

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Stigmatizace lidí s depresí – výzkumná sonda mezi  
vysokoškolskými studenty**

Lucie Havlová

vedoucí práce: Mgr. Magdalena Kořová

**Praha 2013**

**Prague college of psychosocial studies**

**Stigmatization of people suffering from depression – an  
insight into the college students' view**

Lucie Havlová

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Magdalena Koťová

**Praha 2013**

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a použité zdroje jsem řádně uvedla v seznamu literatury.

.....

Lucie Havlová

V Praze dne

## **Poděkování**

Děkuji zejména paní Mgr. Magdaleně Koťové za cenné připomínky a laskavé vedení mé bakalářské práce.

## OBSAH

1	ÚVOD .....	6
2	DEPRESE .....	8
2.1	Vymezení pojmu deprese .....	8
2.2	Příznaky a průběh deprese.....	9
2.3	Příčiny deprese .....	11
2.4	Teorie vzniku deprese.....	13
2.5	Prevalence onemocnění depresí .....	16
2.6	Léčba deprese .....	18
2.6.1	Farmakologická léčba.....	18
2.6.2	Psychoterapie deprese.....	19
2.6.3	Podstoupení léčby deprese.....	22
3	STIGMATIZACE DEPRESE .....	24
3.1	Stigma jako stereotyp .....	24
3.2	Vymezení pojmu stigma .....	25
3.3	Stigma deprese .....	26
3.3.1	Stigma deprese a jeho dopady na osobnost člověka a jeho okolí...29	
3.3.2	Vliv stigmatu na léčbu deprese.....	30
3.3.3	Stigma jednotlivých druhů léčby deprese.....	32
3.4	Výskyt stigmatu u pomáhajících profesí .....	33
4	EMPIRICKÁ ČÁST .....	36
4.1	Úvod empirické části.....	36
4.2	Výzkumný cíl .....	36
4.3	Hypotézy .....	37
4.4	Výzkumný soubor .....	38
4.5	Průběh výzkumu.....	39
4.7	Zpracování dat.....	41
5	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	42
5.1	Stigmatizace deprese podle studijních oborů .....	42
5.2	Pocity studu při depresi .....	43
5.5	Vyhledání odborné pomoci pro léčbu deprese .....	47
5.6	Stigmatizace podle demografických údajů.....	48
5.7	Vliv osobní zkušenosti s člověkem s depresí na stigmatizaci .....	51
5.8	Další významné korelace oblastí stigmatu .....	52
6	ZÁVĚR VÝZKUMNÉ SONDY .....	54
6.1	Vliv studijního oboru na stigmatizaci deprese .....	54
6.2	Vliv stigmatu deprese na prožívání a chování stigmatizovaných .....	56
6.3	Možná omezení výzkumu .....	59
	ZÁVĚR .....	62
	LITERATURA .....	64
	PŘÍLOHA .....	I

# 1 ÚVOD

Ve své bakalářské práci jsem se rozhodla věnovat se v současnosti hojně diskutovanému tématu stigmatizace duševních onemocnění, konkrétně stigmatizaci deprese. Při volbě tohoto tématu jsem vycházela ze svých osobních zkušeností s lidmi, kteří pro svoji depresi důsledky stigma pocítili. Po setkání s nimi mě začalo zajímat, jak a proč se takové stigma utváří a jaké oblasti života depresí postižených lidí může jeho existence ovlivňovat.

Deprese je nejčastějším psychiatrickým onemocněním majícím vliv na mnoho protrpěných let lidí po celém světě (WHO, 2010). Diagnóza deprese s sebou přináší zátěž v podobě stigma, která jeho nositeli způsobuje rozsáhlé zdravotní, ekonomické a sociální důsledky (Crocker a Steele, 1998). Stud, vztek, lítost či méněcennost, to vše jsou pocity, které depresivní jedinci označení uvedeným stigmatem prožívají. Autoři zahraničních studií (Lai, 2000; Gyllensten, 2011; Wahl, 1999) se shodují na tom, že stigmatizovaní lidé mají potíže s hledáním a udržením zaměstnání, navazováním kvalitních sociálních vztahů a jsou obětmi celkově zhoršené kvality života. Neméně významným důsledkem stigma deprese je jeho negativní vliv na vyhledání odborné péče – ukazuje se, že více než polovina případů trpících se ocitá bez pomoci (Sirey aj., 2001). Překvapujícím zjištěním je to, že depresivní jedinci jsou stigmatizováni nejen laickou veřejností, ale často také pracovníky z řad pomáhajících profesionálů a studentů, kteří se na profesionální dráhu teprve připravují (srov. Gray, 2002).

První kapitola této práce přináší obecný úvod do probírané problematiky a strukturace této práce. Navazuje druhá kapitola obsahující podrobné vymezení pojmu deprese, jeho vzniku v rámci historického diskursu i současného pohledu na jeho aspekty. Dále se věnuji popisu jednotlivých příznaků onemocnění, typickému průběhu, ale také individuálním rozdíly v jeho subjektivním prožívání. Uvádím také všeobecně uznávané příčiny vzniku

deprese a množství rozličných konceptů, které si kladou za cíl vytvořit pro vznik tohoto onemocnění teoretickou základnu. Následuje zmínka o výskytu deprese a předpokladech týkajících se všeobecného vývojového trendu. Dále tato kapitola pojednává o jednotlivých možnostech dostupné léčby deprese a o pravděpodobných důvodech jejich nepříliš hojného využívání.

Ve třetí kapitole se zabývám pojmem stigma v jeho teoretických a historických souvislostech. Zaměřuji se na stigmatizaci duševních onemocnění a na jednotlivé procesy, které se na jejím vzniku podílejí. Diskutovány jsou socio-ekonomické dopady stigmatu deprese na život postižených lidí i jejich blízkých. Velkou pozornost věnuji negativnímu vlivu stigmatizace depresivních jedinců na pravděpodobnost jejich vyhledání odborné pomoci. Závěr této kapitoly je věnován výskytu a analýze stigmatizace depresivních klientů stran pomáhajících profesionálů.

Pod vlivem dosavadních výzkumů, týkajících se problematiky stigmatizace duševních onemocnění, se v empirické části této práce zaměřuji na přítomnost stigmatu u studentů vysokých škol. Předkládám kvantitativní výzkumnou sondu provedenou za pomoci metody dotazníkového šetření mezi studujícími psychologii, medicínu a obory exaktních věd. Zjišťuji, zda mají tito studenti stigmatizující pohled na lidi s depresí, případně liší-li se jejich pohled v závislosti na studijním oboru.

## 2 DEPRESE

*„Když sám ležím, sedím, chodím,  
smutky, trýzněmi se brodím,  
z temných doupat volám steny,  
obklopen jsa Furiemi,  
tisíc trápení mou duši  
pevně, nelítostně zkruší.  
Melancholii nejtěžší  
žádný žal rmutem nepředčí.“*

(Burton, 2006, s. 19)

### 2.1 Vymezení pojmu deprese

Deprese je pojem latinského původu, vycházející ze slovesa deprimō, nesoucí význam stlačit, stisknout, snížit, stísnit či oslabit, kdy samotné slovo deprese v současné době vyjadřuje určitý pokles, stísněnost, sklíčenost, ustrnutí. Z historického pohledu byl původním označením deprese Hippokratův termín melancholie, který poukazoval k chorobnému stavu souvisejícímu s nevyrovnanými hladinami černé a žluté žluči v těle člověka (Hunt, 1999). V současné době můžeme depresivní stavy u lidí obecně pojmut ze tří pohledů: jako tzv. příznaky deprese, jež mohou být průvodci různých onemocnění; depresivní reakce, značící odpověď na obtížnou životní událost a v neposlední řadě chápeme depresi jako onemocnění (Křivohlavý, 2003). V této práci budu pojem deprese užívat ve smyslu posledně zmíněného významu onemocnění.

Deprese je zpravidla léčitelné onemocnění zasahující celý organismus. Přibližně 50 % postižených při včasné a efektivní léčbě prožije za život pouze jednu depresivní epizodu. K opakovanému výskytu těchto epizod dochází ve



20 % případů, přičemž zbývajících 30 % postižených bývá zasaženo onemocněním chronického charakteru. Průběh onemocnění může mít na životy trpících fatální důsledky, neboť téměř 15 % z nich spáchá sebevraždu (Raboch, 2006). Řadí se mezi afektivní poruchy definované chorobnou náladou, která není adekvátní aktuální situaci trpícího, a negativně tak ovlivňuje jeho myšlení, jednání i prožívání. Deprese je vážné duševní onemocnění, které zasahuje nejen samotného postiženého, ale i celou jeho rodinu. Lze ji charakterizovat jako prožitek abnormálně smutné nálady, která se příliš nemění pod vlivem okolních změn. Podle intenzity a hloubky příznaků můžeme rozlišit depresi mírnou, středně těžkou a těžkou. Neléčená deprese může trvat léta a vede ke ztrátě výkonnosti, k izolaci, a postupně tak devastuje psychické i fyzické zdraví postiženého člověka, jeho rodiny a v krajním případě může skončit sebevraždou (Smolík, 2002).

## 2.2 Příznaky a průběh deprese

Depresivní epizoda se vyznačuje velkým množstvím nejrůznějších projevů chování, emocí, myšlení a somatických symptomů. Osobní zkušenosti lidí trpících depresí poukazují na značně individuální rozdíly v prožívání deprese. Díla světových literátů umožňují nahlédnout do subjektivního prožívání nemoci, „*jejíž hadí kyseliny líbají*“ (Plathová, 1984, s. 25). Své zkušenosti s depresí sdílí V. Woolfová v denících, které jsou názorným zobrazením jejích trýznivých prožitků a opakovaných bojů s nemocí, kterou Woolfová poeticky nazývá „*obtížným pocitem*“ (Woolfová, 2011). O svých stavech deprese píše v básních S. Plathová, když píše: „*Děsí mě ta temná věc, která spí ve mně; celý den cítím její hebké pěřové pohyby a její zášť*“ (Plathová, 1984, s. 24). Podobně W. Styron ve své zpovědi s názvem *Viditelná temnota* popisuje těžké depresivní epizody jako „*...bouře pustošící mozek,*“ (Styron, 1993, s. 31), „*...jedovaté vlny, které splachují každou povzбудivou*

*reakci na okolní svět*“ (Styron, 1993, s. 24). V pokročilém stádiu nemoci, kdy jej provází myšlenky na sebevraždu, píše: „...*smrt se stala mou každodenní družkou a ovívala mě ledovými poryvy*“ (Styron, 2003, s. 39). Přes množství individuálních rozdílů v prožívání deprese lze typické depresivní příznaky rozdělit do obecných okruhů.

Pro depresivní náladu jsou typické prožitky intenzivního, hlubokého a dlouhotrvajícího smutku, který narušuje každodenní fungování trpícího. Taková nálada často bývá směsicí smutku a úzkosti, nezřídka se pojí se ztrátou životního smyslu. Doprovázejí ji pocity méněcennosti, zbytečnosti, neúčinnosti a beznaděje, zejména ve vztahu k budoucnosti. Deprese potlačuje schopnost se radovat, mít z něčeho potěšení, těšit se na něco. Depresivní jedince zpravidla nelze rozveselit, takové pokusy mohou naopak prohlubovat jejich pocity neschopnosti (Honzák, 1999).

Depresivní lidé mívají málo energie a s tím spojenou nízkou úroveň aktivity. Často nemají sílu na vykonávání aktivit, které by je těšily a zabývaly se jen nejnütnějšími povinnostmi. Celé dny tráví bezcílným poleháváním či jinými pasivními činnostmi. Na okolí tak mohou působit líně, na vině je však vůlí neovladatelná chorobná apatie (tzv. abulie). Z fyziologických projevů je deprese nezřídka provázena únavou a sníženou hladinou energie. Dále lze pozorovat poruchy spánku, bolesti hlavy, závratě, bušení srdce, zvýšené pocení, zrychlený dech, poruchy menstruace, sníženou sexuální apetenci a často se vyskytující problémy se zažívacím ústrojím (Praško aj., 2001).

Vztahy s ostatními lidmi bývají pro depresivní osoby zdrojem mnohých obav a úzkostí. Může jít o strach ze sociálních interakcí, sebeprosazení, o nespokojenost ve vztazích či pocity samoty a nemilovanosti. Deprese též mnohdy bývá reakcí na ztrátu milované osoby (Poněšický, 2004). Mezi další, často přítomné příznaky deprese, patří silné pocity viny za vlastní onemocnění a pocity přetíženosti (Praško aj., 2001).

Z výše uvedeného je patrné, že depresivní onemocnění doprovází široká škála nejrůznějších příznaků, které jsou výrazně individuálně odlišné.

Interindividuální rozdíly v prožívání deprese mohou být ovlivněny i osobnostním naladěním postižených jedinců, které, je-li spíše depresivní, průběh onemocnění ještě zhoršuje. Rozličné prožívání deprese se také může odvíjet od celkové odolnosti organismu každého jedince a jeho schopnosti zvládat zátěžové situace.

## 2.3 Příčiny deprese

Jako každé duševní onemocnění je i deprese jednou z poruch, jejíž přesná a jednoznačná příčina dosud nebyla stanovena. Existuje však množství faktorů, které se na jejím vzniku a rozvoji nepochybně podílejí. Obecně se pro vznik deprese předpokládá vzájemné působení biologických a sociálních faktorů (Křivohlavý, 2003).

Významnými faktory vzniku jsou faktory genetické. Na vrozenou biologickou zranitelnost poukazuje to, že se v některých rodinách vyskytují určité typy depresí více, než v jiných. Autoři výzkumů výskytu deprese u jednovaječných dvojčat došli k závěrům, že je-li jedno z dvojčat nemocné, pravděpodobnost, že onemocnění i druhé, je až 70 % (Höschl, 1999). Význam genetických faktorů je tedy nesporný, jedná se však pouze o dědičnost určité náchylnosti, vlohy k onemocnění, nikoli onemocnění samotného. Výskyt depresí v rodinách, kde se dříve toto onemocnění nevyskytlo poukazuje na množství dalších činitelů, které se na jeho zrodu podílí (Křivohlavý, 2003).

Dalšími faktory ovlivňujícími vznik deprese jsou faktory biologické. Nepříznivé biologické působení, jež může být zdrojem počátku deprese, zahrnuje různá virová onemocnění, onemocnění štítné žlázy, užívání medikamentů na snižování krevního tlaku nebo užívání steroidních hormonů. Mezi biologické vlivy lze též zařadit nepříznivé fyzikální atmosférické jevy, například nedostatek denního světla (Křivohlavý, 2003).

Dále mezi faktory vzniku deprese řadíme vývojové vlivy. Deprivace

základních potřeb v dětském věku může být zdrojem pozdějších negativních dopadů na psychiku dítěte. Nevhodná výchova, ztráta matky, vyrůstání v nepříznivém rodinném prostředí, může vlivem silné stresové zátěže působit depresogenně (Křivohlavý, 2003).

Psychologické faktory působící na jedince mají na zvyšování náchylnosti ke vzniku depresivní poruchy velký vliv. Jednou z nejvýznamnějších psychologických zátěží je ztráta důležité osoby v dětství nebo dospělosti (Poněšický, 2004). V dospělém věku často s rozvojem deprese souvisí ztráta milované osoby, vztahové problémy nebo výrazná změna životního stylu. Významné životní události jsou zdrojem velkého stresu, který může, buď náhle, či jako dlouhodobě se hromadící stres, snižovat psychickou i fyzickou odolnost organismu. Vliv stresových životních událostí může být v průběhu času sčítán, a pravděpodobnost vzniku deprese tak zvýšit. Častou depresogenní událostí bývá období klimakteria u žen či odchod do důchodu a to zejména u mužů (Praško aj., 2003). V seniu je deprese jedním z nejčastějších a nejrizikovějších onemocnění, jež často vede k suicidálnímu jednání (Jirák, 2007).

Sklony k onemocnění depresí mohou mít jedinci vlivem určitých osobnostních charakteristik. Mezi rizikové faktory patří nízké sebevědomí, negativistický pohled na svět, závislost na okolí, zvýšená potřeba uznání a pochvaly, potíže se snášením kritiky, perfekcionismus, neschopnost asertivní komunikace či sebeobviňování (Praško aj., 2003).

Teoretická literatura předkládá množství možných příčin deprese, z nichž nejpravděpodobněji působí kombinace několika nebo všech výše uvedených faktorů. Jako u většiny duševních onemocnění je proto určení přesné příčiny deprese prakticky nemožné.

## 2.4 Teorie vzniku deprese

Vznik deprese můžeme vysvětlit z pohledu různých psychologických či psychoterapeutických škol. V současné době neexistuje jednotná psychoterapeutická teorie deprese, a jednotlivé školy tak nabízejí její vlastní teoretický výklad.

Jedním z významných diskursů, týkajících se vysvětlení vzniku depresivní poruch, jsou kognitivní teorie. A. T. Beck vypracoval kognitivní modely emočních poruch, které daly vzniknout psychoterapeutickému směru kognitivní terapie. Základem tohoto přístupu je především důraz na hledání příčin duševního onemocnění v tzv. nesprávném myšlení, které odpovídá za vznik veškerých emočních poruch. Lidé si utvářejí určité poznávací struktury, které jsou tvořeny na základě zkušeností získanými přesvědčeními o sobě samém, okolí i fungování celého světa. Depresivní jedinec disponuje, pod vlivem dysfunkčních schémat, negativním pohledem na sebe samého, svoji budoucnost i na druhé. Takové vnímání narušuje náladu trpícího, jeho každodenní fungování, sociální vztahy a v neposlední řadě i fyzické zdraví. Zmíněné pesimistické myšlenky se postiženému zpravidla samy vynořují, nazývají se proto myšlenkami automatickými nebo tzv. kognitivními omyly. Jako příklad můžeme uvést často se vyskytující zobecňování, vztahovačnost, nepodložené závěry nebo přehánění negativních zkušeností naproti podceňování zkušeností pozitivních (Sternberg, 2002).

