacientovi predovšetkým dobrým poradcom. Najmä u chronicky chorého človeka je pre dosiahnutie najlepšieho možného efektu terapie nevyhnutný otvorený, partnerský vzťah. V ňom lekár zohľadňuje pacientovu definíciu situácie, jeho každodenné ťažkosti, vrátane psychických a sociálnych problémov, čím priradenejšie reaguje na pacientove očakávania (Mračková, 2004).

Do súboru poznatkov v oblasti *sociológie medicíny* u nás prispela Mračková (2004) výskumom interakcie lekára a pacienta pri chronických ochoreniach a spôsoboch informovania o zdravotnom stave (dĺžke a kvalite pacientovho života, prognóze, umieraní).

Kategória VIII. Charakteristiky prispievateľov

Konštatujeme, že miera zodpovednosti za seba a svoje konanie, presvedčenie o kompetencii riadiť vlastný život a vedomie vplyvu na okolitý svet sa premietajú do predstáv o životnom štýle a do politickej orientácie. Pocit *kompetentnosti*

Tabuľka 6. Predstavy o prevencii/liečbe depresie

VI. predstavy o prevencii/liečbe depresie
<p>1. liečba medicínska:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medikamentmi • podporná liečba – účastnícky rozhovor, veselé video, výlet na krásne miesto <p>2. osobnostné faktory:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jasný zmysel života, definícia úspechu/neúspechu/zlyhania (potom iba zmeny nálady, nie depresia) • najúčinnější zbraň: ochota bezpodmienečne prijať seba takého, aký som a život taký, aký je so všetkými neistotami a turbulenciami • zázračné slovíčko „nemusím“; najdôležitejšie je, čo človek chce • zbaviť sa pocitu viny, nebyť zúfalý keď sa nedarí dosiahnuť, čo si si vysníval, mať reálne predstavy o svojich možnostiach (nie ako „seba-oslavovanie“ u Maďarov) • znížiť svoje ambície • nerobiť nič pod stresom alebo iba pod neškodnou dávkou stresu (nežmýkať telo, dobíjať sa) • pri psychogénnej depresii: 1. definovať problém, 2. vyriešiť problém, 3. zachovať si zdravý rozum (tu lieky nepomôžu) • duševná hygiena: mať poriadok vo svojich záležitostiach, ovládať svoje ambície, emócie <p>3. zmeny v životnom štýle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pestovať hobby, aktívne relaxovať (štrikovať, háčkovať, vyšívať, čítať knihy, učiť sa, športovať, ísť na prechádzku) • zmena stravovacích návykov (jesť viac rýb) • podme fetovať, radšej sa nafetovať, ako vidieť tento život tu v reále • 6 pravidiel Sv. Hildegardy z Bingen (o spánku, stravovaní, pohybe, vylučovaní, čerpaní energie) <p>4. sociálne, kultúrne a meteorologické faktory:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zlepšiť medzilidské vzťahy, komunikáciu medzi ľuďmi v rodine a mimo nej (diskutovať), vyjadriť hnev („povedať debilovi, že je debil“) • pokiaľ je človek sám, nikdy sa z depresie nedostane, ak je s priateľmi, rodinou, známymi, nemyslí na to • Slováci si vypijú a majú po depresii (ironicky) • bez týchto 2 faktorov: nádeje a optimizmu nemožno dosahovať ciele, na ktoré máme (ako národ) • niekoľko víťazstiev v hokeji a sniežko <p>5. politicko-ekonomické faktory:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mať lepšiu vládu a lepších, nepodplatiteľných úradníkov a policajtov • nemať úradníkov a čo najmenší štátny aparát, aby štát (štátny úradník) nerozhodoval o veciach, ktorým nerozumie a do ktorých ho nič nie je • Slovensko potrebuje nového Dubčeka • riešiť nedostatky vlastnej duševnej hygieny, to by bola pravá reforma zdravotníctva • inak voliť alebo ísť do ulíc • lacnejší rybársky lístok • treba založiť systém, kde ľudia majú pocit sociálneho zabezpečenia <p>6. zmeny v životnej filozofii</p> <ul style="list-style-type: none"> • všetky staroveké náboženstvá a filozofie zdôrazňujú: človek musí byť ľahostajný voči pocitu šťastia (Ježiš: „Kto si chce zachrániť tento život, stratí ho.“) • najvyšším záujmom je pokoj duše a ten nemá s úspešnosťou (ako ju chápe spoločnosť) nič spoločné; cieľ je pokoj bez ohľadu na to, či zažívame pekné veci alebo nie • len utrpenie z nás robí dokonalé bytosti, každé utrpenie má svoj význam; plakať vo svojej osamelosti je cesta k väčšiemu sebauvedomeniu

