

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut komunikačních studií a žurnalistiky

Katedra žurnalistiky

Diplomová práce

2021

Bc. Barbora Nováková

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut komunikačních studií a žurnalistiky

Katedra žurnalistiky

**Rámcování duševních nemocí ve vybraných
novinářských výstupech zaměřených na destigmatizaci**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Barbora Nováková

Studijní program: Žurnalistika

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Marek Vranka

Rok obhajoby: 2021

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 04.01.2021

Bc. Barbora Nováková

Bibliografický záznam

NOVÁKOVÁ, Barbora. *Rámcování duševních nemocí ve vybraných novinářských výstupech zaměřených na destigmatizaci*. Praha, 2021. 86 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut komunikačních studií a žurnalistiky. Katedra žurnalistiky. Vedoucí diplomové práce Mgr. Ing. Marek Vranka

Rozsah práce: 162 737 znaků

Anotace

Diplomová práce „Rámcování duševních nemocí ve vybraných novinářských výstupech zaměřených na destigmatizaci“ se zabývá tím, jak dokumentární cyklus Život za zdí, online seriál Nejsi sám a audio série Moje terapie komunikují téma duševního zdraví. Cílem práce je zjistit, jakým způsobem rámcovaly vybrané novinářské projekty problematiku duševních nemocí. Teoretická část práce se zprvu věnuje duševním nemocem, konceptu stigma a roli médií v jeho přenosu. Zaměřuje se i na destigmatizaci a definování nejdůležitějších destigmatizačních přístupů. V další části jsou přiblížena teoretická východiska vlivu médií, nastolování agendy a rámcování. V analytické části je představeno 10 rámců, které byly v projektech identifikovány s pomocí metody zakotvené teorie. Shrnutí výsledků se věnuje diskuse, kde jsou vyhodnoceny nalezené rámce a jejich limity, a rovněž jsou porovnány s doporučenými postupy, které vycházejí z manuálů určených pro novináře a odborných publikací na téma duševních nemocí.

Annotation

The dissertation called ‘Framing of Mental Illness in Selected Media Outputs Focused on Destigmatization’ explores how the documentary series ‘Life Behind the Wall’, online documentary series ‘You are not alone’, an audio documentary series ‘My therapy’ communicate the theme of mental health. The work aims to find out how selected journalistic projects framed the issue of mental illness. The theoretical part of the work first deals with mental illness, the concept of stigma and the role of the media in its transmission. It also focuses on destigmatization and defining the most important destigmatization approaches. The next part presents the theoretical basis of concepts such as the influence of the media, agenda-setting and framing. The analytical part presents 10 frameworks, which have been identified using the method of grounded theory. The results are summarized in a discussion, where found frameworks and their limits are being evaluated and compared with best practices based on manuals for journalists and professional publications on mental illness.

Klíčová slova

Rámcování, stigmatizace, destigmatizace, duševní onemocnění, zakotvená teorie, novináři, média, rámcová analýza

Keywords

Framing, stigmatization, destigmatization, mental illness, grounded theory, journalists, media, frame analysis

Title/název práce

Framing of Mental Illness in Selected Media Outputs Focused on Destigmatization

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Ing. Markovi Vrankovi za cenné připomínky a trpělivé vedení diplomové práce i dalším konzultujícím, kteří mi v průběhu psaní pomohli.

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod | 3 |
| Teoretická část | 5 |
| Duševní onemocnění | 5 |
| Stigma..... | 9 |
| Etiketizační teorie | 10 |
| Dimenze stigmatu | 10 |
| Koncept stigmatizace podle Linka a Phelana | 11 |
| Vymezení stigmatu v rámci stereotypů | 12 |
| Stigmatizace v kontextu duševních onemocnění | 14 |
| Role médií ve stigmatizaci duševně nemocných..... | 17 |
| Proces reprezentace reality a stereotypizace v médiích..... | 17 |
| Dosavadní výzkum | 18 |
| Destigmatizace | 22 |
| Destigmatizace v médiích..... | 23 |
| Destigmatizační manuál..... | 25 |
| Media Guide | 26 |
| Vliv médií..... | 29 |
| Nastolování agendy | 30 |
| Rámcování..... | 32 |
| Typy rámců | 34 |
| Metodologická část..... | 36 |
| Cíl práce | 36 |
| Výzkumná otázka..... | 37 |
| Výzkumná metoda..... | 37 |
| Zakotvená teorie | 37 |
| Kódování..... | 39 |
| Otevřené kódování..... | 40 |
| Axiální kódování..... | 41 |
| Výzkumný vzorek | 41 |
| Vlastní analytická část | 44 |
| Analýza dat..... | 44 |
| Duševní onemocnění a jejich demýtizace..... | 44 |
| Osobní příběhy jako klíč k porozumění..... | 50 |

| | |
|-----------------------------------|----|
| Důraz na systematická řešení..... | 56 |
| Diskuse..... | 61 |
| Závěr..... | 67 |
| Summary..... | 69 |
| Použitá literatura..... | 73 |
| Seznam analyzovaných výstupů..... | 79 |
| Teze Diplomové práce..... | 83 |

Úvod

Deprese, schizofrenie či bipolární afektivní porucha. Tyto termíny už dávno nejsou výsadou lékařů působících v odlehlých psychiatrických zařízeních a předmětem šeptandy vystrašených příbuzných. Ve 21. století se s nimi lidé setkávají v televizi, v novinách, v online prostředí i v rádiích. O duševních nemocích se točí filmy a seriály, hudebníci o nich skládají písně. Podle studie Institutu pro zdravotní metriku z roku 2017 má nějaké duševní onemocnění diagnostikováno přes 792 milionů lidí po celém světě. Tedy zhruba jeden z deseti lidí. Statistika přitom eviduje pouze lidi, kterým byla udělena diagnóza (Ritchie, Roser 2018). Duševní onemocnění jsou podobně jako znásilnění známá tím, že jejich skutečný stav je vyšší než ten, který je nahlášený. I přesto, že se během posledního století duševní choroby probíjaly do veřejné debaty, mnohdy stále chybí fakticky správné informace, a je šířena řada chybných generalizací či přímo dezinformací. Svůj podíl na tom mají i média, která o duševně nemocných často informují pouze ve spojitosti s násilím a nebezpečím. Odborníci přitom očekávají, že duševně nemocných bude v souvislosti s pandemií nového typu koronaviru přibývat, a volají po ucelené strategii, jak tomu přecházet. Destigmatizace, tedy osvěta zaměřená na duševní zdraví, teď může hrát důležitější roli než kdy dřív, a média, která představují jeden z hlavních zdrojů informací, mohou fungovat jako ideální platforma.

Ve své diplomové práci jsem se proto rozhodla zaměřit na analýzu rámců vybraných novinářských výstupů, které se rozhodli bojovat se stigmatizací duševních nemocí v České republice. Zajímalo mne, jakým způsobem rámcují téma duševních onemocnění ojedinělé a úspěšné výstupy z oblasti destigmatizace. Věřím, že identifikované rámce mohou být přínosné při tvorbě podobných novinářských obsahů, a nabízejí zajímavý pohled na to, jak téma komunikují projekty, které se rozhodli proti stigmatizaci vymezit.

Práce je tradičně rozdělena na tři části: teoretickou, metodologickou a vlastní analytickou. V teoretické části představím duševní onemocnění a jejich klasifikaci, kterou zúžím s ohledem na typy poruch, které se objevují v analyzovaných výstupech. Dále popíšu proces stigmatizace a ukážu, jakou roli hrají v přenosu stigma média. Následně přiblížím destigmatizaci, a to se zaměřením na novinářské manuály, které byly vypracovány ve

spolupráci s odborníky. Tuto část uzavírají teoretické koncepty vlivu médií, nastolování agendy a rámcování, které jí propojují s metodologií. V metodologické části se věnuji teoretickému postupu zakotvené teorie, podle které jsem analyzovala projekty Život za zdí, Moje terapie a Nejsi sám, které přiblížím u definování výzkumného vzorku, kde vysvětluji, jak probíhal jeho výběr. V této části jsem také stanovila cíl práce a výzkumnou otázku. V analytické části představím rámce, které jsem identifikovala ve vybraných materiálech, a porovnáám je s doporučeními destigmatizačních manuálů. Na závěr shrnu výsledek výzkumu.

Ráda bych zde krátce refletovala změny, které jsem učinila oproti tezí. Náplň a cíl práce se nijak nezměnily. Původní název: *Rámcování novinářských kampaní destigmatizujících duševní onemocnění*, jsem mírně upravila na *Rámcování duševních nemocí ve vybraných novinářských výstupech zaměřených na destigmatizaci*, který dle mého názoru lépe vystihuje zaměření práce. Po prostudování destigmatizačních manuálů, které hrají v práci značnou roli, a pokrývají pouze duševní poruchy z kategorií F00-F69 klasifikace MKN-10, jsem z výzkumného vzorku vyřadila dokumentární cyklus Děti úplňku, který se zabývá poruchami z kategorie F80-F89. Místo toho analyzuji podcastovou sérii Moje terapie. Věřím, že tato změna přispěla k ucelenějším výsledkům výzkumu, a tedy i k lepší kvalitě celé práce.

Teoretická část

Duševní onemocnění

Komplexní téma duševních nemocí provází celý text práce, považuji proto za vhodné ho na začátku definovat. Spolu s tím představím i vybranou klasifikaci duševních poruch, jejich nejznámější zástupce, a vysvětlím, kterými duševními nemocemi se zabývám ve zbytku práce. Zkoumáním duševních onemocnění, nemocí, poruch či chorob se zabývá celá řada rozličných profesí a oborů od zdravotnictví po sociální vědy, je proto možné se setkat s celou řadou definic.

Pavel a Helena Hartlovi definují nemoc jako „*souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy biologických a psychologických faktorů a jejich vzájemného působení ve fyzikálním a sociálním prostředí*“ (Hartl, Hartlová 2010, s. 337). Autoři Velkého psychologického slovníku (2010) rozlišují nemoci na vyléčitelné a ty, které je možné léčbou ovlivnit jen v omezené míře. O duševní nemoci se podle nich dá hovořit v případě, kdy se nemoc vztahuje k psychice a psychickým procesům. Připomínají také, že podle současně platné 10. revize Mezinárodní klasifikace duševních nemocí (MKN-10) bývá termín duševní onemocnění odborně nahrazován termínem duševní porucha (Hartl, Hartlová 2010). U klasifikace nemocí MKN-10 proto používám termín duševní porucha. Ve zbytku práce se ovšem objevují i synonyma jako onemocnění, nemoc či choroba, které zde mají stejný význam.

Pro tuto práci je přínosné zmínit i sociologické pojetí nemoci, jelikož teorie, které se zabývají stigmatizací často vycházejí ze sociologických základů. Bártlová popisuje ve svém článku Příspěvek T. Parsonse k rozvoji sociologie medicíny a zdravotnictví (2006a) nemoc jako určitý druh deviace a odchylky od běžné normy. Používá k tomu Parsonsovo pojetí nemoci, podle kterého „*znamená nemoc deviaci (odchylku) od normální sociální role. Hlavním důvodem chápání nemoci jako deviace je společenská nežádoucnost tohoto stavu a tedy to, že nemocný člověk se odchyluje od očekávání, které vůči němu má společnost*“ (Parsons podle Bártlové 2006a, s. 98). Nemoc tedy není jen biologickou změnou v organismu, ale v sociálním kontextu je i odklonem od toho, co od nás očekávají

ostatní. Proto v nich může vyvolávat silné emoční reakce.

Podle klasifikace MKN-10, která je dostupná na webu Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, spadají duševní onemocnění do kategorie F00-F99 – Poruchy duševní a poruchy chování. Do této kategorie jsou řazeny:

F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40-F49 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70-F79 Mentální retardace

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání

F99-F99 Neurčená duševní porucha

(ÚZIS.cz)¹

Klasifikace MKN-10 je poměrně široká. Novinářské výstupy, které analyzují, a destigmatizační manuály zaměřené na žurnalisty, ovšem často nepracují s celou její šíří, ale zabývají se duševními poruchami z kategorií F00 až F69. Naproti tomu mentální retardace (F70-F79), poruchy psychického vývoje (F80-F89) a poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání (F98-F98) jsou v těchto materiálech zcela opomíjené. Z tohoto důvodu zde krátce představím jen poruchy z kategorií F00 až F69, z čehož vyplývá, že v celém zbytku práce se hovoří jen o těchto duševních poruchách.

Podle Ociskové a Praška (2015) je nejznámější a nejstigmatizovanější poruchou schizofrenie, která spadá do kategorie F20-F29. Postihuje zhruba jednoho ze sta lidí, může se projevat poruchami myšlení, vnímání a chování, přítomné bývají i bludy či

¹ 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí Česká verze. In: *mkn10.uzis.cz* [online]. 2020 [cit. 2020-12-13]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>

halucinace, vnímání či naopak odnímání myšlenek (ÚZIS.cz, cit. 13.12.2020)². Další kategorii tvoří afektivní poruchy (F30-F39), kam spadá bipolární afektivní porucha či depresivní porucha. Po první ze jmenovaných jsou typické prudké změny nálady, během kterých se střídá období mánie, které charakterizuje povznesená nálada či nadbytek energie, se stavy deprese, pro které je typická únava či beznaděj (NÚDZ 2019). Bipolární afektivní porucha bývá kvůli nejednoznačnosti příznaků a veřejné neznalosti období remise opředena řadou mýtů a předsudků podobně jako schizofrenie. Při depresi, která také spadá pod afektivní poruchy, je narušena funkce mozku, která odpovídá za kontrolu nálady, člověka při ní pohlcuje patologický smutek a negativní náhled na svět, který jen obtížně kontroluje (NÚDZ 2019). Deprese bývá na rozdíl od výše zmíněných poruch často zaměňována s běžným prožitkem smutku. Lidé si s ní obvykle nespojují nebezpečí jako u schizofrenie a bipolární afektivní poruchy, ale často se domnívají, že dotyčný netrpí ničím vážným, a když se bude skutečně snažit, dostane se z toho sám.

Destigmatizační manuály se zaměřují také na úzkosti, které spadají do poruch neurotického spektra spolu s poruchami spojenými se stresem a somatoformními poruchami (F40-49). K duševním onemocněním, které se objevují v analyzovaných materiálech, patří i poruchy příjmu potravy a obezity (F50-59), závislosti na návykových látkách (F10-19), demence (F00-09) či poruchy osobnosti (F60-69). Vzácná není ani komorbidita, tedy souběh vícera diagnóz. Podle Thornicrofta trpí jednou poruchou zhruba polovina všech pacientů, zbylá polovina má souběh dvou či více diagnóz (Thornicroft 2011). Tento fakt se ale příliš nepromítá do veřejné debaty, kde jsou duševně nemocní škatulkováni jako „schizofrenici“, „alkoholici“, „maniaci“ a podobně.

V úvodu práce jsem zmínila, že s jakýmkoliv duševním onemocněním má zkušenosti zhruba jeden člověk z deseti na světě. Jen deprese byla v roce 2017 diagnostikována 264 milionům lidí po celém světě, bipolární afektivní porucha pak nejméně 46 milionům lidí (Ritchie, Roser 2018). Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se s nějakou formou duševního onemocnění potýká 27 procent obyvatel evropského regionu (tedy EU a další evropské státy). Deprese byla v roce 2019 v Evropě diagnostikována u nejméně 44 milionů

² 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí Česká verze. In: *mkn10.uzis.cz* [online]. 2020 [cit. 2020-12-13]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>

lidí, přes 37 milionů trpí úzkostí (WHO 2019)³.

Podle české psychiatrické společnosti bylo v roce 2015 v Česku v psychiatrických ambulancích ošetřeno 650 566 pacientů. V čele stojí lidé s neurotickými poruchami, kteří tvoří 40 % psychiatrických pacientů. Dále jsou lidé s afektivními poruchami, kteří tvoří zhruba 18 %. Na třetím místě jsou pacienti s organickými poruchami. Psychiatrická společnost eviduje 80 % nárůst psychiatrických pacientů za posledních 15 let. U organických poruch dokonce přesahuje 100 % (Psychiatrická společnost 2017). Do této kategorie ovšem spadají různé formy demence, takže nárůst je možné vysvětlit stárnutím populace.

Tato čísla reflektují pouze lidi s duševním onemocněním, kteří vyhledali odbornou pomoc. Skutečná prevalence jakéhokoliv duševního onemocnění je podle Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ) až 21,7 %, s mentálními problémy má tedy v Česku zkušenost jeden z pěti lidí. Zajímavé jsou také statistiky u lidí, kteří nějaké duševní onemocnění prožívají, ale neléčí se s ním. U depresí je to až 61 % lidí, u úzkostných poruch dokonce 69 % (NÚDZ 2019).

Každý rok si podle NÚDZ vezme v Česku život průměrně 1500 lidí, tedy čtyři lidé za jeden den, přičemž sebevražednost je v ČR nad průměrem EU. Ústav uvádí, že celosvětově si vezme život každý rok asi 800 000 lidí, průměrně 2190 lidí denně, tedy jeden člověk každých 40 sekund. Až 90 % sebevrahů přitom mělo někdy v životě problémy s duševním zdravím (NÚDZ 2019, s. 29).

I přesto, že jsou dnes duševní poruchy poměrně rozšířené, a zahrnují široký výčet nejrůznějších příznaků, pojí se s nimi řada chybných generalizací a stereotypů, které vedou ke stigmatizaci duševně nemocných. V další části proto vysvětlím, jak je to možné.

³ SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE (WHO). *Mental Health: Fact Sheet* [online]. 2019 [cit. 13. 12. 2020]. dostupné z: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_FactSheet_ENG.pdf

Stigma

Koncept stigmatu vymezil jako první v sedmdesátých letech 20. století Erving Goffman v díle *Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. Goffmanův přínos spočívá v představení první ucelené definice a také v rozlišení tří typů stigmatu. Podle Goffmana je stigma diskreditujícím atributem, který v lidské mysli redukuje „*osobu celistvou a obyčejnou na osobu, jež je poskvrněna a jejíž hodnota klesla*“ (Goffman 2003, s. 10). K redukci dochází na základě prvního dojmu a podnětů, které vnímáme. Lidé podle Goffmana konstruují „virtuální sociální identitu člověka“, se kterým se setkávají a na základě svých dojmů mu připisují jednotlivé atributy. V určitém případě se může stát, že při hodnocení druhého člověka zaujme hodnotitele určitý atribut, který ho odlišuje od ostatních. V případě stigmatu je takový atribut silně diskreditující. Atributy samy o sobě mohou být neutrální, jsou to lidé, kdo jim připisuje pozitivní či negativní vlastnosti (Goffman 2003, s. 10–11).

Goffman charakterizuje tři základní typy stigmatu:

- 1) **Tělesná znetvoření** – Tedy fyzické a zjevné odlišnosti.
- 2) **Vady charakteru** – Slabá vůle, dominantní či nepřirozené vášně, nepoctivost, ale také duševní poruchy, uvěznění, homosexualita či nezaměstnanost.
- 3) **Kmenová stigmata** – Rasy, národa, náboženství. Z nich pak vzniká např. antisemitismus.

(Goffman 2003, s. 12)

Lidé, kterým je připsán nějaký diskreditující atribut, a tedy i nějaké stigma, jsou v důsledku toho vyloučeni ze společenského přijetí (Goffman 2003). Toto pojetí potvrzuje i Giddens, který termín stigma používá ve spojitosti s vyloučením jedince ze zkušenosti (Giddens 2010). Na základě vyloučení vzniká diskriminace, tedy odlišné a neférové chování k určité osobě, která se zdá být nějak odlišná.

Díky diskriminujícím vlastnostem docházelo podle Praška a kolektivu (2012) v historii k zneužívání stigmatizace za ideologickými účely. K tomuto procesu dochází dodnes, často například za účelem naplnění politických cílů. V takových případech bývají stigmatizováni například sociálně slabší, matky samoživitelky, „nepřizpůsobiví“, etnické menšiny či uprchlíci.

Jakmile je jedinci připsáno určité stigma, dochází podle Goffmana k vytvoření teorie

stigmatu, která se stává „ideologií vysvětlující méněcennost dotyčného a objasňující nebezpečí, jež představuje“ (Goffman 2003, s. 13). Stigmatizace bývá podle Goffmana neměnná, jakmile je jednou někomu připsána, šance, že se jí zbaví, je téměř nulová.

Etiketizační teorie

Na Goffmanovo pojetí navázala debata o tzv. „labelling theory“ neboli teorii nálepkování či etiketizační teorii, podle které se lidé se stávají devianty proto, že je tak označují skupiny vytvářející pravidla. Nálepky se přitom v průběhu času proměňují – v minulosti byli za devianty označováni např. homosexuálové (Bártlová 2006). Významným teoretikem na tomto poli byly členové Chicagské školy či T. J. Scheff (1974), který spojoval etiketizační teorii s duševním onemocněním. Podle Scheffa bylo možné vysledovat původ duševních chorob ve společenských, a hlavně stigmatizujících, reakcích. Název etiketizační teorie je odvozen od ústřední role etiket, které jsou přiřazovány lidem s odlišným chováním, a to jak neformálně, například prostřednictvím blízkých, tak formálně – prostřednictvím institucí. Označování bylo podle Scheffa řízeno sociálními faktory i chováním, které by se dalo označit jako příznaky duševních chorob. Jakmile je osoba označena, stává se obětí stigma, které jí zabraňuje zbavit se identity duševně nemocného a vrátit se k normální sociální roli (Gaebel 2017).

Podle mnoha kritiků je teorie přehnaně deterministická (Petrunik 1980). Giddens (1999) k tomu uvádí, že pokud klademe přílišný důraz na etiketizaci, přestaneme zkoumat procesy, které vedly k odlišnému chování. Navíc podle něj není jasné, zda přidělení nálepky skutečně zvyšuje deviantní či jinak odlišné chování. Prizmatem duševních onemocnění můžeme jen těžko prokázat, že pokud někoho označíme jako šílence, bude se tak víc chovat. Na etiketizační teorii později do jisté míry navázal Link s kolegy, upustil ale od tvrzení, že proces značkování přímo zapříčiňuje duševní onemocnění. Jeho přístup představím níže.

Dimenze stigmatu

Dalšími významnými teoretiky na poli stigmatu byli Edward Jones s kolegy Farinou, Hastorfem a Frenchem s publikací *Social Stigma: The psychology of marked relationships* (1984). Autoři hovoří o stigmatu jako o značce (mark), přičemž zkoumají jeho dopad na duševní stav stigmatizované osoby. „*Význam Jonesova přínosu spočívá ve vztahu mezi společenskými hodnotami a vnímáním a sebehodnocením marginalizovaného jedince jako*

bezpečné osoby“ (Bártlová 2006, s. 267).

Goffmanův přístup rozšířil kolektiv autorů o stanovení šesti dimenzí stigmatu, které určují míru, dle které může být jedinec se značkou stigmatizován.

- 1) **Utajitelnost** – Vypovídá o tom, zda je stigma pro ostatní viditelné či utajitelné, zda je jeho skrytost či zřejmost ovlivnitelná, případně žádoucí. Například sexuální orientace či duševní onemocnění mohou být oproti barvě pleti snáze utajitelné.
- 2) **Průběh** – Vypovídá o tom, jaké trvání má stigmatizace u dané osoby. Zda je „neměnná“ jako barva pleti nebo je dočasná jako například některá duševní nemoc. Dlouhotrvající stigmata vyvolávají obvykle ze strany okolí horší reakce.
- 3) **Destruktivnost** – Míra, v jaké stigma narušuje sociální kontakty s okolím.
- 4) **Estetické vlastnosti** – Míra, do které je jedincova fyzická odlišnost zřetelná pro ostatní, a vyvolává případný odpor či nechut'
- 5) **Původ** – Odkazuje na způsob, kterým dotyčný ke značce přišel, případně na to, zda je za svůj stav sám odpovědný. Percepce toho, zda je stigmatizovaný viníkem svých problémů, značně ovlivňuje chování okolí.
- 6) **Riziko** – Odkazuje na míru rizika, které přináší značka pro okolí stigmatizovaného. V minulosti měli lidé například strach z blízkého kontaktu s jedincem s nemocí AIDS.

(Jones podle Bártlové 2006, s. 267-268)

Koncept stigmatizace podle Linka a Phelana

Na základy, které položil Erving Goffman, a dále je rozvinul Edward Jones s kolegy, navazují autoři Bruce Link a Jo Phelan. Studií *Conceptualizing stigma* reagují na přechozí konceptualizace stigmatu, převážně na kritiku etiketizační teorie, kterou zároveň modifikují a rozvádějí. Link a Phelan definují stigma „jako nálepkování jedince, o kterém lze hovořit v případě, kdy jsou na něj aplikovány stereotypy a tím dochází k jeho společenskému vyčlenění, ztrátě statusu a diskriminaci. Aby ke stigmatizaci mohlo dojít, musí být uplatněna určitá moc“ (Link, Phelan 2001, s. 363). Autoři volbou termínu „nálepkování“ poukazují na to, že stigma je spíše než „atribut“ či „znamení“ něco, co je lidem připisováno, ne dáno. Ocisková a Praško (2015) tento proces pojmenovávají jako „značkovací reakce“.

Výše zmíněná definice stigmatu se podle autorů skládá ze čtyř hlavních složek:

- 1) **Nálepkování** – Lidé se od sebe liší. Některé rozdíly jsou menší a přechází je téměř bez povšimnutí, jiné jsou větší a stávají se sociálně významnými (barva pleti, sexuální orientace) – z těch posléze vznikají nálepky.⁴ V procesu nálepkování tedy dochází k připisování atributů, tak jak to popisuje Goffman.
- 2) **Stereotypizace** – Stigma se začíná utvářet v momentu, kdy se jednotlivé nálepky spojí s negativními stereotypy. Zde autoři propojují koncept stigmatu se stereotypy, které rozvedu v další kapitole, abych ozřejmila, jak spolu souvisí.
- 3) **My vs. oni**⁵ – Proces stigmatizace v sobě zahrnuje definující moment, který zřetelně odděluje „nás“ a „ostatní“ – tedy ty zřetelně odlišné od nás „normálních“.⁶ Autoři uvádí příklad lidí s diagnostikovanou schizofrenií či epilepsií. Ostatní o nich hovoří jako o schizofrenicích a epilepticích, čímž je zřetelně oddělují od zbytku společnosti. Lidé, kterým byla diagnostikována rakovina či chřipka, už podobnému označení nepodléhají. Nemoc pouze „mají“, ale stále jsou jedním z nás. Zde dochází k vyloučení, které popisují Giddens či Goffman.
- 4) **Ztráta statusu a diskriminace** – Stigmatizovaní lidé ztrácí v důsledku své nálepky sociální postavení a čelí diskriminaci. Pokud není přítomna tato složka, nedá se podle autorů hovořit o stigmatu. U dotyčných může vlivem této složky dojít k sebemarginalizaci tak, jak ji popisuje Jones s kolegy.
(Link, Phelan 2001, s. 367–371)

Vznik stigmatu je podle autorů zcela závislý na výkonu sociální, ekonomické a politické moci. Skupiny s větší mocí stigmatizují skupiny s menší mocí (Link, Phelan 2001) K tomu, aby bylo možné hovořit o stigmatu, je tedy třeba naplnit čtyři výše zmíněné složky, které nakonec uplatňují lidé s větší mocí.

