

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Stigmatizace psychických poruch u studentů sociální práce

Barbora Balounová

Diplomová práce

Studijní program: Psychologie

vedoucí práce: doc. PhDr. Bc. Alena Hricová, Ph.D.

Praha 2023

Prague College of Psychosocial Studies



Stigmatization of mental illness by students of social work

Barbora Balounová

Diploma Thesis

Study program: Psychology

Work Supervisor: doc. PhDr. Bc. Alena Hricová, Ph.D.

Praha 2023

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne Podpis

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí diplomové práce doc. PhDr. Bc. Aleně Hricové, Ph.D., bez jejíhož vedení, rad, času a bleskových odpovědí na mé emaily by tato práce nevznikla.

Anotace

Diplomová práce se zabývá stigmatizací psychických poruch studenty sociální práce. Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Na začátku práce jsou stručně popsány psychické poruchy. Práce popisuje stigmatizaci psychického onemocnění a její historický kontext. Jsou popsány také důsledky stigmatizace duševního onemocnění. Praktická část práce využívá dotazníku CAMI a RIBS ke zjištění míry stigmatizačních postojů psychického onemocnění studenty sociální práce. Pro realizaci výzkumu byla zvolena kvantitativní metodologie.

Klíčová slova: Psychické poruchy, stigmatizace, sebestigmatizace, dopady stigmatizace, duševní onemocnění, sociální izolace, normalita

Abstract

The diploma thesis deals with the stigmatization of psychological disorders by social work students. The work is divided into two parts, theoretical and practical. Psychological disorders are briefly described at the beginning of the work. The thesis describes the stigmatization of mental illness and its historical context. The consequences of the stigmatization of mental illness are also described. The practical part of the work uses the CAMI and RIBS questionnaire to determine the level of stigmatizing attitudes of mental illness by social work students. A quantitative methodology was chosen for the implementation of the research.

Key words: Mental disorders, stigmatization, self-stigma, effects of stigmatization, mental illness, social isolation, normality

Obsah

Úvod	9
I. Teoretická část	11
1. Psychické poruchy	12
1.1. <i>Schizofrenie</i>	14
1.1.1. Bludy	16
1.1.2. Halucinace	16
1.1.3. Dezorganizovaná řeč a myšlení, dezorganizované chování	17
1.1.4. Poruchy emocionality	17
1.2. <i>Deprese</i>	18
1.2.1. Mírná deprese	19
1.2.2. Středně těžká deprese	19
1.2.3. Těžká deprese	19
1.3. <i>Histrionská porucha osobnosti</i>	20
2. Stigmatizace	21
2.1. <i>Definice</i>	21
2.2. <i>Základní komponenty stigmatizace</i>	23
2.2.1. Předsudky	24
2.2.2. Labelling	25
2.2.3. Stereotypy	26
2.3. <i>Druhy stigmatu</i>	28
2.4. <i>Historický kontext stigmatizace</i>	29
2.4.1. Starověk	30
2.4.2. Středověk	32
2.4.3. Novověk	34
2.4.4. Situace v Čechách	35
2.5. <i>Stigmatizace duševně nemocných v moderní době</i>	37
2.6. <i>Role společnosti</i>	38
2.7. <i>Jevy ve společnosti ovlivňující stigmatizaci</i>	41
2.7.1. Sociální role	41
2.7.2. Sociální identita	42
2.7.3. Konformita, poslušnost a autorita	43
2.7.4. Role médií	44
3. Dopady stigmatizace	47
3.1. <i>Sociální izolace</i>	47

3.2. Rodina.....	48
3.3. Zaměstnání.....	51
3.4. Vztahy přátelské a intimní.....	52
3.5. Bydlení.....	53
3.6. Stigmatizace zdravotníky.....	55
3.7. Krátce o destigmatizaci v ČR.....	56
II. Výzkumná část	59
4. Úvod	60
4.1. Cíle práce	60
4.1.1. Výzkumné otázky.....	60
4.1.2. Hypotézy.....	60
5. Metodologický rámec.....	62
5.1. Výzkumné metody	62
5.2. Průběh výzkumu	63
5.3. Etické aspekty.....	63
5.4. Výzkumný soubor	63
6. Výsledky.....	68
6.1. Deskriptivní statistiky	68
6.2. Statistická analýza.....	74
9. Diskuze	78
Závěr	81
Seznam použité literatury	82
Seznam uvedených tabulek a grafů	93

Úvod

Tato diplomová práce navazuje na práci bakalářskou, jejímž tématem byla Stigmatizace psychických poruch v historii a v současných kulturách. Z bakalářské práce čerpám především v kapitole Psychické poruchy na stranách 1 až 10 a v kapitole Stigmatizace, především v historickém kontextu stigmatizace. Toto téma jsem si vybrala, jelikož jsem se jím zabývala i při bakalářském studiu. V rámci psaní bakalářské práce, na kterou tato diplomová navazuje, jsem zjistila, že tématice stigmatizace duševního onemocnění není příliš věnován pozornost. Nahlédneme-li do literatury z českého prostředí, stigmatizace je pouze zmiňována. V ČR nejvíce informací o stigmatizaci a sebestigmatizaci přináší kniha od Marie Ociskové a Jána Praška. Mimo to u nás více literatury zabývající se tímto problémem nenajdeme.

Stigmatizace psychického onemocnění nás však provází již několik staletí. Již ve starověku lidé rozlišovali psychické nemoci a přikládali jim negativní postoje, které psychicky nemocného provázeli celý život. Už ve starověkém Egyptě a Řecku můžeme pozorovat snahu o léčbu psychicky nemocných a zároveň stigmatizaci této skupiny lidí

pouze problémem minulosti, ale i nyní k ní dochází v různých sférách života psychicky nemocného jedince. Psychicky nemocní lidé se kvůli stigmatizaci duševního onemocnění potýkají s vyřazováním ze společnosti. Mají problém sehnat práci, bydlení a také navazovat a udržovat vztahy. Možná nejhorším dopadem stigmatizace je sociální izolace, která se stává pro nemocného bludným kruhem, ze kterého se často neumí sám dostat.

Nedochází však pouze k stigmatizaci psychicky nemocného. Často toto stigma přechází také na jejich rodiny, kterým se následkem snižuje jejich postavení ve společnosti, kvůli čemuž často dochází k utajování nemoci člena rodiny a k odkládání vyhledání odborné péče. To má za následek sníženou kvalitu života psychicky nemocného, možné zhoršení psychického stavu a sebestigmatizaci. Podle WHO (2022) je sebevražda čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí. Navzdory pokroku v některých zemích se lidé s duševním onemocněním často setkávají s vážným porušováním lidských práv, diskriminací a stigmatizací. Mnoho stavů psychického onemocnění lze účinně léčit za relativně nízké náklady, přesto však rozdíl mezi lidmi, kteří péči potřebují, a těmi, kteří mají přístup k péči, zůstává značný.

O to horší je skutečnost, že ke stigmatizaci psychicky nemocných nedochází pouze z řad široké veřejnosti. Stigmatizující postoje vykazují také lidé z řad pomáhajících profesí, jako jsou zdravotníci, psychologové a sociální pracovníci.

Diplomová práce se proto zaměřuje na stigmatizaci duševního onemocnění studenty sociální práce. Sociální pracovníci jsou často identifikováni jako největší skupina přímých poskytovatelů služeb v oblasti duševního zdraví. Odhaduje se, že sociální pracovníci tvoří mezi 60–70 % odborníků v oblasti duševního zdraví. Jedinci s duševním onemocněním jsou jednou ze zranitelných a utlačovaných populací, kterým má profese sociální práce sloužit. V tomto kontextu je úlohou vzdělávání v sociální práci připravovat vzdělané, kompetentní a uvědomělé pracovníky, kteří jsou schopni poskytovat efektivní služby. Nedílnou součástí tohoto vzdělávání je pomoc studentům rozvíjet znalosti, dovednosti a teoretický základ nezbytný pro efektivní práci s jednotlivci, kteří mají problémy s duševním zdravím. Důležité je také pomoci studentům identifikovat jejich vlastní osobní postoje a stereotypy a zapojit je do činností, které jim umožní opustit negativní postoje a stereotypy. (Zellmann et al., 2014). Práce si klade za cíl zjistit tyto negativní postoje k psychickému onemocnění a zároveň rozšířit povědomí o problematice stigmatizace.

I. Teoretická část

1. Psychické poruchy

Psychické poruchy a psychické zdraví jsou pojmy, které jsou v dnešní době hojně využívané, ale málokdo je dokáže přesně definovat, a přitom postavení psychicky nemocného bylo a nadále zůstává odrazem dané doby, vyspělosti kultury a jejich poznatků. Přitom diagnostika psychického onemocnění má pro nemocného rozsáhlé důsledky (Ocisková & Praško, 2015).

Psychické poruchy člověka provází již po staletí a první zmínky o nich lze pozorovat již ve starověkém Egyptě, Mezopotámii a později také v Řecku, kde je za nejvýznamnější osobu v této tematice považován lékař Hippokrates, který jako první zastával názor, že duševní poruchy jsou chorobami mozku a odpoutal se tak od tehdejšího mystického pohledu (Dušek, 2010).

Psychické poruchy nelze zcela definovat jako celek, jelikož se jedná o soubor poruch s různým začleněním. Pro diagnostiku psychických poruch je tak důležité definovat i normu psychického zdraví, která pomáhá určit, co již nespadá do onoho normálu. Stejně jako kritérium normálnosti není daný stav, ale proces, který se vždy k něčemu vztahuje, tak i na zdraví nemůžeme nahlížet jako na daný stav. Zdraví je proces, který je dynamický a vždy se vyvíjí ve vztahu k nějakému prostředí (Dušek, 2010).

Krátce bych se také zaměřila na vznik a vývoj psychického onemocnění. Na psychické onemocnění má vliv mimo jiné dědičnost, k čemuž může dojít při porušení funkce jednoho genového páru. Příčinou této poruchy je mutace, kdy zjišťujeme, zda došlo k porušení jednoho nebo obou genů v páru. Na základě toho dochází k onemocnění především poruchami sluchového a zrakového aparátu. Důležitý je také fakt, že některé geny mohou mít větší vliv v určité vývojové fázi. Příkladem větší dědičnosti psychického onemocnění je schizofrenie a bipolární porucha osobnosti. Poruchy lidské psychiky jsou také často závislé na biochemických změnách mozku. Tyto změny souvisí především s odchylkami v přenosu signálu v CNS. Také vlivy prostředí jsou faktorem v rozvoji a vzniku psychického onemocnění. Přesto mohou být modifikovány dědičnou informací. Nejde tedy o nature vs. Nurture, aleo nature and nurture. Stejně jako u porušení genů, také vlivy prostředí nepůsobí v různých vývojových fázích stejně. Špatné životní prostředí a výchova, mohou mít za následek zpomalený vývoj člověka, vývoj deprese a

jiných onemocnění. Může také dojít k většímu výskytu triggerů nemoci v okolí psychicky nemocného, a tudíž i k rozvoji nemoci (Vágnerová, 2012)

Normalita

Hranice mezi tím, co je psychická porucha, onemocněním a tím, co je ještě považováno za „normální“ je velmi tenká. Pohled na tuto problematiku je ovlivněn dobou, kulturou, historickým kontextem, úrovní společnosti a společenskými názory. Proto, podíváme-li se do různých kultur, bude definice pro každého trochu jiná. Normalita je podle Hartlova Psychologického slovníku (2009) nejčastěji považována za jev, který odpovídá předem stanovenému očekávání. V psychopatologii je norma zjišťována: subjektivně – vlastním odhadem jedince, sociálně – názorem sociálního okolí, z hlediska psychiatrické diagnózy – tedy přítomností či nepřítomností psychopatologických symptomů, statisticky – kvantitativní odchylkou od statistické normy a funkčně – podle projevů, jednání člověka v dané situaci. Pokud na normalitu nahlédneme ze statistického hlediska, jedná se o to, co je průměrné.

Často se normalita chápe jako zdraví nebo nepřítomnost nemoci. Toto negativní vymezení normality, které je zejména v lékařství populární, je velmi omezené. Norma a zdraví nemusí vždy znamenat to stejné. Jsou případy, ve kterých se pojem normality používá také na stavy, které jsou potenciálně nebo skutečně chorobné. Například u starých lidí považujeme řadu poruch, pokud nepřekročí jistou mez, za normální (např. poruchy paměti, snížená schopnost učení, zpomalení reflexů nebo snížená elasticita kůže) (Svoboda a kol., 2006).

Atkinson a Hildegarda (2012) definovali pět znaků, které se u „normální osoby“ vyskytují ve vyšší míře než u psychicky nemocného jedince. Prvním tímto znakem je přiměřené vnímání reality. Člověk, který přiměřeně vnímá realitu, dokáže odhadnout své emoce a schopnosti. Druhým znakem je schopnost ovládat své chování a třetím sebeúcta a akceptace. U každého člověka je důležitá míra, do jaké si uvědomuje svou vlastní hodnotu. Nedostatek sebeúcty se u psychicky nemocných lidí vyznačuje pocitem méněcennosti a přijetí, což má za následek postupnou izolaci od společnosti. Čtvrtým znakem je schopnost navazovat láskyplné vztahy, kterým se psychicky nemocní často vyhýbají, kvůli obavám z odmítnutí. Pátým znakem je pak čínorodost, tedy schopnost plnit své povinnosti.

Normou je tedy to, co bývá obvyklé v kultuře a ve vztahu k tradicím ji vymezují společenská kritéria. Pojetí normality se následně odráží na stereotypech a postojích společnosti vůči psychicky nemocnému. Jedná se tedy o pomyslný ideál, kterému se každý člen společnosti přiblížit, což sebou paradoxně nese riziko rozvoje duševního onemocnění kvůli tomuto společenskému tlaku, který nutí jedince často potlačit své přirozené chování. S tím se pojí pojem skupinové normy, kde se normativní kritéria mohou u každé z norem lišit, a to na základě etnika, náboženství, nebo také zájmů, či cílů. Další může být také subjektivní norma pozorovatele, která je odrazem osobnostních vlastností a zkušeností každého člověka. Stejně jako se mění čas, mění se také pojetí normality, a proto nemůžeme dost dobře porovnávat naše zkušenosti a pohledy na normalitu s přesvědčením společnosti z minulosti. Záleží tedy na aktuálních trendech a smýšlení, které normalitu utváří pro každou generaci a člověka zvlášť. Platí však obecná pravidla normality pro celou společnost (Vágnerová, 20014).

Pro účely této práce jsem vybrala psychické poruchy, které jsou často stigmatizované. Jedná se o depresivní poruchy, histrionskou poruchu osobnosti a schizofrenii.

1.1. Schizofrenie

I když se napříč historií lidé domnívali, že je schizofrenie způsobena démony a d'áblem, jedná se především o onemocnění, které spíše vzniká na základě genetické dědičnosti. První zmínka o schizofrenii byla dokonce nalezena na 3400 let starém dokumentu z Ajurvedy, který popisoval příznaky schizofrenie. Jedná se také o nejčastěji stigmatizované duševní onemocnění. U osob se schizofrenií dochází ke změnám ve frontálním a temporálním laloku, hipokampu, bazálních gangliích a dalších, kdy dochází k rozšíření mozkových komor, kvůli čemuž může dojít ke změně lokalizace některých neuronů (Vágnerová, 2012).

Schizofrenie je charakteristická podstatnou deformací vnímání a myšlení. dochází k nepřiměřené, či oploštělé afektivitě. Jedná se o procesuální onemocnění, k jehož začátku obvykle dochází v pubertě nebo rané dospělosti. I přesto, že se v průběhu let mohou objevit kognitivní defekty, intelektové schopnosti a jasné vědomí bývá zachováno. Schizofrenie je vážná duševní porucha, při které lidé nenormálně interpretují realitu a může mít za následek určitou kombinaci halucinací, bludů a extrémně

neuspořádaného myšlení a chování, které narušují každodenní fungování a mohou být invalidizující. Nejčastěji je bývá postižena osobnost ve svých nejpodstatnějších funkcích. Dále je postiženo také vnímání, kdy se barvy a zvuky zdají příliš hlasité, nebo pozměněné. Do popředí se dostávají ty rysy celku, které jsou nepodstatné či okrajové a které jsou u normálně zaměřené aktivity potlačené (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

Podle APA slovníku (2007) je schizofrenie psychotické onemocnění charakterizované zmatením mysli (především kognitivní), emocionálních odpovědí a chování a toto onemocnění dělí katatonické, dezorganizované, paranoidní, reziduální a neurčité. Pro přehlednější popis schizofrenie jsem vybrala dvě definice, které mohou být použity pro porovnání předchozího popisu:

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě. Schizofrenie je typicky procesuální choroba se začátkem v pubertě nebo rané dospělosti. Je to závažné psychotické onemocnění charakterizované významnými poruchami v oblasti myšlení, vnímání, emocí a kognitivních funkcí (Ocisková & Praško, 2015, str.45).

Schizofrenie je duševní onemocnění, jehož název pochází z řečtiny (schizis=rozštěp, frén=mysl) a vystihuje dobře jakési rozštěpení či roztržštění psychiky nemocného, jehož vnímání, myšlení, city, vůle a vnější projevy jsou tak chorobně změněny, že jsou pro okolí velmi těžko pochopitelné, čímž se dále zhoršuje již primárně narušený kontakt nemocného s okolím a jeho odtržení od společnosti a reality (Musil, 2006, str.105).

Podle Ociskové a Praška (2015) se schizofrenie se vyskytuje stejně často u mužů i žen, ale rozdíl je zde v počátku onemocnění, které u mužů probíhá mezi 15. a 25. rokem, a u žen mezi 25. a 35. rokem. Kromě věku riziko vzniku schizofrenie neovlivňuje téměř žádná proměnná. Roli hrají ovšem také vnější vlivy, které mohou přispět ke vzniku schizofrenie přibližně z 20% (Vágnerová, 2014).

Lidé se schizofrenií vyžadují celoživotní léčbu, kdy včasná léčba může pomoci dostat příznaky pod kontrolu dříve, než se vyvinou závažné komplikace, a může pomoci zlepšit dlouhodobý vývoj onemocnění. Základem léčby je pak vždy farmakoterapie antipsychotiky, které působí proti halucinacím, depresím, úzkosti a mohou také oživit či zklidnit motoriku (Ocisková & Praško, 2015). Onemocnění postihuje přibližně 1 % populace a stejnou mírou u mužů i žen. Udává se, že se jedná závažnější a škodlivější

psychickou poruchu, kdy přibližně 50-80 % již jednou hospitalizovaných osob, bývá hospitalizováno opakovaně v následujícím období (Atkinson & Hildegarda, 2012).

Jak uvádí Bankovská (2017), dnes již sice umíme schizofrenii léčit, problémem však stále zůstává naše neschopnost odstranit stigmatizaci, kvůli čemuž je schizofrenie jedním z nejčastěji stigmatizovaným onemocněním. Na osoby se schizofrenní poruchou se hledí mezi prsty, což podporuje také využívání diagnózy schizofrenie ve filmech, kde slouží jako antagonisti. A co hůř, výzkumy ukázaly, že mnozí lidé ani nevědí, že jsou nemocní, jelikož schizofrenie bývá často špatně diagnostikovaná.

1.1.1. Bludy

Mezi nejčastější symptomy se řadí bludy, halucinace, dezorganizované myšlení a řeč, dezorganizované chování, katatonie a poruchy emocionality. Bludy můžeme chápat jako soukromé, mylné a zpravidla nevyvratitelné přesvědčení, které zásadním způsobem ovlivňuje chování psychicky nemocného (Vágnerová, 2014). Mohou mít různou podobu. Nejčastěji se objevují bludy vztahovačnosti a paranoidní bludy, kdy se dotyčný cítí pronásledován. Dále se jedná o bludy kontrolování a ovlivňování, které často zahrnují různé bytosti (i nelidské) a k nemocnému mají nějaký vztah. Bludy jsou většinou ovlivněny prvotní zkušeností, motivačními faktory a poruchou zpracování informací. Zajímavým příkladem jsou religiózní bludy, které jsou spojovány se sebepoškozováním, což je dělá klinicky významné (Bankovská Motlová & Koukolík, 2004).

Jedná se falešná přesvědčení, která se nezakládají na skutečnosti. Například si myslíte, že je vám ubližováno nebo obtěžován; určitá gesta nebo komentáře jsou namířeny proti vám; máte výjimečné schopnosti nebo slávu; jiná osoba je do vás zamilovaná; nebo dojde k velké katastrofě.

1.1.2. Halucinace

Halucinace jakožto symptom schizofrenie obvykle zahrnují vidění nebo slyšení věcí, které neexistují a vyskytují se až v 50%. Lze je chápat jako poruchu aktivace určitých oblastí mozkové kůry, nebo jako poruchu koordinace stimulačních a inhibičních funkcí. Pro člověka se schizofrenií však mají plnou sílu a dopad běžného zážitku. Halucinace mohou být v jakémkoli ze smyslů, ale slyšení hlasů je nejčastější halucinací. Mohou být sluchové, zrakové a tělové (Vágnerová, 2014). Obsah sluchových halucinací

je většinou nepříjemný a různí se i jejich počet působící na pacienta. Tyto hlasy mohou být ve formě teleologické halucinace, kdy člověku buďto radí, nebo se mezi sebou hádají. Další formou jsou imperativní halucinace, kdy hlasy přikazují (Bankovská Motlová & Koukolík, 2004). Pokud jedinec trpí tělovými halucinacemi, nabývá dojmu, že se ho někdo nebo něco dotýká. Mimo jiné dochází také k halucinaci, kdy si nemocný myslí, že mu někdo vkládá do hlavy myšlenky. K halucinacím dochází v souladu s bludy a chováním (Dušek, 2010).

1.1.3 Dezorganizovaná řeč a myšlení, dezorganizované chování

Pro další ze symptomů, dezorganizovanou řeč a myšlení, se v klinické psychologii zažil pojem formální porucha myšlení a mělo by se na něj nahlížet jako na součást širší poruchy, jelikož je složité určit, zda porucha řeči u schizofreniků spadá přímo pod dezorganizaci řeči, nebo dezorganizaci myšlení, protože se jedná o distorzi skutečnosti, chování a poruch myšlení. To jak se jedinec slovně projevuje naznačuje míru porušení kognitivních funkcí jako je myšlení (Vágnerová, 2014).

Dezorganizované myšlení se odvozuje z dezorganizované řeči. Efektivní komunikace může být narušena a odpovědi na otázky mohou částečně nebo zcela nesouviset. Zřídka může řeč zahrnovat skládání nesmyslných slov, kterým nelze rozumět, někdy známé jako slovní salát. Důsledky dezorganizovaného myšlení a řeči následně pozorujeme na dezorganizovaném chování. To se může projevovat mnoha způsoby, od dětské hlouposti až po nepředvídatelné rozrušení. Chování není zaměřeno na cíl, což způsobuje problémy s plněním základních úkolů, jako jsou hygienické návyky. Dezorganizované chování může zahrnovat odpor k pokynům, nevhodné nebo bizarní držení těla, naprostý nedostatek reakce nebo zbytečné a nadměrné pohyby (Bankovská Motlová & Koukolík, 2004).

1.1.4. Poruchy emocionality

Jsou to především poruchy pocitů, motivace, afektivity a nálady, jejichž narušení ústí v anhedonii, zintenzivnění pocitů, apatii, abulii, nepřiléhavou afektivitu, otupělou afektivitu, deprese a úzkosti (Bankovská Motlová & Koukolík, 2004). Citový život schizofreniků tak bývá chudší a projevuje se ztrátou vazeb s okolím, těžkostí navazovat vztahy přátelské a intimní, kdy nejsou schopni prožívat lásku a nenávisť, ale na druhou stranu mají nepřiměřené reakce. Jejich reakce neodpovídají podnětům a situacím (Musil,

2004). Častým projevem je také protichůdnost a neslučitelnost jejich prožitků, což může vést ke ztrátě schopnosti jednat (Vágnerová, 2014).