Tabuľka 7. Postoje k psychiatrii, psychológii, odborníkom z týchto oblastí a zdravotníctvu vôbec

VII. postoje k psychiatrii, psychológii, odborníkom z týchto oblastí a zdravotníctvu vôbec
<p>1. uznanie kompetencií, legitímnosti</p> <ul style="list-style-type: none"> • psychiatická medicína je medicínou budúcnosti • dať si veci do poriadku hoci aj s psychológom nie je hanebné • človek s depresiou sa vyrožpráva do bútlavej vrby a ulaví sa mu, psychiater si slušne žije a obaja sú spokojní <p>2. spochybnenie profesionality</p> <ul style="list-style-type: none"> • chcú sa obohatiť predpisovaním svinstiev • väčšina psychológov sú obyčajní šarlatáni, využívajú módu mať na blbú náladu psychológa • problém nastáva, keď je to vážnejšie a pseudoodborník to nedokáže posúdiť a nepošle človeka s vážnym duševným ochorením k psychiatrovi • zvýšená hladina serotonínu v stave ohrozenia je normálna a regulácia na „správnu“ hladinu v nevhodnom čase vedie k návyku na drogu, zvýšenému počtu samovrážd (+ označenie odborníkov za vinníkov) <p>3. opovrhnutie</p> <ul style="list-style-type: none"> • rozdiel medzi psychiaterom a bláznom je, že ten prvý má kľúče • psychológia je paveda • „mám o lekároch veľmi nízku mienku“ (uvedené dôvody: 99% z nich je hlúpych, arogantných, „koruptných“) • na Slovensku je dosť parapsychológov a parapsychiatrov; dokiaľ nebola armáda psychiatrov, nebolo toľko diagnóz duševných chorôb: stručne povedané netreba hľadať diagnózu a problém tam, kde nie je

a osobnej moci je významným faktorom zdravia človeka, nakoľko tento figuruje pri dôležitých životných rozhodnutiach (pozri napr. Seligman a Bandura in Hall, Lindzey a spol., 1997). Nemožno tu prehliadnúť vplyv tradične autoritatívnej výchovy a vzdelávania, ktoré podporujú poslušnosť a nasledovanie autorít viac než sebadôveru a ľudskú individualitu (tab. 8).

Jednotlivé subkategórie (pozri tabuľky 1–9) sú tvorené protipólmi postojov k depresii, duševnému zdraviu, životnej pohode, občianstvu, životu a hodnotám, globalizácii, sebaurčeniu, politike. Z analyzovaných údajov sa vynorilo z nášho pohľadu zreteľné rozlišovacie kritérium pre bližšie zoznámenie sa s prispievateľmi. Je ním *moc a kontrola*. Účastníkov diskusnej skupiny možno podľa tohto kritéria zatriediť do dvoch základných skupín.

Prvú skupinu („riadených zvonka“, *neslobodných*) tvoria občania, ktorí výchovou prevzali podriadený, pasívny postoj k sebe a svojmu životu. Vnímajú seba ako figúrku na šachovnici, ktorou hýbu mocní tohto sveta, sú unášaní prúdom života a veria, že osud je predurčený. Nasledujú vodcov a „autority“, ktorých považujú za múdrejších, schopnejších, silnejších od seba. Ich sebahodnotenie závisí od mienky okolia, kontrolu zvonka považujú za nevyhnutnú súčasť svojho života. Taktiež očakávajú ochranu a usmernenie zvonka (rodičia, nadriadení, lekári, politici, štát a jeho inštitúcie). Osvojili si presvedčenie, že je správne vzdať sa svojich želaní, predstáv a uspokojiť sa s tým, čo život priniesie. Zdá sa im nepravdepodobné, že majú osobnú moc a vplyv na oko-

lie. Zo slobodného konania a presadzovania svojich záujmov majú strach.

Druhá skupina diskutujúcich („sebariadiacich“, *slobodných*) naopak nepotrebuje vodcov a autority, ktoré „dozerajú a trestajú“ (Foucault, 2000). Jej príslušníci si chcú riadiť vlastný život sami, vyberajú si cesty a ciele podľa vlastných potrieb a želaní. Spoliehajú sa na svoj úsudok o sebe a o svete. Sú si vedomí osobnej moci a vplyvu, majú záujem pretvárať okolie, meniť štruktúry a stereotypy. Poznajú svoju cenu a ich sebahodnotenie nie je závislé od mienky okolia.

