

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Stereotypizace a stigmatizace lidí se schizofrenií
a závislostí na alkoholu**

Bc. Tereza Beráková

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc.

Praha 2016

Prague College of Psychosocial Studies



Stereotyping and Stigmatizing of People Suffering from Schizophrenia and Alcohol Addiction

Bc. Tereza Beráková

The Diploma Thesis Supervisor: Doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc.

Prague 2016

Anotace

Diplomová práce se zabývá stereotypy a s nimi související stigmatizací lidí se schizofrenií a závislostí na alkoholu. Hlavním cílem práce je zjistit, jaké stereotypy a postoje se ve společnosti k těmto lidem vyskytují. Sekundárním cílem je zmapovat oblast původu těchto stereotypů. Teoretická část se věnuje vymezení pojmu stereotyp, popisuje fenomén duševní nemoci a vybraná psychopatologická onemocnění. Největší část teoretické práce je věnována stigmatizaci příslušných duševních onemocnění, které vyplývá z jejich stereotypů. Poslední část teoretické práce je věnována možnostem prevence stigmatizace a destigmatizačním programům. Empirická část zahrnuje data získaná při pilotní studii pomocí rozhovorů s 30 lidmi a data získaná dotazníkovým šetřením od celkem 508 respondentů. Dotazníky k širšímu šetření byly vytvořeny primárně pro tuto práci a to na základě dosavadních výzkumů a vlastní pilotní studie. Dotazníky mapují stereotypy pomocí posuzovacích škál, ve kterých respondenti hodnotí míru výskytu příslušného atributu u jedinců se schizofrenií a osob závislých na alkoholu. Dále poukazují na postoje k těmto osobám ve společnosti. Součástí dotazníkového šetření byly i otázky o povědomí a informovanosti respondentů, i jejich případné zkušenosti s nositeli těchto diagnóz.

Klíčová slova: Stereotypy, stigma, duševní onemocnění, schizofrenie, závislost na alkoholu, destigmatizace.

Abstract

This Master's thesis deals with stereotypes and the related stigmatizing of people suffering from schizophrenia and alcohol addiction. The main purpose of the theses is to establish what kinds of stereotypes and attitudes to these people are present in the society. A secondary objective is to map the origins of these stereotypes. The theoretical part first defines the concept of stereotype, describes the phenomena of mental illnesses and selected psychopathological disorders. The greatest part of the theoretical section is dedicated to the stigmatizing of relevant mental illnesses, which stems from the related stereotypes. The last chapter of the theoretical part focuses on potential approaches to preventing stigmatizing and on destigmatizing programmes. The empirical part includes data acquired in a pilot study in interviews with 30 people and data obtained through a questionnaire-based survey among 507 people. The questionnaires for the broader survey were specially prepared for this thesis, primarily based on the research conducted so far and my own pilot study. The questionnaires map the stereotypes using evaluation scales, in which the respondents assessed the degree of occurrence of the relevant attribute with people suffering from schizophrenia and persons addicted to alcohol, attitudes to these persons in the society, but also the respondents' awareness and knowledge of the topic, sources of information, types of contact and personal experience of the respondents with persons affected by such diagnoses. Based on the literature and the empirical survey, the thesis points out certain prevailing stereotypes in the society pertaining to these mental illnesses.

Key words: Stereotypes, stigma, mental illnesses, schizophrenia, alcohol addiction, destigmatization

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že diplomovou práci Stereotypizace a stigmatizace lidí se schizofrenií a závislostí na alkoholu jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou všechny citované v práci a uvedené v seznamu použitých zdrojů.

V Praze, dne 29. 07. 2016

.....

Tereza Beráková

Poděkování

Je mi milou povinností poděkovat vedoucímu mé diplomové práce Doc. PhDr. Karlu Hnilicovi, CSc za odborné vedení práce, za pomoc s analýzou statistických dat, motivující přístup a užitečné rady, které mi byly cenným přínosem při vypracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat respondentům pilotní studie i dotazníkového šetření, protože bez nich by tato práce nemohla vzniknout.

Obsah

Úvod.....	9
1 Stereotypy.....	11
2 Fenomén „duševní nemoc“	14
2.1 Duševní nemoc jako odchylka od normy.....	15
2.2 Duševní nemoc v psychiatrickém kontextu	16
3 Vybraná duševní onemocnění	18
3.1 Schizofrenie.....	18
3.1.1 Formy schizofrenie	20
3.1.2 Etiologie a patogeneze	21
3.2 Závislost na alkoholu	23
3.2.1 Etiologie a patogeneze	25
4 Stigma duševní nemoci.....	28
4.1 Stigma schizofrenie	31
4.2 Stigma závislosti na alkoholu.....	34
5 Destigmatizace a prevence stereotypizace	39
5.1 Programy proti stigmatizaci a diskriminaci v České republice.....	41
6 Vlastní výzkumné šetření	43
6.1 Výzkumný problém.....	43
6.2 Výzkumný cíl	44
6.3 Hypotézy	45
6.4 Metody výzkumného šetření	46
6.4.1 Pilotní výzkum.....	46
6.4.2 Dotazníkové šetření	52
6.5 Charakteristika vzorku	54
6.6 Administrace dotazníků a analýza dat.....	55

6.7	Etické předpoklady.....	55
6.8	Výsledky	56
6.8.1	Další výsledky a zjištění dotazníkového šetření	61
6.9	Diskuze.....	69
	Závěr	75
	Literatura.....	77
	Seznam zkratk	85
	Seznam tabulek	86
	Přílohy.....	1
	Příloha 1	1
	Příloha 2	2
	Bibliografické údaje.....	10
	Evidenční list knihovny	11

Úvod

Stigma duševní nemoci je založeno na stereotypu a negativních mýtech duševního onemocnění a jejich zdrojem jsou obavy z duševní nemoci. Toto stigma vychází z vlastností, které jsou nemocným veřejností připisovány a pacienty nápadně odlišují od ostatních lidí. Existuje markantní rozdíl v jednání vůči duševně nemocným a vůči lidem se somatickým onemocněním nebo tělesným postižením. Často se říká, že stigma představuje velkou část podílející se na onemocnění. Duševně nemocný i s jeho rodinou trpí vyloučením se všemi jeho důsledky, které přináší.

Stigmatizace lidí s duševním onemocněním je u nás stále ještě aktuálním problémem. Autorka si problematiku stereotypizace lidí se schizofrenií a závislostí na alkoholu vybrala z několika důvodů. Za prvé to byl způsob a frekvence, s jakou média o lidech s touto diagnózou pravidelně informují laickou veřejnost. Za další to byla zkušenost z každodenního života, ve kterém se autorka setkávala ve svém okolí s mylnou představou, negativními stereotypy a stigmatizujícím postojem k lidem s psychopatologickým onemocněním. V neposlední řadě to byla osobní zkušenost autorky, kdy absolvovala dlouhodobou praxi s lidmi závislými na alkoholu, ale i jejich blízkými a stáž v denním stacionáři pro léčbu psychotických onemocnění, kde tato problematika byla častým tématem skupinových terapií ze strany samotných pacientů. Výběr těchto dvou onemocnění vycházel i ze studia dosavadních výzkumů, které se zabývaly stereotypy a stigmatizací duševních onemocnění. Z těchto výzkumů vyplývá, že právě schizofrenie a závislost patří mezi nejpřísněji hodnocená psychická onemocnění ze strany široké veřejnosti. Autorku tak zajímalo, jak budou hodnoceny pouze tyto dvě onemocnění, která se liší svou povahou, etiopatogenezí, průběhem, ale i vnímáním ze strany společnosti.

Teoretická část je rozdělena do pěti kapitol. První kapitola se věnuje vymezení pojmu stereotyp, jeho funkcí a aplikací. Druhá kapitola se věnuje duševní nemoci v kontextu dnešní společnosti v souvislosti s teorií „labellingu“, tedy značkování, a především jako odchylky od normy. V souvislosti s touto kapitolou, se autorka rozhodla zařadit kapitolu, kterou věnovala těmto vybraným psychopatologickým onemocněním - schizofrenii a závislosti na alkoholu. Zejména v této kapitole bylo třeba dbát na volbu odborné literatury a ověřených zdrojů, které poskytují pouze pravdivé

informace. Důležitou kapitolou teoretické části je kapitola věnovaná stigmatu duševní nemoci plynoucí z jejího stereotypu. Autorka se v této kapitole věnuje jak obecně stigmatizujícím postojům ke všem duševně nemocným, ale také stigmatizujícím stereotypům, které se vztahují výhradně k lidem se schizofrenií a lidem závislým na alkoholu. Autorka neuvádí pouze výčet těchto stereotypů, ale věnuje se zde i jejich zdrojům, objasněním a dopadům pro jedince, rodinu i společnost. V poslední kapitole se autorka věnuje prevenci stigmatizace a destigmatizačním programům a to zejména v českém prostředí, kde bylo uskutečněno i samotné výzkumné šetření. Ke zpracování teoretické části byla z velké části využita práce autorů: Ocisková a Praško (2015), Hosák, Hrdlička a Libiger (2015) a inspirací pro autorku byla studie Arthura Crispe a dalších (2000).

Praktická část, tedy šestá kapitola, se zabývá realizací výzkumného šetření, která byla prováděna na základě pilotní studie a dotazníkového šetření. Cílem bylo zjistit, jaké stereotypy se k lidem se schizofrenií a závislostí na alkoholu ve společnosti vyskytují, v jaké míře, a orientačně zmapovat oblast původu těchto stereotypů. Tato kapitola obsahuje cíle a hypotézy dotazníkového šetření, dále zvolené metody, pilotní studii, charakteristiku zkoumaného vzorku, diskuzi a samozřejmě výsledky vlastního výzkumného šetření a z nich plynoucí závěr práce. Diplomová práce si klade za cíl zmapovat druhy stereotypů k lidem se schizofrenií a závislým na alkoholu v dnešní době.

1 Stereotypy

Problematice stereotypů, předsudků a diskriminace je věnováno množství prací a výzkumů v oblasti psychologie i sociologie. Díky stereotypům se lidé rychleji a efektivněji orientují v každodenním životě. Přestože se naše společnost neustále vyvíjí, některé rigidní představy, mýty a postoje neustále přetrvávají a jiné se pouze mění či nabývají nových forem. Psychiatrická diagnóza je i v dnešní pokrokové době spojena s mnoha negativními stereotypy.

Podle Hnilici je tento problém pravděpodobně důsledkem skutečnosti, že žijeme v multikulturním světě plném rozdílů příslušnosti k určité sociální kategorii. Tyto rozdíly vedou ke kategorizaci na “my“ a “oni“, což vede ke stereotypizaci, předsudkům, ale také diskriminaci (Hnilica, 2010, s. 9).

Dobrym prostředkem šíření může být propaganda či reklama, která často stereotypizaci využívá a nabízí nám určité typy lidí s určitými vlastnostmi. Stereotypy a předsudky jsou přítomny v takzvaném kulturním vědění, které je zahrnuto do kultury společnosti prostřednictvím institucionalizačních praktik, norem, a jsou šířeny společenskými kanály (Wright a Taylor, 2003, s. 361- 387).

Stereotypy jsou rigidní, pasivně přijímané způsoby posuzování určitých skupin lidí na základě tradic a předsudků. Rozdíl mezi stereotypy a předsudky spočívá v tom, že předsudky mohou být výhradně individuální nebo skupinové. K označení souboru jedinců, na které se stereotypy vztahují, bývají používány termíny sociální kategorie a sociální skupiny. Vyznačují se zjednodušeným posuzováním společenských skupin, přičemž se zastírají individuální vlastnosti jednotlivých členů. Stereotypy i předsudky jsou často doprovázeny emoční komponentou, která následně aktivizuje konativní složku (Hyhlík a Nakonečný, 1973, s. 227 - 228).

Stereotypy jsou bez pochyb důležitou součástí myšlení a citění každého člověka. Allport popisuje stereotyp jako příliš silné přesvědčení spojené s určitou kategorií bez ohledu na jeho pozitivní či negativní konotaci. Jeho funkce spočívá v tom, že má ospravedlnit (racionálně vysvětlit) chování a postoje vůči této kategorii (Allport, 2004, s. 215).

Podle Kelmana (1961) se prezentace předsudků stala mnohem subtilnější, spíše symbolická, a nepřímá. Diskurzivní analýza, analýza neverbálních či méně kontrolovatelných znaků řeči a interakce jako je intonace, však ukazuje bazální předsudečné sociální reprezentace. Lze tedy říci, že byla internalizována norma ne-diskriminace, ale nikoliv soubor bezpředsudkových pocitů (Dijk, 1990, s. 163-183).

Procesy, v nichž dochází k percipování určitého jedince coby případu určité sociální kategorie, jsou označovány jako procesy kategorizace. Ty zahrnují selekci určité kategorie v paměti, její aktivaci a aplikaci při poznávání jedince této skupiny. Aktivace kategorie vede následně k aktivaci atributů, které jsou s ní asociovány, a k jejich využití při poznávání tohoto konkrétního jedince i při vysvětlování si jeho chování (kauzální atribuce). Souhrnně jsou tyto dva procesy označovány termínem stereotypizace (Hnilica, 2010, s. 14).

Aplikace stereotypu spočívá v připisování atributů jedincům, které máme asociované s určitou kategorií. Hnilica uvádí dva způsoby stereotypizace - automatickou a kontrolovanou. Automatické procesy nás osvobozují od nutnosti myslet, protože informace o celé skupině aplikujeme na jedince. Procesy usuzování nevyžadují kognitivní úsilí, jsou rychlé, neuvědomované a často bez volné kontroly jedince. Jednou z příčin aktivace stereotypů je nedostatek kognitivních zdrojů. Má-li jedinec dostatečné množství kognitivních zdrojů, bude spíše přecházet na kontrolované procesy, které automatické procesy mohou překrýt a zablokovat (Hnilica, 2010, ž, s. 89 - 90).

Stereotypy jsou založeny na typických vlastnostech předmětu, které považujeme za reprezentativní. Jedním z ukazatelů stereotypizace je opakovatelnost charakteristiky předmětu v různých výpovědích. Prostřednictvím stereotypů bývají určité skupiny posuzovány zjednodušeně a iracionálně (Šlédrová, 2003, s. 68 - 69).

Často existuje tendence zaměňovat stereotyp s kategorií. Nutno podotknout, že nejde o totéž. Kategorie může být neutrální, na faktech se zakládající, nehodnotící pojem. Stereotyp se stává teprve tehdy (a pouze tehdy), když je prvotní kategorie zatížena názory a obrazy. Pojem kategorie vyjadřuje základní strukturu znalostí, která odpovídá jednotlivému konceptu či třídě objektů. Tím, že pozorovatel přiřadí vnímaný objekt k nějaké kategorii, může získat mnohem víc informací, než by měl jinak k dispozici. Takovýto závěr je v některých případech platný. Kategorie však někdy

také mohou vést k chybným závěrům o vnímaných objektech (Allport, 2004, s. 215 - 216; Hewstone a Wolfgang, 2006, s. 158 - 160).

Některé atributy jsou v silných vzájemných vztazích, kdy aktivace jednoho z nich zvyšuje pravděpodobnost aktivace ostatních. To znamená, že existuje tendence připisovat každému jedinci všechny další atributy z tohoto trsu. Tyto schémata jsou označována jako implicitní teorie osobnosti. Jádro stereotypu tak tvoří implicitní teorie osobnosti asociované s příslušnou sociální kategorií. Implicitní teorie osobnosti se vztahuje pouze k psychickým atributům, zatímco součástí stereotypů jsou i fyzické, sociální, ekonomické a kulturní atributy. Ke stereotypům se zařazují i tak zvané haló efekty. Ty jsou zpravidla tím silnější, čím více atributů leží mimo oprávněné rozpětí (Hnilica, 2010, s. 14 - 15).

Stereotypy jsou svým fungováním podobné ostatním strukturám poznání. Pomáhají kódovat konkrétní situaci a mohou šetřit energii. Fiske a Neuberg (1990) uvádějí, že je-li motivace a zájem ke zpracování informací nízká, opírá se sociální úpadek především o tento energeticky úsporný způsob kategorizování. Vliv stereotypů se snižuje, je-li tato motivace a schopnost dostatečně vysoká. Je-li naopak motivace jedince nízká, vliv stereotypu se zvyšuje (Hewstone a Stroebe, 2006, s. 166 - 167).

Zkoumáním úlohy motivace ke zpracování informací Fiske a Neuberg zjistili, že stereotypy schizofreniků ovlivňují chování člověka přiřazeného do této kategorie. Tento vliv se však snižuje, pokud účastník očekává, že s posuzovanou osobou bude muset v následujícím úkolu spolupracovat. Očekávaná interakce nejspíš zvyšuje ochotu účastníka podívat se podrobněji na dostupná data a nespoléhat se pouze na existující stereotyp (Fiske a Neuberg, 1987).

2 Fenomén „duševní nemoc“

Duševní nemoc je termín, který užívají lékaři a další zdravotníci k označení klinicky rozpoznávaných typů abnormálních psychických příznaků nebo chování. Ty vyvolávají chronické či akutní postižení a nepohodu vlastní nebo jiných osob. Argument, že duševní nemoc je jako každé jiné onemocnění, však není pravdivý. Duševní nemoc se totiž projevuje jinak a zcela určitě je také duševně nemocný v jiném postavení než člověk s tělesnou nemocí (Libiger, 2001, s. 28 - 40).

Zatímco u většiny případů tělesné nemoci je porucha funkce určitého orgánu srozumitelná a dobře ohraničená, u duševně nemocných to tak zřejmé není. Změny v chování a prožívání se na rozdíl od tělesných onemocnění projevují i bez spojení s onemocněním. U duševně nemocných se jeví jako vystupňování stavů, které zná člověk duševně zdravý z běžného života, ale které má pod kontrolou. Mezi takové stavy patří boj se vtíravými myšlenkami, pocit úzkosti, prožitek smutku, ztráta apetitu, nedostatek kvalitního spánku a jiné, které ale zdravý člověk překoná. Pro jedince nevyzbrojeného cvikem je těžké přistoupit na výklad, že se může jednat například o důsledek odlišné činnosti mozku a ne o morální či duševní selhání (Libiger, 2001, s. 28 - 40).

Profesor David Rosenhan (1973) tvrdil, že za blázna je považován kdokoli, kdo se svým způsobem vymyká zavedeným pravidlům a konvencím. Dobrovolníci, mezi nimiž byli vystudovaní psychologové, studenti psychologie, ale například i žena v domácnosti, se pak (včetně Rosenhana) vydali do nejrůznějších psychiatrických zařízení po celém USA. Účastníci pokusu měli za úkol několik dní zanedbávat osobní hygienu, přijít na kliniku a ošetřujícímu lékaři a sdělit, že slyší vnitřní hlasy. Zatajit mohli své jméno a povolání, dále však odpovídali jen pravdivě. Všem pseudopacientům byla diagnostikována schizofrenie s výjimkou jednoho, kterému byla přiřknuta manio-depresivní psychóza (neboli bipolární afektivní porucha). Všichni byli přijati k hospitalizaci. V léčebně se chovali jako zcela zdraví lidé bez psychických obtíží, přesto v ústavech museli zůstat od 7 do 52 dnů, ačkoliv neprokazovali žádné abnormality (Rosenhan, 1973, s. 250 - 258).

Profesor Rosenhan svým experimentem rozpoutal diskuzi o věrohodnosti a vědeckosti psychiatrických diagnóz a stal se prvním impulzem ke změně DSM (Diagnostické a statistické příručky duševních nemocí), ale také tím otevřel

otázku společenského vlivu na vymezení duševních poruch. Podle Rosenhana je tento pokus důkazem fungování takzvané teorie nálepkování. V této teorii platí, že pokud je člověk (i bez opodstatněného důvodu) označen za nenormálního, začne tak být vnímán a on sám se takovým postupem času stane (Rosenhan, 1973, s. 250 - 258).

2.1 Duševní nemoc jako odchylka od normy

O duševní nemoci se často hovoří v kontextu zřetelné odchylky od normy. Hranice normy je však pohyblivá a může být posuzována podle různých kritérií v závislosti na okolnostech, které toto hodnocení vyžadují. Klasifikace normy se také mění tak, jak se mění společnost a její názory. Její hodnocení tak záleží na aktuální úrovni poznání (Vágnerová, 2008, s. 24-25).

Podle Vágnerové (2008) bývají projevy, kterým lidé nerozumí nebo o jejichž podstatě a příčinách vzniku společnost mnoho neví, častěji považovány za abnormální. Je tomu zejména tehdy, jestliže jsou nápadné a upoutávají pozornost.

Vágnerová uvádí několik pojetí norem:

Statistické pojetí normy

Je závislé na četnosti nebo intenzitě posuzovaných projevů. Tento způsob je používán zejména tehdy, jestliže lze hodnocení kvantifikovat (změřit, číselně vyjádřit). Zpravidla platí, že co je v dané společnosti časté, není posuzováno jako abnormální.

Sociokulturní pojetí normy

Za normální je považováno to, co je v souladu s běžnými představami o plnění určité sociální role nebo o chování, které by bylo za dané situace vhodné. Sociokulturní norma se projevuje ve stereotypech postojů k odlišným lidem, jejichž chování bývá posuzováno jako nepřijatelné.

Skupinová norma

V tomto případě lze mluvit o dílčí skupinové normě, která specifikuje kritéria pro menší část populace. V této souvislosti dochází k posunu normativních kritérií, která se napříč sociálními skupinami mohou lišit.

Mediální norma

Při vymezení normality mají v současné době značnou úlohu média. Bylo by možné vymezit mediální normu, která zahrnuje to, co je opakovaně a často atraktivním způsobem prezentováno jako žádoucí a standardní.

Pojetí normy jako optimálního stavu

Toto pojetí normality se jako ideálního stavu definuje nejlepší variantu, která je ještě dostupná. Může fungovat jako cíl směřování, ale ne jako hodnotící kritérium, protože jeho dosažení není příliš pravděpodobné.

Individuální, subjektivní pojetí normy

Rozdíly v pojetí normality jsou dány osobností člověka, jeho zkušeností a situačním působením aktuálního vlivu (momentální emoční ladění, somatický stav a celkovou pohodou), intelektovou úroveň, informovaností a schopností adekvátně interpretovat realitu (Vágnerová, 2008, s. 21 - 27).

Duševní zdraví jedince nelze chápat jen jako absencí duševní poruchy. Mnoho odborníků se shoduje v určitých rysech duševně zdravého člověka. Mezi rysy duševně zdravého člověka podle většiny odborníků patří reálné představy o sobě, akceptace svých silných i slabých stránek, zájem o druhé, upřednostňování svých vnitřních přesvědčení při rozhodování před vnějšími hodnotami, ale také schopnost uspokojovat svoje potřeby tak, aby nepoškozovaly nikoho dalšího. Jde tedy o celkovou schopnost přiměřeně reagovat na nejrůznější životní situace (Styx, 2003, s. 19).

2.2 Duševní nemoc v psychiatrickém kontextu

V dnešní době se duševní nemoci dostává poměrně velké pozornosti ze strany mnoha autorů z oblasti psychologie, sociologie, filosofie a psychiatrie. Stojí zde proti sobě několik přístupů, z nichž každý k duševní nemoci přistupuje jiným způsobem.

Na jedné straně stojí zastánci tak zvaného značkování („labelling“), teorie v sociální psychologii, a na druhé straně hnutí antipsychiatrie. Velkým tématem je dnes i převážně kritika vzrůstající „medikalizace“ a porušování práv duševně nemocných.