1.2. Deprese

Deprese je porucha nálady, která způsobuje přetrvávající pocit smutku a ztráty zájmu. Také nazývaná velká depresivní porucha nebo klinická deprese, ovlivňuje to, jak se cítíme, myslíme a chováme, a může vést k řadě emocionálních a fyzických problémů. Můžete mít problémy s prováděním běžných každodenních činností a někdy máte pocit, že život nestojí za to žít. Mírná deprese je pochopitelná reakce na stres způsobený životními událostmi, jako je například zaměstnání, škola, či problémy v rodině, ovšem jedná-li se o stav, který přetrvává po delší dobu, jedná se již o depresivní poruchu (Nolen-Hoeksema, 2012).

Ocisková a Praško (2015) uvádějí, že deprese je nejčastější porucha u mladých i starších dospělých a podle světové organizace jí trpí kolem 350 milionů lidí a je nejčastější příčinou invalidity. V knize se dále odhaduje, že v roce 2020 bude již druhou nejčastější. Jelikož je již rok 2023, tento odhad lze ověřit na oficiálních stránkách organizace WHO, která nyní uvádí, že deprese je vedoucí příčinou invalidity celosvětově a významně přispívá k celkové světové zátěži nemocemi. WHO také uvádí výrazný vliv pandemie COVID-19 na nárůst depresivního onemocnění. Před pandemií mělo podle odhadů 193 milionů lidí závažnou depresivní poruchu a 298 milionů lidí mělo v roce 2020 úzkostné poruchy. Po přizpůsobení se pandemii COVID-19 první odhady ukazují skok na 246 milionů u závažné depresivní poruchy a 374 milionů u úzkostné poruchy. Došlo tedy k nárůstu o 28 % a 26 % (WHO,2022).

Pro identifikaci míry depresivního onemocnění rozlišujeme takzvaný somatický syndrom. Tím může být například ztráta zájmu, chuti k jídlu, ztráta libida a pesimismus: Běžně se také vyskytují somatické příznaky jako bolest na hrudi, bolesti hlavy a závratě. Řada depresí ustoupí bez léčby a průměrná délka neléčené deprese je dvacet týdnů. Obecně se doporučuje vyhledat odbornou pomoc, protože každá prodělaná depresivní epizoda zvyšuje riziko opětovného rozvoje až o 50 % po první epizodě a až o 80-90 % po čtvrté epizodě (Češková, 2006).

Další definice

Deprese je považována za poruchu tehdy, když jsou příznaky natolik vážné, že jedinci narušují každodenní život, a přetrvávají několik týdnů (Nolen-Hoeksema, 2012, str.539).

Deprese je charakterizována epizodami chorobného smutku, projevy sklíčené nálady, často neodklonitelné, které působí nemocnému velkou duševní trýzeň a bolest. Doprovází ji ztráta sebedůvěry, snížení sebevědomí a sebeobviňování s pesimistickým obsahem myšlení, sníženým zájmem o činnost či záliby a neschopností se radovat ze zážitků a situací dříve potěšujících (Ocisková & Praško, 2015, str.87).

1.2.1. Mírná deprese

Aby mohla být diagnostikována mírná deprese, musí ji jedinec prožívat nejméně dva týdny. Pro osobu s mírnou depresí je typické, že se stále sociálně angažuje a je schopen pracovat i s mírnými obtížemi. Jedinec zažívá depresivní náladu, pomalu ztrácí zájem, registruje zvýšenou únavu a můžou se u něj objevovat také somatické příznaky (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

Osoba s mírnou depresí může ztrácet zájem o okolní dění nebo své dosavadní koníčky. Je typická výskytem aspoň tří příznaků. Objevují se myšlenky na smrt a sebepoškození, nebo bezdůvodné výčitky a pocity neodůvodněné viny. Snížená schopnost myslet, soustředit se, nerozhodnost, váhavost, snížené psychomotorické tempo, poruchy spánku a nechutenství (Dušek,2010).

1.2.2. Středně těžká deprese

Tato fáze trvá déle než dva týdny za předpokladu výskytu alespoň dvou ze tří nejtypičtějších příznaků již zmíněných pro mírnou depresi. Středně těžká deprese může probíhat bez somatických příznaků. Jedinec je schopen pracovat, účastnit se společenských akcí za mírných obtíží (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006). Již dochází k větším obtížím v práci a v sociální angažovanosti (Malá, 2010).

1.2.3. Těžká deprese

U těžké deprese probíhá dále rozdělení na tu nepsychotické formy, kdy se musí vyskytovat přinejmenším osm příznaků a psychotické formy, kdy se objevují také bludy, halucinace a stupor (Dušek, 2010). Osoba trpící těžkou depresí se projevuje agitovaností,

pocituje stísněnost, prožívá silné pocity viny a ztrátu sebeúcty. U této formy deprese se téměř vždy vyskytuje nebezpečí sebevraždy a sebepoškození a jsou přítomny somatické příznaky (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

1.3. Histrionská porucha osobnosti

Člověk jí diagnostikovaný se projevuje jako egocentrický, jeho nálada se velmi rychle střídá a často mají přehnané emoční prožívání. Tito lidé mají sklon k vytváření „scén“, velké dramatičnosti a často rádi intrikují. Je u nich tedy rozvinut sklon k herectví, protože mají rozvinutou představitost a manipulují lidmi k dosažení vlastních cílů (Nývtová, 2010). Mezi její příznaky patří sebedramatizace, teatralnost, přehnaný projev emocí, sugestibilita, mělká a labilní emotivita, trvalé vyhledávání vzrušení a ocenění druhými, nepatřičná svůdnost ve zjevu a chování a nadměrné soustředění na fyzickou atraktivitu (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

„Pacienti s histrionskou poruchou osobnosti používají emočně expresivní styl, hledají pozornost druhých a chovají se dramaticky. Ženy často flirtují, nařikají si a projevují dětskou závislost. Muži jsou také egocentričtí a závislí, rádi se chlubí a předvádějí“ (Ocisková & Praško, 2015, str.207).

Pro člověka s histrionskou poruchou je náročné, pokud není středem pozornosti, v takový moment se může stát, že jsou raněny jejich city a jejich sklon k teatralnosti může celou situaci výrazně zdramatizovat. Jsou zaměřeni na okamžité uspokojení svých potřeb, kvůli čemuž jsou jejich interpersonální vztahy často konfliktní, jelikož je nezajímají prožitky druhých, pokud neslouží nějakým způsobem k jejich předvádění a posunu do centra pozornosti. Jejich kognitivní styl bývá impresionistický za postrádání přesnosti a vyznačují se velkou lhavostí, která může přejít až do bájných příběhů, které později vyprávějí (Praško, 2003).

Lidé s histrionskou poruchou mohou svůj stav léčit terapiemi, zde je ovšem velmi důležitý postoj, jaký terapeut zaujme. Pacienti si často terapeuta staví do role svého zachránce. Terapeut by však neměl kromě příliš přátelského postavení zaujímat příliš chladné postavení, protože je třeba si uvědomit, že pacient pravděpodobně v dětství trpěl deprivací, a tak by jeho touha po pozornosti měla být akceptována laskavým přístupem. Zde také může hrozit, pokud nebude terapeut opatrný, že se nechá pacientem zmanipulovat (Praško, 2003).

2. Stigmatizace

Slovo stigma je poměrně příkré, pocházející ze staletí doslova značkování členů nevyhovujících skupin, za účelem viditelného nošení znamení hanby, která se pojí s duševním onemocněním. Význam této definice může vzbuzovat zdání, že osoba stigma nesoucí, není člověkem po všech stránkách. Jako společnost máme tendenci na základě jednoho znaku nedokonalosti připisovat člověku celou škálu dalších (Hinshaw, 2007).

V dnešní době je již povědomí o psychických poruchách poměrně velké. Už víme, jak tyto poruchy diagnostikovat, jaké jsou jejich rozdělení, příznaky, ale hlavně víme, že tyto poruchy existují a jsou v povědomí nejen v odborné sféře, ale také v té laické. Tak tomu ovšem nebylo vždy. Stejně jako se rozvíjel a vytvářel obor psychologie, dostávali jsme se od čarodějnictví, posednutí d'áblem k psychickým poruchám. Osoba trpící psychickou poruchou nebojuje pouze s ní, ale velmi často také řeší právě problém stigmatu, který vytváří společnost.

Zkusme se zamyslet nad tím, jakými slovy vás může někdo oslovit. Asi nejčastěji vás napadnou slova jako šílenec, blázen, psycho, dement, idiot a podobně. Mnoho lidí tato slova vyslovuje jako urážky, ale jen málo kdo si uvědomí, že označují také skutečné lidi a už předem tak soudí skupinu psychicky nemocných bez toho, aniž by s nimi osobně přišli do kontaktu. Otázkou zůstává, jak tato slova dostala takto negativní konotaci? Odpověď není až tak složitá, jak by se mohlo zdát. Na vinně je stigmatizace psychicky nemocných po celá staletí. Nejedná se ovšem pouze o problém historie. I nyní jsou tato označení spojována s kriminalitou, napadnutími, a to díky médiím a neznalosti lidí (Hinshaw, 2007).

2.1. Definice

Stigma je přívlastek, který je znehodnocující a může způsobovat diskriminaci jejího nositele. Původ slova stigma pochází z řečtiny, a to konkrétně již z antického Řecka a bývá překládáno jako znak, či stopa, která nese určité svědectví, upozorňuje na něco neobvyklého, především na tělesné znaky, nebo to, co je z morálního hlediska považováno za špatné (Ocisková & Praško, 2015).

V minulosti slovo stigma nemělo pokaždé negativní význam. V době raného křesťanství mělo toto slovo až posvátný význam, jelikož jím byly označovány rány na těle Krista v místech, kde byly jeho končetiny probodnuty hřeby. Do dnešní doby tak v tomto zabarvení slovo stigma přetrvává a je označováno v tomto významu za tělesné svědectví o pobožnosti daného člověka (Whitlock & Hynes, 1978).

V dnešní době má však stigmatizace především negativní vliv kvůli labelingu, marginalizaci a jednoduše vyřazení osob trpících psychickou poruchou ze společnosti pouze proto, že nějakou mají. Stigma je spojeno s předsudky a jev principu způsobeno chybějícími vědomostmi a strachem, který podporuje tvorbu zakořeněných mýtů a předsudků. Následkem stigmatizace dochází k diskriminaci, která ústí v násilí a porušování základních lidských práv. Na osoby s psychickou poruchou je často názíráno, jako na nebezpečné, nekompetentní a nespolehlivé což způsobuje jejich izolaci, ztrátu domova a ekonomické odmítnutí (Babic et. al., 2017).

Například podle Mahrové a Venglářové (2000) „Stigma souvisí se stereotypy a předsudky. Pomocí stereotypů bývají určité skupiny posuzovány zjednodušeně a iracionálně. Duševní porucha patří mezi stigmata působící hlavně v situacích úzkého interpersonálního kontaktu. Stigmatizace může způsobit změny jak v prožívání, tak v chování stigmatizovaného. Díky negativnímu vnímání duševně nemocných často dochází ke stigmatizaci“.

Definice podle psychologického slovníku Hartla (2009)

Stigma: v sociální psychologii je označení jedince hanlivým označením

Stigmatizace: společný předsudek vůči někomu, jemuž jsou pak připisovány záporné vlastnosti, předem dané záporné hodnocení, které je okolím přisouzeno jedinci, skupině nebo organizaci

Link a Phelan (2001) definují stigma jako společný výskyt čtyř procesů. Těmi je označování lidských odlišností, stereotypizace těchto odlišností s následným oddělením těchto označených osob od „nás“ a ztráta postavení a diskriminace označených osob. Začleněním role moci a diskriminace do své definice stigmatu, Link a Phelan definovali přístup ke stigmatu, který by sociologům umožnil uvažovat o tom, jak stigma souvisí se základními sociologickými otázkami, zejména těmi, které se týkají sociální tvorby, reprodukce a důsledků sociálního nerovnosti. Hinshaw (2007) stigmatizaci označuje za proces, který zahrnuje jak člověka, co stigmatizuje, tak příjemce stigmatu.

Stigmatem se zabýval také Erving Goffman (2003), podle kterého je stigma atribut, který přenáší devalvované stereotypy a definoval stigma jako „atribut, který hluboce diskredituje“. Diskreditovaný atribut může být snadno rozpoznatelný. Může jím být barva pleti nebo velikost těla. Nebo může být skrytý, ale přesto zdiskreditovatelný pokud je odhalen, jako je jeho záznam v trestním rejstříku nebo zápas s duševní nemocí. Pro Goffmana je stigma obecným aspektem společenského života, který komplikuje každodenní interakce. Stigmatizovaní se mohou obávat kontaktu s těmi, kteří nesdílejí jejich stigma, a ti, kteří stigma nesdílejí, mohou znevažovat, přehnaně kompenzovat nebo se pokoušet ignorovat stigmatizované jedince. Většina lidí zažívá roli stigmatizace „alespoň v některých souvislostech a v některých fázích života“.

Na stigmatizaci má vliv mnoho společenských aspektů. Příkladem jsou postoje, stereotypy, sociální role, předsudky a další. Pokud je člověk členem většinové skupiny, má tendenci povyšovat svou sociální identitu nad menšinou. To se děje také v případě etnické příslušnosti, vzdělanosti či zaměstnání. Příslušenství k většinové skupině jedinci přináší určité benefity jako je status, sociální konexe, kvůli čemuž vidí menšinovou skupinu jako ohrožující, jelikož by mohla zapříčinit úbytek, těchto jejich benefitů. Silná sociální pozice ve většinové skupině také vytváří rozdíly s menšinovou skupinou. Ponižování a degradace menšinové skupiny často přináší jedincům z většinové skupiny zvýšení jejich vlastního sebevědomí. Psychické onemocnění jedinců jedné skupiny tak dodává zdravím jedincům pocit, že jsou v něčem lepší. Zároveň v naší společnosti funguje systém hierarchie a osoby, které jsou na pomyslném vrcholu toho „žebříčku“ si snaží svou pozici udržet. Je pro ně nutností, aby se pro společnost zdáli lepšími, kvůli čemuž hledají u ostatních záminky, jak je degradovat a psychicky nemocní lidé, lidé bez domova, nebo lidé bez vzdělání, s malým finančním zajištěním, jsou pro ně snadným terčem, jak upevnit svojí pozici (Hinshaw, 2007).

2.2. Základní komponenty stigmatizace

Jako má každá psychická porucha svůj průběh, tak má svůj průběh také stigmatizace, která započiná značkováním, neboli labellingem. Poté dochází ke stereotypizaci, která je spojena s odlišnostmi v chování, či odlišnými vlastnostmi a znaky. Po této fázi dochází k separaci, kdy dochází k rozdělení na dvě skupiny, a nakonec úplná ztráta pozice a diskriminace, kdy je stigmatizovaný jedinec odmítnut a vyloučen. Tyto komponenty zároveň patří mezi zásadní problémy společnosti. Například s labellingem se

každý z nás setkává na denní bázi ať už o tom víme nebo ne. Může jít například o to, když nám někdo řekne, že jsme špti, nebo podivíni a podobně. My sami lidem také přisuzujeme nálepky ať je to úmyslné, nebo neúmyslné.

2.2.1. Předsudky

Předsudky jsou spouštěcím faktorem stigmatizace. V podstatě se však jedná o formu agrese, která se často zdá společensky přijatelná. Může se například jednat o formu agrese systematicky zaměřenou proti členům určité etnické nebo kulturní skupiny. Podle Hayesové (2007) je předsudek předem zformovaný a fixovaný postoj k určitému objektu, aniž by se bral ohled na povahu, či individualitu tohoto objektu. Tyto předsudky i přesto, že mohou být pozitivní, mají většinou negativní konotaci.

Například Allport (1945) popsal pět stádií vývoje etnických předsudků, které však můžeme převést také na stadia stigmatizace u psychických onemocnění. Jako první definoval očerňování, které chápe jako nepřátelské pomluvy. Kvůli tomuto očerňování druhých následně dochází k izolaci, kdy je očerňovaná skupina lidí postupně oddělována od skupiny dominantní. Zde již dochází k diskriminaci, kdy může dojít k upírání občanských práv, zaměstnání, společenských vztahů a v bydlení. Na základě toho může docházet také k tělesnému napadení a v historii docházelo i k vyhlazování těchto skupin.

Podle Hayesové (2007) je možné rozlišovat také několik principů na kterých, se předsudky zakládají. Obecně existují dva druhy předsudků, které jsou ve vzájemné interakci. Jedná se o předsudky, které jsou založené na osobnosti jedinců a o ty které jsou založené na špatné informovanosti společnosti. Čím méně informací totiž máme, nebo pokud jsou z pochybných zdrojů, tím spíše se uchýlíme k předsudkům. Dalšími komponenty, které negativně korelují s předsudky je inteligence, vzdělání a příslušnost ke společenské vrstvě, jelikož naše vnímání toho, co je správné a co není, je dáno právě kulturním kontextem. Již jako děti se učíme nápodobou a přejímáme názory a normy od společnosti a rodičů. Díky tomu přejímáme také předsudky a stereotypy. Důležitý je také historický kontext vnímání psychických poruch, o kterém se budu zmiňovat později.

Předsudky mohou mít mnoho podob a jejich terčem se může stát prakticky cokoliv a kdokoliv. Stejně jako u labellingu, stereotypů a diskriminace, se jedná o negativní hodnocení nějaké skupiny či osoby. Předsudek může znamenat postoj, který je jasně

vymezenou kombinací pocitů, tendencí k určitému chování a jednání a přesvědčení. Negativní hodnocení ovlivňující předsudky, jsou podepřena stereotypy (Myers, 2016).

Podle Aronsona (2012) jsou předsudky negativní postoje, které obsahují kognitivní složku (stereotyp), emocionální složku (nelibost) a složku chování (náchyllost k diskriminaci). Povaha předsudků nás vede ke generalizování od jednotlivců, ke skupině jako celku. Každý z nás generalizuje, a tudíž šíří předsudky stereotypy dál. Tyto předsudky mohou být úmyslné i nevědomé, skryté a zjevné.

2.2.2. Labelling

Labelling, neboli nálepky, se v naší společnosti vyskytují až přespříliš. Jedná se o odchylky od normy, které mají buďto pozitivní význam, nebo negativní. Nálepkami se zabývá také teorie labellingu se kterou přišel sociolog Howard Becker a popisuje, jak negativní nálepky člověka stigmatizují, diskriminují a předurčují k tomu, aby tyto nálepky, které mu jsou přisouzeny naplnil. Lidé, kterým je takováto negativní nálepka přisouzena, ji později přijímají do svého sebepojetí a sociální identity, přičemž mění také své chování. Právě nálepkování psychických poruch je příkladem, jak fungují, ale zde vyvstává také otázka, zda jsou to opravdu nálepky, které jedince vyřazují ze společnosti, nebo zda za to může odlišné chování, které je u každé poruchy jiné a často se výrazně odlišuje od normy již stanovuje daná společnost (Thorová, 2015).

To potvrzuje také Hinshaw (2007), který labelling vysvětluje jako teorii, která vzestoupila ze sociologických a filozofických pohledů přijímajících vykonstruovanou povahu reality, tedy víru, že identita je silně vytvářena sociálními procesy. Ti se sociální mocí nálepkují deviantní chování, aby jej mohli kontrolovat a měnit. Lidé, kterým jsou přiděleny tyto nálepky, je postupně přijímají a začínají se podle nich chovat, jelikož je to od nich očekáváno společností. Tuto primární teorii labellingu začali odborníci brzo kritizovat a uvedli, že chování označované nálepkami existuje zcela nezávisle na nich. Zmiňuje také sekundární teorii labelingu, podle které, v případě že by nálepky nezpůsobovaly duševní onemocnění, stigma spojované s léčbou onemocnění může snižovat účinnost léčby, sebevědomí, interpersonální vztahy a šanci na zaměstnání.

2.2.3. Stereotypy

O něco horší jsou pak stereotypy. Jedná se o schémata pro sociální skupiny a o soubory charakteristik, které mají vystihovat určitou skupinu lidí. Samozřejmě máme různé druhy stereotypů, které se mohou týkat etnických skupin, žen a mužů, příslušníků různých profesí a podobně (Výrost, 2018). Každý stereotyp zahrnuje více atributů, které se hodí pro danou skupinu více i méně a některé jsou neutrální. V závislosti na vhodnosti použití v nás posléze vyvolávají emoční reakce, které ovlivňují náš postoj ke kategorii, které je připisujeme. Kvůli těmto atributům a vyvolaným emočním reakcím máme sklon zaujímat „předsudečné postoje“ také vůči jedincům, kteří předtím nebyli součástí dané kategorie. Atributy vznikají na základě nějaké zkušenosti a nejsou založené na logice (Hnilica, 2010).

Dalším stadiem stigmatizace je separace, kdy jsou stigmatizovaní jedinci odděleni od hlavní skupiny, kterou je společnost. Toto rozdělení můžeme interpretovat jako oddíly na táboře. V tom prvním a větším, je většina lidí ve společnosti a v tom druhém, který je podstatně menší, jsou stigmatizovaní jedinci. Stejně jako tomu bývá i u táborů, v jednom z nich je lepší zázemí, možnosti a přístup, tím by v tomto případě byl tábor první. Je to klasické rozdělení na „my“ a „oni“ (Ocisková & Praško, 2015).

Posledním stadiem je diskriminace a je jí myšleno nespravedlivé chování k jednotlivcům na základě skupiny, ke které jsou řazeni. Diskriminace se nejvíce projevuje tím, že je jedinec znevážen, odmítnut a vyloučen a je mu odpírán přístup ke vzdělání, práci, zdrojům a podobně. Takováto diskriminace poté může vrcholit až genocidou, týráním a zneužíváním, jelikož má často podobu agrese (Hnilica, 2010).

Vidět stereotypně znamená generalizovat. Každý z nás vidí určitým způsobem stereotypně, což je způsobené velkým množstvím informací, které naše vědomí není schopné pojmout. Z tohoto důvodu si náš mozek vytváří zkratky a generalizuje. Stereotypy tak mohou být i pozitivní. Smutnou skutečností však je, že co se týká duševního onemocnění, setkáváme se z valné většiny, pouze s těmi negativními (Myers, 2016).

Edwarda Jones (in Hinshaw, 2007) definoval šest dimenzí stigmatu: zatajitelnost (tedy míra, do jaké je znehodnocovaný stav buďto viditelný, nebo skrytý), vývoj (vývoj psychického stavu časem), rušivost příznaků (rozsah, jakým onemocnění zasahuje do

interpersonálních vztahů), estetiku (odchylky fyzického vzhledu od normality), původ (nejdůležitější dimenze, proč a jak se psychické onemocnění objevilo) a nebezpečí (jaké riziko onemocnění představuje).

Hinshaw (2007) také uvedl několik vlastností stigmatu.