Další teoretickou základnu pro léčbu deprese představuje Gestalt terapie, koncept německého psychiatra F. Perle. Ta vychází z teorie osobnosti člověka jako dynamické struktury, která se v závislosti na interakci s okolím neustále přetváří. Člověk pojmenovává své emoce a dává jim význam na základě osobní zkušenosti. Veškeré psychické dění je řízeno základními emocemi raných životních prožitků při významných ztrátách a pocitech ponížení, bezmoci či bezcennosti. Gestalt terapie pojímá depresi jako

afektivní poruchu, která vzniká aktivací tzv. depresogenních emocionálních schémat uchovávajících časné negativní prožitky v primitivních podobách. Postižený člověk reaguje na současnou situaci naučenými, maladaptivními odpověďmi, které vedou k jeho stereotypnímu depresivnímu reagování (Roubal, 2007).

Psychoanalytické a psychodynamické přístupy vycházejí z prací S. Freuda a jeho konceptu klasické psychoanalýzy. Freud pojímá smutek primárně jako reakci na ztrátu určitého objektu, kterým může být milovaná osoba nebo objekt abstraktního charakteru, jako je ztráta svobody či ideálů. Vlivem takových událostí může u predisponovaných lidí smutek přejít v depresi. K jejímu vzniku dochází v případě, že si jedinec svoji ztrátu neuvědomuje a přestává se zajímat o lidi kolem sebe, okolní svět a pohlcen chorobně smutnou náladou a s beznadějí se uzavírá do sebe. Následuje obviňování sebe sama a sklony k sebenenávisti. Takové výčitky jsou reakcí na přesunutí libida z jednoho objektu na druhý – skryté výčitky vůči ztracenému objektu jsou přesunuty na vlastní Já, které se pro postiženého stává náhradním objektem trápení (Heretik aj., 2007).

Odlíšné pojetí deprese můžeme vidět v poměrně novém psychodynamickém směru interpersonální terapie (ITP). Základní premisou této koncepce H. Sullivana je vznik duševních poruch v kontextu sociálních a interpersonálních vztahů. V porovnání s intrapsychickými aspekty psychoanalytických přístupů je v ITP kladen důraz na jevy interpsychické. Deprese se vyskytuje mezi jedinci s aktuálně narušenými mezilidskými vztahy a nepříznivými psychosociálními zkušenostmi. Nejčastějšími zdroji potíží bývají narušené, frustrující či traumatizující interpersonální vztahy z minulosti. Jejich ničivé důsledky sahající do přítomnosti pak postižený jedinec nezřídka maladaptivním způsobem chování a prožívání sám udržuje (Kratochvíl, 2002).

Existenciální přístupy chápou duševní poruchy ve vztahu k problematice lidského bytí a jeho smyslu, seberealizaci a naplňování individuálních hodnot každého jedince. Daseinsanalytický směr, založený L. Binswangerem a M. Bossem, považuje vznik duševních poruch za narušení chápání a uskutečňování lidské existence. Onemocnění vzniká, když jedinec ztrácí směr svého vývoje, který by měl vést k naplňování jeho možností a k aktualizaci vrozených schopností. Daseinsanalytici nicméně neuznávají obecné teorie duševních poruch, jakož i deprese, a jsou spíše zastánci vytváření samostatné teorie pro každého jedince, pramenící z jeho osobních zkušeností (Kratochvíl, 2002).

Existenciálním směrem V. E. Frankla, vycházejícím z premisy základní lidské potřeby hledání životní smyslu, je logoterapie. Podle tohoto přístupu stojí za vznikem duševních poruch tzv. existenciální frustrace, ke které dochází v případě, že se jedinci nedaří naplňovat touhu po smyslu. Takový člověk pak pochybuje o smyslu svého počínání, o budoucnosti či smyslu celé své existence. Dosáhne-li existenciální frustrace patogenní úrovně, může jít o předpoklad vzniku depresivního onemocnění. Deprese, jako důsledek tzv. existenciální neurózy, je poté dle Frankla častá zejména mezi lidmi současné konzumní společnosti (Yalom, 2006).

Právě život v současné euroamerické konzumní společnosti považují někteří teoretici za jednu z příčin deprese. E. Fromm označuje společnost, která vykazuje nekončící touhu po vlastnění a uspokojování nikdy nenaplnitelných potřeb, za nemocnou (Fromm, 1992). Lidská chtivost vede k nepřátelství a zbytečným sporům jak mezi jednotlivci, tak mezi celými národy. Takové konkurenční boje poté ústí v pocity izolace a prázdnoty lidského spolubytí, které zanechávají jedince ve stavu bezmoci a deprese (Fromm, 1992). Podobně I. D. Yalom vnímá depresi jako onemocnění soudobé blahobytné společnosti zatížené pocity nesmyslnosti lidského bytí

(Yalom, 2006). Podle P. Watzlawika je současná euroamerická civilizace posedlá honbou za štěstím a úspěchem, zároveň se však nejrůznějšími mechanismy udržuje ve svém neštěstí. V tomto duchu Watzlawik píše: „...*bud'me k sobě upřímní: co by z nás bylo a kde bychom asi byli bez svého neštěstí? Je to naše – v pravém slova smyslu – krutá potřeba*“ (Watzlawik, 2010, s. 13).

Výše uvedené teorie představují nejvíce uznávané a nejčastěji citované předpoklady vzniku a udržování depresivního onemocnění. Mnoho dalších teoretiků se pokouší navrhnout pravděpodobný koncept vzniku deprese, aby podle mého názoru došli k závěru, že jsou jednotlivé teorie pouze odlišným způsobem pojmenováním téhož.

## 2.5 Prevalence onemocnění depresí

Podle Světové zdravotnické organizace je deprese celosvětově čtvrtým nejčastějším onemocněním a zároveň nejčastějším onemocněním psychiatrickým. Deprese je rozšířené onemocnění, kterým podle odhadů trpí v současné době více než 350 milionů lidí všech věkových kategorií po celém světě. Jeden milion lidí ročně v důsledku deprese spáchá sebevraždu (WHO, 2012). Prevalence onemocnění z celkové populace je v Evropě větší než 8,5 %. Výskyt onemocnění u ženské populace je více než 10 %, zatímco u mužů je to 6,6 %. (Ayuso-Mateos aj., 2001). Takové zjištění potvrzuje dlouhodobé statistiky, které uvádějí poměr výskytu deprese 2:1 v neprospěch žen. V České republice je podle statistik riziko vzniku onemocnění kolem 5 %. Nedávné výzkumy navíc ukázaly, že přibližně 20 % až 25 % lidí celosvětově v určité chvíli prožívá některé z příznaků deprese (WEBMD, 2012).

Ke vzniku deprese může dojít v jakémkoliv věku. Dle četnosti vzniku však lze určit jako nejrizikovější období mezi 25.–35. rokem života, období klimakteria (u žen) a období stáří. První výskyt depresivní epizody v dětství



také není výjimkou. Depresivní epizody obvykle trvají od 3 do 12 měsíců (v průměru okolo 6 měsíců), po kterých většinou epizoda sama odezní. Deprese mívá dlouhodobý charakter s opakujícími se epizodami v průměru po pěti letech. Riziko recidivy se lineárně zvyšuje s množstvím prodělaných depresivních epizod, které je po první epizodě 50 %, po čtvrté však již téměř 90 % (Svoboda aj., 2006).

Výše uvedené statistiky prevalence depresivního onemocnění zahrnují údaje evidovaných případů ve vyspělých státech i státech třetího světa. Podle nich tvoří konzultace léčby deprese 15 % veškerých návštěv u praktického lékaře (Abas a Broadhead, 1994). Počet diagnostikovaných případů je ale ve srovnání s epidemiologickými výzkumy výrazně nižší (Araya aj., 1994).

Prevalenci deprese ovlivňuje řada faktorů. Na silný kulturní vliv poukazuje například překvapivě nízký výskyt deprese v Japonsku. Počet diagnostikovaných případů se zde pohybuje mezi 1 a 2 %, zatímco suicidalita představuje více než 29 % (zde je zajímavé, že pro sebevražedné jednání je dle statistik třetím hlavním důvodem právě onemocnění depresí) (GUARDIAN, 2010). V zemích třetího světa má na počet diagnostikovaných případů významný vliv zejména extrémní chudoba, násilí a značně omezený přístup k lékařské péči. V oblastech s dostupnou odbornou pomocí je dalším rizikem nesprávná diagnóza. Podle výsledků výzkumu V. Patela je v zemích třetího světa deprese často mylně diagnostikována dle svých somatických projevů. Pocity strachu a smutku jsou často přisuzovány nadpřirozeným silám, zanechávající mnoho případů nediodagnostikovaných (Ayuso-Mateos aj., 2001).

## 2.6 Léčba deprese

*„Poté co objevili všechna slunce  
ve vesmíru a všechny planety  
které těmto sluncím náleží, uvědomili si,  
že ve vesmíru neexistuje žádný jiný život a že jsou v něm úplně sami.  
A byli šťastní, protože tak  
věděli, že záleží jenom na nich,  
jestli najdou to, o čem vždycky snili“* [vlastní překlad autorky této práce].

(Wilson, 1979, s. 93)

### 2.6.1 Farmakologická léčba

První a nejčastější volbou pro léčbu všech typů deprese je podávání antidepresiv. Užívání antidepresiv upravuje hormonální nerovnováhu mozkových chemikálií, která hraje roli při vzniku a udržování deprese. Jedná se zejména o vyrovňování hladiny serotoninu, noradrenalinu a dopaminu, s efektem nastupujícím za 4 až 6 týdnů od prvního podání. V současnosti existuje několik druhů antidepresiv, jejichž terapeutická účinnost je podobná. Liší se však v množství a intenzitě nežádoucích účinků, rychlosti nástupu účinku, pohodlnosti dávkování, ceně a vhodnosti užívání dle celkového zdravotního stavu postiženého (Praško aj., 1999). Léky by se měly užívat dlouhodobě, podle doporučení Státní zdravotnické organizace minimálně 9 až 12 měsíců po odeznění příznaků. Jejich předčasné vysazení způsobuje návrat depresivních příznaků až v 80 % případů (WHO, 2012).

Dostupná antidepresiva lze rozdělit do několika skupin:

- SSRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) jsou v současnosti nejvíce užívanými antidepresivy pro jejich dobrou účinnost a nízkou míru nežádoucích účinků. Jde o antidepresiva 3. generace.
- SNRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu) jsou antidepresiva 4. generace.
- IMAO (inhibitory monoaminoxydázy) jsou velmi účinná antidepresiva zejména pro léčbu deprese s atypickými příznaky. Jejich užívání však vyžaduje dodržování přísné diety, kvůli čemuž se tyto léky příliš neužívají.
- Klasická (tricyklická a tetracyklická antidepresiva) jsou antidepresiva 1. generace, která jsou velmi účinná, avšak vyznačují se velkým množstvím nežádoucích účinků (Honzák, 1999).

## **2.6.2 Psychoterapie deprese**

Léčba deprese pomocí psychoterapie bývá nejčastěji indikována v době, kdy u člověka odeznívá akutní depresivní fáze. V akutní depresivní fázi nebo při hluboké depresi není psychoterapie příliš účinná. Psychoterapie je nástrojem, jak hlouběji porozumět vlastnímu onemocnění. Člověku postiženému depresí může napomáhat ke zjišťování příčin jejího vzniku, poznávání mechanismů jejího fungování či při rozpoznání varovných signálů, které depresivní epizodě předcházejí. Psychoterapie je spolu s léčbou antidepresivy velmi účinná metoda pro léčbu lehké nebo středně těžké deprese, jejichž průběh výrazně zkracuje. Lehké formy deprese lze dokonce léčit psychoterapií i bez užití medikamentů (Kratochvíl, 2003). V současné době existuje přibližně čtyři sta různých psychoterapeutických přístupů, které se liší v pohledu na vznik duševních onemocnění i jejich terapii. Výzkumné

studie ukazují, že vlivem uplatňování společných tzv. účinných faktorů psychoterapie<sup>1</sup> je procento úspěšnosti terapií napříč jednotlivými směry přibližně stejné (Hanušová, 2004).

Jedním z účinných psychoterapeutických přístupů při léčbě deprese je kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Dle KBT je deprese naučenou reakcí na nepříznivé vlivy okolí, které vedou ke vzniku dysfunkčních schémat a tvorbě automatických negativních myšlenek. Léčba vychází z tohoto modelu vzniku a udržování deprese a je zaměřena převážně na řešení aktuální situace postiženého s cílem ovlivnit jeho dysfunkční myšlenková schémata. Jedná se o jasně strukturovanou a direktivní terapii vedoucí ke zvyšování schopnosti klienta rozpoznat logické chyby v myšlení a jejich vliv na vlastní náladu a chování. Důraz je kladen na aktivizaci klienta k samostatnému zvládnání deprese pomocí naučených kognitivně-behaviorálních metod (Praško aj., 1999). Výzkumy ukázaly, že KBT je nejúčinnější u pacientů, kteří externalizují a svoji depresi tzv. projikují (Prochaska a Norcross, 1999). Nevýhodou může být například zaměření KBT pouze na odstraňování symptomů, nikoli na procesy, které je generují (Vágnerová, 2008).

Interpersonální psychoterapie deprese naproti tomu probíhá vždy v rámci psychosociálního či interpersonálního kontextu života určitého pacienta. Vznik deprese můžeme vidět jako následek určité zátěžové situace v rámci interpersonálních vztahů. Může jít například o ztrátu milované osoby, vztahové potíže s blízkými osobami, změnu životní role nebo sociální izolaci. Pro každou z uvedených situací se vypracovává odlišný léčebný postup, který se však vždy odehrává v určitých interpersonálních podmínkách. Cílem léčby je zejména zlepšování stávajících vztahů postiženého, podpora vytváření nových vztahů a efektivnějšího zvládnání mezilidských konfliktů (Praško aj., 2003).

---

<sup>1</sup> Obecné účinné faktory psychoterapie se váží na oblast terapeutické situace, osobnost klienta, osobnost terapeuta a jejich vzájemný vztah (Hanušová, 2004).

Velký důraz na práci s emocemi klade při léčbě deprese psychoterapeutický směr gestalt terapie. Klient pracuje s terapeutem v přítomném okamžiku na uvědomění si dysfunkčních emočních schémat a jejich vlivu na kognitivní i tělesnou složku klientova prožívání. V práci s klientem je důležitá podpora jeho existujících vnitřních zdrojů a utváření zdrojů nových. Cílem terapie je obnova schopností klienta reagovat na vnější podněty dle svých aktuálních potřeb, nikoliv pod vlivem naučených maladaptivních schémat. Proces uvědomování si „primitivních“ emocí, pramenících z potlačených dětských zkušeností, může být pro klienta velmi bolestivý. Gestalt terapie se pro léčbu deprese ukázala jako efektivní, zejména pro podpůrný terapeutický vztah zaměřený na emoce. Dle výzkumu je gestalt terapie nejúčinnější pro léčbu pacientů, kteří tzv. internalizují a vůči terapii vykazují malý odpor (Roubal, 2007). Symptomy deprese jsou z pohledu gestalt terapie považovány pouze za doprovodné jevy, na které se terapie příliš nezaměřuje. Hlavním zaměřením Gestalt terapie jsou spíše procesy, které zmíněné symptomy generují (Kratochvíl, 2002).

Existenciální psychoterapeutický směr Daseinsanalýza pojímá člověka v kontextu jeho tzv. bytí ve světě se snahou o pochopení jeho psychotické či neurotické existence. Cílem terapie je tedy napomoci člověku k porozumění a naplnění jeho jedinečné lidské existence. Hlavním terapeutickým nástrojem je terapeutický vztah mezi klientem a terapeutem, ve kterém dochází k tzv. setkání dvou lidských existencí. Terapeut se pokouší o vcítění do subjektivního prožívání pacienta a za pomoci vnitřní zkušenosti a intuice ho vede k poznání možností jeho bytí. Člověk tak má uskutečňováním těchto možností a budováním zralejšího postoje k životu naplňovat své bytí tak, aby byl sám sebou. Vyléčení se z deprese tak není pouhou adaptací na prostředí, ale přijetí a naplňování vlastní existence v její zvláštnosti a jedinečnosti (Kratochvíl, 2002).

Z pohledu logoterapie je deprese jedním z možných vyústění tzv. existenciální frustrace, při které člověk ztrácí smysl své existence. Logoterapie tak ve své práci pomáhá vysvobodit klienta z frustrace nalezením jeho individuálního životního smyslu. Pátrání po tomto smyslu probíhá prostřednictvím objevování a uskutečňování hodnot a vyšších životních cílů. Depresivní člověk je tak staven před otázku vlastní odpovědnosti za to, čím může být svému životu a ostatním lidem užitečný (Kratochvíl, 2002).