Na problém stigmatizace psychiatrických pacientů poukazovala zejména antipsychiatrie. Její představitelé tvrdili, že za vznik psychopatologie může právě stigmatizace. Přesto, že tento pohled přehlížel důležité proměnné v multifaktoriální podmíněnosti poruch, je pravdou, že stereotyp psychiatrického pacienta je natolik ohrožující, že nemocný mnohdy raději pomoc nevyhledá. Na počátku procesu stigmatizace stojí vždy zaznamenávání osobních charakteristik, které jsou pokládány za významnou odlišnost oproti společenské normě. Tento proces je označován jako značkování neboli labelling (Ocisková a Praško, 2013, s. 23 - 30).

V souvislosti s problematikou stigmatizace duševního onemocnění vyvstává otázka, proč, popřípadě jak, tedy diagnostikovat. Nedokonalé znalosti patofyziologie mozku přispívají k názorům, že diagnóza v psychiatrii není potřebná a že povrchní škatulkování chování a prožívání nemocných může vést ke škodlivému zjednodušení pacientových potíží. Nabízí se možnost nahradit diagnózu příběhem pacienta a porozumění spojitosti vnějších událostí se subjektivními obtížemi a změnami v chování. Tento způsob umožňuje sestavení individuálního terapeutického plánu. Postrádá ale výhody, které přináší diagnóza nutná pro medicínský postup (Libiger, 2015, s. 35).

Výhodou diagnózy je její srozumitelnost, což umožňuje zjednodušenou komunikaci o nálezů mezi odborníky. Dále to jsou možnosti vytvářet hypotézy, zkoumat klinické a patofyziologické charakteristiky onemocnění umožňující výzkum a pokrok v medicíně. Diagnostika přináší možnost sledovat epidemiologii obtíží a poznatky využívat v prevenci (Libiger, 2015, s. 35).

Diagnóza má být skutečná (validní) a spolehlivá (reliabilní). Validní diagnóza popisuje skutečnou chorobu, u které je předpoklad specifické patogeneze, typického průběhu a odpovědi na léčbu a ne přechodnou varianci nebo odchylku od normy. Spolehlivostí diagnózy se rozumí, že výsledky vyšetření u téhož pacienta vedou u různých, ale stejně kvalifikovaných odborníků ke stejnému závěru. (Libiger, 2015, s. 35 -36).

3 Vybraná duševní onemocnění

3.1 Schizofrenie

Schizofrenie je jednou z nejzávažnějších duševních onemocnění, které je charakteristické poruchami téměř všech psychických funkcí. Zásadní je porucha myšlení, vnímání, oploštělá či neadekvátní emotivita a narušené jednání a chování. V širším pojetí je poruchou vnímání reality, charakterizována bludy, halucinacemi, dezorganizovaným slovním projevem a chováním. Tomu do určité míry odpovídá i představa laiků - postižený je přesvědčen o bizarnostech, jeho řeč a chování jsou divné a nepochopitelné (Češková, 2006, s. 181).

Slovo schizofrenie je řeckého původu (od základu slov „schizo“, které znamená štěpit, a „phren“, které znamená rozum a myšlení). Tento název měl poukázat na přítomnost rozštěpení (schizma) mezi myšlením, emocemi a chováním. Laickou veřejností je však mylně vykládán jako „rozštěpení osobnosti“, kdy jako by současně existovaly dvě nebo více odlišných osobností. Tento výklad je však zcela nesprávný (Doubek, 2012, s. 244).

Schizofrenie je prototypickým onemocněním psychózy. Psychotické onemocnění (psychóza) je charakteristické hlubokým narušením vztahu člověka ke skutečnosti. Odcizená skutečnost je nahrazena světem bludů, fantazií a halucinací. Nemocný se v tomto světě uzavírá a izoluje od druhých a realita se mu stává cizí (Libiger, 2015, s. 181).

Psychóza je závažné onemocnění, které je léčitelné, ale které svým průběhem zásadně mění způsob, jakým člověk prožívá svět kolem, sebe i druhé. Ve většině případů jde o vleklé onemocnění se sklony k chronickému průběhu. Velmi často postihuje i pracovní schopnost nemocného a snižuje tak společenské uplatnění (Doubek, 2012, s. 244).

Schizofrenie je většinou epizodické onemocnění. To znamená, že je možné pozorovat přítomnost atak, náporů (tedy epizod) a přítomnost období pouze s minimálním zbytkem příznaků. V progredientním stadiu se epizody (ataky) střídají s ústupem příznaků. Opakovaná epizoda (ataka) nemoci po první epizodě se nazývá relaps. Necelá třetina nemocných se po první atace uzdraví úplně nebo téměř

beze zbytku. U třetiny probíhá onemocnění v atakách s reziduální psychopatií mezi nimi. Více než třetina trpí dlouhodobě trvale progredujícím (chronickým) průběhem s kolísavou intenzitou téměř trvale přítomných příznaků (Doubek, 2012, s. 247).

Halucinace je porucha vnímání a znamená, že pacient vnímá něco, co neexistuje. Nemocný je však přesvědčen o tom, že to existuje. Pro zdravého člověka je někdy náročné si takový stav představit. Vjem pacienta sice neodpovídá realitě, ale jeho nereálný vjem je jeho realitou. Halucinace mohou být sluchové, zrakové, čichové, chuťové i tělové (Kučerová, 2013, s. 13 - 15).

Blud je mylné přesvědčení pacienta o něčem, co není pravda, co ve skutečnosti neexistuje nebo se nestalo. Blud pacientovi nelze rozmluvit, vyvrátit a vysvětlit mu, že je to nemožné. Blud zcela ovládá pacientovu psychiku a má vliv na jeho jednání (Kučerová, 2013, s. 16).

Příznaky schizofrenie můžeme rozdělit do tří skupin:

1. Pozitivní příznaky (např. bludy, halucinace, vkládání do toku myšlenek, dezorientace řeči, narušená kontrola chování, katatonní symptomy) znamenají nadměrné či zkreslené vyjádření normálních funkcí.
2. Negativní příznaky (např. výrazná apatie, ochuzení řeči, útlum emočních reakcí, zpomalenost myšlení, abulie, neschopnost iniciovat cílevědomé jednání, sociální stažení) naopak oslabení až ztrátu normálních funkcí.
3. Kognitivní příznaky vyjadřují zhoršení soustředění, zapamatování si, řešení problémů a plánování (Vágnerová, 2008, s. 336).

Nejčastějším důvodem pro hospitalizaci nemocného jsou pozitivní psychotické příznaky. Negativní příznaky obvykle nevedou k hospitalizaci, nejsou závažné natolik, aby se nemocný nebyl schopen o sebe postarat (Češková a Příkryl, 2013, s. 10 - 11).

Celoživotní prevalence tohoto onemocnění je asi 1 - 1,5 %. Schizofrenie se vyskytuje stejně často u mužů i žen. Rozdíl však nastává ve věku, když onemocnění propuká. U mužů začíná nejčastěji ve věku 16 až 25 let, u žen mezi 22 a 34 lety. Schizofrenie diagnostikována v dětství je poměrně vzácný jev (Doubek, 2012, s. 245).

3.1.1 Formy schizofrenie

Schizofrenie má řadu variant, které se liší jak v průběhu a míře funkčního postižení nemocného, tak v psychopatologickém obraze. Předpokládá se, že pod pojmem schizofrenie se sdružuje řada onemocnění, které sdílejí některé společné psychopatologické charakteristiky, ale mohou se lišit průběhem i okolnostmi vzniku, rozvojem onemocnění a patofyziologickými ději.

V současné době užívá MKN-10 tyto formy:

Paranoidní schizofrenie

- vystihována relativně trvalými, často persekucními bludy, provázené halucinacemi sluchovými a poruchami vnímání.

Hebefrenní schizofrenie

- také nazývána dezorganizovanou schizofrenií. Nemocní jsou nevypočitatelní ve svém chování, objevují se nápadné změny afektivní a bludy. Halucinace jsou částečné a prchavé, manýrismus je obvyklý. Nálada je nepřiměřená, plochá. Myšlení je dezorganizované a řeč inkoherentní. Hebefrenie by se měla diagnostikovat pouze v dospívání a u mladých dospělých.

Katatonní schizofrenie

- charakterizována především výraznými psychomotorickými poruchami. Jsou to buď projevy nadměrného vzrušení provázené neklidem, nebo projevy psychomotorického útlumu až katatonního stuporu. Tělo a končetiny setrvávají v bizarních nebo nastavených polohách a při pasivních pohybech je patrný zvýšený svalový tonus.

Simplexní schizofrenie

- méně častá forma schizofrenie s pozvolným, ale progresivním vývojem podivností v chování. Typická je neschopnost vyhovět společenským požadavkům. Vedoucím příznakem je postupný rozvoj změn chování s úpadkem vůle, růstem lhostejnosti a povrchnosti, oploštěním emocí, ztrátou zájmu. Onemocnění neprobíhá v epizodách, ale jde o pozvolný proces změny osobnosti.

Reziduální schizofrenie

- chronické stadium ve vývoji schizofrenního onemocnění s jasnou progresí z časného do pozdního stadia. Je charakterizována dlouhodobou převahou zejména negativních příznaků, které hůře a málo reagují na léčbu antipsychotiky. Typické je psychomotorické zpomalení, chudá řeč v obsahu nebo množství, špatná non-verbální komunikace a defektní sociální projevy.

Nediferencovaná schizofrenie

- stavy, které splňují všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale nelze je zařadit do žádného z podtypů onemocnění nebo takové, které mají příznaky více než jednoho z nich, aniž by některá specifická diagnostická charakteristika dominovala.

Postschizofrenní deprese

- epizoda depresivní nálady, která může přetrvávat po odeznění epizody schizofrenie (*WHO/ÚZIS ČR*, 2014)

3.1.2 Etiologie a patogeneze

Etiologie schizofrenie není jasně známa. V současnosti se ke schizofrenii přistupuje jako k multifaktoriálně podmíněné ve shodě s mnohočetnými patogenetickými vlivy. Vznik schizofrenie je nejčastěji popisován jako kombinace vzájemného působení biologických, psychologických a sociálních faktorů, které společně vytváří dispozice k onemocnění. Doubek (2012) uvádí, že v současné době je již jasné, že schizofrenie není jediné onemocnění, ale skupina onemocnění, které mají podobný, ale při bližším zkoumání přece jen odlišný klinický průběh, odlišné genetické charakteristiky nemocných, odlišné nálezy strukturálních změn v CNS, ale i odlišnou reaktivitu na léčbu a různou prognózu onemocnění (Doubek, 2012, s. 245).

V současnosti je nejvíce přijímána teorie zátěže a dispozice. Stres, který onemocnění spouští, může být povahy traumatizující individuální zátěže při problémech v rodině a během zrání, tak i sociální stres. Každý člověk si nese určitou míru dispozic, tedy zranitelnost. Pokud má jedinec vlohu (dědičně podmíněnou) k selhání adaptivních funkcí duševní stránky života a je vystaven stresové zátěži, dojde

k selhávání, poklesu odolnosti jedince a následnému rozvoji příznaků schizofrenie (Doubek, 2012, s. 245; Libiger, 2015, s. 181).

Studie dědičnosti prokázaly, že pokud jeden z rodičů trpí schizofrenií, je asi 10% pravděpodobnost, že jeho potomek onemocní také. V případě, že onemocní oba rodiče, riziko stoupá až na 30- 40 %. Studie jednovaječných dvojčat prokázaly, že obě jednovaječná dvojčata onemocní schizofrenií častěji (30-40%) než dvojvaječná dvojčata (asi 10%), i když vyrůstala odděleně, v jiném rodinném a sociálním prostředí (Doubek, 2012, s. 245).

V rozvoji schizofrenie mají důležitou roli neurotransmitery - dopamin a serotonin. Při studiu změn hladin neurotransmiterů u lidí nemocných schizofrenií bylo zjištěno, že se vyskytuje zvýšená činnost dopaminergního systému a nerovnováha v souhře dopaminergního a serotogeního systému. Při nadbytku dopaminu v limbickém systému je přenášeno příliš mnoho informací, které mozková kůra nedokáže správně rozlišit na podstatné a nepodstatné informace, ale také informace zvenku a jiných částí mozku. Nemocný tedy nedokáže odlišit vlastní myšlenky od toho, co slyší. Serotonin pak ovlivňuje emoční stránku, agresivitu, cyklus spánku a bdění a příjmu potravy (Doubek, 2012, s. 24).

Neurovývojová teorie schizofrenie je podpořena nálezem zmenšeného objemu levého hipokampu u pacientů s časným začátkem onemocnění. Nové nálezy se týkají zvětšení zadních rohů postranních komor, střední části corpus callosum, zadní části gyrus cingulatus a nc.caudatus. U adolescentů se schizofrenií je na MRI zjišťováno zmenšení celkového objemu mozku. Délka onemocnění negativně koreluje s objemem levého hipokampu, což znamená, že objem se zmenšuje úměrně délce onemocnění. Čím více byly vyjádřeny negativní symptomy, tím větší bylo zmenšení objemu hipokampu (Malá, 2005, s. 79 - 81).

Při výzkumu příčin schizofrenie je velká pozornost věnována psychosociálním faktorům a to zejména vztahům v rodině. Rodiny schizofreniků bývají někdy sociálně nápadné, i když v současné době jsou tyto nápadnosti vnímány spíše jako důsledek onemocnění člena rodiny než jeho vlastní příčina. Rodinné klima může fungovat jako rizikový faktor, který přispívá k udržení některých symptomů a do jisté míry ovlivňuje i pravděpodobnost vzniku relapsu. Mezi takové rodiny může patřit rodina uzavřená se vztahy konfliktními, chladnými až nepřátelskými, rodiny s narušenou

komunikací a nejasným sdělováním. Matky nemocných mívají sklon k nepřiměřené a přehnané péči o své dospělé dítě. Obvykle se také v rodině vyskytuje neschopnost pojmenovat problémy a nacházet jejich řešení (Vágnerová, 2008, s. 336).

3.2 Závislost na alkoholu

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je syndrom závislosti definován jako skupina fyziologických, kognitivních a behaviorálních stavů, které se vytváří po opakovaném užití návykové látky, a v nichž má toto užití přednost před jiným jednáním, kterého si kdysi cenil více. Hlavní charakteristikou syndromu závislosti je silné přání, touha užít tuto látku, porušované ovládní při jejím užívání a pokračování v jejím užívání i přes její škodlivé následky. Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, pokud během jednoho roku došlo k minimálně třem z následujících jevů:

- silná touha užívat látku (craving/ bažení);
- průkazná tolerance k účinku látky a vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami
- potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení, nebo o množství;
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané návykové látky;
- tělesný odvykací stav;
- pokračování v užívání přes zjevně škodlivé následky: poškození jater, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látky, aj. (*WHO/ÚZIS ČR*, 2014; Nešpor, 2007, s. 9 - 10).

Termín závislost však vedle diagnostického vymezení, představuje nadřazený pojem zahrnující různé klinické stavy (průběhové varianty), které se mohou vyskytovat v průběhu doby u jednoho a téhož závislého jedince. Patří sem aktuální abstinence, aktuální abstinence v chráněném či jiném sledovaném prostředí (např. léčebně), aktivní závislost (aktivní užívání návykových látek), souvislé užívání návykových látek či epizodické užívání návykových látek (např. kvartální pijáctví) (Popov, 2012, s. 208).

Alkohol je nejzneužívanější droga na celém světě a nejčastěji užívaná psychoaktivní látka. Závislost na alkoholu přináší závažná zdravotní rizika (poškození

jater, mozku, slinivky břišní aj.) pro jedince a značné materiální ztráty pro společnost (snížená produktivita práce, nemocenské dávky, dopravní a jiné nehody). ČR se v konzumaci alkoholu řadí na přední pozice (Češková, 2006, s. 160).

Od syndromu závislost je třeba odlišit škodlivé užívání (abúzus), tedy vzorec užívání návykové látky, který poškozuje tělesné i duševní zdraví nemocného. Patří sem například pití pacienta s poškozenými játry nebo akutní intoxikace, což je přechodný stav po užití látky, vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, vnímání, poznávání, emotivity a chování. Tato diagnóza je používána jen tam, kde se intoxikace vyskytuje bez dalších trvalejších problémů, vyvolaných používáním látky (Pecinová, 2011, s. 21).

K závislosti se člověk nepropije během jednoho dne, vznik a rozvoj závislosti je proces, který má obvykle svou posloupnost. Jellinek klasifikoval typy závislosti do pěti kategorií podle písmen řecké abecedy (alfa, beta, gama, delta a epsilon), které se liší mírou užití alkoholu, schopností k dočasnému omezení pití či abstinence a především frekvencí užití (Heller, 2011, 27 - 37; Pecinová, 2011, s. 13 - 19).

Jellinek rozdělil vývojová stádia závislosti do čtyř fází:

1. Počáteční fáze

- období, kdy se budoucí pacient navenek neliší svým pitím od svého okolí, ale jelikož se alkohol na „řešení problémů“ osvědčuje, využívá jeho účinků častěji a dávky se zvyšují, naopak se zkracují přestávky mezi pitím.

2. Varovná fáze

- roste tolerance a dotyčný začíná pít tajně, začínají se objevovat okénka. Druhá fáze je hranicí možnosti řešit situaci kontrolovaným pitím a vyřešením problémů na jeho počátku.

3. Rozhodná fáze

- toto stádium je spojené s dále rostoucí tolerancí, změnou kontroly pití, výkyvy nálad, zúžením zájmů, konflikty, společenským sestupem a objevují se tělesné příznaky. Objevují se racionalizační postoje alkoholika pro zdůvodnění svého pití a důvody v jeho pokračování.

4. Konečné stádium

- jedinec pije v kteroukoli denní dobu, má výrazně oslabený tělesný i duševní stav, sníženou toleranci, objevují se několikadenní tahy (Pecinovská, 2011, s. 13-19).

3.2.1 Etiologie a patogeneze

Závislost na alkoholu je multifaktoriálně podmíněnou poruchou. Nadměrné pití alkoholu může být ovlivněno od charakteristických rysů osobnosti, vlastností alkoholického nápoje a prostředí, výchovy, narušenou atmosférou v rodině, společenském nebo pracovním prostředí. Dalšími psychologickými faktory mohou být motivace, způsob uvažování, emoční prožívání a naladění, vyhodnocování situace, faktor učení a tendence k určitému způsobu chování. Kromě faktorů sociálních a psychologických hraje při vzniku závislosti roli i předpoklad dědičné biologické dispozice (Úhlinger a Tschui, 2009, s. 22 - 23).

Prakticky každý se ve svém životě setká s alkoholem. Příčiny toho, proč u některých lidí vzniká závislost a u jiných ne, mohou být jednak vnitřní (psychologické, biologické) a vnější (sociální). Pecinovská uvádí, že biologické příčiny (genetické, metabolické, neurohumorální) se obvykle uplatňují prostřednictvím psychologických mechanismů při uplatnění neuropsychotropních účinků alkoholu tak, že zvyšují opakovanou konzumaci alkoholu. Sociogenní příčiny se uplatňují v prostředí, kde je pití běžné, vynucované, ale také při kombinaci nadměrné zátěže s dostupností alkoholu. Rychlost vypěstování závislosti je závislá na dispozicích, věku začátku období pití a způsobu zneužívání pití. Čím větší dispozice jedinec má a čím mladší začne pravidelně pít, tím rychleji závislost vzniká (Pecinovská, 2011, s. 13).

Většina autorů se tedy shoduje na multifaktoriálně podmíněném modelu. Millerová ve své knize uvádí poněkud jiné dělení modelů, které kladou důraz na různé složky závislosti a složky, které zapříčiňují závislost. Patří sem kulturní faktory, které u jedince ovlivňují jeho rozhodnutí. Dále to jsou environmentální faktory, kam patří principy podmiňování a zpevnování (např. kvůli příjemným zážitkům nebo naopak snížení tenze a psychické nepohody), faktory učení a životní události. Sociální vlivy (životní styl, vrstevníci, očekávání) a rodinné faktory (způsob fungování a genetické vlivy) jsou řazeny mezi interpersonální faktory. Poslední složkou jsou

intrapersonální faktory, mezi něž patří osobní vývoj, osobnost jedince, afektivní a kognitivní složka, ale i rozdíly v pohlaví (Millerová, 2011, s. 30).

Rozhodující prvky ve vývoji závislosti jsou dva měnící se mechanismy. Jsou to tolerance a kontrola. Organismus typicky reaguje na určitou hladinu alkoholu v krvi. Při často opakovaném příjmu alkoholu je k dosažení určité odpovídající reakci potřeba stále větší množství, což nazýváme tolerancí. Tolerance je projevem přizpůsobování tělesného metabolismu nové látky (Heller, 2011, s. 9 - 10).

Kontrola je schopnost kriticky vyhodnocovat situaci z hlediska potřeb a povinností osobních i společenských. Při vyšším obsahu alkoholu v krvi dochází ke změně v psychických procesech a kontrole. Změna v kontrole tvoří podstatu poruchy organismu a chorobného stavu bez možnosti vyléčení. Lze tedy dosáhnout jen údravy bez odstranění základní poruchy (Heller, 2011, s. 9 - 10).

Genetické dispozice jsou považovány za etiologicky významný faktor. Není ovšem jednoznačně určeno, zda jde o komplex specifických genetických informací nebo o dědičně podmíněnou produkci určitého mediátoru, která se podílí na zpracování psychoaktivní látky. Je třeba si uvědomit, že rodinný výskyt závislosti může být podmíněn i pouhou nápodobou tohoto modelu (Vágnerová, 2008, s. 550 -551).

Biologickým základem vzniku závislosti na alkoholu je způsob jeho zpracování v organismu. Na zpracování této látky v mozku se podílí mezolimbo-kortikální systém. Vytvoření pozitivní zpětné vazby souvisí se systémem odměny - alkohol jedinci poskytne nějaká zisk (zbaví úzkosti, zlepší sebehodnocení, aj.). Na tom se podílejí různé neurotransmiterové systémy (dopaminový, serotoninový, GABA a další). Důsledkem chronického užívání návykové látky se mění fungování některých částí mozku. Mění se například počet a senzitivita receptorů různých neurotransmiterů, např. dopaminu. Přesto, že ubývá schopnost dosáhnout pomocí alkoholu žádoucích účinků, neklesá nutkání ho užívat. Tuto skutečnost vysvětluje mechanismus dvojí zpětné vazby (Vágnerová, 2008, s. 551).

Mezi psychické faktory, které mají vliv na vznik závislosti, patří motivace, která je spouštěčem experimentování. Motivace může vycházet z individuálních potřeb, ale také ze sociálního tlaku. Kromě motivace zvyšuje pravděpodobnost užití alkoholu i emoční prožívání, pro něž je typická zvýšená dráždivost, nedostatek psychické pohody, labilita, napětí, deprese a úzkosti. Často je to spíše způsob negativního

uvažování a hodnocení situace než adekvátní posouzení okolní reality. Nelze říci, že by se jednalo o jedince se sníženou inteligencí, ale spíše o neúčelné strategie uvažování. V neposlední řadě zde plní funkci osobnostní vlastnosti a tendence k určitého chování. Závislí lidé mívají nízkou sebedůvěru, často jim chybí dlouhodobé cíle, ale také problémy v oblasti autoregulace, tendence k impulzivnímu reagování, které ovlivňují situační faktory víc, než je běžné (Vágnerová, 2008, s. 552 - 553).

Vliv na míru užívání návykových látek mohou mít i sociální faktory - obecná dostupnost alkoholu v dané společnosti, městské prostředí, které zaručuje větší anonymitu a menší kontrolu nežádoucího chování, dysfunkční rodina a nápodoba obdobného rodičovského chování, nadměrného užívání alkoholu, vliv party či rizikové profese, jež přinášejí větší množství stresových situací nebo sociální deprivace (nezaměstnanost, absence dostatečné seberealizace, absence zázemí aj. (Vágnerová, 2008, s. 553 - 554).