1. Všudypřítomnost: Nejčastěji stigmatizovaná onemocnění v dané společnosti, nebo kultuře mají tendenci produkovat silný souhlas se znehodnocením stavu nemocného. Jinými slovy stereotypy zahrnující stigmatizovanou skupinu, jsou všudypřítomné, a to především díky velkému vlivu médií v moderní společnosti, ale i díky literatuře, příběhům a folklóru. Názory společnosti na duševně nemocné jsou spíše přijímány jako fakta, než jako mýty nebo stereotypy a děti takovéto názory přijímají již před předškolním věkem.
2. Ambivalence: Reakce na odlišné, až znepokojující chování se mohou výrazně lišit. Na jedné straně se lidé s psychickým onemocněním setkávají s pochopením, na druhé straně s označením devianta. Reakce na psychické onemocnění nejsou konzistentní. Objevují se zde dvě konfliktní hodnoty, víra v rovnost všech lidí a individualismus. Pokud převáží individualismus, členové stigmatizované skupiny se můžou setkávat s názorem, že se nesnaží se svým stavem nic dělat a může dojít k obviňování. Přesto nám chápající reakce dávají naději.
3. Úzkost: Interakce mezi lidmi, kteří stigmatizují a příjemci stigmatu může vyústit v úzkost na obou stranách. Pokud jsou psychicky nemocní lidé příliš stigmatizováni, může dojít k očekávání hostility ze strany osob mimo jejich skupinu, což jen podporuje výskyt úzkosti. Také osoby bez psychického onemocnění se mohou obávat předsudků při možném vztahu s psychicky nemocným od společnosti, což má za důsledek jejich strach a snahu se psychicky nemocným lidem vyhnout.
4. Sebeponižování a hanba: U duševně nemocných lidí dochází k sebestigmatizaci, která způsobuje snižování jejich sebevědomí. Díky sebestigmatizaci o to více pociťují hanbu za své vlastní onemocnění.

2.3. Druhy stigmatu

Nejzákladnější rozdělení stigmatizace, které máme je na stigmatizaci veřejnou a osobní. Veřejné stigma zahrnuje reakce široké veřejnosti vůči skupině, které jsou založené na stigmatu dané skupiny. I přesto, že jsme zvyklí rozlišovat mezi skupinami ve společnosti a nějakým způsobem je označovat, „nálepkovat“, nejedná se o samozřejmý proces. Ve společnosti pak probíhá selekce těch odlišností, na kterých ve společnosti záleží. Právě u veřejného stigma fungují komponenty výše popsané a diskriminace stigmatizovaných osob vrcholí například tím, že jsou odmítáni na pohovorech, nebo při snaze zařídit si bydlení (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005). I zde je třeba brát na zřetel, že vše, co vnímáme je ovlivňováno kulturními vzorci, a tudíž se stigmata v každé zemi budou lišit. Nejde tedy o univerzální nálepky a postoje, ale jsou specifickými pro tu danou kulturu. Tam, kde je člověk s psychickou poruchou považován za příliš odlišného a nebezpečného pro společnost, je jinde obdivován a považován za spirituálně nadaného (Ocisková & Praško, 2015).

Goffman (2003) rozděluje tři druhy stigmatu, tělesné (tedy jakékoliv viditelné znamení), charakterové (například nepřírozené vášně, slabá vůle, duševní poruchy, alkoholismus) a kmenová stigmata (ta zahrnují náboženství, rasu, národnost). U všech těchto druhů stigmatu pozorujeme společný znak, a to charakteristický rys jedince, který se může vloučit do naší pozornosti. Daný člověk se pro nás kvůli tomu stává nositelem stigmatu.

Veřejné stigma má hrozná dopady na životy lidí s duševním onemocněním, což vede k významným překážkám jednotlivců při usilování o zaměstnání, bydlení a zdravotní cíle. Mnoho sociálních vědců popsalo stigma jako předsudek a diskriminaci, stereotypní přesvědčení, která vedou mocenské skupiny (zaměstnavatele, pronajímatele a poskytovatele zdravotní péče) k omezování příležitostí lidí označených duševní chorobou. Kromě toho může stigma lidem s duševním onemocněním zabránit ve vyhledávání péče. Lidé v tísní se vyhýbají nálepkám a také léčbě duševního zdraví, čímž unikají stigmatizující nálepce, která onemocnění doprovází (Corrigan et al., 2015).

Osobní stigma se týká reakcí jednotlivců, kteří patří do stigmatizované skupiny a obrací stigmatizující postoje proti sobě. Stejně jako veřejné stigma zahrnuje i osobní stigmatizace stereotypy, předsudky a diskriminaci. Dalším rozdílem oproti veřejnému

stigmatu je, že se skládá zvnímaného stigmatu, zakoušeného stigmatu a sebestigmatizace. U osobního stigmatu se objevuje negativní smýšlení o sobě, kdy si jedinec myslí, že je neschopný a nebezpečný, souhlasí s předsudky o něm a má nízké sebevědomí, přičemž sabotuje svou možnost získat práci a nevyhledává pomoc (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2015).

Sebestigmatizace je problémem především u psychického onemocnění, které je považováno za utajitelné. Právě možná utajitelnost způsobuje pocity úzkosti ze strachu, že při sociálních interakcích dojde k úniku těchto projevů onemocnění, které by mohli vzbudit strach v ostatních lidech se kterými duševně nemocný přichází do kontaktu. Dokonce v porovnání s jedinci, kteří mají viditelné projevy psychického onemocnění, lidé s utajitelnými projevy zažívají nižší sebevědomí, sebehodnocení a stejně tak vyšší míru distresu a negativních emocí. Zatajování nemoci a stáhnutí se do ústraní bývají nejčastěji zvolenou taktikou copingu s onemocněním, což má za důsledek sociální izolaci jedince (Hinshaw, 2007).

Lidé, kteří žijí s psychickým onemocněním jako je schizofrenie, jsou také náchylní k přijímání stereotypů o sobě. Dochází k internalizaci těchto stereotypů o sobě samém (například „jsem nebezpečný“), předsudků (například „bojím se o sebe“) a z toho plynoucí sebediskriminace (například sebevědomá izolace). Jakmile si člověk osvojí tyto negativní stereotypy, může dojít k negativním emocionálním reakcím (Corrigan et al., 2012).

2.4. Historický kontext stigmatizace

Jak jsem již zmiňovala, pro pochopení stigmatizace psychických poruch je třeba nahlédnout také do historie, jelikož se jedná o problém hluboce zakořeněný v naší společnosti. Definice psychických poruch a poznatky o nich vznikaly a měnily se po staletí. Od magie a posednutí démony jsme se dostávali k dnešním znalostem a způsobu léčby. Jak uvádí Janík (1987), například v pravěku, kde byli položeny kořeny léčitelství pomocí bylinek a šamanů, pokládali každý jev, který nedokázali vysvětlit za magii. Ať už se jednalo o oheň, hromy a blesky, věřili, že se jedná o mocné síly, které na ně mohou uvalit neštěstí, pokud je rozhněvají. Toto neštěstí nemělo pouze formu přírodních živlů, ale právě také nemocí, a to i těch duševních. Přesto však dnešní psychické poruchy a jejich stigmatizaci můžeme v historii vyzorovat díky příznakům, které se příliš

nezměnily a u poruch zůstaly poměrně stejné. Tehdejší postoj k psychicky nemocným lidem nám také dokládají literární díla, mezi která patří například Kladivo na čarodějnice. Přístupy k psychickému onemocnění a s tím spojená stigmatizace je v historii dobře dohledatelná hned v několika kulturách.

2.4.1. Starověk

Víra v bohy, rituální obřady, tvorba model, nošení talismanů, víra v nadpřirozené bytosti a mocnosti. To vše započalo vývoj psychiatrie. Lidé pohánění strachem z těchto nadpřirozených bytostí začali již v době starověku stigmatizovat jedince, kteří trpěli nějakou psychickou poruchou a tuto jejich nemoc označovali za trest těchto entit, nebo posednutí démony a „léčili“ je například trepanací, nebo se chránili různými amulety. Po sléze se ovšem začali objevovat první zárodky léčitelství a vznikl tak šamanismus, který vycházel z kultu démonů a duchů (Vencovský, 1996).

Mezi kultury, které se již ve starověku věnovaly psychicky nemocným, patří starověký Egypt. Jejich přístup a způsob léčby duševního onemocnění, nám dokládá hned několik svitků popisujících právě péči o psychicky nemocné. Jedná se především o Erebsův papyrus, který obsahuje informace o léčení duševně chorých. Jsou v něm například texty modliteb k zařikávání duchů, kteří způsobují posedlost a tím pádem duševní choroby. Jedná se o vůbec první zmínky o psychických poruchách v Egyptě. Ve starověkém Egyptě dokonce byly dva chrámy zasvěcené melancholikům, kteří byli kněžími léčeni tím, co dnes považujeme za psychohygienu a později byly přeměněny v azyly pro duševně nemocné. Mezi tyto prostředky patřily různé hry, zpěv a tanec, což je mělo zbavit smutných a těžkomyslných představ. Kromě prvků psychohygieny využívali také některých léků, které mají své využití i v dnešní době. Jednalo se například o zinek a různé bylinky (Vencovský, 1996).

Tento poměrně uvědomělý přístup, kdy se snažili psychicky nemocné léčit však ustoupil s nástupem Nové říše. Egypťané vyměnili léky a psychohygienu za víru v nadpřirozené síly a démony. Své využití si našly i takové praktiky, jako je využívání výkalů, kadidla a modliteb k vyléčení nemocného kněžím-zařikávačem. Podle Černouška (1994) však přistupovali až naivně k léčbě hysterie ke které využívali sošky ptáka Ibise. Příkladem snahy této kultury nám může sloužit také pasáž z Homérovy Odyssey.

Takové mocné léky, a účinné, Diova dcera měla.

Ty Thómova choť jí svěřila, Polydamna z Egypta.

Živná prst' tam rodí přemnoho bylin smíchaných.

Mnohé zhoubné a mnohé uzdravující.

Tam je lékařem každý a znalým jako snad nikdo na světě ze všech lidí.

Vždyť bůh Paion je znalec jejich. (Homér, 1956 in Vencovský, 1996, str.22)

V Indii pak i přes víru ve zlé duchy a demony rozlišovali určitým způsobem psychické poruchy. Každému duševnímu onemocnění připisovali démona, který onemocnění způsoboval a i přesto, že v té době neměli poruchy pojmenované tak, jak je dnes máme my, dokázali jednotlivým démonům, a tedy poruchám připsat příznaky, díky nimž toto jejich poznání můžeme zkusit přisuzovat právě nám již známým psychickým poruchám. Pro schizofrenii to byl démon Pikšaka, který měl zapříčinit u člověka ztrátu paměti, zmatenou řeč a dotyčný se zraňoval, pobíhal nahý a znečišťoval se. Dále také za pomoci démonů popisovali ztrátu paměti, několik druhů epilepsie, histrionskou poruchu a šílenství. Na základě toho poté přistupovali k léčbě a stejně jako v Egyptě, pokud se jim jako příčina jevila nadpřirozená síla, využívali k léčbě výkaly, kterými nemocného potírali. Oproti Egyptu však pochopili, jakou sílu má slovo, a proto k léčbě doporučovali jemné a soucitné zacházení (Vencovský, 1996).

Stejně jako v Indii, Egyptě a Číně, také ve starověkém Řecku věřili v nadpřirozené bytosti způsobující onemocnění. Podle Hunta (2015) to však mohlo být kvůli tomu, že Řekové čerpali své poznání právě z Egypta a Mezopotámie. Právě v této kultuře se nám pak objevuje nejvýznamnější pokrok té doby v léčení, a to díky starořeckému lékaři Hippokratovi v 5. století před naším letopočtem, který jako příčinu uvedl prvky somatického původu (Ocisková, Praško, 2015). Kromě toho také oddělil medicínu od pověr a vytyčil teorii temperamentu, která se využívá dodnes. Rozdělil temperament podle čtyř tělních tekutin a díky nim následně vysvětloval duševní choroby a nemoci. Psychické onemocnění se mělo u jedince objevit, pokud došlo k dysbalanci těchto tekutin v mozku (Hunt, 2015).

Dále také popsal onemocnění jejichž jména používáme i dnes, a to melancholii, manii, hysterii a mimo jiné definoval poporodní depresi či ztráty paměti (Ocisková, Praško, 2015). Důležitou roli zde sehráli také učenci boha Asklépia, jehož atribut hole s hadem okolo ní se vinoucí, se v lékařství používá dodnes. Učenci Asklépia byli léčitelé, kteří putovali po celé zemi a díky nimž vymizeli v Řecku kněží, kteří využívali strachu a léčili pomocí magie (Vencovský, 1996).

Už ve starověkém Řecku bylo stigma součástí psychického onemocnění a toto stigma bylo doprovázeno hanbou. Pokud soustředíme naši pozornost právě na tuto hanbu, můžeme lépe porozumět třem aspektům duševního zdraví ve starověkém Řecku. Jedná se o kulturně zastávané přístupy pocity vůči psychicky nemocným, teorie příčin psychického onemocnění, především ty lékařské, a nakonec rovnováhu mezi vytlačováním psychicky nemocných a očišťujícími rituály, kterými byl onen „očistěný“ jedinec znovu přijat společností (Fink, 1992). Kormě Hippokrata bychom však neměli zapomínat ani na Platóna, který přinesl termíny apatie a mánie a přišel také se základy terapie, jelikož zastával názor, že by léčitelé měli s nemocnými vést rozhovory, jelikož tak získají mnohem více informací o stavu jedince (Hunt, 2015).

V Římě s duševně nemocnými zacházeli poměrně tvrdě, přesto však považují za důležité zmínit Sórána, který je považován za zakladatele lůžkové péče v psychiatrii. Sórános tvrdil, že by se s duševně nemocnými mělo zacházet vlídně, s melancholiky vesele a s příliš veselými vážně. Doporučoval masáže, procházky, cvičení a další prostředky psychohygieny (Vencovský, 1996).

2.4.2. Středověk

Ve středověku navazují na starověkou ideu o duševně nemocných. Ovšem s nástupem křesťanství dochází ke krutějšímu zacházení s psychicky nemocnými. Díky nastupujícímu náboženství se začalo věřit, že každé vybočení z normy, každé onemocnění je buďto trestem Božím, nebo za něj může sám ďábel. Upadlo tak vědecké myšlení, které přinášelo například starověké Řecko, kdy ještě v raném středověku v lékařské škole v Salernu využívali znalostí východních a západních zemí. Na této škole mohly studovat také ženy, které zde získávaly znalosti z oblasti bylinkářství a porodnictví. Učenci této školy však začali být církví pronásledováni a škola tak zanikla ve 12. století (Vencovský, 1996).

Duševně nemocní lidé začali být vyháněni na okraj civilizace. K tomu přispěl také spis uzákoněný inkvizicí, *Démonologie* lékaře Garioponta a kniha *Kladivo na čarodějnice*. Tyto spisy podpořilo vydání buly papežem Inocencem VIII. v roce 1484, která spustila hon na čarodějnice a posedlé d'áblem. Procesům, které probíhaly po vydání buly se připisují statisíce až miliony obětí. Psychicky nemocní lidé byli mučeni, vězněni v okovech, bití, probíhal u nich exorcismus a v dalších případech dokonce upálení. Tyto formy mučení byly pravděpodobně provozovány za účelem vymýtit jakékoliv formy samostatného a protidogmatického myšlení (Ocisková & Praško, 2015).

I přes fanatické myšlení církve můžeme jmenovat několik osobností, které byli proti tomuto většinovému názoru. Mezi ně patří profesor Lékařské školy v Kolíně nad Rýnem, Johannes Weyer, který psychickému onemocnění přisuzoval medicínské příčiny a někdy se tak v souvislosti s jeho jménem mluví o první revoluci v psychiatrii. Weyer ve svých spisech dokonce odporoval církvi a zesměšňoval ji, a to především svým výrokem, že čarodějnice jsou pouze duševně choré a měli by být potrestáni mniši, kteří je zabíjejí (Vencovský, 1996). V roce 1621 vyšla také první psychiatrická kniha *Anatomie melancholie*, která popisovala různé psychické poruchy a jejich spojitost s tělesnými příznaky.

Podle Černouška (1994) existovali takzvané lodě bláznů, na kterých měla společnost posílat duševně nemocné pryč. Tématiku lodí bláznů můžeme pozorovat i v umění, písních a básních. Otázkou však zůstává, zda něco takového opravdu probíhalo, nebo se jednalo o příkrášlení jiného způsobu vyhánění duševně nemocných z měst. O lodí bláznů se zmiňuje také Foucault (1994), který dodává, že nežádoucí jedinci byli spíše vyháněni za hradby měst ponechaní svému osudu. Loď bláznů tedy mohla sloužit pouze jako metafora.

Podle Vencovského (1996) také docházelo k zavírání duševně nemocných do klecí a „sloužili“ k pobavení veřejnosti, která na ně v některých evropských zemích pořádala hony a zabíjela je.

2.4.3. Novověk

Počátkem novověku začaly vznikat ústavy pro psychicky nemocné. Tato snaha o pomoc duševně nemocným se však převrátila spíše do jejich naprosté izolace, a tak zůstávali nadále v okovech. Zásadním momentem v tomto období byl počín Philippa Pinela v roce 1792 ve Francii, který se zasloužil o revoluci v přístupu k psychicky nemocným. Pinel měl vyvést 20 psychicky nemocných, kteří byli v okovech věznění, na slunce, kde se mohli umýt a byla jim přislíbena a poskytnuta lékařská péče. Pinel je následně umístil do duševního ústavu, kde tito jedinci podstoupili léčbu prací a společnosti tak bylo ukázáno, že stav duševně nemocných se může zlepšit, pokud je s nimi vlídně zacházeno. Tento přístup si následně osvojilo několik lékařů, přesto však ve většině zařízení přetrvávaly staré způsoby až do 19. století, kdy došlo k odmítnutí názorů spojených s magií a posednutí demony (Ocisková & Praško, 2015).

Do 19. století však stále docházelo k vystavování duševně nemocných, a to i v nemocnicích, kdy v nich společnost neviděla člověka, ale spíše jakési zvíře, které sloužilo jejich pobavení (Foucault, 1994). Poslední čarodějnický proces proběhl ve Švýcarsku roku 1782. Od 19. století kromě odmítání kleteb a posednutí demony, začaly vznikat ústavy, které měly podobu nemocnic. V těchto ústavech byli duševně nemocní lidé pozorováni a vedly se o nich záznamy. Vymítání tak nahradily jiné způsoby léčby, jako bylo pouštění žilou, přikládání pijavic na tělo, nebo užívání jedů. Místo řetězů se začaly využívat svěrací kazajky, omezovací židle a další „humánnější“ prostředky. Mimo jiné se tehdejší léčitelství inspirovalo i Hippokratovou teorií a zaváděli různé koupele, z nichž některé občas vedly k utonutí léčených osob. Tyto prostředky odmítl v Anglii lékař John Conolly. Vedle těchto procedur se využívalo také pracovní terapie, kterou se snažil prosadit již zmiňovaný Phillip Pinel (Ocisková & Praško, 2015).

Na počátku 19. století se objevuje velký posun ve smýšlení o psychických poruchách, na které začíná být nahlíženo v souvislosti s psychickými a sociálními jevy. Této změně přispělo také umění, a to především Goetheho Utrpení mladého Werthera, které spustilo vlnu sebevražd ve společnosti. Jelikož v té době nebyly ještě příliš rozsáhlé metody terapie, využívalo se hypnotik, sedativ, koupelí, pracovní terapie a lůžkového režimu. Na konci 19. století následně vydává Emil Kraepelin Učebnici psychiatrie, ve které klasifikoval duševní poruchy (Černoušek, 1994).

Období přelomu 19. a 20. století vystupuje se svými teoriemi o psychických poruchách Sigmund Freud. S jeho jménem se pojí také termín takzvané třetí psychiatrické revoluce. Jeho teorie psychiky, kterou rozdělil na Ego, Id a Superego výrazně ovlivnila klasifikaci psychických poruch (Hunt, 2015). Zdůraznil také význam vývojových období v dětství, popsal Oidipův a Elektrín komplex, odlišil úzkostnou neurózu a neurastenii. Pochopil také, že psychoterapie probíhá mezi analytikem a analyzovaným jedincem a obohatil tak neocenitelně psychoterapii v mnoha směrech. O vlivu Freuda na dnešní podobu psychologie nelze pochybovat. Jeho poznatky nastartovali rozvoj psychoterapie, ke kterému došlo v období druhé světové války (Ocisková & Praško, 2015).

Během války byl v Německu vydán zákon o prevenci hereditárních chorob a došlo tak ke sterilizaci kolem 400 000 lidí. Mezi lety 1939-1945 byla následně povolena také eutanazie nevyhovujících jedinců. O život jich přišlo přibližně 180 000 a psychicky nemocní se opět dostali na okraj společnosti (Burleigh, 2008). Po druhé světové válce však došlo k rozvoji psychoanalýzy, jelikož se jednalo a traumatizující období pro celou společnost, což vedlo k nárůstu duševních onemocnění, které bylo třeba začít řešit. Byla zavedena psychofarmaka a můžeme zde mluvit o čtvrté revoluci v psychiatrii. V reakci na druhou světovou válku se vyčlenila behaviorální a humanistická psychologie. Dále se rozvíjely nové psychoterapeutické postupy, jako je terapie dynamická, kognitivní, interpersonální, biologická a následně došlo k rozvoji neurověd (Ocisková & Praško, 2015).

Přestože došlo k velkému posunu v různých psychologických přístupech a terapiích, postoje a pohled na psychicky nemocné se měnil velmi pomalu, a proto stigmatizace stále přetrvává.

2.4.4. Situace v Čechách

V Čechách, stejně jako ve většině evropských zemích ve středověku, neexistovala pomoc pro duševně nemocné. Po vzoru ostatních zemí byli zavíráni do vězení. Největší roli zde hrála církev, která budovala takzvané „hospitály“, ve kterých byli ošetřujícími jeptišky a mnichové, avšak ty duševně nemocné přijímali pouze ojedinele. Výjimku měli pouze klidní duševně nemocní lidé. Léčba a hygiena zde však byla nulová a tyto hospitály sloužily spíše jako azyl. Duševně nemocní neměli v té době právo na ošetření a často je kromě fyzických trestů, odsoudili ke smrti (Vencovský, 1956).

Až do 18. století tak vznikaly spíše klášterní nemocnice a hospitaly. Jako první zmínku o péči o duševně nemocné, můžeme považovat rok 1783, kdy císař Josef II. nechal zbudovat v nemocnici Milosrdných bratří v Praze, lůžka pro duševně nemocné kněze a o rok později byl zřízen ústav pro psychicky nemocné u sv. Bartoloměje (Zemský výbor Praha, 1874-1928). V roce 1789 byl dán do provozu chorobinec na Karlově, kde bylo také oddělení pro tiché a staré duševně nemocné. Roku 1790 byl dán do provozu první Ústav pro duševně choré v Praze, který byl spravován a řízen lékaři, díky čemuž u nás byly vytvořeny pevné základy pro humánní léčbu duševně nemocných lidí (Vencovský, 1956).

K dalšímu většímu posunu došlo až v roce 1822, kdy bylo nařazeno na pražské univerzitě vyučování „choromyslitelství“ s občasnými návštěvami azylu pro duševně nemocné. Roku 1862 došlo k reformě v českém zdravotnictví díky výnosu, kvůli kterému lékaři začali skládat přísahu pomoci pomáhat všem bez rozdílu. Tato přísnější pravidla se dotkla také ústavů pro duševně nemocné, kdy lékaři v těchto ústavech dostali přesný soupis, jak se chovat k duševně nemocným. Podle tohoto soupisu se ošetřovatelé museli k psychicky nemocným chovat vždy vlídně, nesměli jim tykat a pokud je fyzicky trestali, mohlo dojít k trestnímu stíhání. Museli dbát na hygienu duševně nemocných a bez svolení lékaře nesměli využívat svěřací kazajky, nebo jiných omezujících prostředků (Zemský výbor Praha, 1874-1928).

Několik psychiatrických klinik bylo vybudováno po první světové válce, čímž byly položeny základy pro vědeckou a pedagogickou práci v psychiatrii. Tento vývoj však pozastavila druhá světová válka, během které byli duševně nemocní posíláni do koncentračních táborů. K největšímu rozvoji péče o duševně nemocné u nás došlo až v posledních 15 letech. V tomto období můžeme sledovat iniciativu odborníků i veřejně známých lidí v odstraňování bariér. Přesto, že je společnost nyní více otevřená, nadále zůstává problematika malé informovanosti a šíření dezinformací (Höschl, 1996).