Sme si vedomí istého zjednodušenia, ktoré nám však umožňuje identifikovať niektoré príčiny neuspokojivej komunikácie vo vzťahu lekár-pacient. Do nasledujúcej úvahy zakomponujeme ďalšiu premennú, pojem z oblasti sociálnej psychológie: sociálnu dôveru (*social trust*). Táto sa týka dôveryhodnosti spoločenských inštitúcií, organizácií, veľkých sociálnych skupín v očiach verejnosti, občanov. V súvislosti s témou depresie nás zaujíma, od čoho závisí miera sociálnej dôvery občanov voči psychiatrickému zariadeniu. Nazdávame sa, že významnú úlohu tu zohráva *súlada* alebo *konflikt* filozofie (životných postojov) liečebnej inštitúcie/lekára na jednej strane a pacienta na druhej strane. Ich interakcia sa stáva problematická najmä v dvoch prípadoch. Ak je lekár ako reprezentant inštitúcie *neslobodný* (príslušník prvej opísanej skupiny), bude sociálna dôvera *slobodného* pacienta (z druhej skupiny) minimálna, pretože lekár bude chcieť rozhodovať zaňho a bude sa k nemu správať z po-

Tabuľka 8. Charakteristiky prispievateľov

VIII. charakteristiky prispievateľov
<p>1. postoje v súvislosti s depresiou</p> <ul style="list-style-type: none"> • depresiou považujem za chorobu vs. depresiou nepovažujem za chorobu • za depresiou si môže človek sám vs. pred depresiou nie je nikto spoľahlivo chránený • človek nemá svoju psychiku pod kontrolou vs. človek sa musí naučiť ovládať • tento svet doháňa ľudí do depresie vs. dôkladná duševná hygiena eliminuje vonkajšie vplyvy • miera utrpenia človeka je daná osudom vs. rozumný človek trpí minimálne • rozpor medzi túžbami a skutočnosťou nemožno odstrániť vs. rozpor nevzniká pri realistických ambíciách • pocit šťastia a spokojnosti prichádza náhodne zvonka vs. životnú pohodu si človek navodzuje sám <p>2. zodpovednosť za svoj život, občianstvo</p> <ul style="list-style-type: none"> • môj život sa ubera podľa vonkajších okolností vs. v rozhodujúcej miere si riadim svoj život sám • pasívne občianstvo vs. aktívne občianstvo (príklad: <i>politici nás klamú, skracujú nám život, občan sa nedomôže svojho práva, nesúhlasná reakcia: depresiou spôsobujú voliči, ktorí sa vyhýbajú sebareflexii a volia politikov, ktorí im hovoria, čo chcú počuť, jednájú s nimi ako voliči so sebou; za následky svojej voľby potom obviňujú niekoho iného a keď sa to opakuje niekoľkokrát za sebou (cyklus utekania pred sebou), potom zostáva buď depresiou alebo riešiť si duševnú hygienu</i>) <p>3. životný štýl</p> <ul style="list-style-type: none"> • postoj návratu k prírode vs. procivilizačný postoj (pokrok) (príklad: <i>v západnom svete je hlboko zakorenená chiméra, že výtobytky techniky zvýšia kvalitu života, že viac peňazí zaručí vyššiu životnú úroveň (blud), intelektuálne a duchovné malomocenstvo je naša oficiálna viera, nesúhlasná reakcia: civilizácia za to nemôže</i>) • antiglobalisti (preferovanie pomalšieho životného tempa s menšími životnými šancami a možnosťami) vs. priaznivci globalizácie (preferovanie náročného životného tempa s neobmedzenými možnosťami vďaka globalizácii) (príklad z diskusie porovnanie západného životného štýlu so životom v Ázii: <i>napriek drastickej chudobe usmievaví, spokojní, vyrovnaní, dobrosrdeční, radostní ľudia; u nás veľa kamenných, ustarostených, nepríčetných, nazlostných tváří, lebo posudzujeme ľudí podľa toho, čo majú a nie ako sa cítia, aké je ich bytie a žitie, nesúhlasná reakcia: ale tí chudobní žijú v neslobode, krutých životných podmienkach, hlade, chorobách, bolesti; hoci u nich je menej rivality, my žijeme dlhšie a kvalitnejšie</i>) • pokora vs. svojbytnosť (príklad náboženskej ideológie: <i>čím viac na zemi trpíš, tým lepšie na druhom svete vs. depresia nepriaznivo vplyva na ekonomiku: zámerné deprimovanie spoločnosti zavádzajúcimi tvrdeniami, že „my na to nemáme“, že si nezaslúžime vlastný štát, sme leniví, nevzdelaní socialisti – takto nám brali nádej a optimizmus</i>) <p>4. politické zmýšľanie</p> <ul style="list-style-type: none"> • ľavicová vs. pravicová politická orientácia • kolektivismus (nasledovanie vodcu, oddanosť, preferovanie kolektívnych záujmov) vs. individualizmus (sloboda, autonómia, sebariadenie) (príklad: <i>Štúr, Hlinka, Štefánik sa rodia raz za 100–200 rokov, sme stratená generácia, nič nám nezostáva, len čakať, nesúhlasná reakcia: Sprostosť! Tebe má duševnú pohodu robiť vláda, parlament, vodca? Nepočul si o duševnej hygiene, mať poriadok vo svojich záležitostiach, ovládať svoje ambície, emócie...</i>)