Alkoholismus má pravděpodobně na svém počátku nezodpovědnost, neukázněnost, ale především nevědomost. Na počátku stojí přesvědčení lidí, že jich samotných se riziko závislosti netýká. Snad nikdo nechce být závislý. Postupně se však pravidelné pití vyvíjí v onemocnění, které se obtížně léčí a někdy končí až fatálními důsledky. Přesto, že alkohol je předmětem široké veřejnosti a téma závislosti patří mezi aktuální problém, pojetí alkoholismu jako nemoci je pro laickou veřejnost stále tabu.

4 Stigma duševní nemoci

Stigma bylo původně řecké slovo označující cejch vypálení antickým otrokům, aby bylo viditelné jejich oddělení od svobodných občanů. Zdrojem stigmatizace může být barva kůže, náboženství, prodělání trestu, národnost, ale také nemoc. Stigma znamená znehodnocující přívlastek, který je mnohdy příčinou diskriminace jeho nositele (Bártlová, 2006, s. 265 - 271).

Hartl a Hartlová definují stigma jako: „*vrozený, dědičný i získaný znak, o něčem svědčící; znamení hanby či odsuzující společenský postoj pro údajnou duševní, tělesnou nebo sociální méněcennost, následně vedoucí k odmítání a vyloučení jedince, skupiny či organizace z okolí společnosti*“ (Hartl a Hartlová, 2010, s. 553).

Při setkání s cizí osobou se může naskytnout atribut, který jí odlišuje od jiných osob v kategorii, do které by mohla být zařazena, a to atribut méně žádoucího rázu, v krajním případě z ní činí osobu špatnou, nebezpečnou či slabou. Lidská mysl jí tak redukuje z osoby celistvé a obyčejné na osobu, již je poskvrněna a jejíž hodnota klesla. Takovýto atribut je stigma, zejména je-li jeho diskreditující dopad rozsáhlý. Je základem zvláštní diskrepance mezi virtuální a skutečnou sociální identitou. Termín stigma tedy označuje silně diskreditující atribut, tedy atribut, který se neslučuje se stereotypem ohledně toho, kým by měl daný jedinec dle daného názoru být. Atribut, který stigmatizuje jeden typ nositele, může docela dobře stvrzovat obvyklost jiného, a jako věc o sobě není nositelem ani pozitivní ani negativní pověsti (Goffman, 2003, s. 9 - 11).

Stigmatizující postoje jsou v úzkém vztahu k diskriminaci. Diskriminací se chápe nerovné chování vůči jednotlivcům na základě jejich příslušnosti k určité sociální kategorii, případně znevýhodňování celé sociální kategorie. Tradičně má podobu odpírání přístupu ke vzdělání, k pracovním příležitostem, ke zdrojům, statusům atd. Může mít i podobu aktivní agrese (genocidy, lynčování atp.), odmítání pomoci, neverbálních projevů, distancování se či nervozity v kontaktu s příslušníky dané kategorie (Hnilica, 2010, s. 18).

Jednou z nejvíce stigmatizovaných skupin lidí jsou osoby s duševní nemocí. Takové stigma je založeno na stereotypu duševně nemocných a jeho zdrojem jsou obavy z duševní nemoci, což vede k izolaci svých nositelů. Nemocný člověk se jeví

ostatním jako člověk s vadami povahy – slabý, nespolehlivý, neschopný, nekontrolovatelný, nebezpečný nebo hloupý. Stigma vytváří pokřivený obraz psychiatrických pacientů, vede k jejich izolaci a snižuje naději na rehabilitaci (Hanušová, 2015, s. 611).

Hausner ve své knize „Duševně nemocný mezi námi“ uvádí, že existuje spousta těch, kteří nemají o duševní nemoci žádnou představu, protože s ní nemají žádnou přímou zkušenost. Mnoho lidí se někdy setkalo s někým, kdo se choval velmi nápadně, podivně, ale většina si neuvědomuje, že i osoba hovořící docela rozumně nemusí být duševně zdravá. To je jeden z důvodů představy o dědičně zatíženém chudákovi, bláznovi, jemuž se lidé smějí, šílenci, který je nebezpečný a který má být na doživotí zavřen v ústavu bez klik a s mnoha zámky (Hausner, 1969, s. 15).

Duševně nemocný člověk i dnes, o téměř padesát let později, nese stále stejně silné břímě hodnocení sebe dle své choroby. Toto hodnocení má kořeny v kultuře a je upevňováno zprávami v novinách, ustálenými obraty a poznámkami v běžné mluvě. Veřejnost nerozlišuje mezi jednotlivými případy. Takový typ hodnocení odráží informace z médií, doslechu, literatury, které se přenášejí do očekávání směrem k těmto jedincům. Jak uvádí Hanušová, je zcela běžné dočíst se, že „schizofrenik někoho napadl“, nepíše se však, že „diabetik někoho napadl“. Přitom pacientů se schizofrenií je podstatně méně než lidí nemocných diabetem (Hanušová, 2015, s. 612).

V roce 1998 začala ve Velké Británii kampaň pod názvem „Changing Minds : Every Family in the Land“ (ve volném překladu „Změna mysli: každá rodina v zemi“). V rámci mapování jejího účinku posloužila studie, kterou byla inspirována i tato práce, a jejíž cílem bylo zjistit výchozí stanoviska veřejnosti k lidem s duševní chorobou. Mezi převážně dospělými jedinci bylo hodnoceno sedm poruch, mezi nimiž byla i schizofrenie a závislost na návykových látkách (alkohol, drogy). Otázky se týkaly přibližně osmi témat (nebezpečí, nepředvídatelnost, vlastní vina, obtížnosti komunikace s touto osobou, predikce léčby a zotavení, špatný výsledek a reakce na léčbu). V této studii vyvolaly schizofrenie a závislost nejvíce negativních názorů respondentů. Přibližně 70 % respondentů je hodnotilo jako nebezpečně pro ostatní a přibližně 80 % jako nepředvídatelné. Lidem závislým na alkoholu byla přisuzována větší míra vlastní viny a také schopnost pomoci si sám, zatímco lidé s diagnózou schizofrenie byly tímto způsobem hodnoceny jen u 7% respondentů. U lidí s diagnózou schizofrenie

se pak významným ukázalo hodnocení špatné predikce léčby, tedy neprospěch k možnosti zotavení se. Odpovědi naznačily, že ve většině případů nejsou tyto stigmatizující názory založeny na obecném nedostatku znalostí o duševních poruchách. Průzkum také ukázal, že stigmatizující postoje nejsou o nic méně časté mezi mladšími lidmi, což naznačuje, že jedním z důležitých míst pro anti-stigmatizující kampaně by měly být právě školy (Crisp aj., 2000, s. 345 - 354).

Společný výzkum Corrigan, Lurie, Goldmana a dalších mezi dospělými a adolescenty přinesl několik závěrů o stigmatizaci duševní nemoci. Za prvé, že lidé s duševním onemocněním jsou stigmatizováni přísněji než lidé s jinými zdravotními potížemi (například rakovinou nebo srdeční chorobou) a je jim přisuzována větší míra odpovědnosti. Ještě přísněji jsou pak posuzováni lidé zneužívající alkohol, kterým je přiřknuta větší míra viny, než u jiných duševním onemocněním. Za další, stereotypy o duševních chorobách spojené s odpovědností a nebezpečností vedou k silným emočně negativním reakcím a diskriminačnímu chování. Ukázalo se také, že seznámení lidí s duševním onemocněním stigma spíše snižuje (Corrigan, Lurie a Goldman, ed., 2005, s. 544 - 550).

Podle Janíka je stigma založeno na očekávání odlišnosti pacientů od běžné populace. Stereotyp obrazu o duševně nemocných jim přiděluje roli blázna. S takovou rolí je spojeno nezvyklé chování, nekontrolovatelnost, nebezpečnost, nezodpovědnost, ale i agrese. Vzhledem k těmto očekáváním se mění chování k pacientovi a jeho vyčlenění a odstup veřejnosti od lidí s duševní poruchou. Osvojený obraz laika je odolný vůči modifikujícím vlivům, přestože má často fiktivní charakter. Tato stálost v čase se označuje jako stereotyp obrazu o duševně nemocném s předpokladem kariéry duševně nemocného (Janík, 1987, s. 70 - 72).

Typickým chováním okolí k duševně nemocnému je odstup a snaha dotyčného pozorovat. Laici si všímají zejména vnějších projevů, jeho pohybů, výrazů, postojů, řeči a registrují všechny neobvyklosti. Pokud je zpozorují a označí za „divné chování“, začne značkovací proces, který vede ke stigmatizaci (Ocisková a Praško, 2013, s. 28 - 29).

Tyto postoje mohou být dále upravovány představou laické veřejnosti o příčinách poruchy, které by se daly dělit do několika kategorií. První z nich jsou charakterové příčiny, do kterých se řadí slabost, duševní méněcennost, zvrhlost

a nemorálnost. Mezi organické příčiny pak spadají dědičné faktory a nemoc mozku. Poslední kategorií jsou tak zvané situační vlivy, kam by mohlo patřit zhroucení po traumatu, životní rány, závažná materiální krize, žal, trápení a jiné (Ocisková a Praško, 2013, s. 28 - 29).

Příznivější je výklad vidící příčinu v událostech, které se nemocnému přihodily. Při „osobnostní“ etiologii by se však postižený měl podle veřejnosti snažit změnit, být převychován a napraven. Při „organické“ by ho lékaři měli léčit a izolovat a při „situační“ by ho měli všichni chápat a pomáhat mu, ale eventuálně přichází i stanovisko „už by se měl vzchopit“. Ve všech situacích je tedy postoj odlišný, ale liší se i následné chování od toho, co by pacientovi skutečně pomohlo (Ocisková a Praško, 2013, s. 28 - 29).

Stigmatizace psychicky nemocných oddaluje nasazení vhodné terapie a zesiluje obranu nemocného proti tomu, aby svou nemoc přijímal. Duševní choroba je ve veřejném mínění považována stereotypně za rys méněcennosti, zbytečnosti, nevyléčitelnosti, která oslabuje pocit vlastní osobní hodnoty. Postižený přebírá všeobecné mínění, takže ztrácí nad svým životem jakoukoliv kontrolu a odmítá ji převzít, nebo sám sebe považuje za nevyléčitelného a trvale odkázaného na cizí pomoc. Takové mínění vede k izolaci, sociálnímu handicapu a výrazným stresorům, které ovlivňují léčbu. Vulnerabilita, stres, paradigmatata skutečné nebo obávané diskriminace, zvyšuje se riziko chronifikace v důsledku opakovaných relapsů (Hinterhuber, 2001, s. 2016 -220).

4.1 Stigma schizofrenie

Většina jedinců se schizofrenií musí denně čelit nějaké formě stigmatizace. Stigmatizace odkazuje na stereotypní sérii negativních postojů, zapříchující přesvědčení a obavy z této diagnózy, které jsou zaviněny tím, jak je tento syndrom veřejností chápán. Pohled široké veřejnosti na schizofrenii je vytvářen nedostatkem informací, předsudky a diskriminujícím chováním. Různé typy stigmatizace, sebestigmatizace a snahy vyhnout se nálepce, mohou mít hluboké negativní důsledky na jedince s tímto onemocněním (Thornicroft aj., 2007, s. 192 - 193).

Široká veřejnost většinou pokládá jedince s diagnózou schizofrenie za nevypočitatelné, neschopné a ty, pro které je nejlepší dlouhodobá ústavní péče.

Pacient, který onemocní psychózou, nemusí vůbec poznat, že je nemocný. Pacienti si projevy nemoci snaží vyložit jinak, například jako projevy nervozity. Duševní nemoci se obávají, protože je podle nich i společnosti jiná než ostatní nemoci. Nese s sebou stigma, které je výsledkem předsudků o tom, co to znamená být duševně nemocný. Pro pacienty to znamená, že se musí vzdát své autonomie a akceptovat, že budou vnímáni jako nesvéprávní, hloupí, nevypočitatelní a potencionálně nebezpeční. Často to znamená, že se nemohou vyléčit a patří do blázince. Přijmout takové označení se nikomu nechce ani tehdy, když ví, že potřebuje pomoc. Nemocní nechtějí být předmětem soucitu, obav a diskriminace od společnosti. I pro členy rodiny, nejen od vzdálenějších lidí, mohou být duševně nemocní přijímáni ambivalentně, vystaveni kritice, ponižování, odmítání, pohrdání, nebo neustálému tlaku (Ocisková a Praško, 2013, s. 56).

Jedním z problémů je očekávání nebezpečnosti. Když čtyři psychiatři publikovali studii, která ukazovala, že 6 z 23 schizofrenních pacientů má u sebe během psychotické epizody zbraň, byli si málo vědomi toho, jak bude jejich práce na veřejnosti prezentována. Den po jeho uveřejnění roku 1988, palcové titulky v Sunday Express vydaly prohlášení veřejného rizika psychiatrických pacientů, ozbrojených a nebezpečných. Novinář Sunday Express extrapoloval, že 1250 psychicky nemocných osob v britské komunitě má zbraně a představuje tak vážné ohrožení pro veřejnost. Tyto zprávy samozřejmě prohloubily stereotypy vyvolávající strach a odstup vůči lidem s duševní nemocí (Ferriman, 2000, s. 522).

Výzkum zaměřený na vnímání postojů veřejnosti k psychicky nemocným se schizofrenií byl provedený i na Slovensku. Výzkum byl realizován na vzorku 60 osob, kde většina vnímala nemocné se schizofrenií jako nebezpečné a neovladatelné, schopné násilí (Heretík a Poluchová, 2009, s. 2 - 11).

Zkreslení tohoto typu nejsou pro odborníky žádným překvapením. Stačí se podívat do zpráv z médií a denního tisku. Slova jako „blázen“, „šílenec“, „psychicky narušený“, která jsou sama o sobě velmi stigmatizující, bývají zdůrazňována právě v případech, že trestný čin spáchal jedinec s psychickou poruchou. Ostatní případy, které spáchal „psychicky zdravý jedinec“ nejsou pravděpodobně tak mediálně atraktivní. Tato nevyváženost a nespravedlnost významně škodí psychicky nemocným i jejich rodinám (Ocisková a Praško, 2013, s. 57).

Zatímco média zpravidla představují duševně nemocné lidi jako nebezpečné časované bomby, realita ukazuje něco jiného. Naprostá většina kriminálních činů (95%) je páchána lidmi bez duševní nemoci a 95% vražd je spácháno lidmi bez psychické poruchy. Lidé trpící s psychickými poruchami spíše ublíží sobě než někomu v okolí. Články a výzkumy o snižující se kriminalitě ze strany lidí trpících psychickými poruchami se naopak obchází bez povšimnutí (Ocisková a Praško, 2013, s. 57).

K osvojení stigmatizace či sebestigmatizace, který je procesem psychické asimilace společenských stereotypů psychických poruch, zpravidla patří, že postižený jedinec o sobě přestává smýšlet jako o hodnotném člověku, a postupně se zřiká svých přání a ambicí do budoucna. Nemocný nejen věří, že si o něm ostatní myslí, že nemá hodnotu, ale sám tak o sobě smýšlí, takže si často vytváří domněnky, že druzí o něj nebudou stát jako o partnera nebo zaměstnance. Tato změna v sebehodnocení vede obvykle k izolaci od druhých, rezignaci na nové vztahy, pasivitě, ukončení studia či práce (Brohan aj., 2010, s. 80).

Mezinárodní studie Světové zdravotnické organizace, která se zabývala schizofrenií v několika zemích, zjistila, že v rozvojových zemích Afriky a Asie je průběh schizofrenie příznivější. K tomu přispívá s nejvyšší pravděpodobností vyšší míra tolerance abnormálního chování, větší pozornost vlivu okolností onemocnění a menší tendence k izolaci (Libiger, 2002, s. 33 - 39).

Schizofrenie je poměrně často takovým duševním onemocněním, které široká veřejnost s předsudky zná a mýty s ní spojené aplikuje společnost na všechny duševní poruchy. Podle Libigera mezi nejčastější chybné mýty o schizofrenii patří:

- **„ Pacienti se schizofrenií mají většinou sklon k násilí a jsou nebezpeční. “**

Většina duševně nemocných nikdy nespáchá násilný trestný čin. Násilných trestných činů u duševně nemocných se většinou jedná o ty, kteří nejsou léčeni nebo nejsou léčeni správně. Nemocní mnohdy naopak vynakládají obrovské úsilí, aby se použití násilí při obraně proti bludným nebo halucinovaným ohrožením a útokům vyhnuli

- **„ Schizofrenie je nevyléčitelné onemocnění. “**

Schizofrenie nemá vždy progresivní nebo celoživotní průběh. Řada dlouhodobých studií popsala varianty průběhu, které se vyznačují průběhem s úplnými

remisemi. Její rozvoj je často možné poměrně dobře kontrolovat, a minimalizovat jeho následky.

- **„Lidé se schizofrenií jsou nespolehliví a nemohou soustavně pracovat.“**

Je pravdou, že v mnoha průmyslových zemích pracuje méně než 20 % lidí se závažnou duševní nemocí. Pravidelné zaměstnání bez stresu a se zřetelně vymezenými povinnostmi je však pro nemocné zvládnutelné a prospěšné.

- **„Schizofrenie je druh trvalé duševní zaostalosti.“**

Distribuce výkonu pacientů nemocných schizofrenií v testech inteligence je ve srovnání se zdravými lidmi posunuta nepatrně doleva. Distribuce IQ u jejich příbuzných je naopak oproti zdravým lidem spíše nadprůměrná. (Libiger, 2002, s. 33-39)

4.2 Stigma závislosti na alkoholu

Laická veřejnost často nepovažuje závislost za chorobu. Závislý člověk je často posuzován tak, jako by se dostal do problémů jen svým přičiněním a svou vinou. Ve společnosti převládá především názor, že kdyby postižený chtěl, situaci změnil sám. Jako chorobu, a to vážnou, je však schopno si svůj stav přiznat nebo posoudit jen malé procento nemocných a ne o mnoho větší počet lidí z pacientova okolí (Heller, 2011, s. 7).

Stigmatizace osob závislých na alkoholu je velká. Odvíjí se od morálního pohledu na závislost na alkoholu, který je úzce spojený s důsledky této závislosti, mezi nimiž dochází k propitému jmění a majetku, agresivitě, vysoké kriminalitě, ale i suicidalitě. Tyto postoje společnosti jsou pochopitelné, nicméně pro osobu závislou značně degradující. Přijetí faktu, že člověk sám je „alkoholík“, automaticky znamená přijetí toho, že je někým horším, než jsou ostatní. Přijmout takovou značku a odhodlat se k léčbě je náročné (Ocisková a Praško, 2013, s. 164).

Na osoby, které užívají návykové látky, se veřejnost dívá s odstupem, podezřívavostí a mnohdy i strachem z nepředvídatelného chování. Lidé závislí na alkoholu jsou považováni za slabochy, i když je práh pro rozpoznávání závislosti v naší společnosti vysoký a řada závislých, kteří však nebyli diagnostikováni, nejsou

stigmatem zasažení (Henderson a Thornicroft, 2009, s. 1928 - 1930; Radcliffe a Stevens, 2008, s. 1065 - 1073).

K závislým na alkoholu veřejnost přistupuje mnohdy spíše bizarním přístupem. Na jedné straně je naše společnost vysoce tolerantní ke konzumaci alkoholu a množství spotřebovaného množství alkoholu na osobu, na druhé straně označení za alkoholika je u nás silně degradující. Zlom tedy nastává ve chvíli, kdy postižený vyhledá protialkoholní léčbu. Důsledkem je to, že lidé s potížemi s alkoholem, mají problém nastoupit do léčby, protože by tím potvrdili své členství ve stigmatizované skupině (Jeřábek, 2012, s. 183 - 191).

Z některých studií vyplývá, že poruchy spojené se zneužíváním návykových látek, jako je například alkohol, jsou více stigmatizované než jiné zdravotní problémy a onemocnění. Stigmatizace závislých lidí bývá často používána jako nástroj k odrazení adiktivního chování, tedy takového jednání, které by vedlo k závislosti, což ovšem mívá opačný následek, kterým je devalvace této sociální skupiny. (Ocisková a Praško, 2013, s. 160 - 161).

Stigmatizovaní nejsou pouze samotní závislí, ale i jejich rodiny. Rodiny s osobami trpící závislostí na návykových látkách bývá vysoká oproti stigmatizaci rodiny s osobou trpícími závažnými psychickými poruchami, jako je schizofrenie, kde je stigma rodiny minimální. Přátelé a rodinní příslušníci jedinců s psychickou poruchou mají obvykle méně stigmatizující postoje, než lidé, kteří k nim nemají blízký vztah. Tento rozdíl pravděpodobně souvisí s menší obavou z psychické poruchy, což by mohlo poukazovat na fakt, že kontakt s jedinci s psychickou poruchou může snižovat strach a tím i stigmatizaci (Ocisková a Praško, 2013, s. 169).

Stigmatizující postoje vztahující se k určitému chování a určitým skupinám lidí, např. právě k lidem závislým či injekčním uživatelům drog, jsou obecně a kulturně schvalovány a mnohdy i politicky zakotveny (např. trestním zákonem). Existuje řada spekulací, pro které neexistuje žádný empirický důkaz, že snížení stigmatizace problémů užívání návykových látek může vést k nepříznivým účinkům, jakými je například zvyšování míry užívání alkoholu a jiných návykových látek mezi mladými dospívajícími (Adfal aj., 2009, s. 360 - 364).

Chování spojené se závislostí na alkoholu bývá symbolicky spojeno s dalšími problémy, nebezpečným chováním, agresivitou, sociálními problémy jako je chudoba, kriminalita a bezdomovectví. Tyto negativní stereotypy ovlivňují veřejný pořádek a sociální politiku včetně přerozdělování výdajů na zdravotní péči. Závislí jsou častěji vnímáni jako ti, kteří by nad sebou měli mít větší kontrolu, a pokud jí nemají, tak je to jen jejich odpovědnost a vina. V naší společnosti převládá přesvědčení, že se jedná o slabé, bezohledné a nezodpovědné osoby, což je často živeno i výchovou, médii a také osobní zkušeností s hlučnými a agresivními opilými lidmi. Taková přesvědčení vedou k vyhýbání se, nátlakům, trestání či hněvu. Intervence, které si kladou za cíl snížit stigmatizaci, jsou tímto tlakem společnosti do velké míry limitovány (Ocisková a Praško, 2013, s. 160 - 165).

Schomerus uvádí, že široká společnost má tendenci vnímat a charakterizovat jedince závislé na alkoholu jako nezodpovědné a postrádající sebeovládání. Protože většina lidí závislých na alkoholu přijala postoje veřejnosti, existuje tendence posuzovat sebe sama podle měřítek druhých. V důsledku toho se nemocní za svou závislost stydí, tají jí (i nejbližší dlouho nemá o problému ponětí) nebo své pití nejrůznějšími způsoby ospravedlňují, racionalizují, bagatelizují a nejčastěji především popírají (Schomerus, 2011, s. 225 - 231; Mainerová, Šmoldasová a Praško, 2013, s. 302 - 340).