2.5. Stigmatizace duševně nemocných v moderní době

Jak můžeme vidět na předchozích stranách, vývoj přístupu k psychicky nemocným byl zdlouhavý a stále ještě není u konce. Lidé byli stigmatizováni již od začátku a napříč historií můžeme pozorovat, že stigmatizace byla a je stále velkým problémem. Jak tomu tedy je v naší moderní době? Jak jsem již zmiňovala, každá kultura přejímá svá přesvědčení, postoje a základní principy z historie svých předků. Většina našich představ má tak kořeny zejména v tradicích spojených s vírou, což se odráží na stigmatizaci psychicky nemocných.

Stigma duševních chorob je komplexní fenomén, který postihuje nejen lidi s psychiatrickými poruchami a jejich rodiny, ale i celou společnost. Snahy o další pochopení stigmatu a vymazání jeho dopadu by proto měly být založeny na pečlivě provedeném výzkumu ve stejné tradici vyšetřování, která řídí studium služeb duševního zdraví a sociálních jevů. Během posledních dvou desetiletí začaly výzkumy, které si kladou za cíl popisovat problémy způsobené stigmatem duševních chorob a vyvíjet strategie a techniky k jejich zmírnění. Když se výzkumníci snaží porozumět dopadu stigmatizace duševních chorob, rozlišují mezi sebestigmatem (předsudky, které se jednotlivci obracejí sami proti sobě, protože jsou členy stigmatizované skupiny), strukturálním stigmatem (politiky soukromých a vládních institucí, které záměrně omezují příležitosti lidí s duševním onemocněním a politika institucí, která přináší nezamýšlené důsledky, které lidem s duševním onemocněním brání v možnostech volby) a veřejným stigmatem (Corrigan, 2000).

Historicky duševní onemocnění a léčba duševních poruch zahrnovaly emocionální problémy. Duševně nemocní lidé často vyvolávali a stále vyvolávají negativní ohlasy ve společnostech různých kultur. Povaha psychiatrického stigmatu není téměř studována navzdory jeho rozšířeným důsledkům. Právě znalost takových postojů je důležitá nejen pro pochopení původu narušeného chování, ale také pro ty, kdo se podílejí na prevenci, včasné intervenci a komunitní léčbě psychiatrických pacientů (Chee Hong Ng, 1997).

2.6. Role společnosti

Lidé jsou v současnosti lépe informováni o duševních onemocněních. Zvýšila se také schopnost veřejnosti označit širší rozsah chování jako duševní onemocnění. Ačkoli morální problémy přetrvávají, do popředí se dostaly jak lékařské, tak sociální pohledy na psychické poruchy. Mezi faktory u pacientů, které ovlivňují postoj veřejnosti, patří také informace do jaké míry je násilí problémem u daného onemocnění, intenzita chování, viditelnost v otevřené komunitě, stupeň nepředvídatelnosti a ztráta odpovědnosti způsobená psychickým onemocněním. Negativní postoje jsou nejčastěji vyvolány, pokud je pacientem muž, z nižší socioekonomické třídy, menšinového statusu, který postrádá sociální vazby a je léčen somatickými terapiemi ve státních nemocnicích. Při utváření postojů jsou důležité i faktory u respondentů. Vyšší věk, nižší socioekonomický status a nižší úroveň vzdělání jsou spojeny s větší intolancí a odmítáním duševně nemocných. Mezi příbuznými pacientů platí, že čím nižší socioekonomická třída, tím větší pocity strachu a odporu, zatímco čím vyšší socioekonomická třída, tím větší jsou pocity studu a viny (Chee Hong Ng, 1997).

Například v Asii stále zastávají spíše nadpřirozený, moralistický a náboženský přístup k psychickým poruchám, přičemž jsou stigmatizovány spíše ty psychické poruchy, které jsou chronické a stále se vracející. To je způsobené vírou, podle které jsou psychické nemoci výsledkem spirituálního trestu, dědičných deficitů, nebo sociálních a morálních přestupků. U asijských kultur se příliš nerozlišuje mezi tím, co je způsobené tělem a co psychikou (Kirmayer, 1989). Za příčinu somatizace příznaků psychického onemocnění může být rovněž považována tradiční medicína, omezená slovní zásoba k vyjádření emocí, nebo také taoismus, který je hlavním náboženstvím například v Číně. I přesto, že se zde s lidmi jednalo dříve poměrně humánně, bylo tomu tak spíše z lítosti, a tak do dnešní doby přetrvává stigmatizace psychicky nemocných, kteří jak v Číně, tak i v Japonsku, svým onemocněním přinášejí rodině hanbu (Lin Tl in Kleiman, 1989).

Také v Indii můžeme vyzorovat podobný přístup k duševnímu onemocnění. Koncepty unmada (těžké duševní poruchy) v indické kultuře jsou do značné míry ovlivněny lidovými a ajruvédskými nebo indickými tradicemi klasické medicíny. Lidovými tradicemi se rozumí nadpřirozené síly. Oproti tomu Ajruvéda popisuje psychické onemocnění imbalancí. Mezi další používané domorodé koncepty patří astrologie, karma a také fyzické nemoci. Obvykle byli psychiatrickí pacienti v kontaktu s

jinými léčiteli (ajurvédskými, lidovými, chrámovými a homeopatickými) předtím, než vyhledali pomoc v psychiatrických zařízeních (Chee Hong Ng, 1997). Studie (Hartini, 2022) zaměřená na populaci Indonésie, uvádí jako příčinu stigmatizace především nízkou gramotnost. Nízká gramotnost v oblasti duševního zdraví je známá tím, že má dopady jak na nás samotné (např. nepřipravenost správně se rozhodnout, co dělat, když pocítujeme symptomy související s problémem duševního zdraví), tak na ostatní lidi (např. odpor k interakci s pacienty s duševním zdravím). Studie ukázala, že dobře gramotní jedinci, pokud jde o znalosti duševního zdraví, mají tendenci mít lepší postoj k lidem s duševní poruchou. Proto doporučují psychoedukační programy prostřednictvím různých metod, ke snížení stigmatu vůči pacientům s duševním onemocněním ve společnosti.

Stejně jako v předchozích zmíněných kulturách, také Afrika připisuje duševnímu onemocnění nadpřirozené síly, přesto je zde stigmatizace psychicky nemocných mnohem horší, jelikož přejímají přístup k tomu onemocnění v podobě, která byla v historii (Ocisková & Praško, 2015). Duševní onemocnění je ve většině částí Afriky považováno za tichou epidemii. Kvůli strukturálním a systémovým bariérám, jako je nedostatečná infrastruktura zdravotní péče, nedostatečný počet specialistů na duševní zdraví a nedostatečný přístup ke všem úrovním péče, bylo duševní onemocnění charakterizováno jako opomíjený a stále více zatěžující problém postihující populaci v celé Africe. Stanovení priorit duševního zdraví bylo také obtížné kvůli nedostatku zdrojů, omezenému financování a žádným nebo neúčinným politikám duševního zdraví. Většina vlád, tvůrců zdravotní politiky a sponzorů se historicky zaměřovala na přenosné nemoci, které kontinent zatěžují, jako je malárie, tuberkulóza, HIV/AIDS. Kvůli stigmatizaci a diskriminaci navíc mnoho lidí v tichosti trpí a nedokážou plně využít svůj potenciál (Monteiro, 2015).

Kromě toho je značná část populace v afrických zemích zranitelná duševními chorobami v důsledku psychosociálních a socioekonomických stresorů, jako je chudoba, migrace, války, konflikty a katastrofy (Okasha, 2002). Podle studie (Gureje et al., 2005) zabývající se povědomím o psychických poruchách v Nigerii lidé nejčastěji vnímají psychické onemocnění jako následek užívání drog a omamných látek nebo posednutí zlými duchy. Pouze jeden z deseti respondentů věřil v biologické faktory. Ke stigmatizaci psychicky nemocných dochází ve velké míře také v nemocnicích. Opět je zde tedy na

vině nedostatečná informovanost o psychických poruchách a absence destigmatizačních programů a odborné péče.

Oproti tomu v Evropě, i přesto, že některá stigmata dále přetrvávají, je pozorován pokles míry stigmatizace. Příkladem je studie (Mehta et al., 2009), která zkoumala přístup k psychickým nemocem v Anglii a Skotsku. Na základě té se potvrdila pozitivní účinnost destigmatizačních kampaní. Podle studie (Krendl, 2020) která se věnovala kulturním rozdílům ve stigmatizaci, jednotlivci ve východních zemích měli větší pravděpodobnost, že budou připisovat etiologii duševní choroby morálce než jednotlivci v západních zemích. Dřívější výzkum navíc prokázal, že jednotlivci ve východních zemích uváděli, že mít duševní onemocnění bylo ostudné, kvůli čemuž byla větší pravděpodobnost, že své případné psychické onemocnění budou skrývat. Duševní onemocnění může být považováno za porušení kulturních norem (Shin et al., 2013), což může být obzvláště problematické ve východních zemích. Studie tak prozkoumala možnost, že kulturní rozdíly v přisuzování informace o etiologii duševních nemocí přispěly k rozdílům ve stigmatizaci duševních nemocí (předsudky a diskriminace).

Účinnost destigmatizačních kampaní v Anglii potvrzuje také studie (Winkler et al.) z roku 2015, která přinesla důkazy o výrazných a statisticky významných rozdílech v hlášeném a zamýšleném chování vůči lidem s duševními problémy v České republice a Anglii. Míra zamýšleného diskriminačního chování se v České republice jeví jako alarmující. Zatímco v Anglii by necelá 4 % populace měla problém navázat přátelství s člověkem, u kterého se rozvine duševní onemocnění, v České republice je to případ více než jedné čtvrtiny populace. Výsledky mohou také poukázat na větší společenský problém související s duševním zdravím v zemích postkomunistické střední a východní Evropy. K prozkoumání tohoto by však bylo zapotřebí více výzkumů, protože v této oblasti existuje jen málo publikovaných výzkumů.

Na rozdíl od západních zemí se ukázalo, že stigma duševních chorob ve východních zemích je do značné míry spojeno s obavami, jak by diagnóza duševního onemocnění ovlivnila ekonomickou a sociální pohodu přátel a členů rodiny (Yang a kol., 2007). Negativní postoje k duševním poruchám ve východních zemích mohou tedy silněji souviset s hlavními aspekty předsudků souvisejících se sociálními obavami (např. přenos léčby, obavy z přelévání odhalení). Tyto postoje pak mohou předpovídat vyšší pravděpodobnost diskriminace.

Podle studie Krendla (2020) ve východních zemích docházelo ke stigmatizaci samotného duševního onemocnění a v západních zemích docházelo především ke stigmatizaci samotného psychicky nemocného jedince. Toto zjištění zahrnovalo několik zemí (čtyři východní a sedm západních) a několik základních aspektů předsudků – tradiční předsudky, vylučující pocity, negativní vliv, přenos léčby, přelévání odhalení a nebezpečnost. Významným faktorem pro stigmatizaci psychicky nemocných jedinců hrála etnická příslušnost. Jednotlivci v západních zemích podporovali více předsudků a diskriminace vůči jednotlivcům s více stigmatizovanými identitami (např. členové menšinové skupiny s duševním onemocněním).

2.7. Jevy ve společnosti ovlivňující stigmatizaci

Než se dostanu k dopadům stigmatizace na psychicky nemocné a oblasti jeho života, které jsou jí poznamenány, ráda bych se zmínila ještě o jevech ve společnosti, které toto stigmatizující smýšlení mohou podporovat a šířit.

2.7.1. Sociální role

Celý svět je jeviště a všichni lidé na něm jenom herci

Za život každý hrajeme mnoho rolí (Shakespeare)

Podoba sociálních rolí je dána tradicemi a společenskými normami, které nám jí přisoudí. Nám přisouzené role může být třeba pohlaví, nebo to, že jsme studenty. Jedná se určitým způsobem o sebenaplňující proroctví. Pokud roli nám přisouzenou přijmeme musíme ji „hrát“ v souladu s představami společnosti, jinak dojde k jejímu odebrání. Sociální roli si také můžeme volit samy, a to například v případě, kdy o sobě prohlásíme, že jsem fanoušky určitého sportu, nebo když o sobě prohlásíme, že jsme umělci. Dobře socializovaný člověk pak ví, jak hrát svou roli a kdy se jí nemusí řídit. Tomu se říká odstup od role (Fafejta, 2004).

Podle Myerse (2016) mají tyto role co dočinění s konformitou. K definování rolí je třeba celého souboru norem. Hraní rolí může být také pozitivní, a to především pro vývoj člověka. Celý život nám je přisouzenou několik rolí a my se díky nim můžeme vyvíjet.

S tímto nám souvisí také sociální kontrola. Jelikož je odejmutí role až krajním řešením, dochází většinou k sankcím vybočujícího jedince od společnosti. Mezi nejoblíbenější způsoby, jak zajistit navrácení vybočujícího jedince zpět do role je výsměch a pohrdání. Dalším způsobem je postupné vytěšňování ze sociální skupiny. Vybočující jedinec je označen za „černou ovci“ a stává se středem pomluv. Za nejúčinnější způsob k přesvědčení opětovného hraní role je však vábení. Každá sociální role sebou přináší i určité benefity, ať už se jedná o finanční zisky, či sociální kontakty (Fafejta, 2004).

2.7.2. Sociální identita

Také identita je dána sociálními rolemi, které hraje každý z nás. Ta souvisí s pojetím našeho já. Podle Meada se já skládá ze dvou neoddělitelných složek, kterými je vnitřní Já, se kterým se rodíme a znamená naši individualitu a naše sociální Já, které získáváme především sociálními interakcemi. Člověk, který má tyto dvě složky Já v souladu je velmi schopný hrát svou roli dobře. Právě psychicky nemocní lidé mají své Já často v rozporu (Fafejta, 2004).

Někdy se můžeme setkat s rozdělením koncepcí identity na slabé a silné. Podle Výrosta (2008) „silné“ koncepce vycházejí z původního chápání pojmu identita a vycházejí z každodenní zkušenosti. Na základě toho je identita něco, co by měli mít všichni lidé a skupiny. „Slabé“ koncepce identity ji považují za měnící se podle situace ve které se jedinec zrovna nachází. Parafrázujeme-li toto rozdělení, může se jednat v případě „silných“ koncepcí o osobní identitu a v případě slabých o tu sociální. Může také dojít ke krizi identity, která je provázena tápáním a hledáním. Ke krizi identity dochází při výskytu skutečností, okolností, nebo v našem případě rozvoji nemoci, které daný člověk předem neočekával.

Také Goffman (2003) se zmiňuje o důležitosti osobní identity, pro zkoumání stigmatizace. Zvládání stigmatu je odnoží souhry více aspektů ve společnosti jako je vytváření stereotypů, které se objevují především v interakci lidí, kteří se vzájemně neznají. Z tohoto důvodu se můžeme setkávat se snahou omezení osobní a sociální identity. Například školy zavádějí povinné uniformy a stejně tak firmy. V některých institucích také zavádějí falešná jména pracovníků, protože osobní identita umožňuje získání poměrně obsáhlých informací o daném člověku. Toto zastírání přináší

stigmatizovaným jedincům mnoho možností, jelikož se nad nimi nevznáší všechny předsudky a stereotypy, které se jinak s jejich onemocněním pojí.

2.7.3. Konformita, poslušnost a autorita

Jedním z důsledků skutečnosti, že jsme tvorové společenští je to, že žijeme ve stavu napětí mezi hodnotami spojenými s individualitou a hodnotami souvisejícími s konformitou. Co je to konformita si můžeme ukázat na příkladu člověka, který začal utíkat ze svých vlastních důvodů, třeba že si vzpomněl na schůzku. Najednou se k němu přidal další člověk, který také někam pospíchal. Po chvíli další, a pak zase další. Následovně se připojil skoro každý na ulici, aniž by věděli, proč všichni utíkají. Jakési zamumlání v tomto davu se následně vykryštovalo v prohlášení, že praskla přehrada a tento dav najednou zachvátila panika Aronson (2012).

Podle Hayesové (2007) se lidé raději přizpůsobí většině, než aby se jí postavili, a to i v případě, že se většinová skupina mylí. To ostatně dokazují také výzkumy S.E. Ashe z roku 1951 a M. Sherifa z roku 1935.

Dalším faktorem je skupinové myšlení, kterým se zabýval Irving Janis (1982), podle kterého se jedná o způsob myšlení, který lidé uplatňují, když se snaha o jednotu stane v určité skupině natolik dominantní, že mají tendenci potlačit realistické posouzení alternativních postupů, vnímají samy sebe jako nezranitelné, jsou zaslepené optimismem a tento optimismus se udržuje zastrašováním skupiny, která stojí proti nim. Snaha o jednomyslnost je tak důležitá, že se někteří jedinci stávají strážci myšlení, lidmi, kteří cenzurují přicházející znepokojivé informace, jako tomu bylo i u všech diktátorských režimů a dalších. Konformitu lze tedy definovat jako změnu v chování nebo stanoviscích člověka v důsledku skutečného nebo domnělého tlaku od osoby nebo skupiny osob.

Internalizace hodnoty nebo přesvědčení je nejstálejší, nejhlouběji zakotvená reakce na sociální vliv. Motivace pro internalizaci konkrétního přesvědčení má kořeny v přání mít pravdu. Je-li člověk, který vyvíjí tlak vnímán tak, že je věrohodný a má dobrý úsudek, přijímáme přesvědčení, které zastává a začleňujeme ho do našeho systému hodnot (Aronson, 2012).

Konformitu můžeme chápat také jako změny v chování nebo názoru, které jsou výsledkem tlaku na daného jedince. Vyznačuje se tak tím, že se lidé podřizují tlaku společnosti a dělají tak něco, co sami nechtějí. Oproti tomu nonkonformita může mít hned několik podob. Člověk, který vystupuje ze své sociální role může vykazovat nezávislost

v chování a úsudku. Znakem nonkonformity může být vyhovění, kdy vybočující jedinec vyhoví přání druhé osoby. Poslušnost bývá nejméně častým znakem, jelikož se jedná o příkaz. Příklad poslušnosti můžeme sledovat také v Milgramově experimentu zkoumajícím vliv autority na poslušnost (Výrost, 2008).

Pokud si však zkusíme představit svět naprosté konformity, můžeme být zastrašeni. Jak by asi vypadal svět, ve kterém by neexistovaly rozdíly? Neměli bychom tedy usilovat o univerzálnost a stejnost, naopak bychom se měli naučit akceptovat odlišnosti druhých, jelikož ty každého z nás odlišují od zbytku společnosti.

2.7.4. Role médií

Žijeme ve věku hromadné komunikace. Můžeme však dokonce tvrdit, že žijeme ve věku charakterizovaném snahami o masové přesvědčování. Pokaždé když zapneme televizi, rádio, mobil. Kdykoliv otevřeme knihu, připojíme se na internet, někdo se pokouší nás poučovat, ovlivňovat, přesvědčovat. Podívejme se například na dopady filmu Den poté. Poté co byl uveden do kin, strhla se vlna strachu, a i lidé kteří film neviděli a pouze o něm slyšeli, se začali více obávat možnosti atomové války. Vliv filmu daleko překročil rámec zřejmých účinků televizních filmů. Vliv takových pořadů může být také ovšem velmi subtilní, dokonce neúmyslný.

Významným přispěvatelem k falešně uplatňovaným stereotypům jsou právě masmédiá. Mediální pokrytí duševních chorob je soustavně a převážně negativní a nepřesné. Televizní zprávy a zábavné pořady, filmy a noviny hrají ústřední roli v šíření neobjektivních informací o duševních chorobách a posilují negativní stereotypy. Senzačním zprávám o násilí a zločinech spáchaných jednotlivci s těmito poruchami je věnována mnohem větší pozornost než podobným zločinům spáchaným duševně zdravými osobami. Tím krystalizuje neobjektivní obraz pacientů s duševní poruchou jako ohrožujících osob ohrožujících společnost (Rössler, 2016).

Úkolem novináře totiž není sdělovat zprávy, ale prodávat je. Dobrý příběh upoutá pozornost veřejnosti buď tím, že se zaměří na konflikty a kontroverze, nebo tím, že nastolí otázky veřejné bezpečnosti. Podíváme-li se na novinové články, titulky zpráv, zpravidla při kriminálních činech bývá zvýrazněné případné psychické onemocnění daného člověka. Můžeme se tak setkávat s titulky, jako „Schizofrenička pobodala ženu v obchodě“ a podobně (Stuart, 2006). Thornicroft (2011) uvádí že například v Anglickém

London Evening Standart (2005) to byl zas titulok „Maniak zabil dvojčátka. Celkově v novinách chybí osobní příběhy a výpovědi přímo od psychicky nemocných, což potvrdila také studie z Nového Zélandu.

Také televizní zobrazení jen málo přesvědčí diváky, že lidé s duševní chorobou se mohou uzdravit nebo se stát produktivními členy společnosti. Duševně nemocné postavy jsou často zobrazovány jako osoby zbavené volebního práva bez rodinných vazeb, bez zaměstnání a bez sociální identity. Také záběry kamery používané k natáčení duševně nemocných postav se liší od těch, které byly použity k natáčení jiných postav. Duševně nemocné postavy jsou obvykle natáčeny samy s detailními nebo extrémními záběry, což posiluje jejich izolaci od ostatních postav a od komunity. Toto zkreslení psychicky nemocných můžeme pozorovat také v pohádkách od známé společnosti Disney, a i zde jsou duševně nemocné filmové postavy předmětem strachu, posměchu nebo pobavení a verbální odkazy na duševní choroby se používají k očerňování, segregaci, odcizení a označení podřadného postavení jiné postavy (Stuart, 2006). Ke stigmatizaci duševně nemocných v kinematografii dochází nejčastěji v hororech, kde psychicky nemocný plní většinou roli vraha, nebo šílence utrženého ze řetězů (Goodwin, 2014).

Výzkum Wahla, Wooda a Richardse (2002) zkoumal odkazy na duševní choroby v tištěných médiích v roce 1999. Prozkoumali 300 článků z velkých novin, jako jsou The New York Times, The Washington Post a The Boston Globe. Jedním z nejčastějších témat v člancích byla „nebezpečnost“, přičemž 26 % zahrnovalo zločin nebo násilí spáchané někým s duševním onemocněním. Našli také extrémně negativní titulky s odkazem na duševní onemocnění. Toto také potvrzuje výzkum Nawkové (2012).

Nawková et al. (2012) provedla výzkum českého, chorvatského a slovenského tisku (Chorvatsko: 75, Česká republika: 203, Slovenská republika: 172). Například agresivní chování bylo spojeno s osobami s duševním onemocněním ve 49,3 % článků v Chorvatsku, 24,6 % článků v České republice a 40,1 % článků na Slovensku. V kategorii „agresivní čin“ byli lidé s duševním onemocněním převážně prezentováni jako nebezpeční, zapojení do příběhů souvisejících s kriminalitou, jako je spáchání vraždy (Chorvatsko: 48,7 %, Slovensko: 30,2 %, Česká republika: 27,0 %) nebo fyzického napadení (Chorvatsko: 30,8 %, Slovensko: 25,7 %, Česká republika: 20,7 %), přičemž správné výrazy jako „člověk se schizofrenií“ jsou nahrazeny nálepkou schizofrenik a fakta o terapii a uzdravování v člancích často chybí.

Jak sem již zmiňovala, média se snaží především vydělávat. Hlavním cílem pořadů je lidi pobavit než vzdělávat. Zprávy se zaměřují na to, co je zrovna in a co vzbudí vlnu zájmu, místo toho, aby se zaměřili na to, co je hodné pozornosti. Jelikož se zprávy tvoří okamžitě a není zde čas na delší bádání, či ověřování faktů, je pro ně využití stereotypů časově úsporné a užitečné. Stereotypy v případě médií fungují jako zkratka, která zaujme a rychle se šíří. Dalším faktorem je také cenzura v médiích, kdy si jednoduše reportéři vybírají takové informace, které se jim zrovna hodí a pokud se jedná o rozhovor s jinou osobou, záznam často sestříhají tak, aby odpovídal jejich požadovanému narativu příběhu (Thornicroft, 2011).