zície autority, múdreho experta, ktorý musí odstrániť chorobné príznaky u laika, ktorý je v očiach takéhoto lekára zredukovaný na vec, objekt. Nemenej disharmonická interakcia nastáva, ak sa *slobodný* lekár partnersky, otvorene správa k *neslobodnému* pacientovi, ktorý si bude sťažovať na nedostatok starostlivosti, odbornosti a rozhodnosti u lekára, pretože takýto pacient udelí sociálnu dôveru zariadeniu vtedy, ak lekár prevezme plnú zodpovednosť za jeho zdravie, autoritatívne mu nariadi terapiu, skrátka príjme rolu „rodiča“, pretože pacient nechce byť „svojprávnym dospie-

lym“ ale „bezmocným dieťaťom“. Podobné strety nastávajú vo vzťahoch pacient-príbuzní, lekár-príbuzní, lekár-lekár, lekár-primár, lekár-sestra, lekár-štátni úradníci, občan-štát a podobne. Osvojenie si slobodného životného postoja prináša mnohé „nevýhody“, napríklad prevzatie plnej zodpovednosti za svoje rozhodnutia. Môže sa javiť ako pohodlnejšie, bezpečnejšie nechať za seba rozhodovať a následne obviňovať za životné neúspechy iných (rodičov, politikov, lekárov, osud, počasie...).

Tabuľka 9. Encountrové a svojpomocné prejavy v skupine diskutujúcich

<p>IX. encountrové a svojpomocné prejavy v skupine diskutujúcich (Každú subkategóriu ilustrujeme aspoň jednou z množstva výpovedí)</p> <p>1. altruizmus, záujem o iných</p> <ul style="list-style-type: none"> • ak si nie ste istí, či máte depresiu, navštívte www.uzkost.sk • také panic attacks, príp. ťažší typ anxiety sa lieči veľmi zdlhavo, väčšina ľudí nevie, že má anxiety (prejavy: nespavosť, stála únava, krútenie hlavy) <p>2. dodávanie nádeje</p> <ul style="list-style-type: none"> • mám veľa práce, málo peňazí, pozdrav mi už nikto nepošle, iba účty mi chodia stále vyššie a vyššie: všetci sme odborníci na všetko, iba žiť sme zabudli; tak koniec depresii: žime a užívajme si, máme málo času <p>3. interpersonálne učenie (sprostredkovanie iného pohľadu)</p> <ul style="list-style-type: none"> • šťastie človeka nemôže závisieť od politickej alebo spoločenskej situácie, to by bol normálny človek naozaj nešťastný; „Šťastný človek nie je človek v určitom komplexe okolností, ale človek s určitým súborom postojov.“ (Hugh Downs) <p>4. sebaodhalenie</p> <ul style="list-style-type: none"> • veľa som o tom čítala, keď som sa snažila o self-diagnózu <p>5. vyjadrenie emócií</p> <ul style="list-style-type: none"> • neviem, či sa mám skôr smiať alebo žasnúť! Väčšina sa tu snaží vypudíť zo seba zľč, trochu empatie by nezaškodilo . . . <p>6. poskytnutie spätnej väzby, konfrontácia</p> <ul style="list-style-type: none"> • tebe niečo uniklo: keď budeme len čakať, nič sa nezmení . . . Mali by sme konečne konať, aspoň na úrovni seba samých a svojho bezprostredného okolia. <p>7. zomknutie sa proti agresívnej, vulgárnej prispievateľke</p> <ul style="list-style-type: none"> • to už nie je možné, čo tu tá vypisuje, je čas priradiť ju do blacklist, administrátor, prosím pomôž! (viacerí diskutujúci žiadajú, aby administrátor internetovej stránky zrušil prispievateľke prístup do diskusie)
--