Rizika léčby jsou pro ty, kteří by mohli přestat s užíváním návykových látek, v potencionálním dopadu na zaměstnání po zahájení léčby. Nejčastěji tím, že se nemohou uvolnit na tak dlouhou dobu (jelikož léčba trvá několik měsíců) nebo je může poškodit, pokud by se zaměstnavatel dozvěděl, že trpí závislostí. Dále jsou v negativních postojích sousedů a známých spojených se vstupem do léčby a nejistotě, že léčba vše vyřeší a pomůže. Tato obava může být opodstatněná, protože samotná léčba je často nepříjemná a nezaručuje svou účinnost. Část těchto postojů souvisí s obavami ze stigmatizace a nechutí snášet označení „alkoholik“ (Turner, 2009, s. 345 - 352).

Předsudky vůči závislým může člověk sám závislý řešit potencionálně dvěma způsoby. Může jí buď přijmout a ztotožnit se s ní. Pak se začne cítit méněcenně, věřit ve svou podřazenost, v horším případě se s nálepkou ztotožnit natolik, že přestane věřit, že je schopen ovládnout svou závislost a opakovaně tak začne ve své abstinenci

selhávat. K selhání se bojí přiznat, a tak do léčby přichází po různě dlouhém debaklu. Druhý způsob je, že se proti obdržení nálepky vzepře, odmítá přijmout fakt, že je „alkoholik“ a svůj abúzus bagatelizuje. Věří, že kdyby chtěl, může kdykoli přestat, ale jelikož alkoholik není, nemusí. Do léčby tak nenastoupí, a pokud do ní pod pohružkou okolí přichází (např. pod hrozbou rozvodu nebo propuštěním z práce), nejsou ke změně sami dostatečně motivováni a brzy recidivují. Obě varianty se mohou kombinovat a po různě dlouhých intervalech střídat (Ocisková a Praško, 2013, s. 167).

V centru snahy o překonání překážek, které stigma závislosti na alkoholu přináší, je snaha změny vnímání závislosti jako legitimní nemoci či onemocnění mozku. Pokroky v neurovědách poukazující na fakt, že závislost mozku je spojena s viditelnými změnami mozku, přislíbují lepší možnosti léčby. Na druhé straně však spíše, než by docházelo k postupné výměně moralistických postojů za medicínské, spolu názory široké a odborné veřejnosti soupeří a vědeckému názoru se příliš nedaří prosadit. Zdá se, že vědecký přístup není schopen čelit silným emocím a sociálnímu a morálnímu napětí, které závislost na alkoholu vyvolává. Závislost je tak stále silně stigmatizována. Leshner tento fakt vnímá jako dramatické zpoždění mezi poznatky vědy a jejich uznáním ze strany veřejnosti a širokými mezerami mezi vědeckými fakty a vnímáním veřejnosti v oblasti závislosti (Leshner, 1997, s. 45 - 47).

Některé teorie, vědci a odborníci argumentují, že nevzdělaná a rigidní veřejnost nechápe neurobiologii závislosti, a proto závislost pojímá jako vadu charakterovou, nikoli jako onemocnění mozku. Jiné naproti tomu oponují, že i kdyby byla závislost na alkoholu přijata za nemoc, zůstala by stigmatizována podobně jako řada tělesných onemocnění. Neurobiologické vysvětlení tak nemůže stigma vyřešit, protože negativní postoje souvisí i se sociálními důsledky, ke kterým závislost vede, a s poškozením způsobeným třetím osobám. Veřejnost se může oprávněně obávat nepředvídatelného, nebezpečného i násilného chování spojeného se závislostí. Stojí proti němu informace z médií o autohaváriích způsobených řidičem pod vlivem alkoholu, agresivitě závislých, pohled na opilé na ulici a také sugestivní informace, které jsou účinnější než logické argumenty. Snahou, aby závislost nebyla vnímána jako morální selhání, podle některých autorů neznamená sejmutí odpovědnosti za to, jak se závislí chovají podobně jako je tomu i jiných onemocnění, jako je rakovina, kardiovaskulární onemocnění

nebo diabetes, jsou lidé s návykovými poruchami odpovědní za to, že přijmou opatření potřebná ke zlepšení svého zdravotního stavu (Ocisková a Praško, 2013, s. 165 - 166).

I přes snahu vědců o řešení etických otázek, uvádění důležitých argumentů, se nezdá, že by docházelo ke zmírnění stigmatizace závislosti. Zatímco přes snahu pacientů rakoviny může nemoc pokračovat v nezměněné míře, abstinence může zastavit negativní důsledky a progresi u závislých. Jejich snaha je tak rozhodující. Taková přirovnání tak mohou veřejnost ještě více pobouřit a vytvořit zlou vůli vůči závislým, spíše než zmírnit stigma závislosti na alkoholu (Ocisková a Praško, 2013, s. 166).

5 Destigmatizace a prevence stereotypizace

Barbora Weningová, spoluvůdkyně projektu Změna zaměřeným na boj s předsudky a mýty, které se váží za duševní choroby, při rozhovoru pro Radiožurnál v roce 2006 uvedla, že předsudky k duševně nemocným existují již řadu desetiletí. Tyto předsudky jsou navázané hlavně na vznik choroby, takže přesto, že boj proti těmto předsudkům je dlouhý a vleklý, není snad beznadějný. Zatímco dříve se například lidé se schizofrenií upalovali či věznili, dnes je přístup humánnější. Dle výzkumu se ukázalo, že lidé vzdělanější, kteří mají informace, vidí lidi nemocné schizofrenií, jako osoby, které mohou mít svou nemoc pod kontrolou, mohou ji léčit a jsou schopni integrace. Edukace a zkušenost ať už přímá nebo nepřímá předsudkům a stigmatizaci duševně nemocných bezesporu pomáhá (cit. dle Hůlkové, 2006).

Stereotyp psychiatrických pacientů zprostředkovaný médii nerozlišuje, zda nemocný pachatel trestného činu trpěl psychózou, depresí nebo jinou psychickou poruchou. Dotyčná osoba se léčí na psychiatrii a to obvykle stačí. Pokud je nehoda, sebevražda, zločin, agrese spáchána duševně nemocným, média o tom vždy informují, což zkresluje postoj veřejnosti a zpevňuje předsudky. Nálepka může být spojena s negativním obsahem tím, že je asociována s předchozí znalostí, informací z tisku, vzpomínkou na scénu ve filmu nebo slyšenými od někoho ve společnosti (Ocisková a Praško, 2013, s. 259 - 261).

Popularizace psychiatrie se může minout účinkem a zvýšit stigmatizaci pacientů zdůrazňováním odlišností duševně nemocných. Upozorňování na genetické a biologické nálezy zvýrazňující jejich odlišnosti může vést k udržování stigmatizace.

Psychiatrie se cítí být stigmatizována jinými medicínskými obory. Stává se, že v rámci výuky mediků vyjadřují přednášející (s jinou než s psychiatrickou specializací) negativně a s devalvujícím podtextem. Světová psychiatrická organizace proto doporučuje pozměnit formu výuky tak, aby se výuka psychiatrie stala atraktivnější. Taková forma by měla zahrnovat rozšíření osvojování praktických dovedností, zprostředkování kontaktu s lidmi, kteří překonali duševní onemocnění, jejich rodinami, exkurze do zařízení věnující se osobám s duševní nemocí nebo přednášky, v nichž by byla psychiatrie více propojena s neurovědami a psychologii (Ocisková a Praško, 2013, s. 253-255).

Stigmatizace a stereotypizace může být redukována vzděláváním, protestem nebo kontaktem. Edukační přístup vychází z předpokladu, že stigmatizující postoje jsou výsledkem nedostatečných znalostí faktů o duševní nemoci. Tento přístup usiluje o zvýšení znalosti přes osvětovou kampaň, do které bývají zapojena média (např. filmy, televizní zprávy, rozhlas). Ačkoli vzdělání a osvěta může pomoci, trvání těchto změn nebývá dlouhodobé (Corrigan a Watson, 2002, s. 35 - 53; Corrigan a O'Shaughnessy, 2007, s. 90 - 97).

Druhý způsob, protest, je založen na předpokladu, že očividná stigmatizace psychicky nemocných (např. v médiích), je založena na principu obdobném reklamě. V bojkotu s filmy zobrazující násilí psychicky nemocných je možná na místě použít konfrontační přístup než pouhou edukaci, je ale třeba myslet na to, že protest může způsobit i reakci opačnou, protože nikdo nemá rád, když mu někdo říká, co má dělat nebo si myslet. Přístupy zaměřené na znalosti a postoje jsou proto zpravidla účinnější než na faktech založené protesty (Corrigan a Watson, 2002, s. 35 - 53; Corrigan a O'Shaughnessy, 2007, s. 90 - 97).

Zvýšení kontaktu mezi veřejností a lidmi s duševní nemocí, kteří jsou schopni o svých potížích mluvit na veřejnosti (herci, zpěváci, ale i jiní pacienti) vede asi nejefektivněji ke snížení strachu z nemocných a ke zvýšení soucitu a empatie. V takovém typu kontaktu je ale třeba dbát na to, aby nedošlo k další formě stigmatizace nemocného (Corrigan a Watson, 2002, s. 35 - 53).

Účinné mohou být intervence na školách s cílem zvýšit povědomí. Je důležité přizpůsobit přístup různým věkovým kategoriím, odborníky a jedince s osobním vztahem k lidem s psychickou poruchou a různou zkušeností s nimi. Destigmatizace stereotypu člověka s duševní nemocí ve společnosti je obtížný úkol. Cílem je změnit stereotyp člověka trpícího duševní nemocí tak, aby nebyl izolován ani sankcionován, změna postoje zaměstnavatele, rodiny, zdravotníků a přátel. Cestou je seznamovat širokou veřejnost s projevy duševní poruchy tak, aby ji nevnímali jako senzací a odlišnost, ale byli schopni ji porozumět a pochopit, případně jim v rámci svých možností pomoci (Ocisková a Praško, 2013, s. 259).

Úspěch v tomto úsilí mají nejvíce dlouhodobé programy, nikoli jednorázová, byť rozsáhlá kampaň. Důležitá je edukace komunity snahou snížit negativní dopad stigmatu. Není však možné očekávat, že se hluboce zakořeněné postoje a sociální kontext změni

ze dne na den. Osvětové programy boje proti stigmatizaci by měly působit nenásilně, kontinuálně, být spíše běžnou součástí plánu zdravotních a sociálních vzdělávání a služeb než jednorázovou kampaní. Pro přežití destigmatizačních programů a lepší péče o duševní zdraví je důležité propojení mezi psychiatrií, medicínou a veřejností. Významnou pomocí je možnost zaměstnat v destigmatizačním programu jedince, kteří mají zkušenost s duševní nemocí, ať jde o pacienty nebo jejich rodiny (Ocisková a Praško, 2013, s. 259, s. 260 - 261).

5.1 Programy proti stigmatizaci a diskriminaci v České republice

V České republice se Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, nevládní nezisková organizace, účastní projektu „Změna“, která se zaměřuje na boj proti stigmatizaci a diskriminaci duševně nemocných. Tento program zaměřující se na pozitivní změny vnímání duševních poruch byl zařazen do WPA globálního projektu „Open Doors“. Projekt „Změna“ (CRPDZ Praha a Anepra, 2015) ¹ uvedl destigmatizační kampaň v pražských stanicích metra a jiných dopravních prostředcích. Projekt obsahoval plakáty s příběhy duševně nemocných, výstavy obrazů, anonymní a internetové poradenství a webové stránky (Ocisková a Praško, 2013, s. 259-265; Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost, 2016).

V České republice se každoročně koná umělecký festival „Mezi ploty“ (Nedomyslno, 2016)², který se koná od roku 1991 v měsíci květen v Praze, Brně a Plzni. Jeho ojedinělost spočívá v tom, že program probíhá v areálech psychiatrického zařízení. Program nabízí divadlo, hudbu, ale ponechává prostor pro výtvarné umění a další. Kombinuje komerční úspěch se sociálním posláním. Cílem je otevřít dveře psychiatrické nemocnice pro změnu negativního obrazu veřejnosti k duševním onemocněním (Ocisková a Praško, 2013, s. 259-265; Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost, 2016).

¹Projekt „Změna“. www.stopstigmapsychiatrie.cz

²Projekt „Mezi ploty“. Tradiční hudební a divadelní festival Praha, Brno, Dobřany. Od r. 1991 www.meziploty.cz

Projekt „Blázníš“ No a! (Fokus Praha) ³ spustila organizace Focus Praha se zaměřením na studenty středních škol. Jeho cílem je vytvořit metodiku pro prevenci duševního onemocnění a zachování duševního zdraví mladých. Cílem je předávání objektivních informací o duševní nemoci a léčbě, které mohou prolomit stereotypy, strach a separace. Projekt se snaží o to, aby si mladí lidé uvědomili, že fyzické a psychické krize se mohou dotknout každého, a že existují způsoby, jak je překonat (Ocisková a Praško, 2013, s. 259-265; Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost, 2016).

V posledních letech byla v mnoha zemích, ale i u nás, vyvinuta řada iniciativ a programů na snižování stigmatu duševní nemoci. Patří mezi ně destigmatizační kampaně, přednášky, programy stimuluující zaměstnanost, veřejné diskuze, ale také zavádění podporující práva duševně nemocných.

³Projekt „Blázníš? No a!“ www.blaznis-no-a.cz

6 Vlastní výzkumné šetření

6.1 Výzkumný problém

S duševním onemocněním je spojeno mnoho stereotypů, které nemocného jedince odlišují od běžné populace. Stereotyp duševního onemocnění má funkci neodborné diagnostiky a zahrnuje převážně negativní vlastnosti. Vlastnosti, které jsou v rámci stereotypu duševní nemoci veřejností připisovány duševně nemocným, se však ve skutečnosti vztahují jen na malé procento z takto nemocných.

Zdrojem stigmatizujících stereotypů je obvykle strach z duševního onemocnění, ale také nedostatek objektivních informací o problematice duševní nemoci. Stereotyp stigmatu psychické nemoci je ve společnosti předáván mladší generaci a vydatně posilován za pomoci médií. Stigmatizující názory a stereotypy jsou ve veřejnosti všeobecně rozšířeny. Některé jsou napříč různým druhům duševních onemocnění shodné, jiné názory se liší ve způsobu a četnosti pro různé duševní poruchy.

Kontext, v kterém jsou tyto duševní choroby v médiích a společnosti vyobrazovány, vede ke stigmatizaci, která oddaluje nasazení vhodné terapie, zesiluje obranu nemocného proti tomu, aby přijímal svou nemoc, oslabuje pocit vlastní hodnoty, vede k izolaci, sociálnímu handicapu a nepříznivým způsobem ovlivňuje i průběh léčby (Hinterhuber, 2001).

Tato práce se zabývá výzkumem stereotypů, které jsou spojeny s diagnózou schizofrenie a závislostí na alkoholu. Postoje laické veřejnosti k duševně nemocným mohou být upravovány osobní zkušeností, informovaností, ale také představou o příčině poruchy. Přesto, že se diagnózy schizofrenie a závislost liší svými projevy, etiopatogenezí včetně vnímané vlastní viny na vznik a rozvoj nemoci, frekvencí výskytu ve společnosti (tedy liší se i míra osobní zkušenosti laiků s daným onemocněním), mají tyto diagnózy jedno společné, obě patří v žebříčku duševních onemocnění mezi nejvíce stigmatizované. Obě tyto onemocnění patří v současné době mezi často medializované a probírané duševní onemocnění (Ocisková a Praško, 2013).

Lze tedy předpokládat, že vzhledem k těmto odlišnostem, se bude lišit i vnímání a posuzování osoby nesoucí tuto diagnózu, včetně postojů, které k této osobě bude laická veřejnost zaujímat.

6.2 Výzkumný cíl

Impulzem pro vznik této práce byl zájem autorky o problematiku závislosti a diagnózy schizofrenie, ale také zkušenost z praxe s takto nemocnými. Autorka se sama v každodenním životě poměrně často setkávala se stereotypními názory směrem k těmto diagnózám a jejich neobjektivní mediální prezentací. Na základě propojení zkušenosti z praxe, osobního mapování, studií literatury a výsledků výzkumů věnujících se této problematice, se autorka rozhodla vybrat právě tyto dvě duševní onemocnění a jeho vnímání laickou veřejností.

Tato studie částečně vychází ze studia publikací autorů Patrica Corrigan, Howarda H. Goldmana, Jana Libigera a konkrétní studie ve Velké Británii, autorů Arthura H. Crisp, Michaela G. Geldera, Susannah Rix, Howarda I. Meltheze a Olwena Rowlandse (2000)⁴ - ten se týkal zjišťování stanoviska veřejnosti k lidem s duševní chorobou. Tato studie se věnovala sedmi vybraným duševním chorobám posuzovaným z hlediska osmi témat (nebezpečí, nepředvídatelnost, vlastní vina, obtížnosti komunikace s touto osobou, predikce léčby a zotavení, špatný výsledek a reakce na léčbu). V této studii byla schizofrenie a závislost spojována s mnoha negativními názory.

Hlavním cílem této studie je zmapovat oblast stereotypů ve vnímání veřejnosti k osobám se schizofrenií a závislých na alkoholu, pakliže se v ní tyto stereotypy budou vyskytovat. Práce si klade za cíl zjistit postoje plynoucí z těchto stereotypů a mýtů. Alternativně by výzkum mohl naznačit, jaké jsou znalosti a typ kontaktu respondentů s lidmi s tímto onemocněním. Cílem práce je také zprostředkovat informace o posouzení odpovědnosti a vnímaných příčinách vzniku onemocnění, typických projevů, ale také typ zdrojů informací a případného kontaktu. V konečném důsledku by cílem této studie mělo být zmapování rozdílů v hodnocení těchto dvou odlišných duševních onemocnění.

Autorka předpokládá, že budou existovat rozdíly mezi hodnocením osob nemocných schizofrenií a osob závislých na alkoholu. Širší výzkumná část této práce je postavena na základě informací vyplývajících z 30 otevřených rozhovorů mapující problematiku stereotypů. Vlastní otázky dotazníkového šetření tak vychází z potřeby a

⁴viz níže – kapitola 4

cílů této práce i konkrétních dat. Vzhledem k charakteru výzkumu bylo dotazníkové šetření tvořeno totožnými otázkami pro část mapující postoje a stereotypy společnosti k osobám nemocných schizofrenií a pro část mapující vnímání osob závislých na alkoholu. Všichni respondenti vždy hodnotili obě části dotazníku.

Dotazník mapuje formu osobního zkušenosti s touto diagnózou, informovanost a posuzování příčin vzniku onemocnění včetně hodnocení míry vlastní viny. Ke zjišťování sociálních stereotypů dotazník zahrnoval hodnocení 15 atributů, které vycházely z pilotního výzkumu a teoretického studia literatury tak, aby byly zařazeny jak negativní, tak i neutrální a pozitivní vlastnosti. U těchto atributů byla respondenty následně posuzována míra jejich výskytu u této osoby. K orientačnímu zmapování vnitřního postoje sloužila otázka týkající se na pocity, které toto onemocnění v jedinci vyvolávají, ale také důsledek celkového vnímání, ve kterém se respondent rozhodoval mezi třemi možnými odpověďmi, které měli poukázat na celkové, i když zjednodušené, stanovisko (postoj) k této osobě.

6.3 Hypotézy

H1: Lidé se schizofrenií budou hodnoceni jako více nebezpeční okolí než lidé závislí na alkoholu.

H2: Lidé se schizofrenií budou hodnoceni jako více nepředvídatelní než lidé závislí na alkoholu.

H3: Lidé závislí na alkoholu budou hodnoceni jako více nevzhlední než lidé se schizofrenií.

H4: Lidem závislým na alkoholu bude přisuzován nižší intelekt než lidem se schizofrenií.

H5: Lidé závislí na alkoholu budou hodnoceni jako více agresivní než lidé se schizofrenií.

H6: K lidem závislým na alkoholu budou zastávány méně vlídné postoje než k lidem se schizofrenií.

H6a: K lidem závislým na alkoholu bude vyjadřována větší míra odstupů než k lidem se schizofrenií

H6b: K lidem závislým na alkoholu bude vyjadřována větší míra lhostejnosti než k lidem se schizofrenií.

H6c: Lidem závislým na alkoholu bude vyjadřována menší ochota pomoci jim než lidem se schizofrenií.

H7: Lidé se schizofrenií budou vzbuzovat větší strach než lidí závislý na alkoholu.

H8: Lidé závislý na alkoholu, budou vzbuzovat větší znechucení a odpor než lidé se schizofrenií.

H9: Lidem závislým na alkoholu bude připisována větší míra vlastní viny na vzniku a rozvoji svého onemocnění než lidem se schizofrenií.

6.4 Metody výzkumného šetření

Jedná se o kombinaci kvalitativního a kvantitativního sběru dat. K orientaci v dané problematice byla před širším dotazníkovým šetřením provedena pilotní studie pomocí rozhovorů a techniky otevřených odpovědí na vzorku 30 lidí. V druhé části byl použit vlastní dotazník, který byl sestaven výhradně pro účely tohoto výzkumu, a který byl sestaven na základě teoretických podkladů a pilotní studie.

6.4.1 Pilotní výzkum

Ke zmapování oblasti výzkumu byla provedena předběžná studie, která měla autorce poskytnout přehled o tom, jaké stereotypy ve vnímání těchto duševních onemocnění se napříč laické společnosti objevují a s jakou četností. Pilotní studie zároveň poskytla cenné informace o tom, na co je třeba dbát během rozsáhlejšího kvantitativního výzkumu a naopak čeho se vyvarovat. Pilotní studie autorce poskytla dobrý vhled do oblasti bádání.

Před pilotní studií stála otázka, zda použít atributy, které prokázaly jiné předešlé studie za relevantní v oblasti stereotypů těchto duševních onemocnění, avšak vzhledem k časové proměnlivosti a s ohledem na výběr respondentů, kteří by si z nabízených atributů nemuseli vybrat, byla pro pilotní výzkum zvolena technika otevřených odpovědí. Jelikož je tato technika náročná a nebylo možné jí tak uplatnit v rozsáhlé výzkumné studii, byla uplatněna v první etapě na vzorku 30 osob. Největší počet osob tvořily osoby dospělého věku s dokončeným středoškolským a vysokoškolským

vzděláním. Do vzorku však byly v rámci mapování znalosti a období utváření vyhraněnějších, emočně zabarvených postojů zahrnuty i studenti středních škol a základních škol. Výzkumný vzorek byl zvolen na základě své dobrovolnosti a libovolného výběru oslovením autorkou práce. Všichni účastníci museli splňovat pouze podmínku své neodbornosti v této oblasti a pro osoby mladší 18-ti let bylo vyžádáno ústní svolení zákonného zástupce. Samozřejmostí bylo poskytnutí anonymity všem respondentům.

Pilotní rozhovory byly tvořeny 11 primárními otázkami ke každému tematickému okruhu- osobám se schizofrenií a závislým na alkoholu (celkem teda 22 otázkami), z nichž každá mohla být v případě potřeby doplněna sekundárními, doplňujícími, otázkami. První série otázek se vztahovala k lidem s diagnózou schizofrenie a druhá série otázek k lidem závislým na alkoholu, což znamená, že diagnóza schizofrenie nebyla ovlivněna případným srovnáváním.

Vzhledem k účelu pilotní studie postačilo zaznamenávání odpovědí a výpovědí respondentů tazatelkou. Získaná data byla nejprve shromážděna, přepsána a následně byly z výpovědí vybrány jednotky (slova a slovní spojení) vhodná pro analýzu. Odpovídající data z rozhovoru byla nejprve přepsána do Excelu a následně zakódována do numerických hodnot, díky nimž šlo s daty statisticky lépe pracovat.