Sociální média

Je třeba zmínit také sociální média, jelikož ta se pro nové generace stávají hlavním zdrojem komunikace a interakce s druhými a mají proto vliv na duševní zdraví, rozvoj psychického onemocnění ale také mohou napomáhat k přijetí duševního onemocnění a k osvětě. Sociální média mají potenciál pro rozšíření dosahu služeb duševního zdraví, zejména pro mladé lidi. Několik nedávných studií také naznačilo, že mnoho lidí s duševním onemocněním se obrací na sociální média, aby se podělili o své osobní zkušenosti se životem s duševním onemocněním, hledali informace a rady o duševním zdraví, učili se od ostatních nebo poskytovali podporu jiným jedincům, kteří čelí podobným problémům (Naslund et al., 2017). Rozšířené používání sociálních médií může poskytnout také příležitosti, jak pomoci snížit počet nediodagnostikovaných duševních onemocnění, a to především deprese (Guntuku et al., 2017).

Na sociálních sítích však také převládá kultura srovnávání, kdy máme tendenci se porovnávat skoro s každým jiným uživatelem, který je nám v určitých aspektech podobný. Toto srovnávání pak může vyústit v sociální odtržení, snížení sebevědomí, úzkosti a deprese, jelikož sociální sítě nám také poskytují určitou anonymitu a díky nepřítomnosti face to face interakce vytváří půdu pro kyberšikanu. Kyberšikana je pak často důvodem rozvoje psychických poruch a jejich stigmatizace (Srivastava et al., 2019)

3. Dopady stigmatizace

Psychicky nemocní lidé zažívají každodenní vyřazování ze společnosti. K tomu dochází hned v několika oblastech. K diskriminaci, a tedy stigmatizaci dochází například v rodině, zaměstnání, bydlení, ale také při navazování vztahů s druhými. Psychicky nemocný jedinec je postupně izolován od společnosti. Stále však třeba brát v potaz historický a kulturní kontext, jelikož v různých zemích dochází ke stigmatizovaným oblastech k diskriminaci v různé míře. Nejprve bych vysvětlila, co je to vůbec diskriminace.

Diskriminace označuje nespravedlivé chování ostatních, nebo páchání zraňujících kroků vůči nim na základě příslušenství k určité skupině lidí. Diskriminace může být podněcována jednotlivci, rodinami, komunitami nebo kulturou či národem jako celkem. Práva diskriminované skupiny bývají utlačována a limitována. Diskriminační praktiky však mohou být sankcionovány neoficiálně a oficiálně, díky právu a soudnímu řízení. Diskriminace vůči určité skupině má za následek stereotypizaci a stigmatizaci dané skupiny (Hinshaw, 2007)

3.1. Sociální izolace

V oblasti duševního zdraví se stále častěji diskutuje o sociální izolaci a souvisejících konceptech. Navzdory tomu chybí pojmová jasnost a konzistentnost v definici a operacionalizaci těchto pojmů. Pocity osamělosti jsou větší a velikost sociální sítě je u osob s psychickým onemocněním menší než u běžné populace. Mezi lidmi s těžkým duševním onemocněním je sociální izolace spojena také s vyšší mírou bludů, nedostatkem vhledu a vysokým využíváním nemocnic. Naopak u lidí, kteří uvádějí že se jim dostalo větší sociální podpory, bylo zjištěno, že se s větší pravděpodobností zotaví z psychotických příznaků (Wang et al., 2017).

Lidé s duševním onemocněním jsou často izolováni od ostatních, nejen kvůli sebestigmatizaci, ale také kvůli nedostatku sociální podpory (Hinshaw, 2007). Sebestigmatizace, zejména ve formě sebeizolace, má mnoho negativních účinků vedoucích ke sníženému využívání zdravotních služeb, špatným zdravotním výsledkům a špatné kvalitě života. Nízké sebevědomí je spojeno s nevyužíváním příležitostí, které podporují zaměstnání a nezávislý život (Corrigan et al., 2012).

Některé problémy, kterým čelí lidé s duševním onemocněním, je ztráta reality, schopnosti komunikovat nebo sebeúcty, mohou lidi vést k nechtěnému přerušení vazeb se svými blízkými. Karp (1996) sociální izolaci popisuje jako paradox velkého toužení po spojení, kdy je psychicky nemocný jedinec současně zbaven schopnosti je realizovat. Toto dilema vytváří výzvy jak pro lidi s duševním onemocněním, kteří se snaží oslovit ostatní, tak pro ostatní, kteří se snaží oslovit je. Jednou z důležitých strategií na podporu osob s duševním onemocněním, k obnovení nebo rozvíjení vztahů a aby se vyhnuli dalším ztrátám vztahů, je trvalé úsilí o budování povědomí o duševních chorobách ve společnosti. Práce na obnově, přebudování nebo rozvoji vztahů je životně důležitou součástí života v procesu obnovy a rozkvětu duševně nemocného jako lidské bytosti (Baker, 2015).

Sociální izolaci můžeme tedy chápat jako bludný kruh. Ten začíná počátkem onemocnění, kdy jedinec již není schopen zvládat každodenní život a potýká se s příznaky a epizodami onemocnění. Následkem toho začne zpřetrhávat vazby se svým okolím a poté, co tyto epizody odezní, nebo jsou v útlumu, již není schopen tyto vazby znovu navázat. Tím více se pak prohlubuje jeho izolace, přičemž se jedinec cítí osamělý a tato samota může znovu vyprovokovat nežádoucí příznaky a epizody onemocnění. Izolace se ještě více posiluje, a to především díky stigmatu, se kterým se jedinec potýká, až do té míry, kdy ho přijme za vlastní součást i přesto, že se jedná o důsledek značkování a stereotypizace (Libiger, 2002).

3.2. Rodina

Stigmatizace psychicky nemocného jedince rodinou závisí na struktuře této rodiny. Každá rodina má svůj vlastní postup, jak se zachovat v případě krize, kterou duševní onemocnění představuje. Psychické onemocnění kteréhokoliv člena rodiny tuto organizaci nabourává a rodina je nucena k reorganizaci. Otázkou však je, zda rodina tuto restrukturalizaci ustojí a jak se jí přizpůsobí. Hlavní roli zde hraje také pocit viny. Příbuzní se mohou cítit za tuto nemoc vinni. Rodiče si kladou otázku o dědičnosti poruchy a obviňují se ze špatné výchovy, v partnerovi nemoc vyvolává ochrannitelské tendence a zároveň zlobu a děti si často myslí že nesou vinnu za podivné chování rodiče. Nejlepším řešením v této situaci je však podání potřebné podpory psychicky nemocnému členovi rodiny (Pěč & Probstová, 2009). To je ovšem také častým problémem, protože stejně jako

někteří členové společnosti, některé rodiny se odmítají vzdělávat v oblasti psychického zdraví.

U rodiny psychicky nemocného může dojít hned k několika postojům a reakcím. Opět však záleží na kultuře, ze které daný jedinec pochází. Nejčastěji se rodina nemocného snaží k situaci stavit z pohledu „zdravého rozumu“. Pokud „zdravý rozum“ nefunguje, dochází v některých případech k obviňování nemocného, kdy rodina na projevy onemocnění nahlíží jako na nevhodné, nebo úmyslné. Někteří členové rodiny mohou na neobvyklé projevy nemocného reagovat také humorem, nebo zlehčováním. Příkladem toho je často používaná věta „Vždyť se nemáš tak špatně, to já to měl horší“. Pokud členové rodiny nedokáží pochopit, co se s jejich příbuzným děje mohou reagovat i útokem na duševně nemocného. To, jak členové rodiny zareagují, ovlivňuje jejich vlastní porozumění nemoci a očekávání, že se daná osoba uzdraví (Thornicroft, 2011).

Vágnerová (2008) definovala několik fází vyrovnání se s psychickým onemocněním v rodině. Nejprve dochází k uzavření se do sebe psychicky nemocného, který na sobě pozoruje abnormální chování, bojí se rodiny, příznaky své nemoci tají a z toho důvodu omezuje kontakt se svou rodinou. To však v rodině vzbuzuje strach a snaží se o větší kontakt s psychicky nemocným. V případě, že dojde k diagnostice, rodina začne tuto skutečnost popírat a snaží se o nemoci nemluvit, jelikož nemají dostatek informací o nově diagnostikované nemoci. Pokud si rodina připustí onemocnění svého bližního, dochází k další fázi, kdy je hledán viník a příčina. Jelikož rodina ještě nezpracovala novou psychickou zátěž, dochází k emočním projevům jako je vztek, smutek a zklamání. V tomto období většinou dochází také k léčbě nemocného člena, která často neprobíhá podle představ zbytku rodiny, jelikož se jedná o zdlouhavý proces a pokroky nejsou vidět okamžitě. Jakmile však dojde k překonání těchto zátěží a ke smíření se s psychickým onemocněním člena rodiny, může začít hledání nového způsobu života a k obnovení poškozených vztahů v rodině.

Mnoho rodin odmítá přiznat, že je jeden z členů psychicky nemocný a na základě toho odmítají nejen možnost léčby, ale také vyšetření. Pokud se jedná především o dítě, může to mít za následek pozdní diagnózu, léčbu, a tudíž oddálení tolik potřebné péče pro psychicky nemocného (Ocisková & Praško, 2015). O psychickém onemocnění člena rodiny, se často nemluví, jelikož rodina neví, jak na situaci adekvátně reagovat. Příčinou tohoto chování může být již zmíněné sebeobviňování a pocíťování viny především u

rodičů, kteří přemýšlejí, zda za psychické onemocnění dítěte nemohou, případně zda podklad pro duševní poruchu není dán geneticky (Fink & Tasman, 1992).

Nedochází však pouze ke stigmatizaci duševně nemocného rodinou, ale i rodina sama bývá stigmatizována. Tento jev je popisován jako asociační stigma. O asociačním stigmatu se zmiňuje také Goffman (2003). Byl-li v rodině někdo psychicky nemocný, byl dotyčný v minulosti označován jako zátěž pro rodinu. Toto označení je zakořeněno v poměrně velké míře i dodnes, což vede ke zjednodušení komplexních vztahů v rodině a k popření lásky a sounáležitosti rodinných příslušníků (Thornicroft, 2011).

Toto potvrzuje také studie z roku 2001 v USA (Struening et al.). Většina zúčastněných například uvedla, že by se raději nepřátelili s rodinami, s nimiž doma žije někdo psychicky nemocný. Studie došla k závěru, že také rodiny duševně nemocných se cítí znevažovány. Přišli také na zvýšenou depresivitu u rodinných příslušníků, kteří ošetřují psychicky nemocného. Podle studie Van der Sardena (2013), který zkoumal právě asociační stigma však vnímaná dědičnost duševního onemocnění nesouvisela s asociačním stigmatem, ale byla spojena s psychickým stresem. To naznačuje, že když je duševní choroba považována za geneticky podmíněnou, může nastat nejistota ohledně vlastního zdraví a může dojít k obavám ohledně možné skryté duševní choroby u ostatních členů rodiny, což také potvrzuje zjištění Strueninga v již zmíněné studii z roku 2001.

Například v Asii stigma nemocného většinou zahrnuje i celou rodinu. Čínské názory na příčinu duševních chorob jsou mnohostranné. Duševní onemocnění považují za morální prohřešky vůči předkům nebo společenským normám, za něž nese odpovědnost také rodina, takže duševně nemocný a někdy i sourozenci bývají tradičně vyloučeni z možnosti uzavírat manželství. Je pravděpodobné, že silné psychiatrické stigma je v Číně spojeno s rodinou kvůli břemenu intenzivního studu a viny, které duševní onemocnění sebou nese. Psychicky nemocní lidé se zde tak snaží svůj stav skrýt, a proto ani nevyhledávají pomoc. Čím silnější je přání skrýt svou „hanebnost“ před odhalením, tím intenzivnější stigma je (Chee Chong, 1997).

3.3. Zaměstnání

Práce je v životě psychicky nemocného důležitá nejen jako prostředek získávání financí, ale také může podporovat duševní zdraví v několika směrech. „*Práce může dobré duševní zdraví podporovat v různých směrech: nabízí příležitosti k ověření a využívání dovedností, je zdrojem cílů generovaných vnějšími silami, nabízí pestrost, přehledné prostředí, peníze, fyzickou bezpečnost, mezi osobní kontakty a v neposlední řadě oceňovanou sociální pozici*“ (Warr, 1978, s.111).

Psychické onemocnění ovlivňuje motivaci, sociální chování, sebevědomí a mnoho dalších aspektů života nemocného. To je často způsobené medikací, kvůli které jsou v některých případech duševně nemocní unavení, častěji se jim střídají nálady a dezorientace. Například lidé s depresemi mají často problém vůbec vstát z postele, připravit se a absolvovat tuto cestu do zaměstnání i kvůli snížené motivaci. Jelikož je naše společnost postavena na výkonnosti a performaci, zaměstnavatelé často nechtějí přijmout člověka s psychickým onemocněním a nejčastěji zastávají názor, že takový člověk bývá málo výkonný, a tudíž méně prospěšný pro firmu (Venglářová, 2008).

Takový zaměstnavatel totiž nerozlišuje kvůli malé informovanosti typ psychického onemocnění. Stačí mu pouze slyšet tuto nálepku psychického onemocnění a hned se mu v hlavě honí mnoho stereotypizujících myšlenek. Nejčastěji nejsou přijmuti lidé trpící schizofrenním onemocněním, kvůli již zmiňovanému zobrazení nemoci v médiích (Sainsbury Centre for Mental Health, 2007). Zaměstnavatelé se často uchylují ke skryté diskriminaci psychicky nemocných zaměstnanců prostřednictvím neadekvátních požadavků jako je navýšení práce, přesčasy a další neočekávané změny (Callard, 2012).

Kvůli hrozící diskriminaci zaměstnanci své onemocnění často tají. Zde nastává problém při podpisu smlouvy, kde je třeba uvést zda pobírají invalidní důchod. Dalším problémem je návrat do zaměstnání po prodělané hospitalizaci, a to především ze strany kolegů, kteří si od psychicky nemocného jedince drží odstup, bedlivě pozorují jeho chování a snaží se najít nějakou záminku k další diskriminaci (Hinshaw, 2006). Podle Thornicrofta (2011) až 86 % lidí s psychickým onemocněním touží po zaměstnání až 90 % by se rádo vrátilo zpět do zaměstnání, pokud je nemoc donutila k odchodu.

Například v Evropě nejsou psychicky nemocní jedinci úplně vyřazeni z pracovního procesu a většina firem má pak své vlastní psychology, kteří jsou zaměstnancům k dispozici a poskytují tak určitou pomoc pro psychicky nemocné. Oproti tomu dochází ke stigmatizaci a diskriminaci ze strany kolegů, kteří s psychicky nemocným nechtějí pracovat. (Corrigan, 2007). Podíváme-li se na vývoj v posledních letech, firemních psychologů neustále přibývá, a tudíž i podpora psychicky nemocných v zaměstnání. Záleží však na místě, kde jedinec s psychickým onemocněním žije, jelikož obecně platí, že se jedná o výsadu především velkých měst.

Od zaměstnání bývá odrazován psychicky nemocný jedinec nejen potencionálními zaměstnavateli, ale také doktory, nebo pečujícím personálem. Často pak slýchají věty jako „ty už nikdy nebudeš pracovat“. Problémem v této oblasti však není jen hledání práce, ale také její udržení, které bývá náročné, kvůli již zmíněným příznakům psychického onemocnění, nebo vedlejším efektům léčby, kdy si nemocný může častěji vybírat volno (Thornicroft, 2011).

3.4. Vztahy přátelské a intimní

Ať se jedná o přátelství nebo intimní vztahy i zde dochází ke stigmatizaci, ale i sebestigmatizaci, která má za následek sociální izolaci, či porušení sociálních vazeb. Přátelství, kterého si někteří váží více než rodiny, úspěchu, cti. Jelikož lidé jsou tvorové společenští, není divu, že si někteří takto považují přátelství. Přátelství také může suplovat rodinu. Velkou roli zde hrají již zmíněné sociální jevy, jako je sociální identita, sebezpojetí, sebehodnota a další. Například lidé, u kterých došlo k rozvoji deprese se cítili, jako by ubyla také jejich „hodnota pro setkávání se s lidmi“. Sociální kontakt hraje velkou roli při výskytu či vývoji duševního onemocnění (Thornicroft, 2011).

Důležitost přátelství potvrzuje Schön (2009) ve studii zabývající se efektem přátelství na uzdravení psychicky nemocných lidí. Téměř všichni respondenti uvedli, že mají přítele, který přispěl k jejich uzdravení. Mezi přátele patřili lidé s duševní nemocí i bez nich. Důležitou roli sehráli přátelé z doby před onemocněním, protože představovali spojení mezi současným problematickým životem jedince a minulostí, kdy respondenti takové problémy neměli. Skutečnost, že přátelství pokračovalo, bylo také účastníky popisováno jako znamení, že existuje naděje na uzdravení. Čas s přáteli, které si

respondenti během procesu zotavení našli, definovali jako čas, kdy „člověk mohl být jen sám sebou“. Tato přátelství ale vykazovala silné i slabé stránky.

Přesto se však psychicky nemocní jedinci setkávají i s odmítnutím a diskriminací na základě svého onemocnění, a to především při navazování vztahů. Mnoho výzkumníků popsalo sexuální vztahy lidí s těžší formou psychického onemocnění jako krátkodobé, epizodické nebo dokonce „chaotické“ a je pro ně tak těžší najít vztah a přátelství. Lidé s psychickým onemocněním jsou společensky devalvováni jako potenciální manželé, nebo partneři, kvůli společenskému stigma spojenému s diagnózou duševní choroby. Mnoho dostupných kulturních stereotypů o lidech s duševním onemocněním je zobrazuje jako nebezpečné, nepředvídatelné a společensky nežádoucí, proto není divu, že většina dostupných měřítek stigma se respondenta ptá na jeho ochotu vzít si někoho s duševní poruchou, nebo na to, jak by se cítili, kdyby to udělal blízký rodinný příslušník. Tyto položky, jsou-li použity, obvykle vyvolávají u respondentů nejsilnější negativní reakce (Wright et al., 2007).

To ostatně potvrzuje také výzkum Bakera (2015). Všichni účastníci této studie zažili ve svém životě ztrátu jednoho nebo více vztahů kvůli duševní nemoci nebo souvisejícím faktorům. Řada problémů, včetně emocí, chování a nepochopení duševních chorob druhými, byla vnímána jako příčina nebo jako faktor přispívající ke ztrátě vztahů s důsledky, které byly v rozsahu od emocionálních reakcí až po další ztráty pro účastníky.

Do intimních vztahů vstupují mimo jiné i rodiny obou partnerů. Například v Japonsku není nic výjimečného, když si rodina zaplatí detektiva, který důkladně prozkoumá celý rodokmen a snaží se zjistit, jestli se v rodině partnera nenachází „zlá krev“. Nalezení duševní nemoci je v Japonsku považované za velký faktor, který může vést k zákazu manželství mezi partnery, nebo jakéhokoliv vztahu. Duševní nemoc také výrazně ovlivňuje modely sexuálního chování (Thornicroft, 2011).

3.5. Bydlení

Základní prvek našeho života, a přesto pro mnoho lidí nedosažitelný. Také psychicky nemocní jedinci jsou diskriminováni při výběru bydlení, a proto jich mnoho žije s rodiči. Bydlení je označováno za kritický prvek při léčbě a resocializaci psychicky nemocných jedinců. Bez vhodného bydlení mají lidé jen malou šanci udržet si v životě

další zdroje pro rychlejší uzdravení, jako jsou podpůrné vztahy a smysluplné aktivity. Účastníci studie z roku 2010 (Browne et al.) se shodli, že kvalitní bydlení je kritickým prvkem rekonvalescence. Významnou roli v otázce bydlení podle nich zastávají pečovatelé, kteří jsou ústředním bodem rozhodování, jelikož pečovatelé často významně přispívají k tomu, aby se duševně nemocní cítili dobře. Pečovatelé se zde rozumí například člen rodiny, partner, nebo kamarád. Pečovatelé také často hledají bydlení pro psychicky nemocného. Tito pečovatelé pak ve studii uvedli, že se při hledání bydlení pro psychicky nemocného sami potýkali se stigmatizací a bojovali s dilematem, zda o diagnóze říci majitelům bytů a zda by toto hledání neměli nechat na psychicky nemocném, kterému by tato důvěra mohla pomoci.

Toto tvrzení se ukázalo jako pravdivé především v USA, kde například až 65 % osob se schizofrenií žije s rodiči, kvůli stigmatizaci a diskriminaci při hledání bydlení. Téměř 32 % z 2000 respondentů ve studii uvedlo, že zažili diskriminaci, týkající se bydlení. Opět se nám zde projevuje jev „Not in my backyard“. Lidé například odmítají umístění zařízení pro duševně nemocných v jejich sousedství. Často používají slogany jako „Zachovejte bezpečnost našich dětí, nebo „Paranoidní schizofrenici pryč“. Opět zde hrají roli média a nedostatečná informovanost, která má na svědomí toto diskriminační chování. Kvůli titulkům o šílených vrazích se pak lidé bojí o svou bezpečnost, což je paradoxní, protože až polovina lidí se za svůj život potýká s duševním onemocněním. Na vině tak nejsou pouze vlastníci obytných objektů, ale také sousedé, kteří se někdy uchylují zejména k verbálnímu napadání nemocného. V krajních případech pak toto negativní chování sousedů může vykrystalizovat ve fyzické napadení (Thornicroft, 2011).

Bydlení s psychicky nemocným může být tedy z důvodu stigmatizace majiteli obytných domů, ale také kvůli kultuře psychicky nemocného, nebo kvůli finanční situaci. K bydlení s rodinou, z důvodu tíživé finanční situace, dochází především u těžších psychických onemocnění jako je schizofrenie, kdy se stává daný člověk závislým nejen kvůli příznakům onemocnění, ale také kvůli tomu, že plně invalidní lidé nemají peníze na ekonomickou samostatnost v otázkách sebe péče (Pescosolido, 2009). Z tohoto důvodu také, pokud se pronajímatel dozví o psychickém onemocnění, dává přednost při výběru někomu jinému, kdo pro něj představuje jistějšího plátce nájemného (Zippay, 2006).

3.6. Stigmatizace zdravotníků

„Problém začíná, jakmile projdete branou psychiatrické léčebny. Jakmile vás někdo označí, začnou se hromadit zprávy jedna za druhou. Psychiatři z dokumentace nikdy nic neodstraní, změna diagnózy znamená doplnění dokumentace. Když s nimi nesouhlasíte, řeknou, že nemáte dostatečný náhled.“ (Thornicroft, 2011, s. 81).

Podle Rösslera (2016) by se teoreticky dalo očekávat, že odborníci na duševní zdraví budou mít k pacientům s duševním onemocněním přinejmenším neutrální postoje. Vykazují však přinejmenším stejné nebo v některých případech dokonce silnější negativní přesvědčení a postoje než osoby v běžné populaci. Psychiatři mohou mít pozitivnější názory na duševně nemocné, ale projevují sníženou ochotu ke kontaktu s nimi. Švýcarská studie zjistila, že psychiatři jsou více nakloněni komunitní psychiatrii u osob s těžkými duševními chorobami než u běžné populace. Když se však hodnotí ochota ke společenskému kontaktu, není mezi psychiatry a běžnou populací žádný rozdíl. Pravděpodobně se jedná o fenomén „ne na mém dvorku“, kdy psychiatři projevují politicky korektní názory, pokud se jich to netýká osobně.