Z výše uvedeného je patrné, že neexistuje jednotná psychotherapeutická teorie deprese, ale více rozličných směrů, z nichž každý se k její léčbě staví odlišným způsobem. Podobně nelze stanovit nejúčinnější psychotherapeutický postup, jehož efektivita se zpravidla odvíjí od kvality terapeutického vztahu a dalších, obecně uznávaných účinných faktorů psychotherapie (viz výše). Určitou roli v efektivitě daného psychotherapeutického směru hraje také charakter potíží postiženého člověka a jeho osobnostní nastavení jako předpoklad vyšší účinnosti jednoho směru oproti směrům ostatním.

### **2.6.3 Podstoupení léčby deprese**

Navzdory velké rozšířenosti duševních onemocnění v čele s onemocněním depresivního charakteru, jejichž počet pod vlivem stárnutí populace, zhoršování sociálních problémů (Švestka, 2000) a tzv. patologického způsobu života v současné konzumní společnosti (Fromm, 1992) neustále stoupá, zůstávají lidé postižení těmito poruchami často bez jakékoli odborné pomoci (Ayuso-Mateos aj., 2001). Úroveň současné medicíny nabízí spolehlivou a účinnou léčbu duševních onemocnění, přesto nedávný výzkum v šesti evropských zemích ukázal, že téměř polovina lidí trpících duševní poruchou není v odborné péči (Ayuso-Mateos aj., 2001). I když počet lidí podstupujících léčbu se v závislosti na stoupající závažnosti onemocnění zvyšuje, ukázalo se, že ve vyspělých státech Evropy a ve Spojených státech amerických je míra léčících se lidí s vážným duševním onemocněním přesto

velmi nízká. Depresivní lidé během prvního roku nemoci vyhledají odbornou pomoc jen v 29–52 % případů s průměrnou délkou odkladu dva roky od počátku nemoci. Vyhledání odborné pomoci je přitom nejdůležitějším začátkem následné léčby a důležitým prvkem prevence suicidálního jednání u depresivních pacientů (Schomerus aj., 2009).

Výzkum T. Burnse ukázal, že existuje několik socio-demografických faktorů, které podněcují včasné vyhledání odborné pomoci pro léčbu deprese. Jsou jimi například: ženské pohlaví, nízký věk, svobodný rodinný stav a vysoká závažnost onemocnění (Burns aj., 2003). Osobní postoje vůči různým druhům léčby (psychosociální či farmaceutické) také mají významný podíl na rozhodnutí využít lékařské péče pro sebe či na doporučení odborné pomoci lidem ve vlastním okolí. V případech doporučení léčby ostatním lidem dle posledních výzkumů obecně převládá preference alternativní a psychologické léčby oproti léčbě farmaceutické, která se však během posledních desetiletí stává stále populárnější. Dalším důležitým faktorem přispívajícím k započetí léčby deprese je víra ve schopnosti praktického lékaře léčit toto onemocnění, následně vedoucí k jeho návštěvě jakožto primárního kontaktu s odbornou péčí (Burns aj., 2003).

## 3 STIGMATIZACE DEPRESE

### 3.1 Stigma jako stereotyp

Stigmatizace duševně nemocných vychází ze stereotypních přesvědčení o této skupině lidí. Kategorie „duševně nemocní“ je označením skupiny lidí, kterou spojuje určitá diagnóza (či diagnózy). Běžně bývá pojmenování určité kategorie označením neutrálním – nehodnotícím. Slovní spojení „duševně nemocní“ je však samo o sobě nositelem negativní konotace implikující stereotypní vidění takto postižených. Stereotypem tohoto označení bývá například přesvědčení o tom, že duševně nemocní jsou nebezpeční, líní či za vlastní postižení sami zodpovědní (Corrigan, 2006).

*„Ať už pozitivní či negativní, stereotyp je příliš silné přesvědčení spojené s nějakou kategorií. Jeho funkce spočívá v tom, že má ospravedlnit (racionálně vysvětlit) naše chování a postoj vůči této kategorii“ (Allport, 2004, s. 215).*

Stereotyp je tedy určitá nálepka pevně spjatá s danou kategorií, která je základem pro utváření stigmatu. Existují stereotypy, které se mohou zakládat na pravdě (Allport, 2004). Tak například o Britech můžeme popravdě říci, že jsou chladnější a odměřenější než Italové či Španělé. Pokud ale prohlásíme, že všichni Britové jsou tzv. suchaři, nadměrnou generalizací a akcentací drobného faktu vytváříme stereotyp. Rozlišení mezi stereotypem a opodstatněnou generalizací je možné pouze tehdy, jsou-li dostupné spolehlivé údaje o výskytu daných charakteristik (Allport, 2004). Stereotypní vnímání duševně nemocných s sebou nese představu, že jsou takto postižení ohrožující, neschopní, slabí nebo zbabělí (Couture a Penn, 2003). Tyto charakteristiky jsou poté stigmatem, se kterým se lidé s duševním onemocněním potýkají.



## 3.2 Vymezení pojmu stigma

Ve starém Řecku bylo slovo stigma označením znaku na těle, který poukazoval na něco neobvyklého či špatného ve vztahu k morálnímu statutu jeho nositele. Taková označení byla vypalována na kůži otroků a zločinců, aby byli na veřejnosti snadno identifikovatelní a lidé se jim mohli vyhnout. V dnešní době je termín stigma užíván v podobném významu, méně však se zaměřením na tělesné aspekty, spíše s důrazem na jeho sociální dopad (Goffman, 2003).

Významný sociolog E. Goffman definuje stigma jako takové označení, které postiženého jedince výrazně poškozují a vylučují ho ze společnosti. Stigma iniciuje proces, při kterém reakce ostatních narušují normální identitu stigmatizovaného jedince (Goffman, 2003). Podle S. Bártlové je stigma označením pro vlastnost jedince nebo skupiny, která ho odlišuje od většiny populace, v níž vyvolává podezření a nepřátelské pocity (Bártlová, 2003). Stigma, s nímž se jedinec potýká například v důsledku nemoci většinou vyvolává mezi tzv. zdravou populací soucit, někdy však též odmítnutí a společenské vyloučení. Role nemocného tak souvisí s rolí psychicky a společensky podřízeného (Bártlová, 2003). V jiné definici je stigma považováno za konstrukt skládající se z nedostatku vědomostí, negativních postojů a snahy vyhnout se jednotlivci či určité skupině lidí (Gyllensten aj., 2011).

Stigma je komplexní pojem, který lze pochopit důkladným porozuměním odpovídajících konstruktů, které stigma jako celek utváří. Jeden z takových strukturovaných přístupů, vycházející z pohledů a zkušeností lidí v komunitě, poskytl rámec pro porozumění stigmatu v souvislosti s řadou aspektů. Struktura je dle něj tvořena jednotlivými dimenzemi, které zahrnují míru viditelnosti a možnost skrytí onemocnění, přítomnost estetických znaků, původ, míru narušování mezilidské komunikace vlivem onemocnění a míru potenciálního ohrožení pro okolí. Obecně lze očekávat nižší míru stigmatizace

u onemocnění, která nejsou na první pohled zřejmá, která se nevyznačují fyzickými znaky, nenarušují komunikaci s druhými a nejsou považována za ohrožující (Barney aj., 2010).

Stigma lze rozdělit na několik elementů, mezi nimiž nelze určit přesnou hranici. Obecně se uvádějí dva druhy stigmatu – vlastní stigma (self-stigma) a veřejné stigma (perceived stigma). Veřejné stigma lze definovat jako domněnku o tom, že ostatní lidé mají stigmatizující přesvědčení a vůči postiženým se proto chovají odmítavě. Jde o zkušenost s nespravedlivým chováním ostatních. Vlastní stigma existuje tehdy, má-li člověk sám negativní pohled na lidi trpící duševním onemocněním. Jedná se o pocity studu a o očekávání diskriminace, které brání lidem hovořit o vlastní zkušenosti a v případě potřeby vyhledat odbornou pomoc. Oba zmíněné druhy stigmatu mají ničující vliv na vyhledání odborné pomoci a sociální podpory postiženými lidmi (Corrigan a Watson, 2002). V textu budu užívat termín stigma ve smyslu vlastního stigmatu a právě na něj se budu v této práci soustředit.

### 3.3 Stigma deprese

*„Všechny naše husy jsou labutě“*

(Burton, 2006, s. 68)

Diagnóza deprese s sebou přináší i břímě v podobě stigmatu spojeného s duševními onemocněními (Ay aj., 2006). Mnoho lidí jedná pod vlivem rigidních, negativních stereotypů vedoucích k diskriminaci postižených. Takové stereotypy mohou vycházet ze zobrazování v médiích (Allport, 2004). Výzkum ve Velké Británii například ukázal, že 66 % veškerých zmínek o duševních onemocněních v britské televizi bylo spojeno s násilím. Takový

mediální obraz pak může přebít i případnou příjemnou osobní zkušenost s nemocným člověkem. Dále může též v lidech vyvolávat pocity úzkosti. Výsledky tohoto výzkumu v několika britských městech poukázal na to, že negativní zobrazování duševních onemocnění v médiích vede ke zhoršování duševního zdraví (Coverdale aj., 2002).

Existují však také názory, že žádné stigma duševních onemocnění neexistuje. Podle zastánců tohoto pohledu je diskriminace postižených lidí nereálná a je založena na chybných výkladech. Lidé si vlivem vlastních přesvědčení mylně interpretují chování okolí vůči nim jako diskriminující, často však jde o chybnou interpretaci (Blumenthal a Endicott, 1996).

Nicméně mnohé výzkumy ukázaly, že široká veřejnost vykazuje vůči lidem s duševním onemocněním negativní reakce (Lai, 2000). Je velmi pravděpodobné, že každý člověk se v životě někdy setká s depresí, ať už v rodině, mezi kolegy a nebo osobně. Stigma a diskriminace je tedy něco, co v určité míře ovlivňuje každého. Obtíže s životem s psychiatrickým onemocněním jsou tak násobeny zkušenostmi s důsledky stigmatu (Wahl, 1999).

Stigmatizace duševně nemocných je výsledkem kognitivních a emocionálních procesů. Tyto procesy se skládají z několika vzájemně se ovlivňujících kroků, jsou jimi: značkování, stereotypní vnímání, separace a následné emocionální reakce vedoucí k diskriminaci stigmatizované skupiny (Schomerus aj., 2009). Nutno zdůraznit, že stigma vzniká na základě psychiatrické „nálepky“, nikoli přítomnosti samotné duševní poruchy. Tento zajímavý poznatek přinesl výzkum, který měřil stigmatizaci duševního onemocnění ve srovnání s kardiologickým (Lai aj., 2000). Duševně nemocní lidé byli obviňováni z neproduktivity, lenosti a slabosti doprovázené duševní nevyrovnaností. Pacienti s kardiologickou diagnózou byli oproti tomu považováni za skutečně nemocné křehké bytosti, kterým každý upřímně rád nabídne pomoc.

Mýty, mylné představy a negativní stereotypy spojené s duševními

poruchami jsou tedy základními činiteli způsobujícími stigmatizaci. Výzkumy prokázaly rozšířenou existenci stigmatizujícího pohledu na depresi po celém světě. Nejrozšířenější studie prováděné v odlišných kulturách došly k závěrům, že lidé s duševní poruchou jsou často spojováni s agresí a pro okolí nebezpečným chováním (srov. Corrigan a Watson, 2002). Závěry studie Marmarské univerzity přinesly informace o tom, že lidé léčící se z deprese bývají považováni za méně emocionálně stabilní než lidé bez depresivního onemocnění (Ay aj., 2006).

Komplexní porozumění stigmatu depresivního onemocnění je založeno na zkoumání jednotlivých faktorů, které příslušné stigma utvářejí. Odborná literatura klade v souvislosti se stigmatem důraz na oblast odpovědnosti (Crocker a Steele, 1998). Pocity viny za vznik a udržování vlastního stavu utvářejí základ pocitu odpovědnosti. Lidé, kteří se domnívají, že mohou svůj stav ovlivnit, mají výraznou reakci na stigma v následujících oblastech: pocity trapnosti, studu a zahanbení; sebeobviňování za neschopnost sebeuzdravení (Wolpert, 2001).

Teorie působení stigmatu hovoří o významném zásahu do společenského života postiženého, zejména o pocitech studu a vlastní nedostatečnosti ve vztahu k ostatním. Uvedené aspekty sociálního života však nejsou pouze důsledkem samotného stigmatu, ale nezřídka se váží k psychiatrické diagnóze jako takové. Na rozdíl od těch, kteří mají viditelné postižení, mohou lidé trpící depresí své potíže před ostatními tajit. Nejen že je takový stav vysilující a zabraňuje sociálnímu chování, ale také redukuje množství příležitostí k seznámení se s lidmi se stejnými obtížemi, což by mohlo být samo o sobě léčivé. Je proto vysoce pravděpodobné, že se lidé s depresí cítí v sociálních situacích nepříjemně a zažívají pocity méněcennosti (Blumenthal a Endicott, 1996).

### **3.3.1 Stigma deprese a jeho dopady na osobnost člověka a jeho okolí**

Stigma způsobuje vážné ekonomické, zdravotní a sociální problémy jak samotnému nositeli, jeho rodině a ošetřovatelům, tak také společnosti jako celku. Zkušenost se stigmatem a jeho diskriminujícími důsledky je velmi osobní, lze jí tedy nejlépe porozumět prostřednictvím těch, kteří měli/mají se stigmatem zkušenost. Stigmatizace omezuje životní možnosti lidí, kteří trpí duševními onemocněními. Negativní vlivy zahrnují sníženou přístupnost k odborné péči o duševní zdraví a psychiatrické léčbě, vedou ke snižování socioekonomického statutu, způsobují zvyšování psychosociálního stresu, zhoršování kvality života a jsou hlavním důvodem odkládání potřebné léčby (Gray, 2002). Příbuzní stigmatizovaných jedinců považují stigma za hlavní příčinu sníženého sebevědomí svých blízkých, jejich potíží s navazováním kontaktů a tendence popírat to, že mají duševní onemocnění (Gyllensten aj., 2011). Podobnou zkušenost uvádí samotní jedinci trpící depresí, dle kterých je stigmatizace odpovědná za jejich pocity ublíženosti, odevzdanosti, vzteku a za snižování jejich sebevědomí. Sedmdesát procent respondentů uvedlo, že se k nim lidé po zveřejnění diagnózy chovali jako k méněcenným a 60 % z nich udalo, že se chvílemi cítili odmítání (Wahl, 1999).

Další oblastí, která je významně ovlivněna stigmatem, je oblast pracovní. Lidé s diagnózou deprese mohou mít potíže s hledáním a udržením zaměstnání (Gray, 2002). Výzkumy ukázaly, že někteří zaměstnavatelé považují lidi s depresí za emocionálně nestabilní, neproduktivní, neschopné a líné (Lai aj., 2000), což možnosti jejich pracovního uplatnění výrazně snižuje. Zde je potřeba brát v úvahu fakt, že depresivní jedinec skutečně může vykazovat sníženou pracovní výkonnost, a proto nemusely být uváděné odmítavé reakce zaměstnavatelů nutně výrazem stigmatizace. Oproti tomu výsledky studie S. Lawrie zřetelně poukázaly na stigmatizaci depresivních lidí v procesu hledání ubytování (Lawrie, 1999). Pronajímatelé bytů uvedli, že by

s vyšší pravděpodobností upřednostnili možnost pronajmout svůj byt někomu, kdo netrpí duševním onemocněním.

Stigma také významně snižuje množství a kvalitu sociálních interakcí (Gray, 2002). Mnohé výzkumy potvrdily (Lai aj., 2000), že lidé označení stigmatem bývají vystavováni sociální distanci a snaze vyhnout se kontaktu s nimi. Lidé s depresí se pak následně mohou vlivem strachu z možné stigmatizace vyhýbat kontaktu s lidmi, chození do společnosti a vstupování do vážných partnerských vztahů. Je však také možné, že podobné vyhýbavé chování může paradoxně stigmatizující reakce okolí ještě podněcovat.

### **3.3.2 Vliv stigmatu na léčbu deprese**

Stigma bylo identifikováno jako jeden z hlavních důvodů velkého množství neléčených případů deprese. Stigma ohrožuje nejen vyhledání odborné péče, ale je též příčinou častého přerušení léčebného procesu (Sirey aj., 2001). Výzkum Carollské univerzity zkoumající míru stigmatizace studentů v psychoterapeutické péči ukázal, že jedinec léčící se z deprese je, oproti jedinci, který se léčí pro fyzické potíže, považován za emočně labilního (Ben-Porath, 2002). K podobnému výsledku došly výzkumy s bosenskými vojáky, kteří by ze strachu ze stigmatizace, na rozdíl od fyzických zdravotních potíží, nevyhledali odbornou pomoc pro léčbu deprese (Burns aj., 2003).

Studie autorky J. A. Sirey, provedená na ambulantních, starších a mladších depresivních pacientech, měřila vliv stigmatu na úspěšnost léčby a její absolvování v plné délce (Sirey aj., 2001). U mladších pacientů byla zaznamenána vyšší míra očekávaného stigmatu než u starších pacientů. Očekávané stigma bylo nicméně předpokladem neúspěšné terapie či jejího přerušení pouze v případě starších pacientů. Výzkum potvrdil, že očekávání možného stigmatu na počátku léčby výrazně ovlivňuje následný pacientův léčebný proces (Sirey aj., 2001). Na úspěšnost terapie však působí množství dalších faktorů, jako je například motivace pacienta k léčbě, jeho spolupráce

či schopnost sebereflexe. V souvislosti s uvedeným výzkumem tak zůstává otázka, nakolik se na neúspěšné léčbě skutečně podílelo samotné stigma a nakolik hrály roli jiné faktory.