Vymezení stigmatu v rámci stereotypů

Jak naznačily výše popsané teoretické koncepty, především pak stigmatizace podle Linka s Phelanem, stigma se částečně skládá ze stereotypů. Od stereotypu se ale liší tím, že je s ním spojena diskriminace a výrazná negativní konotace. Stereotyp je spíše široce uznávaný zjednodušený obrázek či představa o nějakém jedinci či věci.

⁴ „Jedinec, který nálepkou získal, je vystaven zvýšené společenské kontrole s tendencí vykládat každé (i domnělé) vybočení z normy ve smyslu nálepky“ (Ocisková, Praško 2015, s. 23).

⁵ Složka „My vs. Oni“ připomíná koncept „Těch druhých“. Podle Němcové Tejkalové je autoři jako Pickering či Hall popisují jako „kohokoliv, jakkoliv odlišného od většinové populace“ (Němcová Tejkalová 2012, s. 34).

⁶ „Normalita není nějaká univerzální, přirozená skutečnost, ale jedná se o záležitost sociálně konstruovanou z pozice moci“ (Němcová Tejkalová 2012, s. 30).

Stereotyp bývá popisován jako iracionální a zjednodušený postoj nebo názor, který je zřetelný zvláště ve vztahu k menšinám. Na jedince aplikuje zjednodušené soudy, které se utvářejí v nejrůznějších prostředích a skupinách. Jednoduše řečeno jde o typ generalizace, který plní určité funkce ve společnosti (Němcová Tejkalová 2012). Richard Dyer (1999) rozděluje čtyři:

- 1) **Proces uspořádání** – Stereotypy pomáhají lidem pochopit složitou realitu. Dyer v tomto bodu odkazuje na teorii sociální konstrukce reality, podle které má větší šanci na prosazení své verze reality ten, kdo má větší moc.
- 2) **Zkratky** – Stereotypy slouží jako metonymické zkratky, které odkazují přímo a rychle na určitý význam.⁷
- 3) **Způsob odkazování ke světu** – Představa světa okolo nás.
- 4) **Vyjádření našich hodnot a postojů** – Stereotypy získávají společenskou platnost, jen pokud existuje přesvědčení, že zastávají názor nějaké skupiny.

(Dyer 1999, s. 246-250)

Stereotypy fungují, protože mezi lidmi snadno vyvolávají konsenzus. Jsou považovány za vyjádření obecného souhlasu s názorem na určitou sociální skupinu (Němcová Tejkalová 2012). Výhodou stereotypů je také to, že umožňují rychlé zařazení určitého člověka nehledě na velikost naší zkušenosti s ním.

Gaebel (2017) píše, že stigma se skládá ze tří kognitivních struktur: z diskriminace (tedy z nespravedlivého jednání založeného na základě nějaké odlišnosti), ze stereotypů (tedy určitých zjednodušených generalizací) a z předsudků (negativních úsudků založených na stereotypech). Tímto pojetím se velice blíží k definici Linka s Phelanem (2001), kteří vidí stigmatizaci jako proces uplatňování moci, během kterého dochází k nálepkování na základě nějakého stereotypu, díky čemuž je nakonec dotyčný redukován a vyřazen z běžné společnosti. Do tohoto konceptu bych zařadila ještě přístup Jonese (1984), který rozšířil teoretické vymezení stigmatu o negativní sebehodnocení, které zažívá stigmatizovaný jedinec. Pro účely této práce tedy vymezuji stigmatizaci jako proces uplatnění moci, který se skládá z nálepkování založeném na stereotypech a předsudcích, jež vede k diskriminaci, k redukci a k vyloučení ze společnosti, které může vyústit v sebemarginalizaci stigmatizovaného jedince.

⁷ Dyer to vysvětluje na příkladu stereotypu „blbá blondýnka“, podle kterého lidé soudí, že ví vše o dané ženě pouze na základě barvy jejích vlasů, aby ukázal, že se do zkratk se nevejde veškerá informace, a že to ani není žádoucí (Dyer 1999, s. 246-247).

Stigmatizace v kontextu duševních onemocnění

Stigmatizace se týká mnoha skupin. Negativně zasahuje do životů jiných etnik, lidí s odlišnou sexuální orientací či genderem, tělesně postižených i nemocných. V této kapitole se proto s ohledem na téma své práce zaměřuji na stigmatizaci v kontextu duševních onemocnění, s cílem zúžit širší tohoto konceptu. Goffman (2003), Bártlová (2006) či Gaebel (2017) navíc uvádí, že stigma se projevuje obzvláště silně právě ve vztahu k duševním onemocněním.⁸ Postoj k duševně nemocným bývá často založen na špatné informovanosti a iracionálních předsudcích. Podle některých autorů se dokonce pojí větší stigmatizace se slovním spojením duševní nemoc než duševní porucha, jelikož slovo nemoc si lidé obvykle spojují se složitější léčbou (Ocisková, Praško 2015).

Stigma konceptualizoval v souvislosti s duševním onemocněním britský psychiatr Graham Thornicroft (2007). Stanovil tři hlavní složky, které umožňují vznik a přetrvání stigmatizace duševně nemocných:

- 1) **Ignorance – problém znalostí:** Přestože žijeme v době, kdy je nám dostupné takřka neomezené množství informací, lidem stále chybí vědomosti v oblasti duševních onemocnění. Thornicroft předpokládá, že kdyby byli lidé lépe informováni, mohlo by to vést ke zlepšení postojů vůči duševně nemocným.
- 2) **Předsudky – problém negativních postojů:** Lidé si spojují duševně nemocné například s nebezpečným jednáním, což v nich vyvolává strach. V případě stereotypů a předsudků chovaných k menšinám, ale lidé obvykle vyjadřují i jiné negativní pocity, například odpor či znechucení, což ve vztahu k duševně nemocným příliš často nezaznívá. Podle Thornicrofta je důležité si uvědomit, že negativní postoje k duševně nemocným jsou specifické a vyplývají především ze strachu z nebezpečí, na což je třeba se zaměřit v destigmatizaci.
- 3) **Diskriminace – problém odmítavého jednání:** Odmítavé jednání je většinou měřeno ve výzkumech, které respondentům prezentují hypotetické situace. Často zaznívají otázky typu, zda by se lidé vyhýbali sousedovi s duševním onemocněním. Podle Thornicrofta ale chování v hypotetických situacích často neodpovídá realitě. Výsledky z podobných výzkumů proto nenabízí řešení, jak k problému stigmatizace přistupovat, ale spíše k ní přispívají.

(Thornicroft 2007, s. 192–193)

⁸ „Sociální status duševně nemocných je mnohem nižší než status somaticky nemocných“ (Bártlová 2006, s. 269).

Příkladem těchto tří složek přetavených ve stigma může být v praxi třeba schizofrenie. Lidé pořádně neví, jak se nemoc projevuje, na základě toho se bojí a pacienty se schizofrenií proto diskriminují. Kromě Thornicrofta rozpracoval stigma v kontextu duševních onemocnění i Gaebel (2017). Rozlišuje osm typů stigma:

- **Veřejné stigma:** Veřejné odsouzení a diskriminace určité minority.
- **Self-stigma:** Česky by se dalo označit jako sebestigmatizace, kdy si dotyčný internalizuje předsudky a stereotypy ostatních.
- **Vyhýbání se nálepce:** Jedinec s duševním onemocněním se vyhýbá aktivitám, které by mohly prozradit jeho diagnózu.
- **Strukturální stigma:** Opatření a politika veřejných i soukromých institucí, které snižují životní příležitosti pro duševně nemocné.
- **Zdvořilostní⁹ stigma:** Vztahuje se na zaměstnance v sektoru psychiatrie, rodinu a okolí duševně nemocného.
- **Moc stigmatu:** Lidé, kteří stigmatizují, udržují nadvládu pomocí kontroly, vykořisťování a vyloučení stigmatizovaných.
- **Automatické stigma:** Odehrává se okamžitě a bezmyšlenkovitě.
- **Dvojité stigma:** Platí v případě, kdy se duševní nemoc pojí například s odlišnou sexuální orientací, obezitou, chudobou apod.

(Gaebel 2017. s 50–51)

Mimo tuto typologii řadí Gaebel stigma spojené se sebevraždou. Lidé, kteří se o ní pokusí, jsou podle něj často viděni jako zbabělci či naopak hrdinové, nemorální, sobečtí, nezodpovědní, impulsivní, bažící po pozornosti a ve spojitosti s náboženstvím také jako nevěřící. V důsledku těchto nálepek váhají, zda se mají někomu svěřit, že se o sebevraždu pokusili nebo plánují pokusit. Podle Gaebela je ale stigma spojené se sebevraždou výjimečné, protože pod něj můžeme zařadit všech osm výše zmíněných typů stigmat. V případě sebevraždy se například zdvořilostní stigma vztahuje na pozůstalé, kterým reakce okolí ztěžují truchlení. Pozůstalí se také mohou sebestigmatizovat a vinit (Gaebel 2017, s. 58–59).

Stigmatizace s sebou nese velmi nepříjemné dopady na životy lidí, kterým bylo diagnostikováno nějaké duševní onemocnění. Pro příklad, Thornicroft uspořádal v roce 2009 studii, ve které zkoumal vzorce zakoušené a očekávané diskriminace lidí se

⁹ Neboli „*courtesy stigma*“ (Gaebel 2017).

schizofrenií. V rozhovorech se 75 účastníky zjistil, že nejčastěji zažívají vyloučení, izolaci, výsměch, týrání, nepochopení, přílišné romantické nároky ostatních a omezené vyhlídky v oblasti vztahů (Thornicroft 2009).

Podle Praška se mohou navíc lidé, kteří trpí duševními problémy, ze strachu z nálepky¹⁰ vyhýbat léčbě. „Přibližně 25 % populace má někdy v životě tak velké psychické problémy, že vyhledá profesionální pomoc. Odhadem má psychické problémy někdy v životě i dalších 25 %, ale pomoc nevyhledají“ (Praško a kol. 2012, s. 100). Podle Praška je běžné, že nemocnému může ve vyhledání pomoci bránit i rodina a blízké okolí. Lidé mají tendence stigmatizovat i určité druhy léčby jako jsou například antidepressiva, hospitalizace na psychiatrickém oddělení či terapie.¹¹ Vyhýbání se léčbě může vést k rozvoji chronického onemocnění, které pokud je závažné, může vyústit v suicidální stav (Praško a kol. 2012).

Corrigan a kolektiv (2002) klasifikují stigmatizaci okolí a sebestigmatizaci jako dva hlavní stigmatizující přístupy. K sebestigmatizaci u duševně nemocných podle něj dochází na základě internalizace stereotypů, které o nich má veřejnost. Kromě zdraví, rodinných vztahů a sebevědomí nemocného může stigma omezovat i jeho životní příležitosti. „Je menší pravděpodobnost, že zaměstnavatel najme někoho, o kom ví, že trpí duševním onemocněním. Lidé duševně nemocným spíše nepronažmou nemovitosti a budou s nimi méně interagovat“ (Corrigan et al. 2002, s. 293). O životní příležitosti se připravuje i sám nemocný. Z obavy, aby na něm ostatní nepoznali jeho odlišnost, se může dotyčný izolovat a je pravděpodobné, že značně změní své zvyky a životní styl (Praško a kol. 2012).

NÚDZ (2018) proto popsal častá nesprávná tvrzení, která mohou ke stigmatizaci přispívat. Příkladem je generalizace, že se z duševních onemocnění nedá vyléčit či uzdravit. Z některých duševních nemocí se dá zcela vyléčit, zatímco u těch, které nejsou vyléčitelné, může být léčbou dosaženo uspokojivého stavu, který nemocnému umožňuje prožití plnohodnotného a kvalitního života. Podle Ociskové a Praška (2015) také ve společnosti často panuje přesvědčení, že psychická onemocnění ve skutečnosti nejsou „pravé nemoci“, ale spíše výmysly, které plynou z odmítání převzetí odpovědnosti za sebe samého. Jako

¹⁰ „Jedinec, který nálepkou získal, je vystaven zvýšené společenské kontrole s tendencí vykládat každé (i domnělé) vybočení z normy ve smyslu získané nálepky. Odezvě sociálního prostředí, která vyúští do závěru duševní porucha, se říká značkovací nebo nálepkovací reakce. Na laické úrovni se používají tradiční nálepky (charakter, zhroucení, zbláznění), na odborné úrovni diagnostické nálepky“ (Praško a kol. 2012, s. 101).

¹¹ „Rodina i pacient mohou mít různě označovanou i samotnou psychiatrickou léčbu. Léky mohou pokládat za jedy, které mění psychiku, psychoterapii za brain-washing. Postižený člen by se měl raději vzchopit, dobře jíst a mít hodně sexu; nervy obalené tukem jsou odolné proti vzniku duševní poruchy, proto postižený potřebuje vydatnou tučnou stravu... V populaci jsou určité druhy léčby preferovány a jiné zavrhovány“ (Praško a kol. 2012, s. 101).

nesprávné generalizace také uvádí tvrzení, že psychicky nemocní jsou nebezpeční, slabí a mohou si za to sami (Ocisková, Praško 2015).

Přesvědčení, které prezentují Ocisková s Praškem souvisí s dalšími chybnými tvrzeními, které zmiňuje i NÚDZ – tedy, že duševní onemocnění mají jeden jasný původ, případně mohou být nakažlivá. Duševní onemocnění přitom mohou být způsobena různými genetickými a sociálními faktory, případně jejich kombinací (NÚDZ 2018). To, jak jsou tyto generalizace přenášeny v mediálním prostředí, přiblížím v další kapitole, která se mimo jiné zaměřuje i na empirický výzkum provedený v této oblasti.

Role médií ve stigmatizaci duševně nemocných

Média mají schopnost stigmatizovat duševně nemocné, což potvrzuje i řada mezinárodních studií, které ve svých publikacích zmiňují například Ocisková a Praško (2015), Nawková (2010 a 2010a) či Thornicroft (2011 a 2009). Přestože negativní pokrývání duševních nemocí podle výše zmíněných autorů převažuje, najdou se i země a média, která o tématu informují vyváženě a objektivně. Podle Praška a Ociskové je negativní informování o psychických poruchách v tisku vlastní spíše zemím západního stříhu¹². Nawková k tomu dodává, že řada studií potvrdila i spojitost mezi nevyváženým pokrýváním tématu duševních chorob a negativním dopadem, které to má na duševně nemocné a na sociální politiku v daných zemích (Nawková et al. 2010a).

Proces reprezentace reality a stereotypizace v médiích

Stigmatizace duševně nemocných v mediálním prostoru je možná díky procesu reprezentace reality. Slovo reprezentace vychází z latinského „repraesentatio“, což vyjadřuje znázornění či zpřítomnění. Proces reprezentace reality funguje na principu zpřítomnění nepřítomného, mediální reprezentace reality je tedy proces přenášení informací o událostech prostřednictvím médií (Němcová Tejkalová 2012).

Někteří autoři se kloní ke konstruktivistickému pojetí reality a tvrdí, že jsou to právě média, kdo pomáhá stereotypy utvářet a především upevňovat, zatímco podle jiných autorů média v souladu s reflexivním pojetím reality spíše zachycují a opakuji stereotypy, které se

¹² „Negativní prezentace psychotických a afektivních poruch v tištěných médiích převažuje v západních zemích, představovaných Spojenými státy, Kanadou, Velkou Británií i jinde v Evropě – v Itálii, v Chorvatsku, u sousedů na Slovensku i u nás“ (Ocisková, Praško 2015, s. 33).

už ve společnosti nacházejí.

Podle reflexivního přístupu existuje pozitivní realita, kterou je možné popsat jediným správným způsobem. Média fungují jako zrcadlo, které realitu odráží. „*Reprezentace v tomto pohledu je proces druhotného významu, který vstupuje do hry až potom, co věci byly utvořeny, stejně jako jejich význam*“ (Hall 2001, s. 5). Různé instituce jako jsou například média si dle tohoto přístupu kladou za cíl „*maximálně se při popisování toho reálného světa přiblížit ideálu zmiňovaného obrazu*“ (Němcová Tejkalová 2012, s. 27).

Podle konstruktivistického přístupu jsou naopak sociální a mediální reality konstruovány v mezilidských interakcích a jazyku. Autoři Sociální konstrukce reality a zakladatelé tohoto směru Peter Berger a Thomas Luckmann k tomu uvádějí: „*Sociologie vědění chápe lidskou realitu jako realitu vytvářenou sociálně*“ (Berger, Luckmann 1999, s. 184). Materiální svět jako takový existuje, ale na lidi působí svět sociální. Toto pojetí reality dle mého názoru nejlépe ilustrují tři následující věty. „*Společnost je výtvorem člověka. Společnost je objektivní realita. Člověk je výtvorem společnosti*“ (Berger, Luckmann 1999, s. 64). Zjednodušeně řečeno lidé konstruují realitu a ta pak konstruuje je. Podle tohoto paradigmatu tedy média realitu neodrážejí, jak to říkají pozitivisté, ale aktivně se podílejí na jejím konstruování.

Pro účely této práce se kloním spíše ke konstruktivistickému přístupu. Tomu odpovídají i studie, které měří vliv médií na percepci veřejnosti o duševně nemocných, kterým se věnuje další kapitola práce. Podle Thornicrofta (2011) navíc získává většina lidí informace o duševních nemocech osobním kontaktem s duševně nemocnými lidmi nebo právě prostřednictvím médií. Proto je jejich role ve vytváření, upevňování a posilování stereotypů tak důležitá. Podle Jiráka a Köpplové budou lidé považovat za platnou zkušenost to, co si o skupině myslí ostatní nejčastěji tam, kde s ní nemají vlastní zkušenost. „*Tak dochází za podpory médií ke stereotypizaci rozličných skupin a vzniku stereotypů*“ (Jirák, Köpplová 2015, s. 280).

Dosavadní výzkum

Podle Nawkové (2010a) provedl první pořádnou studii, která měřila způsob, jakým jsou v médiích prezentováni duševně nemocní Nunnally v roce 1961. Badatel tehdy dospěl k závěru, že jsou vyobrazováni především negativně. Od té doby vznikla celá řada precizně provedených studií, jejich závěry se ale příliš neliší. Podle Corrigan (2005) se v roce 2002

věnovalo až 39 % článků o duševních onemocněních ve velkých amerických novinách tématu nebezpečí a násilí. Tyto příběhy také často končily na titulních stranách. Jen 2 % procenta z 3353 zkoumaných článků zpracovávala možnost, že si za to může nemocný sám. Na druhou stranu 13 až 14 procent článků se zabývalo možnostmi léčby a až 20 procent textů pokrývalo témata související s nedostatečným přístupem k léčbě (Corrigan et al. 2005).

„Carpiniello s kolegy (2007) zjistili významně vyšší počet slov, doprovodných fotografií a více stigmatizujících použití jazyka při publikování negativních sociálních jevů přičítaných lidem s psychickými poruchami ve srovnání s lidmi bez psychiatrické diagnózy“ (Ocisková, Praško 2015, s. 33). Vědci v tomto případě analyzovali 2279 článků ze dvou celostátních a dvou regionálních italských novin. Podle Srivastavy (2018) a jeho kolegů přispívají indická média ke stigmatizaci duševních chorob prostřednictvím přehnaných, nepřesných a komických obrátů a poskytováním nesprávných či zavádějících informací o duševních chorobách.

Nawková s kolegy zmiňují jako zásadní Coverdaleův výzkum z roku 2002. Tým vědců při něm analyzoval 562 článků z novozélandského tisku, přičemž většinu analyzovaných textů tvořil zpravodajský obsah. Pozitivní zobrazování duševně nemocných, tedy například informování o jejich úspěších, se objevilo v 27 % článků. Naproti tomu až 61,3 % článků se věnovalo tématu nebezpečnosti duševně nemocných a 47,3 % textů pokrývalo téma kriminality (Coverdale 2002).

Výsledky z šetření s odlišnou metodikou, které proběhlo na základě článků vydávaných celostátními deníky ve Velké Británii, potvrzují Coverdaleův výzkum. *„Až 64 procent příběhů s psychiatrickou tematikou bylo záporných ve srovnání s 46 procenty všeobecných článků o zdraví. Při analýze se ukázalo, že záporné články o zdravotnictví obecně se většinou zabývaly špatnými lékaři, zatímco tématem negativních článků o psychiatrii byli špatní pacienti“* (Thornicroft 2011, s. 135). Nawková ovšem poukazuje na to, že osoby s duševní poruchou nemusí být stigmatizovány jen v kontextu násilí a trestných činů. V médiích jsou podle ní také zobrazováni jako lidé neschopní vést „normální“ život (Nawková et al. 2010, s. 87).

To, jaký dopad má na duševně nemocné stigmatizující jednání ze strany médií, měřila v roce 2000 britská charitativní organizace Mind, která publikovala výsledky studie prostřednictvím BBC. Organizace dospěla k závěru, že nevyvážené informování o

duševních nemocech vede ke stigmatizaci a snižuje kvalitu života duševně nemocných lidí. Vědci v tomto případě vyzpovídali 515 lidí s různými duševními poruchami, aby zjistili, jak vnímají prezentaci duševních onemocnění prostřednictvím médií. Až 73 % respondentů uvedlo, že média podle nich informují o duševních poruchách neférově, nevyváženě a převážně negativně. Pouze 12 % respondentů uvedlo, že média informovala o duševních onemocněních férově, vyváženě nebo dokonce velmi pozitivně. Podle poloviny dotázaných mělo mediální pokrývání tématu duševních nemocí negativní dopad na jejich psychický stav. Až 34 % dotázaných uvedlo, že se vlivem médií cítili více depresivně či úzkostně. Celkem 22 % respondentů se díky médiím cítilo více izolováno, a 8 % uvedlo nárůst sebevražedných myšlenek. Zhruba čtvrtina respondentů zaznamenala po negativních článcích či reportážích nepřátelské chování od sousedů.¹³ Podle Thornicrofta (2011, s. 142) je důležité zmínit, že *„míra obav veřejnosti z násilí souvisejícího s duševní nemocí a způsob, jakým tento aspekt zdůrazňují média, vysoce přesahuje skutečnou míru rizika, kterou duševně nemocní lidé představují.“*

Stigmatizace se netýká jen tisku, existují vědecké práce, které mapují informování o duševních chorobách v televizi a ve filmech nebo dokonce v pořadech pro děti. Philo a kolegové (1994) například zjistili, že až dvě třetiny analyzovaného obsahu propojují téma duševního onemocnění s násilím. Do obsahové analýzy přitom zahrnuli veškeré mediální výstupy z dubna 1993, tedy i ty televizní, které se zabývaly tématem duševních chorob. Celkem analyzovali 562 obsahů z USA, přičemž 373 spojovalo duševní nemoc s násilím. Celkem 102 příspěvků bylo zhodnoceno jako pozitivních, a 71 příspěvků upozorňovalo na to, že si duševně nemocní sami ubližují (Philo et al. 1994). Edney (2004) k tomu dodává, že televizní pořady tvoří pro veřejnost hlavní zdroj informací o duševních nemocech, na druhém místě jsou podle něj noviny a na třetím televizní zprávy.

Ocisková a Praško zmiňují v kontrastu s předchozími výzkumy analýzu irského tisku, kde dospěli badatelé k opačnému závěru. *„Texty popisující psychické poruchy byly většinou kladné nebo neutrální. Z 380 článků bylo 68,9 % pozitivních či neutrálních“* (Ocisková, Praško 2015, s. 33). Stigmatizace ze strany médií tedy nemusí existovat vždy a všude. Podobný závěr představila studie z Austrálie, kde se ukázalo, že média referovala o duševních nemocech kvalitně a bez předsudků. Autoři ale zdůrazňují, že v obou zemích

¹³ Media 'unfairly stigmatises mental illness'. *BBC News* [online]. 2020: British Broadcasting Corporation, 2000 [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/635415.stm>

běžely v době provedených výzkumů dlouhodobé kampaně zacílené na destigmatizaci duševních onemocnění, což ukazuje, jak velký může být jejich dopad (Ocisková, Praško 2015).

Pro české prostředí bude pravděpodobně nejzajímavější studie, na které se podílela přímo výše zmiňovaná Lucie Nawková spolu s řadou dalších kolegů na téma: Vyobrazení osob s duševním onemocněním v českých, chorvatských a slovenských tištěných médiích. Závěry této studie naznačují, že stupeň stigmatizace lidí s duševními poruchami je v Česku, v Chorvatsku a na Slovensku relativně vysoký.

„Negativní postoje vůči osobám s duševním onemocněním byly nalezeny v 37 % článků publikovaných v České republice, v 38 % článků na Slovensku a ve 40 % článků v Chorvatsku. Analyzované články ukázaly, že lidé s duševním onemocněním jsou častěji zobrazováni v roli pachatele trestné činnosti (29 %) než v roli její oběti (9 %)“ (Nawková et al. 2010a, s. 351). Studie zpracovala 450 článků v nejčtenějších denících a časopisech v každé zemi. Podle autorů posilují média v těchto zemích negativní stereotypy. Analyzované články se podle nich nejvíce soustředily na návykové nemoci. Na titulní stránky se téma mentálního zdraví dostávalo nejvíce v České republice, v Chorvatsku zase objevili nižší zastoupení destigmatizujících obsahů (Nawková et al. 2010a).

Specifickým problémem je zobrazování sebevraždy v médiích a dopady takového informování. Odborníci v této souvislosti hovoří o tzv. Wertherově efektu, jehož název je odvozen z Goethovy knihy Utrpení mladého Werthera, ve které se mladý hrdina kvůli nenaplněné lásce zabije. Krátce po uvedení se zvýšil počet sebevražd v evropském regionu, přičemž někteří se před činem přímo stylizovali do hlavního hrdiny románu (NÚDZ 2019). Wertherův efekt uznala jako odborný termín spolu s nebezpečím, které s sebou přináší i Světová zdravotnická organizace. Národní ústav duševního zdraví píše, že *„nebezpečí Wertherova efektu je nejsilnější v případech aktuálních sebevražd skutečných osob, což představuje výzvu právě pro novináře. Klíčové se zdá být množství mediálních výstupů o sebevraždě v daném časovém úseku, kdy několik málo článků nepředstavuje nebezpečí, ale pokud téma zaujme značnou část mediálního trhu, úměrně s tím roste riziko a následně i intenzita projevů. Společensky zvláště silný Wertherův efekt bývá, pokud je obětí sebevraždy někdo, kdo je známou osobností (např. sportovec, zpěvák). Konečně, Wertherův efekt neohrožuje všechny stejně. V nebezpečí se ocitají především dlouhodobě suicidální osoby“* (NÚDZ 2019, s. 29).