Nejpravděpodobnějším vysvětlením tohoto chování je, že odborníci na duševní zdraví jsou často konfrontováni s pacienty, kteří se zdráhají podstoupit léčbu. S těmito pacienty je těžké vybudovat silný terapeutický vztah. Čím lepší je však vztah mezi pacientem a zdravotníkem a čím dobrovolnější je léčba např. v ambulantní péči, tím méně odborníci své pacienty stigmatizují (Lauber et al., 2006). To ostatně potvrzuje také Thornicroft (2011), podle kterého zdravotníci zakládají svůj postoj na přímé zkušenosti s nemocnými. Následná stigmatizace psychických onemocnění je však u zdravotníků určitým způsobem „pochopitelná“, jelikož se setkávají s převážně těžšími případy psychického onemocnění. Ti duševně nemocní, u kterých dojde k uzdravení, z péče brzy odcházejí, a tudíž lékaři získávají své zkušenosti především během léčbě těch pacientů, u kterých dochází k relapsu, nebo se u nich nedostavuje zlepšení.

Tato zdlouhavá a náročná léčba má pak za následek ztrátu trpělivosti, pocit marnosti, ztrátu trpělivosti a pochopení ze strany zdravotníka. Pokud zdravotník pocítuje nevděčnost a odmítavost ze strany pacienta, může dojít k jeho vyhoření (Fink, & Tasman, 1992). Podle Thornicrofta (2011) se většina osob s duševním onemocněním obrací nejprve na duchovního než na psychiatra, což může být způsobeno právě stigmatizací duševního onemocnění zdravotníky, kteří například umí poskytnout lékařskou pomoc

osobám se schizofrenií než těm s depresí. Většina zdravotníků považuje schizofrenii za onemocnění, které způsobují biologické faktory, kdežto depresi chápou jako důsledek sociální dezintegrace, kam řadí také užívání alkoholu a drog, nezaměstnanost a kriminalitu. Lékaři tak nemají příliš kontaktu s uzdravenými a duševní onemocnění pro ně dostává poměrně pesimistickou konotaci.

To ostatně potvrzuje také Ocisková a Praško (2016) podle kterých je postoj lékařů a jiných zdravotníků podobný tomu laické společnosti. Díky zdravotnímu vzdělání mají větší pohotovost k nálepkování. K tomuto nálepkování dochází při stanovování diagnóz a dochází k němu především u psychických nemocí u kterých zdravotník stereotypně očekává obtížnou léčbu.

Oproti tomu výzkum (Winkler et al., 2016), který zkoumal stigmatizaci lékařů v České republice ukázal, že zdravotníci psychické onemocnění stigmatizují méně než laická společnost. Jedinou položkou, která vykazovala menší stigma běžnou populací ve srovnání s lékaři, byla položka zkoumající postoje k psychiatrickým léčebnám. Ty běžná populace hodnotila jako zastaralé. Oproti tomu lékaři je téměř vždy navrhovali jako léčebný prostředek. Tento konkrétní výsledek stojí za pozornost jak v kontextu celosvětového trendu deinstitucionalizace péče o duševní zdraví, tak probíhající české psychiatrické reformy, jejímž cílem je přeměnit současný nemocniční systém péče o duševní zdraví na systém více komunitní.

Stigmatizace se obávají také vojáci, kteří po návratu z války často trpí posttraumatickou stresovou poruchou. Až 66-77 procent těchto vojáků kvůli obavám nevyhledává péči.

3.7. Krátce o destigmatizaci v ČR

Některé mýty, které jsou ve společnosti hluboce zakořeněné podle NUDZ:

1. Z duševního onemocnění se nelze uzdravit
2. Lidé s duševním onemocněním mají sklony k násilnému chování
3. Duševní onemocnění mají jednoznačný původ
4. Člověk s duševním onemocněním nemůže pracovat
5. Lidé s duševním onemocněním nejsou v naší společnosti diskriminováni

Jak můžeme vidět na předchozích příkladech, povědomí společnosti o psychickém zdraví je opravdu nedostačující. Z tohoto důvodu pokládám za důležitou funkci destigmatizačních programů. Jedním z nich je například projekt Na rovinu, který vznikl na základě studie NUDZ (2021) a klade si za cíl vzdělávání veřejnosti, a to i odborníků v sociálních službách. Vzdělávání veřejnosti a program destigmatizace Na rovinu, se ukazuje jako účinný. NUDZ uvádí, že u lidí, kteří přišli do kontaktu se stránkami Na rovinu, bylo zaznamenáno zlepšení postoje o 4 %. V případě těch, kteří se setkali s aktivitami souvisejícími s reformou péče o duševní zdraví, se destigmatizační postoje zlepšily zhruba o 7 %.

Další iniciativu o vzdělávání a destigmatizaci můžeme pozorovat také u projektu Nevypusť duši, který se zabývá prevencí a destigmatizací psychického onemocnění především na školách a podchycuje tak negramotnost v této oblasti již ve školním věku. Nevypusť duši (2022) také uvádí, že ačkoliv pro 91 % dospělých je duševní zdraví dětí přinejmenším stejně důležité jako fyzické, problémy s dětskou psychikou často v první fázi vůbec neřeší. Podceňování prvních příznaků, dlouhé čekací lhůty u odborníků, ale i stigmatizace duševních nemocí je tak u rodičů dětí s psychickým onemocněním běžná.

Další projekt, který je třeba zmínit je Loono, které prevenci a destigmatizaci duševního zdraví do svého programu zavedlo poměrně nedávno. Nezisková organizace Loono se věnuje celkové prevenci ve zdraví člověka. Loono (2023) uvádí, že během koronavirové krize stoupl výskyt duševních onemocnění z 20 % na 30 %, přičemž na světě duševní nemocí trpí až 792 miliónů lidí a pouze 4% z tohoto počtu chodí na terapie, nebo vyhledalo pomoc.

V ČR také probíhá festival Na hlavu, který edukuje právě v oblasti psychického zdraví (NUDZ, 2023).

II. Výzkumná část

4. Úvod

Boj proti stigmatizaci duševních nemocí je v dnešní době přijat jako priorita ve zdravotní politice v mnoha zemích. Probíhající česká reforma péče o duševní zdraví zařadila stigma na přední místo své agendy, což dokládá snaha NUDZ a jiných organizací již výše zmíněných. Stigmatizující postoje však celosvětově nadále převládají, a to i přes značné rozdíly v úrovni stigmatu mezi jednotlivými zeměmi. Stigmatizující postoje vůči lidem s duševními problémy převládají nejen mezi běžnou populací, ale také mezi zdravotníky, studenty psychologie a studenty sociální práce (Winkler et al., 2021). Z tohoto důvodu jsem si vybrala jako výzkumný vzorek studenty sociální práce.

Ke zjištění míry stigmatizujících postojů je ve výzkumné části práce využito dotazník CAMI (The Community Attitudes Toward the Mentally Ill) a pro případné zamýšlené stigmatizační chování RIBS (The Reported and Intended Behaviour Scale).

4.1. Cíle práce

Hlavním cílem empirické části této práce je zjistit, zda existuje míra stigmatizace psychických poruch studenty sociální práce. Předpokládá se, že vzhledem ke vzdělání bude míra těchto stigmatizujících postojů nízká. Bude také zjišťován vliv sociodemografických údajů na míru stigmatizačních postojů.

4.1.1. Výzkumné otázky

VO: Jaká je míra stigmatizujících postojů v populaci studentů sociální práce?

VO1: Jak ovlivňuje zkušenost s psychickým onemocněním míru stigmatizačních postojů?

VO: Jaký vliv mají sociodemografické charakteristiky na míru stigmatizujících postojů v populaci studentů sociální práce?

4.1.2. Hypotézy

H₁: Studenti, kteří mají zkušenost s osobami s psychickým onemocněním vykazují nižší míru stigmatizace.

H₂: Existuje souvislost mezi mírou vzdělání a tendencí stigmatizovat jedince s psychickou poruchou.

H₃: Existuje vztah mezi mírou stigmatizujících postojů a pohlavím.

H₄: Existuje vztah mezi pracovními zkušenostmi studentů sociální práce s psychickými poruchami a mírou stigmatizace.

H₅: Studenti, kteří byli/jsou psychicky nemocní vykazují nižší míru stigmatizačních postojů.

5. Metodologický rámec

5.1. Výzkumné metody

Pro uskutečnění výzkumu bylo využito kvantitativní metody v podobě online dotazníku na platformě Google forms. Forma online dotazníku byla zvolena kvůli větší dosažitelnosti sběru dat mezi studenty z různých škol v České republice. Díky tomu byl umožněn snadný přístup k dotazníku pro všechny zúčastněné respondenty a zároveň tak byla zachována anonymita, jelikož k dotazníku jsme měla přístup pouze já. Dotazník byl složen ze tří částí: demografická část, škála CAMI (The Community Attitudes Toward the Mentally Ill) a škála RIBS (The Reported and Intended Behaviour Scale).

V sociodemografické části byly obsaženy položky ke zjištění pohlaví, věku, stupně vzdělání, zkušeností s osobami s psychickým onemocněním, případného psychického onemocnění respondentů, práce v oboru a školy.

Standardizace částí dotazníků CAMI a RIBS proběhla pod záštitou Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ). NUDZ tyto škály poskytl také pro tuto diplomovou práci.

CAMI

K posouzení postojů respondentů k lidem s duševním onemocněním byla použita zkrácená verze CAMI s 27 položkami. Má se za to, že CAMI a její zkrácená verze mají vysokou interní a externí validitu a přijatelnou vnitřní konzistenci (Thornicroft, 2013). Zkrácená verze CAMI obsahuje 13 nepříznivě a 14 příznivě orientovaných položek, které jsou hodnoceny na Likertově škále od 1 (rozhodně souhlasím) do 5 (rozhodně nesouhlasím) (Winkler, Mladá, Janoušková et.al., 2016, Winkler et al., 2021).

Byla vytvořena za spolupráce S.M. Taylora a M.J. Deara, přičemž původně obsahovala 40 položek.

RIBS

K posouzení minulého současného a v budoucnosti zamýšleného diskriminačního chování byla použita škála RIBS (tj. subškála hlášeného chování RIBS) a jejich touhy po budoucím kontaktu s (tj. subškála zamýšleného chování RIBS) lidmi s duševním onemocněním (Winkler et al., 2021). RIBS je měřítkem chování souvisejícího se

stigmatem duševního zdraví, založené na The Star Social Distance Scale, která může být použita u široké veřejnosti a je proveditelná s velkými populacemi.

Škála obsahuje otázky týkající se života s někým, kdo má problémy s duševním zdravím, práce s ním, sousedství a pokračování vztahu s ním. Zatímco první část dotazníku klade tyto otázky s ohledem na minulé chování (tj. minulý kontakt), druhá část klade tyto otázky s ohledem na budoucí zamýšlené chování (tj. touhu po budoucím kontaktu). Položky na subškále zamýšleného chování jsou hodnoceny na Likertově škále od 1 („rozhodně souhlasím“) do 5 („rozhodně nesouhlasím“) (Evans-Lacko et al., 2011).

5.2. Průběh výzkumu

Sběr dat probíhal online formou přes platformu Google forms, která byla vyhodnocena jako nejdostupnější a nejadekvátnější metoda sběru dat. Dotazník byl rozeslán na katedry vysokých škol pro studenty sociální práce. Celkem se jednalo o 14 kateder z nichž pouze 4 byly ochotné dotazník rozeslat. Z tohoto důvodu proběhl sběr dat i přes studentské oborové skupiny studentů sociální práce a škol na sociálních sítích. Celkově se touto formou sebralo 327 odpovědí.

5.3. Etické aspekty

Před vyplněním dotazníku byli respondenti poučeni o podmínkách výzkumu standartní formou informovaného souhlasu. Byli informováni, že data budou využívána pouze pro tento výzkum a bude s nimi zacházeno citlivě. Byla jim zaručena naprostá anonymita, dobrovolnost a možnost dotazník kdykoliv ukončit. Respondentům nebyly zamlčeny žádné důležité informace. V dotazníku byly použity otázky na sociodemografické údaje, a i když se jedná o citlivé informace, nejsou dostatečné pro identifikaci respondentů.

5.4. Výzkumný soubor

Pro práci byl využit vzorek studentů sociální práce z různých škol v České republice. Výběr výzkumného souboru probíhal nepravděpodobnostní metodou na základě dostupnosti a dobrovolnosti přes sociální sítě. Byl využit také lavinový výběr oslovením jednotlivých kateder vyučujících sociální práci. Jedinou podmínkou pro

účast ve výzkumu bylo studium sociální práce, proto jsou získaní respondenti z široké věkové kategorie a podstatný byl především ročník studijního programu ve kterém se nacházejí.

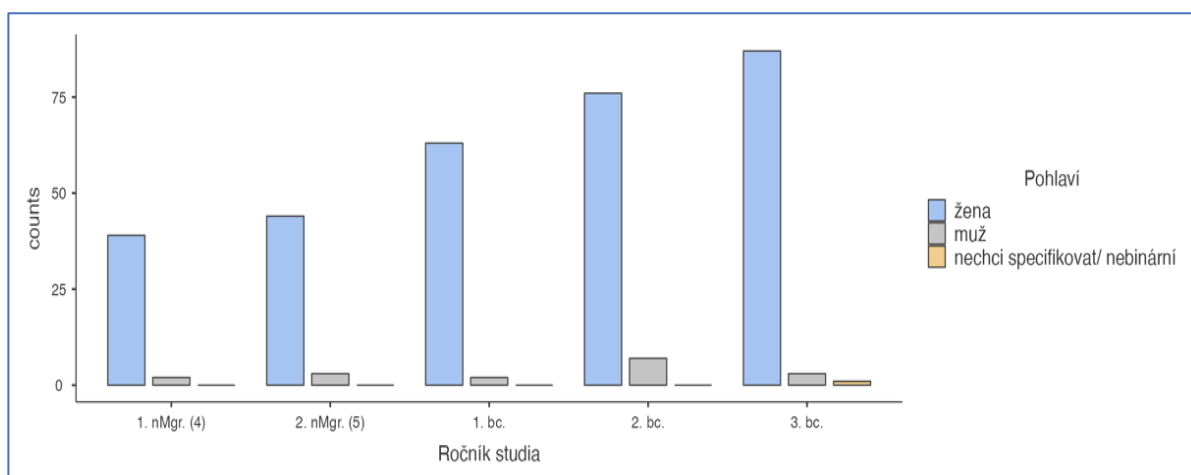
Celkem se výzkumu zúčastnilo 327 respondentů ve věku 18-55 let, přičemž se jednalo 309 žen (94,5%), 17 mužů (5,2%) a 1 (0,3%) respondent v kategorii nebinární/nechci uvádět. Průměrný věk respondentů je 28,6 let, přičemž nejsilnější věková skupina byla od 20 do 25 let (N=178).

Tabulka 1: Rozložení celkového počtu respondentů na základě pohlaví a ročníku studia

ročník studia	pohlaví	počet	%
1. nMgr. (4)	žena	39	11.9 %
	muž	2	0.6 %
	nechci specifikovat/ nebinární	0	0.0 %
2. nMgr. (5)	žena	44	13.5 %
	muž	3	0.9 %
	nechci specifikovat/ nebinární	0	0.0 %
1. bc.	žena	63	19.3 %
	muž	2	0.6 %
	nechci specifikovat/ nebinární	0	0.0 %
2. bc.	žena	76	23.2 %
	muž	7	2.1 %
	nechci specifikovat/ nebinární	0	0.0 %
3. bc.	žena	87	26.6 %
	muž	3	0.9 %
	nechci specifikovat/ nebinární	1	0.3 %

Zdroj: Vlastní výzkum (N=327)

Graf 1: Rozložení celkového počtu respondentů na základě pohlaví a ročníku studia



Zdroj: vlastní výzkum (N=327)

Z celkového počtu respondentů (N=327) bylo vyřazeno 19 (19 žen) odpovědí, které nesplňovaly kritéria výzkumu. Celkem tedy výzkum pracuje s 308 odpověďmi z nichž bylo 290 žen (94,2%), 17 mužů (5,5%) a 1 nechci specifikovat/nebinární (0,3%).

Tabulka 2 : Četnost jednotlivých pohlaví vzorku

pohlaví	počet	%
žena	290	94.2 %
muž	17	5.5 %
nechci specifikovat/nebinární	1	0.3 %

Zdroj: vlastní výzkum (N=308)

Nejčastěji odpovídali studenti bakalářského studia (N=220), přičemž se jednalo nejvíce o studenty 3 ročníku (N=81). Vzorek studentů magisterského studia čítal 88 respondentů. U magisterského studia se jednalo především o studenty 2. nMgr (viz tabulka 3).

Tabulka 3: Rozdělení respondentů podle ročníku studia

ročník studia	počet	%
1. bc.	61	19.8 %
2. bc.	78	25.3 %
3. bc.	81	26.3 %
1. nMgr. (4)	41	13.3 %
2. nMgr. (5)	47	15.3 %

Zdroj: vlastní výzkum (N=308)

Více jak polovina (N=174) dotazovaných již pracuje v oboru sociální práce.

Tabulka 4: Práce v oboru

práce v oboru	počet	%
ano	174	56.5 %
ne	134	43.5 %

Zdroj: Vlastní výzkum (N=308)

Až 45,8% (N=141) respondentů má zkušenosti s osobami s duševním onemocněním. 17,2% (N=53) se nemohlo rozhodnout v jaké míře jejich zkušenosti jsou. Spíše však převažovala vyšší míra zkušeností s osobami s duševním onemocněním (hodnoty od 5 do 3), kdy byl celkový součet respondentů naznačujících tyto zkušenosti 244.

Tabulka 5: Zkušenost s osobami s duševním onemocněním mezi studenty

zkušenosti s osobami s duševním onemocněním	počet	%
5- mám zkušenosti	141	45.8 %
4- spíše mám zkušenosti	50	16.2 %
2- spíše nemám zkušenosti	33	10.7 %
3- nerozhodně	53	17.2 %
1- nemám zkušenosti	31	10.1 %

Zdroj: Vlastní výzkum (N=308)

Celkem 101 (32,8%) respondentů pak samo mělo nebo má psychické onemocnění (tabulka 6). Mezi nejčastějšími vyskytujícími se byla deprese, úzkostné poruchy, panické ataky, anorexie a ADHD. Dalšími zmíněnými onemocněními byla schizofrenie, hraniční porucha osobnosti, bipolární porucha a OCD.

Tabulka 6: Osobní psychické onemocnění mezi studenty sociální práce

osobní psychické onemocnění	počet	%
ne	207	67.2 %
ano	101	32.8 %

Zdroj: Vlastní výzkum (N=308)

6. Výsledky

6.1. Deskriptivní statistiky

V následující tabulce je znázorněné rozložení žen a mužů v jednotlivých ročnících studia. Nejvíce jsou zastoupeny ženy a to konkrétně 3. ročníku bakalářského studia. Muži jsou nejpočetněji zastoupeni ve 2. bakalářském ročníku. Jediný zástupce skupiny nechci specifikovat/ nebinární je 3. ročníku bakalářského studia.

Tabulka 7: Rozdělení respondentů na základě roku studia a pohlaví

ročník studia	pohlaví	počet	%
1. bc.	žena	59	19.2 %
	muž	2	0.6 %
	nechci specifikovat	0	0.0 %
2. bc.	žena	71	23.1 %
	muž	7	2.3 %
	nechci specifikovat	0	0.0 %
3. bc.	žena	77	25.0 %
	muž	3	1.0 %
	nechci specifikovat	1	0.3 %
1. nMgr. (4)	žena	39	12.7 %
	muž	2	0.6 %
	nechci specifikovat	0	0.0 %
2. nMgr. (5)	žena	44	14.3 %
	muž	3	1.0 %
	nechci specifikovat	0	0.0 %

Zdroj: Vlastní výzkum (N=308)

Co se týče rozložení studentů, kteří měli nebo mají psychické onemocnění, nejvíce jich studuje 2. a 3. ročník bakalářského studia. Jedná se o 29 (9,4 %) a 28 (9,1 %) studentů. Jednalo se především o ženy, a to o N=97 (31,5 %). Z mužů to byli 4 z celkového souboru (N=308). Jediný zástupce skupiny nechci specifikovat/nebinární také uvedl výskyt psychického onemocnění.

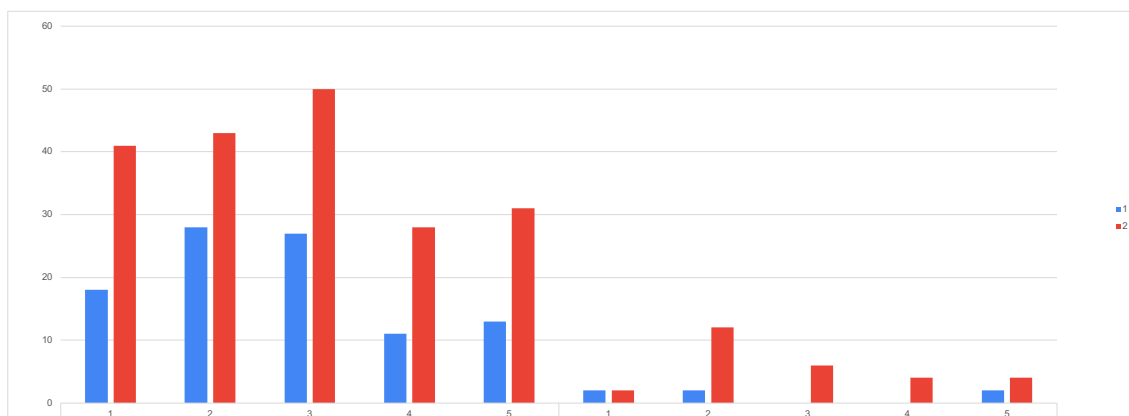
Tabulka 8: Osobní psychické onemocnění (rozděleno podle pohlaví a ročníku studia)

Osobní psychické onemocnění	pohlaví	ročník studia	počet	%
ne	žena	1. bc.	41	13.3 %
		2. bc.	43	14.0 %
		3. bc.	50	16.2 %
		1. nMgr. (4)	28	9.1 %
		2. nMgr. (5)	31	10.1 %
	muž	1. bc.	1	0.3 %
		2. bc.	6	1.9 %
		3. bc.	3	1.0 %
		1. nMgr. (4)	2	0.6 %
		2. nMgr. (5)	2	0.6 %
ano	žena	1. bc.	18	5.8 %
		2. bc.	28	9.1 %
		3. bc.	27	8.8 %
		1. nMgr. (4)	11	3.6 %
		2. nMgr. (5)	13	4.2 %
	muž	1. bc.	1	0.3 %
		2. bc.	1	0.3 %
		3. bc.	0	0.0 %
		1. nMgr. (4)	0	0.0 %
		2. nMgr. (5)	1	0.3 %
	nechci specifikovat/nebinární	1. bc.	0	0.0 %
		2. bc.	0	0.0 %
		3. bc.	1	0.3 %
		1. nMgr. (4)	0	0.0 %
		2. nMgr. (5)	0	0.0 %

Zdroj: Vlastní výzkum (N=308)

Toto rozložení studentů znázorňuje také graf 2., přičemž první část grafu znázorňuje rozložení odpovědí žen a ve druhé části mužů. Červeně je v obou částech grafu vyznačena odpověď ne.

Graf 2: Osobní psychické onemocnění (rozděleno podle pohlaví a ročníku studia)



Tabulka 9 a 10 se zabývá zkušenostmi s osobami s duševním onemocněním. Průměr u této otázky je 3,8 se směrodatnou odchylkou 1,4. Výsledky ukázaly, že většina respondentů má alespoň nějaké zkušenosti s psychicky nemocnými. U žen byly hodnoty zkušeností vyšší než u mužů. Celkem 133 (N=290) žen ohodnotilo své zkušenosti jako četné, a to především studentky magisterského stupně vzdělání (45 z N=53). U mužů to bylo 6 (N=17) participantů. Jediný respondent skupiny nechci specifikovat/nebinární uvedl hodnotu 5 svých zkušeností.