Podle autorů výzkumu Australské národní univerzity se rapidně snižuje ochota vyhledat odbornou psychologickou pomoc lidí, kteří vinu za duševní onemocnění přisuzují trpícím, vůči kterým často pociťují zlost (Barney, 2006). Takoví lidé si podobnými postoji vytváří vlastní stigma, často vedoucí k nevyhledání odborné péče v případě potřeby. Pokud má člověk takové stigmatizující vnímání duševně nemocných, v případě možnosti „stát se jedním z nich“ obrací tento postoj vůči sobě samému. Aby se člověk vyhnul identifikaci s touto skupinou, staví se k vyhledání odborné péče odmítavě. Výzkumy ukázaly častý výskyt vlastního stigmatu u depresivních pacientů, kteří trpí pocity viny, studu a zahanbení. Tito pacienti proto věří, že by měli být silní a zvládnout své psychické problémy sami. Oznamit rodině či přátelům své záměry, vyhledat a absolvovat odbornou léčbu by považovali za příliš trapné a za přiznání vlastní slabosti a selhání. Závěry výše uvedených výzkumů potvrzují teorii vzniku stigmatu na základě elementu odpovědnosti za vznik onemocnění.

Jiná šetření, ve kterých byl zkoumán vliv stigmatu deprese na vyhledání odborné péče, došla k opačným závěrům. Zveřejnění diagnózy deprese nebylo předpokladem k odmítnutí či zábránám vůči podstoupení léčby (Jorm aj., 2000). K podobným závěrům došel R. Blumenthal, který se snažil zjistit, proč se více než 55 % procent zkoumaných lidí trpících depresí neléčí (Blumenthal a Endicott, 1996). Předpoklady pro léčbu deprese zahrnovaly předchozí zkušenost s léčbou, vyšší vzdělání a delší depresivní epizodu. Lidé, kteří léčbu podstoupili, uváděli, že byl jejich stav příliš bolestivý, trval příliš dlouho a významně narušoval jejich mezilidské vztahy a běžné fungování. Mezi hlavní důvody neléčené deprese patřilo přesvědčení, že „to lidé dokážou zvládnout sami“, že se nejedná o závažné onemocnění, a

nebo vlastní potíže lidé nepovažovali za projev onemocnění. Negativní vliv stigmatu deprese na podstoupení léčby nebyl významný. Takové závěry se však vlivem velkého množství výzkumů s opačnými výsledky nedočkaly přílišného zájmu ani podpory.

### **3.3.3 Stigma jednotlivých druhů léčby deprese**

L. C. Rush se ve svém výzkumu zaměřila na měření pravděpodobnosti vyhledání různých druhů odborné pomoci pro léčbu deprese a na otázku, jakou roli v tomto rozhodování mezi postiženými hraje stigma (Rush, 2009). Vyhledání profesionální pomoci trpícími se ukázalo jako velmi nepravděpodobné, a to zejména tehdy, pokud se jednalo o pomoc od profesionálů zabývajících se duševním zdravím.

Ve výzkumu s afroamerickými a bělošskými probandy zkoumal L. Givens, zda se míra stigmatu mění v závislosti na jednotlivých způsobech léčby deprese (Givens aj., 2007). Na základě šetření byl zjištěn významný vliv jednotlivých léčebných postupů na míru s nimi spojeného stigmatu. Nejnižší míra stigmatu se objevila u léčby bylinnými preparáty, které byly vnímány jako nejméně škodlivé. Léčba medikamenty byla spojována s vysokou mírou stigmatu, která však byla nejvyšší u léčby deprese využitím odborné pomoci psychiatra či psychologa. Lze předpokládat, že uváděná škodlivost léčebných prostředků se odvíjí od toho, zda je jejich užívání spojeno s určitou psychiatrickou nálepkou, či nikoliv. Pouhé užívání bylinných preparátů pak může působit dojmem, že jejich uživatel ve skutečnosti není psychicky nemocný. Léčba medikamenty oproti tomu prostor pro takové pochybnosti nenabízí. Lidé tak mohou jako škodlivé uvádět ty prostředky, jejichž užívání by je učinilo příslušníky stigmatizované kategorie duševně nemocných.

Jak ukazují výše uvedená šetření, na přijetí a započítání léčby deprese (a jiných duševních onemocnění) má velký vliv stigma spojené s léčbou.



Stigmatizující vnímání se nejčastěji a v nejvyšší míře objevuje u léčby deprese využitím odborné pomoci od profesionálů (Givens aj., 2007). Takový způsob léčby se však paradoxně řadí mezi ty nejefektivnější. Zaměřit se na odstranění tohoto stigmatu by proto mělo být primárním krokem ve snaze zvýšit procento lidí, kteří odbornou pomoc vyhledají. Zatímco poskytování odborné péče významně kvalitu života postiženého zvyšuje, stigma s touto péčí spojené ji naopak oslabuje.

Výzkumy veřejného mínění poukazují na rozdíl mezi tzv. laickým a profesionálním pohledem na depresi a její léčbu. Nedávný výzkum veřejného názoru na depresi ukázal, že lidé nebyli ve více než 70 % schopni rozpoznat depresivní onemocnění (Jorm aj., 2000). Jako vhodnou, nejvíce užitečnou intervenci doporučovali kontaktovat rodinu, přátele nebo využít telefonické poradenství. Pomoc od psychiatrů, psychologů nebo sociálních pracovníků by naopak nedoporučili. Výrazně se názory veřejnosti a profesionálů rozcházejí v případě doporučení vhodného typu léčiv. Profesionálové nejčastěji doporučovali léčbu antidepresivy, zatímco v tzv. laickém pohledu na věc byly pozitivněji hodnoceny vitamíny, minerály a jiné přírodní preparáty (Jorm aj., 2000). Navzdory zjevným rozdílům v pohledu na depresi a její léčbu není stigma spojené s tímto onemocněním vlastní pouze laické veřejnosti.

### 3.4 Výskyt stigmatu u pomáhajících profesí

Lidé trpící depresí se cítí stigmatizováni nejen běžnou populací, ale také ze strany pomáhajících profesionálů (Gray, 2002). Zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové a dokonce i psychiatři mohou mít negativní postoj vůči postiženým depresí. N. Sartorius ve svém článku zdůrazňuje fakt, že donedávna psychiatři v různých zemích požadovali více dnů dovolené a vyšší platy proto, že museli pracovat s duševně nemocnými lidmi (Sartorius,

2002). Obecně lze říci, že se stigma deprese u pomáhajících profesí objevuje ve stejné míře jako u běžné populace (Gray, 2002).

Výzkumné šetření mezi klienty pomáhajících profesionálů přineslo výsledky podporující tuto hypotézu. Mezi pomáhající profesionály byli zahrnuti sociální pracovníci, terapeuti a zdravotní sestry. Jejich chování bylo respondenty označováno jako nevlídné, netolerantní a nevyjadřující pochopení (Angermeyer, 2003). Otázkou však zůstává, zda se zmíněné chování zdravotníků skutečně odvíjelo od jejich negativního pohledu na duševně nemocné, nebo šlo spíše o projevy jejich vlastní nespokojenosti v osobním či profesním životě.

V dalším šetření byli na zkušenosti se zaměstnanci nemocnice dotazováni pacienti přicházející pro pomoc s léčbou deprese do ambulance všeobecné nemocnice (Gray, 2002). Respondenti uváděli, že na ně pomáhající profesionálové reagovali různými negativními projevy od ticha, přes nedůvěru v to, že jsou skutečně nemocní až po zpochybňování jejich zkušeností. Více než polovina oslovených se cítila pomáhajícími profesionály diskriminována, přehlížena a považovala jejich chování za necitlivé. Extrémní výsledky přinesl výzkum mezi studenty medicíny a lékaři. Na otázku názoru na lidi s duševním onemocněním téměř 30 % studentů odpovědělo, že není snadné je mít rád (Fabrega, 1995). Lékaři s dokončeným vzděláním tuto odpověď uváděli dokonce ve více než 55 % případů.

Méně alarmující výsledky přinesl výzkum se studenty různých oborů, kteří se připravovali na dráhu pomáhajících profesionálů (Gyllensten aj., 2011). A. Gyllensten zkoumal přítomnost stigmatu vůči lidem s duševním onemocněním u studentů oboru psychologie, sociální práce, zdravotní sestra, fyzioterapeut a pracovní terapeut. Obecný přívětivý závěr celého výzkumu je nízká míra stigmatu napříč všemi zmíněnými obory. Nejnižší míra stigmatu pak byla naměřena u studentů psychologie a fyziologie, naproti tomu nejvíce prvků stigmatizace projevovali studenti oboru zdravotní sestra (Gyllensten aj., 2011).

Stigma deprese zdravotních profesionálů má na lidi trpící depresí i jejich okolí krucální vliv. Kampaně zaměřené na snižování stigmatu duševních onemocnění by proto měly být primárně cíleny na tuto populační skupinu. Výzkumy poslední doby prokázaly velkou efektivitu těchto kampaní zaměřených na studenty, kteří se na dráhu zdravotních profesionálů teprve připravují.

Jedním z příkladů může být zkušenost se studenty medicíny, kterou popsal P. Ay (Ay aj., 2006). Kampaně na změnu stigmatizujícího pohledu na duševně nemocné, aplikované během studia medicíny, vedly k významnému snížení stigmatu u studentů závěrečných ročníků v porovnání s ročníky prvními. Za hlavní důvod, vedoucí k tomuto zlepšení je považován kontakt a interakce studentů s duševně nemocnými (Gyllensten aj., 2011). Cílem a zaměřením kampaní na snižování stigmatu by proto mělo být postupné snižování odstupů mezi zdravotním personálem a pacienty.

## 4 EMPIRICKÁ ČÁST

### 4.1 Úvod empirické části

Autoři zabývající se zkoumáním stigmatu deprese se ve svých výzkumech zaměřují zejména na poznávání charakteru stigmatu, porozumění jeho jednotlivým složkám, příčinám vzniku a jeho výskytu nejen v běžné populaci, ale také u pomáhajících profesionálů (srov. Gray, 2002). Významnou oblastí výzkumu je též zjišťování dopadů stigmatu deprese na emocionální, zdravotní, behaviorální, sociální a ekonomickou situaci postiženého člověka. Z těchto oblastí je častým předmětem výzkumu jeden z nejvíce ohrožujících důsledků stigmatu, kterým je jeho negativní vliv na podstoupení léčby a její úspěšné absolvování.

Přestože je deprese onemocnění, které lze v současné době efektivně léčit, většina postižených lidí zůstává bez pomoci. Jedním z důvodů malého využití dostupné léčby je stigma spojené s duševními onemocněními: ve studii mezi vysokoškolskými studenty se ukázalo, že depresivní jedinci léčící se z deprese byli považováni za emocionálně labilní na rozdíl od těch, kteří svoje onemocnění neléčili (Ben-Porath, 2002). V následujícím výzkumu se zaměřuji na zmapování situace v této oblasti v České republice.

### 4.2 Výzkumný cíl

Hlavním cílem mého výzkumu je zjistit, zda se u populace studujících vysoké školy v ČR vyskytuje stigmatizující vnímání deprese a zda-li se míra případného stigmatizujícího vnímání lidí trpících depresí liší v závislosti na studijním oboru. Pro hlubší porozumění problematice stigmatu deprese jsem si stanovila tři dílčí cíle.

- a) Zjistit, jaké pocity by sami respondenti, dle jejich názoru, při depresi prožívali
- b) Zjistit, jak se respondenti domnívají, že by se při depresi cítili ve vztahu k ostatním lidem
- c) Zjistit, jak by se při depresi dle jejich názoru respondenti stavěli k vyhledání odborné péče pro její léčbu

Odpovědi na tyto otázky mi pomohou pochopit, zda mají respondenti výzkumné sondy tzv. psychologickou imaginaci – zda si dokážou představit, co onemocnění depresí obnáší. Odpovědi mi též pomohou nahlédnout do emocionální, kognitivní a konativní složky jejich postojů k depresi. Respondenti budou podle oboru studia rozděleni do tří skupin. Odpovědi respondentů budeme mezi těmito kategoriemi porovnávat.

### 4.3 Hypotézy

Na základě předchozích výzkumů byly stanoveny tyto hypotézy:

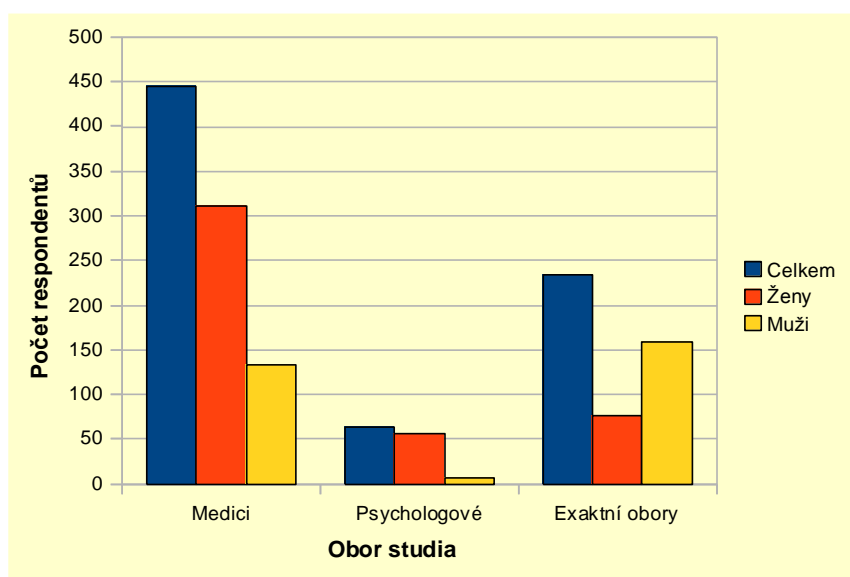
- (H1) Stigmatizace deprese je závislá na studijním oboru.
- (H2) Míra pocitů studu při depresi je závislá na studijním oboru.
- (H3) Míra sebeobviňování za depresi je závislá na studijním oboru.
- (H4) Míra pocitů sociální méněcennosti při depresi je závislá na studijním oboru.
- (H5) Snížená tendence k vyhledání odborné pomoci pro léčbu deprese je závislá na studijním oboru.

## 4.4 Výzkumný soubor

Výběr respondentů do výzkumného souboru jsem provedla za pomoci metody záměrného výběru dle předem stanovených kritérií. Výzkumný soubor zahrnuje studenty různých oborů na vysokých školách v České republice. Výzkumu se zúčastnilo celkem 742 studentů ve věku 17–50 let, jejichž průměrný věk byl 22,85 let (MOD=20 let, MED=25let). Ve vzorku bylo zastoupeno 527 žen a 215 mužů. Jednalo se o studenty prvních až pátých ročníků. Do výzkumu byli zahrnuti studenti medicíny, psychologie, ekonomie, architektury a informatiky z těchto vysokých škol: Univerzita Karlova v Praze, Univerzita Palackého v Olomouci a České vysoké učení technické v Praze.

Podle zaměření studijních oborů byli respondenti rozděleni do tří skupin: studenti psychologie, medicíny a jiných oborů exaktních věd. Jak je patrné z grafu č. 1, první skupinu tvořilo 444 studentů medicíny, z nichž bylo 311 žen a 133 mužů. Druhou skupinou byli studenti psychologie v počtu 63 studentů (57 žen a 6 mužů). Třetí skupina respondentů sestávala z 235 technicky a ekonomicky zaměřených studentů (76 žen a 159 mužů).

Graf č. 1 Rozložení výzkumného vzorku



Studenti medicíny a psychologie byli do výzkumného vzorku vybráni jako budoucí reprezentanti pomáhajících profesionálů a tudíž hlavních poskytovatelů léčby deprese. Studenti technických a ekonomických oborů byli do výzkumného vzorku zahrnuti za účelem získání dat od respondentů, od kterých se očekává spíše laický pohled na zkoumanou problematiku.

## 4.5 Průběh výzkumu

Oslovení respondentů proběhlo hromadným emailem, který byl rozeslán na studijní oddělení jednotlivých oborů s žádostí o jeho rozeslání studentům. Email obsahoval krátké představení probíhajícího výzkumu, odkaz na dotazník a instrukce k jeho vyplnění. Specifikace zkoumané problematiky nebyla předem uvedena, abych se vyhnula možnému ovlivňování odpovědí při vyplňování dotazníku. Respondenti byli informováni o důležitosti jejich odpovědí a byli ujištěni o tom, že jejich odpovědi budou anonymní a získaná

data budou využita pouze pro účely mé bakalářské práce. Anonymita odpovědí byla zajištěna vytvořením a distribucí dotazníku za pomoci veřejné služby Google Docs. Sběr dat byl prováděn od listopadu 2012 do ledna 2013. Z celkového počtu 750 vyplněných dotazníků jich bylo 742 kvalitně vyplněných a postoupených ke zpracování a vyhodnocení. Hlavními důvody pro vyřazení dotazníků bylo jejich nekompletní vyplnění. Relativní nepoměr respondentů v jednotlivých skupinách byl zapříčiněn zejména značnou neochotou studentů psychologie vyplnit obdrženy dotazník a zároveň vysoce spolupracujícími studenty medicíny. Možným příčinám tohoto jevu se budu věnovat v závěru empirické sondy.