Naproti tomu ovšem stojí tzv. Papageno efekt, který je pojmenován po postavě v Mozartově opeře Kouzelná flétna. Zvolený název je odvozen od momentu, kdy si chce Papageno vzít život, ale čin mu rozmluví tři chlapci. Odkazuje tak k faktu, že povedený mediální výstup může vést k prokazatelnému snížení suicidality. Tématu se věnují Etzersdorfer a Sonneck ve studii, která se zabývá tím, jak vhodně nastavená mediální kampaň snížila sebevražednost ve vídeňském metru. Ve Vídni otevřelo první metro v roce 1978 a rychle se stalo oblíbenou metodou sebevrahů. K prudkému nárustu sebevražd přispěl i fakt, že rakouská média o každém případě dramaticky informovala, což později vedlo k tomu, že musel být vytvořen návod pro novináře a následně i široká mediální kampaň. Počet sebevražd ve vídeňském metru poté klesl o zhruba 80 % (Etzersdorfer, Sonneck 1998). Z výzkumu vyplývá podobný závěr jako ze studií, které jsem zmínila v souvislosti s poklesnutím stigmatizace poté, co v Austrálii a v Irsku proběhly mediální kampaně zaměřené na destigmatizaci duševního zdraví – tedy, že destigmatizace v médiích má smysl.

Destigmatizace

Destigmatizace, tedy osvěta o duševním zdraví, představuje jednu z naprosto zásadních strategií, které mohou vést k lepšímu postavení duševně nemocných lidí. Podle Ociskové a Praška (2015) může být destigmatizace v podstatě redukována na tři přístupy, které označují jako vzdělávání, protest a kontakt, přičemž osobní kontakt s lidmi, kteří mají vlastní zkušenost s duševním onemocněním, se jeví jako nejefektivnější. Protest spočívá v bojkotování materiálů, které duševní onemocnění stigmatizují a edukace v šíření osvěty. Mediální obsahy mohou naplnit všechny tři složky. V jejich moci je kombinovat jak vzdělávání, tak přinášení kontaktu s duševně nemocnými. Ale mohou, byť i jen informovat o bojkotu nějakého stigmatizujícího obsahu.¹⁴ Autoři zároveň uvádějí, že destigmatizace duševních poruch ve společnosti může být obtížná, ale i přesto je důležité se jí věnovat (Ocisková, Praško 2015).

V České republice momentálně probíhá reforma péče o duševní zdraví, která je založená na koncepčním dokumentu s názvem Strategie reformy psychiatrické péče, který byl schválen v roce 2013. Cílem schválené strategie je „*zlepšit kvalitu života s duševním*

¹⁴ V roce 2020 například proběhla světovými médii kritika přední obálky portugalské mutace časopisu Vogue. Na červencovo-srpnové vydání s tématem „madness“ (tedy šílenství) se snesla kritika za idealizování duševních onemocnění. Pozn. autorky

onemocněním“ (MZČR 2013, s. 9). Kromě hlavního cíle zlepšení péče v psychiatrických zařízeních a vším, co s tím souvisí, je mezi dílčími cíli zmíněno i omezení stigmatizace duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně. Od roku 2017 probíhá první etapa, která by měla trvat do roku 2021, sama Psychiatrická společnost ale v Malém průvodci reformou psychiatrické péče (2017) uvádí, že jde o dlouhodobý proces, který bude probíhat 15 až 20 let.

Kromě iniciativy ministerstva zdravotnictví a Psychiatrické společnosti vzniklo v Česku v posledních letech několik projektů, které se zabývají edukací o duševním zdraví. Poměrně známá je například nezisková organizace Nevypusť duši, která začala jako kampaň zacílená na osvětu o duševním zdraví. Organizace nyní nabízí vzdělávací workshopy pro středoškolské studenty. Mezi další známé aktivity patří hudební a divadelní festival Mezi ploty, který se koná každoročně v psychiatrické léčebně v Bohnicích. Cílem této akce je seznámit širokou veřejnost se světem duševně nemocných lidí a psychiatrických pacientů.

Psychiatrická společnost také udílí novinářskou cenu za nejlepší novinářský počín podporující psychiatrickou problematiku. Každý rok probíhají i tzv. Týdny duševního zdraví, během kterých probíhá osvětová kampaň v podobě workshopů, happeningů, koncertů, debat výstav atd. Influenceri vypustili v loňském roce video Neboj se to říct. Spolek Dialogos zase sdružuje lidi se zkušeností s duševním onemocněním. Dále je třeba zmínit projekty Čistá duše, Můj mindset, nebo iniciativu Na rovinu, která se podílela na Destigmatizačním manuálu a příručce Media Guide, které popíšu v dalších kapitolách.

Destigmatizace v médiích

Podobně jako hrají média velkou roli ve stigmatizaci duševního zdraví, mohou podle Thornicrofta (2011) hrát roli naprosto zásadní i v destigmatizaci. Národní ústav duševního zdraví k tomu říká: „*Média mají značnou sílu formovat postoje a názory veřejnosti, a jsou v otázce destigmatizace duševních onemocnění nezastupitelnými partnery. Je nesmírně důležité, aby se téma duševního zdraví neobjevovalo v médiích pouze v souvislosti s negativními událostmi, ale aby obraz, který publiku média nabízejí, byl nejen pravdivý, ale i vyvážený*“ (NÚDZ 2018, s. 25).

Kanadský novinářský spolek The Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma, který vydal spolu se zpravodajskou stanicí CBS News publikaci Mindset: Reporting on

Mental Health k mediální stigmatizaci uvádí, že nemá smysl novináře vinit. Místo toho se máme ptát, jakou měrou ke stigmatizaci přispívají, jak mohou obohatit příběhy, které se týkají duševních onemocnění a násilí, a co dělá novinářina proto, aby pomohla porazit přetrvávající mýty kolem duševních nemocí. Spolek vytvořil ve spolupráci s lékaři manuál s cílem pomoci ostatním novinářům v oblasti reportování o duševním zdraví. Novináři dospěli k závěru, že jejich kolegové musí přistupovat k násilným incidentům, které se odehrály za přítomnosti někoho s duševním onemocněním investigativně, musí tedy pátrat po příčinách takového jednání a zjišťovat, proč má tendenci se opakovat. Zamlčování negativních příběhu podle nich není v moderní společnosti přijatelné. Reportéři a editoři by si také měli neustále uvědomovat, jakou škodu mohou napáchat nekalým jednáním a nezodpovědným reportováním. Novináři musí také pamatovat na to, že lidé s duševním onemocněním jsou většinou spíše oběti než pachatelem násilného jednání. Pokud ale člověk s duševním onemocněním skutečně spáchá trestný čin, pak je důležité o tom informovat tak, aby z toho nevyplývalo, že podobně se chová i zbytek lidí, kterým byla diagnostikována duševní porucha. Novináři by si měli uvědomovat, že závislosti jsou také považovány za duševní onemocnění, a podle toho by o nich měli psát či hovořit. Manuál také zdůrazňuje, že by média měla dát prostor lidem, kteří mají vlastní zkušenost s duševním onemocněním (The Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma 2020).

Dobré mediální obsahy, které informují o problematice duševního zdraví, by měly být přesné, vyvážené a odpovědně vytvořené. Srivastava a kolegové ve studii *Media and Mental Health* (Média a duševní zdraví) zdůrazňují čtyři body, které by měly obsahovat mediální obsahy týkající se duševního zdraví.

- 1) **Polidšťování duševních onemocnění** – Novinář by měl zdůrazňovat, že duševní nemoci jsou skutečné, běžné a léčitelné. Měl by přinášet příběhy lidí, kterým bylo diagnostikováno duševní onemocnění a ukázat na to, jakou roli mají v komunitě. Měl by také zobrazovat dopady duševních onemocnění na jednotlivce, členy rodiny nemocného, jeho přátele a opatrovníky.
- 2) **Nabízení naděje** – Novinář by měl lidem s duševním onemocněním poskytovat naději tím, že bude informovat o jejich úspěších a také o těch, kterým se podařilo uzdravit. Zároveň by neměl opomenout životní příběhy těch, které čeká celoživotní léčba.

- 3) **Povzbuzení k vyhledání odborné pomoci** – Novinář by měl zdůraznit význam včasného rozpoznání a léčby duševních onemocnění. Měl by také zvyšovat povědomí o dostupných službách a možnostech léčby.
- 4) **Poskytování přesných informací** – Novinář by měl poskytovat přesné, nezkrácené informace o duševních onemocněních a psychických poruchách. Měl by zdůrazňovat, že jde o komplexní problematiku. Novinář by měl poukázat na to, že příznaky jednotlivých onemocnění i dopady na život nemocného mají širokou škálu.

(Srivastava et al. 2018).

Srivastava a kolegové také zdůrazňují, že by se novináři měli vyvarovat použití stereotypizujících a stigmatizujících termínů jako je „blázen“, „šílenec“, „psychopat“, „schizofrenik“, „alkoholik“, „blázinec“ a podobně. Na místo toho by měli používat odborné termíny, které se váží k diagnóze dotyčného člověka (Srivastava et al. 2018).

Na stigmatizaci v českých médiích upozorňuje tzv. Stigma watch, za kterým také stojí organizace Na rovinu¹⁵. Funguje na bázi dobrovolníků, kteří, když objeví stigmatizující materiál, kontaktují autora se zpětnou vazbou. Nawková a kolegové (2010) uvádí, že za účelem destigmatizace v médiích bylo v posledních letech vydáno několik materiálů, které uvádí doporučení, jak psát o duševních onemocněních. Na úvod této kapitoly jsem zmínila kanadskou publikaci *Mindset: Reporting on Mental Health*, podobné návody vydává pravidelně i britská charitativní organizace Samaritans, která se zaměřuje na pomoc v emocionální nouzi či na prevenci sebevražd. Ve Velké Británii dále působí hnutí *Time to change* nebo nezisková organizace *Mind*, které rovněž nabízí tipy, jak citlivě zpracovávat téma duševních onemocnění. Obdobné materiály vycházejí i v Austrálii, ve Spojených státech a v dalších zemích.

Destigmatizační manuál

V České republice vzniknul za tímto účelem Destigmatizační manuál, který rovněž kritizuje používání stigmatizujícího jazyka. Na místo toho ukazuje, jak by se mělo o duševních onemocněních hovořit. Uvedu zde krátce několik bodů, které manuál zdůrazňuje, a vynechám tipy, které už představily zahraniční publikace.

Novinář či jakýkoliv jiný odborník, ale i běžný občan, by se měl řídit tzv. *first people*

¹⁵Stigma watch. In: *Narovinu.net* [online]. 2020 [cit. 2020-09-24]. Dostupné z: <https://narovinu.net/stigmawatch/>

principem, který klade důraz na to, aby byl na prvním místě člověk, a teprve až poté jeho diagnóza. Duševní onemocnění není určující vlastností dotyčného. Novinář by měl ze svého slovníku vypustit urážlivé výrazy a taková slova, které mají negativní konotace, a povzbuzují negativní pohled na duševně nemocné. Lepší je sáhnout po neutrálních výrazech. Vhodné není ani použití hovorových výrazů typu „blázinec“ či „magor“. Lepší je použití přesných odborných termínů. Negativní a hanlivé výrazy mohou v duševně nemocných vyvolávat beznaděj a způsobit, že ztratí motivaci vyhledat odbornou lékařskou pomoc (NÚDZ 2018, s. 11-13).

Pro novinářské účely je ale lepší sáhnout po publikaci *Media Guide*, což v *Destigmatizačním manuálu* doporučují přímo jeho autoři. Na novinářském návodu, jak by se dal přeložit, se opět podílel Národní ústav duševního zdraví a organizace Na rovinu.

Media Guide

Autoři publikace *Media Guide* (2019) uvádějí, že návod vznikl kvůli přetrvávajícím předsudkům a negativním stereotypům ve společnosti, které mají média moc ovlivňovat. Vyváženým a fakticky správným informováním o tematice duševního zdraví mohou naopak významně přispět k pozitivnímu vývoji celospolečenské debaty na toto téma.

Návod je určený pro zaměstnance médií a studenty žurnalistiky a příbuzných oborů. Na jeho vzniku se podíleli odborníci, novináři a lidé, kteří mají vlastní zkušenosti s duševními nemocemi. V publikaci se, podobně jako v *Destigmatizačním manuálu*, objevují doporučení a praktické návody, jak informovat o problematice duševních onemocnění, ale navíc v ní čtenář najde i faktické informace o různých typech poruch a výsledky některých zajímavých výzkumů na téma duševního zdraví a stigmatizace, které zmiňují v kapitole o duševních onemocněních (NÚDZ 2019). Jelikož se tipy do jisté míry shodují s těmi, které jsem popsala v předcházejících kapitolách, uvedu zde jen ty body, které se neopakují.

Místo spekulací a hovorových názvu jednotlivých onemocnění je vždy lepší uvést konkrétní diagnózu, spolu s uvedením nejčastějších projevů. Pokud novinář nemoc ilustruje na vybraném jedinci je možné uvést, jaké příznaky trápí přímo jeho. Tak demonstruje, že každé onemocnění je v podstatě jedinečné, má různé projevy a ty se mohou mezi různými lidmi lišit. Pokud přesně neví, jakým onemocněním trpí člověk, o kterém píše, pak je podle manuálu lepší, aby místo úvah uvedl, že má zkušenosti s duševní nemocí (NÚDZ 2019). *Media Guide* ale navíc přináší rozšířený seznam konkrétních

doporučení, jak o tématice duševního zdraví informovat přímo v médiích, které jsem shrnula do následujících bodů.

- Novinář by měl zvážit, zda je duševní onemocnění pro příběh důležité a proč jej vůbec zmiňovat. Měl by také pamatovat na to, že diagnóza se v průběhu času často vyvíjí.
- Novinář by se měl snažit být v popisu konkrétní nemoci co nejpřesnější. Informace by měl získávat z kvalitních zdrojů, od odborníků, i od jedinců, kteří mají s onemocněním vlastní zkušenost.
- Novinář by měl ověřovat své zdroje a jejich tvrzení.
- Neměl by považovat veškeré chování určitého člověka za příznaky jeho nemoci.
- Novinář by měl zvážit, zda dávat onemocnění do titulku, měl by se vyvarovat senzačního vyznění.
- Novinář by měl upozorňovat na možnost pomoci. Do textů apod. může vkládat odkazy či telefonní čísla na odbornou pomoc.
- Novinář by měl vyvažovat negativní pohled příběhy s kladným vyzněním.
- Novinář by se měl ale vyvarovat přehnané heroizace osob s duševním onemocněním.
- Pokud má novinář možnost, měl by informovat i o dalších věcech, které s mentálním zdravím souvisejí – např. o nových možnostech léčby. Vytvářený obsah může doplnit o zajímavé statistiky a infografiky.
- Novinář by měl zdůrazňovat význam prevence, brzkého zachycení nemoci a včasné intervence. Měl by upozorňovat na možné vlivy rozvoje onemocnění a na závažné příznaky.
- Pokud informuje o násilí, měl by se vyhnout tomu, že událost hned spojí s duševním onemocněním. Je lepší postupovat opatrně.

(NÚDZ 2019, s. 18–21)

Jako významný způsob, jak snížit stigmatizaci, publikace uvádí rozhovory s lidmi, kteří mají s duševním onemocněním reálnou zkušenost. *„Jedním z účinných způsobů, jak snižovat stigmatizaci osob s duševním onemocněním, je dát jim samotným v médiích prostor. Díky tomu mohou tito lidé alespoň zčásti zprostředkovat příjemcům své prožitky a vnímání světa a přispět k vytvoření reálnějšího pohledu na duševní onemocnění. V praxi může jít jak o dlouhé a komplexní rozhovory, tak o krátká interview, která jsou následně*

často využita jako autentické citace v článku nebo reportáži“ (NÚDZ 2019, s. 23).

Podle publikace se interview s takovým člověkem prakticky neliší od standardní novinářské praxe, autoři ale upozorňují, že je dobré být více empatický. Lidé s diagnostikovaným duševním onemocněním mohou být díky stigmatizaci více neochotní k rozhovorům, novinář by se s nimi proto měl na všem předem zcela jasně domluvit (místo, autorizace, zda bude rozhovor anonymizovaný nebo ne apod.), netlačit na dotazovaného a nezpůsobovat mu stres, na druhé straně by se měl vyhnout lítostivému přístupu (NÚDZ 2019).

Zcela specifickým problémem je v médiích téma sebevraždy. Podle NÚDZ (2019, s. 26) *„výzkumy ukazují, že nevhodné a necitlivé zpracování tématu sebevražd v médiích může vést ke zvýšení pravděpodobnosti, že někdo z příjemců tento čin napodobí.“* Novináři by si měli nejprve rozmyslet, zda je informace o sebevraždě ověřená a zda je pro příběh vůbec důležitá, ideálně po konzultaci s odborníkem nebo se souhlasem pozůstalých. Měli by se vyhnout popisování metody sebevraždy, jelikož by mohla někoho inspirovat, a užívání popisných informací jako „rychlé a bezbolestné“, které mohou k činu někoho motivovat.¹⁶ Neměli by také čin zjednodušovat a spekulovat o příčinách, zřídkakdy je totiž jen jedna. Tvůrci mediálních obsahů by se měli vyhnout používání sugestivních fotografií či přímo autentických materiálů. Větší riziko je vždy u sebevražd slavných, dětí a mladistvých – rozhodně by proto neměli tyto případy heroizovat. Naopak by měli podobně jako u psaní o duševních nemocech upozorňovat na možnosti pomoci a šířit osvětu. Doporučují také vhodně upravit používaný jazyk¹⁷ (NÚDZ 2019).

Podle australské organizace Mindframe, která se zaměřuje na správné informování o sebevraždách a duševních nemocech v médiích, by novináři navíc měli přemýšlet o tom, kolik článků na téma sebevraždy v poslední době vyšlo nebo na jaké místo článek umístí. Podle organizace je například lepší nedávat ho na titulní stranu, ale vybrat méně exponované místo. Doporučují také obsah nepromovat prostřednictvím sociálních sítí, kde může být virálně šířen (Hunter Institute for Mental Health 2014).

Jak naznačila část o sebevraždě, skutečně důležité je také vhodně vybrat obrazový

¹⁶ *„Informační brožurka organizace National Media and Mental Health Group (2009) zase mimo jiné novinářům doporučuje, aby se vyhnuli zbytečným informacím o podrobnostech metody nebo místa sebevraždy a reportážím, které by mohly inspirovat k dalšímu sebevražednému chování či sebepoškozování, či aby se vyvarovali glorifikaci, romantizování nebo naopak bagatelizování sebevražedného chování“ (Nawková et al. 2010, s. 88-89).*

¹⁷ Místo *„úspěšně spáchat sebevraždu“* nebo *„neúspěšně se pokusit o sebevraždu“* je lepší říct *„vzít si život“* či *„nedokonat sebevraždu“* (NÚDZ 2019, s. 32).

materiál, který mediální obsah doplňuje. Jeho efekt může být stejný, ne-li větší. Platí zde podobná pravidla. Redaktor by se měl vyhnout stereotypnímu zobrazování či obrazům vzbuzujícím beznaděj. Novináři by neměli zapomínat ani na příběhy o zotavení, tedy situace, kdy dotyčný přijme svůj stav a uvědomí si, že i navzdory určitým omezením může s duševním onemocněním prožít plnohodnotný život (NÚDZ 2019).

Nawková v tomto kontextu zmiňuje šetření britské organizace Together, podle které *„novináři, kterým jejich zaměstnavatelé poskytli informace, jak psát o lidech s duševní poruchou, získali více pozitivních zpětných vazeb a méně stížností od veřejnosti než novináři, kteří žádné takové pokyny neužívají“* (Nawková et al. 2010, s. 88-89). Odpovědný přístup se tak vyplácí nejen lidem s duševním onemocněním a široké veřejnosti, ale i samotným tvůrcům obsahu.

Kapitola týkající se toho, jak psát o duševních onemocněních bez stigmatizace, je v diplomové práci zpracována poněkud obsírněji. Slouží jako inspirace k vlastní rámcové analýze, kterou představím v analytické části. V kapitole zaměřené na diskusi také porovnám nalezené rámce s oficiálními doporučeními o tom, jak o duševním zdraví informovat, aby bylo vidět, zda se jimi autoři řídili nebo ne. Jelikož je cílem práce nalézt rámce, které se objevují ve vybraných destigmatizačních výstupech, je třeba nejprve popsat vliv médií, proces nastavování agendy a rámcování.

Vliv médií

Je nepochybné, že média disponují vlivem, který se promítá do našich životů. Chodíme do kina na filmy, o kterých si přečteme v novinách, před volbami sledujeme rozhovory se zástupci jednotlivých stran a utváříme si názor, lidé pořádají sbírky pro samoživitelky na základě reportáže, kterou shlédli v televizi. I samotné výzkumy stigmatizace duševně nemocných ze strany médií tuto premisu potvrzují. O míře a trvání mediálního vlivu se však vedou spory. Podle mediálního teoretika Denise McQuaila platí od sedmdesátých let přístup, dle kterého je vliv médií „dohodnutý“. Média jsou podle tohoto pojetí jen tak mocná, jak jim to dovolí příjemce. Význam mediálního sdělení je výsledkem interakce obsahu a příjemce (McQuail 1999).

McQuail také sestavil přehled hlavních druhů účinků médií. Reifová popisuje mediální účinek jako *„změnu orientace nebo intenzity postoje (ve složce behaviorální, kognitivní či emocionální), která by nenastala, kdyby recipient nepřišel do styku s konkrétním*

mediálním obsahem nebo nebyl dlouhodoběji v kontaktu s mediální komunikací jako celkem“ (Reifová a kol. 2004, s. 300). Podle McQuaila patří mezi hlavní účinky médií: přesvědčení a změna postoje, formulace veřejného názoru, vliv na veřejný obraz a pověst, dopad na chování, nastolování veřejné tematické agendy a formování veřejné interpretace událostí, informování veřejnosti a strukturování veřejného mínění, či lišící se míra zvýznamnění zpráv a fotografií (McQuail 2016, s. 37-38).

Jirák a Köpplová představují jiný typ dělení účinku médií. Pro tuto práci je důležitý, protože zde se dostáváme ke konceptu nastolování agendy, který souvisí s teorií rámcování.

- 1) **Krátkodobé a dlouhodobé účinky** – Okamžité změny v chování versus dlouhodobé změny v postojích jedince, případně v uspořádání společnosti. Bezprostřední reakce bývají hlavně emocionální či fyziologické povahy a jsou pomíjivé. Dlouhodobé bývají naproti tomu trvalé, jelikož jsou postupně a opakovaně prosazované. Projevuje se to v podílu médií na formování představy toho, která témata jsou pro společnost v určité době významná – tedy v nastolování agendy.
- 2) **Přímé a nepřímé účinky** – Působení médií se projeví u příjemce okamžitě a viditelně nebo nepřímo, se značným časovým odstupem, u lidí, kteří mu nebyli vystaveni.
- 3) **Plánované a neplánované účinky** – Zamýšlené účinky versus nezamýšlené. Plánovaným účinkem může být například mediální kampaň. Pokud chování příjemců odpovídá stanovenému cíli, je úspěšná. Nezamýšleným může být třeba zvýšená agresivita v důsledku vystavení mediálnímu násilí.
(Jirák a Köpplová 2015, s. 312-316).

Nastolování agendy

„Žurnalistika má schopnost zviditelňovat věci na veřejnosti, a tak jim dodávat důležitost,“ píše Brian McNair (2004, s. 54) a odkazuje tak k termínu nastolování agendy neboli agenda-setting. Pojem pochází z článku The agenda-setting function of the mass media autorů Maxwella McCombse a Donalda Shawa z roku 1972. Samotný koncept toho, že média nastavují agendu, kterou pak veřejnost přijímá za svou, ale poprvé zmínil již Walter Lippman v knize Veřejné mínění (Jirák, Köpplová 2015).

Autoři v článku prezentovali výsledky z výzkumu v americkém městě Chapel Hill, kde sledovali vliv médií na nerozhodnuté voliče v prezidentské předvolební kampani a zjistili, že z pěti nejvíce sledovaných témat médií se stalo i pět nejdůležitějších témat, které zmiňovali nerozhodnutí voliči (Jirák, Köpplová 2015). McCombs a Shaw tak usoudili, že média nastolují agendu. Podle této teorie se z nejvýznamnějších mediálních témat stávají nejvýznamnější veřejná témata (McCombs 2009).

„Média ovlivňují to, o čem lidé přemýšlejí, a do jisté míry také to, jak o tom uvažují, tím, že některá témata zařazují do svých obsahů, jiná nikoliv, a tato témata rámcují, tj. různými prostředky (např. řazením zpráv) signalizují pořadí jejich důležitosti a dalšími prostředky signalizují jejich možnou interpretaci, odkazují k sociálně zakotveným předsudkům a stereotypům apod“¹⁸ (Jirák, Köpplová 2015, s. 330). Nastolování agendy je tedy schopnost médií ovlivňovat významnost témat, o kterých veřejnost přemýšlí. Agenda je přitom dynamická, mění se v čase, a je možno ji dělit na tři různé typy: mediální agendu, veřejnou agendu a politickou agendu (Reifová a kol. 2004). Tuto trojici ovlivňují události v reálném světě, mezilidská komunikace a zkušenosti jednotlivých aktérů. Agenda setting *„hledá odpověď na otázku, proč se určité informace o některých tématech stanou součástí veřejné debaty, zatímco jiné zůstanou stranou pozornosti, a proč jsou některá témata vnímána jako závažnější než ostatní“* (Reifová a kol. 2004, s. 16).

Rozlišujeme nastolování agendy prvního stupně, tedy hledání vztahu mezi veřejnou a mediální agendou, kdy média rozhodují, o čem máme přemýšlet. A nastolování agendy druhého stupně, které představuje zájem o způsoby, jakými jsou témata zobrazována, v jakých kontextech se objevují, případně pomocí jakých nástrojů jsou témata v textu zvýznamňována. Nastolování agendy druhého stupně je spojováno s konceptem rámcování, během kterého dochází k výběru a zdůraznění konkrétních atributů v mediální agendě. Oba procesy spolu přitom interagují (Tabery 2008, s. 29).