Tabulka 9: Zkušenosti žen s osobami s duševním onemocněním

Zkušenosti žen s osobami s duševním onemocněním	ročník studia	počet	%
5- mám zkušenosti	1. bc.	25	8.1 %
	2. bc.	33	10.7 %
	3. bc.	30	9.7 %
	1. nMgr. (4)	22	7.1 %
	2. nMgr. (5)	23	7.5 %
	4- spíše mám zkušenosti	1. bc.	12
2. bc.		7	2.3 %
3. bc.		18	5.8 %
1. nMgr. (4)		6	1.9 %
2. nMgr. (5)		6	1.9 %
3- nerozhodně		1. bc.	10
	2. bc.	15	4.9 %
	3. bc.	9	2.9 %
	1. nMgr. (4)	5	1.6 %
	2. nMgr. (5)	8	2.6 %
	2- spíše nemám zkušenosti	1. bc.	11

	2. bc.	5	1.6 %
	3. bc.	11	3.6 %
	1. nMgr. (4)	2	0.6 %
	2. nMgr. (5)	3	1.0 %
1- nemám žádné zkušenosti	1. bc.	1	0.3 %
	2. bc.	11	3.6 %
	3. bc.	9	2.9 %
	1. nMgr. (4)	4	1.3 %
	2. nMgr. (5)	4	1.3 %

Zdroj: Vlastní výzkum (N=290)

Tabulka 10: Zkušenosti mužů s osobami s duševním onemocněním

Zkušenosti mužů s osobami s duševním onemocněním	ročník studia	počet	%
5- mám zkušenosti	1. bc.	0	0.0 %
	2. bc.	2	0.6 %
	3. bc.	2	0.6 %
	1. nMgr. (4)	2	0.6 %
	2. nMgr. (5)	1	0.3 %
4- spíše mám zkušenosti	1. bc.	1	0.3 %
	2. bc.	0	0.0 %
	3. bc.	0	0.0 %
	1. nMgr. (4)	0	0.0 %
	2. nMgr. (5)	0	0.0 %
3- nerozhodně	1. bc.	1	0.3 %
	2. bc.	3	1.0 %
	3. bc.	0	0.0 %
	1. nMgr. (4)	0	0.0 %
	2. nMgr. (5)	2	0.6 %
2- spíše nemám zkušenosti	1. bc.	0	0.0 %
	2. bc.	1	0.3 %
	3. bc.	0	0.0 %
	1. nMgr. (4)	0	0.0 %
	2. nMgr. (5)	0	0.0 %
1- nemám žádné zkušenosti	1. bc.	0	0.0 %
	2. bc.	1	0.3 %
	3. bc.	1	0.3 %
	1. nMgr. (4)	0	0.0 %
	2. nMgr. (5)	0	0.0 %

Zdroj: Vlastní výzkum (N=17)

Tabulky 11 a 12 udávají míru respondentů, žen a mužů, kteří již mají práci v oboru. Celkem 174 respondentů (N=308) má již práci v oboru. Jedná se o 165 (N=290) žen a o 9 (N=17) mužů. Jedná se především o ženy z magisterských ročníků (N=83) a muže magisterských ročníků (N=5).

Tabulka 11: Práce v oboru u žen

Práce v oboru: ženy	ročník studia	počet	%
ano	1. bc.	29	9.4 %
	2. bc.	35	11.4 %
	3. bc.	34	11.0 %
	1. nMgr. (4)	33	10.7 %
	2. nMgr. (5)	34	11.0 %
ne	1. bc.	30	9.7 %
	2. bc.	36	11.7 %
	3. bc.	43	14.0 %
	1. nMgr. (4)	6	1.9 %
	2. nMgr. (5)	10	3.2 %

Zdroj: Vlastní výzkum (N=290)

Tabulka 12: Práce v oboru u mužů

Práce v oboru u mužů	ročník studia	počet	%
ano	1. bc.	0	0.0 %
	2. bc.	3	1.0 %
	3. bc.	2	0.6 %
	1. nMgr. (4)	2	0.6 %
	2. nMgr. (5)	2	0.6 %
ne	1. bc.	2	0.6 %
	2. bc.	4	1.3 %
	3. bc.	1	0.3 %
	1. nMgr. (4)	0	0.0 %
	2. nMgr. (5)	1	0.3 %

Zdroj: Vlastní výzkum (N=17)

Tabulka 13 popisuje výsledky z obou částí dotazníku. Ukazuje stigmatizační postoje studentů práce. Ve škále CAMI dosahovali studenti průměrně 82,5 bodů, přičemž maximum možných získaných bodů v této části bylo 135 bodů. U této škály platí, že čím vyšší skóre, tím pozitivnější je přístup k duševně nemocným. Souhrnné výsledky ukazují, že je mezi studenty sociálních prací jistá míra stigmatizujících postojů vůči psychicky nemocným lidem.

Ve škále RIBS, která byla zaměřena na budoucí chování vůči psychicky nemocným, bylo možné nejvyšší skóre 20. odpovědi 1 (rozhodně souhlasím) byla připisována hodnota 5 bodů. Průměr v této části dotazníku je 14. Opět i zde platilo čím vyšší skóre, tím pozitivnější přístup k duševně nemocným, to znamená nižší míru stigmatizace. Největší míra stigmatizujícího postoje byla naměřena u otázky, která zjišťovala, zda by respondentům vadilo bydlet s duševně nemocným v budoucnu. Nejméně stigmatizující postoj se ukázal u možného budoucího přátelství s duševně nemocným (viz tabulka 14.)

Tabulka 13: Popisné statistiky používaných dotazníků

	průměr	medián	SD	min	max	špičatost	šikmost
CAMI	82,5	82	5,6	65	105	0,965	0,177
RIBS	14,0	15	5,7	0	20	-0,348	-0,795

Zdroj: Vlastní výzkum (N=308)

Tabulka 14: Četnost odpovědí RIBS

četnost	Do budoucna by mi nevadilo žít společně s někým, kdo má psychické onemocnění.	Do budoucna by mi nevadilo pracovat společně s někým, kdo má psychické onemocnění.	Do budoucna by mi nevadilo bydlet v sousedství někoho, kdo má psychické onemocnění.	Do budoucna by mi nevadilo přátelit se s někým, u koho se objevilo psychické onemocnění.
1	71	149	173	204
2	78	81	69	68
3	68	42	37	23
4	25	17	11	6
5	22	4	3	3
6	44	15	15	4

Zdroj: Vlastní výzkum (N=308)

Tabulka 15: Test normality dat

	Kolmogorov-Smirnova statistika	df	p hodnota	Shapiro-Wilk statistika	df2	p hodnota
Pohlaví	0,537	308	0	0,249	308	0
Ročník studia	0,176	308	0	0,895	308	0
Zkušenosti s DN	0,271	308	0	0,804	308	0
Vlastní DN	0,429	308	0	0,592	308	0
Práce v oboru	0,374	308	0	0,63	308	0
CAMI	0,073	308	0	0,988	308	0,012
RIBS	0,145	308	0	0,89	308	0

Na základě testu normality (tabulka 15) bylo zjištěno nenormální rozložení dat. Z tohoto důvodu bylo pro ověření hypotéz využito neparametrických testů.

6.2. Statistická analýza

Vzhledem k nenormálnímu rozložení dat byla pro hypotézu 1 a 2 využita korelace se Spearmanovo korelačním koeficientem.

H₁: Studenti, kteří mají zkušenost s osobami s psychickým onemocněním vykazují nižší míru stigmatizace.

H₀: U studentů zkušenost s osobami s psychickým onemocněním nehraje roli.

H_A: Existuje rozdíl, mezi kteří mají zkušenost s psychicky nemocnými a těmi kteří zkušenost nemají.

Na základě výsledků (tabulka 16) v případě zkušeností s duševně nemocnými přijímáme H₀ u škály CAMI. Zkušenost s psychicky nemocnými tedy nemá vliv na stigmatizující postoje. V případě škály RIBS byla prokázána souvislost zkušeností s psychicky nemocnými a mírou budoucích stigmatizujících postojů. Jelikož byla hodnota $p=0$ menší než hladina významnosti (0,05), zamítáme H₀ a přijímáme alternativní hypotézu.

H₂: Existuje souvislost mezi mírou vzdělání a tendencí stigmatizovat jedince s psychickou poruchou.

H₀: Nezáleží na míře vzdělání při tendenci stigmatizace psychicky nemocných.

H_A: Existuje souvislost mezi mírou vzdělání a stigmatizačními postoji vůči psychicky nemocným.

Na základě výsledků (tabulka 16.) byla zjištěna pozitivní korelace ($r=0,114$) ve škále CAMI s mírou vzdělání. Jelikož je hodnota $p=0,047$ menší než hladina významnosti ($0,05$) ukázalo se, že míra vzdělání ovlivňuje míru stigmatizačních postojů vůči duševně nemocným lidem. Zamítáme H₀ a pracujeme s alternativní hypotézou. Tato souvislost je však drobná. Oproti tomu u škály RIBS byla přijata H₀, jelikož nebyl zjištěn vliv míry vzdělání na budoucí stigmatizující postoje.

Tabulka 16: Korelace proměnných pro zjištění vztahů u H₁ a H₂

		CAMI	RIBS	Zkušenosti s dn	Ročník studia
CAMI	r	1	0,035	0,037	,114*
	p hodnota	.	0,543	0,523	0,047
	N	308	308	308	308
RIBS	r	0,035	1	,201**	-0,001
	p hodnota	0,543	.	0	0,992
	N	308	308	308	308
Zkušenosti s dn	r	0,037	,201**	1	0,069
	p hodnota	0,523	0	.	0,224
	N	308	308	308	308
Ročník studia	r	,114*	-0,001	0,069	1
	p hodnota	0,047	0,992	0,224	.
	N	308	308	308	308

*. Korelace je signifikantní na základě hladiny významnosti 0.05.

** . Korelace je signifikantní na základě hladiny významnosti 0.01.

H₃: Existuje vztah mezi mírou stigmatizujících postojů a pohlavím.

H₀: Mezi pohlavím a mírou stigmatizujících postojů není vztah.

H_A: Míra stigmatizujících postojů je závislá na pohlaví.

Pro třetí hypotézu byl použit Kruskal-Wallis t-test pro dva nezávislé soubory. Jelikož je hodnota p větší než hladina významnosti (viz. tabulka 17.), potvrdila se nulová hypotéza, a to u škály CAMI i RIBS. Mezi pohlavím a mírou stigmatizujících postojů vůči psychicky nemocným není vztah.

Tabulka 17: Výsledky Kruskal-Wallisova t-testu pro zjištění vztahu mezi pohlavím a výsledky dotazníku u H_3

Kruskal-Wallis	χ^2	df	p
CAMI	0.429	2	0.807
RIBS	3.330	2	0.189

H₄: Existuje vztah mezi pracovními zkušenostmi studentů sociální práce s psychicky nemocnými a mírou stigmatizace.

H₀: Mezi mírou stigmatizačních postojů a pracovními zkušenostmi studentů není souvislost.

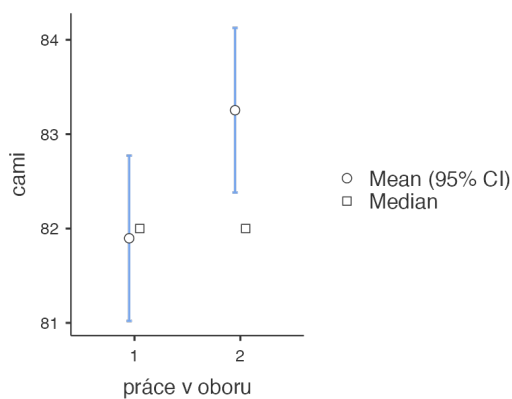
H_A: Existuje vztah mezi pracovními zkušenostmi studentů sociální práce s psychicky nemocnými a mírou stigmatizace.

Na základě výsledků (tabulka 18) u škály CAMI, kdy $p=0,070$ je větší než hladina významnosti, byla potvrzena nulová hypotéza. U škály RIBS, kdy je $p=0,529$ byla také přijata nulová hypotéza. Mezi mírou stigmatizujících postojů a pracovními zkušenostmi studentů s duševně nemocnými není vztah. Pro vyhodnocení hypotézy byl použit Mann-Whitney U test.

Tabulka 18 Výsledky Mann-Whitney U t-testu pro zjištění vztahu mezi pracovními zkušenostmi a mírou stigmatizace u H_4

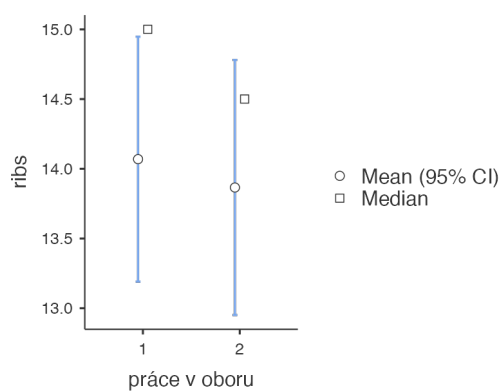
Mann-Whitney U	Statistic	p
CAMI	10256	0.070
RIBS	11173	0.529

Graf 3: znázornění výsledků H_4 u CAMI



Pozn: 1=ano, 2=ne

Graf 4 : znázornění výsledků H_4 u RIBS



Pozn: 1=ano, 2=ne

H₅: Studenti, kteří byli/jsou psychicky nemocní vykazují nižší míru stigmatizačních postojů.

H₀: Míra stigmatizačních postojů nezávisí na psychickém onemocnění studenta

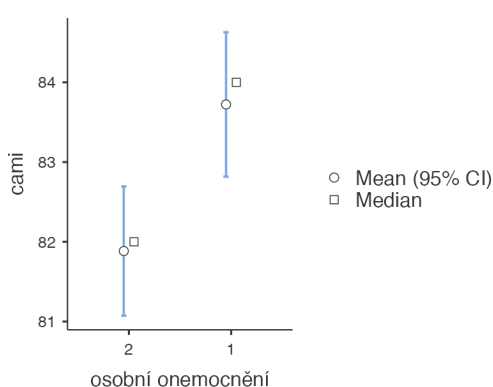
HA: Studenti, kteří byli/jsou psychicky nemocní vykazují nižší míru stigmatizačních postojů.

Protože se jedná o data nenormálního rozložení (tabulka 15.), byl zvolen Mann-Whitney U test pro dva nezávislé vzorky. Podle výsledků v tabulce 19 byla potvrzena významnost osobního psychického onemocnění. Ve škále CAMI bylo $p=0,005$ menší než hladina významnosti (0,05), a proto byla zamítnuta nulová hypotéza a přijmuta HA. Ve škále RIBS byla hodnota $p < 0.001$ než hladina významnosti (0,05), proto byla také přijmuta alternativní hypotéza a nulová hypotéza byla zamítnuta. Osobní onemocnění má vliv na stigmatizující postoje k duševně nemocným.

Tabulka 19 Výsledky Mann-Whitney U t-testu pro zjištění vztahu mezi osobním onemocněním a mírou stigmatizujících postojů

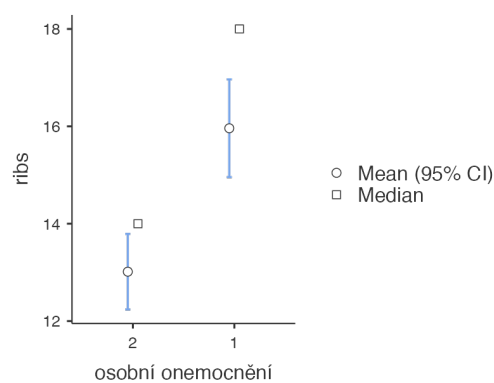
Mann-Whitney U	Statistic	p
CAMI	8411	0.005
RIBS	6927	< .001

Graf 5 znázornění výsledků H₅ u CAMI



Pozn: 1=ano, 2=ne

Graf 6: znázornění výsledků H₅ u RIBS



Pozn: 1=ano, 2=ne

9. Diskuze

Ochota studentů sociální práce vstoupit do oblasti duševního zdraví byla zkoumána v několika studiích s protichůdnými výsledky. Rubin a kolegové (1984, 1986) zjistili, že ačkoli studenti projevili zájem o poskytování terapie, uvedli, že nechtějí pracovat s jedinci s těžkým duševním onemocněním. To již poukazuje na určitou míru stigmatizujících postojů mezi studenty. Naproti tomu jiní vědci prokázali, že studenti mají zájem pracovat s lidmi s duševním onemocněním.

Například Butler (1990) zjistil, že studenti sociální práce chtějí vstoupit do tradičních oborů sociální práce se znevýhodněnými a stigmatizovanými skupinami, včetně těch s duševním onemocněním. Werbach a Depoy (1993) navíc provedli průzkum mezi studenty postgraduálního a bakalářského studia sociální práce a poznamenali, že studenti obecně vnímali osoby s duševním onemocněním pozitivně a byli otevření práci s jednotlivci s těžkým duševním onemocněním.

Studie s jinými obory však zjistily, že studenti vyjadřovali obavy z práce s lidmi s duševním onemocněním (Happell, Robins, & Gough, 2008) a považovali odborníky v oblasti duševního zdraví za osoby s nízkým postavením, kteří dostávají nižší platy (Hinshaw, 2007) a jako nedocenené klienty a společnosti (Corrigan & Kleinlein, 2005). Krumer-Nevo a Weiss (2006) zjistili, že studenti se více zajímali o práci s klienty, kteří měli potenciál ke změně což odráží potřeby studentů věřit, že jejich práce s klienty je hodnotná a efektivní.

Obavy studentů z práce v oblasti duševního zdraví lze částečně vysvětlit nedostatečnou znalostí duševních chorob (Eack & Newhill, 2008) a obavami o jejich osobní bezpečnost (Corrigan a kol., 2002). Nedostatek každodenního kontaktu studentů s jednotlivci, u kterých byla diagnostikována duševní choroba, může také bránit jejich touze pracovat s touto populací (Eack & Newhill, 2008). Corrigan, Edwards, Green,

Diwan a Penn (2001) zjistili, že jedinci s vyšší úrovní obeznámenosti s duševními chorobami vykazovali nižší úroveň předsudků vůči jedincům, kteří byli duševně nemocní. Zjištění Chunga, Chena a Liua (2001) se shodovala se zjištěními Corrigan a kolegů, protože jejich výsledky ukázaly, že univerzitní studenti byli více nakloněni k interakci s osobou identifikovanou jako duševně nemocná, pokud studenti měli předchozí kontakt s jednotlivci s duševním onemocněním. Ačkoli faktory, které vysvětlují souvislost mezi kontaktem a potřebou menší sociální vzdálenosti, nejsou plně pochopeny, je zřejmé, že tato asociace existuje (Jorm & Oh, 2008).

Cílem této práce bylo zjistit, zda studenti sociálních prací mají tendenci ke stigmatizaci duševně nemocných lidí, nebo k zamýšlenému diskriminačnímu chování a jaké faktory tuto míru stigmatizace ovlivňují. Jelikož jsou sociální pracovníci součástí pomáhajících profesí a denně přichází do kontaktu s nejen s dospělými a dětmi, je třeba aby zastávali co nejméně stigmatizujících postojů.

Na základě statistické analýzy byla zjištěna poměrně vysoká míra stigmatizace duševního onemocnění, kdy u CAMI bylo průměrné skóre 82,5 a u RIBS 14. Tento výsledek můžeme porovnat se studií (Winkler, Mladá et.al., 2016) zaměřující se na míru stigmatizace u běžné veřejnosti a u lékařů. Tato studie ukázala, že skór veřejnosti byl u CAMI škály 88,4 a u lékařů 96. U studentů medicíny to pak bylo o něco vyšší skóre (111,4), což udává studie Janouškové (2017). Průměrný výsledek respondentů v této studii je také nižší než u studie Zellmana (2014), který se zaměřoval na míru stigmatizujících postojů vůči duševně nemocným u studentů sociální práce. Navzdory těmto pozitivním zjištěním tato studie také zdůraznila potřebu vzdělávání v sociální práci efektivněji řešit stigma duševního zdraví. Existuje podskupina studentů, kteří vstoupí do profese s postoji, které mohou poškodit jejich klienty nebo je samotné.

Tato diplomová práce dále zjišťovala vliv sociodemografických faktorů na míru stigmatizujících postojů vůči duševně nemocným. Například zkušenosti studentů s psychicky nemocnými lidmi se ukázali důležité pro budoucí zamýšlené stigmatizující postoje (RIBS škála), kdy studenti, kteří odpověděli, že mají zkušenosti vykazali průměrně nižší míru stigmatizace (RIBS=16). Souvislost stigmatizujících postojů byla prokázána v případě osobního psychického onemocnění respondenta, kdy studenti s psychickým onemocněním dosahovali vyššího skóre v obou škálách (RIBS=16, CAMI=84), tudíž i menších stigmatizačních postojů. Ukázalo se tedy, že pokud člověk sám zažije nějaké psychické onemocnění, dostává se mu většího pochopení a pozitivního přístupu vůči ostatním psychicky nemocným.

Souvislost pohlaví na míru stigmatizačních postojů se však neprokázala ani v jedné ze škál. Na základě tohoto výzkumu můžeme říct, že pohlaví neovlivňuje to, zda člověk zaujímá stigmatizující postoje vůči duševně nemocným lidem. Je však třeba brát v potaz zastoupení mužů v tomto výzkumném vzorku, jelikož se podařilo získat odpovědi pouze od 17 mužů. Oproti tomu skupina žen čítala 290 žen.

Dále se také nepodařilo potvrdit souvislost mezi pracovními zkušenostmi respondenta a mírou stigmatizačních postojů ani u jedné ze škál, stejně jako tomu bylo

v souvislosti s pohlavím. Zde byl však počet odpovědí poměrně rovnoměrně rozdělený na ano a ne. Díky tomu tak můžeme toto tvrzení přijmout.

Na základě statistické analýzy se podařilo zjistit vliv míry vzdělání na stigmatizaci duševně nemocných ve škále CAMI. U budoucího zamýšleného stigmatizujícího chování (RIBS) míra vzdělání nehraje roli. Studenti magisterských ročníků vykazují pozitivnější přístup k duševně nemocným. Značnou míru stigmatizujících postojů vůči psychicky nemocným u studentů sociální práce v českém prostředí podporuje také výzkum Winklera et.al. (2015), který přinesl poznatky o stigmatizujících postojích porovnáním populace v Anglii a v ČR. Ukázalo se, že v Anglii se jedná o méně než 4% osob, které mají tendenci ke stigmatizaci duševního onemocnění. V ČR se však jedná až o ¼ lidí.

Ve výsledcích této práce je třeba zohlednit možné nedostatky, kterým je především nerovnoměrné zastoupení v jednotlivých demografických skupinách, což bylo způsobeno výběrem vzorku na základě dostupnosti. Jelikož sběr dat probíhal formou online dotazníku, nebyla možná větší kontrola nad vybraným vzorkem. Také zde není jistota, že dotazník opravdu vyplnil student sociální práce. Ovšem papírová forma dotazníku by byla velmi náročná časově a finančně.

Dále je třeba brát v úvahu statistické zastoupení mužů a žen ve studiu sociální práce. I pro tento výzkum se podařilo sehnat pouze malé množství mužů, proto by si výzkumné otázky zasloužili další prozkoumání.

Díky zpětným vazbám od respondentů je třeba brát v úvahu také přemýšlení respondentů nad jednotlivými psychickými onemocněními. V dotazníku byl využit pouze souhrnný pojem psychické onemocnění, což mělo za následek možné zkreslení odpovědí na základě povědomí respondentů o psychickém onemocnění, kdy by řada z nich odpovídala odlišně pro jednotlivá onemocnění a bylo pro ně tak často obtížné rozhodnout se. Z tohoto důvodu bych navrhovala bližší prozkoumání problematiky buďto kvalitativním výzkumem, nebo opět použitím dotazníku, který by byl zaměřený pouze na jeden typ onemocnění.