Pro sestavení dotazníků rozsáhlejšího výzkumu byly kromě statistických údajů využity cenné poznatky kvalitativního rozboru a postřehů vnímání autorky. Analýza rozhovorů autorce posloužila především jako východiska pro širší dotazníkové šetření, a proto jsou v následující části uvedené pouze takové postřehy a výsledky, které byly důležité pro jejich sestavení.

Analýza odpovědí respondentů v rozhovoru a jejich následná interpretace autorkou přinesla následující: velký rozdíl spočívá již v míře jak osobního kontaktu, tak i mediálního prezentování a společenské atraktivnosti tohoto tématu. Zatímco „alkoholiky“ je dle respondentů možné vidět „všude“ či „na každém rohu“, schizofrenie je pro laickou veřejnost převážně velkou neznámou, se kterou se setkávají převážně prostřednictvím médií a „z doslechu“. Během rozhovorů se také ukázalo, že zatímco se závislostí na alkoholu mají někteří účastníci zkušenost ze své rodiny či u jiné blízké osoby, nikdo z účastníků neprojevil bližší vztah k osobě se schizofrenií.

U obou diagnóz účastníci uváděli, že o diagnóze slyšeli převážně z médií, a to zpravidla v negativní konotaci. Pro představu, v souvislosti s „alkoholiky“ jako jeden z hlavních zdrojů respondenti uvedli negativní zprávu z médií 20krát a u schizofrenie 15krát (z 30 možných). U schizofreniků se tento zdroj často kombinoval s čistě informativním typem zpráv (např. škola, dokument, film aj.), zatímco u alkoholismu na otázku, zda o této diagnóze někdy dříve slyšeli a v jaké souvislosti, byly odpovědi často s pousmáním se zodpovídány slovy: „Všude a negativně“ (13 respondentů z toho 10 uvedlo tuto odpověď spolu s odpovědí „negativní zprávy v médiích“).

Ve spojení se schizofrenií se respondentům častěji vybavoval konkrétnější případ z médií, převážně ve spojení s napadením druhé osoby nebo jiné zprávy v kontextu nebezpečnosti nositelů tohoto onemocnění. U alkoholiků se jednalo často o prototyp „alkoholika bezdomovce“ (např. umrznutí pod vlivem alkoholu), v souvislosti s bujarými oslavami, autonehod způsobených pod vlivem alkoholu, humorné kauzy a celebrity mediálně spojované s touto problematikou.

Přesto, že jsou oba typy zpráv považovány za negativní, je takové označení značně nedostačující vzhledem k jejich odlišné povaze. Zatímco typ mediálního zobrazení schizofrenie souvisí s nebezpečným zobrazováním této diagnózy a svých nositelů, u alkoholu se jedná o dva protipóly- na jedné straně stojící stereotyp alkoholika bezdomovce, který pravděpodobně bude vzbuzovat pocity odporu, pohrdání až k pocitům lítosti, na druhé straně medializované celebrity. Kromě otázky vztahující se ke zdroji informací byla do dotazníkového šetření zařazena otázka mapující jejich emocionální doprovod.

Přesto, že mezi výzkumným vzorkem většina respondentů měla poměrně dobré povědomí o základních charakteristikách onemocnění, dle úsudku autorky poměrně často docházelo k nedostatečnému odlišování „alkoholika“, jakožto jedince závislého na alkoholu, od jiných osob, kteří sice alkohol pravděpodobně konzumují v nadměrném množství či osobu, které se toto pití někdy vymklo kontrole, ale kterou dle diagnostických kritérií není vždy možné považovat za osobu skutečně závislou. Přístup respondentů k těmto lidem byl během rozhovorů spíše pohrdavý v kontextu jejich nezodpovědnosti, nespolehlivosti, sebestřednosti a hesla: „Kdyby chtěl, přestane!“ nebo naopak v duchu hodnocení jejich nedostatečně silné vůle a slabosti.

V této souvislosti vyvstává do popředí fakt, ve kterém se sociální konstrukt „alkoholika“ významně liší od osoby, která splňuje diagnostická kritéria pro závislost na alkoholu, mezi které patří. Autorka se domnívá, že tato skutečnost, která se během pilotní studie projevila, by mohla poukazovat na fakt, že pouhá edukace, i když důležitá, není dostačující. Laická veřejnost si je totiž poměrně dobře vědoma toho, že závislost na alkoholu je onemocnění. Tento fakt ale nebyl společností zcela zvnitřněn a převzat za své i na konativní a emocionální bázi. Kromě povědomí o závislosti by se tak širší výzkum měl zaměřit i na tyto dvě složky.

Osoby se schizofrenií byly naproti tomu vyobrazovány spíše jako prototyp „blázna“ a osoby nehodící se do společnosti. Na otázku, co si pod pojmem představují, mnoho respondentů odpovídalo bez váhání termínem „rozdvojená osobnost“. Při bližším doptávání co tento termín znamená, ale i během rozhovorů, kdy tento termín nebyl užit, popis odpovídal osobě, která má několik osobností v jednom lidském těle. Tato představa je samozřejmě zcela nesprávná (viz Teoretická část, kapitola 3.1). Na základě tohoto zjištění se autorka při následujícím sestavování dotazníku rozhodla zařadit otázku, která by lépe generovala rozdíl mezi rozdvojenou osobností a tím, co onemocnění schizofrenie skutečně obnáší.

Během rozhovorů se u některých respondentů ukázalo být problém odlišit konativní (chování), kognitivní (rozumovou) a emocionální složku, a tak se odpovědi často prolínaly napříč různým typem otázek. Mezi pocity, které se objevovaly při obou onemocněních, patřil strach, lítost, ochota pomoci, odstup a smutek. U závislosti na alkoholu se mnohem více objevovaly ambivalentní pocity, například na jedné straně stojící odpor k této osobě či strach z ní a na druhé straně stojící smutek a lítost. Tento fakt může vycházet i z protichůdných osobností, kterou si respondenti představují, ale i protichůdných pocitů, které v nich vyvolává jedna osoba. Tento jev se totiž nejvíce objevoval právě u těch, kteří ve svém okolí mají někoho blízkého, který má s alkoholem problém. Autorka se domnívá, že u osob blízkých osobě závislé se tak vnitřně často pere strach o tuto osobu s lítostí, ochotou pomoci jí, ale také pocíťovanou beznadějí, přirozeným naštváním a odporem. U schizofrenie se projevovaly více jednoznačnější odpovědi ve smyslu jistého nepohodlí v blízkosti této osoby (strach, obezřetnost, odstup aj.), ale také lítostí nad osudy nemocných

schizofrenií. Vzhledem k povaze onemocnění byla ale u respondentů zpozorována jakási fascinace neznámým (bludy a halucinace) a zvědavostí.

Pro zmapování odhadu univerza stereotypních atributů byla použita technika otevřených odpovědí, ve které menší skupina generovala neomezený počet atributů, které se týkají příslušníků těchto dvou kategorií (lidé se schizofrenií a závislí na alkoholu). Ve druhé etapě šlo zejména o výběr z těchto atributů. Jelikož však nemuselo dojít k identifikaci atributů typických pro danou kategorii ve vybraném vzorku a bylo nutné pro účely tohoto šetření zahrnout i jiné než negativní atributy, byly kromě atributů, které prošly „cenzurou“ první skupiny, použity i atributy vycházející z dosavadních studií a teoretických podkladů k problematice stereotypů těchto diagnóz. Odpovědi na tuto otázku byly nejdůležitějším kritériem pro sestavení dotazníků, proto si obzvláště zde musela autorka dávat pozor, aby nijak neovlivňovala a nenabádala respondenty například návodnými atributy.

Tabulka č. 1 odkazuje na nejčastější odpovědi pro osoby závislé a se schizofrenií včetně počtu respondentů, kteří jej uvedli a jejich pořadí.

Tabulka č. 1: Atributy pilotní studie

	ZÁVISLOST NA ALKOHOLU		SCHIZOFRENIE	
1.	agresivní	25	nepředvídatelný	28
2.	konfliktní	18	asociální	12
3.	nebezpečný	15	nebezpečný	11
4.	nepředvídatelný	15	ustrašený	9
5.	snížený intelekt	15	agresivní	7
6.	neschopný řešit problémy	11	depresivní	6
7.	asociální	11	zmatený	6
8.	nevzhledný	9	úzkostný	4
9.	psychicky slabý	8	uzavřený	2
10.	nespolehlivý	4	snížený intelekt	2

Rozhovory s respondenty ukázaly na nutnost odlišit v dotazníkovém šetření odpovědi nebezpečný na nebezpečný pro své okolí a nebezpečný sobě. Toto rozlišení by mohlo ukázat poměrně nový a významný závěr a náhled na dosavadní výzkumy v oblasti stereotypizace duševního onemocnění. Odpovědi respondentů byly významným materiálem při sestavování dotazníkového šetření. Vzhledem k tomu, že převážná většina z nich ale tvořila pouze negativní atributy, musela autorka využít i teoretických poznatků, jiných předešlých výzkumů a mediálního i společenského vyobrazování lidí se schizofrenií a závislých na alkoholu (např. v literatuře, filmech apod.) a doplnit tyto lidské vlastnosti a charakteristiky také o pozitivní a neutrální atributy, tak aby nedošlo ke zkreslení výsledků.

Obdobně jako atributy, byly respondenty produkovány i pocity, které v nich takový jedinec vzbuzuje. Vzhledem ke zjištění autorka díky pilotní studii usoudila, že tyto jedinci často vzbuzují ambivalentní či zdánlivě nesouvisející pocity, a tak by možnost uvedení pouze jedné odpovědi v dotazníkovém šetření mohla vést ke značnému zkreslení. Tabulka č. 2 uvádí výčet nejčastějších odpovědí pilotní studie.

Tabulka č. 2: Pocity pilotní studie

	ZÁVISLOST NA ALKOHOLU		SCHIZOFRENIE	
1.	strach	11	strach	15
2.	lítost	11	lítost	11
3.	odpor	10	obezřetnost	10
4.	bezmoc	6	nejistota	7
5.	ochota pomoci	6	odstup	5
6.	odstup	5	ochota pomoci	4
7.	strach o tuto osobu	4	soucit	3
8.	naštvaní	3	„nedobře“	3
9.	smutek	2	zájem	3
10.	nedůvěra	2	nespravedlnost, smutek	2

Poslední otázka pilotní studie vyžadovala schopnost zhodnocení situace v dnešní společnosti v souvislosti s touto problematikou. Autorka se respondentů ptala, zda dle jejich názoru ve společnosti existuje určitý většinový postoj či názor k těmto sociálním kategoriím, popřípadě jaký. Pokud respondent uvedl, že ano a jednalo se o negativní či stigmatizující postoje, tázala se autorka na to, jak by se mohlo současné postavení lidí se schizofrenií a osob závislých na alkoholu ve společnosti zlepšit.

Tato otázka nebyla do dotazníkového šetření zařazena a to zejména kvůli jeho, již tak obsáhlému, rozsahu. Kromě edukace mnoho respondentů zmiňovalo, že nejučinnější by pro ně samotné i veřejnost byla právě přímá zkušenost a setkání s někým takovým. I samotní respondenti reflektovali, že je ve společnosti na tyto diagnózy pohlíženo často skrze prsty. Někteří dokonce otevřeně vyjádřily velmi zralou úvahu nad tím, že jsou si vědomy toho, že jejich obraz těchto lidí je ovlivněn silou médií. Kromě destigmatizačních a edukativním programů byl zmíněn názor, že je důležité zavést a zlepšit programy, které by napomáhaly návratu těchto osob do společnosti (např. po léčbě).

U lidí závislých na alkoholu byl mezi mnoha respondenty vyjádřen názor, že by společnost ani měnit svůj pohled na ně neměla, ale „oni“, tedy samotní závislí, by se měli změnit, tedy patrně i preventivní programy, které by vzniku závislosti zabránily. Tento postoj poukazuje na fakt, že problematICKá by mohla být už samotná motivace široké veřejnosti a otevřenosti k chápavějšímu postoji.

6.4.2 Dotazníkové šetření

Jak již bylo zmíněno výše, pro účel výzkumu byl použit vlastní dotazník, který byl inspirován studií autorů Arthura H. Crisp, Michaela G. Geldera, Susannah Rix, Howarda I. Meltheze a Olwena Rowlandse (2000). Tento výzkum se týkal zjišťování stanoviska veřejnosti k lidem s duševní chorobou. Na základě výsledků této a dalších studií byly vybrány dvě onemocnění- schizofrenie a závislost na alkoholu, které patří mezi nejvíce stigmatizovaná duševní onemocnění. Z tohoto výzkumu byly inspirovány i oblasti vhodné k mapování v českém prostředí. Výsledné otázky a možnosti odpovědí však byly sestaveny výhradně pro potřeby tohoto výzkumu na základě rozhovorů předvýzkumu a na základě studia teorie a dosavadních výzkumů této problematiky.

Dotazník obsahoval 2 části- hlavní dotazníkové šetření a část anamnestickou. Hlavní část tvořilo 9 základních otázek a 1 otázku s posuzovací škálou 15 atributů pro každé onemocnění. Pro posuzování míry zastoupení povahových vlastností u příslušné kategorie byla zvolena škála 0/7, přičemž 0 značila absenci této vlastnosti a 7 její maximální možnou intenzitu. Tedy, čím vyšší hodnota, tím větší míra výskytu příslušného atributu. Dotazník byl pomyslně rozdělen do čtyř oblastí:

1. povědomí o příslušné duševní nemoci
2. zdroje informací o lidech s touto diagnózou a dosavadní zkušenosti s nimi
3. stereotypy spojené s těmito diagnózami a jejich míra
4. emocionální ladění vnímání těchto lidí

Kromě mapování stereotypů, které jsou s lidmi se schizofrenií a osobami závislými na alkoholu spojeny a jejich emocionální podklad, dotazník mapoval i oblasti, ze kterých by tyto stereotypy potencionálně mohly vznikat a to: povědomí, vnímané příčiny vzniku onemocnění, hodnocení míry vlastní viny, typ zdroje informací a osobní zkušenosti.

Část mapující povědomí o příslušné duševní nemoci tvořily dvě hlavní otázky se šesti možnými odpověďmi pro obě onemocnění. Odpovědi první z nich se lišily na základě charakteristiky onemocnění a rozhovorů pilotní studie. První otázka se tázala, co je dle respondentů pro příslušné onemocnění typické, tedy jeho základní charakteristiky. Kromě povědomí o schizofrenii a závislosti na alkoholu bylo potřeba odlišit typické projevy schizofrenie od nesprávného zaměňování s rozdvojenou osobností a závislost jedince od „běžného“ a „problémového“ konzumenta (viz Příloha 2: otázka č. 2 a 12). Druhá otázka mapovala povědomí o vzniku a rozvoji těchto onemocnění, ale také jejich subjektivní vnímání, hodnocení a následné připisování respondentem (viz Příloha 2: otázka č. 3 a 13).

Na pomezí mezi povědomím o vzniku onemocnění a hodnocením, které vyplývá z již existujícího postoje k těmto jedincům, se nacházela posuzovací škála, ve které respondenti vyjadřovali míru, s jakou si dle svého úsudku tyto osoby za své onemocnění mohou samy (viz Příloha 2: otázka č. 4 a 14).

Pro představu o tom, jak pro laickou veřejnost vypadá typický zástupce těchto dvou skupin, byli respondenti požádáni, aby si takovou osobu vybavili. Zároveň byli upozorněni, že nevádí, pokud takovou osobu neznají osobně, ale pouze prostřednictvím

médií, vyprávění, knih a jiných zdrojů. Dotazník pak mapoval zkušenost s touto osobou, vztah k ní, frekvenci kontaktu s touto osobou, ale také emoční zabarvení zkušenosti s ní. Respondenti si vždy mohli vybrat jednu i více možných odpovědí (viz Příloha 2: otázka č. 1, 5, 6,7, 11, 15, 16, 17).

Hlavní část dotazníkového šetření tvořilo 15 atributů pro hodnocení míry zastoupení určité povahové vlastnosti lidí se schizofrenií a zvláště pro hodnocení osob závislých na alkoholu. Výběr atributů vycházel z pilotní studie a teoretických znalostí této problematiky. Každý atribut byl hodnocen na škále 0/7, kde vyšší skóre znamená vyšší míru zastoupení této vlastnosti i osob příslušného onemocnění (viz Příloha 2: otázka č. 8, 18).

Poslední dvě otázky k příslušné skupině lidí s touto diagnózou se týkaly zejména postojů k nim. Zatímco první z těchto otázek směřovala spíše k emocionální složce postojů, poslední otázka se ve zjednodušené formě tázala spíše na konativní složku těchto postojů (viz Příloha 2: otázka č. 9, 10, 19, 20)

6.5 Charakteristika vzorku

Data pro účely této práce byly sbírány přes stránku Survio⁵ a to od měsíce května 2016 do poloviny června téhož roku. Jednalo se o nenáhodný příležitostný výběr. Všichni potenciální respondenti byli na úvod dotazníku požádáni, aby jej vyplnili, pokud nebyli zařazeni do pilotní studie, a nejsou odborníky či studenty v oblasti psychopatologie, psychologie, adiktologie a jiných přidružených oborů. Cílovou skupinou tak byla laická veřejnost.

Dotazníky bylo možné vyplňovat kliknutím na odkaz na sociálních sítích. Motivací pro účastníky mohla být nabídka o zpětnou vazbu v podobě zaslání výsledků a souhrnu práce (tj. koncem července). Pro respondenty pilotní studie to byla zpětná vazba a rozprava přímo na místě.

Celkový počet respondentů po uzavření sběru dat byl N= 508. Dotazník vyplnilo 382 (75,2%) žen a 126 (24,8%) mužů. Nejvyšším dosaženým vzděláním bylo obvykle gymnázium či středoškolské vzdělání (42,7%) a vysokoškolské vzdělání (41,7%).

⁵www.survio.com

Zbývající počet respondentů se rozprostřel mezi jedince s vyšším odborným vzděláním (6,1%), základní školou (5,7%) a středním odborným učilištěm (3,7%).

Věkové rozložení bylo následující: 36 (7,1%) respondentů ve věkové skupině mladší 18 let, 263 (51,7%) ve věku 18-25 let, 126 (24,9%) ve věku 26-35 let, 41 (8%) ve věku 36-45 let a pouze 8 (1,6%) respondentů patřící do skupiny starší 55 let. Vzhledem k anonymitě byla respondentům poskytnuta možnost svůj věk neuvádět. Tohoto právě využilo 7 respondentů (1,4%).

6.6 Administrace dotazníků a analýza dat

Získaná data z dotazníkového šetření byla nejprve přepsána do Excelu. Jelikož každý respondent mohl udat libovolný počet odpovědí, bylo třeba sjednotit jednotlivé otázky a odpovědi. Následně byla jednotlivým odpovědím přiřazena čísla, díky nimž s nimi šlo dále pracovat ve statistickém programu SPSS.

Pro porovnání dat vypovídající o skupině schizofreniků s daty o osobách závislých na alkoholu byla použita parametrická statistická metoda- t-test nezávislých vzorků. Studentův t-test se používá pro testování rozdílu 2 středních hodnot.

6.7 Etické předpoklady

Nejdůležitějším aspektem celého výzkumu bylo zajištění naprosté anonymity. Respondenti tak byli u pilotní studie i dotazníkového šetření vedeni pouze pod pořadovým číslem. Dotazník nezahrnoval osobní údaje jako jméno, příjmení a další osobnější informace. Po vyplnění dotazníkového šetření následoval jen stručný anamnestický dotazník, kde byli respondenti tázáni pouze na své pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání.

Úvod dotazníku obsahoval základní informace o povaze a účelu tohoto šetření. Vzhledem ke své povaze a předpokladu spolehlivějších výpovědí nebyla pravá podstata zkoumání respondentům předem prozrazena. Dotazník byl zaveden jako šetření k diplomové práci na téma duševního onemocnění. Fakt, že se jedná o mapování stereotypů a s nimi spojenou stigmatizací nebyl respondentům předem znám. Po ukončení rozhovoru v pilotní studii byla respondentům sdělena pravá podstata zkoumání a všem respondentům po vyplnění dotazníků byla nabídnuta možnost informování o celkových výsledcích po dokončení této práce.

Respondenti byli samozřejmě informováni o zachování jejich naproste anonymity a použití dat výhradně pro účely této diplomové práce. Díky anonymitě lze předpokládat, že respondenti odpovídali pravdivěji.

6.8 Výsledky

H1: Lidé se schizofrenií budou hodnoceni jako více nebezpeční okolí než lidé závislí na alkoholu. K ověření této hypotézy byl použit t-test nezávislých vzorků s následujícími výsledky: $t(507) = -4,169$, $p < 0,0005$. Výsledky statistické analýzy vykazují signifikantní výsledky, takže se od sebe navzájem liší, jak je možné vidět v Tabulce č. 3. Výsledky ale ukazují nižší skóre pro hodnocení nebezpečnosti okolí u lidí se schizofrenií (AM= 4,05) než u lidí závislých na alkoholu (AM= 4,49). Rozdíl tedy tvoří -0,441. Výsledky jsou v rozporu s touto hypotézou.

H2: Lidé se schizofrenií budou hodnoceni jako více nepředvídatelní než lidé závislí na alkoholu. Hypotéza H2 byla ověřována taktéž t-testem. Výsledky statistické analýzy jsou popsány v Tabulce č. 3, kdy $t(507) = 10,946$, $p < 0,0005$. Výsledky vykazují signifikantní rozdíly. Výsledky skutečně ukazují vyšší skóre hodnocení míry nepředvídatelnosti u osob se schizofrenií (AM= 6,12) než u osob závislých na alkoholu (AM=5,03). Rozdíl je tedy 1,087. Výsledky jsou v souladu s hypotézou.

Tabulka č. 3: Atributy- nebezpečný pro okolí, nepředvídatelný

		AM	SD	SE	r	AM1-AM2	t	df	p
Nebezpečný okolí.	Schizofrenie	4,05	1,995	0,089	0,216	-0,441	-4,169	507	0,000
	Závislost na alkoholu	4,49	1,806	0,08					
Nepředvídatelný	Schizofrenie	6,12	1,861	0,083	0,231	1,087	10,946	507	0,000
	Závislost na alkoholu	5,03	1,744	0,077					

H3: Lidé závislí na alkoholu budou hodnoceni jako více nevhlední než lidé schizofrenii. K ověření této hypotézy byl použit t-test nezávislých vzorků s následujícími výsledky: $t(507) = -17,620$, $p < 0,0005$. Výsledky statistické analýzy ukazují signifikantní výsledky, jak je možné vidět v Tabulce č. 4. Výsledky skutečně ukazují vyšší skóre hodnocení míry nevhlednosti u lidí závislých na alkoholu (AM= 4,25) než u lidí se schizofrenií (AM=2,22). Rozdíl je tedy -2,031. Výsledky jsou v souladu s hypotézou.

H4: Lidem závislým na alkoholu bude přisuzován nižší intelekt než lidem se schizofrenií. K ověření hypotézy byl znovu použit t-test nezávislých vzorků s následujícími výsledky: $t(507) = -6,318$, $p < 0,0005$. Výsledky statistické analýzy ukazují signifikantní výsledky, jak je možné vidět rovněž v Tabulce č. 4. Z výsledků je patrný vyšší skóre, tedy nižší intelekt, přisuzovaný lidem závislým na alkoholu (AM= 2,84) v porovnání s lidmi se schizofrenií (AM=2,15). Výsledky jsou v souladu s hypotézou.