„Na prvním stupni zkoumání leží otázka, jaké téma je významné, na druhém stupni, který z atributů, vlastností má přednost. V teoretické rovině je proto velmi důležité rozlišovat první stupeň, u kterého je důležitá pozornost věnovaná objektu, a druhý stupeň, jehož

¹⁸ „Události, o nichž sdělovací prostředky neinformují, mají jen nepatrný nebo vůbec žádný společenský význam. Jsou samozřejmě důležité pro ty, jichž se přímo dotýkají, ale nikomu jinému na nich nezáleží, protože o nich nikdo jiný neví. Žurnalistika propůjčuje událostem společenský význam, a proto se stávají skutečností pro celou společnost“ (McNair 2004, s. 54).

charakterizuje porozumění, pochopení“ (Tabery 2008, s. 29). Otázka, který z atributů či vlastností, jak jim můžeme říkat, má přednost, může být viděna jako otázka toho, jak je téma „zarámované“. Sám McCombs a kolegové používají podle Paulíny Tabery (2008, s. 30) termín nastolování agendy a rámcování „v návaznosti na sebe“. Podle některých odborníků bývá rámcování viděno jako nastolování agendy druhého stupně, podle jiných jde o dvě oddělená paradigmatata. Podle Reese (2007) je spor o tom, kam rámcování spadá, do značné míry ironický. Kloní se k tomu, že rámcování vzniklo jako reakce na limity konceptu nastolování agendy. Teoretické východisko jsem zde zmínila i proto, že téma duševních onemocnění bývá obvykle díky médiím vnímáno jako důležité, nehledě na různý přístup teoretiků k tomu, zda je s konceptem rámcování spojené či nikoliv.

Rámcování

Rámcování vychází z anglického termínu framing.¹⁹ Paradigma rámcování je značně nejednotné, pro účely své práce proto představím přístup jen několika autorů. Koncept rámcování se liší od rámcování obrazů, ale lze ho na něm skvěle ilustrovat. *„Jeden způsob je přemýšlet o obrazovém rámu, který obsahuje jeden dílek reality a vylučuje jiné. Obrazový rám determinuje nejen to, co je v něm, ale také udává tón obrazu. Bohatě zdobený rám dodá obrazu úplně jiné vyznění než rám jednoduchý. Dalšími aspekty metafory jsou umístění a velikost rámu. Obraz v obrovském rámu umístěný ve vstupní hale domu bude viditelnější než malý obrázek pověšený nějakým obskurním způsobem kdesi na zdi“ (Němcová Tejkalová 2012, s. 39). Smyslem rámců je zvýraznit, co je v mediálních obsazích důležité tak, aby si toho příjemce všiml, a aby tomu porozuměl. Kitzingerová (2007) zase přirovnává rámcování k profesi fotografa, který vybírá, co ve fotografii bude, co zůstane venku a na co zaostří.*

Za autora teorie rámcování je považován sociolog a sociální psycholog Erving Goffman, kterého zmiňuji již v souvislosti se stigmatem. Goffmanova teorie rámců pojednává o tom, jak lidé zpracovávají a třídí informace z vnějšího světa (Tabery 2008). V knize *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience* (1974) hovoří Goffman o tom, že lidé vytvářejí pomocí rámců smysluplné poznatky z jinak nesmyslných vjemů, které se

¹⁹ V češtině se lze setkat i variantou rámcování či zarámování, já se ovšem podobně jako Němcová Tejkalová kloním k rámcování, nadále tedy budu používat výhradně tento termín. Pozn. autorky

k nim dostávají. Dá se říct, že organizují své zkušenosti, a to především pomocí tzv. primárních rámců (Goffman 1986).

Na poli mediálních studií se jako jeden z prvních pokusil teorii rámcování zakotvit Robert Entman v článku *Framing Toward Clarification of a Fractured Paradigm*, který vyšel v roce 1993. Cílem autora bylo sjednotit přístup k rámcování. „*Rámcovat znamená vybrat některé aspekty pozorované reality a udělit jim větší významnost v komunikovaném textu, a to způsobem podporujícím určitou definici problému, příčinnou interpretaci, morální hodnocení, a/nebo doporučení řešení popsané skutečnosti*“ (Entman 1993, s. 52). Rámcování je dle Entmana založeno především na dvou pojmech: výběr a zvýznamnění, a skládá se z několika fází: rámce definují problém²⁰, označují původce či příčiny²¹, činí morální hodnocení původce či příčiny²² a navrhují řešení²³ (Entman 1993). Princip výběru a zvýznamnění funguje na výběru určitých informací nebo jejich částí, které jsou pak umístěny nebo opakovány takovým způsobem, že dojde k jejich zdůraznění (Entman 1993). Podle Tabery není v některých případech nutné určitý materiál opakovat, ani zvýznamňovat, protože i „*jednotlivě zmíněné téma či problém může nabyt významu, pokud zapadne do schémat vytvořených u publika*“ (Tabery 2008, s. 31).

Rámce je podle Entmana možné nalézt nejméně na čtyřech úrovních komunikačního procesu. První rámec vytváří původce sdělení, když vědomě či nevědomě rozhoduje o tom, co sdělí, co vynechá a co zdůrazní. Druhý rámec se nachází v samotném textu (či obsahu) a je vidět na přítomnosti a zdůraznění (tedy na pozici a opakování) klíčových slov či frází, stereotypních označení a na zdrojích informací. Třetím zdrojem rámců je příjemce obsahu, který k textu přistupuje s vlastními rámci, které se nemusí shodovat s těmi, jež jsou v textu, a s těmi, které zamýšlel tvůrce. Čtvrtým zdrojem rámců je kultura, která představuje jakýsi soubor již existujících společných rámců přítomných v diskursu a myšlení určité sociální skupiny (Entman 1993).

²⁰ „*Definováním problému míní Entman to, jakým způsobem je v článku představen aktér (aktéři) události, jaké jsou jejich postoje (ty jsou obvykle představovány z pozice běžných kulturních hodnot*“ (Němcová Tejkalová 2012, s. 43).

²¹ „*Diagnostikováním příčin rozumí Entman identifikování sil, které způsobují nějaký problém v textu prezentovaný*“ (Němcová Tejkalová 2012, s. 43).

²² „*Funkce morálního hodnocení pak znamená, že rámec je vytvořen z pozice všeobecně uznávaných morálních principů aktéry, zahrnuje jejich činnost a výsledek tohoto jednání*“ (Němcová Tejkalová 2012, s. 43).

²³ „*Zvolený rámec navrhuje nápravu všech nalezených problémů a zabývá se jejich možnými následky*“ (Němcová Tejkalová 2012, s. 43).

„Rámce jsou dynamické a mohou, ale nemusejí, trvat v čase. Jsou sociálně a historicky podmíněné“ (Němcová Tejkalová 2012, s. 42). Rámce nemusejí mít univerzální účinek, ale mají vliv na to, jak lidé vnímají informace a jak je následně hodnotí. Koncept rámcování se nepoužívá pouze pro výklad záměru mediálního sdělení, ale i pro interpretaci rámců publikem. Rámcování se dá také označit jako proces, který mediální sdělení konstruuje a dává mu smysl. (Němcová Tejkalová 2012). Podle Reese jsou *„rámce organizační principy, které jsou sociálně sdílené a přetrvávají v čase, které pracují na tom, aby symbolicky a smysluplně strukturovaly sociální svět“* (Reese 2007, s. 150).

De Vreese hovoří o rámcování jako o konceptu, který zahrnuje dva procesy: budování rámců neboli frame-building, a nastavování rámců neboli frame-setting. Ve fázi budování působí na novináře interní i externí vlivy, je to jakási kontinuální interakce mezi žurnalisty, elitami a sociálními hnutími. Výsledkem jsou rámce, které se objeví v textu. Nastavování rámců je pak interakce publika s rámci. Podle De Vreese je to právě tato část procesu rámcování, která bývá nejčastěji zkoumána (De Vreese 2005). Uvádí, že *„důsledky rámcování mohou být pozorovány na individuální i celospolečenské úrovni. Na individuální se mohou projevat jako změněné postoje k určitému problému na základě vystavení určitým rámcům. Na celospolečenské mohou rámce přispívat k formování procesů jako je politická socializace, proces rozhodování se a kolektivní akce“* (De Vreese 2005, s. 52).

Typy rámců

Někteří mediální teoretici uvádějí v souvislosti s rámcováním i určité typy rámců. Iyengar rozlišuje dva typy rámců: tematické a epizodické. Epizodické se zaměřují na konkrétní události a na zpracování veřejných událostí jako konkrétních případů pomocí unikátních charakteristik, kterými událost vykreslují (Iyengar 1996). Epizodické rámce pak podle Feezellové vedou k tomu, že lidé připisují odpovědnost spíše jedincům, o kterých mediální obsah informuje (Feezell et al. 2019). Tematické rámce naproti tomu interpretují událost či téma v širším kontextu, z hlediska historických souvislostí a budoucích důsledků, zmiňují i obecné trendy (Iyengar 1996). Divák, čtenář či posluchač na jejich základě připisuje odpovědnost spíše než jednotlivci nějaké instituci (Feezell et al. 2019).

De Vreese přišel s dvěma vlastními kategoriemi, rozlišuje rámce obecné a specifické.

Obečné rámce se soustřeďují na identifikaci a pojmenování hlubších rovin označování – je možné je opakovaně vztahovat na rozličná témata napříč historií i odlišnými kulturami. Jako příklad uvádí volební kampaně (De Vreese 2005). Kalvas k tomu dodává, že můžeme rozlišovat až pět typů generických rámců: „*konflikt, lidský zájem, ekonomické důsledky, moralita a zodpovědnost*“ (Kalvas et al. 2012, s. 11). Naproti tomu stojí rámce specifické, které se váží ke konkrétním tématům a není možné je generalizovat. Jako příklad by se dal uvést třeba zákaz potratů v Polsku. Jejich výhodou je, že umožňují hlubší porozumění zkoumanému tématu, nevýhodou je naproti tomu jejich nepřenositelnost (De Vreese 2005). I přes tuto nevýhodu je zmiňuji především proto, že v analytické části přistoupím právě k hledání rámců specifických pro vybrané novinářské výstupy zaměřené na destigmatizaci duševních onemocnění. Podobných projektů není na české mediální scéně mnoho, proto se k tomu nejlépe hodí právě specifické rámce, které umožňují hlubší vhled do dané problematiky.

Existují dva přístupy, jak analyzovat rámce – induktivní a deduktivní. Induktivní přístup zahrnuje otevřenou mysl ve vztahu k analyzovanému materiálu, ke kterému výzkumník přistupuje bez předem vymezených rámců a v průběhu analýzy je identifikuje. Pro tento přístup je typické využití kvalitativních metod, například analýzy diskurzu či zakotvené teorie. Deduktivní přístup naproti tomu zahrnuje předdefinování určitých rámců, jejichž výskyt se pak hledá ve zkoumaném obsahu (Semetková, Valkenburgová 2000). Pro deduktivní přístup je naopak typické využití kvantitativních metod, například obsahové analýzy. Ve vlastní analýze budu postupovat induktivně pomocí metody zakotvené teorie, kterou blíže popíšu v metodologické části diplomové práce.

Metodologická část

V metodologické části se konečně propojuje výše popsaná teorie s vlastním výzkumem. Z teoretických zjištění vyplývá, že média hrají významnou roli ve stigmatizaci duševně nemocných a mohou se stát cenným partnerem i v jejich destigmatizaci. Cílem této práce je zjistit, jakým způsobem rámcují téma duševních nemocí vybrané novinářské výstupy zaměřené na destigmatizaci. Rámce definují problém, označují jeho příčinu, činí hodnocení, nabízí řešení a ukazují, co je v obsahu důležité. Jinými slovy poskytují komplexní obraz toho, jakým způsobem je vybrané téma prostřednictvím novinářů komunikováno. Analýza rámců tak může nabídnout zajímavý obrázek toho, jak o problému duševního zdraví hovoří a smýšlí novináři, kteří ho chtějí destigmatizovat.

Kategorie, které vznikají v rámci axiálního kódování dle paradigmatického modelu, mají být podle Strausse a Corbinové (1999) dynamické, a mají popisovat příčinné podmínky zkoumaného problému, samotný jev, jeho okolnosti, i následky. Kvalitně popsané kategorie se ve své podstatě příliš neliší od toho, jak Entman popisuje rámce. Z tohoto důvodu jsem jako metodu pro analýzu rámců zvolila zakotvenou teorii neboli grounded theory (GT), přičemž nalezené kategorie budou fungovat jako rámce. Kvalitativní analýza obecně přináší mnoho informací o málo jedincích, teorie je v jejím průběhu formulována a jde více do hloubky. I přes nižší reliabilitu je tedy pro tento typ výzkumu vhodná.

Jelikož cílem není formulace nové teorie, ale nalezení rámců, budu postupovat pouze dle otevřeného a axiálního kódování a selektivní kódování vynechám. Než přistoupím k vlastní analýze, musím nejprve popsat cíl práce, stanovit výzkumnou otázku, přiblížit výzkumnou metodu, kódování a výstupy, které budu analyzovat.

Cíl práce

Cílem práce je nalezení specifických rámců, které používají autoři vybraných novinářských výstupů zaměřených na podporu či destigmatizaci duševních onemocnění. Konkrétně je tedy cílem nalezení rámců specifických pro tyto tři projekty: Nejsi sám, Život za zdí a Moje terapie.

Výzkumná otázka

Hendl uvádí, že během běžného kvalitativního šetření vybírá výzkumník zpravidla téma a stanoví výzkumné otázky na začátku výzkumu. Ty se ale mohou v průběhu výzkumu měnit na základě toho, jak výzkumník analyzuje a interpretuje sesbíraná data (Hendl 2016).

Vzhledem k povaze induktivního přístupu proto stanovím hlavní výzkumnou otázku takovým způsobem, abych neztratila ze zřetele cíl výzkumu, ale nechala mi volný prostor pro to, aby se teorie sama vynořila²⁴

Hlavní výzkumná otázka: Jakým způsobem rámcovaly téma duševních onemocnění vybrané novinářské výstupy?

Výzkumná metoda

V této kapitole krátce popíšu metodu zakotvené teorie, podle které postupuji ve vlastní analýze.

Zakotvená teorie

K nalezení rámců, které se vyskytují ve vybraných novinářských kampaních, použiji metodu zakotvené teorie neboli grounded theory (GT), kterou vyvinuli Anselm Strauss a Barney Glaser. Primárně budu postupovat podle díla *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie* od autorů Anselma Strausse a Juliet Corbinové, kteří přístup dále rozvinuli. Sekundárně využiji *Výzkum médií* od Renaty Sedlákové a *Kvalitativní výzkum* od Jana Hendla.

Podle Sedlákové není GT teorií, jak může naznačovat název, ale spíše „*souhrnným přístupem či strategií pro sběr i analýzu dat kvalitativního rázu*“ (Sedláková 2014, s. 400). K přiblížení zvolené metody mi přijde nejlepší použít citaci od Strausse a Corbinové, která krátce shrnuje celý její průběh. „*Zakotvená teorie je teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatímně ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů. Proto se shromažďování údajů, jejich analýza a teorie vzájemně doplňují.*“

²⁴ „Potřebujeme přizpůsobivou výzkumnou otázku, která nám ponechá dostatek volnosti k pečlivému prozkoumání jevu“ (Strauss, Corbinová 1999, s. 24).

Nezačínáme teorií, kterou bychom následně ověřovali. Spíše začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné“ (Strauss, Corbinová 1999, s. 14). Hendl (2016) k tomu poznamenává, že výsledek správně aplikované zakotvené teorie vypovídá o vybrané době, skupině lidí či o událostech. Podle Strausse a Corbinové (1999) není výsledkem zakotvené teorie sada čísel, ale spíše teoretické popsání problému či soubor pojmů. Přestože je zakotvená teorie často popisována jako induktivní metoda, podle Sedlákové (2014) hraje malou roli i dedukce, neboť u analyzovaných dat prověřujeme teze, které vyplynuly z dříve analyzovaných dat.

V průběhu celé zakotvené teorie se střídá sběr dat, jejich analýza, kladení si otázek a porovnávání vzniklých konceptů a kategorií s dalšími daty. Jednotlivé fáze výzkumu se mezi sebou neustále prolínají. Děje se tak do té doby, kdy už se v datech neobjevují nové informace. Právě z důvodu neustálého porovnávání dat se GT někdy nazývá metodou nepřetržitého porovnávání (Hendl 2016).

Metodě je vlastní proces tzv. teoretického vzorkování, kdy jsou souběžně sbírána, analyzována a interpretována data, která jsou konstantě srovnávána, dokud nejsou teoreticky nasycena. Pro celý proces je důležitý pojem teoretická citlivost²⁵, což je určitá osobní vlastnost badatele, která poukazuje „na schopnost rozlišovat jemné detaily ve významu údajů“ (Strauss, Corbinová 1999, s. 27). Schopnost porozumět datům a přiřadit jim význam, oddělit podstatné od nepodstatného, se dá získat několika způsoby. Podle Strausse a Corbinové (1999) hraje roli studium relevantní literatury a osobní či profesní zkušenosti. Během celého procesu, který je díky teoretické citlivosti značně kreativní a uplatňuje se při něm i tvořivost badatele, je třeba neustále klást otázky a zpochybňovat vznikající teorii. Nástrojem zakotvené teorie jsou tři typy kódování – otevřené, axiální a selektivní.

Zakotvenou teorii doporučuje k induktivně vedené analýze rámců například Vallaste (2009). Metodu nepřetržitého porovnávání přímo využili k analýze rámců Smith a kolegové (2016), kteří zjišťovali, jak vybrané americké deníky rámcovaly Islámský stát a teroristickou organizaci Al-Káida. Autoři postupovali při hledání rámců podle kódování,

²⁵ „Teoretická citlivost je důležitým tvořivým aspektem zakotvené teorie. Tato citlivost představuje schopnost tvořivě užít nejen osobní a profesní zkušenosti, ale také literaturu. Umožňuje analytikovi pohlížet na výzkumnou situaci a údaje novými způsoby a vytěžit z údajů vše, co je třeba pro tvorbu teorie“ (Strauss, Corbinová 1999, s. 29)

tak jako ho popisuje Anselm Strauss. Postupy grounded theory využil k nalezení rámců i Yates (2019), který zjišťoval, jakým způsobem rámcují případy týrání mezi sourozenci sociální pracovníci ve Skotsku. Podobně postupovali i Millsová, Bonnerová a Francisová (2008), které zkoumaly, jak by mohl pomoci mentoring při náboru dalších zdravotních sester na australském venkově.

Dále je možné vysledovat využití zakotvené teorie k analýze rámců například u Beverley Lloydové a Penelope Haweové (2003), jejichž práce sloužila jako inspirace k vedení vlastní analýzy. Výzkumnice zjišťovaly, jakým způsobem rámcují australští zdravotníci poporodní depresi. Nalezly 7 rámců, které dále rozřadily do tří tematicky podobných kategorií. Rámcování odkazuje podle Lloydové a Haweové (2003) na způsob, jakým jsou obsaženy konkrétní příčiny, důsledky a hodnocení v prostředcích, pomocí kterých lidé komunikují, zejména v jazyce a v metaforách. Pojmenovávání způsobů, jakými jsou určité problémy rámcovány, může podle autorek nabídnout příležitost, jak k jejich řešení přistupovat efektivněji. Lloydová a Haweová postupovaly podle otevřeného a axiálního kódování, tak jak ho popisují Strauss a Corbinová (1999). Kategorie, které identifikovaly s pomocí tzv. paradigmatického modelu zároveň fungují jako rámce. Při identifikaci těchto rámců braly ohled na čtyři funkce, které popisuje Entman (1993). Při kódování vybraných materiálů a u analýzy rámců jsem se rozhodla postupovat stejně jako Lloydová a Haweová, tedy s ohledem na metodologický postup Strausse a Corbinové a na definici rámců Roberta Entmana (1993). Nalezené rámce jsem podobně jako autorky seskupila do tří tematicky nadřazených kategorií.

Kódování

„Kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby. Je to ústřední proces tvorby teorie z údajů“ (Strauss, Corbinová 1999, s. 39). Hendl (2016) k tomu dodává, že v případě zakotvené teorie sice existují tři způsoby, jak analyzovat výzkumný vzorek, nemusí ale na sebe přímo navazovat a mohou být používány odděleně. Podle Strausse a Corbinové je jejich dělení na otevřené, axiální a selektivní kódování dokonce do jisté míry umělé. Spíše se celým výzkumem vzájemně a někdy i nevědomky prolínají (Strauss, Corbinová 1999).

Tradičně ale bývá zakotvená teorie zahájena pomocí otevřeného kódování a končí

kódováním selektivním (Hendl 2016). Strauss a Corbinová uvádí, že ti, které zajímá tematická analýza či rozvoj pojmů mohou po axiálním kódování přestat, k tvorbě ucelené teorie dochází až u selektivního kódování (Strauss, Corbinová 1999). Z tohoto důvodu po axiálním kódování také přestanu, jelikož nalezené kategorie slouží jako rámce.

Otevřené kódování

Podle Strausse a Corbinové se dá otevřené kódování charakterizovat jako: „*proces rozebírání, prozkoumávání, porovnávání, konceptualizace a kategorizace údajů*“ (Strauss, Corbinová 1999, s. 42). Během této fáze probíhá pečlivé studování sesbíraných dat, ve kterých výzkumník hledá témata a označuje je (Hendl 2016). Nejdříve jsou jím nalezené a vytvořené pojmy²⁶ méně abstraktní, postupem času se stávají abstraktnějšími. Pojmy mohou být podstatná jména či slovesa²⁷, výzkumník pátrá také po jejich vlastnostech, kterými jsou obvykle přídavná jména. Vlastnosti se přitom mohou vyskytovat na různé škále, tedy mohou mít různé dimenze – jako je různá délka trvání, intenzita apod. Z těchto pojmů a jejich vlastností výzkumník postupem času začíná tvořit abstraktnější kategorie²⁸ (Hendl 2016). Tento proces se nazývá kategorizací.

Strauss a Corbinová (1999) uvádějí, že proces otevřeného kódování můžeme aplikovat několika způsoby. Stručně shrnuto: „*Lze kódovat slovo po slovu²⁹, podle odstavců³⁰, anebo podle celých textů a případů*“ (Hendl 2016, s. 251). V případě toho, že výzkumník analyzuje např. celý dokument se ptá, v čem je tento dokument podobný a odlišný od ostatních analyzovaných textů (Strauss, Corbinová 1999). Ve chvíli, kdy výzkumník pomocí opakovaného pokládání si otázek a zkoumání vzájemných podobností či odlišností seskupil kategorie jednotlivých pojmů, popsal jejich vlastnosti a dimenze, může postoupit ke kódování axiálnímu. Podle Strausse a Corbinové (1999) se ale výzkumník reálně pohybuje mezi oběma kategoriemi spíše zároveň.

²⁶ Pojmová označení přidělena jednotlivým událostem, případům a jiným výskytům jevu. Pojmy je třeba seskupit s pojmy, které jsou si navzájem podobné (Strauss, Corbinová 1999, s. 42–45).

²⁷ Např. škola, láska, hospitalizace, ztráta blízkého apod. Pozn. autorky

²⁸ Třída pojmů. Tato třída je objevena, když se při vzájemném porovnávání pojmů zdá, že náleží podobnému jevu. Takto jsou pojmy seskupovány do vyššího řádu – pod abstraktnější pojem nazývaný kategorie (Strauss, Corbinová 1999, s. 42).

²⁹ Či řádek po řádku. Pozn. autorky

³⁰ „*Při kódování je možné postupovat po větách nebo odstavcích. Zde se můžete ptát: "Jaká je hlavní myšlenka vyjádřená touto větou nebo tímto odstavcem (rozhovor, poznámky nebo dokumentu)?" Pojmenujte ji. Pak se vraťte a udělejte důkladnější analýzu tohoto pojmu. Toto pojetí kódování je možno použít kdykoliv, ale je zvláště užitečné, když již máte nadefinováno několik kategorií a chcete kódovat souvislosti okolo nich*“ (Strauss, Corbinová 1999, s. 51).

Axiální kódování

Hendl (2016, s. 252) píše, že „v průběhu axiálního kódování výzkumník uvažuje příčiny a důsledky, podmínky a interakce, strategie a procesy a tvoří tak osy propojující jednotlivé kategorie.“ Strauss a Corbinová (1999) k tomu poznamenávají, že v té fázi jsou data výzkumníkem znovu uspořádávána novým způsobem. Děje se tak podle tzv. paradigmatického modelu:

příčinné podmínky → jev → kontext → intervenující podmínky → strategie
jednání a interakce → následky

(Strauss, Corbinová 1999, s. 72)

„Jádrem, kolem kterého teorie vzniká, je vždy zkoumaný jev, jenž se odehrává v určitém kontextu/prostředí a je iniciován určitou/ými příčinou/ami, které k němu vedou“ (Sedláková 2014, s. 405). Intervenujícími podmínkami jsou okolnosti³¹ a příčiny, které ovlivňují jeho průběh, jev se vždy odehrává v kontextu nějakého jednání určitých lidí, což vede přirozeně k následkům (Sedláková 2014). V zakotvené teorii jde tedy o zachycení jevu v jeho dynamičnosti spíše než o pouhý statický popis. Výzkumník v této části uvažuje, jestli může vytvořené kategorie a koncepty rozdělit na jakési subkategorie, případně zda může některé, které se navzájem podobají, sloučit do jedné.³² Pokud by na axiální kódování navázal selektivním, přechází zde plynule k vytvoření teorie. V případě, že skončí po axiálním kódování, získává komplexní informace o jednotlivých subkategoriích a kategoriích, nebo v případě mé práce – rámcích.

Výzkumný vzorek

V analýze budu pomocí zakotvené teorie zkoumat tři projekty, které v této části krátce představím. V České republice zatím nevzniklo mnoho novinářsky orientovaných výstupů na téma destigmatizace, které by byly ucelené a skládaly se z několika částí. Obvykle jde spíše o jednotlivé články či reportáže. Když jsem hledala materiály, které by bylo možné

³¹ Mezi okolnosti patří „kultura a společnost, historické období, politické a ekonomické vlivy, dostupné technologie, individuální biografie jednajících, jejich vlastnosti, hodnoty i zájmy, profese apod“ (Sedláková 2014, s. 405).