## 4.6 Použité výzkumné metody

Za účelem dosažení stanovených výzkumných cílů jsem se v rámci získávání dat pro empirickou část mé bakalářské práce rozhodla použít v rámci kvantitativního výzkumu nejčastěji využívanou metodu dotazníkového šetření. Zvoleným nástrojem je nově vyvinutý nestandardizovaný dotazník na měření stigmatu „Self-Stigma of Depression Scale“ (SSDS) australské autorky L. Barney (Barney aj., 2010). Tento dotazník jsem přeložila z anglického jazyka a pro jeho validizaci jsem použila metodu nezávislého zpětného překladu. Následně jsem jej převedla do elektronické podoby. Celkem dotazník obsahuje 21 položek a jednu krátkou kazuistiku (viz příloha č. I). Prvních pět otázek je zaměřeno na zjišťování identifikačních charakteristik respondentů, jakými jsou pohlaví, věk, obor a ročník studia a dotaz na předchozí setkání s depresí. Po úvodních otázkách následuje krátká kazuistika člověka trpícího depresí, popisující stav deprese dle diagnostických kritérií Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (DSM-IV). Příběh byl upraven tak, aby obsahoval nezbytná diagnostická měřítka a zároveň byl srozumitelný i pro laika. Následuje šestnáct uzavřených otázek



zaměřených na problematiku deprese s odkazem na předchozí kazuistiku. Respondenti byli požádáni, aby se pokusili vcítit se do člověka trpícího depresí a adekvátně tomuto vcítění i odpovídat. Je tedy potřeba brát v úvahu fakt, že jejich odpovědi jsou tím, co si respondenti myslí, že by při depresi prožívali, nikoliv tím, co by skutečně prožívali.

Otázky v dotazníku jsou zaměřeny na čtyři oblasti, ve kterých se může stigma deprese objevit a které lze kvantitativními metodami zjišťovat.

Otázky č. 1–4 se dotazují na to, jaké se respondenti domnívají, že by při depresi měli pocity.

Otázky č. 5–8 zjišťují, zda by se respondenti, dle jejich názoru, cítili vinni za vznik a udržování jejich deprese.

Otázky č. 9–12 zkoumají, jak se respondenti domnívají, že by se při depresi cítili ve společnosti druhých lidí.

Otázky č. 13–16 zjišťují, jak si respondenti představují, že by se stavěli k možnosti vyhledat v rámci léčby deprese odbornou pomoc.

## 4.7 Zpracování dat

Získaná data byla zpracována pomocí popisné a analytické statistiky, za pomoci programu Excel a statistického programu StatGraphics Plus. Pro vyjádření souhlasu či nesouhlasu v odpovědích na výše uvedené otázky byla použita pětistupňová škála Likertova typu (1=naprosto souhlasím, 2=souhlasím, 3=nevím, 4=nesouhlasím, 5=naprosto nesouhlasím). Analýza dat proběhla užitím testů ANOVA a T-test. Pro výpočet korelačních koeficientů byl použit Pearsonův korelační koeficient.

## 5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

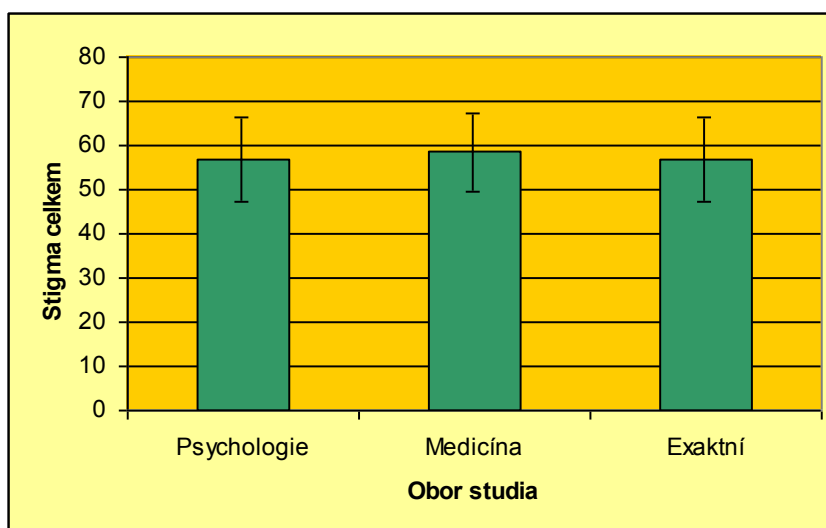
Na základě předchozích výzkumů lze předpokládat, že se určitá míra stigmatizace deprese bude vyskytovat u studentů všech kategorií. Dále také předpokládáme, že se budou mezi odpověďmi studentů různých oborů vyskytovat rozdíly. Při interpretaci výsledků výzkumu jsem vycházela ze stanovených výzkumných cílů.

### 5.1 Stigmatizace deprese podle studijních oborů

Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, zda studenti vysokých škol mají stigmatizující reakce vůči lidem s depresivním onemocněním. Dále jsme se zaměřili na zjišťování rozdílů ve stigmatizaci deprese mezi respondenty různých studijních oborů.

U všech tří kategorií byla zjištěna relativně vysoká míra stigmatizace, která se v možném rozpětí skóre od 16 (nízká míra stigmatu) do 80 (vysoká míra stigmatu) pohybovala v průměru kolem skóre 57,78. Graf č. 2 ukazuje míru stigmatu spojeného s depresí podle jednotlivých studijních oborů. Nejvyšší míra stigmatu je patrná u studentů medicíny s průměrným skóre 58,41 (SD=8,92) na rozdíl od studentů exaktních oborů, u nichž bylo průměrné skóre 56,81 (SD=9,66) a studentů psychologie (56,90, SD=9,68).

Graf č. 1 Stigma deprese u studentů vysokých škol v závislosti na studijním oboru



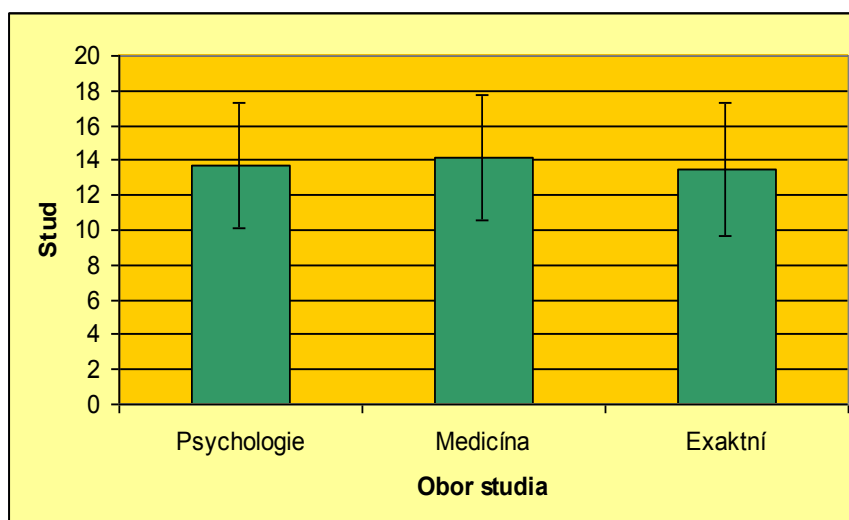
Při srovnání hodnot stigmatu mezi všemi jednotlivými obory nebyla zjištěna statisticky významná závislost stigmatizace na studijním oboru ( $F=2,61$ ,  $p=0,0743$ ). Opačné výsledky přineslo srovnání stigmatizace mezi obory s největším rozdílem v míře naměřeného stigmatu. Ukázalo se, že studenti medicíny vyjadřují výrazně větší stigma deprese než studenti exaktních oborů ( $t=-2,10$ ,  $p=0,0359$ ). Mezi ostatními dvojicemi oborů nebyly zjištěny významné rozdíly.

## 5.2 Pocity studu při depresi

Jedním z dílčích cílů výzkumu bylo zjistit, zda se studenti vysokých škol domnívají, že by při depresi prožívali pocity studu. Výsledky poukazují

na relativně vysokou celkovou hodnotu naměřeného studu, která na možné škále od 4 (nízká míra studu) do 20 (vysoká míra studu) odpovídá průměrnému skóre 13,89. Z grafu č. 2 je patrné, že nejvíce pocitů studu by při depresi prožívali studenti medicíny s průměrným skóre 14,13 (SD=3,62), následováni studenty psychologie (13,71, SD=3,64) a studenty exaktních oborů (13,47, SD=3,79).

Graf. č. 2 Studenty prožívané pocity studu při depresi dle studijních oborů

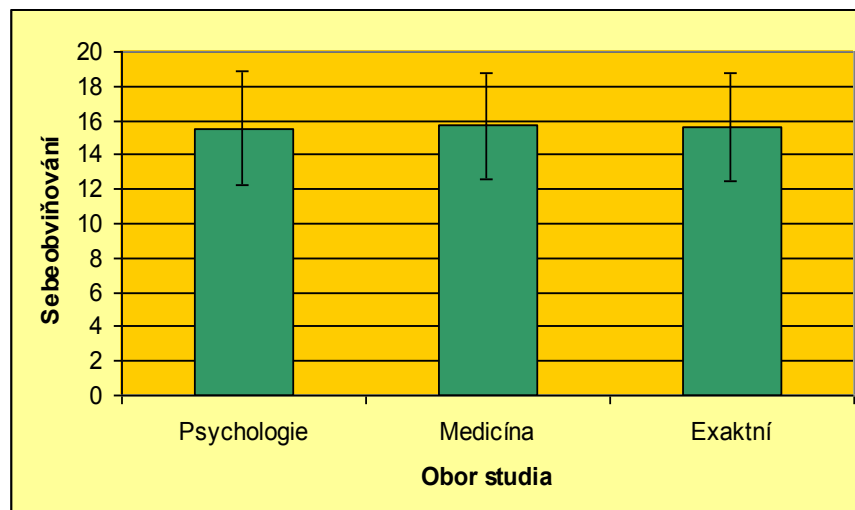


Porovnání míry prožívaného studu při depresi mezi studenty všech tří skupin ukázalo, že míra studu není závislá na studijním oboru ( $F=2,59$ ,  $p=0,0758$ ). Nicméně, při porovnání výsledků skupin s největším rozdílem se ukázalo, že studenti medicíny se ve vyšší míře než ostatní domnívají, že by se za depresi styděli ( $t=-2,21$ ,  $p=0,0277$ ). Mezi ostatními dvojicemi skupin nejsou statisticky významné rozdíly.

### 5.3 Sebeobviňování za depresi

Dalším dílčím cílem výzkumu bylo zjistit, zda se respondenti domnívají, že by se za svoji depresi obviňovali a cítili by se sami sebou zklamáni. Ukázalo se, že všechny skupiny studentů vykazují relativně vysokou míru sebeobviňování za onemocnění deprese, s celkovým průměrným skóre 15,66 dosaženým na možné škále od 4 (nízká míra sebeobviňování) do 22 (vysoká míra sebeobviňování). Z grafu č. 3 je patrné, že nejvyšší míru sebeobviňování vykazují studenti medicíny s průměrným skóre 15,68 (SD=3,09) které následují s jen o tři desetiny nižším skóre studenti exaktních oborů (15,65, SD=3,13) a nejnižším skóre studenti psychologie (15,56, SD=3,36). Rozdíly mezi naměřenými hodnotami u jednotlivých skupin nejsou statisticky významné ( $F=0,05$ ,  $p=0,9516$ ).

Graf č. 3 Sebeobviňování studentů za depresi dle studijních oborů

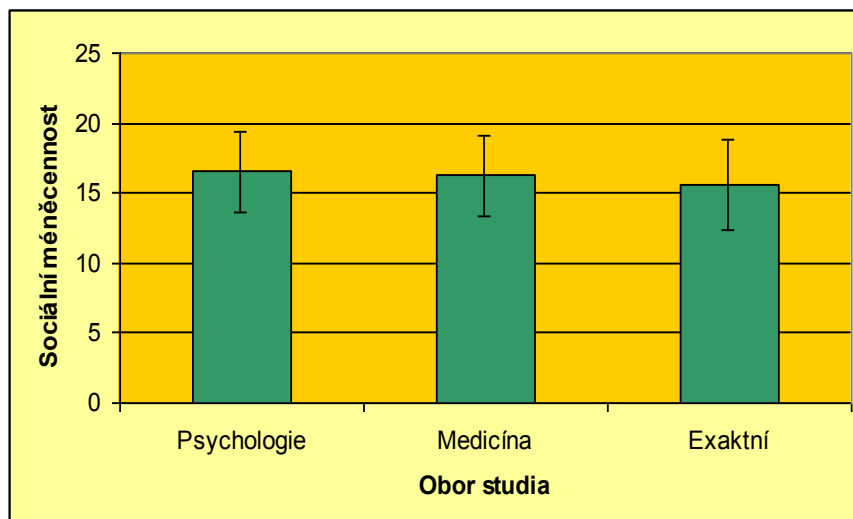


## 5.4 Pocity méněcennosti v sociálních interakcích

Dalším dílčím cílem bylo zjistit, zda by se (dle jejich představ) respondenti při depresi cítili ve vztahu k ostatním lidem méněcenní a zda by se cítili ve společnosti neadekvátně. Výsledky poukazují na to, že si studenti všech tří skupin představují, že by při depresi prožívali ve vztahu k ostatním lidem pocity méněcennosti. Na možné škále hodnot 4–20 bylo průměrné skóre všech tří skupin 16,09, což ukazuje na relativně vysokou míru pocíťované méněcennosti (4=nízká míra méněcennosti; 20=vysoká míra méněcennosti).

Graf č. 4 ukazuje, že nejvíce by se při depresi cítili mezi ostatními méněcenní studenti psychologie (16,51, SD=2,83), následováni studenty medicíny (16,28, SD=2,88) a s nejnižším skóre sociální méněcennosti studenti exaktních oborů (15,63, SD=3,23).

Graf č. 4 Pocity sociální méněcennosti studentů při depresi dle studijních oborů

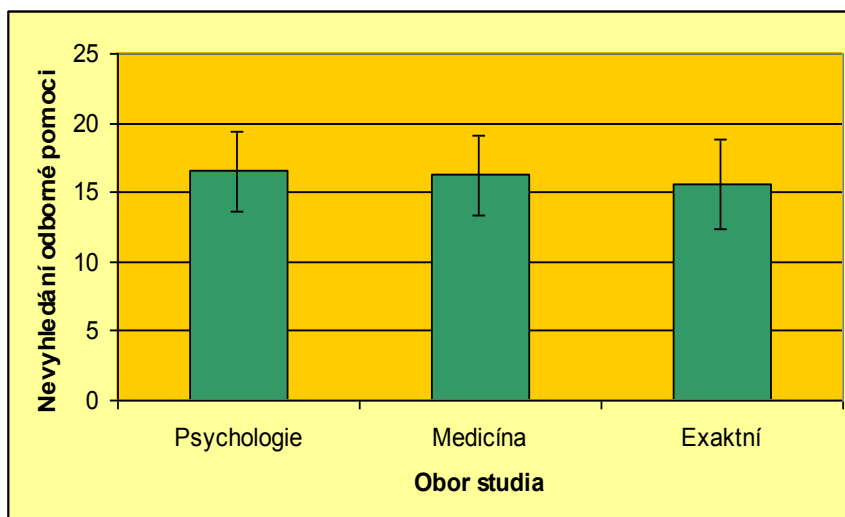


Porovnání rozdílů mezi skóry méněcennosti všech tří skupin respondentů ukázalo, že mezi nimi existují statisticky významné rozdíly ( $F=4,23$ ,  $p=0,0149$ ). Úroveň domněle prožívané sociální méněcennosti je tedy závislá na studijním oboru. Ukázal se statisticky významný rozdíl v míře sociální méněcennosti u dvojic studentů exaktních oborů a psychologie ( $t=-2,66$ ,  $p=0,0105$ ) a studentů exaktních oborů a medicíny ( $t=-2,11$ ,  $p=0,0370$ ). Rozdíl míry sociální méněcennosti mezi studenty medicíny a studenty psychologie statisticky významný není.

## 5.5 Vyhledání odborné pomoci pro léčbu deprese

Dalším cílem bylo zjistit, zda by respondenti při depresi vyhledali odbornou pomoc pro její léčbu (zda se tak domnívají). Výsledky naznačují, že stigma deprese nemělo výrazně negativní vliv na vyhledání odborné pomoci ani u jedné ze tří zkoumaných skupin s průměrným skóre 12,13 na možné škále od 4–20 (4=vyhledání pomoci; 20=nevyhledání pomoci). Jak můžeme vidět na grafu č. 5, nejvíce zábran vyhledat odbornou pomoc by měli studenti medicíny (12,31,  $SD=3,90$ ) následováni studenty exaktních oborů (12,06,  $SD=4,23$ ). Studenti psychologie by se bránili podstoupení odborné léčby nejméně (11,13,  $SD=3,75$ ).

Graf č. 5 Zábrany vyhledat odbornou pomoc pro léčbu deprese dle studijních oborů



Při srovnání všech tří skupin se ukázalo, že vliv deprese na vyhledání odborné pomoci nezávisí na studijním oboru ( $F=2,49$ ,  $p=0,0837$ ). Nicméně, porovnáním rozdílů mezi dvojicemi skupin ukázalo, že mezi studenty psychologie a mediky je statisticky významný rozdíl ( $t=2,34$ ,  $p=0,02118$ ). Studenti psychologie (11,13,  $SD=3,75$ ) by při depresi vyhledali odbornou pomoc spíše než studenti medicíny (12,31,  $SD=3,90$ ). Mezi ostatními dvojicemi oborů nejsou ve snížené tendenci vyhledat při depresi odbornou pomoc statisticky významné rozdíly.