H5: Lidé závislí na alkoholu budou hodnoceni jako více agresivní než lidé schizofrenii. Opět byl k ověření použit t-test. Výsledky jsou patrné z Tabulky č. 4, kdy $t(507) = -7,570$, $p < 0,0005$. Výsledky ukazují vyšší skóre lidem závislým

na alkoholu (AM= 5,01) v porovnání s hodnocením liší se schizofrenií (AM=4,26). Výsledky jsou v souladu s hypotézou.

Tabulka č. 4: Atributy- nevhledný, nízký intelekt, agresivní

		AM	SD	SE	r	AM1-AM2	t	df	p
Nevzhledný.	Schizofrenie	2,22	2,117	0,094	0,213	-2,031	-17,620	507	0,000
	Závislost na alkoholu	4,25	2,025	0,090					
Nízký intelekt	Schizofrenie	2,15	2,044	0,091	0,239	-0,689	-6,318	507	0,000
	Závislost na alkoholu	2,84	1,938	0,086					
Agresivní	Schizofrenie	4,26	1,950	0,087	0,254	-0,742	-7,570	507	0,000
	Závislost na alkoholu	5,01	1,646	0,073					

H6: K lidem závislým na alkoholu budou zastávány méně vlídné postoje než lidem se schizofrenií. Tato hypotéza byla testována pomocí tří různých položek-odstup, lhostejnost a ochota pomoci. Jak je zřejmé z Tabulky č. 5, pro zjištění výsledků H6 byl použit t-test nezávislých vzorků a výsledky jsou následující: $t(507) = -7,27$, $p < 0,0005$ pro odstup; $t = -1,336$, $p = 0,182$ pro lhostejnost a $t = 6,197$, $p < 0,0005$ pro ochotu pomoci.

H6a: K lidem závislým na alkoholu bude vyjadřována větší míra odstupu než k lidem se schizofrenií. Výsledky k této hypotéze lze spatřit v Tabulce č. 5. Ze statistické analýzy dat vyplývá, že $t(507) = -7,27$, $p < 0,0005$. Výsledky vykazují signifikantní rozdíl. Výsledky ukazují, že většina respondentů se směrem k lidem závislým na alkoholu více ztotožnila s postojem vyjadřujícím odstup (AM= 0,37) v porovnání než k lidem se schizofrenií (AM= 0,580). Rozdíl je -0,203. Výsledky jsou v souladu s hypotézou.

H6b: K lidem závislým na alkoholu bude vyjadřována větší míra lhostejnosti než k lidem se schizofrenií. Výsledky hypotézy lze taktéž spatřit v Tabulce č. 5. Ze statistické analýzy dat vyplývá, že $t = -1,336$, $p = 0,182$. Z uvedeného vyplývá, že $p > 0,05$. Výsledky jsou v rozporu s hypotézou.

H6c: Lidem závislým na alkoholu bude vyjadřována menší ochota pomoci jim než lidem se schizofrenií. V opačném znění to znamená, že k lidem se schizofrenií bude vyjádřena vyšší míra ochoty pomoci než lidem závislým na alkoholu. Výsledky této hypotézy lze spatřit v Tabulce č. 5. Ze statistické analýzy dat vyplývá, že $t = 6,197$, $p < 0,0005$. Výsledky vykazují signifikantní rozdíl. Výsledky ukazují, že k závislým na alkoholu existuje menší ochota pomoci jim ($AM=0,53$) než lidem se schizofrenií ($AM=0,37$). Rozdíl je tedy $0,161$. Výsledky jsou v souladu s hypotézou.

Tabulka č. 5: Postoje-odstup, lhostejnost, ochota pomoci

		AM	SD	SE	r	AM1-AM2	t	df	p
Odstup	Schizofrenie	0,37	0,484	0,021	0,176	-0,203	-7,274	507	0,000
	Závislost na alkoholu	0,58	0,495	0,022					
Lhostejnost	Schizofrenie	0,15	0,361	0,016	0,225	-0,028	-1,336	507	0,182
	Závislost na alkoholu	0,18	0,385	0,017					
Ochota pomoci	Schizofrenie	0,53	0,500	0,022	0,285	0,161	6,197	507	0,000
	Závislost na alkoholu	0,37	0,482	0,021					

H7: Lidé se schizofrenií budou vzbuzovat větší strach než lidé závislí na alkoholu. Hypotéza H7 byla ověřována t-testem. Výsledky hypotézy lze spatřit v Tabulce č. 6. Ze statistické analýzy dat vyplývá, že $t = -1,027$, $p = 0,305$. Výsledky

nejen že nejsou v souladu s touto hypotézou (AM=0,36 pro lidi se schizofrenií a AM=0,39 pro lidi závislé na alkoholu), ale výsledky nejsou ani dostatečně signifikantní. Z uvedeného je zřejmé, že $p > 0,05$. Výsledky jsou v rozporu s hypotézou.

H8: Lidé závislý na alkoholu, budou vzbuzovat větší znechucení a odpor než lidé se schizofrenií. Hypotéza H8 byla taktéž ověřována t-testem. Výsledky hypotézy lze spatřit v Tabulce č. 6. Ze statistické analýzy dat vyplývá, že $t=-24,802$, $p < 0,0005$. Výsledky vykazují signifikantní rozdíl a lze z nich vyvodit, že lidé závislý na alkoholu vzbuzují skutečně větší znechucení/ odpor (AM=0,39) než lidé se schizofrenií (AM=0,36). Výsledky jsou v souladu s hypotézou.

Tabulka č. 6: Pocity- strach, znechucení/ odpor

		AM	SD	SE	r	AM1-AM2	t	df	p
Strach	Schizofrenie	0,36	0,480	0,021	0,217	-0,028	-1,027	507	0,305
	Závislost na alkoholu	0,39	0,487	0,022					
Znechucení/odpor	Schizofrenie	0,05	0,221	0,10	0,071	-0,571	-24,802	507	0,000
	Závislost na alkoholu	0,62	0,485	0,022					

H9: Lidem závislým na alkoholu bude připisována větší míra vlastní viny na vzniku a rozvoji svého onemocnění než lidem se schizofrenií. I hypotéze H9 byla ověřována t-testem. Výsledky lze vidět v Tabulce č. 7. Ze statistické analýzy dat vyplývá, že $t=-34,462$, $p < 0,0005$. Výsledky vykazují signifikantní rozdíl a je z nich patrné, že lidem závislým na alkoholu je skutečně přisuzována větší míra viny za vznik a rozvoj své nemoci (AM= 2,610) než lidem se schizofrenií (AM=2,610). Je třeba poznamenat, že k porovnání byla zvolena porovnávací škála, ve které respondenti volili na stupnici 0 (žádná vlastní vina) až po hodnotu 7 (nejvyšší míra vlastní viny). Výsledky jsou v souladu s hypotézou.

Tabulka č. 7: Vlastní vina

		AM	SD	SE	r	AM1-AM2	t	df	p
Vlastní vina	Schizofrenie	2,61	1,556	0,069	0,192	-2,823	-34,462	507	0,000
	Závislost na alkoholu	5,43	1,337	0,059					

6.8.1 Další výsledky a zjištění dotazníkového šetření

Výsledky ostatních atributů, které nebyly zahrnuty do hypotéz, jsou uvedeny v Tabulce č. 8. Pro zjištění jejich výsledků byl použit t-test nezávislých vzorků s následujícími výsledky:

- $t(507) = 3,441$, $p = 0,001$, $AM1-AM2 = 0,404$ v posuzovací škále pro atribut svobodný. Z tohoto výsledku vyplývá, že lidé závislí na alkoholu považováni za **méně svobodné** než lidé se schizofrenií. Výsledky jsou pro obě skupiny signifikantní.
- $t(507) = -9,205$, $p < 0,0005$, $AM1-AM2 = -0,911$ v posuzovací škále pro atribut konfliktní. Z výsledky plyne, že lidé závislí na alkoholu jsou považováni za **více konfliktní** než lidé se schizofrenií. Výsledky jsou pro obě skupiny signifikantní.
- $t(507) = 17,538$, $p < 0,0005$, $AM1-AM2 = 1,907$ v posuzovací škále pro atribut u atributu tvořivý/kreativní. Lidé závislí na alkoholu jsou respondenty považováni za **méně tvořivý a kreativní** než lidé se schizofrenií. Výsledky jsou pro obě skupiny signifikantní.
- $t(507) = 6,399$, $p < 0,0005$, $AM1-AM2 = 2,205$ v posuzovací škále pro atribut nebezpečný sám sobě. Lidé závislí na alkoholu jsou respondenty považovány za **méně nebezpečné pro sebe** než lidé se schizofrenií. Výsledky jsou signifikantní.
- $t(507) = 3,465$, $p = 0,001$, $AM1-AM2 = 0,402$ pro posouzení atributu spontánní. Lidé závislí na alkoholu jsou považováni za **méně spontánní** než lidé se schizofrenií. Výsledky jsou pro obě skupiny signifikantní.

- $t(507)=15,296$, $p < 0,0005$, $AM1-AM2= 1,789$ pro atribut uzavřený. Lidé závislí na alkoholu jsou považováni za **méně uzavřené** než lidé se schizofrenií. Výsledky jsou pro obě skupiny signifikantní.
- $t(507)= -10,770$, $p < 0,0005$, $AM1-AM2= - 1,089$ pro atribut společenský. Lidé závislí na alkoholu jsou považováni za **více společenské** než lidé se schizofrenií. Výsledky jsou pro obě skupiny signifikantní.
- $t(507)= -0,147$, $p= 0,883$, $AM1-AM2= -0,018$ u atributu slabý (duševně, nikoli fyzicky). Lidé závislí na alkoholu jsou považováni za **více duševně slabé** než lidé se schizofrenií. Z uvedeného je zřejmé, že $p > 0,05$. Výsledky je statisticky nevýznamný.
- $t(507)=-1,430$, $p= 0,153$, $AM1-AM2= -0,179$ pro atribut nezaměstnaný. Lidé závislí na alkoholu jsou považováni za **více nezaměstnané** než lidé se schizofrenií. Výsledek je statisticky nevýznamný ($p > 0,05$).
- $t(507)=3,062$, $p= 0,002$, $AM1-AM2= 0,311$ pro atribut zábavný. Lidé závislí na alkoholu jsou považováni za **méně zábavné** než lidé se schizofrenií. Výsledky jsou pro obě skupiny signifikantní.

Tabulka č. 8: Atributy mimo hlavní hypotézy

		AM	SD	SE	r	AM1-AM2	t	df	p
Svobodný	Schizofrenie	3,27	2,264	0,100	0,279	0,404	3,441	507	0,001
	Závislost na alkoholu	2,86	2,135	0,095					
Konfliktní	Schizofrenie	4,17	1,943	0,086	0,211	-0,911	-9,205	507	0,000
	Závislost na alkoholu	5,08	1,583	0,070					
Tvořivý/ kreativní	Schizofrenie	3,97	2,069	0,092	0,178	1,907	17,538	507	0,000
	Závislost na alkoholu	2,07	1,732	0,077					

		AM	SD	SE	r	AM1-AM2	t	df	p
Nebezpečný sám sobě	Schizofrenie	5,55	1,883	0,84	0,290	0,626	6,399	507	0,000
	Závislost na alkoholu	4,92	1,818	0,81					
Spontánní	Schizofrenie	4,10	2,158	0,096	0,178	0,402	3,465	507	0,001
	Závislost na alkoholu	3,70	1,906	0,085					
Uzavřený	Schizofrenie	4,67	2,093	0,093	0,124	1,789	15,296	507	0,000
	Závislost na alkoholu	2,88	1,883	0,084					
Společenský	Schizofrenie	2,94	1,804	0,080	0,203	-1,089	-10,770	507	0,000
	Závislost na alkoholu	4,03	1,805	0,080					
Slabý (duševně)	Schizofrenie	4,35	2,273	0,101	0,227	-0,018	-0,147	507	0,883
	Závislost na alkoholu	4,37	2,075	0,092					
Nezaměstnaný	Schizofrenie	3,89	2,446	0,109	0,185	-0,179	-1,430	507	0,153
	Závislost na alkoholu	4,07	1,934	0,086					
Zábavný	Schizofrenie	3,22	1,823	0,081	0,236	0,311	3,062	507	0,002
	Závislost na alkoholu	2,91	1,880	0,083					

V rámci dotazníkového šetření byla mapována i oblast, se kterou by potencionálně stereotypy duševní nemoci mohly souviset. První z těchto oblastí bylo povědomí respondentů o tom, co příslušné onemocnění znamená, jaké jsou jeho hlavní znaky a projevy. Vzhledem k povaze onemocnění se možnost odpovědí lišila. V případě schizofrenie výsledky ukázaly, že: 329 respondentů (64,8%) předpokládá, že schizofrenii jsou typické bludy, 323 respondentů (63,6%) se domnívá, že pro schizofrenii jsou typické dvě a více identit/ osobností v jedné osobě, 196 respondentů (38,6%) uvedlo, že typické jsou halucinace, 166 respondentů (32,7%) se domnívá, že se jedná o střídající se období zvýšené (výrazně dobré) a zhoršené nálady, 142 respondentů (28%) uvedlo poruchu myšlení a pouze 17 respondentů (3,3%) uvedlo zaostávání vývoje rozumových schopností/intelektu. Je nutno poznamenat, že všem respondentům byla ponechána možnost uvést libovolný počet odpovědí.

V případě závislosti na alkoholu, pro povahu dotazníku a cíle otázky označenou jako „alkoholismus“, výsledky ukázaly následující: 403 respondentů (79,3%) označilo, že pro alkoholismus je typické pokračování v pití alkoholu i přes ztráty vzniklé v souvislosti s pitím (ztráta přátel, rodiny, zaměstnání, apod.), 333 respondentů (65,6%), že pití se stává nejdůležitější věcí v životě, 285 respondentů (56,1%) označilo slabou vůli přestat pít, 249 respondentů (49%) konzumaci alkoholu (v jakémkoli množství) každý den a jen 5 respondentů označilo odpověď, že alkoholikem je kdokoli, kdo požívá alkohol.

Dotazník se tázal i na vnímané příčiny vzniku příslušného onemocnění. Zatímco u schizofrenie 386 (76%) respondentů uvedla, že se jedná o genetické, dědičné či organické onemocnění, druhou nejčastější odpovědí s 333 respondenty (65,6%) byl stres a traumatické události, s 162 respondenty (31,9%) bylo třetí nejčastější odpovědí sociální prostředí. U alkoholismu bylo nejčastěji za příčinu uváděno sociální prostředí s 428 respondenty (84,3%), na druhém místě s 420 respondenty (82,7%) stres a traumatické události a na třetím s 412 (81,1%) nahromadění mnoha problémů.

Tabulka č. 9: Příčiny vzniku onemocnění

	Schizofrenie		Závislost na alkoholu	
	Počet respondentů	Procent	Počet respondentů	Procent
Genetické, dědičné či jinak organické.	386	76,0%	163	32,1%
Sociální prostředí: rodina, vztahy, práce, aj.	162	31,9%	428	84,3%
Stres a traumatické události (smrt blízkého, rozvrat vztahu, nemoc, nehoda, aj).	333	65,6%	420	82,7%
Nahromadění mnoha problémů.	118	23,2%	412	81,1%
Vlastní přičinění.	47	9,3%	264	52,0%
Jiné.	48	9,4%	29	5,7%

Otázka, která mapovala osobu, tedy prvního zástupce příslušného onemocnění, kterou si jednotlivý respondent vybaví, se tázala na to, kdo je touto osobou. U schizofrenie byla nejčastější odpovědí- 142 respondentů (28%), osoba, která vznikla pouze jako výplod fantazie z informací, které se příslušnému jedinci o schizofrenii a jejich nositelích dostalo z okolí. Druhá nejčastější- 103 respondentů (20,3%) byla osoba, kterou respondent znal prostřednictvím médií. Třetí- 73 respondentů (14,4%), osoba, kterou znají přes jinou osobu. U osob závislých na alkoholu 160 respondentů (31,5%) uvedlo, že se jedná o současného či bývalého známého, 145 respondentů (28,5%) blízký rodinný příslušník a 105 respondentů (20,7%) osobu, kterou znají prostřednictvím někoho. Další výsledky je možno vidět v Tabulce č. 10.

Tabulka č. 10: Vztah k duševně nemocnému

	Schizofrenie		Závislost na alkoholu	
	Počet respondentů	Procent	Počet respondentů	Procent
Blízký rodinný příslušník.	32	6,3%	145	28,5%
Vzdálený rodinný příslušník.	17	3,3%	62	12,2%
Blízký přítel či partner.	17	3,3%	46	9,1%
Současný / bývalý kolega z práce/spolužák.	35	6,9%	61	12,0%
Známý / bývalý známý.	66	13,0%	160	31,5%
Osoba, kterou znám „přes někoho“	73	14,4%	105	20,7%
Osoba, kterou neznám osobně, ale často jí potkávám na veřejně přístupných místech.	43	8,5%	65	12,8%
Náhodný kolem jdoucí	57	11,2%	68	13,4%
Osoba, o které jsem slyšel prostřednictvím médií	103	20,3%	42	8,3%
Výplod mé fantazie z informací, které se mi o alkoholících dostaly.	142	28,0%	36	7,1%
Odjinud.	59	11,6%	22	4,3%

Poslední otázkou mapující oblast vzniku stereotypu byla otázka mapující dosavadní typ zkušenosti či informace o lidech s tímto onemocněním. U schizofrenie nejvíce respondentů- 136 respondentů (26,8%) uvedlo, že se jednalo o informaci/zkušenost vzbuzující soucit, lítost či beznaděj, 129 respondentů (25,4%) uvedlo, že tato zkušenost neměla žádné zvláštnosti, tedy jednalo se o zkušenost obdobné s jakoukoli zdravou osobou, 108 respondentů (21,3%) uvedlo, že se jednalo o negativní informaci/zkušenost vzbuzující strach a nejistotu. U osob závislých na alkoholu nejvíce respondentů- 239 (47,1%) uvedlo, že se jednalo o negativní informaci/zkušenost, která v nich vzbudila odpor, znechucení, opovržení. 175 respondentů (34,5%) vzbuzující soucit, lítost či beznaděj. 155 respondentů (30,6%), že se jednalo o zkušenost vzbuzující strach a nejistotu. Další výsledky je možno vidět v Tabulce č. 11.

Tabulka č. 11: Emocionální zabarvení informací o onemocnění

	Schizofrenie		Závislost na alkoholu	
	Počet respondentů	Procent	Počet respondentů	Procent
Bez zvláštností (jako s jakoukoli zdravou osobou).	129	25,4%	88	17,4%
Negativní, vzbuzující odpor, znechucení, opovržení.	16	3,1%	239	47,1%
Negativní vzbuzující strach, nejistotu.	108	21,3%	155	30,6%
Vzbuzující soucit, lítost či beznaděj.	136	26,8%	175	34,5%
Je mi lhostejný, nezajímá mě.	21	4,1%	39	7,7%
Pozitivní, příjemné setkání / zpráva.	24	4,7%	27	5,3%
Veselá či úsměvná příhoda.	32	6,3%	60	11,8%
Vzbuzující zvědavost.	78	15,4%	19	3,7%
Vzbuzující obdiv či závist.	7	1,4%	6	1,2%
Ambivalentní/protichůdná (možnost objasnění).	34	6,7%	67	13,2%
Jiná.	85	16,7%	33	6,5%

Tabulka č. 12 ukazuje pořadí (od největší po nejmenší míru zastoupení) jednotlivých atributů pro lidi se schizofrenií a osoby závislé na alkoholu tak, jak jim byly respondenty připsány. Tabulka č. 12 ukazuje pořadí a průměr každého atributu.

Tabulka č. 12: Umístění atributů ve své kategorii

	Schizofrenie		Závislost na alkoholu	
	Atribut	Průměr	Atribut	Průměr
1.	Nepředvídatelný	6,12	Konfliktní	5,08
2.	Nebezpečný sám sobě	5,55	Nepředvídatelný	5,03
3.	Uzavřený	4,67	Agresivní	5,01
4.	Slabý duševně	4,35	Nebezpečný sám sobě	4,92
5.	Agresivní	4,26	Nebezpečný okolí	4,49
6.	Spontánní	4,1	Slabý duševně	4,37
7.	Nebezpečný okolí	4,05	Nevzhledný	4,25
8.	Konfliktní	4,17	Nezaměstnaný	4,07
9.	Tvořivý/kreativní	3,97	Společenský	4,03
10.	Nezaměstnaný	3,89	Spontánní	3,7
11.	Svobodný	3,27	Zábavný	2,91
12.	Zábavný	3,22	Uzavřený	2,88
13.	Společenský	2,94	Svobodný	2,86
14.	Nevzhledný	2,22	Nízký intelekt	2,84
15.	Nízký intelekt	2,15	Tvořivý/kreativní	2,07

6.9 Diskuze

Bylo vytvořeno celkem 12 hypotéz, na základě kterých bylo poté provedeno výzkumné šetření. Výsledky výzkumu budou nyní probrány.

H1: Lidé se schizofrenií budou hodnoceni jako více nebezpeční okolí než lidé závislí na alkoholu. Výsledky jsou v rozporu s hypotézou. Výsledek této hypotézy autorku překvapil. Studium dosavadních výzkumů, typ mediální prezentace a kontext pilotní studie vyzníval pro tuto hypotézu. Zároveň však rozhovory ukázaly potřebu rozdělit nebezpečnost pro své okolí od nebezpečnosti pro sebe, čemuž tak v jiných studiích nebylo, což mohlo výsledky hypotézy významně ovlivnit.

Dle autorky je hlavním důvodem, proč hypotéza nebyla potvrzena fakt, že šlo o porovnání s lidmi závislými na alkoholu, kteří jsou často také považováni za nebezpečné. V porovnání s jinými duševními nemocemi by tak pravděpodobně hodnocení nebezpečnosti u lidí se schizofrenií vyniklo více.

H2: Lidé se schizofrenií budou hodnoceni jako více nepředvídatelní než lidé závislí na alkoholu. Výsledky jsou v souladu s hypotézou. Dle autorky nepředvídatelnost často vede k izolaci nemocných a postoj, že je nutné je navždy odříznout od „zdravé“ populace. Potvrzení hypotézy tak poukazuje na existující mýtus, že všichni lidé se schizofrenií jsou nepředvídatelní a mimo kontrolu.

H3: Lidé závislí na alkoholu budou hodnoceni jako více nevhlední než lidé schizofrenií. Výsledky jsou v souladu s hypotézou. Tato hypotéza vycházela ze stereotypu alkoholika „bezdomovce“, který stále převládá, i když na vědomé úrovni je si spousta lidí vědoma toho, že závislý této představě odpovídat nemusí. Autorka si je však vědoma, že tento atribut nutně s touto představou souviset nemusí a může vyjadřovat například snížené hygienické návyky ve spojení s opilostí, odsunutím péče o sebe v důsledku závislosti apod. Pro podrobnější zmapování této hypotézy by bylo vhodné pokládat otevřené otázky či širší spektrum odpovědí, kde by respondenti mohli vyjádřit, co pro ně tento atribut znamená.

H4: Lidem závislým na alkoholu bude přisuzován nižší intelekt než lidem se schizofrenií. Výsledky statistické analýzy jsou v souladu s hypotézou. Ve společnosti stále ještě existuje představa o tom, že někomu „chytrému“ se taková věc stát nemůže. Problém je, že alkohol bývá ve společnosti často vnímán jako problém až ve chvíli,

kdy jej člověk „nezvládne“ a stane se závislým nebo nastoupí do léčby. Ta samá osoba je tedy tak často hodnocena zcela jinak před vznikem své závislosti a po jejím propuknutí. V hodnocení nízkého intelektu mohl respondenty vést argument, že dlouhodobé a nadměrné pití vede k poškození mozkových buněk.