³² „Axiální kódování je proces uvádění subkategorií do vztahu k nějaké kategorii. Je to složitý induktivně-deduktivní proces o několika krocích, které jsou stejně jako při otevřeném kódování vykonávány prostřednictvím porovnávání a kladení otázek. Ovšem při axiálním kódování je použití těchto postupů zaměřenější a je zacílené na objevení a rozvinutí kategorií ve smyslu paradigmatického modelu“ (Strauss, Corbinová 1999, s. 84-85).

analyzovat, narazila jsem dokumentární cyklus *Život za zdí* Jeronýma Janíčka, na seriál zpravodajského serveru *Aktuálně.cz* s názvem *Nejsi sám*, na dokumentární cyklus *Děti úplňku* a na audio série *Moje terapie*, *Diagnóza F* a *Když mozek neposlouchá*. Cyklus *Život za zdí* jsem vybrala takřka okamžitě, jak kvůli jeho popularitě, tak kvůli tomu, že obdržel novinářskou cenu Psychiatrické společnosti za nejlepší novinářský počín podporující psychiatrickou problematiku v roce 2017. Podobně jsem vybrala i projekt *Nejsi sám*, který byl rovněž úspěšný a za rok 2019 získal Novinářskou cenu za solutions journalism (žurnalistiku zaměřenou na řešení problémů). Jako třetí mediální výstup jsem původně vybrala dokumentární cyklus *Děti úplňku*, který navázal na stejnojmenný článek Petra Třešňáka a také na film. Později jsem zjistila, že se *Děti úplňku* zabývají nemocemi z kategorií F80-F89 klasifikace MKN-10³³, které se neobjevují v žádných destigmatizačních manuálech ani v ostatních vybraných výstupech. Oproti těm jsem ho proto vyřadila z analýzy. Věřím, že tento krok přispěl k větší ucelenosti celé práce. Audio série *Moje Terapie* a *Diagnóza F* internetového rádia Wave, které patří pod Český rozhlas, se naopak soustředí na kategorie F00-F69 v MKN-10. Pořad *Diagnóza F* ovšem oslavil 100 vydaných dílů již v roce 2013³⁴. Kvůli rozsahu pořadu, který by nebylo možné v rámci této diplomové série analyzovat, jsem ho vyřadila. Seriál *Radiožurnálu – Když mozek neposlouchá* zase není dostupný v kompletní verzi. Nakonec jsem proto vybrala sérii *Moje terapie*, která se díky své popularitě dočkala i druhé série, jež začala vycházet ve chvíli, kdy jsem dokončila psaní této práce. Tato práce se tedy zabývá analýzou určité výšeče novinářských počínů, které bojují se stigmatizací duševních nemocí. I tak ale může představovat zajímavou reflexi o tom, jak úspěšné výstupy v této oblasti komunikují téma duševního zdraví.

Život za zdí

Dokumentární cyklus *Život za zdí* natáčí novinář Jeroným Janíček, který se rozhodl projekt vytvořit po vlastních zkušenostech s duševním onemocněním. Jeho spoluautorem je Jan Švanda. Nevznikl sice v rámci žádného média a je primárně určený lidem, kteří také bojují s duševními poruchami, přesto funguje také jako osvěta pro širokou veřejnost. V roce 2019 byl dokonce nominovaný na Křišťálovou lupu, a v roce 2017 obdržel novinářskou cenu Psychiatrické společnosti.

³³ Kam patří: poruchy psychického vývoje. Pozn. autorky

³⁴ *Diagnóza F* slaví 100 dílů. In: *Wave.rozhlas.cz* [online]. 2013 [cit. 2020-11-24]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/diagnoza-f-slavi-100-dilu-5203038>

Hlavním cílem cyklu je poskytnout ověřené a dostupné informace, bořit strach a předsudky z léčby, kterou nabízí psychiatrické ambulance a různá zařízení, a představit další možnosti léčby³⁵. Na tvorbě cyklu se podílí celá řada odborníků. Natočeno bylo 30 dílů, na serveru Youtube je jich aktuálně dostupných 28. Z emailové komunikace s autorem jsem zjistila, že první dva byly odstraněny poté, co po zveřejnění dalších dílů ztratily relevanci. Délka jednoho dílu se pohybuje od deseti minut do dvou hodin.

Nejsi sám

Seriál online deníku Aktuálně.cz hledá způsoby, jak předcházet fenoménu sebevražd mužů v České republice, jelikož si berou život čtyřikrát častěji než ženy. Autorsky za ním stojí Nikita Poljakov, Simona Fendrychová, David Gaberle, Jiří Kropáček a Vojtěch Scheinost. Projekt vznikl za podpory organizací Ashoka, Transitions a Solutions Journalism Network. Skládá se ze čtyř textů, které budu analyzovat³⁶.

Moje terapie

Dokumentární podcast představuje skutečné příběhy lidí, kteří prošli terapií a mají zkušenosti s duševním onemocněním. V šesti dílech první série vyprávějí příběhy své terapie pacienti a jejich terapeuti, kteří zároveň informují o problematice duševních onemocnění jako takových. Na projektu se podíleli autoři Apolena Rychlíková, Jonáš Zbořil, Petr Bouška, Marika Pecháčková, Klára Tasovská a Táňa Zabloudilová. Ve vlastní části budu analyzovat 6. dílů první série³⁷. Druhá série začala vycházet až v době, kdy jsem dokončovala psaní této práce.

³⁵ Život za zdí. In: *Youtube* [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/c/%C5%BDIVOTZAZD%C3%8D/about>

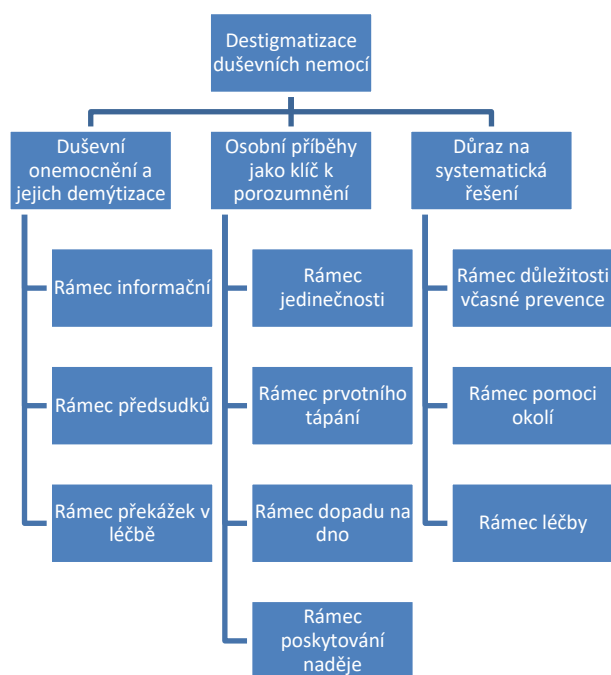
³⁶ Nejsi sám: Projekt Aktuálně.cz o sebevraždách mužů v Česku. In: *Aktuálně.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-12-13]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/nejsi-sam/r~8a29017a2e3511e9b73eac1f6b220ee8/>

³⁷ Začíná podcast Moje terapie. Poslechněte si příběhy lidí, kteří se rozhodli nebýt na své problémy sami. In: *Wave.rozhlas.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/zacina-podcast-moje-terapie-poslechnete-si-pribehy-lidi-kteri-se-rozhodli-nebyt-8094240>

Vlastní analytická část

Analýza dat

Analytická část odpovídá na otázku, jakým způsobem rámcovaly téma duševních nemocí vybrané novinářské výstupy, které se zaměřují na jejich destigmatizaci. Pomocí zakotvené teorie jsem našla 10 rámců (subkategorií), které jsem tematicky seskupila do tří větších kategorií: duševní onemocnění a jejich demýtizace, osobní příběhy jako klíč k porozumění a důraz na systematická řešení. V této části představím jednotlivé rámce, i to, co je spojuje. Výsledky analýzy pak shrnu v diskusi, kde je rovněž porovnám s destigmatizačními materiály a literaturou na toto téma.



Obrázek č. 1 – Struktura nalezených rámců

Duševní onemocnění a jejich demýtizace

Do této kategorie jsem zařadila rámce, které významně spojuje téma stigmatizace duševních nemocí. To se sice objevuje i v kontextu dalších rámců, ale zde hraje určující roli. V analyzovaných výstupech je v rámci této kategorie jasně výsledovatelná snaha různé stereotypy, předsudky a stigmata přiblížit, vysvětlit a překonat, což má vést k dílčím zlepšením v přístupu k duševním onemocněním.

Rámec informační

Informační rámec v sobě zahrnuje strategii poskytnout co možná nejvíce správných a ověřených informací o duševních onemocněních. Tento rámec spatřuje duševní onemocnění jako fenomén, který je opředený řadou mýtů a dezinformací, což je podle analyzovaných projektů jednoznačně špatně. Poukazuje také na skutečnost, že veřejnost není dostatečně seznámena s problematikou duševních nemocí, čemuž přičítá následnou stigmatizaci duševně nemocných, jejich sebestigmatizaci či oddalování léčby. Analyzované projekty pracují s premisou, že když se veřejnost seznámí s fakty, ubude výše popsaných negativních jevů, což zlepší kvalitu života duševně nemocných. Tento přístup do jisté míry koresponduje s Thornicroftem (2007), který rovněž předpokládá zlepšení za podmínky větší informovanosti, a se Srivastavou (2018), který uvádí, že povinností novináře by mělo být poskytování přesných a nezkreslených informací.

Fakta jsou v analyzovaných výstupech prezentována několika různými způsoby – graficky, slovně nebo jsou ilustrována na příkladu konkrétních lidí a jejich onemocnění. Často jsou zdůrazňována a opakována. V pořadu Život za zdí jsou za tímto účelem používány vysvětlivky v prostřizích. Ve chvíli, kdy je řeč o benzodiazepinech, se objeví prostřih s vysvětlující tabulkou, kde je popsáno, o jaký typ látky jde, které prášky ji obsahují, na co účinkuje a jak působí. Podobně, když autor hovoří o panické poruše nebo depresi, objeví se vysvětlivka, u které je popsáno, jak se nemoc projevuje. Dále se v průběhu pořadu objevují definice od odborníků nebo samotní lékaři, kteří jednotlivé nemoci přibližují.

„Deprese to je nálada, která člověku není vlastní, to znamená, že je oproti dlouhodobé normě určitým způsobem zhoršená. To zhoršení by mělo být po dobu minimálně 14 dnů a to tak, že celých těch 14 dní nebo převážnou dobu z těch 14 dní. Známe však také případy, kdy ta nálada není až tak pokleslá a v popředí jsou jiné příznaky. Podle příznaků a toho, jak jsou vystupňované, dělíme depresi na mírnou, středně těžkou a těžkou.“ Život za zdí,

12. díl³⁸

V seriálu Nejsi sám jsou s ohledem na jeho zaměření představeny převážně informace týkající se sebevražd mužů v Česku. Nechybí ale ani příklady ze zahraničí. Autoři

³⁸ 12. DÍL: AKUTNÍ STAVY (PRŮBĚH TĚŽKÉ DEPRESE A PANICKÉ ATAKY). In: Youtube [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: https://www.youtube.com/watch?v=TVXW4EmQd_s&t=1s

analyzovaných obsahů pracují stejně jako v Životu za zdí s odborníky – citují odborné studie, ale i lékaře z českého prostředí. I zde je každý text doplněn prvky v podobě grafických okének, jejichž účelem je dodat kontext a informace. Pokud je například řeč o bariérách v tokijském metru, v doplňující tabulce se čtenář dozví, kolik lidí ročně spáchá v Japonsku sebevraždu.

„Japonsko se řadí mezi země s nejvyšším počtem sebevrahů na počet obyvatel. Pro představu, v roce 2014 se zabilo přes 25 tisíc Japonců, což znamená zhruba 70 sebevražd denně. Asi šest procent z nich volí skok pod vlak. To je téměř jeden člověk denně. Tyto incidenty značně zpozdí dopravu a dopravním společnostem unikají zisky. I to je důležitou motivací pro stavbu bariér.“ Nejsi sám, 1. díl³⁹

Oba projekty také zmiňují probíhající reformu psychiatrické péče, čímž kromě poskytování informací odkazují na možné zlepšení současného stavu v blízké budoucnosti. V rámci podcastové série *Moje terapie* jsou fakta sdělována prostřednictvím terapeutů, kteří v jednotlivých dílech vystupují.

„Poruchy spánku jsou často doprovázeny nějakým dlouhodobým psychickým vyčerpáním nebo nějakým hluboko zasutým problémem.“ Moje terapie, 3. díl⁴⁰

Pro tento rámec je typická víra v tvrdá data, na jejichž základě mohou příjemci pochopit, že duševní choroby nejsou nic zvláštního a ojedinělého. Díky tomuto rámci diváci, čtenáři či posluchači rovněž vytuší, s čím vším musí člověk s diagnózou duševního onemocnění bojovat, jak vypadají příznaky, a jak se mohou u různých lidí lišit. Podle vybraných mediálních obsahů jde o onemocnění jako každé jiné, a podle toho by k němu mělo být přistupováno. Vysvětleno to je třeba na srovnání zlomené nohy a bolavé duše – obojí totiž vyžaduje pomoc odborníka, a nikdo by za jeho vyhledání neměl být trestán.

„Není třeba mít obavu z hospitalizace. Je to stejné jako jít k odborníkovi, jako když máme nějaké tělesné onemocnění typu zlomené nohy. Nikoho nenapadne, že když má zlomenou

³⁹ Muži končí sebevraždou častěji než ženy. Neumí mluvit o svých problémech. In: *Aktuálně.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/nejsi-sam-1-kapitola/r~f7e34ad82ab411e996370cc47ab5f122/>

⁴⁰ *Moje terapie*, epizoda 3: Povinnost být perfektní. In: *Wave.rozhlas.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/moje-terapie-epizoda-3-povinnost-byt-perfektni-8112064>

nohu, tak si ji bude léčit doma sám studenými obklady nebo, že to zkusí rozchodit.“ Život za zdí, 12. díl⁴¹

Rámec předsudků

Rámec předsudků představuje duševní onemocnění jako typ nemoci, se kterou se pojí neustálý boj vůči nespravedlivému a předpojatému chování ze strany ostatních – rodiny, přátel, kolegů v práci, médií, filmů, ale i lékařů. S tím souvisí i pocity vyloučení a beznaděje, které v důsledku duševně nemocní zažívají. Odlišné jednání může podle identifikovaného rámce dočasně zabraňovat skutečnému zlepšení, protože stigmatizaci čelí duševně nemocní téměř neustále. Tento rámec do jisté míry pracuje se zobrazováním dopadů duševního onemocnění, tak jak jej popisuje Srivastava (2018). Analyzované projekty hodnotí přetrvávající diskriminaci založenou na předsudcích jako politováníhodný jev, se kterým je ale možné pracovat.

„Stávalo se mi, což je asi nejvíc stigmatizující a zároveň ponižující, že ti řekne buď sestra nebo lékař: ‚Ale pane Janičku, vždyť vy to všechno znáte. Vy znáte tu úzkost, vy znáte ty projevy.‘ No tak byste si s tím jinými slovy měl umět poradit. Tak to by si měl třeba kardiolog umět sám vyléčit infarkt? A dát si tam stent, rozšířit si cévu. Já nevím, možná jo, ale myslím si, že kdyby tohle slyšel kardiolog od personálu, tak dostane další infarkt.“

Život za zdí, 3. díl⁴²

Významným aspektem tohoto rámce jsou i předsudky, které lidé cítili předtím, než sami onemocněli a začali se léčit na psychiatrii nebo docházet na terapii. V návaznosti na to zaznívá, že v této oblasti pomalu dochází k jistému zlepšení, což bývá přičítáno slavným lidem, kteří o duševních onemocněních otevřeně hovoří.

„To pro mě bylo stigmatizující, prostě něco úplně nevídaného – psychiatr. Pro mě do té doby zkušenost, kterou jsem nikdy neměla. Nicméně mě v tu dobu bylo tak zle, takže jsem souhlasila úplně se vším.“ Moje terapie, 5. díl⁴³

⁴¹ 12. DÍL: AKUTNÍ STAVY (PRŮBĚH TĚŽKÉ DEPRESE A PANICKÉ ATAKY). In: *Youtube* [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: https://www.youtube.com/watch?v=TVXW4EmQd_s&t=1s

⁴² 3. DÍL: KDYŽ ÚZKOST BOLÍ. In: *Youtube* [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=YYhz4p1hU6g&t=1s>

⁴³ Moje terapie, epizoda 5: Když vypne tělo. In: *Wave.rozhlas.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z:

„Ono se to zas tak výrazně nezlepšilo, leč jako má to zlepšující se tendence. Já si myslím, že i hlavně díky tomu, že i různé celebrity jsou schopny přiznat, že trpí depresemi, a že mají různé psychické poruchy a problémy.“ Moje terapie 3. díl⁴⁴

Diskriminace a předsudky jsou zde připisovány i tabuizaci duševních onemocnění a hlavně sebevražd. Jde o zvláštní typ paradoxu. O duševních nemocích i sebevraždách se sice hovoří, ale často v negativním světle. Tabuizace je popisována v kontextu toho, že na toto téma chybí otevřená a faktická debata, která by neromantizovala, nepřibarvovala a nejrůznějšími způsoby nedeformovala podstatu duševních nemocí a sebevražd. Kdyby taková debata existovala, analyzované výstupy předpokládají úbytek diskriminujícího jednání ze strany okolí i nižší míru sebestigmatizace.

Rámec překážek v léčbě

Tento rámec do jisté míry vyplývá z těch předchozích. Věnuje se zásadním překážkám v léčbě, přičemž tou nejvýznamnější je podle analyzovaných výstupů stigmatizace ve společnosti. Tento rámec chápe duševní onemocnění jako nemoc, kterou je kvůli přístupu veřejnosti velmi obtížné léčit. Lidé se bojí, co tomu řeknou ostatní, co diagnóza udělá s jejich životem a s okolím, a proto si nechtějí připustit, že jsou nemocní, a že by se měli léčit. V pořadu Život za zdí je dokonce zmíněno, že lidé, kteří se v průběhu léčby sebestigmatizují, tedy vyčítají si jí, obviňují se a stydí se za ni, se léčí pomaleji a hůře.

„Záleží to na míře, jak se vlastně dívá ten člověk sám na to, jaký význam má ta psychická porucha. Jestli to znamená méněcennost nebo vlastně odlišnost nadměrnou od ostatních lidí a pokud si to stigmatizuje, tak tu informaci vlastně špatně slyší a nechce tam jít. Musí mu být opravdu hodně špatně, aby tam šel a často to odkládá, zanedbává a strašně pozdě se léčí, což je těžší.“ Život za zdí 6. díl⁴⁵

Rámec naznačuje, že aby se situace zlepšila, je třeba vymýtit diskriminaci a stigmatizaci

<https://wave.rozhlas.cz/moje-terapie-epizoda-5-kdyz-vypne-telo-8118580>

⁴⁴ Moje terapie, epizoda 3: Povinnost být perfektní. In: *Wave.rozhlas.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/moje-terapie-epizoda-3-povinnost-byt-perfektni-8112064>

⁴⁵ 6. DÍL: PRVNÍ KONTAKT S PSYCHIATRIÍ. In: *Youtube* [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=4wx0w6SI1Ds>

duševně nemocných ve společnosti, které vystupy klasifikují jako negativní fenomén. Podle zkoumaných obsahů mohou pomoci média tím, že do debaty přizvou jako rovnocenné partnery duševně nemocné i jejich blízké. Právě prostřednictvím sdílení jejich zkušeností, může dojít k tomu, že se k nim ostatní nebudou chovat odlišně a nemocní se pak nebudou léčbě bránit. Jako významná překážka v léčbě bývají zmiňováni i příbuzní, kteří mohou nemocného odrazovat.

„Psychiatrie má svá specifika v tom, že pořád ten obor a duševní porucha je spojena s určitým stigmatem. A jaksi zatímco někdo řekne: ‚Byl jsem operován se srdcem a báječně mě tam spravili, nemám žádné potíže.‘ Tak přeci jenom není až tak módní říct: ‚Byl jsem hospitalizován na psychiatrické klinice nebo psychiatrickém oddělení a oni mě tam hodně pomohli.‘ S tím se lidé jaksi moc nevytahují, protože pak se může o takovém člověku říci: ‚Vždyť on byl v blázinci, on je to asi blázen.‘“

Život za zdí, 16. díl⁴⁶

V projektu Nejsi sám, který je zaměřený na problematiku sebevražd mužů, jsem identifikovala další překážku v léčbě, kterou je možné nazývat „mužská přirozenost“. Podle textů jsou muži zvyklí se před okolím uzavírat, a cítí, že by měli být silnější než ženy. Duševní onemocnění představuje v tomto pojetí slabost, kterou je třeba, na místo léčby, zakrýt, což pak vede k vyšší míře sebevražd u mužů. Překážku v léčbě tedy tvoří tradiční pojetí mužské role ve společnosti a stereotypy, které se s tím pojí. Zde se dá argumentovat, že podobně mohou trpět i ženy, kterým je často připisována povinnost mít děti, s kterou nemusí vždy souznít a mohou se díky ní cítit špatně či provinile, což zaznívá například v sérii Moje terapie. Jako řešení nicméně projekt navrhuje proměnu tradičních rolí ve společnosti, která by nepomohla jen mužům, ale i ženám.

„Právě to, že muži uzavírají své problémy v sobě a nepromluví o nich s rodinou ani přáteli, znamená pro pomoc zásadní překážku.“ Nejsi sám, 1. díl⁴⁷

⁴⁶ 16. DÍL: HOSPITALIZACE. In: *Youtube* [online]. 2018 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=mnNqBydOnS0&t=1s>

⁴⁷ Muži končí sebevraždou častěji než ženy. Neumí mluvit o svých problémech. In: *Aktuálně.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/nejsi-sam-1-kapitola/r~f7e34ad82ab411e996370cc47ab5f122/>

„Stresující pro muže bývá už tradiční pojetí maskulinity, tedy chování a schopností, které mají podle společenských norem splňovat. Musí podle nich především vydělávat dost peněz, aby zajistili rodinu. Pokud se dostanou do situace, kdy to nesplňují – třeba, když přijdou o práci – mohou to brát jako selhání.“ Nejsi sám, 1. díl⁴⁸

V tomto rámci je nemoc do jisté míry viděna jako nežádoucí odchýlení od sociální role, tak jak jej popisuje Parsons (Bártlová 2006a). Podle Kingové a kolegů (2020), kteří na toto téma realizovali studii mezi mladými australskými muži, může snaha dostat tradičnímu pojetí mužské role skutečně vést ke zvýšenému risku sebevražedného chování. Podle autorů je proto důležité zobrazovat i „alternativní mužství“. Z poražení tzv. cisheteronormativity, tedy přesvědčení, že každé pohlaví má přirozené role a heterosexuální orientace je jediná správná, budou podle autorů nakonec těžit všichni (King et al. 2020).

Osobní příběhy jako klíč k porozumění

Následující čtyři rámce spojuje schopnost autorů sdělit důležité věci o duševních onemocněních prostřednictvím osobních příběhů vybraných lidí. Tento aspekt se podobně jako téma stigmatizace prolíná všemi rámci, ale zde hraje prim. Zároveň jde o vůbec nejčastější způsob, jakým analyzované výstupy se svými příjemci komunikují. Podcastová série *Moje terapie* je na tomto přístupu dokonce celá postavena. Metodu poskytnout prostor lidem, kteří mají vlastní zkušenosti s duševním onemocněním, přímo doporučuje Národní ústav duševního zdraví v publikaci *Media Guide*, když uvádí, že jde o velmi účinný způsob, jak snížit stigmatizaci (NÚDZ 2019). Podle Praška a Ociskové (2015) jde dokonce o vůbec nejefektivnější destigmatizační přístup.

Rámec jedinečnosti

I přes velkou míru faktických pasáží je ve všech zkoumaných výstupech vysledovatelný rámec osobních příběhů, který se soustředí na konkrétní lidi a jejich zkušenosti s duševním onemocněním. Jejich prostřednictvím ilustruje, jaké to je mít duševní onemocnění, co to znamená pro dotyčného i jeho okolí, a jak se s diagnózou žije. Tento rámec vnímá duševní

⁴⁸ Muži končí sebevraždou častěji než ženy. Neumí mluvit o svých problémech. In: *Aktuálně.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/nejsi-sam-1-kapitola/r~f7e34ad82ab411e996370cc47ab5f122/>

onemocnění jako unikátní zkušenost různých lidí, kterou je třeba sdílet se zbytkem společnosti, což koresponduje se Srivastavovým (2018) přístupem, dle kterého by měl novinář polidšťovat duševní nemoci a přinášet osobní příběhy. Duševní nemoc je zde v protikladu s předchozími rámci hodnocena pozitivnějším způsobem. Projekty ji rámcují jako zážitek, který může, pokud je sdílen, přispět k normalizaci duševních onemocnění.

„S úzkostmi jsem se poprvé setkal někdy mezi sedmnáctým a osmnáctým rokem a začaly se projevovat poprvé tak, že vzešly z únavy. Když jsem třeba přes noc nespál a ráno jsem šel do školy. Tehdy jsem chodil na gympl a začalo se mi dělat špatně, což je samozřejmě hrozně široký pojem. A to špatně znamenalo, že si mi najednou strašně rozbušilo srdce a zpotily se mi ruce. Jako bych byl vevnitř strašně ledový a chladný, a začal jsem se bát o život. ŽZ, 3.díl⁴⁹

Diváci, čtenáři či posluchači mohou díky využití konkrétních příběhů zaujmout pozitivní postoj duševně nemocným. Lidé, kteří už mají nějaké duševní onemocnění, zase zjistí, že nejsou sami, kdo si něčím podobným prošel, což jim může pomoci. Značný prostor zde dostávají také odborníci, kteří se například v sérii **Moje terapie** vyjadřují ke svým pacientům, čímž ukazují, jak může probíhat cesta k zotavení.

„Je důležité říct, že Jana je teď na tom velmi dobře. Veškeré pro ni dřív obtížné situace, které jí spouštěly paniku už zvládla, už jimi prošla. Ne, že by se v nich cítila skvěle nebo super komfortně, ale dokáže je zvládnout.“ Moje terapie 5. díl⁵⁰

Některé příběhy se nevyhýbají ani tématu sebevraždy, čemuž se podrobněji věnuje Rámeček pádu na dno. Sebevražda nebo hospitalizace v nich nejsou zobrazovány tak, že by naváděly k napodobení, ale fungují spíš jako hranice, které je lepší nepřekročit. Dramatické milníky slouží jako povzbuzení nebát si říct o pomoc dřív, než bude pozdě. V osobních příbězích hraje důležitou roli i jejich konec, který je možno považovat za šťastný. Vyprávění je obvykle uzavřeno tím, jak dotyčný pomocí správné medikace, terapie či díky pomoci ostatních dosáhl uzdravení nebo alespoň výrazného zlepšení stavu.

⁴⁹ 3. DÍL: KDYŽ ÚZKOST BOLÍ. In: *Youtube* [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=YYhz4p1hU6g&t=1s>

⁵⁰ Moje terapie, epizoda 5: Když vypne tělo. In: *Wave.rozhlas.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/moje-terapie-epizoda-5-kdyz-vypne-telo-8118580>

„Nejprve jsem ztratil práci ve firmě, kde jsem dělal deset let na dobré pozici a za velmi dobrý plat. Pomlouval mě kolega, psal o mně anonymní dopisy šéfům a začal špehovat moji rodinu. Nebylo to tehdy trestné, nemohl jsem s tím nic udělat. Propukly u mě deprese, došel jsem k přesvědčení, že jsem nejhorší člověk na světě,“ vzpomíná pětapadesátiletý Pavel, co ho přivedlo k úvahám o sebevraždě. “ Nejsi sám, 1. díl⁵¹

Osobní příběhy hrají důležitou roli v destigmatizaci. Na místo toho, aby čtenář nebo posluchač duševně nemocného člověka soudil, po přečtení či vyslechnutí jeho životního příběhu s ním bude spíše soucítit a snažit se o pochopení.