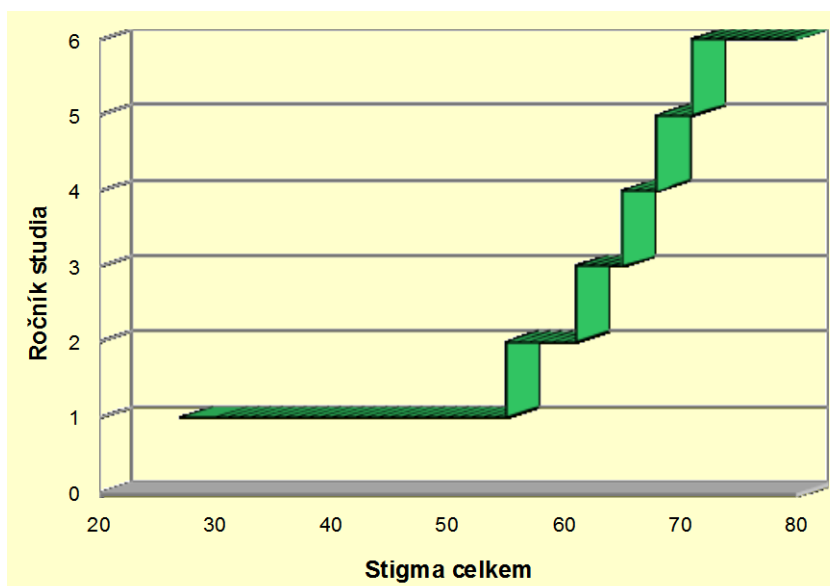
## 5.6 Stigmatizace podle demografických údajů

Dále jsem zjišťovala, zda je stigmatizující vnímání deprese závislé na věku respondentů. Výsledky korelační analýzy ukázaly, že věk významně koreluje s mírou vyjádřeného stigmatu. Čím vyšší je věk respondentů, tím



méně stigmatizující pohled mají vůči lidem trpícím depresí. Věk také významně koreluje s aspektem stigmatu deprese, kterým je tendence k vyhledání odborné pomoci pro její léčbu. Ukázalo se, že s rostoucím věkem se zvyšuje pravděpodobnost, že by studenti při depresi vyhledali odbornou pomoc. Čím jsou studenti starší, tím méně by před ostatními tajili, že své onemocnění nezvládají. Tím méně by se také styděli podstoupit profesionální léčbu deprese a říci o jejím započetí lidem ve svém okolí. Starší studenti by se považovali, pokud by měli užívat antidepresiva, za méně slabé než jak tomu je dle výzkumné sondy u mladších studentů.

Graf č. 6 Závislost stigmatu deprese na ročníku studia



Analýza korelací stigmatu deprese a věku respondentů podle jednotlivých oborů poukázala na drobné mezioborové odlišnosti. Podobně jako u celkové korelace všech tří skupin studentů a jejich věku je u studentů exaktních oborů významná korelace mezi věkem a tendencí vyhledat

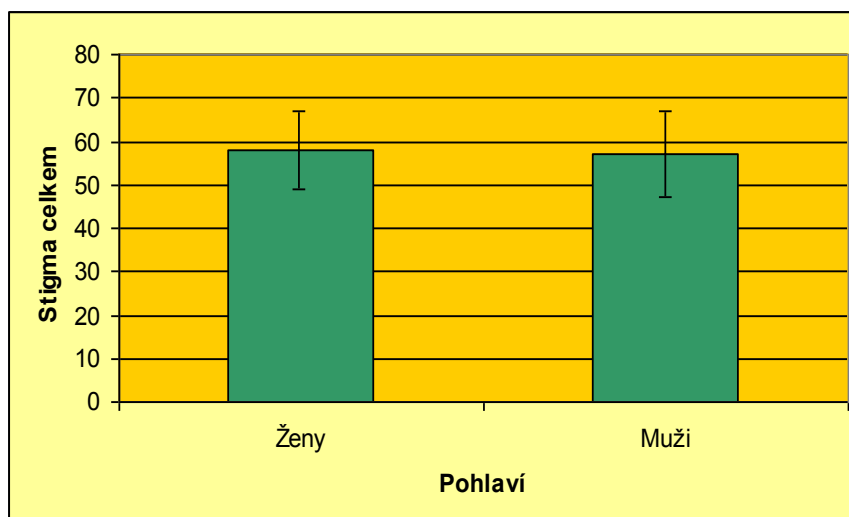
profesionální léčbu deprese. Čím jsou studenti exaktních oborů starší, tím spíše by podstoupili odbornou léčbu. U studentů medicíny a psychologie není mezi věkem a tendencí vyhledat odbornou pomoc významná korelace.

Další otázkou je, zda se mezi studenty míra stigmatizace lidí s depresí liší v závislosti na ročníku studia. Výsledky korelační analýzy ukázaly, že mezi studenty všech tří skupin není míra stigmatu deprese závislá na jejich studijním ročníku. Nicméně ročník studia se ukázal být významným korelátem pocitů sociální méněcennosti ( $r=0,0838$ ) a tendencí vyhledat pro léčbu deprese odbornou pomoc ( $r=-0,1142$ ).

Čím vyšší ročník studia, tím více pocitů méněcennosti mezi ostatními lidmi by studenti při depresi prožívali (domnívají se, že by prožívali). Studenti ve vyšších ročnících by měli při depresi pocit, že nejsou pro ostatní dobrou společností a jsou lidem spíše na obtíž. Dále by se mezi ostatními cítili nedostatečně a domnívali by se, že nejsou schopni se společensky angažovat. Oproti tomu se ukázalo, že čím je vyšší ročník, který studenti studují, tím vyšší je pravděpodobnost, že by při depresi vyhledali odbornou pomoc. Studenti vyšších ročníků by se oproti studentům nižších ročníků méně styděli za svoji depresi a za to, že se z ní sami nejsou schopni vyléčit, a vyhledali proto odbornou pomoc. V čím vyšším ročníku studia studenti jsou, tím méně pocitů slabosti by prožívali při užívání antidepressiv.

Dále jsem zjišťovala, zda se stigmatizace deprese liší v závislosti na pohlaví respondentů. Výsledky ukázaly, že ženy mají více stigmatizující pohled na lidi trpící depresí než muži (graf č. 8). Na možné škále 16–80 (16=nízké stigma; 80=vysoké stigma) dosahovaly ženy průměrného skóre 58,1, zatímco muži 57,2. Na hladině významnosti  $\alpha=0,05$  však rozdíl mezi pohlavími není statisticky významný ( $t=-1,17$ ,  $p=0,2438$ ).

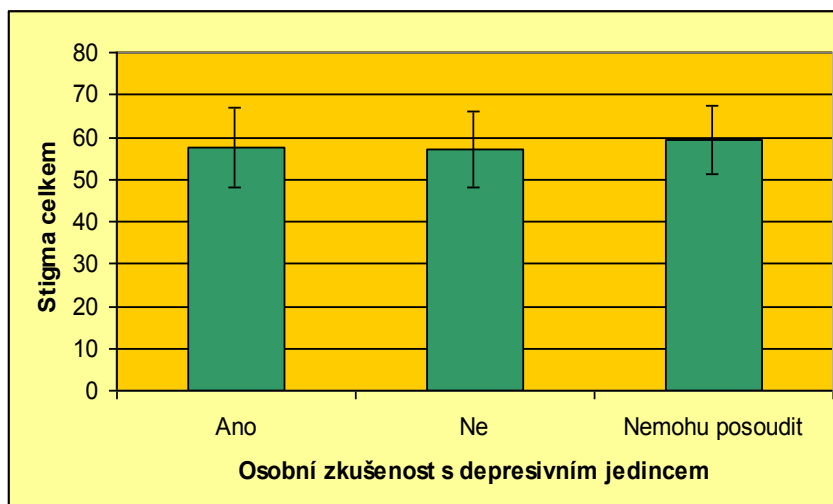
Graf č. 7 Stigma deprese podle pohlaví respondentů



## 5.7 Vliv osobní zkušenosti s člověkem s depresí na stigmatizaci

Jedna z otázek byla zaměřena na to, zda respondenti znají někoho, kdo trpí/trpěl depresí. Zkoumala jsem, jaký má tento aspekt vliv na stigmatizaci deprese. Téměř 70 % respondentů zná někoho, kdo trpí/trpěl depresemi. Více než 16 % respondentů se s takovým člověkem nesetkalo a 14,3 % jich uvedlo, že to nedokáže posoudit. Výsledky ukázaly významný vliv osobní zkušenosti s člověkem trpícím depresí na stigmatizaci takto postižených. Z grafu č. 8 lze vyčíst, že nejvyšší míra stigmatizace byla naměřena u studentů, kteří na otázku, zda znají někoho s depresí, odpověděli, že to nemohou posoudit (59,46, SD=8,03). Druhá nejvyšší míra stigmatizace je patrná u studentů, kteří někoho s onemocněním depresí znají (57,59, SD=9,49). Nejméně stigmatizující pohled na lidi s depresí mají studenti, kteří se osobně s nikým takto postiženým nesetkali (57,14, SD=9,15). Na hladině významnosti  $\alpha=0,05$  není statisticky významný rozdíl ve stigmatizaci deprese podle kritéria osobní zkušenosti s člověkem s depresivním onemocněním.

Graf č. 8 Stigma deprese podle osobní zkušenosti s člověkem postiženým depresí

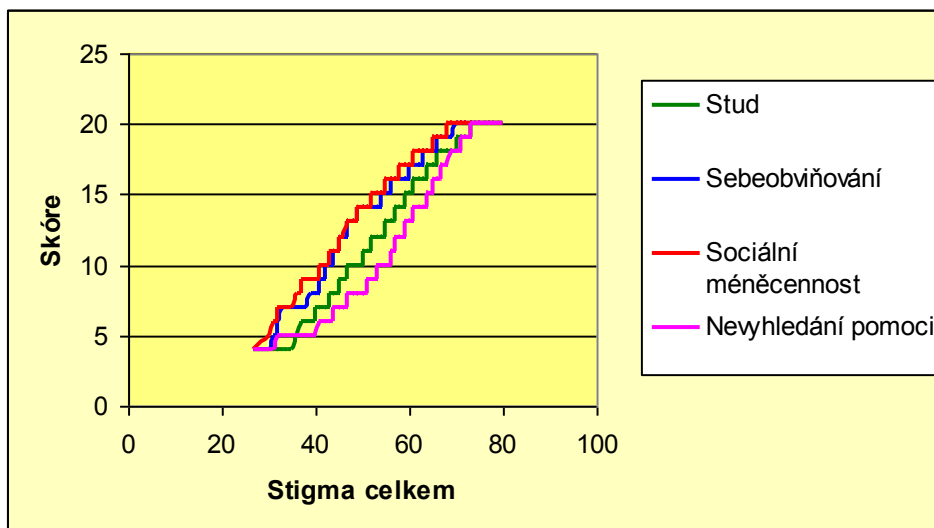


## 5.8 Další významné korelace oblastí stigmatu

Výsledky korelační analýzy ukázaly, že míra deprese zpravidla souvisí s jeho jednotlivými oblastmi (viz graf č. 9). Jak se dalo předpokládat, se stoupající mírou stigmatizace zpravidla roste i naměřené skóre v oblastech, které stigmatizující pohled utvářejí. Čím více stigmatizující pohled studenti na depresi mají, tím více by se sami za takové onemocnění styděli ( $r=0,7820$ ), tím více by byli při depresi sami sebou zklamáni ( $r=0,5268$ ) a tím podřadněji by se tak cítili ve vztahu k ostatním ( $r=0,5919$ ). Se zvyšující se mírou stigmatizace by studenti při depresi cítili větší pocity viny a odpovědnosti za toto onemocnění a tím neschopněji by se cítili sami sebe uzdravit. Se zvyšováním míry stigmatu by se také studenti v případě onemocnění depresí cítili ostatním více na obtíž, považovali by se za horšího společníka a tím více by se cítili mezi ostatními nedostatečně pro neschopnost společensky se angažovat. Dále se také s rostoucím stigmatem zvyšují zábrany v případě potřeby vyhledat odbornou pomoc pro léčbu deprese ( $r=0,7352$ ), což by

studenti považovali za trapné a za výraz slabosti.

Graf č. 9 Závislost stigma deprese a jednotlivých oblastí stigma



Všechny jednotlivé oblasti stigma (pocity studu za vlastní onemocnění, pocity viny a odpovědnosti za jeho vznik, neschopnost sám/sama sebe uzdravit, pocity sociální nedostatečnosti a zábrany podstoupit léčbu) mezi sebou navzájem velmi silně korelují. Jediné dvě oblasti stigma, které spolu nekorelují, jsou sebeobviňování se za vznik a udržování deprese a oblast pocitů sociálního selhávání a nedostatečnosti ( $r=0,0654$ ).

## 6 ZÁVĚR VÝZKUMNÉ SONDY

### 6.1 Vliv studijního oboru na stigmatizaci deprese

Výsledky výzkumné sondy ukázaly, že se mezi studujícími vysoké školy vyskytuje stigmatizující vnímání deprese. Analýza dat přinesla poznatky o přítomnosti a míře výskytu jednotlivých aspektů stigmatu a o jejich vzájemných korelacích. Dále vyšlo najevo, že existují určité mezioborové rozdíly v pohledu na depresi mezi studenty medicíny, psychologie a studenty exaktních oborů.

Studenti všech tří oborů vykazují v pohledu na depresi určitou míru stigmatizace. Na jejich relativně vysokou míru stigmatu lze usuzovat z úrovně naměřených hodnot vzhledem k jejich možnému rozpětí. Z tohoto pohledu se vyskytuje značně stigmatizující vnímání deprese u všech skupin studentů. Takové zjištění je v souladu s teoretickým předpokladem, podle kterého s sebou psychiatrická diagnóza přináší i značnou zátěž v podobě s ní spojeného stigmatu (Allport, 2004). Odpovědi studentů v této studii, poukazující na stigma diagnózy deprese, jsou totožné s výsledky studie O. Wahla, podle něhož zaujímají lidé vůči trpícím depresí negativní postoj (Wahl, 1999). Podle mého názoru stojí za existencí stigmatu všeobecně nízká informovanost lidí o depresi, kteří si tak chybějící informace doplňují utvářením nepodložených domněnek. Domnívám se, že lidem chybí zejména příležitost pro setkání se s těmi, kteří si prošli depresí a dokázali se z ní vyléčit.

Přítomnost stigmatu deprese u skupiny studentů exaktních oborů je ve shodě s mnohými výzkumy zabývajícími se stigmatem duševních onemocnění, v jejichž rámci se ukázalo, že široká veřejnost vykazuje vůči postiženým depresí negativní a odmítavé reakce (Lai aj., 2000; Wahl, 1999; Ay aj., 2006). Stigmatizující pohled na depresi zjištěný mezi studenty psychologie a medicíny, je potvrzením předchozí studie M. Angermeyera

mezi studenty pomáhajících profesí, jejichž chování vůči lidem s depresemi bylo označováno jako nevlídné, nechápavé a nevyjadřující podporu (Angermeyer, 2003). Zajímavým navazujícím výzkumem by byla analýza možných příčin stigmatu deprese u pomáhajících profesionálů. Domnívám se, že jejich stigmatizující chování má negativní vliv nejen na léčbu depresivních jedinců, ale vede také k negativnímu ovlivňování pohledu laické veřejnosti na takto nemocné.

V mezioborovém srovnání všech tří skupin studentů byla zjištěna podobná míra stigmatu u studentů medicíny, psychologie i u studentů exaktních oborů. Takový výsledek by poukazoval na to, že první hypotéza (H1), předpokládající závislost stigmatizace deprese a studijního oboru, nebyla potvrzena. Nicméně podíváme-li se na hodnoty naměřeného stigmatu u studentů medicíny a studentů exaktních oborů zjistíme mezi nimi významný rozdíl. Nejvíce odpovědí poukazujících na negativní pohled na depresivní onemocnění uváděli studenti medicíny. Takové zjištění je v souladu s výsledky studie P. Aye a kolektivu, zabývající se postojem studentů medicíny k lidem s psychiatrickou diagnózou oproti diagnóze nep psychiatrické, kdy respondenti psychiatrické pacienty odsuzovali a měli o nich stigmatizující mínění (Ay aj., 2006). Oproti tomu nejméně stigmatizujících odpovědí uváděli studenti exaktních oborů. Takový poznatek můžeme vidět v protikladu se závěry studie A. Graye, dle kterých se stigma deprese objevuje u pomáhajících profesionálů ve stejné míře jako u běžné populace (Gray, 2002).

Domnívám se, že studenti medicíny vykazovali nejvyšší míru stigmatizace z toho důvodu, že se pod vlivem svých studií zabývají spíše fyzickou než psychickou stránkou člověka. Obtížně měřitelná duševní onemocnění tak pro ně mohou mít nádech určité nepravosti a slabosti jejich nositele. Jedná se však o pouhé domněnky, pro jejichž ověření by bylo nutno uspořádat navazující výzkum věnovaný této tematice.

## 6.2 Vliv stigmatu deprese na prožívání a chování stigmatizovaných

Pro podrobnější seznámení se stigmatem deprese se tato výzkumná sonda zaměřila na jednotlivé oblasti, které koncept stigmatu utvářejí. Vybrané aspekty stigmatu byly také sledovány ve vztahu k jejich závislosti na studijním oboru. Studenti všech tří skupin ve svých odpovědích uváděli, že kdyby oni sami trpěli depresí, styděli by se za to. Studenti ve velké míře uváděli, že by byli sami ze sebe zklamáni, cítili by se trapně a za onemocnění by se styděli. Výše uvedené pocity uváděli v obdobné míře studenti všech skupin bez statisticky významného rozdílu mezi studijními obory. V souladu s druhou hypotézou (H2) však porovnání odpovědí skupin studentů s největším rozdílem naměřeného studu ukázalo, že jsou mezi studenty medicíny a studenty exaktních oborů statisticky významné rozdíly. Studenti medicíny by se za svoji depresi styděli výrazně více než studenti exaktních oborů.