I přesto však tato práce přináší jisté poznatky o faktorech, které ovlivňují míru stigmatizujících postojů studenty sociální práce. Zároveň se jedná o jednu z hrstky prací z ČR, která se věnuje právě stigmatizaci psychického onemocnění a konkrétněji o stigmatizaci studenty sociální práce. V ČR došlo k průzkumu stigmatizace především u studentů psychologie a medicíny, přičemž se této tématice odborníci u nás věnují poměrně krátkou dobu.

Závěr

Práce měla za cíl podat souhrnný přehled o stigmatizaci duševního onemocnění a její míře, studenty sociální práce. Z tohoto důvodu bylo nejprve nutné vysvětlit historický kontext stigmatizace duševních poruch, jelikož tato problematika sahá hluboko do minulosti. Historický kontext stigmatizace byl rozdělen na jednotlivá období, přičemž byl přidán také popis vývoje názorů na duševní onemocnění v ČR. V teoretické části práce byl vysvětlen samotný pojem psychické poruchy, přičemž pro účely vysvětlení stigmatizace byly popsány pouze nejčastěji stigmatizované psychické poruchy.

Další kapitola se věnovala stigmatizaci jako takové a faktorům, které vznik tohoto problému podporují. Byly popsány sociální jevy ve společnosti jako jsou stereotypy, předsudky, labelling. Byl tedy podán stručný přehled o současném pohledu na psychické onemocnění. V následující kapitole se práce zabývá dopady stigmatizace na jedince, jejichž rozsah je značně veliký a ovlivňuje celkovou kvalitu života stigmatizovaných osob. Mezi tyto dopady patří například sociální izolace, diskriminace v zaměstnání, či při hledání bydlení. Zahrnuta byla také stigmatizace duševního onemocnění zdravotníky a role médií.

Ve výzkumné části práce zkoumala vliv vybraných sociodemografických údajů studentů sociální práce na možnou stigmatizaci duševního onemocnění. Mezi tyto zkoumané faktory patřilo pohlaví, ročník studia, osobní onemocnění, zaměstnání v oboru a zkušenosti s psychicky nemocnými lidmi. Pro sběr dat bylo využito online dotazníku.

Souvislost se stigmatizačními postoji se nepodařilo potvrdit v případě pohlaví a pracovních zkušeností. Míra vzdělání se ukázala jako významná u výsledků CAMI škály, která byla v dotazníku využita společně se škálou RIBS, která zkoumá budoucí zamýšlené chování vůči psychicky nemocným lidem. Pro obě škály byla zjištěna souvislost s vlastním duševním onemocněním a prokázalo se tak, že studenti, kteří mají osobní zkušenost s duševním onemocněním, mají pozitivnější přístup k psychicky nemocným lidem. Tato práce tak může sloužit jako podklad k hlubšímu prozkoumání problematiky stigmatizace duševního onemocnění u nás.

Seznam použité literatury

- Allport, G. W. (1945). The psychology of participation. *Psychological Review*, 52(3), 117–132.
- Aronson, E. (2012). *Tvor tvořivý*. Wolters Kluwe
- Babić D., Babić R., Vasilj I., Avdibegović E. (2017). Stigmatization of mentally ill patients through media. *Psychiatria Danubina*, 29(Suppl. 5), S885–S889.
- Baker, A. J., & Procter, N. (2015). ‘You Just Lose the People You Know’: Relationship Loss and Mental Illness. *Archives of Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.11.007>
- Bankovská Motlová, L. (2017). *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb terapie pro 21. století*. Mladá fronta
- Bankovská Motlová, L., & Koukolík, F. (2004). *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Galén.
- Browne, G., & Hemsley, M. (2010). Housing and living with a mental illness: Exploring carers’ views. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(1), 22–29. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00635.x>
- Burleigh, M. (2008). *Třetí říše Nové dějiny*. Argo.
- Butler, A. C. (1990). A reevaluation of social work students’ career interests. *Journal of Social Work Education*, 26, 45-46. <http://www.jstor.org/stable/23043209>
- Callard, F. (2012). *Mental illness, discrimination and the law: fighting for social justice*. England: John Wiley & Sons.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology-science and Practice*, 7(1), 48–67. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>

- Corrigan, P. W. (2007). How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness. *Social Work*, 52(1), 31–39. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.31>
- Corrigan, P. W., & Kleinlein, P. (2005). The impact of mental illness stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012b). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Corrigan, P. W., Bink, A., Fokuo, J. K., & Schmidt, A. E. (2015). The public stigma of mental illness means a difference between you and me. *Psychiatry Research-neuroimaging*, 226(1), 186–191. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.047>
- Corrigan, P. W., Edwards, A., Green, A. E., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001). Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 219–225. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006868>
- Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Rüsch, N. (2012). How does stigma affect work in people with serious mental illnesses? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), 381–384. <https://doi.org/10.1037/h0094497>
- Černoušek, M. (1994). *Šílenství v zrcadle dějin: Pojednání pro inteligentní čtenáře*. Grada.
- Češková, E., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie: Pro psychology a speciální pedagogy*. PORTÁL s. r. o
- DEMA (2004) : *Názory na schizofrenii. Reprezentativní výzkum v ČR*. Praha.

- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada.
- Eack, S. M., & Newhill, C. E. (2008). An investigation of the relations between student knowledge, personal contact, and attitudes toward individuals with schizophrenia. *Journal of Social Work Education*, 44(3), 77-95. <https://doi.org/10.5175/jswe.2008.200700009>
- Evans-Lacko, S., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2013). Public knowledge, attitudes and behaviour regarding people with mental illness in England 2009-2012. *British Journal of Psychiatry*, 202(s55), s51–s57. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112979>
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(3), 263–271. <https://doi.org/10.1017/s2045796011000308>
- Fajfeta, M. (2005). *Úvod do sociologie pohlaví a sexuality*. Jan Piszkiwicz.
- Fink, P. J. & Tasman, A. (1992) *Stigma and Mental Illness*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foucault, M. (1994). *Dějiny šílenství*. NLN.
- Goffman, E. (2003). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Simon & Schuster.
- Goodwin, J. (2014). The Horror of Stigma: Psychosis and Mental Health Care Environments in Twenty-First-Century Horror Film (Part II). *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(4), 224–234. <https://doi.org/10.1111/ppc.12044>
- Guntuku, S. C., Yaden, D. B., Kern, M. L., Ungar, L. H., & Eichstaedt, J. C. (2017). Detecting depression and mental illness on social media: an integrative review. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 18, 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.07.005>

- Gureje, O., Lasebikan, V. O., Ephraim-Oluwanuga, O., Olley, B. O., & Kola, L. (2005). Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *British Journal of Psychiatry*, *186*(5), 436–441. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.5.436>
- Happell, B., Robins, A., & Gough, K. (2008). Developing more positive attitudes towards mental health nursing in undergraduate students: part 1 does more theory help? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *15*(6), 439–446. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01203.x>
- Hartini, N., Fardana, N. A., Ariana, A. D., & Wardana, N. D. (2018). Stigma toward people with mental health problems in Indonesia. *Psychology Research and Behavior Management, Volume 11*, 535–541. <https://doi.org/10.2147/prbm.s175251>
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Portál.
- Hayes, N. (2007). *Základy sociální psychologie*. Portál.
- Hinshaw, S. P., & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, *4*, 367–393. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245>
- Hinshaw, Stephen P. (2007). *The Mark of shame: Stigma of Mental illness and Agenda for Change*. Oxford university press.
- Hnilica, K. (2010). *Stereotypy, předsudky, diskriminace*. Karolinum.
- Höschl, C. (1996). *Psychiatrie pro praktické lékaře*. H&H
- Hunt, M. M. (2015). *Dějiny psychologie*. Portál.
- Chung, K. F., Chen, E. Y., & Liu, C. J. L. (2001). University Students' Attitudes Towards Mental Patients and Psychiatric Treatment. *International Journal of Social Psychiatry*, *47*(2), 63–72. <https://doi.org/10.1177/002076400104700206>
- Janík, A. (1987). *Veřejnost a duševně nemocný*. Avicem.

- Jorm, A. F., & Oh, E. (2009). Desire for Social Distance from People with Mental Disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(3), 183–200. <https://doi.org/10.1080/00048670802653349>
- Kirmayer, L. J. (1989). Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. *Social Science & Medicine*, 29(3), 327–339. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90281-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90281-5)
- Krendl, A. C., & Pescosolido, B. A. (2020). Countries and Cultural Differences in the Stigma of Mental Illness: The East–West Divide. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 51(2), 149–167. <https://doi.org/10.1177/0022022119901297>
- Krumer-Nevo, M., & Weiss, I. (2006). Factors affecting the interest of Israeli social work students in working with different client groups. *Journal of Social Work Education*, 42, 443–464. <https://doi.org/10.5175/jswe.2006.042310001>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(s429), 51–59. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x>
- Libiger, J., Höschl, C., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie.Tigis*.
- Libinger, J. (2002). *Psychiatrie a stigma*. Sanquis.
- Link, B. G., Phelan, J.C. (2001). “Conceptualizing Stigma.” *Annual Review of Sociology*, 27: 363–385. <http://www.jstor.org/stable/2678626>
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a Barrier to Recovery: The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621–1626. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1621>

Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(3), 511–541. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>

Loono. 2023. Prevence duševního zdraví. Dostupné na: <https://www.loono.cz/prevence/dusevni-zdravi>

Mahrová, G., Venglářová M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Grada.

Mehta, N., Kassam, A., Leese, M., Butler, G., & Thornicroft, G. (2009). Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994-2003. *British Journal of Psychiatry*, *194*(3), 278–284. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.052654>

Mezinárodní klasifikace nemocí. ČR, Ú. (n.d.). *MKN-10 klasifikace*. [mkn10.cz. https://mkn10.uzis.cz/](https://mkn10.uzis.cz/)

Monteiro, N. M. (2015). Addressing mental illness in Africa: Global health challenges and local opportunities. *Community Psychology in Global Perspective*, *1*(2), 78–95. <https://doi.org/10.1285/i24212113v1i2p78>

Musil, J. V. (2006). *Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Myers, D. G. (2016). *Sociální psychologie*. Portál.

Národní archiv, fond: Zemský výbor Praha 1874–1928

Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., McHugo, G. J., Unützer, J., Marsch, L. A., & Bartels, S. J. (2017). *Exploring opportunities to support mental health care using social media: A survey of social media users with mental illness*. *Early Intervention in Psychiatry*.doi:10.1111/eip.12496

Nawková, L., Nawka, A., Adámková, T., Rukavina, T. V., Holcnerová, P., Kuzman, M. R., Jovanović, N., Brborović, O., Bednářová, B., Zuchová, S., Miovský, M., & Raboch, J. (2012). The picture of mental health/illness in the printed media in three Central

European countries. *Journal of Health Communication*, 17(1), 22–40.

<https://doi.org/10.1080/10810730.2011.571341>

Nevypust' duši. 2022. *Průzkum T-Mobile a Nevypust' duši přináší dosud chybějící data o duševním zdraví dětí pohledem dospělých: Nedostatečná osvěta a mylná představa o dostupnosti odborné péče*. Dostupné na: <https://nevypustdusi.cz/2022/09/26/pruzkum-t-mobile-a-nevypust-dusi-prinasi-dosud-chybejici-data-o-dusevnim-zdravi-deti-pohledem-dospelych-nedostatecna-osveta-a-mylna-predstava-o-dostupnosti-odborne-pece/>

Ng, C. H. (1997). The Stigma of Mental Illness in Asian Cultures. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(3), 382–

390. <https://doi.org/10.3109/00048679709073848>

Nolen-Hoeksema, S. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Portál.

Nývltová, V. (2010). *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Univerzita Jana Amose Komenského.

Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada Publishing.

Okasha, A. (2002). Mental health in Africa: The role of the WPA. *World Psychiatry*, 1(1), 32

Peč, O., Probstová, V. (2009) *Psychózy-psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. TRITON.

Praško, J. (2003). *Poruchy osobnosti*. Portál.

Rössler, W. (2016). The stigma of mental disorders. *EMBO Reports*, 17(9), 1250–1253. <https://doi.org/10.15252/embr.201643041>

Rubin, A., & Johnson, P. J. (1984). Direct practice interests of entering MSW students. *Journal of Education for Social Work*, 20(2), 5-16.

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, *20*(8), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>

Rüsch, N., Evans-Lacko, S., Henderson, C., Flach, C., & Thornicroft, G. (2011). Knowledge and Attitudes as Predictors of Intentions to Seek Help for and Disclose a Mental Illness. *Psychiatric Services*, *62*(6), 675–678. https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206_0675

Rüsch, N., Heekeren, K., Theodoridou, A., Müller, M., Corrigan, P. W., Mayer, B., Metzler, S., Dvorsky, D., Walitza, S., & Rössler, W. (2015). Stigma as a stressor and transition to schizophrenia after one year among young people at risk of psychosis. *Schizophrenia Research*, *166*(1–3), 43–48. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.05.027>

Sainsbury Centre for Mental Health. (2007). *Mental health at work: developing the business case*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Shin, H., Dovidio, J. F., & Napier, J. L. (2013). Cultural Differences in Targets of Stigmatization Between Individual- and Group-Oriented Cultures. *Basic and Applied Social Psychology*, *35*(1), 98–108. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746604>

Schön, U.-K., Denhov, A., & Topor, A. (2009). Social Relationships as a Decisive Factor in Recovering From Severe Mental Illness. *International Journal of Social Psychiatry*, *55*(4), 336–347. doi:10.1177/0020764008093686

Srivastava, K., Chaudhury, S., Prakash, J., & Dhamija, S. (2019). Social media and mental health challenges. *Industrial Psychiatry Journal*, *28*(2), 155. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_154_20

Struening, E. L., Perlick, D. A., Link, B. G., Hellman, F., Herman, D. C., & Sirey, J. A. (2001). Stigma as a Barrier to Recovery: The Extent to Which Caregivers Believe Most People Devalue Consumers and Their Families. *Psychiatric Services*, *52*(12), 1633–1638. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1633>

- Styx, P. (2003). *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Computer Press.
- Svoboda, M., Češková, E. & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Portál.
- Thornicroft, G. (2011). *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.
- Vágnerová, M. (2008) *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
- Vágnerová, M. 2002. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky
- Van der Sanden, R. L. M., Bos, A. E. R., Stutterheim, S. E., Pryor, J. B., & Kok, G. (2013). Experiences of stigma by association among family members of people with mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 58(1), 73–80. doi:10.1037/a0031752
- VandenBos G. R. (2007). *APA dictionary of psychology*. American Psychological Association
- Vencovský, E. (1956). *Počátky české psychiatrie XVIII. a XIX. Století*. Karolinum.
- Výrost, J., Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Grada Publishing.
- Wang, J., Lloyd-Evans, B., Giacco, D. et al. Social isolation in mental health: a conceptual and methodological review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 52, 1451–1461 (2017). <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1446-1>
- Warr, P. (1978). A study of psychological well-being. *British Journal of Psychology*, 69(1), 111–121. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1978.tb01638.x>

Werbach, G. B., & Depoy, E. (1993). Social work students' interest in working with persons with serious mental illness. *Journal of Social Work Education, 29*, 200-211.

Whitlock, F. A., & Hynes, J. V. (1978). Religious stigmatization: an historical and psychophysiological enquiry. *Psychological Medicine, 8*(2), 185–202. <https://doi.org/10.1017/s0033291700014252>

WHO. (2010). Depression. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/depression>

Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., Mladá, K., Bankovská Motlová, L., & Evans-Lacko, S. (2015). Reported and Intended Behaviour Towards Those With Mental Health Problems in the Czech Republic and England. *European Psychiatry, 30*(6), 801–806. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.05.003>

Winkler, P., Formánek, T., Mlada, K., & Evans-Lacko, S. (2021). Development of public stigma toward people with mental health problems in Czechia 2013–2019. *European Psychiatry, 64*, 1–15. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2226>

Winkler, P., Mladá, K., Janoušková, M., Weissová, A., Tušková, E., Csémy, L., & Evans-Lacko, S. (2016). Attitudes towards the people with mental illness: Comparison between Czech medical doctors and general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51*(9), 1265–1273. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1263-y>

Wright, E. R., Wright, D. E., Perry, B. L., & Foote-Ardah, C. E. (2007). Stigma and the Sexual Isolation of People with Serious Mental Illness. *Social Problems, 54*(1), 78–98. [doi:10.1525/sp.2007.54.1.78](https://doi.org/10.1525/sp.2007.54.1.78)

Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., & Good, B. J. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine, 64*(7), 1524–1535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013>

Zellmann, K. T., Madden, E. E., & Aguiniga, D. M. (2014). Bachelor of Social Work Students and Mental Health Stigma: Understanding Student Attitudes. *Journal of Social Work Education*, 50(4), 660–677. <https://doi.org/10.1080/10437797.2014.947900>

Zippay, A.(2007). Psychiatric residences: Noticication, NIMBY, and neighborhood relations. *Psychiatric Services* [online]. Dostupné na [:http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2007.58.1.109](http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2007.58.1.109).

Seznam uvedených tabulek a grafů

Tabulky:

Tabulka 1: Rozložení celkového počtu respondentů na základě pohlaví a ročníku studia	64
Tabulka 2 : Četnost jednotlivých pohlaví vzorku	65
Tabulka 3: Rozdělení respondentů podle ročníku studia	66
Tabulka 4: Práce v oboru	66
Tabulka 5: Zkušenost s osobami s duševním onemocněním mezi studenty	66
Tabulka 6: Osobní psychické onemocnění mezi studenty sociální práce	67
Tabulka 7: Rozdělení respondentů na základě roku studia a pohlaví	68
Tabulka 8: Osobní psychické onemocnění (rozděleno podle pohlaví a ročníku studia	69
Tabulka 9: Zkušenosti žen s osobami s duševním onemocněním	70
Tabulka 10: Zkušenosti mužů s osobami s duševním onemocněním	71
Tabulka 11: Práce v oboru u žen	72
Tabulka 12: Práce v oboru u mužů	72
Tabulka 13: Popisné statistiky používaných dotazníků	73
Tabulka 14: Četnost odpovědí RIBS	73
Tabulka 15: Test normality dat	74
Tabulka 16: Korelace proměnných pro zjištění vztahů u H_1 a H_2	75
Tabulka 17: Výsledky Kruskal-Wallisova t-testu pro zjištění vztahu mezi pohlavím a výsledky dotazníku u H_3	76
Tabulka 18 Výsledky Mann-Whitney U t-testu pro zjištění vztahu mezi pracovními zkušenostmi a mírou stigmatizace u H_4	76
<i>Tabulka 19 Výsledky Mann-Whitney U t-testu pro zjištění vztahu mezi osobním onemocněním a mírou stigmatizujících postojů</i>	<i>77</i>

Grafy:

Graf 1: Rozložení celkového počtu respondentů na základě pohlaví a ročníku studia ..	65
<i>Graf 2: Osobní psychické onemocnění (rozděleno podle pohlaví a ročníku studia)</i>	<i>70</i>
Graf 3: znázornění výsledků H_4 u CAMI	76
Graf 4 : znázornění výsledků H_4 u RIBS	76

Graf 5 znázornění výsledků H ₅ u CAMI	77
Graf 6: znázornění výsledků H ₅ u RIBS.....	77

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Barbora Balounová
 Obor studia: Psychologie
 Název práce: Stigmatizace psychických poruch u studentů sociální práce
 Vedoucí práce: doc. PhDr. Alena Hricová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 94
 Počet stránek příloh: 0
 Počet titulů v seznamu literatury: nečíslováno

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

		X		
--	--	---	--	--

Oborová přiléhavost tématu

		X		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Soutěž¹ ano?

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

	X			
--	---	--	--	--

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

		X		
--	--	---	--	--

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

	X			
--	---	--	--	--

Metody práce

Soutěž¹ ano?

Vhodnost a úroveň použitých metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Soutěž¹ ano?

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

	X			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	X			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

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

¹ Soutěž o nejlepší diplomovou práci. Zaškrtněte, pokud práci doporučujete na základě kvalit v dané oblasti hodnocení.

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

	X			
--	---	--	--	--

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

	X			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké je možné využití výsledků práce?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky; v případě doporučení do soutěže o nejlepší DP uveďte nadprůměrné charakteristiky práce v souladu s Vámi výše označeným kritériem formální úrovně, obsahové reprezentativnosti, metodologie a přínosnosti práce pro teorii či praxi):

Standardně zpracovaná práce, bez nějakých větších chyb. Jediné co bych ocenila je volba aktuálnější literatury. Praktická část práce je pěkně zpracovaná, studentka se snažila obsáhnout velký reprezentativní soubor, narazila na problém s nízkou návratností.

Doporučuji do soutěže o nejlepší diplomovou práci*

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 28.4.2023



* nehodící se škrtněte nebo vymažte

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

Jméno a příjmení studentky: Bc. Balounová Barbora

Obor studia: Psychologie

Název práce: Stigmatizace psychických poruch u studentů sociální práce

Oponent práce: Mgr. Lucie Vacková, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 94

Počet stránek příloh: -

Počet titulů v seznamu literatury: 103

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová přílehlavost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

Formální zpracování

Soutěž¹ ano?

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

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

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

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

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

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

Metody práce

Soutěž¹ ano?

Vhodnost a úroveň použitých metod

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

Využití výzkumných empirických metod

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

Využití praktických zkušeností

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

Obsahová kritéria a přínos práce

Soutěž¹ ano?

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

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

Naplnění cílů práce

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

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

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

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

¹ Soutěž o nejlepší diplomovou práci. Zaškrtněte, pokud práci doporučujete na základě kvalit v dané oblasti hodnocení.

Návaznost kapitol a subkapitol

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Vysvětlete pojem stigmatizace.
- 2) Jaké jsou základní komponenty stigmatizace?
- 3) Zamyslete se nad obtížnými momenty výzkumu.

Celkové hodnocení práce (*klady, nedostatky; v případě doporučení do soutěže o nejlepší DP uveďte nadprůměrné charakteristiky práce v souladu s Vámi výše označeným kritériem formální úrovně, obsahové reprezentativnosti, metodologie a přínosnosti práce pro teorii či praxi*):

Diplomová práce se zabývá problematikou stigmatizace duševního onemocnění u studentů sociální práce. V teoretické části autorka popisuje vybrané psychické poruchy – schizofrenii, depresi, histrionskou poruchu osobnosti. V další kapitole se nejprve podrobněji zabývá historickým kontextem stigmatizace, poté základními komponenty a formami stigmatizace duševně nemocných v moderní době. Teorii uzavírá kapitolou, v níž se zaměřuje na výzkumná zjištění v oblasti stigmatizace, dále pak na její dopady na jedince a společnost, v závěru seznamuje čtenáře s destigmatizačním procesem v ČR. V praktické části představuje kvantitativní výzkum vedený dotazníkovou formou, jehož cílem bylo zjistit, jaká je míra stigmatizujících postojů v populaci studentů sociální práce.

Zvolené téma DP je aktuální-nové a koresponduje se studovaným oborem. Autorka vycházela z nadstandartního počtu domácích i zahraničních zdrojů (103), dodržela citační normu dle APA. Kvantitativní výzkumný design je pečlivě propracován, realizován na vysokém počtu respondentů (327).

Text je psán kultivovanou čtivou formou, drobnou připomínku mám pouze k jeho délce, která přesáhla požadavek 80 normostran. Dále postrádám list s bibliografickými údaji.

Doporučuji do soutěže o nejlepší diplomovou práci* Ne

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: Mgr. Lucie Vacková, Ph. D.

21/5/2023

* nehodící se škrtněte nebo vymažte