Rámec prvotního tápání

Rámec prvotního tápání popisuje duševní onemocnění jako specifickou nemoc, která se často projevuje příznaky, které je obtížné odlišit od ostatních onemocnění. Zaměříme-li se na osobní příběhy ve zkoumaných výstupech, dojdeme k závěru, že často mají společný začátek, který se jejich autoři rozhodli opakovaně uvést. Jednotliví aktéři vypráví, jak nejprve netušili, co se jim děje. V identifikovaném rámci sdílejí zkušenosti o tom, jak se jim nemoc somatizovala, kvůli čemuž vyhledali lékařskou pomoc. Ani poté ale často nedostali diagnózu, která by zmiňovala duševní onemocnění. Bezradní se vydali domů, a když se jejich potíže (například bolest na srdci) opakovaly, znovu si zavolali sanitku a opět z nemocnice odešli, aniž by věděli, co jim ve skutečnosti je.

„Žádný závěr, který by se blížil k psychiatrické diagnóze, nebyl. Byl jsem přesvědčený o tom, že mám nemocný srdce, protože dědeček měl několik infarktů. V té době máma ještě ne, to přišlo až později, ale samozřejmě jsem si to vztahoval k rodinné anamnéze.“ Život za zdi, 3. díl⁵²

Účelem tohoto rámce není demonstrovat neschopnost lékařů. Opakuje se, aby ukázal na to, že diagnostika duševních onemocnění je složitá a zdravotník musí často nejprve vyloučit ostatní varianty. V tu chvíli dostávají prostor odborníci, kteří vysvětlují, že příznaky třeba panické ataky se mohou někdy shodovat s tím, jak vypadá infarkt či mrtvice. Rámec

⁵¹ Muži končí sebevraždou častěji než ženy. Neumí mluvit o svých problémech. In: *Aktuálně.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/nejsi-sam-1-kapitola/r~f7e34ad82ab411e996370cc47ab5f122/>

⁵² 3. DÍL: KDYŽ ÚZKOST BOLÍ. In: *Youtube* [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=YYhz4p1hU6g&t=1s>

zdůrazňuje, že určení správné diagnózy není lehké a lidé, hlavně pak laici, by si neměli v hlavě vytvářet rigidní představy o tom, jak mohou jednotlivá onemocnění vypadat.

„Přišla žena, která vypadala strhaná, nesmírně unavená a opravdu jako vyčerpána nějakou dlouhou nemocí. A už z toho prvního setkání bylo zřejmé, že nic takového se neděje. Měla za sebou všechna vyšetření – neurologické, interní, EKG. Prostě, jak to tak bývá, zejména u té panické poruchy. Ti pacienti většinou nepřemýšlejí o tom, že by mohli mít nějakou psychickou poruchu, jdou čistě poté fyzické strážce.“ Moje terapie, 5. díl⁵³

V tomto rámci se také objevuje apel na zdravotníky, a to i od jejich kolegů, aby nestigmatizovali pacienty na základě toho, když mají pocit, že si příznaky vymýšlí. Na rozdíl od lékařských profesionálů nejsou vyškoleni rozpoznat záchvat úzkosti od infarktu a skutečně mají pocit, že jim jde o život. Rámec nehodnotí nemoc jako takovou, ale odsuzuje jednotlivce, kteří mají tendence duševní nemoci stereotypizovat.

Rámec dopadu na dno

Tento rámec je in vivo kódem, jak ho popisují Strauss a Corbinová (1999). Pokrývá nejtěžší období duševního onemocnění, kdy si dotyčný takřikajíc sáhl na dno, což je termín, který používají samotní pacienti – tedy pokusil se o sebevraždu, skončil na psychiatrickém oddělení nebo u něj došlo k relapsu. Přestože se zde hovoří i o hospitalizaci a relapsu, klíčovým tématem je sebevražda. Rámec vnímá duševní onemocnění jako nemoc, která pokud není léčena, může končit mnohem častěji sebevraždou než jakékoliv jiné onemocnění. Sebevraždu vidí analyzované výstupy jako tragický, negativní a mnohdy zbytečný čin. Projekty dávají velký prostor lidem, kteří vypráví o událostech, které pokusu o sebevraždu předcházely, a popisují, co se jim honilo hlavou. Jejich osud bývá uváděn jako příklad procesů, které mohou vést k pokusu o sebevraždu.

„Přestal jsem si rozumět s rodinou, nemohl jsem najít nové zaměstnání a na svém žebříčku hodnot jsem klesal ke dnu. Nechtěl jsem být na světě a přišel první pokus. Zachránila mě prozřetelnost, ale já to bral jako zklamání,“ vypráví Pavel, jak se jeho krize

⁵³ Moje terapie, epizoda 5: Když vypne tělo. In: *Wave.rozhlas.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/moje-terapie-epizoda-5-kdyz-vypne-telo-8118580>

prohlubovala. “ Nejsi sám, 1. díl⁵⁴

„Úplně jsem ztratil naději, že se to nějak zlepší. Neviděl jsem před sebou nic, žádnou budoucnost a přestal jsem i chodit do školy. Nevěděl jsem, co dál a pomalu jsem přemýšlel, že než tady zabírat místo ostatním a než prožrat jídlo, který ostatní můžou jíst, a propít to, co ostatní můžou pít, tak bude lepší se zabít. Začal jsem si hledat most, ze kterého skočím. A když už jsem byl skoro připravený, tak jsem si řekl, dám tomu ještě šanci a vyhledal jsem pomoc tady v Bohnicích na centru krizový intervence, a když jsem tam přišel, tak jsem si řekl, tak tady můj život úplně skončil, to je konec. A kupodivu to bylo úplně naopak a byl to začátek mého zlepšování. “ Život za zdí, 4. díl⁵⁵

Tito lidé pak v rozhovorech hodnotí příčiny těžkého stavu, vyrovnávají se se svým onemocněním a osvojují si strategie, které by jim měli v budoucnu pomoci, aby se situace neopakovala. Moment, kdy nakonec vyhledali pomoc, často označují jako nový začátek. Novináři kladou v případě sebevražd důraz na citlivý jazyk, a především osobní zkušenost, která nemá vzbudit zájem o napodobení aktu, ale naopak od činu odradit. Čtenáře, diváky či posluchače se snaží vybídnout, aby vyhledali pomoc a aktivně pomáhali těm, u kterých si myslí, že existuje riziko sebevraždy. Jak v případě citlivého jazyka, tak v nabádání k vyhledání pomoci je možno vidět doporučení, která zmiňuje Media Guide (NÚDZ 2019) či kanadská publikace Mindset: Reporting on Mental Health (The Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma 2020). Návod pro australské novináře organizace Mindframe zmiňuje, že v případě, kdy novinář používá osobní příběh je obzvlášť důležité, aby ho kvalitně vystavěl. Tedy, aby neromantizoval, aby se příliš nezaobíral metodou, ale aby se spíše zaměřil na „ponaučení“, které z příběhu může vyplynout či na pozitivní stránky, což je v tomto případě dodrženo (Hunter Institute for Mental Health 2014).

Rámec také podhaluje, na které chování je třeba dávat si pozor. Duševní onemocnění obecně zvyšují riziko sebevraždy. Pokud se u člověka s mentálními problémy objeví sebepoškození, najednou se do sebe uzavře nebo se mu jakoby znatelně uleví, je možné že uvažuje o sebevraždě a je třeba jednat. Je zdůrazňováno, že lidé, kteří přemýšlí o

⁵⁴ Muži končí sebevraždou častěji než ženy. Neumí mluvit o svých problémech. In: *Aktuálně.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/nejsi-sam-1-kapitola/r~f7e34ad82ab411e996370cc47ab5f122/>

⁵⁵ 4. DÍL: KONCENTROVANÁ BEZNADĚJ. In: *Youtube* [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=HGSgNVb5MwM&t=287s>

sebevraždě, kolikrát jen potřebují, aby jim někdo blízký skutečně naslouchal, projevil empatii a nabídl pomocnou ruku s řešením problémů. Jednoznačným cílem tohoto rámce je předcházet sebevraždám. Dá se říci, že tento rámec se snaží vztahovat spíše k tzv. Papageno efektu. Autoři projektů, speciálně seriálu Nejsi sám, se snaží vytvořit zdařilé materiální výstupy, které povedou ke snížení suicidality, tak jak je popisují Etzersdorfer a Sonneck (1998).

Rámec poskytování naděje

Účelem identifikovaného rámce je poskytování naděje ostatním pacientům, či lidem, kteří se domnívají, že prožívají nějaké duševní onemocnění. Důležitým aspektem tohoto rámce je skutečnost, že duševní onemocnění je viděno jako nemoc, u které bohužel často chybí motivace k jejímu překonání. Rámec se, prostřednictvím osobních příběhů duševně nemocných či povzbuzením lékařů, snaží sejmout strach z diagnózy a léčby – farmakologické, terapeutické, i hospitalizace, a motivovat k řešení problémů.

„Po několika dnech jsem zjistil, že jsou antidepressiva funkční, což je dobrá zpráva i pro ostatní pacienty v tom, že člověk, když překoná takovou tu prvotní hrůzu a děs, protože, když si čteš všechny ty vedlejší účinky, to je na umření. Nic takového se nedělo, bylo mi jenom špatně od žaludku a bál jsem se. A po třech dnech jsem začal pozorovat první účinky, byť to nebylo chemicky možný. Ale ta psychika sama o sobě přijala, že беру něco, co mi má prospět. A najednou ty úzkosti začaly postupně mizet.“ Život za zdí, 3. díl⁵⁶

Velkým tématem tohoto rámce je i zotavení. Příběhy o vyléčení či značném zlepšení, které umožňuje kvalitní život, slouží jako motivace pro ostatní pacienty i pro blízké okolí nemocného. Ukazují také, že léčba duševně nemocných má smysl, že jsou uzdravitelní, a že i v případech, kdy se nemohou zcela vyléčit, mohou žít dobře – tedy například mít rodinu či kariéru.

„Vladimírovi to změnilo život. V centru neléčí jen depresi, ale i její následky. S pomocí ošetřovatelů se vrací ke svým koníčkům. Nepředepisují mi jenom léky, pomáhají mi i v

⁵⁶ 3. DÍL: KDYŽ ÚZKOST BOLÍ. In: *Youtube* [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=YYhz4p1hU6g&t=1s>

dalších věcech. Začínám se vracet k zájmům, které jsem míval, ale kvůli depresi jsem o ně ztratil zájem,' popisuje. Chodí do galerie a znovu začíná malovat. “ Nejsi sám, 3. díl⁵⁷

Tento rámec tak do jisté míry koresponduje s doporučením Srivastavy, podle kterého by mělo být jedním ze základních pilířů informování o duševních nemocech poskytování naděje. Novinář se má v tomto případě soustředit na úspěchy nemocných a příběhy o zotavení (Srivastava 2018), což se v případě analyzovaných výstupů děje.

Důraz na systematická řešení

Poslední tři identifikované rámce spojuje zaměření na řešení problematiky duševních onemocnění jako je systém prevence, pomoci a léčby. Podle Srivastavy (2018), publikace Media Guide (2019) i australské organizace Mindframe (2014) by měli novináři ve svých materiálech nabízet řešení – tedy například kontakty na odborníky, měli by upozorňovat na význam včasného zahájení léčby a pokud mohou, měli by také informovat o tom, jaké jsou její možnosti.

Rámec důležitosti včasné prevence

Analyzované výstupy nehovoří vysloveně o předcházení onemocnění jako takových, ale zaměřují se spíše na to, jak předejít tomu, aby u duševně nemocných nedošlo k rozvoji tak těžkého stavu, který vyžaduje hospitalizaci, nebo v nejhorším případě vede ke spáchání sebevraždy či pokusu o ni. V tomto rámci je duševní onemocnění vnímáno jako nemoc, u které je možné předejít těžkému stavu či pokusu o sebevraždu.

Jako samozřejmé řešení je zmiňované vyhledání pomoci a zahájení léčby, které je ovšem v případě, kdy se jí dotýčný brání k ničemu. Větší pozornost je proto v souvislosti s prevencí věnována způsobům, jak předcházet sebevraždám. Zde se autoři projektů, hlavně seriálu Nejsi sám, odvolávají na několik průzkumů v zahraničí a uvádějí, že velmi efektivní mohou být fyzické překážky na mostech nebo železničních tratích, které jednoduše dotýčnému zabrání ve spáchání sebevraždy na daném místě, čímž mu navíc poskytnou další čas na rozmyšlenou.

⁵⁷ Každý nepatří do léčebny. Jak péče na míru pomáhá snižovat počet sebevražd. In: *Aktuálně.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/nejsi-sam-3-kapitola/r~f308a6883fff1e9be22ac1f6b220ee8/>

„Zastavit člověka na cestě ke kolejím, přimět ho se ještě jednou zamyslet a od sebevraždy upustit mohou přitom i jednoduché bariéry. Dokládají to nejen odborné studie, ale i konkrétní příklady z praxe, jako jsou třeba zábrany postavené v tokijském metru.“ Nejsi sám, 2. díl⁵⁸

Často se objevují zmínky o zodpovědném přístupu médií, tedy, že by média neměla pokrývat témata sebevražd tam, kde to není nutné, neměla by rozebírat metody, které mohou někoho inspirovat a obzvlášť by si měla dát pozor na pokrývání tématu sebevražd slavných, což koresponduje s návody, jak informovat o fenoménu sebevražd, které jsem popsala v teoretické části. Roli médií přitom hodnotí spíše negativně. Tento rámec také hovoří o významu různých životních návyků jako je zdravá strava či sport, které mohou do jisté míry minimalizovat rozvoj duševního onemocnění.

Rámec pomoci okolí

Autoři se v jednotlivých výstupech často zaměřují na to, jak významná je pro duševně nemocné pomoc – ať už od členů rodiny, přátel či lékařů. Zásadním aspektem je v tomto rámci fakt, že duševní onemocnění je bráno jako nemoc, která se dá jen obtížně zvládnout bez pomoci ostatních. To podle identifikovaného rámce není ničí chyba, spíše to vyplývá z povahy duševních onemocnění. Rámec poskytuje hlavně informace o tom, jak se v blízkosti duševně nemocných chovat. Onemocnění je popisováno jako dané, geneticky či vnějšími vlivy. V audio pořadu *Moje terapie* se pátrá po jeho příčinách, i když v ostatních projektech také zaznívají úvahy a spekulace na toto téma. Hlavním poselstvím ale je, že na příčinách nezáleží tolik jako na tom, jak se k onemocnění postaví okolí.

„Je strašně důležitý, aby to okolí bylo informovaný o tom, jak mají tomu člověku pomoci, jak se k němu mají chovat a respektovat to, že teď je ten člověk ponořený někde hluboko pod hladinou, a doufat, že zabere medikace, a že ten člověk se bude cítit bezpečně a milován, protože jedna z nejčastějších myšlenek je, že je všem na obtíž, že je zbytečný a neschopný.“ Moje terapie, 3. díl⁵⁹

Řeší se role rodiny, partnera či blízkých přátel. V identifikovaném rámci bývá

⁵⁸ V cestě stojí plot. Sskočit pod vlak je těžší, když musí člověk přelézt bariéru. In: *Aktuálně.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/nejsi-sam-2-kapitola/r~7d47ffb83bfc11e98a200cc47ab5f122/>

⁵⁹ *Moje terapie*, epizoda 3: Povinnost být perfektní. In: *Wave.rozhlas.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/moje-terapie-epizoda-3-povinnost-byt-perfektni-8112064>

zdůrazňováno, že pokud má pacient zájem se uzdravit a snaží se o to, okolí by nad ním nemělo lámat hůl, ale naopak snažit se mu pomoc a poskytnout naději či důvody, proč v cestě k uzdravení pokračovat. Duševně nemocným je doporučováno, aby si našli někoho, komu věří a nechali si od něj pomáhat. Tito lidé pak figurují jako „významní druzí“, kteří mohou hrát naprosto zásadní roli v uzdravení dotyčného.

„Jak důležité jsou blízké vztahy, ví i třiadvacetiletý Petr. Několik let trpí depresemi a o sebevraždu se pokusil už třikrát. I jeho skutečnou identitu redakce zná. Nemít kamarády, už jsem si to asi dávno zahodil,“ říká. “ Nejsi sám, 1. díl⁶⁰

Člověk s duševními potížemi se má podle vybraných mediálních výstupů pokusit vyhledat odbornou pomoc i v případě, že bude rodina a přátelé proti. Pak se o nich mluví jako o významné překážce, čímž se tento rámeček prolíná s rámcem překážek v léčbě. Nedostatek blízkých vztahů, lásky a pomoci bývá také zmiňován jako jedna z příčin psychických onemocnění či pokusů o sebevraždu.

„Za velkým počtem mužských sebevražd je podle expertů právě to, že nehledají odbornou pomoc a krizové situace i psychické problémy řeší sami. Když se jim to nepodaří, přepadne je pocit selhání. Život ztratí smysl a jako jediné řešení se nabízí všechno rázně ukončit.“

Nejsi sám, 4. díl⁶¹

Pracuje se zde také s premisou, že lidé často netuší, jak si říct o pomoc jako takovou. Objevují se proto informace o roli různých krizových linek, či praktických lékařů, kteří mohou dotyčného nasměrovat na správnou cestu.

Rámeček léčby

Poslední identifikovaný rámeček vidí duševní onemocnění jako nemoc, která musí být bezpodmínečně léčena, což je vnímáno jako nezpochybnitelný fakt vyplývající z povahy onemocnění, podobně jako u rámce pomoci okolí. Autoři se proto věnují individuálním či

⁶⁰ Muži končí sebevraždou častěji než ženy. Neumí mluvit o svých problémech. In: *Aktuálně.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/nejsi-sam-1-kapitola/r~f7e34ad82ab411e996370cc47ab5f122/>

⁶¹ Jak naučit chlapy otevřít se. Říct si o pomoc je snazší než spáchat sebevraždu. In: *Aktuálně.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/nejsi-sam-4-kapitola/r~8c9c0c50441411e9b2a00cc47ab5f122/>

skupinovým terapiím, krátkodobé či dlouhodobé hospitalizaci a pobytu ve stacionáři či v komunitě. Bývají zde také vysvětleny rozdíly mezi psychiatry a terapeuti, i jejich metodami. Ve zkoumaných výstupech často zaznívá, že duševně nemocní lidé mají na výběr z mnoha přístupů, přičemž pro každého může být vhodné něco jiného. Jako zásadní bývá vykreslen vztah mezi terapeutem a pacientem/klientem. K terapii by měl ovšem směřovat každý, kdo má duševní problémy, nehledě na to, zda má léky nebo ne, a terapie bývá rámcována jako přínosná i pro lidi bez větších duševních obtíží. Je zdůrazňováno, že terapie je dlouhodobý a náročný proces, ve kterém si dotyčný odžije celou škálu pocitů. Ze zdravotnického hlediska je dle analyzovaných materiálů znakem úspěšné terapie například úbytek či zmenšení příznaků nemoci, ale také vnitřní změna, uvědomování si věcí či rozšíření životního náhledu.

„Terapeutický vztah je vlastně nejdůležitější. Podle výzkumů je na tom založená účinnost ve větší míře než třeba na tom, jakou používá ten terapeut metodu. Jde spíš o to, jak dokáže vytvořit ten bezpečný vztah. Jde o to, aby ten klient mohl důvěřovat, že ten prostor je jeho, jen pro něho, a může tam opravdu, někdy možná jako na jediném místě na světě, se dívat sám na sebe, na svůj život a nechat se někdy i překvapit tím vším, co v něm je.“ Moje terapie, 6. díl⁶²

„Jisté je, že pokud trpíte bolestmi duše, pak by vám vhodně zvolená psychoterapie měla pomoci bolesti umenšit nebo se jich zbavit zcela, ať už se jedná o námi probírané úzkosti nebo mírnější formy deprese, ale nejen to. Z psychoterapeutického procesu můžete vyjít vnitřně silnější, bohatší, odolnější i chápavější. To vše vyžaduje dobrého psychoterapeuta, disciplínu, jistou míru odvahy, nemálo času a někdy i peněz, odhodlání pracovat systematicky na sobě a také se sebou.“ Život za zdí 19. díl⁶³

Cílem rámce je mimo jiné i snížit obavy z antidepresiv a jiných předepisovaných léků, ze samotného psychiatrického vyšetření a z lékařů, kteří se v tomto oboru pohybují. A to nejen z důvodů povzbuzení nemocných k zahájení léčby, ale především k přesvědčení veřejnosti, že nejde o nic zvláštního a odlišného. Zevrubný popis ukazuje, že antidepresiva

⁶² Moje terapie, epizoda 6: Intimní cizinky. In: *Wave.rozhlas.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/moje-terapie-epizoda-6-intimni-cizinky-8121624>

⁶³ 19. DÍL: INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE. In: *Youtube* [online]. 2018 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=WWZiNp5i9xg>

působí podobně jako léky tlumící bolest používané při zlomenině ruky, lékař vyšetřuje podobně jako třeba praktik či hematolog, a hospitalizace může být do jisté míry příjemná. Strach a obavy z léčby duševně nemocných jsou zde opět přisuzovány stigmatizaci. Autoři využívají faktů, personalizace, kdy jednotlivci vypráví o své léčbě či o pobytech v nemocnici, a pracují také se zkušenostmi odborníků. Velkým tématem je i přijetí faktu, že schopnosti lékařů mohou být v některých případech omezené. Zde bývá popisována skutečnost, že u někoho dojde k zotavení rychle, u někoho dojde k relapsu a potrvá to delší dobu, a u dalšího budou psychické problémy přetrvávat celý život, a bude třeba s nimi pracovat.

Jednotlivé projekty také zmiňují vliv stravy a sportu či zapojení meditačních technik. Jako specifický milník je v léčbě popisována hospitalizace, ať už v psychiatrické nemocnici, na oddělení nebo v krizovém centru a pobyt ve stacionáři. Obzvláště hospitalizaci je v tomto rámci poskytnut významný prostor, protože s pobytem na psychiatrii se pojí nálepka „blázna“, a lidé jí často vidí jako poslední možnost nebo jako moment, kdy skončil jejich život.

„Představa hospitalizace na psychiatrii je mnohé symbolem osobního selhání, krachu nebo životní prohry. Vyvolává zároveň strach, obavy a někdy i děs. Jde o prvotní a docela běžnou sérii pocitů, kterou prožilo mnoho hospitalizovaných, aby nakonec zjistili, že jejich obavy nebyly na místě.“ Život za zdí, 16. díl⁶⁴

Psychiatrická oddělení jsou ale vykreslována naopak jako místo nových začátků, kde se člověk s těžší formou duševní nemoci znovu zapojí do společnosti. Zde je opět zdůrazňováno, že je vhodné k tomu přistupovat jako k jakémukoliv jinému pobytu v nemocnici, tedy bez předsudků. Autoři vybraných výstupů nabízí v souladu s Destigmatizačním manuálem (2018) i alternativy – například krizová centra, Centra duševního zdraví nebo neziskovou organizaci Liga otevřených mužů.

„Často také řeší stres fyzickou námahou. Místo, aby vyhledali pomoc, zkouší si vyčistit hlavu třeba sportem. Nadměrný stres projevují také agresí nebo sáhnou po alkoholu“.

⁶⁴ 16. DÍL: HOSPITALIZACE. In: *Youtube* [online]. 2018 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=mnNqBydOnS0&t=1s>

V rámci jsou popsány i negativní jevy jako je odmítání léčby, vzdorování lékařům či útěk k drogám a alkoholu, které krátkodobě pomáhají tlumit některé příznaky onemocnění. Tento typ chování není úplně zatracován, často je zdůrazňováno, že za podobné chování dotyčný nemůže, ale autoři projektů před ním varují. Utíkání před skutečným řešením problému je popisováno jako sebedestruktivní. Úplné odmítání léčby může pak podle analyzovaných výstupů skončit i předčasnou smrtí.

Diskuse

V této části shrnu výsledky výzkumu, které porovnám s teoretickými východisky, jež jsem popsala v první části práce, a s dalšími doporučeními, jak psát o tématu duševního zdraví. Poté krátce reflektuji zvolené téma, provedený výzkum a jeho limity.

Cílem této práce bylo v souladu s hlavní výzkumnou otázkou zjistit, jakým způsobem rámcovali téma duševních onemocnění autoři vybraných novinářských výstupů. V dokumentárním cyklu *Život za Zdí*, v online seriálu *Nejsi sám* a v podcastové sérii *Moje terapie*, které se zabývají duševními poruchami z kategorií F00-F69 klasifikace MKN-10, jsem identifikovala 10 rámců, které jsem roztrídila do tří tematicky podobných kategorií. Pro lepší orientaci slouží obrázek č. 1 na straně 44.

První z nalezených kategorií, **duševní onemocnění a jejich demýtizace**, se zabývá především tématem stigmatizace duševních nemocí. Na její potírání se zaměřuje **informační rámec**, který podobně jako Thornicroft (2007) předpokládá, že stigmatizace duševních nemocí pramení z neznalosti. Tento nedostatek se snaží napravit poskytováním velkého množství odborně podložených informací. Význam poskytování přesných a nezkreslených informací zdůrazňují i *Destigmatizační manuál* (2018), *Media Guide* (2019), *Srivastava a kolegové* (2018) a další novinářské manuály. *Ocisková a Praško* (2015) zmiňují edukaci jako jeden ze tří základních pilířů destigmatizace. **Rámec předsudků** navazuje na problém neznalosti a zobrazuje její důsledky, hlavně diskriminaci

⁶⁵ Muži končí sebevraždou častěji než ženy. Neumí mluvit o svých problémech. In: *Aktuálně.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/nejsi-sam-1-kapitola/r~f7e34ad82ab411e996370cc47ab5f122/>

duševně nemocných. I zde se objevuje jeden z Thornicroftových (2007) konceptů stigmatu – problém odmítavého jednání, kdy jsou duševně nemocní kvůli předsudkům ostatních nějakým způsobem vyčleňováni ze společnosti. Duševní poruchy jsou zde rámcovány jako nemoc, která způsobuje odlišné chování ze strany ostatních. Jako řešení je prezentována otevřená debata založená na faktech, do které budou přizváni i duševně nemocní. Tento rámec je také v souladu se Srivastavovým (2018) doporučením informovat o dopadech duševních onemocnění. **Rámec překážek v léčbě** zobrazuje duševní poruchy jako nemoci, které je naneštěstí kvůli stigmatizaci obtížnější léčit než jiné druhy onemocnění. Důležitou roli zde hraje sociologické pojetí nemoci, podle kterého jde o nežádoucí odklonění od očekávané sociální role (Bártlová 2006a). Větší pozornost je věnována mužské roli (hlavně v seriálu Nejsi sám), jejíž optikou funguje duševní onemocnění jako nepřirozená slabost, se kterou se mají muži problém vyrovnat, často se stydí jí řešit a v jejím důsledku se častěji pokouší o spáchání sebevraždy. V cyklu Život za zdí a v sérii Moje terapie se objevuje odchýlení se od sociální role i v kontextu toho, co je bráno jako ženství. Pocit, který to nemocným způsobuje, tedy, že nenaplnují očekávání ostatních, jim často způsobuje výčitky a hanbu a může jim i bránit v léčbě. Navrhované řešení, tedy tolerantnější přístup společnosti k tomu, jak vnímá tradiční genderové role, se shoduje se závěry výzkumu Kingové a kolegů (2020), kteří navrhnou opuštění ideálu cisheteronormativity.