H5: Lidé závislí na alkoholu budou hodnoceni jako více agresivní než lidé se schizofrenií. Výsledky statistické analýzy jsou v souladu s hypotézou i pilotní studií, ve které agresivita u lidí závislých převládala. Je pravdou, že závislost často zvyšuje riziko agresivního chování. Tento jev však nelze generalizovat na všechny jedince této skupiny.

H6: K lidem závislým na alkoholu budou zastávány méně vlídné postoje než lidem se schizofrenií. Tato hypotéza byla testována pomocí položek- odstup, lhostejnost, ochota pomoci. Výsledky statistické analýzy nejsou zcela v souladu s hypotézou, jelikož nebyl prokázán statisticky významný výsledek, pro všechny tři položky. Při konstruování této hypotézy autorka vycházela z předpokladu, že chování lidí bude ovlivněno jednak hodnocením míry vlastní viny na vznik onemocnění, ale také typem stereotypů, které se s příslušným onemocněním ve společnosti pojí.

H6a: K lidem závislým na alkoholu bude vyjadřována větší míra odstupu než k lidem se schizofrenií- vyjadřovala negativně zabarvený postoj k těmto lidem, *H6b: K lidem závislým na alkoholu bude vyjadřována větší míra lhostejnosti než k lidem se schizofrenií,* pak zdánlivě neutrální, emotivně však spíše negativně zabarvený postoj. Výsledky hypotézy H6a je v souladu s hypotézou. Výsledky H6b jsou však statisticky nevýznamné. Autorka při stanovení těchto hypotéz opět vycházela z dosavadních studií. Výsledky této hypotézy však s opatrností podporují výsledky některých dosavadních výzkumů, které naznačují, že široká veřejnost považuje za zbytečné investovat finanční, ale i jakékoli humanitní prostředky, pro léčbu závislosti a volí raději odstup před angažováním se v pomoci závislým.

H6c: Lidem závislým na alkoholu bude vyjadřována menší ochota pomoci jim než lidem se schizofrenií. Výsledky jsou v souladu s hypotézou. Tato hypotéza naopak vycházela z opačného předpokladu, a to sice z absence vlastní viny za vznik onemocnění. Autorka předpokládala, že toto onemocnění bude vnímáno spíše jako geneticky zapříčiněné, podobně jako např. tělesné onemocnění, ke kterým lidé mají všeobecně vlídnější postoje směřující k větší ochotě pomoci.

H7: Lidé se schizofrenií budou vzbuzovat větší strach než lidé závislí na alkoholu. Výsledky jsou v rozporu s hypotézou. Stanovení této hypotézy vycházelo z povahy informací ze strany médií v posledním období, ale také ze studia dosavadních studií. Tato hypotéza úzce souvisela s hypotézou H1, tedy předpokladu větší nebezpečnosti pro okolí u lidí se schizofrenií, která taktéž nebyla potvrzena. Autorka se rovněž domnívá, že zde mohla sehrát roli morálka, která respondentům mohla bránit přiznat strach z nemocného člověka, kterého viditelně nechtějí poškodit či stigmatizovat. Vzhledem k tomu, že tato hypotéza vyžaduje dobrý vhled na své pocity, jejich uvědomění, „veřejné“ přiznání, ale také schopnost je pojmenovat, je možné že u této hypotézy mohl hrát větší roli právě zkoumaný vzorek.

H8: Lidé závislí na alkoholu, budou vzbuzovat větší znechucení a odpor než lidé se schizofrenií. Tato hypotéza, stejně jako hypotéza H7, vycházela ze stereotypů spojených s tímto onemocněním. Tato hypotéza, podobně jako hypotéza H7, vyžadovala poměrně velkou potřebu otevřenosti respondentů, která nemusela být naplněna v celém svém rozsahu. I tak jsou výsledky v souladu s hypotézou.

H9: Lidem závislým na alkoholu bude připisována větší míra vlastní viny na vzniku a rozvoji svého onemocnění než lidem se schizofrenií. Výsledky jsou v souladu s hypotézou. Tato hypotéza byla zařazena za předpokladu, že právě přisuzování vlastní viny nemocného na vzniku své choroby hraje velkou roli pro vznik onemocnění. Samotné stanovení vycházelo z povahy zvolených onemocnění, dosavadních studií i zkušeností z každodenního života. Výsledky tak autorku nepřekvapily. Autorka se domnívá, že vnímaná vlastní vina by mohla souviset s ochotou pomoci.

Výsledky, které dotazníkové šetření přineslo o ostatních, mimo hypotézu ležících, atributů, nebyly pro autorku velkým překvapením. Tabulka č. 12 v předchozí části (kapitola 6.8.1), poukazuje na fakt, že jak schizofrenie, tak závislost na alkoholu je spojena s některými stereotypy. Zatímco osoba se schizofrenií je považována především za člověka, který je nepředvídatelný, nebezpečný sobě, uzavřený, duševně slabý, případně agresivní, což odpovídá popisu již v pilotní studii jakožto osoby „nehodící se do společnosti“. „Alkoholik“ byl považován především za konfliktního, nepředvídatelného, agresivního, nebezpečného sobě i svému okolí, ale také slabého,

nevzhledného a případně nezaměstnaného. U obou kategorií se nejdříve umístily převážně negativní atributy, což poukazuje na jejich stigmatizující povahu

I mezi pozitivními atributy se objevila jistá tendence ke stereotypizaci. Přesto, že se pozitivně zbarvené atributy nacházely na nižší hodnotové úrovni u obou onemocnění, je zajímavé sledovat jejich pořadí. Zatímco osoby se schizofrenií jsou považovány za více spontánní, tvořivé/kreativní a svobodné, osoby závislé na alkoholu jsou považovány za více společenské, spontánní a zábavné. Autorka se domnívá, že nemocný se schizofrenií může být považován za svobodného a tvořivého díky představě široké veřejnosti o bludech a halucinacích, jako možnosti nového a neobvyklého způsobu vidění světa. Atribut společenský, ale i zábavný, u osob závislých na alkoholu, může souviset s faktem, že alkohol je často součástí kulturních a společenských událostí, na které se lidi baví.

Za důležitou informaci považuje autorka i fakt, že stále ještě mnoho lidí považuje schizofrenii za rozdvojenou osobnost. Výsledky ukázaly, že 323 respondentů (63,6%), tedy pouze o 6 respondentů méně než nejčastější odpověď, se domnívá, že pro schizofrenii jsou typické dvě a více identit/ osobností v jedné osobě. Toto tvrzení je samozřejmě mylné. Na druhou stranu více než polovina respondentů- 285 respondentů (56,1%), označilo, že „alkoholismus“ je spojen se slabou vůlí přestat pít. Toto tvrzení je z odborného hlediska velmi sporné a zcela určitě se nejedná o jeho charakteristický rys.

Výsledky ukazují, že lidé mají větší osobní zkušenost s lidmi závislými na alkoholu, než s lidmi ze schizofrenií, ale také na odlišnost typu informací, které se k laické veřejnosti dostávají, respektive, které vnímají. U schizofrenie byly v porovnání se závislostí častěji vzpomínány informace bez citového zbarvení. V souvislosti se schizofrenií šlo také častěji o informace vzbuzující soucit a lítost, ale také strach a nejistotu. Zdroj informací o lidech závislých na alkoholu a zkušenosti s nimi vzbuzoval více různorodé pocity od odporu a znechucení, přes soucit a lítost, až po strach.

Výsledky naznačují, že se liší i posuzované příčiny vzniku u obou onemocnění, což dle autorky může hrát při tvorbě stereotypů také roli. Schizofrenie je totiž považována převážně za genetické onemocnění, čímž se blíží k období jiných, například somatických onemocnění. Hlubší analýza souvislosti mezi možnými zdroji

a samotnými stereotypy přesáhla rozsah této práce. Autorka si však v průběhu sběru dat a jejich analýzy vytvořila další možné hypotézy o možných vazbách mezi těmito vlivy a stereotypy, které tak ponechávají místo pro další bádání. Za úvahu by dle autorky stálo hlubší zmapování vazby mezi vnímanou vlastní vinou jako důležitého faktoru vzniku onemocnění, ochotou pomoci a negativními stereotypy.

Je na místě poznamenat, že tím, že dotazníky byly vyplňovány online, nebylo možné zajistit konstantní podmínky pro všechny účastníky výzkumu. Je tedy možné, že roli mohly sehrát rušivé vlivy či nedostatečná motivace k věnování dostatečné pozornosti dotazníku. Stejně tak nebylo možné kontrolovat dodržení všech podmínek pro výběr vzorku, a tak se autorka musela spolehnout na pouhou žádost o jejich naplnění. Jiný výsledek by mohl poskytnout i jiný výběr vzorku. Dotazník vyplnil větší počet žen, což mohlo být způsobeno větším zájmem o problematiku z oblasti psychologie a duševně nemocných, ale také ochota trávit čas nad vyplněním dotazníku i v online prostředí.

Pokud jde o výzkum této problematiky, často platí, že výzkumů se účastní lidé, kteří jsou relativně více obeznámeni se stigmatizací duševně nemocných, ale také chápavější vůči druhým osobám. Autorka se tak domnívá i na základě faktu, že dotazník si vyžadoval jistý čas, a tak lidé, kteří se o toto téma nezajímají a nemají žádný zájem na jeho vyplnění (například ochotě pomoci při bádání), častěji vyplňování pravděpodobně nedokončí, popřípadě ani nezahájí. Lze tedy předpokládat, že dotazník vyplňovali více lidé, kteří mají větší citění „pro druhé“, což mohlo výsledky do značné míry ovlivnit.

Protože byl použit nenáhodný příležitostný výběr, nelze výsledky zobecnit na celou populaci. Na druhou stranu byl získán poměrně velký počet respondentů, což ale nic nemění na faktu, že pokud by byl použit jiný způsob výběru vzorku, výsledky mohly být jiné.

V dotazníkovém šetření byl sesbírán velký počet dat, který přesáhl možnosti podrobnější statistické analýzy této práce. Autorka považuje za velmi užitečnou volbu pilotní studie, které velmi ovlivnila samotnou tvorbu dotazníku. Přínosem této práce je zejména fakt, že vychází z reálných dat poskytnutých v krátkém časovém úseku před dotazníkovým šetřením a to v českém prostředí. Atributy tak nebyly převzaty z dosavadních studií, jejichž atributy již nemusí odpovídat dobovým změnám

a českému prostředí. Na druhou stranu uvedené možnosti odpovědí a atributů nemusely vyhovovat všem respondentům, což mohlo vést ke zkreslení výsledků šetření.

Během rozhovorů a jejich zpracování mohla mít vliv nejen osobnost výzkumného vzorku, ale také osobnost autorky, a to jak při samotných rozhovorech, tak při jejich zpracování, ale také sestavování dotazníků pro širší sběr dat. Do hry tak vstupoval samotný lidský faktor.

Za výhodu považuje autorka sběr dat mapující prostředí, ze kterého stereotypy duševních onemocnění obvykle vznikají - povědomí a informovanost veřejnosti, subjektivní hodnocení příčin vzniku onemocnění a vnímaná vlastní vina na této nemoci a v neposlední řadě zdroj informací, jejich charakter a osobní zkušenost. Tyto data sice svým množstvím přesáhla možnosti pro hlubší analýzu pro tuto práci, avšak autorku motivovalo pro jejich budoucí využití a probádání.

V dalším výzkumu je tak možné zaměřit se na vztah mezi jednotlivými proměnnými. Autorka sama by se ráda zaměřila na vztah mezi obeznameností a osobním kontaktem jako alternativou pro zmírnění stigmatizujících stereotypů. Alternativně je možné, že by znalost mohla zprostředkovat silné vazby mezi odpovědností a ochotou pomoci, nebo nebezpečností a vyhýbáním se lidem s duševní nemocí. Dotazníkové šetření tak ponechává možnost pro analýzu již sesbíraných dat, ale také pro další prozkoumání pomocí jejich zmapování a navržení dalších výzkumů.

Autorku tato práce motivovala nejen k dalšímu bádání, ale také osobní angažovanosti v této problematice. Budoucí výzkum by měl hlouběji probádat, jaký typ kontaktu a příjmu informací zajišťuje snížení stigmatizujících a stereotypních postojů k lidem s duševní nemocí.

Závěr

Tato diplomová práce pojednává o stereotypech a stigmatizaci lidí se schizofrenií a závislostí na alkoholu. Přesto, že se tato práce zaměřuje na tyto dvě onemocnění, problém stigmatizace, která je založena na stereotypu a negativních mýtech, se vztahují ke všem duševně nemocným, ale i jejich rodinám. Marginalizace osob s duševním onemocněním, je přes veškerou snahu o destigmatizaci, stále silnou snahou široké veřejnosti. Jedná se především o bezdomovectví, nezaměstnanost, drobnou kriminalitu, ale i násilnější trestné činy. Většina lidí má pocit, že se jich problém duševní nemoci netýká, dokud jí neonemocní někdo z blízkých nebo oni sami. Problém stigmatizace je však problémem celé společnosti.

Celá práce je zarámovaná do kontextu stereotypů, které mají co dělat právě se stigmatizací lidí s duševní nemocí. V teoretické části autorka první kapitolu věnuje právě utváření stereotypů a jejich funkci. Autorka se v této části věnuje aplikaci stereotypů, která spočívá v připisování atributů jedincům, které máme asociované s určitou kategorií. Touto kategorií může být právě i duševní onemocnění, kterému autorka věnovala druhou kapitolu. V této kapitole je prostor věnován přiblížení duševní nemoci v psychiatrickém, ale i společenském kontextu. Ve třetí kapitole se autorka věnuje přímo vybraným duševním onemocněním-schizofrenií a závislostí na alkoholu. Tato kapitola je věnována charakteristice a povaze příslušných onemocnění, ale také příčinám jejich vzniku. Důležitou částí práce je kapitola o problematice stigmatizace duševního onemocnění obecně, ale také jmenovitě stigmatizujícím postojům vycházejících ze stereotypů, které se vztahují výhradně k lidem se schizofrenií a osobám závislým na alkoholu. Poslední část teoretické práce je věnována destigmatizačním a preventivním programům předsudků a negativních mýtů o duševních chorobách a nemocných. Nutno poznamenat, že snaha o destigmatizaci je a bude marná, pokud se každý z nás nestane otevřenějším k porozumění a tolerantnější vůči jinakostem.

Praktická část, tedy šestá kapitola, je věnována samotné realizace výzkumného šetření. Součástí výzkumného šetření byla pilotní studie a širší dotazníkové šetření. Cílem bylo zmapovat existenci stereotypů vztahujících se k lidem se schizofrenií a osobám závislým a následně tyto stereotypy porovnat. Sekundárním cílem šetření bylo probádat oblast povědomí a typu kontaktu laické veřejnosti s lidmi s touto diagnózou.

Tato kapitola obsahuje výzkumný problém, cíle a hypotézy výzkumného šetření, jeho metody, charakteristiku zkoumaného vzorku a samozřejmě také výsledky dotazníkového šetření a diskuzi nad nimi.

Přesto, že nebyly potvrzeny všechny stanovené hypotézy, výsledky poukazují na fakt, že v české společnosti stále ještě přetrvávají mnohé stereotypy, které vedou ke stigmatizaci. I přesto, že výsledek šetření nelze zobecnit na celou populaci, nelze takový výsledek brát na lehkou váhu. Výsledky naznačují méně tolerantní postoje k lidem závislým na alkoholu. Autorka spatřuje největší rozdíl v porovnání těchto dvou onemocnění, právě ve vnímané míře vlastního přičinění a viny na vzniku onemocnění. Výsledky dotazníkového šetření poukazují i na některé přetrvávající nesprávné přesvědčení o tom, co onemocnění skutečně znamenají, ale také na stále velký vliv mediálního prezentování psychiatrických pacientů a nedostatečnou osobní zkušenosti laiků s duševně nemocnými.

Literatura

Knižní publikace

ALLPORT, Gordon, W. 2004. *O povaze předsudků*. Přeložil Eduard GEISLER. Praha: Prostor. ISBN 80-7260-125-3.

ČEŠKOVÁ, Eva. 2006. Duševní poruchy a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek F10-19. In: ČEŠKOVÁ, Eva, Hana KUČEROVÁ a Mojmír SVOBODA, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, s. 159-179. ISBN 80-7367-154-9.

ČEŠKOVÁ, Eva. 2006. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20-29). In: ČEŠKOVÁ, Eva, Hana KUČEROVÁ a Mojmír SVOBODA, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, s. 181 - 201. ISBN 80-7367-154-9.

DIJK, Van Teun, A. 1990. Social Cognition and Discourse. In: Howard GILES, W. Peter ROBINSON. *Handbook of Langua Social Psychology*. Chichester: John Wiley, s. 163 - 183. ISBN 0-471-92481-4-4.

DOUBEK, Pavel. 2012. Schizofrenie. In: Jiří RABOCH, Pavel PAVLOVSKÝ a kol. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 244 - 259. ISBN 978-80-246-1985-9.

GOFFMAN, Erving. 2003. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Přeložil Tomáš PRÁŠEK. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-21-0.

HANUŠOVÁ, Anna. 2015. Stigmatizace v psychiatrii. In: Ladislav HOSÁK, Michal HRDLIČKA, Jan LIBIGER a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 611 - 614. ISBN 978-80-246-2998-8.

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. 2010. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, s. 553. ISBN 978-80-7367-686-5.

HAUSNER, Milan. 1969. *Duševně nemocný mezi námi*. 2.rozš. a přeprac. a vydání. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství. ISBN 08-017-69.

HELLER, Jiří. 2011. Závislost a ženy. In: Jiří HELLER a Olga PECINOVSKÁ, ed. *Pavučina závislosti. Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, s. 27 - 37. ISSN 978-80-87258-62-0.

HELLER, Jiří. 2011. Závislost jako aktuální problém. In: Jiří HELLER a Olga PECINOVSKÁ, ed. *Pavučina závislosti. Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, s. 7 - 12. ISSN 978-80-87258-62-0.

HEWSTONE, Miles a. STROEBE, Wolfgang. 2006. *Sociální psychologie*. Přeložila Dagmar BREJLOVÁ a Pavla LE ROCH. Praha: Portál. ISBN 80-7367-092-5.

HNILICA, Karel. 2010. *Stereotypy, předsudky, diskriminace*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1776-3.

HYHLÍK, František a NAKONEČNÝ, Milan. 1973. *Encyklopedie současné psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN 14-073-74.

JANÍK, Alojz. 1987. *Veřejnost a duševně nemocný*. Praha: Avicenum. ISBN 08-073-87.

JEŘÁBEK, Petr. 2012. Psychopatologie závislosti. In: Ján PRAŠKO, Klára LÁTALOVÁ, Anežka TICHÁČKOVÁ a Libuše STÁRKOVÁ, ed. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis, s. 183 - 191. ISBN 9788087323007.

KUČEROVÁ, Helena. 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4733-0.

LIBIGER, Jan. 2002. Stigma psychické choroby. In: Pavel BAUDIŠ a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, s. 33 - 39. ISBN 80-7262-104-1.

LIBIGER, Jan. 2015. Kvalifikace v psychiatrii. In: Ladislav HOSÁK, Michal HRDLIČKA, Jan LIBIGER a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 35 - 41. ISBN 978-80-246-2998-8.

LIBIGER, Jan. 2015. Schizofrenie a jiné psychotické poruchy. In: Ladislav HOSÁK, Michal HRDLIČKA, Jan LIBIGER a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 181, 211, 614. ISBN 978-80-246-2998-8.

MAINEROVÁ, Barbora, ŠMOLDASOVÁ, Jarmila a PRAŠKO, Ján. 2013. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek. In: Ján PRAŠKO a LÁTALOVÁ, Klára, ed. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta, s. 302 - 340. ISBN 978-80-204-2798-4.

MALÁ, Eva. 2005. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0737-3.

MILLEROVÁ, Geri. 2011. *Adiktologické poradenství*. Přeložil Jiří BAREŠ. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-765-3.

NEŠPOR, Karel. 2007. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. 4. rozš. vyd. ISBN 978-80-7367-267-6.

OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5199-3.

PECINOVSKÁ, Olga. 2011. Vývoj závislosti. In: Jiří HELLER a Olga PECINOVSKÁ, ed. *Pavučina závislosti. Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, s. 13 - 25. ISSN 978-80-87258-62-0.

POPOV, Petr a NEŠPOR, Karel. 2006. Závislost na psychoaktivních látkách. In: Jiří RABOCH, Martin ANDERS, Ján PRAŠKO a Pavla HELLEROVÁ, ed. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II*. Praha: Infopharm, s. 38 - 53. ISBN 80-239-8501-9.

POPOV, Petr. 2012. Návykové nemoci. In: Jiří RABOCH a Pavel PAVLOVSKÝ a kol. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 209- 243. ISBN 978-80-246-1985-9.

STYX, Petr. 2003. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-828-7.

ŠLÉDROVÁ, Jasňa. 2003. Stereotypy v rodinných a příbuzenských vztazích. *Čeština doma a ve světě*. Roč. 11, č.1 - 2, s. 64 - 69. ISSN 1210-9339.

ŮHLINGER, Claude a TSCHUI, Marlyse. 2009. *Když někdo blízký pije*. Přeložila Šárka BELISOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

WRIGHT, Stephan, C. a TAYLOR, Donald, M. 2003. The Social Psychology of Cultural Diversity: Social Stereotyping, Prejudice and Discrimination. In: Michael A HOGG a Joel COOPER. *The Sage Handbook of Social Psychology*. London: Sage, s. 361 - 387. ISBN 978-1-4129-4535-6.