Procesu zrenia spoločnosti smerom k *osobnej zodpovednosti* jednotlivcov účinne napomáha *diverzita*, spolubytie rozmanitých ľudí. Toto vyrušuje členov uzavretých sociálnych skupín zo stereotypov a *zacykleného myslenia*. Násilné a vehementné prekročovanie kultúrnych hraníc však vyvoláva opačný efekt. Rozlišovať medzi zdravou stabilitou systému a rigiditou, strnulou, nehybnosťou je viac ako rozumné.

Kategória IX. Encountrové a svojpomocné prejavy v skupine diskutujúcich

Napriek absencii „face-to-face“ kontaktu diskutujúcich môžeme prirodzene stmelenú sociálnu skupinu považovať aj za encountrovú či *zážitkovú skupinu* bez vedúceho. Zúčastnení odhaľujú vlastné myšlienky a pocity, autenticky na seba reagujú (tab. 9). Jedná sa spôsob o stretnutia (encounter). Reagujúce osoby neraz vynaložili značnú intelektuálnu prácu pri tvorbe príspevku (pozri napr. kategóriu V. Laické typológie depresie). Interagovaním prispievateľov dochádzalo u mno-

hých z nich k procesom sebauvedomenia, formulovania vlastného postoja, porovnania sa s iným človekom, prehĺbenia sebaopoznania, seba vyjadrenia, k *rozvoju osobného potenciálu*. V reakciách členov diskusnej skupiny, napriek jej otvorenosti (v zmysle, že každý môže ľubovoľne vystúpiť a vystúpiť z on-line diskusie), nachádzame taktiež niektoré z terapeutických faktorov opísaných Yalomom (1999) v súvislosti so skupinovú psychoterapiou. V on-line diskusii ide skôr o tendenciu k svojpomoci, ktorá je manifestovaná prostredníctvom takých terapeutických faktorov, ako poskytovanie informácií, dodávanie nádeje, altruizmus (prejavy záujmu o druhého), interpersonálne učenie, skupinová súdržnosť, katarzia (najmä ventilácia negatívnych emócií). Významnou súčasťou terapeutického potenciálu skupiny je prítomnosť *existenciálnych faktorov* (Yalom, 1999), ktoré dominujú v dotýkaní sa témy ľudského utrpenia, existenčnej samoty, zmyslu života, nerovnosti životných šancí, zodpovednosti za svoj život, smrti (samovraždy) a podobne. Záujem o interakciu s inými a túžba po porozumení bola zjavná najmä z oceňujúcich reakcií, ak sa prispievateľ dočkal súhlasnej bezpro-

strednej, priamej reakcie na svoj príspevok, alebo naopak vyjadril sklamanie z absencie reakcií na jeho stanovisko, či z rušivej zmeny témy. Domnievame sa, že on-line diskusia je jedným zo spôsobov, akým si mnohí užívatelia internetu riešia *pocit osamelosti*. Neobávame sa, že by človeka v pozícii terapeuta či priateľa nahradil počítač. Diskusia hoci cez obrazovku PC je prirodzená, živá, so všetkými ľudskými prejavmi. Aj prejavmi slobodnej (neregistrovanej) komunikácie.

Záver

Za oblasti ďalšieho nielen výskumného záujmu, ku ktorým by podnety získané analýzou mohli prispieť považujeme:

- Hlbší prieskum postojov spoločnosti, jednotlivých spoločenských skupín a občanov SR k tematike duševných porúch a duševného zdravia. *Ako sú vnímané komunitou (občanmi SR) vedy psychiatria a psychológia, ako je vnímaná prax oboch disciplín?*
- Akčný výskum komunikácie odborníkov s laickou verejnosťou (a naopak) so zameraním na porovnanie vplyvu rôznych foriem sociálneho správania, identifikovanie tých praktík, ktoré zvyšujú dôveryhodnosť pomáhajúcich profesií v očiach verejnosti, vedúci k zmenám v sociálnom správaní a navrhujúci odporúčania s politickými dôsledkami. Predpokladáme priamy vzťah kvality vzťahu/komunikácie odborníkov s verejnosťou (a naopak) a úspešnosťou reintegrácie liečených občanov a následne dobou remisie, vrátane kvality života jednotlivca a jeho rodiny.
- Podnety pre plánované intervencie organizácií, ktoré sa snažia pôsobiť na zmeny postojov a politiky (v širokom zmysle slova politika), (Liga za duševné zdravie, Psychiatrická spoločnosť SLS, Slovenská psychoterapeutická spoločnosť, Komora psychológov a ďalšie). *Sú témy, ktoré potrebujeme viac oslovovať? Sú témy, v ktorých chceme pôsobiť a zmeniť úroveň informácií, postoj či správanie sa komunity? Ak áno, existuje v oblasti „helping professions“ dostatočne spoločné videnie javov a dostatočný konsenzus ohľadne priorit, ktorých by sa mali intervencie týkať?*
- Klasický a dlhodobý problém vzťahu postojov a správania (ako ho rieši sociálna psychológia a príbuzné disciplíny) v kontexte tém duševné zdravie, porucha, vzťah medzi „normálnymi“ a „nenormálnymi“. *Mení sa (ak áno, ako) spoločenský diskurz o témach ako normalita, nenormalita, duševná porucha, duševné zdravie, wellness a podobne? Nakolko sú prezentované postoje (spôsoby ako diskutujúci hovoria o problematike) súvisia so správaním v „reálnom živote“?*

Na základe uskutočnenej analýzy potvrdzujeme zmysluplnosť otvorenej verejnej diskusie ako prostriedku k osobnej i sociálnej zmene prostredníctvom sociálneho učenia. Vďaka výmene informácií, skúseností, osobných presvedčení a vier dochádza medzi diskutujúcimi a ich vplyvom i v širšom sociálnom okolí k eliminácii tabu tém, predsudkov, bariér, intolerancie. Komunikácia sa i tu osvedčuje ako ozdravujúci

prostriedok, hoci vyžaduje čas, námahu, angažovanosť. Diverzita v sociálnych skupinách napomáha k narúšaniu rigidných stereotypov smerom k otvorenosti voči ľuďom odlišujúcim sa od väčšiny. Spolubytie nás ľudí vo všetkej rozmanitosti a pestrosti (osobnej i kultúrnej) podporuje proces zrenia ľudského spoločenstva smerom k akceptácii každého jednotlivca. Svet sa tak stáva spravodlivejším.

Literatúra

1. Foucault M.: Dějiny šílenství. Praha, Nakladatelství Lidové Noviny. 1993.
2. Foucault M.: Dozerať a trestať, Bratislava, Kalligram. 2000.
3. Hall C.S., Lindzey G. a spol.: Úvod do psychológie osobnosti. Bratislava, Slovenské Pedagogické nakladateľstvo, 1997.
4. Heretik A., sr., Heretik A., jr., Novotný V., Pečenák J., Rítošský A.: EPID - Epidemiológia depresie na Slovensku, Nové Zámky. Psychoprof, 2003.
5. Chromý K.: Sociologie psychiatrie. S. 217-224. In: Höschl C., Libiger J., Švestka J. (eds.): Psychiatrie, Tigis, Praha, 2002.
6. Kapr J. a spol.: Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny. Praha, Sociologické nakladatelství a Sociologický ústav ČSAV, 1991.
7. Křivohlavý J.: Jak zvládat depresi. Praha, Grada Publishing, Avicenum. 1997.
8. Mračková A.: Interakcia lekára a pacienta pri poskytovaní nepriaznivej správy. Sociológia, 36, 2004, č. 1, s. 57-84.
9. Parsons T.: The social system. London: Routledge. 1951/2001.
10. Plichtová J.: Obsahová analýza a jej možnosti využitia v psychológii. Československá psychologie, 40, 1996, č. 4, s. 304-314.
11. Plichtová J.: Sociálne reprezentácie: Teória, výskum, výzva. Československá psychologie, 42, 1998, č. 6, s. 503-520.
12. Plichtová J.: Metódy sociálnej psychológie zblízka. Kvalitatívne a kvantitatívne skúmanie sociálnych reprezentácií. Bratislava, Média. 2002.
13. Yalom I.D.: Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Hradec Králové, Konfrontace. 1999.
14. Zajak J.: Práva a povinnosti pacientov v reprezentáciách študentov medicíny. Diplomová práca. Bratislava, Katedra psychológie, Filozofická fakulta UK. 2003.

Do redakcie došlo 2.2.2005.