Druhá kategorie, **osobní příběhy jako klíč k porozumění**, se skládá ze čtyř identifikovaných rámců a je pro ni typické poskytování prostoru duševně nemocným. Všechny čtyři rámce jsou postavené na principu kontaktu, jak ho popisují Ocisková s Praškem (2015), podle kterých je zprostředkovávání styku s duševně nemocnými vůbec nejefektivnější destigmatizační strategií. Rámcováním duševních onemocnění jako unikátních zkušeností, které je třeba sdílet s širokou veřejností, se věnuje **rámec jedinečnosti**. Jednotlivé projekty se zaměřují na prožitky, vzpomínky i emoce nemocných. Osobní příběhy ukazují, jak se s diagnózou žije a polidšťují duševní nemoci, tak jak to doporučuje Srivastava (2018). Tento rámec se také do jisté míry shoduje s rámcem: „*duševní zdraví/nemoc z hlediska jedinečných příběhů a zkušeností*“, který identifikovali při analýze 180 článků z 6 evropských zemí⁶⁶ Van Beveren a kolegové (2020). Nemoc je v něm rámcována jako osobní a unikátní příběh či zážitek, který má jasný lineární narativ. Lidé vypráví, jak u nich nemoc vypukla, jak se jejich stav zhoršil a jak se nakonec zase

⁶⁶ Kypr, Řecko, Belgie, Nizozemsko, Švédsko a Norsko (Van Beveren et al. 2020).

„začali cítit sami sebou“, což koresponduje s tématy, která jsem v rámci jedinečnosti rovněž identifikovala. Tento rámec také vytváří zajímavý paradox. Duševně nemocní si většinou přejí, aby je ostatní viděli jako „normální“, ale zároveň s tím je jejich zkušenost rámcována jako jedinečná. **Rámec prvotního tápání** pojednává o tom, jak matoucí mohou být příznaky duševních poruch, a to jak pro laiky, tak pro odborníky. Jeho účelem je zobrazit duševní nemoci jako komplexní onemocnění, které by nemělo být stereotypizováno. Generalizaci příznaků duševních nemocí vidí jako negativní jev. O sebevraždě pojednává **rámec dopadu na dno**. Nejenže se analyzované projekty kontroverznímu tématu nevyhýbají, ale seriál Nejsi sám je na problematiku sebevražd speciálně zaměřen. V novinářských manuálech a odborných publikacích se se suicidalitou obecně pojí největší část doporučení a novináři by při zpracování tohoto tématu měli být co nejobezřetnější. O to zajímavější pohled nabízí rámec, který duševní onemocnění vykresluje jako nemoc, která končí sebevraždou častěji než ostatní onemocnění. Vybrané výstupy se nebojí využít osobních příběhů, na kterých ukazují, v jakých případech je třeba bezpodmínečně vyhledat pomoc. Novináři se vyhýbají heroizování ale i odsuzování sebevraždy. V souladu s manuály, které jsem popsala v kapitole Destigmatizace, příliš nerozebírají metody, které by mohli někoho inspirovat, ani se nevěnují sebevraždám slavných lidí. Místo toho se soustředí na příčiny, pomoc a prevenci. Analyzované projekty cílí na vytvoření materiálů, které povedou ke snížení sebevraždě, jak to popisují Etzersdorfer a Sonneck (1998), Destigmatizační manuál (2018), Media Guide (2019), či kanadská publikace Mindset: Reporting on Mental Health (The Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma 2020). Na téma sebevraždy do jisté míry navazuje **rámec poskytování naděje**, který duševní nemoci líčí jako onemocnění, u kterého bohužel nemocným často chybí potřebná motivace k zahájení léčby. Nemocné se tedy snaží povzbudit, a ostatním zase ukázat, že to není beznadějně. Rámec rovněž obsahuje téma zotavení, tedy přinášení příběhů těch, kteří se uzdravili, nebo se jim podařilo zlepšit svůj stav. Nabízení naděje a přinášení úspěšných příběhů přitom zmiňuje i Srivastava (2018).

Poslední tři rámce, které jsem ve vybraných výstupech identifikovala, řadím do kategorie **důraz na systematická řešení**. Hovoří se zde o formální pomoci a strukturálních změnách v přístupu k nemocným. Opět se zde uplatňuje Praškův princip edukace (2015) a zároveň nabízení řešení, o kterém hovoří Srivastava (2018), Media Guide (2019) i publikace australské organizace Mindframe (2014). O tom, jak předcházet sebevraždám a těžkým

stavům, pojednává **rámec důležitosti včasné prevence**. Autoři projektů se v tomto případě soustředí na praktická řešení jako jsou zábrany v metru, u vlakové trati či na mostech. Okrajově je zde také řešena role médií, které mají moc někoho k sebevraždě inspirovat. Na prevenci navazuje asistence ostatních. Té se věnuje **rámec pomoci okolí**, který rámcuje duševní onemocnění jako nemoc, která se těžko zvládá bez podpory ostatních, což je připisováno povaze duševních onemocnění. Co se týče formální pomoci, jsou nabízeny kontakty na první pomoc v případě akutního stavu, či instrukce, jak postupovat. Dále je rozebírána role blízkých, kteří mohou sehrát zásadní roli v cestě za uzdravením. **Rámec léčby** je poslední, který jsem v analýze identifikovala. Věnuje se jejím možnostem a významu. Léčba je zde rámcována jako zásadní krok k uzdravení či ke zlepšení stavu dotyčného. Všechny rámce z kategorie zaměřené na systematická řešení spojuje jeden z hlavních bodů destigmatizace, který zmiňuje Srivastava (2018) - novinář by podle něj měl povzbuzovat k vyhledání odborné pomoci, zdůrazňovat význam včasného zahájení léčby a prevence, a zvyšovat povědomí o jejích možnostech.

Obecně je možné říci, že to byly právě doporučení Srivastavy a kolegů (2018) - polidšťování duševních onemocnění, nabízení naděje, povzbuzení k vyhledání odborné pomoci a poskytování přesných informací, které jsem v identifikovaných rámcích spatřovala nejčastěji. Ze tří principů destigmatizace, které zmiňují Ocisková a Praško (2015) – kontakt, edukace a protest, jsem v analyzovaných výstupech identifikovala edukaci a kontakt. Protest ale spočívá hlavně v blokování stigmatizujícího obsahu, který bylo vzhledem k povaze zkoumaných projektů těžké najít. Nesoustředí se totiž na tvorbu jiných médií a autorů. Všechny výstupy se ale naprosto vyhýbají používání stigmatizujících výrazů, jako to doporučuje například Thornicroft (2011) či Destigmatizační manuál (2018). V souladu s Destigmatizačním manuálem je i řízení se tzv. first people principem, který klade na první místo osobu, a až poté její diagnózu. Rovněž je vysledovatelné uvádění konkrétních diagnóz namísto vágních spekulací. Ze srovnání s publikací Media Guide vyplývá v analyzovaných projektech velká shoda. Podle návodu by například novináři neměli dávat onemocnění do titulku, což porušuje jen cyklus Život za zdí. Vzhledem k fungování platformy Youtube to ale dává smysl a Janíček nepoužívá senzační vyznění, takže je to dle mého názoru v pořádku. Zbytek analyzovaných materiálů nedává nemoci přímo do titulků, a jejich autoři se také vyhýbají clickbaitovým výrazům. Všechny tři projekty poskytují v souladu s návodem kontakty na odborníky, vyvažují

negativní příběhy těmi kladnými, nelitují ale ani neheroizují duševně nemocné, informují o možnostech léčby a své výstupy doplňují o zajímavé grafy či statistiky. Rovněž zdůrazňují význam prevence a léčby (NÚDZ 2019). Nejčastěji jsem v selektovaných výstupech identifikovala rámce z kategorie osobní příběhy jako klíč k porozumění, která se zaměřuje na poskytování hlasu duševně nemocným. Media Guide (2019) přitom uvádí, že rozhovory s lidmi, kteří mají zkušenosti s duševním onemocněním, jsou významným způsobem, jak snížit stigmatizaci. Jak jsem psala u rámce pádu na dno, o tématu sebevraždy informují všechny výstupy citlivě, obezřetně a zcela v souladu s doporučovými postupy. Celkově je tedy možné říci, že všechny tři analyzované projekty vykazovaly v nalezených rámcích velkou shodu s postupy, které doporučují manuály vydané za spolupráce s odborníky a určené speciálně pro novináře.

Zajímavé je, že ani jeden z projektů se téměř vůbec nevěnoval tématu duševního onemocnění a násilí. Duševně nemocní jsou přitom nejčastěji stereotypizováni právě ve spojitosti s násilím, jak ukázala řada empirických studií, které jsem představila v kapitole dosavadní výzkum. Thornicroft (2007) navíc uvádí, že stigmatizace duševních nemocí je ve své podstatě unikátní tím, že je založena převážně na strachu ostatních z údajně nebezpečného chování duševně nemocných. Britský psychiatr proto uvádí, že je to právě téma násilí, na které by se měla destigmatizace především zaměřit. V analyzovaných výstupech jsem bližší rozbor tohoto problému, či rámec, který by se tímto zabýval, postrádala. Téma se objevilo maximálně v Životu za zdí a tam bylo spíše ukázáno buď jako příčina diskriminace v rámci předsudků či jako příklad chybné generalizace, které zmiňují jako jeden z motivů informačního rámce. V tomto rámci jsem rovněž identifikovala zajímavý paradox. Cílem informačního rámce má být větší informovanost společnosti, která povede k většímu pochopení duševně nemocných, tedy i toho, že se od zbytku populace příliš neliší. V protikladu s tím je ale do jisté míry rámec jedinečnosti, který rámcuje duševní onemocnění jako unikátní zkušenost. V analyzovaných výstupech se tak objevují lehce protichůdná poselství. Tedy, že duševně nemocní jsou vlastně stejní jako ostatní, ale zároveň jsou něčím jedineční. Tyto vlastnosti se nemusí automaticky vylučovat, mohou fungovat ve vzájemné symbióze, ale je možné, že vysílání protichůdných signálů zmate příjemce obsahu, který si nebude jistý tím, jak to tedy ve skutečnosti je. Zde by mohlo být lépe vysvětleno, že „jedinečný“ je především průběh onemocnění, který je někdy obtížně pochopitelný pro jedince, kteří s ním nemají zkušenost. Mírně nerealisticky může působit i uvádění příběhů, které mají vesměs šťastný konec. Ve skutečnosti se

samozřejmě každý nevyлéčí, někoho poznamená hospitalizace negativně a další se pokusí o sebevraždu ještě třikrát. Zde je ovšem důležité pamatovat na to, že prezentace téměř výhradně pozitivních příkladů nejspíš vychází z destigmatizační praxe. Vynechávání příběhů s tragickým či nešťastným koncem se děje s cílem nezpůsobovat možné napodobení pokusů o sebevraždu. Autoři pravděpodobně ani nechtějí prohlubovat těžké stavy u duševně nemocných či vzbudit u veřejnosti dojem, že jejich léčba nemá smysl.

Jelikož jsem se v práci zabývala nalezením rámců v cyklu Život za zdí, v seriálu Nejsi sám a v sérii Moje terapie, je třeba upozornit, že výsledek analýzy reflektuje jen část novinářských výstupů zaměřených na destigmatizaci duševních nemocí. Ty se navíc zaměřují pouze na duševní poruchy z kategorie F00-F69 MKN-10. Diplomová práce spíše nastínila, jakým způsobem komunikují téma duševních nemocí novináři, kteří se zaměřují na boj se stigmatizací. K získání kompletního obrazu by byla třeba další analýza, doplněná například o kvantitativní přístup. Limitem této práce je využití pouze kvalitativního přístupu, který sice poskytuje hlubší vhled do dané problematiky, je ale omezen subjektivním vnímáním autorky a oproti kvantitě jsou jeho výsledky hůře zobecnitelné. I tak ale věřím, že práce poskytla zajímavý náhled na to, jakým způsobem rámcují autoři vybraných destigmatizačních výstupů téma duševních nemocí.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo identifikování rámců, které se objevují ve vybraných novinářských výstupech zaměřených na destigmatizaci duševních onemocnění – konkrétně v dokumentárním cyklu Život za zdí, v online seriálu Nejsi sám a v podcastové sérii Moje terapie. V teoretické části jsem nejprve definovala duševní onemocnění a představila jsem Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10, kterou jsem v souladu s obsahem analyzovaných materiálů a teoretických podkladů zúžila na duševní poruchy z kategorií F00-F69. Poté jsem vysvětlila koncept stigmatizace. Popsala jsem, jak stigma vzniká a jak se přenáší se zaměřením na to, jakou roli v tom hrají média. Zde jsem se věnovala představení dosavadních empirických výzkumů na toto téma, které potvrzují stigmatizaci duševně nemocných v médiích. Následně jsem přiblížila základní přístupy destigmatizace v médiích a popsala jsem doporučení v manuálech určených přímo pro žurnalisty. Na závěr teoretické části jsem definovala teoretické koncepty vlivu médií, nastolování agendy a rámcování.

V metodologické části jsem popsala zásady kvalitativního výzkumu a postup metody zakotvené teorie, dle které jsem přistupovala k analýze rámců. Vysvětlila jsem, jak probíhal výběr výzkumného vzorku, nadefinovala jsem cíl výzkumu a určila jsem hlavní výzkumnou otázku: Jakým způsobem rámcovaly téma duševních onemocnění vybrané novinářské výstupy?

V analytické části odpovídám na tuto otázku. V dokumentárním cyklu Život za zdí, v online seriálu Nejsi sám a v audio sérii Moje terapie jsem identifikovala 10 rámců, které jsem tematicky rozřídila do tří nadřazených kategorií. První kategorie, duševní onemocnění a jejich demýtizace, se skládá ze tří rámců, které spojuje téma stigmatizace. Informační rámec vidí duševní onemocnění jako nemoc, se kterou se pojí řada mýtů a předsudků, které se snaží vyvrátit poskytováním velkého množství ověřených informací. Rámec předsudků zobrazuje dopady stigmatizace, především diskriminaci duševně nemocných. Jako řešení navrhuje otevřenou debatu ve společnosti, která sníží stigmatizaci, a tedy i neférové jednání k duševně nemocným. Kategorii uzavírá rámec překážek v léčbě, který vidí duševní onemocnění jako nemoc, kterou je kvůli postojům společnosti obtížné léčit. Velkým tématem tohoto rámce je kromě strachu z nálepky bláznů, který nemocným brání ve vyhledání pomoci, i tradiční pojetí genderových rolí ve společnosti. Ty jsou brány

jako faktory, které zhoršují stav nemocného (hlavně mužů) a zabraňují mu v léčbě. Řešení by mohlo podle analyzovaných výstupů spočívat v přijetí alternativnějších pohledů na rozdělení ženských a mužských rolí.

Druhá kategorie, osobní příběhy jako klíč k porozumění, je postavená na rozhovorech s duševně nemocnými. Rámcování duševních onemocnění jako unikátní zkušenosti, kterou je třeba sdílet se společností, aby se v ní probudilo pochopení, se věnuje rámcem jedinečnosti. Dále jsem identifikovala rámcem prvotního tápání, který zobrazuje duševní onemocnění jako nemoc, která se často, a hlavně z počátku, projevuje diametrálně odlišnými příznaky. Rámec tak varuje před stereotypním zobrazováním duševních onemocnění. Téma sebevraždy se objevuje v rámci dopadu na dno, který zobrazuje duševní onemocnění jako nemoc, která může častěji než jiné onemocnění skončit sebevraždou. Rámec cílí na snížení sebevražedného chování tím, že ho citlivě zobrazuje a vysvětluje. Na povzbuzení nemocných i jejich blízkých se zaměřuje rámcem poskytování naděje, který zobrazuje duševní onemocnění jako nemoc, u které často chybí motivace k léčbě.

Poslední analyzovaná kategorie, tedy důraz na systematická řešení, seskupuje rámce, které se zabývají formálními možnostmi, jak zlepšit přístup k duševně nemocným. Rámec důležitosti včasné prevence ukazuje duševní onemocnění jako nemoc, u které je možné cíleně předcházet rozvoji těžkých stavů a pokusům o sebevraždu. Navrhuje praktická řešení jako jsou bariéry na mostech, v metru či u železničních přejezdů. Rámec pomocí okolí se soustředí na to, jakou roli hrají v průběhu onemocnění blízcí. Jsou zde nabízeny i kontakty na pomoc a instrukce o tom, jak postupovat při jejím hledání. Kategorii uzavírá rámcem léčby, který se soustředí na její možnosti. Duševní onemocnění je podle tohoto rámce značně individuální a každému může vyhovovat jiný léčebný přístup. Duševní poruchy jsou zde ale především rámcovány jako nemoc, která musí být léčena.

Analýza cyklu Život za zdí, seriálu Nejsi sám a série Moje terapie ukázala, že vybrané mediální výstupy, které se zaměřují na destigmatizaci, hovoří o duševních onemocněních jako o nemocech, u kterých chybí ve společnosti dostatek správných informací, v důsledku čehož jsou duševně nemocní stigmatizováni a často se brání léčbě. Duševní poruchy jsou pohledem analyzovaných výstupů také unikátní zkušeností, která se může pro každého mírně lišit, a proto je důležité upozorňovat na jejich variabilitu. Jejich odlišný prožitek způsobuje, že pro každého může být vhodný jiný typ léčby. Častěji, než jiný typ nemoci

mohou končit sebevraždou, kvůli čemuž je třeba nemocné motivovat, pomáhat jim a přicházet se systematickými řešeními, jak zvýšené suicidalitě předcházet. K nápravě může podle analyzovaných materiálů dojít především vyšší mírou informovanosti, změnou tradičních pohledů na rozdělení rolí ve společnosti a vedením dialogu s duševně nemocnými.

Jak popisují v diskusi, výzkum rovněž ukázal, že identifikované rámce ve velké míře korespondovaly s doporučeními, které se objevují jak v destigmatizačních manuálech pro novináře, tak v odborných publikacích psychiatrických lékařů. Vzhledem k úspěšnosti vybraných projektů je tedy možné říci, že při tvorbě destigmatizujících obsahů se spíše vyplatí následovat odborné publikace, které poskytují tipy, jak materiál citlivě zpracovat. Diplomová práce nastínila, jakým způsobem je rámcováno téma duševních nemocí ve vybraných materiálech zaměřených na jeho destigmatizaci. K získání kompletního obrazu by bylo třeba provést další analýzy na více materiálech.

Summary

The dissertation thesis aimed to identify the frameworks that appear in selected media outputs, which focus on the destigmatization of mental illness – specifically in the documentary series ‘Life Behind the Wall’, in the online documentary series ‘You Are Not Alone’ and in the podcast series ‘My Therapy’. In the theoretical part, mental illness was first defined, and the International Classification of Diseases ICD-10 was introduced, which, in accordance with the content of the analyzed materials and theoretical background, was narrowed down to mental disorders from categories F00-F69. Second, the concept of stigmatization was explained. It was described how stigma arises and how it is transmitted, and the role that the media play in it. In this context, previous empirical research which confirms the stigmatization of the mentally ill in the media was presented. Subsequently, basic approaches of destigmatization in the media were explored and recommendations in manuals designed specifically for journalists were described. At the end of the theoretical part, theoretical concepts of media influence, agenda-setting and framing were defined.

In the methodological part, the principles of qualitative research and the procedure of the

grounded theory method were described, according to which the analysis of frames was approached. Selection of the research sample was explained, the goal of the research was defined, and the main question of the research was identified: How did the selected media outputs frame the topic of mental illness?

In the analytical part, this question has been answered. In the documentary series 'Life Behind the Wall', in the online series 'You Are Not Alone' and in the podcast series 'My Therapy' ten frames were identified, which were thematically divided into three superior categories. The first category, 'mental illness and their demystification', consists of three frames, which are connected by the theme of stigmatization. The 'information frame' sees mental illness as a disease associated with a number of myths and prejudices, which it seeks to dispel by providing a large amount of verified information. The 'frame of prejudices' shows the effects of stigmatization, especially discrimination against the mentally ill. As a solution, an open social debate is proposed, to reduce stigma, and therefore unfair treatment of the mentally ill. The category is closed by 'barriers to treatment frame', which sees mental illness as a disease that is difficult to treat due to society's attitudes. A major theme of this framework is, in addition to the fear of being labelled as crazy, which prevents the mentally ill from seeking help, the traditional concept of gender roles in society. These are taken as factors that worsen the condition of the patient (especially men) and prevent them from treatment. According to the analyzed outputs, the solution could consist of adopting alternative views on the division of female and male roles.

The second category, 'personal stories as the key to understanding', is based on interviews with the mentally ill. Framing mental illness as a unique experience that needs to be shared with society to awaken understanding is explored with the 'frame of uniqueness'. Furthermore, the 'frame of the initial confusion' has been identified, which depicts mental illness as a disease that often, and especially from the beginning, manifests itself in diametrically different symptoms. The framework thus warns against stereotypical depictions of mental illness. The theme of suicide appears in the 'downfall frame', which portrays mental illness as a disease that can end in suicide more often than other illnesses. The frame aims to reduce suicidal behavior by sensitively portraying and explaining it. The 'frame of providing hope', which portrays mental illness as a disease that often lacks

motivation for treatment, focuses on encouraging patients and their loved ones.

The last category analyzed, i.e., ‘the emphasis on systematic solutions’, groups together frames that address formal options for improving access to the mentally ill. The ‘frame of the importance of early prevention’ shows mental illness as a disease in which it is possible to prevent the development of severe conditions and suicide attempts. It proposes practical solutions such as barriers on bridges, in the metro or at railway crossings. The ‘neighborhood assistance frame’ focuses on the role that loved ones play during illness. There are also contacts to help and instructions on how to proceed in finding it. The category is closed by the ‘treatment frame’, which focuses on its possibilities. According to this frame, mental illness is highly individual and different treatment approaches may suit different individuals. Overall, however, mental disorders are mainly framed as a disease that must be treated.

An analysis of the ‘Life Behind the Wall’ documentary series, ‘You Are Not Alone’ and ‘My Therapy’ has shown that selected media outlets that focus on destigmatization speak of mental illness as a disease that lacks enough correct information in society, causing that mentally ill are stigmatized and thus often resist treatment. Mental disorders are also a unique experience in terms of the analyzed outcomes, which can be slightly different for each individual, and therefore it is important to draw attention to their variability. Individuals’ different experiences mean that a different type of treatments may be more suitable than one type of treatment applied to everyone. More often than in other types of illnesses, mental illness can lead to suicide, which requires motivating patients, helping them, and coming up with systematic solutions to prevent increased suicidality. According to the analyzed materials, the correction can be achieved mainly by a higher level of awareness, a change in traditional views on the division of roles in society, and by conducting a dialogue with the mentally ill.

As described in the discussion, the research also showed that the identified frameworks largely corresponded to the recommendations that appear both in the destigmatization manuals for journalists and in the professional publications by psychiatrists. Given the success of selected projects, it is possible to say that when creating destigmatizing content, it is more worthwhile to follow professional publications, which provide tips on how to

process the material sensitively. The dissertation outlined how the topic of mental illness is framed in selected materials focused on its destigmatization. However, to gain a comprehensive picture of the issue in question, additional analyzes various materials would be needed.

Použitá literatura

BÁRTLOVÁ, Sylva. Disease as a stigma. *Kontakt* [online]. 2006, **8**(2), 265-271 [cit. 2020-12-12]. ISSN 12124117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2006.044

BÁRTLOVÁ, Sylva. Příspěvek T. Parsonse k rozvoji sociologie medicíny a zdravotnictví. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2006, **2006a**(1), 93-100. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/273307389_Prispevek_T_Parsonse_k_rozvoji_sociologie_medieiny_a_zdravotnictvi

BERGER, Peter L. a Thomas LUCKMANN. *Sociální konstrukce reality: pojednání o sociologii věděni*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999. ISBN 80-85959-46-1.

Diagnóza F slaví 100 dílů. In: *Wave.rozhlas.cz* [online]. 2013 [cit. 2020-11-24]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/diagnoza-f-slavi-100-dilu-5203038>

CORRIGAN, P. W., D. ROWAN, A. GREEN, R. LUNDIN, P. RIVER, K. UPHOFF-WASOWSKI, K. WHITE a M. A. KUBIAK. Challenging Two Mental Illness Stigmas: Personal Responsibility and Dangerousness. *Schizophrenia Bulletin* [online]. 2002, **28**(2), 293-309 [cit. 2020-12-12]. ISSN 0586-7614. Dostupné z: doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006939

CORRIGAN, Patrick W., Amy C. WATSON, Gabriela GRACIA, Natalie SLOPEN, Kenneth RASINSKI a Laura L. HALL. Newspaper Stories as Measures of Structural Stigma. *Psychiatric Services* [online]. 2005, **56**(5), 551-556 [cit. 2020-12-12]. ISSN 1075-2730. Dostupné z: doi:10.1176/appi.ps.56.5.551

COVERDALE, John, Raymond NAIRN a Donna CLAASEN. Depictions of Mental Illness in Print Media: A Prospective National Sample. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* [online]. 2002, **36**(5), 697-700 [cit. 2020-12-12]. ISSN 0004-8674. Dostupné z: doi:10.1046/j.1440-1614.2002.00998.x

DYER, Richard. The Role of Stereotypes. *Media Studies: a Reader*. 2nd Edition. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1999, s. 245-251. ISBN 9780748637843.

VREESE, Claes H. News framing. *Information Design Journal* [online]. 2005, **13**(1), 51-62 [cit. 2020-12-12]. ISSN 0142-5471. Dostupné z: doi:10.1075/idjdd.13.1.06vre

EDNEY, D. R. Mass Media and Mental Illness: A Literature Review. Ontario: Canadian Mental Health Association 2004. https://ontario.cmha.ca/wp-content/files/2012/07/mass_media.pdf

ENTMAN, R. M. (1993) Framing: toward clarification of a fractured paradigm, *Journal of Communication*, 43(4), 51–58.