Další oblastí stigmatu, které se věnoval tento výzkum, je otázka sebeobviňování za vznik a udržování deprese. Ze získaných odpovědí je patrné, že by se studenti, bez ohledu na obor studia, za svoji depresi obviňovali a domnívali by se, že by měli být schopni se s ní sami vypořádat. Tyto výsledky nepodpořily stanovenou hypotézu (H3), že sebeobviňování se za depresi závisí na studijním oboru. Jsou však důležitým zdrojem informací o významu tohoto aspektu v celkovém konceptu stigmatu duševní nemoci.

V otázkách pocitů sociální méněcennosti při depresi se ukázalo, že kdyby studenti trpěli depresí, považovali by se za špatné společníky, kteří nejsou schopni společensky se angažovat, a jsou tak spíše ostatním na obtíž. Takové výsledky jsou podobné u všech tří skupin studentů. Jako potvrzení stanovené hypotézy (H4) lze pozorovat významné rozdíly mezi studenty psychologie, u kterých jsme zaznamenali nejvyšší míru předpokládané sociální méněcennosti a studenty exaktních oborů, kteří by se méněcennými cítili naopak nejméně. Podobné rozdíly lze také vidět mezi studenty medicíny,



kteří by se cítili ve společnosti neschopní a méněcenní výrazně více než studenti exaktních oborů. Zdá se pravděpodobné, že studenti psychologie a medicíny mají o duševních onemocněních dostatečné povědomí na to, aby se obávali případné stigmatizace od lidí v jejich okolí. U studentů exaktních oborů oproti tomu můžeme předpokládat, že jejich znalost v této oblasti nedosahuje úrovně, kdy by mohli stigmatizující postoje okolí očekávat.

Mnoho předchozích výzkumů se zabývalo vlivem stigmatu na podstoupení léčby deprese. Jde o důležitý aspekt stigmatizace, kterému se tato výzkumná sonda věnovala a v této oblasti přinesla překvapivé výsledky. Nutno podotknout, že domnívají-li se respondenti, že by nevyhledali odbornou pomoc, pravděpodobně by ji skutečně nevyhledali. Jde však o domněnku, kterou by bylo nutné ověřit výzkumem.

Ve srovnání s ostatními zkoumanými aspekty stigmatu a jeho celkového skóre, je výše naměřeného negativního vlivu na vyhledání odborné pomoci u studentů všech studijních oborů relativně malá. Vlivem stigmatu mají nejvíce zábran vyhledat profesionální léčbu deprese studenti medicíny, kteří by se paradoxně stavěli odmítavě i k užívání antidepresiv. Je pravděpodobné, že v přísně subjekt-objektovém vztahu lékař pacient je pro studenty medicíny představa identifikace se skupinou „těch druhých“ velmi obtížná. Studenti psychologie by oproti tomu byli stigmatem ovlivnění nejméně a měli by tak nejméně zábran vyhledat pro léčbu deprese odbornou pomoc. Rozdíly mezi těmito dvěma skupinami studentů jsou statisticky významné, zatímco při srovnání všech skupin studentů pravděpodobnost vyhledání odborné pomoci na oboru závislá není. Stanovenou hypotézu (H5) tak lze potvrdit jen částečně.

Vzhledem k rozdílným výzkumným metodám ověřování vlivu stigmatu na léčbu v předchozích studiích a studii současné nelze tento zajímavý závěr porovnávat. Z obecnějšího hlediska však můžeme uvést, že zjištěná míra vlivu stigmatu na vyhledání pomoci potvrzuje předchozí výzkumy, které identifikovaly stigma jako významný faktor podstoupení

léčby či jejího přerušení (např. Burns aj., 2003; Sirey aj., 2001). Nicméně relativně vysoká míra pravděpodobnosti, že by respondenti pro léčbu deprese vyhledali odbornou pomoc naznačuje podobné závěry, k jakým dospěl ve svém výzkumu R. Blumenthal (Blumenthal a Endicott, 1996). Ve své studii s depresivními pacienty zjistil, že podstoupení léčby neohrožuje pouze stigma, ale i další faktory, jako je předchozí zkušenost s léčbou či délka depresivní epizody.

V současném výzkumu se otázky týkající se léčby deprese vztahovaly zejména k využití odborné léčby za pomoci pomáhajících profesionálů. Odmítavé odpovědi respondentů na možnost profesionální léčby jsou tak potvrzením výsledků studie J. Givense, který zjišťoval, jaký způsob léčby je nejvíce stigmatizující (Givens aj., 2007). Navzdory její efektivitě respondenti vyjadřovali oproti ostatním způsobům léčby největší stigma právě u léčby profesionální. Z výše uvedeného je zřejmé, že pro větší využití odborné pomoci pro léčbu deprese je nutno se zaměřit na odstranění tzv. psychiatrické nálepky, která činí tento nejefektivnější způsob léčby pro mnohé nepřijatelným.

Mezi jednotlivými oblastmi stigmatu byly zjištěny souvislosti, které vypovídají o významu vlastní odpovědnosti za vznik onemocnění. Silné korelace byly zaznamenány zejména mezi odpověďmi studentů, v nichž uvádějí, že by se za depresi styděli, obviňovali by se za její vznik a za to, že si nejsou schopni pomoci sami. I odborníci poukazují na důležitost dimenze osobní odpovědnosti za to, že jedinec trpí depresí (Crocker a Steele, 1998). Připisování odpovědnosti za vznik a udržování nemoci se ukazuje jako určující faktor toho, jak se stigma utváří a jak na něj lidé reagují (Wolpert, 2001).

Odpovědi studentů se lišily v závislosti na tom, jestli osobně znají člověka, který trpí depresí. Výrazně větší stigma než studenti s osobní zkušeností s depresivním člověkem vyjadřovali ti studenti, kteří nedovedli posoudit, zda takovou zkušenost mají. Takový poznatek je v rozporu s

výsledky výzkumu L. Barneyové, kde se mezi lidmi, kteří se s depresí setkali osobně a s těmi, kteří ne, nenašly žádné rozdíly (Barney aj., 2010). Mé závěry týkající se této otázky, kvůli malému vzorku respondentů, kteří se s člověkem trpícím depresí nikdy nesetkali, nejsou generalizovatelné. Považuji za možné, že pro lidi s nejasnou představou o setkání s depresivním člověkem může být tato diagnóza spojována se strachem, nejistotou či určitou formou ohrožení. Takové pocity pak mohou být tím, co proces stigmatizace umocňuje. Lidé se zkušeností s člověkem postiženým depresí mají oproti tomu o takovém setkání reálnou představu, která může mnohé strachuplné domněnky vyvrátit. Ověření výše uvedených hypotéz by mohl podat navazující výzkum s vyšším počtem respondentů v jednotlivých kategoriích.

### 6.3 Možná omezení výzkumu

Výsledky tohoto výzkumu mohou být cenným zdrojem informací o přítomnosti stigmatu mezi studenty vysokých škol a mohou poskytnout bližší pohled na samotné stigma a jeho jednotlivé oblasti. Tato studie má také několik omezení, která bych zde ráda uvedla.

Hypotéza závislosti stigmatu na studijním oboru byla potvrzena, zároveň je však nutno poznamenat, že se na tomto výsledku mohly podílet i jiné faktory. Lze předpokládat, že pro studium jednotlivých studijních oborů se rozhodují určité typy lidí jejich volba není náhodná. Výsledky jsou tak pravděpodobně ovlivněny nejen typem studijního oboru, ale také osobnostními charakteristikami studujících. Pohled studentů může být též výrazně ovlivněn způsobem výuky na jednotlivých školách (či oborech), tím, s jakými pedagogy (a jejich postoji) se studenti setkali atp. Je též možné, že lidé s nejvyšší mírou stigmatu či ti, pro něž je tato tematika tabuizována, obdržený dotazník vůbec nevyplnili.

Výzkumná sonda se v otázkách spoléhala na sebehodnocení

respondentů, které nemusí vždy reflektovat jejich skutečné názory a přesvědčení. Uváděné odpovědi tak mohou být ovlivněny obtížemi respondentů například se vcitováním se do trpícího jedince či sebestylizací, způsobenou obavami. Sebestylizace v odpovědích mohla být způsobena různými postoji – je možné, že se respondenti snažili dát najevo, že jsou tzv. „zdraví“, a proto je jim svět duševní choroby vzdálen – nebo se naopak mohli snažit působit jako více „přijímající“, než jací ve skutečnosti jsou.

Dalším omezením platnosti výzkumných zjištění může být fakt, že rozdělení výzkumného vzorku podle studijních oborů vedlo k určitému nepoměru v počtu respondentů v jednotlivých kategoriích. Pro potřeby výzkumných metod jsem pracovala s veličinou průměru, výsledky statistické analýzy by tak tímto neměly být příliš ovlivněny. Kategorie s větším počtem respondentů tak poskytují pouze vyšší přesnost statistického měření.

Nejvíce respondentů bylo mezi studenty medicíny, kteří se ochotně a v hojném počtu účastnili dotazníkového šetření. Naproti tomu studenti psychologie vykazovali vůči účasti na šetření značný nezájem. Tento jev může být zapříčiněn velkým množstvím studií prováděných na studentech psychologie, kteří tak již nejsou příliš ochotni dotazníky vyplňovat. Důvod nezájmu můžeme hledat i jinde – je možné, že studenti psychologie, kteří dotazníky odmítli vyplnit, odhadli, nač je dotazník zaměřen a nepřáli si vyjavit vlastní postoje, které by mohly být vnímány jako negativní. Možná si i odmítali připustit myšlenku, že by mohli, alespoň hypoteticky, trpět duševním onemocněním – je také možné, že se domnívají, že se jich daná problematika netýká. Zde jde však pouze o domněnky, které by bylo vhodné ověřit výzkumem.

Dále výzkumný vzorek obsahoval nepoměr mezi pohlavími respondentů, kde byly výrazně více zastoupeny ženy. Ženy nezřídka představují většinu populace studujících určitých oborů (například psychologie).

Zvoleným výzkumným nástrojem byl dotazník, který je na poli měření

stigmatu relativně nový. Možnosti přímého porovnávání výstupů jsou proto limitovány, a aktuální výzkumná sonda týkající se stigmatu deprese si tak spíše klade za cíl přispět k rozšíření odborné literatury.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou stigmatizace depresivního onemocnění. Deprese je v současnosti nejčastějším psychiatrickým onemocněním, které si zaslouží pozornost odborné i laické veřejnosti. Důležitost léčby deprese podtrhuje fakt, že kromě mnohých protrpěných let může zanedbání péče o takto postižené vést až k suicidu.

Podobně jako jiná duševní onemocnění je diagnóza deprese nositelkou negativního, stereotypního označení – stigmatu, jež má často na život trpícího dalekosáhlé důsledky. Stigmatizace vede k narušení osobní i pracovní oblasti života postiženého jedince, který se tak stává obětí společenské diskriminace. Neopomenutelný negativní vliv má stigma deprese na podstoupení léčby a na celkový proces uzdravování. Ohrožení úspěšného absolvování léčby vychází nejen ze zkušeností lidí trpících depresí s projevy stigmatu od laické veřejnosti, ale též ze strany pomáhajících profesionálů.

V empirické části práce jsem se pokusila o realizaci výzkumné sondy mezi studenty vysokých škol, kde jsem se za pomoci dotazníkového šetření věnovala analýze jejich pohledu na lidi s depresivním onemocněním. Mezi studujícími všech zahrnutých studijních oborů byla potvrzena přítomnost určité míry stigmatu, která se lišila zejména mezi mediky a studenty exaktních oborů, přičemž studenti medicíny byli těmi, kdo disponovali nejvyšším naměřeným stigmatem deprese. Bližší pohled na jednotlivé aspekty stigmatu ukázal, že se skutečně jedná o komplexní pojem sestávající zejména z pocitů studu, sociální méněcennosti a sebeobviňování za vznik onemocnění. Zároveň se stigma projevilo jako podstatný činitel nevyhledání odborné pomoci postiženými depresí zejména u studentů oboru psychologie.

Získané poznatky mohou být zdrojem informací pro zavádění kampaní na odstraňování stigmatu zvláště pro jejich uplatnění v rámci studijních osnov vysokých škol. Výsledky výzkumné sondy jsou také smělým příspěvkem k rozšíření odborné literatury stigmatizace duševně nemocných s cílem

zlepšování kvality života takto postižených lidí. Navazující výzkumná šetření týkající se dané tematiky jsou žádoucí. Snižování stigmatu je proces dlouhodobý, vyžadující nejen odhodlání současný stav změnit, ale také zázemí v podobě dostatečného množství kvalitních poznatků o této problematice.

## LITERATURA

- ABAS, M. a BROADHEAD, J. Mental disorders in the developing world. *BMJ*. 1994, 308, 1052-1053. ISSN 0959-8146.
- ALLPORT, G.W. *O povaze předsudků*. Přel. Eduard GEISSLER. Praha: Prostor, 2004. ISBN 80-7260-125-3.
- ANGERMEYER, M.C., SCHUTZE, B. a DIETRICH, S. Courtesy stigma: a focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2003, 38, 10, 593-602. ISSN 0933-7954.
- ARAYA, R., WYNN, R., LEONARD, R. a LEWIS, G. Psychiatric morbidity in primary health care in Santiago, Chile. Preliminary findings. *Br. J. Psychiatry*. 1994, 165, 4, 530-533. ISSN 0007-1250.
- AY, P., SAVE, D. a FIDANOGLU, O. Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2006, 41, 1, 63-67. ISSN 0933-7954.
- AYUSO-MATEOS, J.L., VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L., DOWRICK, C., LEHTINEN, V., et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br. J. Psychiatry*. 2001, 179, 4, 308-316. ISSN 1472-1465.
- BARNEY, L.J., GRIFFITHS, K.M., JORM, A.F. a CHRISTENSEN, H. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2006, 40, 51-54. ISSN 0004-8674.
- BARNEY, L.J., GRIFFITHS, K.M., CHRISTENSEN, H. a JORM, A.F. The self-stigma od depression scale (SSDS): development and psychometric evaluation of a



new instrument. *Int. J. Meth. Psychiatr. Res.* 2010, 19, 4, 243-254. ISSN 1049-8931.

BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. přeprac. vyd. Brno: NCO, 2003. ISBN 80-7013-391-0.

BEN-PORATH, D.D. Stigmatization of individuals who receive psychotherapy: an interaction between help-seeking behavior and the presence of depression. *J. Soc. Clin. Psychol.* 2002, 21, 4, 400-413. ISSN 0736-7236.

BLUMENTHAL, R. a ENDICOTT, J. Barriers to seeking treatment for major depression. *Depress. Anxiety.* 1996, 4, 6, 273-278. ISSN 1091-4269.

BURNS, T., EICHENBERGER, A., EICH, D., AJDACIC-GROSS, V., et al. Which individuals with affective symptoms seek help? Results from the Zurich epidemiological study. *Acta. Psychiatr. Scand.* 2003, 108, 6, 419-426. ISSN 0001-690X.

BURTON, R. *Anatomie melancholie*. Přel. Miroslav PETŘÍČEK. Praha: Prostor, 2006. ISBN 80-7260-123-7.

CORRIGAN, P.W. Language and stigma. *Psychiatr. Serv.* 2006, 57, 1218. ISSN 1075-2730.

CORRIGAN, P.W. a WATSON, A.C. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 2002, 9, 1, 35-53. ISSN 1468-2850.

COUTURE, S.M. a PENN, D.L. Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *J. Ment. Health.* 2003, 12, 3, 291-305. ISSN 0963-8237.

COVERADE, J., NAIRN, R. a CLAASEN, D. Depiction of mental illness in print media: a prospective national sample. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2002, 36, 5, 697-700. ISSN 1545-7230.

CROCKER, J. a STEELE, C. Social stigma. In: Daniel GILBERT, Susan FISKE a Gardner LINDZEY, ed. *Handbook of social psychology*. 5th ed. Boston: McGraw-Hill, 1998, s. 504-553. ISBN 0195213769.

FABREGA, H. Does a clerkship affect medical students' view of psychiatric patients? *J. Nerv. Ment. Dis.* 1995, 183, 12, 736-742. ISSN 0022-3018.

FROMM, E. *Mít nebo být*. Přel. Vlastislava ŽIHLOVÁ. Praha: Naše vojsko, 1992. ISBN 80-206-0181-3.

GIVENS J.L., KATZ I.R., BELLAMY S. a HOLMES W.C. Stigma and the acceptability of depression treatments among African Americans and whites. *J. Gen. Intern. Med.* 2007, 22, 9, 1292-1297. ISSN 0884-8734.

GOFFMAN, E. Stigma. Poznámky k problému zvládnání narušené identity. Přel. Tomáš PRÁŠEK. Praha: SLON, 2003. ISBN 80-86429-21-0.

GRAY, A.J. Stigma in psychiatry. *J. R. Soc. Med.* 2002, 95, 2, 72-76. ISSN 0022-3018.

GRIFFITHS K. M., CHRISTENSEN H., JORM A.F., EVANS K., et al. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry*. 2004, 185, 4, 342-349. ISSN 1472-1465.