Internetové citace - články

ADLAF, Adfal, M., HAYLEY, Hamilton, A., WU, Fei a. NOH, Samuel. 2009. Adolescent Stigma Towards Drug Addiction: Effects of Age and Drug Use Behaviour. [online]. *Addictive Behaviors*. April 2009, Vol. 34, No. 4, p. 360 - 364. ISSN 03064603. Dostupné z:

<https://groupkk.wikispaces.com/file/view/drugs.pdf>

BÁRTLOVÁ, Sylva. 2006. Nemoc jako stigma [online]. *Kontakt*. 15. 12. 2006, roč. 8, č. 2. ISSN 1212-4117. Dostupné z:

<http://casopis->

[zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120326192111714591.pdf](http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120326192111714591.pdf)

BROHAN, Elaine, SLADE, Mike, CLEMENT, Sarah a. THORNICROFT, Graham. 2010. Experiences of Mental Illness Stigma, Prejudice and Discrimination: a Review of Measures. [online]. *BMC Health Services Research*. March 2010, Vol. 10, No.1, p. 80. ISSN 1472-6963. Dostupné z:

<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-80>

CORRIGAN, Patric, W. a. O'SHAUGHNESSY, John, R. 2007. Changing Mental Illness Stigma as It Exists in the Real World [online]. *Australian Psychologist*. June 2007, Vol. 42, No. 2, p. 90 - 97. ISSN 00050067. Dostupné z:

<http://doi.wiley.com/10.1080/00050060701280573>

CORRIGAN, Patrick, W. a. WATSON, Amy, C. 2002. The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness [online]. *Clinical Psychology: Science and Practice*. March 2002, Vol 9, No. 1, p. 35-53. ISSN: 1468-2850. Dostupné z:

http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1093/clipsy.9.1.35/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=scholar.google.cz&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER

CORRIGAN, Patrik, W., et al. 2005. How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse [online]. *Psychiatric Services*. May 2005, Vol. 56, No. 5, p. 544 - 550. ISSN 1075-2730. Dostupné z:

<http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.56.5.544>

CRISP, Arthur, H, et al. 2000. Stigmatisation of People with Mental Illnesses [online]. *The British Journal of Psychiatry*. July 2000, Vol. 177, No. 4, Issue 1, p. 345-354. ISSN 0963-8237. Dostupné z:

<http://bjp.rcpsych.org/content/177/1/4.full>

FERRIMAN, Annabel. 2000. The Stigma of Schizophrenia [online]. *British Medical Journal*. February 2000, Vol. 320, No. 8, p. 522. ISSN 09598138. Dostupné z:

<http://www.bmj.com/content/320/7233/522.1>

HENDERSON, Claire a. THORNICROFT, Graham. 2009. Stigma and Discrimination in Mental Illness: Time to Change [online]. *The Lancet*. June 2009, Vol. 373, No. 9679, p. 1928 - 1930. ISSN 01406736. Dostupné z:

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61046-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61046-1/fulltext)

HERETIK, Anton a POLUCHOVÁ, Jitka. 2009. Stigma duševných porúch z pohľadu ľudí s diagnózou schizofrénia: výsledky výskumu [online]. *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika: časopis psychiatrov, psychoterapeutov a psychosomaticky orientovaných odborníkov na Slovensku*. Roč. 16, č. 1, s. 2 - 11. ISSN 1335-423X. Dostupné z:

<http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2009/PSY1-2009-cla1.pdf>

HINTERHUBER, Hartmann. 2001. Stigma schizofrenie: snaha o jeho prekonání [online]. *Psychiatrie pro praxi*. Roč. 2, č. 5, s. 216-220. ISSN 1213-0508. Dostupné z:

http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1246

LESHNER, Alan, I. 1997. Addiction is a brain disease, and it matters [online]. *Science*. October 1997, Vol. 278, No. 45, p. 45 - 47. ISSN 0036-8075. Dostupné z: <https://www.ecnp.eu/~media/Files/ecnp/communication/talk-of-the-month/Wim%20van%20den%20Brink/Addiction%20is%20a%20brain%20disease%20and%20it%20matters.pdf>

LIBIGER, Jan. 2001. Stigma duševního onemocnění [online]. *Psychiatrie*. Roč. 1, č. 5, s. 28-40. ISSN 1211-7579. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2001/01/08libige.pdf>

RADCLIFFE, Polly a. Alex STEVENS. 2008. Are Drug Treatment Services Only For 'Thieving Junkie Scumbags'? Drug Users and The Management of Stigmatised Identities [online]. *Social Science & Medicine* 67. July 2008, Vol. 67, No. 7, p. 1065 - 1073. ISSN 0277-9536. Dostupné z: <https://core.ac.uk/download/files/57/91911.pdf>

ROSENHAN, David, L. 1973. On Being Sane in Insane Places [online]. *Science*. January 1973, Vol. 179, Issue 4070, p. 250 - 258. ISSN 0036-8075. Dostupné z: <http://www.weber.edu/wsuiimages/psychology/FacultySites/Horvat/OnBeingSaneInInsanePlaces.PDF>

SCHOMERUS, Georg, MATSCHINGER, Herbert, MATSCHINGER, Herbert, et al. 2014. Changes in the perception of alcohol-related stigma in Germany over the last two decades [online]. *Drug & Alcohol Dependence*. Vol. 143, issue 7, p. 225 - 231. ISSN 03768716. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25156226>

THORNICROFT, Graham, ROSE, Diana, KASSAM, Aliya a. SARTORIUS, Norman. 2007. Stigma: Ignorance, Prejudice or Discrimination? [online]. *The British Journal of Psychiatry*. February 2007, Vol. 190, No. 3, p. 192 - 193. ISSN 0007-1250. Dostupné z: <http://bjp.rcpsych.org/content/190/3/192>

TURNER, Barbara, J. 2009. Gaps in Addressing Problem Drinking: Overcoming Primary Care and Alcohol Treatment Deficiencies [online]. *J Personality Dis.* October 2009, Vol. 11, No. 5, p. 345 - 352. ISSN 1523-3812. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11920-009-0052-7>

Další internetové zdroje

HŮLKOVÁ, Eva. 2006. Psychiatrická diagnóza, reakce okolí, zaměstnání. *Radiožurnál.* [online]. ©1997-2016, 11. května 2006 [cit. 2016-06-16]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/radiozurnal/publ_izurnal/_zprava/psychiatricka-diagnoza-reakce-okoli-zamestnani--245118

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP A ČESKÁ PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST. Destigmatizace. *Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost* [online]. ©2016 [cit. 2016-24-06]. Dostupné z: <http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace>

WHO/ÚZIS ČR (ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR). Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10–F19). *uzis.cz* [online]. ©2014, posl. revize 4. 1. 2014 [cit. 2016-06-25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>

WHO/ÚZIS ČR (ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR). Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20–F29). *uzis.cz* [online]. ©2014, posl. revize 4. 1. 2014 [cit. 2016-06-25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F20-F29.html>

Seznam zkratek

Zkratka	Popis
AM	Arithmetic Mean / aritmetický průměr
AM1-AM2	Paired Differences/ Rozdíl průměrů (AM1 pro schizofrenii a AM2 pro závislost na alkoholu)
df	Degree of Freedom / stupně volnosti
p	p Value / p hodnota
r	Correlation/ korelace
SD	Standard Deviation / směrodatná odchylka
SE	standard error (for means) / směrodatná chyba (průměru)
t	t test

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Atributy pilotní studie	50
Tabulka č. 2: Pocity pilotní studie	51
Tabulka č. 3: Atributy- nebezpečný pro okolí, nepředvídatelný	57
Tabulka č. 4: Atributy- nevzhledný, nízký intelekt, agresivní.....	58
Tabulka č. 5: Postoje-odstup, lhostejnost, ochota pomoci.....	59
Tabulka č. 6: Pocity- strach, znechucení/ odpor	60
Tabulka č. 7: Vlastní vina	61
Tabulka č. 8: Atributy mimo hlavní hypotézy	62
Tabulka č. 9: Příčiny vzniku onemocnění	65
Tabulka č. 10: Vztah k duševně nemocnému	66
Tabulka č. 11: Emocionální zabarvení informací o onemocnění	67
Tabulka č. 12: Umístění atributů ve své kategorii	68

Přílohy

Příloha 1

- 1.) Slyšel/a jste někdy o schizofrenii/ alkoholismu? Pokud ano, kde jste se s tímto pojmem setkal/a? Zkuste být prosím co nejkonkrétnější. (škola, práce, média, literatura, blízcí lidé, osobní kontakt, od někoho?)
- 2.) Co si pod pojmem schizofrenie/ alkoholismus představujete?
- 3.) Uveďte, popř. zakroužkujte prosím, která z následujících tvrzení se podle Vás vztahují k příslušné diagnóze (schizofrenie/ alkoholismus).
- 4.) Pokud jste v otázce číslo 1 odpověděl/a „ano“, o jakou informaci šlo? Jaký pocit ve Vás informace vzbudila? Zkuste být prosím znovu co nejkonkrétnější (pozitivní, negativní, důvěryhodná, nedůvěryhodná, zdroj, kontext)
- 5.) Jaké pocity ve Vás pojem schizofrenik/ alkoholik vyvolává?
- 6.) Jaké jsou podle Vás typické projevy schizofrenie?
- 7.) Jaké vlastnosti/charakteristiky podle Vás člověk s touto diagnózou má?
- 8.) Uveďte prosím, jaké jsou podle Vás možné příčiny schizofrenie/alkoholismu?
- 9.) Setkal jste se někdy s někým s touto diagnózou osobně? Setkal/a jste se někdy s člověkem, který trpěl schizofrenií/ byl alkoholikem? Popř. kde?
 - a. V případě, že jste se osobně setkal/a s někým, kdo měl schizofrenii, zamyslete se prosím nad tím, co ve Vás toto setkání vyvolalo?
 - b. V případě, že ne, zkuste se prosím zamyslet, jaké by asi takové setkání mohlo být? Jak by probíhalo? Co by ve Vás takové setkání vyvolalo?
- 10.) Máte představu, kde lze získat nějaké informace o schizofrenii/ alkoholismu? /Kde? Vyhledal/a jste někdy tyto informace?
- 11.) Myslíte si, že ve společnosti existuje určitý většinový postoj k této sociální kategorii? Popř. jaký?/ Napadají Vás nějaké možnosti, jak by se mohlo současné postavení lidí se schizofrenií ve společnosti vylepšit?

Příloha 2

1. část - Schizofrenie

- 1) Setkal(a) jste se někdy osobně se schizofrenikem?
 - Ano
 - Ne
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Nejsem si toho vědom(a)

- 2) Co je podle Vás pro schizofrenii typické? Zvolte prosím jednu nebo více odpovědí.
 - Bludy (nepravdivé a nevyvratné přesvědčení založené na nesprávném odvození závěru ze zevní reality).
 - Dvě a více identit/ osobností vyskytující se u jedné osoby.
 - Porucha myšlení.
 - Zaostávání vývoje rozumových schopností/intelektu.
 - Střídající se období zvýšení (výrazně dobré) a zhoršené nálady.
 - Halucinace (klamný vjem vzniklý bez reálného podnětu).

- 3) Jaké jsou podle Váš příčiny vzniku schizofrenie? Zvolte prosím jednu nebo více odpovědí.
 - Genetické, dědičné či organické.
 - Sociální prostředí: rodina, vztahy, práce, aj.
 - Stres a traumatické události (smrt blízkého, rozvrat vztahu, nemoc nehoda, aj.)
 - Nahromaděním mnoha problémů.
 - Vlastní přičinění.
 - Jiné.

- 4) Nyní prosím posuďte na škále 0/7, míru s jakou si podle Vás schizofrenik za svou nemoc může sám. Na škále 0 značí žádnou vinu a 7 maximální možnou vinu.

0 1 2 3 4 5 6 7

Nyní si prosím představte konkrétního schizofrenika. Nezáleží na tom, odkud tuto osobu znáte, nebo kde jste jí viděl/a, slyšel/a o ní, nebo na tom, jak dobře (či vůbec) tuto osobu znáte.

- 5) Jaký je Váš vztah k této osobě?

- Blízký rodinný příslušník.
- Vzdálený rodinný příslušník.
- Blízký přítel či partner.
- Současný / bývalý kolega z práce / spolužák.
- Známý / bývalý známý.
- Osoba, kterou znám „přes někoho“ (např. blízká osoba mé blízké osoby).
- Osoba, kterou neznám osobně, ale často jí potkávám na veřejně přístupných místech.
- Náhodný kolem jdoucí (jednorázové setkání v MHD, na veřejnosti, v podniku apod.).
- Osoba, o které jsem slyšel prostřednictvím médií (TV, TV zprávy, noviny, apod.).
- Výplod mé fantazie z informací, které se mi o schizofrenii dostaly.
- Odjinud.

- 6) Jak často jste/ jste byl(a) s touto osobou v kontaktu?

- Každý den
- Často
- Příležitostně se potkáme
- Párkrát
- Velmi málo
- Jednou
- Nikdy

7) Jaký je Vaše nejtypičtější zkušenost s touto osobou? Zvolte prosím jednu nebo více odpovědí.

- Bez zvláštností (jako s jakoukoli zdravou osobou).
- Negativní, vzbuzující odpor, znechucení, opovržení.
- Negativní vzbuzující strach, nejistotu.
- Vzbuzující soucit, lítost či beznaděj.
- Je mi lhostejný, nezajímá mě.
- Pozitivní, příjemné setkání / zpráva.
- Veselá či úsměvná příhoda.
- Vzbuzující zvědavost.
- Vzbuzující obdiv či závist.
- Ambivalentní/protichůdná (možnost objasnění).
- Jiná.

8) V následující části prosím zhodnoťte, jaké vlastnosti se s určitou mírou u schizofrenika vyskytují. Na škále 0 vyjadřuje nepřítomnost této vlastnosti a 7

Nebezpečný okolí	0	1	2	3	4	5	6	7
Svobodný	0	1	2	3	4	5	6	7
Konfliktní	0	1	2	3	4	5	6	7
Tvořivý/ kreativní	0	1	2	3	4	5	6	7
Nebezpečný sám sobě	0	1	2	3	4	5	6	7
Nevzhledný	0	1	2	3	4	5	6	7
Spontánní	0	1	2	3	4	5	6	7
Agresivní	0	1	2	3	4	5	6	7
Uzavřený	0	1	2	3	4	5	6	7
Nepředvídatelný	0	1	2	3	4	5	6	7
Společenský	0	1	2	3	4	5	6	7
Slabý (duševně)	0	1	2	3	4	5	6	7
Nezaměstnaný	0	1	2	3	4	5	6	7
Nízký intelekt	0	1	2	3	4	5	6	7
Zábavný	0	1	2	3	4	5	6	7

9) Jaké pocity ve Vás schizofrenik vyvolává? Zvolte prosím jednu nebo více odpovědí.

- Strach
- Soucit
- Znechucení / odpor
- Zvědavost
- Pohrdání
- Bezmoc
- Nedůvěra
- Lítost
- Obdiv

10) Vyberte prosím jaký je Váš postoj vůči této osobě? Zvolte prosím jednu nebo více odpovědí.

- Odstup.
- Lhostejnost.
- Ochota pomoci.

2. část – Alkoholismus

11) Setkal(a) jste se někdy osobně se alkoholikem?

- Ano
- Ne
- Spíše ano
- Spíše ne
- Nejsem si toho vědom(a)

12) Co je podle Vás pro alkoholismus typické? Zvolte prosím jednu nebo více odpovědí.

- Ten kdo nemůže / není schopen konzistentně po dlouhou dobu pít kontrolovaným způsobem.
- Slabá vůle přestat pít.

- Konzumace alkoholu (v jakémkoli množství) každý den.
- Pití alkoholu se stává nejdůležitější věcí v životě.
- Pokračování v pití alkoholu i přes ztráty vzniklé v souvislosti s pitím (ztráta přátel, rodiny, zaměstnání, apod.)
- Kdokoli, kdo požívá alkohol.

13) Jaké jsou podle Vás příčiny vzniku alkoholismu? Zvolte prosím jednu nebo více odpovědí.

- Genetické, dědičné či organické.
- Sociální prostředí: rodina, vztahy, práce, aj.
- Stres a traumatické události (smrt blízkého, rozvrat vztahu, nemoc nehoda, aj.)
- Nahromaděním mnoha problémů.
- Vlastní přičinění.
- Jiné.

14) Nyní prosím posuďte na škále 0/7, míru s jakou si podle Vás alkoholik za svou nemoc může sám. Na škále 0 značí žádnou vinu a 7 maximální možnou vinu.

0 1 2 3 4 5 6 7

Nyní si prosím představte konkrétního alkoholika. Nezáleží na tom, odkud tuto osobu znáte, nebo kde jste jí viděl/a, slyšel/a o ní, nebo na tom, jak dobře (či vůbec) tuto osobu znáte.

15) Jaký je Váš vztah k této osobě?

- Blízký rodinný příslušník.
- Vzdálený rodinný příslušník.
- Blízký přítel či partner.
- Současný / bývalý kolega z práce / spolužák.
- Znamý / bývalý známý.
- Osoba, kterou znám „přes někoho“ (např. blízká osoba mé blízké osoby).

- Osoba, kterou neznám osobně, ale často jí potkávám na veřejně přístupných místech.
- Náhodný kolem jdoucí (jednorázové setkání v MHD, na veřejnosti, v podniku apod.).
- Osoba, o které jsem slyšel prostřednictvím médií (TV, TV zprávy, noviny, apod.).
- Výplod mé fantazie z informací, které se mi o schizofrenii dostaly.
- Odjinud.

16) Jak často jste/ jste byl(a) s touto osobou v kontaktu?

- Každý den
- Často
- Příležitostně se potkáme
- Párkrát
- Velmi málo
- Jednou
- Nikdy

17) Jaký je Vaše nejtypičtější zkušenost s touto osobou? Zvolte prosím jednu nebo více odpovědí.

- Bez zvláštností (jako s jakoukoli zdravou osobou).
- Negativní, vzbuzující odpor, znechucení, opovržení.
- Negativní vzbuzující strach, nejistotu.
- Vzbuzující soucit, lítost či beznaděj.
- Je mi lhostejný, nezajímá mě.
- Pozitivní, příjemné setkání / zpráva.
- Veselá či úsměvná příhoda.
- Vzbuzující zvědavost.
- Vzbuzující obdiv či závist.
- Ambivalentní/protichůdná (možnost objasnění).
- Jiná.

18) V následující části prosím zhodnoťte, jaké vlastnosti se s určitou mírou u schizofrenika vyskytují. Na škále 0 vyjadřuje nepřítomnost této vlastnosti a 7

Nebezpečný okolí	0	1	2	3	4	5	6	7
Svobodný	0	1	2	3	4	5	6	7
Konfliktní	0	1	2	3	4	5	6	7
Tvořivý/ kreativní	0	1	2	3	4	5	6	7
Nebezpečný sám sobě	0	1	2	3	4	5	6	7
Nevzhledný	0	1	2	3	4	5	6	7
Spontánní	0	1	2	3	4	5	6	7
Agresivní	0	1	2	3	4	5	6	7
Uzavřený	0	1	2	3	4	5	6	7
Nepředvídatelný	0	1	2	3	4	5	6	7
Společenský	0	1	2	3	4	5	6	7
Slabý (duševně)	0	1	2	3	4	5	6	7
Nezaměstnaný	0	1	2	3	4	5	6	7
Nízký intelekt	0	1	2	3	4	5	6	7
Zábavný	0	1	2	3	4	5	6	7

19) Jaké pocity ve Vás alkoholik vyvolává? Zvolte prosím jednu nebo více odpovědí.

- Strach
- Soucit
- Znechucení / odpor
- Zvědavost
- Pohrdání
- Bezmoc
- Nedůvěra
- Lítost
- Obdiv

20) Vyberte prosím jaký je Váš postoj vůči této osobě? Zvolte prosím jednu nebo více odpovědí.

- Odstup.
- Lhostejnost.
- Ochota pomoci.

3. část - Anamnestický dotazník

21) Vaše pohlaví?

- Muž.
- Žena.

22) Váš věk?

23) Nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní škola
- Střední odborné učiliště
- Střední škola / Gymnázium
- Vyšší odborná škola
- Vysoká škola

Bibliografické údaje

Jméno a příjmení autorky: Bc. Tereza Beráková

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Stereotypizace a stigmatizace lidí se schizofrenií a závislostí na alkoholu

Počet stran (bez příloh): 74

Celkový počet stran příloh: 9

Počet titulů české literatury a pramenů: 38

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 17

Počet internetových odkazů: 4

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc.

Rok dokončení práce: 2016

Posudek vedoucího diplomové práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studentky: Tereza Beráková

Obor studia: psychologie

Název práce: Stereotypizace a stigmatizace lidí se schizofrenií a závislostí na alkoholu

Vedoucí práce: doc. Karel Hnilica

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 85

Počet stránek příloh: 10

Počet titulů v seznamu literatury: 59

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přílehlavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

x				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		x		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

x				
---	--	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

x				
---	--	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

V první části práce autorka vymezuje základní pojmy, jimiž jsou stereotyp, duševní nemoc, schizofrenie, alkoholismus. Současně se podrobně věnuje otázce stereotypů, které ostatní lidé vůči osobám s těmito diagnózami (stigmaty) chovají. Některé pasáže této části jsou pro mne trochu nesrozumitelné. Autorka například uvádí, že „je-li motivace a zájem ke zpracování informací nízká, opírá se sociální úpadek především o tento energeticky úsporný způsob kategorizování“ (str. 13). Kromě toho autorka v této části nedodržuje zcela správně citační normy (nedává například přímé citace do uvozovek, ačkoli správně uvádí zdroje). Ve výzkumné části informuje autorka především o rozsáhlém dotazníkovém šetření, jehož se zúčastnilo cca 500 respondentů. Testovala v něm několik hypotéz, podle nichž se stereotypy schizofreniků budou systematicky odlišovat od stereotypů alkoholiků. Většina výsledků je v souladu s hypotézami. Kromě toho tato část přináší i řadu dalších zajímavých informací týkajících se dané problematiky. Otázka do diskuse: Jak byste odlišila stereotyp od stigmatu a procesy stereotypizace od procesů stigmatizace?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práce splňuje podmínky kladené na diplomovou práci.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis:

30. 8. 2016



doc. Karel Hnilica

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Tereza Beráková

Obor studia: Psychologie

Název práce: Stereotypizace a stigmatizace lidí se schizofrenií a závislostí na alkoholu

Oponent práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 74

Počet stránek příloh: 9

Počet titulů v seznamu literatury: 59

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

1			
---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

1			
---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

1			
---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

1			
---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

1			
---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

1			
---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

1			
---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

1			
---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

1			
---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

1			
---	--	--	--

Naplnění cílů práce

1			
---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

1			
---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

1			
---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Otázka k obhajobě: Jakou další práci s daty by autorka navrhla pro hlubší statistickou analýzu?

Předkládaná práce splňuje nároky kladené na magisterskou práci.

Charakteristika práce: Autorka rozdělila práci na teoretickou a empirickou část. Teoretická část práce obsahuje 5 kapitol. První tři kapitoly obsahují základní pojmy (stereotyp, duševní nemoc) a diagnózy (schizofrenie, alkoholismus). V dalších dvou kapitolách se zabývá problematikou stigmatizace a destigmatizace. V poslední 6. kapitole, která je zároveň empirickou částí práce, kolegyně provedla výzkum stereotypů. Mapovala oblast stereotypů ve vnímání veřejnosti k osobám se schizofrenií a závislých na alkoholu.

Celkové hodnocení práce:

Kolegyně v teoretické části prokázala schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o daném tématu. V empirické části pro svůj precizně pojatý výzkum využila kombinovaný design kvalitativně kvantitativní metodologie. Na základě kvalitativní pilotní analýzy 30 rozhovorů sestavila dotazník, který vyplnilo 508 respondentů. Autorka je stylisticky zdatná a v teoretické části popisuje skoro všechny podstatné pojmy a teoretické koncepty spojené se studovanou problematikou. V praktické části své práce, prokazuje schopnost stanovit cíle výzkumu, formulovat hypotézy, provést předvýzkum, na základě rozhovorů sestavit dotazník, shromáždit vysoký počet respondentů, analyzovat data a srozumitelně interpretovat výsledky.

Připomínky:

Formální: Neshledávám závažnější formální nedostatky, práci je těžké něco vytknout, kromě toho, že je poněkud na škodu, že analýza pracně sebraných dat (u velkého množství respondentů 508) dat mohla být podrobnější (např. složitější statistická analýza různých vztahů mezi proměnnými) a přinést bohatší výsledky. Kolegyně jako důvod uvádí on-line dotazování a nenáhodný výběr v kapitole diskuse. Viz. otázka k obhajobě.

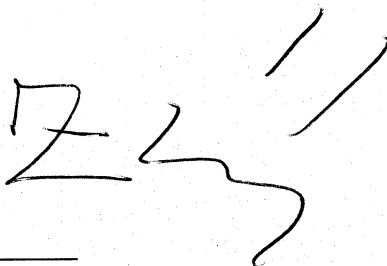
Obsahové: V teoretické části práce mi chybí zmínka o komorbiditě obou diagnóz. Prevalence duálních dg. je předmětem silné badatelské činnosti v psychiatrické oblasti výzkumu.

Celkově: Ocenit musíme schopnost autorky nasbírat a systematizovat velký počet dat v rámci precizně provedeného výzkumu. Práci hodnotím jako výbornou a doporučuji ji k obhajobě.

Navrhovaná klasifikace: **výborně**

Doporučení k obhajobě: doporučuji*

Datum, podpis:



* nehodící se, škrtněte