GYLLENSTEN, A., SVENSSON, B., BJÖRKMAN, T., HANSSON, et al. Attitudes

in Healthcare Students Towards Mental Illness - A Pre- and Post Multicenter University Program Survey. *Internet J. Allied Health Sci. Pract.* 2011, 9, 3. ISSN 1540-580X.

HANUŠOVÁ, I. Účinné faktory psychoterapie. In: Jan Vymětal a kol. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004, s. 115-126. ISBN 978-80-247-0723-5.

HERETIK, A., HERETIK, A. a kol. *Klinická psychologie*. Nové Zámky: Psychoprof, 2007. ISBN 978-80-89322-00-8.

HONZÁK, R. *Deprese. Depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-85824-7.

HÖSCHL, C. Poznámění ohněm. *Vesmír*. 1997, 76, 3, 125-128. ISSN 1214-4029.

HUNT, M. *Dějiny psychologie*. Přel. Renáta MLÍKOVSKÁ a Ivo MÜLLER. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-3862.

JORM, A.F., MEDWAY, J., CHRISTENSEN, H., KORTEN, A.E., et al. Attitudes towards people with depression: effects on the public's help-seeking and outcome when experiencing common psychiatric symptoms. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2000, 34, 4, 612-618. ISSN 1440-1614.

JIRÁK, R. Deprese u seniorů – biologické a psychosociální vlivy, vztahy deprese a demence. *Psychiatria pre prax*. 2007, 8, 5, 200-204. ISSN 1213-0508.

KLAP R., TANG L., SCHELL T., Duan, N., et al. How quality improvement interventions for depression affect stigma concerns over time: a nine-year follow-up study. *Psychiatr. Serv.* 2009, 60, 2, 258–261. ISSN 1557-9700.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 8071786578.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 2. rozš. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0575-3.

LAI Y. M, HONG C.P.H. a CHEE, C.Y.I. Stigma of mental illness. *Singapore Med. J.* 2000, 42, 3, 111-114. ISSN 2278-7119.

LAWRIE, S.M., SCOTT, A.I. a SHARPE, M.C. Evidence-based psychiatry – do psychiatrists want it and can they do it? *Health Bull.* 2000, 58, 1, 25-33. ISSN 0374-8014.

PATEL, V., ABAS, M., BROADHEAD, J., TODD, C., et al. Depression in developing countries: lessons from Zimbabwe. *BMJ.* 2001, 322, 7284, 482-484. ISSN 0959-8138.

PLATHOVÁ, S. *Ariel*. Přeložil Jan ZÁBRANA. Praha: Mladá Fronta, 1984. (Zde ještě není ISBN)

POLÁKOVÁ, T. *Deprese a psychodiagnostický význam indexu CDI v Rorschachově testu*. Diplomová práce. Brno, 2010. Masarykova univerzita. Filozofická fakulta. Psychologický ústav. Vedoucí: prof. PhDr. Mojmír Svoboda, CSc.

PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychotrapie*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-459-4.

PRAŠKO, J. PRAŠKOVÁ, J. a PRAŠKOVÁ, H. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-809-0.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, B. a PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*. 2. akt. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2001. ISBN 80-85121-68-9.

PROCHASKA, J.O. a NORCROSS, J.C. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. 4. vyd. Přel. Jiří ŠTĚPO. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-766-4.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. a JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. 4. rozš. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 8072547461.

ROUBAL, J. Psychoterapie deprese – přístup gestalt terapie. *Čes. a slov. Psychiat.* 2007, 103, 7, 341-345. ISSN 1212-0383.

RUSCH, L.C., KANTER, J.W. a BRONDINO, M.J. A Comparison of contextual and biomedical models of stigma reduction for depression with a nonclinical undergraduate sample. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2009, 197, 2, 104-110. ISSN 0022-3018.

SARTORIUS, N. Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ*. 2002, 324, 7352, 1470-1471. ISSN 1535-7228.

SCHOMERUS, G., MATSCHINGER, H., a ANGERMEYER, M.C. The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2009, 259, 5, 298-306. ISSN 406-009-0870.

SIREY, J.A., BRUCE, M.L., ALEXOPOULOS, G.S., PERLICK, D.A., et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am. J. Psychiatry*. 2001, 158, 3, 479-481. ISSN 0002-953X.

SMOLÍK, P. *Duševní behaviorální poruchy*. 2. akt. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85812-18-X.

STERNBERG, R.J. *Kognitivní psychologie*. 2. akt. a rozš. vyd. Přel. František

KOUKOLÍK. Praha: Portál, 2002. ISBN 978-80-7367-638-4.

STYRON, W. *Viditelná temnota*. Přel. Jarmila EMMEROVÁ. Praha: Svoboda-Libertas, 1993. ISBN 80-205-0000-0.

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E. a KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

ŠVESTKA, J. *Přirozený vývoj v léčbě deprese a úzkosti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-86257-23-1.

VACEK, J. *O nemocech duše: kapitoly z psychiatrie*. Praha: Mladá fronta, 1996. ISBN 80-204-0535-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

WAHL, O.F. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr. Bull.* 1999, 25, 3, 467-478. ISSN 1745-1701.

WATZLAWICK, P. *Úvod do neštěstí*. 2. vyd. Přel. Zbyněk VYBÍRAL. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-675-9.

WILSON, L. *5<sup>th</sup> of July*. New York: Hill and Wang, 1979. ISBN 0-8090-1240-5.

WOLPERT, L. Stigma of depression – a personal view. *Br. Med. Bull.* 2001, 57, 1, 221-224. ISSN 1471-8391.

WOOLFOVÁ, V. *Deníky*. Přel. Kateřina HILSKÁ. Praha: Odeon, 2011. ISBN 978-80-2071349-0.

WURTZELOVÁ, E. *Prozacový národ*. Přel. Kateřina KÁBELOVÁ. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-174-5.

YALOM, I.D. *Existenciální psychoterapie*. Přel. Ivo MÜLLER. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-147-6.

### **Internetové zdroje**

Japan: ending the culture of the 'honourable' suicide. In: *Guardian.co.uk* [online]. ©2010, 3.8.2010 [cit. 2013-10-1]. Dostupné z: <http://www.guardian.co.uk/commentisfree/2010/aug/03/japan-honourable-suicide-rate>

Major depression (clinical depression). In: *Webmd.com* [online]. ©2012, 17.2.2012 [cit. 2013-10-1]. Dostupné z: <http://www.webmd.com/depression/guide/major-depression?page=2>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression. In: *Who.cz* [online]. ©2012 [cit. 2013-28-3]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

# **PŘÍLOHA**

Příloha č. I.

Dotazník na měření stigmatu „Self-Stigma of Depression Scale“ (SSDS)

## **Dotazník**

Milá studentko, milý studente,

jsem studentkou psychologie na Pražské vysoké škole psychosociálních studií. Chci Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který poslouží ke zpracování výzkumné části mé bakalářské práce. Cílem této práce je zjistit, jaký pohled mají vysokoškolští studenti různých oborů na depresi.

Dotazník je anonymní a bude sloužit jen pro studijní účely. Zvolenou odpověď označte nebo doplňte.

Děkuji, Lucie Havlová

### **Pohlaví**

- Žena
- Muž

### **Věk**



## **Obor studia**

### **Ročník studia**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

## **Kazuistika**

Pavlovi je 30 let. Posledních několik měsíců se cítí nezvykle smutně, zkroušeně a není schopen užívat si věcí, které ho dříve bavily. Přestože se Pavel stále cítí unavený, téměř každou noc špatně spí. Nemá chuť k jídlu a zhubnul. Špatně se na věci koncentruje a rozhodování odkládá. Pavlovi působí vše velkou námahu a i každodenní úkoly se mu zdají příliš těžké. Často se cítí bezcenný. Pavel navštívil svého lékaře, který mu potvrdil domněnku, že jeho problémy nezpůsobují žádné fyzické potíže, ale že trpí depresí. Pavel se cítí tak zoufalý, že přemýšlí o způsobech, jak ukončit svůj život, a obává se proto hospitalizace.

### **Znáte někoho ve svém okolí, kdo trpí/trpěl depresí?**

- Ano
- Ne
- Nemohu posoudit

**Na chvíli si představte, že byste trpěl/a depresí vy. Popřemýšlejte o tom, jaký byste ze sebe měl/a pocit a poté označte, do jaké míry souhlasíte nebo**

**nesouhlasíte s každým z výroků.**

**1. Cítil/a bych se trapně**

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

**2. Styděl/a bych se**

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

**3. Cítil/a bych se sám/sama sebou zklamaný/zklamaná**

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

**4. Cítil/a bych se vůči ostatním méněcenný/á**

- Souhlasím
- Spíše souhlasím

- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

**5. Myslel/a bych si, že bych se měl/a "sebrat"**

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

**6. Myslel/a bych si, že bych měl/a být schopen/schopna se s věcmi vypořádat**

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

**7. Myslel/a bych si, že bych měl/a být silnější**

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

**8. Myslel/a bych si, že mohu vinit pouze sebe**

- Souhlasím

- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

**9. Považoval/a bych se za dobrého společníka**

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

**10. Cítil/a bych se ostatním na obtíž**

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

**11. Cítil/a bych se mezi ostatními nedostatečně**

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

**12. Necítil/a bych se schopen/schopna se společensky angažovat**

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

**13. Nechtěl/a bych, aby lidé věděli, že to nezvládám**

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

**14. Kdybych užíval/a antidepresiva, cítil/a bych se jako slaboch**

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

**15. Vyhledat odbornou pomoc pro léčbu deprese by mi bylo trapné**

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím

- Nesouhlasím

**16. Kdyby ostatní věděli, že jsem vyhledal/a odbornou pomoc pro léčbu deprese, cítil/a bych se trapně**

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

**Anotace:** Bakalářská práce se zabývá problematikou stigmatizace lidí trpících depresí. Teoretická část se věnuje vymezení pojmu deprese, jejích typických příznaků, příčin a informuje o prevalenci tohoto onemocnění. Dále jsou diskutovány možné teorie vzniku deprese z pohledu různých terapeutických škol. Součástí teoretické základny je také souhrnný exkurz do nejužívanějších možností léčby deprese – farmakoterapie a psychoterapie, se stručnou diskuzí o míře jejich využívání depresivními pacienty. Následuje obecné vymezení pojmu stigma, procesu stigmatizace deprese a jeho výskytu mezi laickou i odbornou veřejností. Uváděny jsou hlavní dopady stigmatizace na zdravotní, sociální a ekonomické aspekty života postižených jedinců. V empirické části bakalářské práce je uvedena výzkumná sonda týkající se pohledu studentů vysokých škol na diagnózu deprese, srovnávající odpovědi mezi studenty psychologie, medicíny a oborů exaktních věd. Za pomoci dotazníkového šetření autorka zjišťuje přítomnost stigmatu deprese a zkoumá jeho jednotlivé aspekty.

**Klíčová slova:** Deprese, stigma, stigmatizace, diskriminace, stereotyp, psychoterapie, farmakoterapie

**Abstract:** This Bachelor Thesis focuses on a problem of depression stigma. The theoretical part deals with a definition of depression, its typical symptoms, causes, and informs on the prevalence of this disease. Then, the possible theories of depression development from the perspective of different therapeutic schools are discussed. Part of the theoretical base is also a comprehensive excursion into the most commonly used types of depression treatment – pharmacotherapy and psychotherapy, with a brief discussion of the extent of their use by depressive patients. Following is the general definition of stigma, the process of stigmatization of depression and its incidence among general public and experts. The main impacts of stigmatization on health, social and economical life aspects of affected individuals are listed. There is an experimental probe given in the empirical part of the thesis, exploring university students' attitudes towards diagnoses of depression, comparing responses from psychology, medicine and fields of exact sciences students. Using a questionnaire survey the author detects depression stigma and examines its various aspects.

**Key words:** Depression, stigma, stigmatization, discrimination, stereotype, psychotherapy, pharmacotherapy



## **BIBLIOGRACICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autora/ky: Lucie Havlová**

**Studijní program: Psychologie**

**Studijní obor: Psychologie**

**Název práce: Stigmatizace lidí s depresí – výzkumná sonda mezi vysokoškolskými studenty**

**Počet stran (bez příloh): 56**

**Celkový počet stran příloh: 7**

**Počet titulů české literatury a pramenů: 31**

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 32**

**Počet internetových odkazů: 3**

**Vedoucí práce: Mgr. Magdalena Kot'ová**

**Rok dokončení práce: 2013**



**Posudek vedoucí bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Lucie Havlová

Obor studia: Psychologie

Název práce: **Stigmatizace lidí s depresí - sonda mezi vysokoškolskými**

**studenty**

Vedoucí: Mgr. Magdalena Koťová

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 49

Počet stránek příloh: 7

Počet titulů v seznamu literatury: 66

1	2	3	4
---	---	---	---

**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)

X			
---	--	--	--

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

X			
---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost 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, originalita)

X			
---	--	--	--

Naplnění cílů práce

X			
---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části

	X		
--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

X			
---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad,  
použitelnost  
výsledků v praxi

X			
---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce

X			
---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

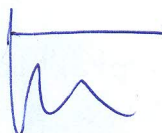
Autorka Lucie Havlová se v textu bakalářské práce zabývá tématem stigmatizace lidí trpících depresí tzv. většinovou společností. V teoretické části textu nastiňuje poměrně komplexně jevy deprese a stigmatizace. V empirické části práce předkládá výzkumnou sondu mapující (zjišťující) stigmatizující postoje vysokoškolských studentů a studentek k lidem trpícím depresí. Autorku též zajímá, zda souvisí stigmatizující postoje s oborem studia (zvolila skupiny studujících medicínu, psychologii a tzv. exaktní obory).

Text je psán velmi kultivovaným jazykem, autorka byla schopna maximálně zúžit téma práce a tím se vyhnout přílišné zbytečné obšírnosti. Oceňuji též vlastní invenci autorky, a to jak vzhledem k volbě tématu, které považuji za velmi zajímavé a důležité, tak vzhledem k „designu“ výzkumné sondy a volbě výzkumných metod. Autorka je též schopna na poměrně vysoké úrovni a ukázněně pracovat s odbornou literaturou, pokorně interpretuje výsledky výzkumné sondy a je schopna nahlédnout metodologická omezení práce. Velmi kladně hodnotím rozsah využití odborné literatury (dle mého názoru překračuje běžný průměr u bakalářských prací). Místy bych pouze možná uvítala i větší kreativitu při práci s vlastními interpretací vybraných jevů (například společenských norem, předsudků apod. - ale to je jen čistě subjektivní pohled). Velmi oceňuji též spolupráci s autorkou, hodnotím ji jako vynikající.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 7.5.2013, Praha



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

Jméno a příjmení studentky: Lucie Havlová

Obor studia: Psychologie

Název práce: Stigmatizace lidí s depresí – výzkumná sonda mezi vysokoškolskými studenty

Vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 57

Počet stránek příloh: 11

Počet titulů v seznamu literatury: 31

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:

Jaké další postupy by mohla autorka využít při analýze získaných dat v rámci provedené výzkumné sondy?

Předkládaná práce splňuje nároky kladené na bakalářskou práci. Autorka rozdělila práci na teoretickou a empirickou část. Teoretická část práce obsahuje v prvních dvou kapitolách úvod, základní pojmy a vymezení pojmu deprese. Ve třetí kapitole se soustředí na pojem stigmatu v jeho teoretických a historických souvislostech. Z teoretického hlediska nevynechala, dle mého názoru, nic podstatného. V dalších kapitolách 4-6, které jsou zároveň empirickou částí práce, kolegyně provedla výzkumnou sondu s cílem zjistit, zda se u populace vysokoškolských studentů vyskytuje stigmatizující vnímání lidí trpících depresí.

Kolegyně v teoretické části prokázala schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o daném tématu. V empirické části pro svůj výzkumný cíl využila výzkumnou sondu za pomoci nestandardizovaného dotazníku, který validizovala metodou nezávislého zpětného překladu. Autorka je poměrně stylisticky zdatná a v teoretické části popisuje všechny podstatné pojmy a teoretické koncepty spojené se studovanou problematikou. V praktické části své práce, prokazuje schopnost formulovat hypotézy, shromažďovat data, analyzovat je pomocí statistického programu a srozumitelně interpretovat výsledky.

#### Připomínky:

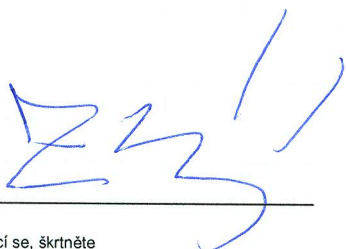
**Formální:** Neshledávám závažnější formální nedostatky, kromě toho, že formulace hypotéz nenavazuje na žádnou předchozí diskusi, neopírá je o žádný předchozí výzkum.

**Obsahové:** Práce by mohla mít hlubší interpretační záběr, vzhledem k vysokému počtu respondentů (742) je na škodu, že se autorka nepokusila i o odvážnější analýzu dat (faktorovou, či clusterovou), měla by pro to dostatečně bohatý materiál. Toto již však přesahuje nároky kladené na bakalářskou práci.

**Celkově:** **Ocenit musíme schopnost autorky při sběru dat v rámci výzkumné sondy shromáždit vysoký počet respondentů a velmi precizně interpretovat data. Práci hodnotím jako výbornou a doporučuji ji k obhajobě.**

Navrhovaná klasifikace: **výborně**  
Doporučení k obhajobě: doporučuji\*

Datum, podpis: 15.5. 2013



\*  
nehodící se, škrtněte