ETZERSDORFER, Elmar a Gernot SONNECK. Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The viennese experience 1980–1996. *Archives of Suicide Research* [online]. 1998, 4(1), 67-74 [cit. 2020-12-12]. ISSN 1381-1118. Dostupné z: doi:10.1080/13811119808258290

FEEZELL, Jessica T., Rebecca A. GLAZIER a Amber E. BOYDSTUN. Framing, identity, and responsibility: do episodic vs. thematic framing effects vary by target population? *Politics, Groups, and Identities* [online]. 2019, , 1-22 [cit. 2020-12-12]. ISSN 2156-5503. Dostupné z: doi:10.1080/21565503.2019.1584751

GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4.

GIDDENS, Anthony. *Důsledky modernity*. 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2010. Post (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-035-3.

GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Most (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-864-2921-0.

GOFFMAN, Erving. *Frame Analysis: An Essay of Organization of Experience*. Boston: Northeastern University Press, 1986. ISBN: 9780930350918

HALL, Stuart (ed.). *Representation: Cultural representations and signifying practices*. 1. vyd. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage, 2001. 400 s. ISBN 0-7619-5432-5.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Ilustroval Karel NEPRAS. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HINTERHUBER, Hartmann, U. (2001) Stigma schizofrenie: snaha o jeho překonání. *Psychiatrie pro praxi*, 2(5), 2001. 216–220. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200105-0006_Stigma_schizofrenie_snaha_o_jeho_prekonani.php?l=en

HUNTER INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. *Mindframe: Reporting suicide and mental illness: A Mindframe resource for media professionals* [online]. Newcastle: Hunter Institute of Mental Health, 2014 [cit. 2020-12-12]. ISBN 978-1-74241-994-7. Dostupné z: <https://mindframemedia.imgix.net/assets/src/uploads/Mindframe-for-media-book.pdf>

IYENGAR, Shanto. Framing Responsibility for Political Issues. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* [online]. 2016, 546(1), 59-70 [cit. 2020-12-12]. ISSN 0002-7162. Dostupné z: doi:10.1177/0002716296546001006

JIRÁK, Jan a Barbara KÖPPLOVÁ. *Masová média*. 2., přepracované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0743-6.

KALVAS, František, Jan VÁNĚ, Martina ŠTÍPKOVÁ a Martin KREIDL. *Rámcování a*

nastolování agendy: Dva paralelní procesy v interakci. *Sociologicky casopis/Czech Sociological Review*, 2012, roč. 48, s. 3-37. ISSN 0038-0288.

KING, Tania L., Marissa SHIELDS, Victor SOJO, Galina DARAGANOVA, Dianne CURRIER, Adrienne O'NEIL, Kylie KING a Allison MILNER. Expressions of masculinity and associations with suicidal ideation among young males. *BMC Psychiatry* [online]. 2020, **20**(1) [cit. 2020-12-12]. ISSN 1471-244X. Dostupné z: doi:10.1186/s12888-020-2475-y

KITZINGER, Jenny. Framing and frame analysis. In: Devereux, Eoin ed. *Media Studies: Key Issues and Debates*, London: Sage, 2007, pp. 134-161.

LINK, B G, J C PHELAN, M BRESNAHAN, A STUEVE a B A PESCOSOLIDO. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health* [online]. 1999, **89**(9), 1328-1333 [cit. 2020-12-12]. ISSN 0090-0036. Dostupné z: doi:10.2105/AJPH.89.9.1328

LINK, Bruce G. a Jo C. PHELAN. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology* [online]. 2001, **27**(1), 363-385 [cit. 2020-12-12]. ISSN 0360-0572. Dostupné z: doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363

LLOYD, Beverley a Penelope HAWE. *Solutions forgone? How health professionals frame the problem of postnatal depression* [online]. 2003, **57**(10), 1783-1795 [cit. 2020-12-22]. ISSN 02779536. Dostupné z: doi:10.1016/S0277-9536(03)00061-3

MCCOMBS, Maxwell E. *Agenda setting: nastolování agendy: masová média a veřejné mínění*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-591-2.

MCCOMBS, Maxwell E. a SHAW, Donald L. The Agenda-Setting Function of Mass Media. *The Public Opinion Quarterly* [online]. 1972, Vol. 36, No. 2., pp. 176-187
Published by: Oxford University Press on behalf of the American Association for Public Opinion Research Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/2747787>

MCNAIR, Brian. *Sociologie žurnalistiky*. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-840-6.

MCQUAIL, Denis. *Úvod do teorie masové komunikace*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-200-9.

MCQUAIL, Denis. *Žurnalistika a společnost*. Přeložil Alice NĚMCOVÁ TEJKALOVÁ, přeložil Roman HÁJEK, přeložil Marta CHROMÁ. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3093-9.

Media 'unfairly stigmatises mental illness'. *BBC News* [online]. 2020: British Broadcasting Corporation, 2000 [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/635415.stm>

MILLS, Jane, Karen FRANCIS a Ann BONNER. Getting to know a stranger—rural nurses' experiences of mentoring: A grounded theory. *International Journal of Nursing*

Studies [online]. 2008, **45**(4), 599-607 [cit. 2020-12-22]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.12.003

Mindset: Reporting on Mental Health. *Mindset Reporting on Mental Health* [online]. Canada: The Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma, 2020, s. 1-81 [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: <https://sites.google.com/a/journalismforum.ca/mindset-mediaguide-ca/mindset-download>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče ČR*. Ministerstvo zdravotnictví: sekce strategií / odbor koncepcí a strategií, 2013. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/strategie-reformy-psychiatricke-pece?typ=download>

NAWKOVÁ, Lucie, Tereza ADÁMKOVÁ, Petra HOLCNEROVÁ, Michal MIOVSKÝ Alexander NAWKA. Obraz duševních poruch v tištěných médiích. In: *Psychiatrie* 2010 (14/2), s. 85-90. Dostupné z: <https://adoc.pub/obraz-duevnich-poruch-v-titinych-mediich.html>

NAWKOVÁ, Lucie et al. Vyobrazení osob s duševním onemocněním v českých, chorvatských a slovenských tištěných médiích. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2010a, roč. 106, č. 6, s. 351-356. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.eu/archiv.php>

NĚMCOVÁ TEJKALOVÁ, Alice. *Ti druzí sportovci: mediální stereotypizace a rámcování handicapovaných v tisku v letech 1948-2008*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2038-1.

NÚDZ. *Destigmatizační manuál* [online]. Praha, 2018, [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: <https://narovinu.net/materialy/>

NÚDZ. *Media Guide* [online]. Praha, 2019, [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: <https://narovinu.net/materialy/>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče ČR*. Ministerstvo zdravotnictví: sekce strategií / odbor koncepcí a strategií, [online]. 2013. [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/strategie-reformy-psychiatricke-pece?typ=download>

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

PETRUNIK, Michael. The Rise and Fall of "Labelling Theory": The Construction and Destruction of a Sociological Strawman." *The Canadian Journal of Sociology / Cahiers Canadiens De Sociologie* [online]. 1980, 5, no. 3, [cit. 2020-12-12]. 213-33. doi:10.2307/3340175.

PHILO, Greg, Jenny SECKER, Steve PLATT, Lesley HENDERSON, Greg MCLAUGHLIN a Jocelyn BURNSIDE. The impact of the mass media on public images of mental illness: media content and audience belief. *Health Education Journal* [online]. 2016, **53**(3), 271-281 [cit. 2020-12-12]. ISSN 0017-8969. Dostupné z: doi:10.1177/001789699405300305

Praško, Jan, Tomáš, DIVEKY, Dana KAMARÁDOVÁ, Daniela JELENOVÁ, Aleš GRAMBAL, Barbora MAINEROVÁ, Klára LÁTALOVÁ, Zuzana SIGMUNDOVÁ a Petr ŠÍLHÁN. Stigmatizace a psychická porucha. [online]. *Psychiatr pro praxi*, 2012, vol. 13, 3, [cit. 2020-12-12]. 100-103

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha: Galén. [online]. 2017. [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

REESE, Stephen D. The Framing Project: A Bridging Model for Media Research Revisited. *Journal of Communication* [online]. 2007, **57**(1), 148-154 [cit. 2020-12-12]. ISSN 00219916. Dostupné z: doi:10.1111/j.1460-2466.2006.00334.x

REIFOVÁ, Irena. *Slovník mediální komunikace*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-926-7.

RITCHIE, Hannah, ROSER, Max. Mental Health. *Published online at OurWorldInData.org*. [online]. 2018. [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: <https://ourworldindata.org/mental-health>

SEDLÁKOVÁ, Renáta. *Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada, 2014. Žurnalistika a komunikace. ISBN 978-80-247-3568-9.

SEMETKO, Holli A. a Patti M. VALKENBURG. Framing European politics: A Content Analysis of Press and Television News. *Journal of Communication* [online]. 2000, **50**(2), 93-109 [cit. 2020-12-12]. ISSN 0021-9916. Dostupné z: doi:10.1111/j.1460-2466.2000.tb02843.x

SCHEFF, T. J. The Labelling Theory of Mental Illness. *American Sociological Review* [online]. 1974, 39, 444-52. [cit. 2020-12-12]. <http://www.jstor.org/stable/2094300>.

SMITH, Benjamin K., Andrea FIGUEROA-CABALLERO, Samantha CHAN, Robert KOVACS, Errin MIDDOD, Richard PALACIOS, Supriya YELIMELI a Michael STOHL. Framing Daesh: Failures and Consequences. *Perspectives on Terrorism* [online]. 2016, 2016, **10**(4), 40-50 [cit. 2020-12-22]. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/26297617>

SRIVASTAVA, Kalpana, Suprakash CHAUDHURY, P.S. BHAT, Swaleha MUJAWAR. Media and mental health. *Industrial psychiatry journal* [online]. 2018 vol. 27,1, 1-5. 109 [cit. 2020-12-12]. doi:10.4103/ipj.ipj_73_18 Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6198586/>

Stigma watch. In: *Narovinu.net* [online]. 2020 [cit. 2020-09-24]. Dostupné z: <https://narovinu.net/stigmawatch/>

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a*

techniky metody zakotvené teorie. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE (WHO). *Mental Health: Fact Sheet* [online]. 2019 [online]. dostupné z: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_FactSheet_ENG.pdf

TABERY, Paulína. První a druhý stupeň nastolování agendy (agenda-setting), rámcování (framing) a vypíchnutí (priming). *Agenda-setting: teoretické přístupy* [online]. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR, 2008, s. 28-39 [cit. 2020-12-12]. ISBN 978-80-7330-151-4. Dostupné z: <https://www.soc.cas.cz/en/publication/agenda-setting-teoreticke-pristupy>

THORNICROFT, Graham. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, c2011. ISBN 978-80-260-0302-1.

THORNICROFT, Graham, Diana ROSE, Aliya KASSAM a Norman SARTORIUS. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry* [online]. 2007, **190**(3), 192-193 [cit. 2020-12-13]. ISSN 0007-1250. Dostupné z: doi:10.1192/bjp.bp.106.025791

THORNICROFT, Graham, Elaine BROHAN, Diana ROSE, Norman SARTORIUS a Morven LEESE. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet* [online]. 2009, **373**(9661), 408-415 [cit. 2020-12-13]. ISSN 01406736. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(08)61817-

VAN BEVEREN, Laura, Kris RUTTEN, Gunnel HENSING, et al. A Critical Perspective on Mental Health News in Six European Countries: How Are “Mental Health/Illness” and “Mental Health Literacy” Rhetorically Constructed? *Qualitative Health Research* [online]. 2020, **30**(9), 1362-1378 [cit. 2020-12-13]. ISSN 1049-7323. Dostupné z: doi:10.1177/1049732320912409

VALLASTE, Katri. The dynamics of comparative frame analysis. In: *ECPR Joint Sessions 2009, Lisbon, April 14-19, 2009* [online]. 2009, s. 1-25 [cit. 2020-12-22]. Dostupné z: <https://ecpr.eu/Events/Event/PaperDetails/11386>

YATES, Peter. “It’s Just the Abuse that Needs to Stop”: Professional Framing of Sibling Relationships in a Grounded Theory Study of Social Worker Decision Making following Sibling Sexual Behavior. *Journal of Child Sexual Abuse* [online]. 2020, **29**(2), 222-245 [cit. 2020-12-22]. ISSN 1053-8712. Dostupné z: doi:10.1080/10538712.2019.1692399

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí Česká verze. In: *mkn10.uzis.cz* [online]. 2020 [cit. 2020-12-13]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>

Seznam analyzovaných výstupů

Nejsi sám

Nejsi sám: Projekt Aktuálně.cz o sebevraždách mužů v Česku. In: *Aktuálně.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-12-13]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/nejsi-sam/r~8a29017a2e3511e9b73eac1f6b220ee8/>

Muži končí sebevraždou častěji než ženy. Neumí mluvit o svých problémech. In: *Aktuálně.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/nejsi-sam-1-kapitola/r~f7e34ad82ab411e996370cc47ab5f122/>

V cestě stojí plot. Skočit pod vlak je těžší, když musí člověk přelézt bariéru. In: *Aktuálně.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/nejsi-sam-2-kapitola/r~7d47ffb83bfc11e98a200cc47ab5f122/>

Každý nepatří do léčebny. Jak péče na míru pomáhá snižovat počet sebevražd. In: *Aktuálně.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/nejsi-sam-3-kapitola/r~f308a6883fff11e9be22ac1f6b220ee8/>

Jak naučit chlapy otevřít se. Říct si o pomoc je snazší než spáchat sebevraždu. In: *Aktuálně.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/nejsi-sam-4-kapitola/r~8c9c0c50441411e9b2a00cc47ab5f122/>

Moje terapie

Začíná podcast Moje terapie. Poslechněte si příběhy lidí, kteří se rozhodli nebýt na své problémy sami. In: *Wave.rozhlas.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/zacina-podcast-moje-terapie-poslechnete-si-pribehy-lidi-kteri-se-rozhodli-nebyt-8094240>

Moje terapie, epizoda 1: Tajemství je destruktivní. In: *Wave.rozhlas.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/moje-terapie-epizoda-1-tajemstvi-je-destruktivni-8100512>

Moje terapie, epizoda 2: Vystoupit z rozjetého vlaku. In: *Wave.rozhlas.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/moje-terapie-epizoda-2-vystoupit-z-rozjeteho-vlak-8108024>

Moje terapie, epizoda 3: Povinnost být perfektní. In: *Wave.rozhlas.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/moje-terapie-epizoda-3-povinnost-byt-perfektni-8112064>

Moje terapie, epizoda 4: Zjistit, kdo jsem. In: *Wave.rozhlas.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/moje-terapie-epizoda-4-zjistit-kdo-jsem-8115244>

Moje terapie, epizoda 5: Když vypne tělo. In: *Wave.rozhlas.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/moje-terapie-epizoda-5-kdyz-vypne-telo-8118580>

Moje terapie, epizoda 6: Intimní cizinky. In: *Wave.rozhlas.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/moje-terapie-epizoda-6-intimni-cizinky-8121624>

Život za zdí

Život za zdí. In: *Youtube* [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/c/%C5%BDIVOTZAZD%C3%8D/about>

3. DÍL: KDYŽ ÚZKOST BOLÍ. In: *Youtube* [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=YYhz4p1hU6g&t=1s>

4. DÍL: KONCENTROVANÁ BEZNADEJ. In: *Youtube* [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=HGSgNVb5MwM&t=287s>

5. DÍL: TĚLESNÉ PŘÍZNAKY ÚZKOSTI A DEPRESE. In: *Youtube* [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=AC5yNUPRk4Q&t=30s>

6. DÍL: PRVNÍ KONTAKT S PSYCHIATRIÍ. In: *Youtube* [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=4wx0w6SI1Ds>

7. DÍL: PROJEVY ÚZKOSTI. In: *Youtube* [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=0mxHLdfErLU>

8. DÍL: PROJEVY DEPRESE. In: *Youtube* [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=cqPxxxLsjMM>

9. DÍL: ANTIDEPRESIVA. In: *Youtube* [online]. 2018 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=cqPxxxLsjMM>

10. DÍL: ANXYOLITIKA (NEJPOUŽÍVANĚJŠÍ LÉKY PROTI ÚZKOSTI). In: *Youtube* [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=uC4J9Kw-xH8>

11. DÍL: VLIV STRAVY, JEJICH DOPLŇKŮ A NIKOTINU NA VZNIK A ROZVOJ DEPRESÍ A ÚZKOSTÍ. In: *Youtube* [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=jq6D6GXtPSM>

12. DÍL: AKUTNÍ STAVY (PRŮBĚH TĚŽKÉ DEPRESE A PANICKÉ ATAKY). In: *Youtube* [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z:

https://www.youtube.com/watch?v=TVXW4EmQd_s&t=1s

13. DÍL: NEODKLADNÁ PÉČE (POMOC ZÁCHRANNÉ SLUŽBY PŘI ZÁCHVATECH MASIVNÍ ÚZKOSTI). In: *Youtube* [online]. 2017 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=ech4Nu9KQ5c>

14. DÍL: SEBEVRAŽDA. In: *Youtube* [online]. 2018 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=O14777zyoUs>

15. DÍL: KRIZOVÁ INTERVENCE. In: *Youtube* [online]. 2018 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=8pc8Y6MY0L8>

16. DÍL: HOSPITALIZACE. In: *Youtube* [online]. 2018 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=mnNqBydOnS0&t=1s>

17. DÍL: LÉČBA PROUDEM. In: *Youtube* [online]. 2018 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: https://www.youtube.com/watch?v=U_rJqZC4GyY

18. DÍL: TAJEMSTVÍ SPÁNKU. In: *Youtube* [online]. 2018 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=2JssRSeEaMo&t=414s>

19. DÍL: INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE. In: *Youtube* [online]. 2018 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=WWZiNp5i9xg>

20. DÍL: SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE. In: *Youtube* [online]. 2018 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=WWZiNp5i9xg>

21. DÍL: SPIRITUÁLNÍ PÉČE. In: *Youtube* [online]. 2018 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=V8UEU4q0Vlk>

22. DÍL: ARTETERAPIE. In: *Youtube* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=2ZIW1YEO9U0>

23. DÍL: PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA. In: *Youtube* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=6rUIZRIRJWU>

24. DÍL: PRÁCE S TĚLEM. In: *Youtube* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=YwpkBIUPCdg>

25. DÍL: PRÁCE S MYŠLENKAMI (KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE A MINDFULNESS). In: *Youtube* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=gSCvtZfV1Fc&t=2s>

26. DÍL: PORUCHY OSOBNOSTI A MÝTUS PSYCHOPATA. In: *Youtube* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=y3uUv6Fp2rI&t=3748s>

27. DÍL: ZÁVISLOSTI (ALKOHOL, SEDATIVA A HYPNOTIKA, NIKOTIN). In: *Youtube* [online]. 2019 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z:

<https://www.youtube.com/watch?v=sSbqX6CUI38&t=2s>

28. DÍL: PANICKÁ PORUCHA (PŘÍČINY, PROJEVY A ZVLÁDÁNÍ). In: *Youtube* [online]. 2020 [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=SWSUOyMQ0VA&t=3s>

Teze Diplomové práce

| Institút komunikačných štúdií a žurnalistiky FSV UK Teze MAGISTERSKÉ diplomové práce | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|------------|------------------|--------|-------------|------------|--|
| TUTO ČÁST VYPLŇUJE STUDENT/KA: | | | | | | | | | |
| Příjmení a jméno diplomantky/diplomanta: Nováková Barbora | Razítko podatelny: <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> Univerzita Karlova Fakulta sociálních věd </td> </tr> <tr> <td>Došlo dne:</td> <td style="text-align: center;">15 -05- 2019 -1-</td> </tr> <tr> <td>Číslo:</td> <td style="text-align: center;">61 Příloha:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Přiloženo:</td> </tr> </table> | Univerzita Karlova Fakulta sociálních věd | | Došlo dne: | 15 -05- 2019 -1- | Číslo: | 61 Příloha: | Přiloženo: | |
| Univerzita Karlova Fakulta sociálních věd | | | | | | | | | |
| Došlo dne: | | 15 -05- 2019 -1- | | | | | | | |
| Číslo: | | 61 Příloha: | | | | | | | |
| Přiloženo: | | | | | | | | | |
| Imatrikulační ročník diplomantky/diplomanta: 2018 | | | | | | | | | |
| E-mail diplomantky/diplomanta: 24652711@fsv.cuni.cz | | | | | | | | | |
| Studijní obor/forma studia: Žurnalistika | | | | | | | | | |
| Předpokládaný název práce v češtině: Rámčování novinářských kampaní destigmatizujících duševní onemocnění | | | | | | | | | |
| Předpokládaný název práce v angličtině: Framing of journalistic campaigns destigmatizing mental illness | | | | | | | | | |
| Předpokládaný termín dokončení (semestr, akademický rok – vzor: ZS 2012/2013) (diplomovou práci je možné odevzdat <u>nejdříve</u> po dvou semestrech od schválení tezí) LS 2019/2020 | | | | | | | | | |
| Charakteristika tématu a jeho dosavadní zpracování (max. 1800 znaků): <p>Tato diplomová práce se bude zabývat vybranými způsoby, jakými novináři aktivně vystupují proti stigmatizaci duševních nemocí v médiích. Přestože žijeme v době, kdy je dostupná velká řada informací o duševním zdraví, stigmatizace duševně nemocných je stále aktuálním tématem. Za stigmatizaci duševně nemocných samozřejmě nenesou odpovědnost pouze média, ale i literatura, filmy a popkultura. Významná role médií ve stigmatizaci duševně nemocných ovšem byla velmi dobře prozkoumána a popsána v několika zahraničních i českých studiích. Proti tomu se snaží bojovat, jak různé neziskové organizace, tak sama psychiatrická obec. V poslední době se v tomto směru objevuje další trend. Proti stigmatizaci začínají vyvíjet různé aktivity i sami novináři. V České republice jde konkrétně o následující projekty. Dokumentární cyklus „Život za zdí“ novináře Jeronýma Janíčka, dokumentární film a cyklus „Děti úplňku“ navazující na stejnojmenný článek novináře Petra Třešňáka a v neposlední řadě projekt serveru aktuálně.cz nazvaný „Nejsi sám“, který se soustředí na problematiku mužů páchajících sebevraždy. Tyto kampaně či texty vykazují specifické rysy komunikace, které nelze jednoznačně zařadit do běžných žurnalistických kategorií. Jde spíše o druh sociální žurnalistiky, která se zaměřuje na pomoc minoritním skupinám, jde do hloubky a snaží se živou a zajímavou formou informovat o nejrůznějších tématech. Tyto články také přinášejí subjektivní přístup autora v oblasti kompozice, jazyka, stylu, a proto jsou řazeny k materiálům publicistickým nebo analytickým. A také tyto projekty vyvolaly svým specifickým pojetím a tematikou velkou pozornost, což je podle mě důvodem, proč stojí za to analyzovat jejich formát a to bude cílem této práce.</p> | | | | | | | | | |
| Předpokládaný cíl práce, případně formulace problému, výzkumné otázky nebo hypotézy (max. 1800 znaků): <p>Cílem této diplomové práce bude identifikace, analýza a popsání mediálních rámců, které autoři projektů - Život za zdí, Děti úplňku a Nejsi sám, použili.</p> <p>Jako vhodnou metodu pro tento účel jsem zvolila kvalitativní analýzu rámců. Ta má oproti kvantitativnímu přístupu, který pak umožňuje zobecňování na velký počet dat, výhodu v tom, že umožňuje danému problému porozumět do hloubky. Konkrétně budu postupovat podle zakotvené teorie, tak jak ji popisují Strauss a Corbinová. Nejprve provedu otevřené kódování, díky němuž se postupně vynoří samotné rámce. Tak budou určeny způsoby, jakým jsou témata zobrazována, v jakých kontextech se objevují a pomocí jakých nástrojů jsou témata v textu zvýznamňována. Poté, co u</p> | | | | | | | | | |

každého projektu identifikují jejich rámce, provedu kódování axiální, které se soustředí na hledání vazeb mezi jednotlivými rámci. Výhodou induktivního přístupu, který je vlastní např. R. Entmanovi, je, že umožní, aby se vynořily rámce specifické pro toto téma. Vzájemné hledání vazeb potom umožní určit nejpoužívanější rámce v tomto typu mediální komunikace. Tyto rámce na závěr podrobím komparaci s rámci odborných destigmatizačních manuálů a publikací, což ukáže, zda kampaně korespondují s doporučenými postupy nebo zda šly vlastní cestou, která se také ukázala jako funkční. Kromě toho, že tedy budou identifikovány nejpoužívanější (tedy funkční) rámce využívané v boji se stigmatizací duševních onemocnění, budou tyto rámce porovnány s doporučenými postupy, což zase prověří jejich využití v praxi, případně se ukáže, zda existují i jiné nové rámce, které by mohly být využívány. Výsledky by mohly sloužit jako nástroj při tvorbě dalších podobných kampaní, což bude hlavním přínosem této práce.

Předpokládaná struktura práce (rozdělení do jednotlivých kapitol a podkapitol se stručnou charakteristikou jejich obsahu):

- **Úvod**
- **Teoretická část**
- V teoretické části práce budou popsány koncepty, které budou prakticky zkoumány v druhé části práce. Podle různých autorů a odborných publikací popíšu koncept duševního zdraví, demografické rozložení duševních nemocí a problematiku stigmatizace. Dále bude tato část obsahovat seznámení s oblastí destigmatizace, kde zmíním odborné texty (zaměřené převážně na novináře) sloužící k destigmatizaci duševních nemocí a jejich společné body neboli rámce, které pak využiji i v samotném závěru analýzy. Co se týká mediálních konceptů, popíšu roli médií v sociální konstrukci reality, nastavování agendy a stigmatizaci duševních nemocí v médiích. Na závěr této části bude teoretické vymezení konceptu rámcování.
- **Metodologická část**
- V této části práce popíšu metodologii výzkumu, který následně aplikuji na vybraný materiál. Popíšu zakotvenou teorii, kde budu postupovat podle více autorů, hlavně však podle Strausse a Corbinové. Dále představím projekty, které jsem vybrala ke zkoumání, a pak bude následovat samotná analýza.
- **Vlastní část**
- Zde představím výsledky výzkumu a jejich interpretace.
- **Závěr**

Vymezení podkladového materiálu (např. titul periodika a analyzované období):

Materiál, který jsem si vybrala ke zpracování je:

- Cyklus „Život za zdí“ novináře Jeronýma Janíčka, který byl oceněn novinářskou cenou české psychiatrické společnosti v roce 2017. Je dostupný na serveru youtube.com (<https://www.youtube.com/channel/UCkb-vPgxhho33rFVRgdq9SA/about>).
- Seriál „Nejsi sám“ serveru Aktuálně.cz od autorů: D. Gaberleho, S. Fendrychové, J. Kropáčka a N. Poljakova. Je dostupný na serveru aktuálně.cz (<https://zpravy.aktualne.cz/nejsi-sam/r-8a29017a2e3511e9b73eac1f6b220ee8/>).
- Projekt „Děti úplňku“, který vzešel ze stejnojmenného článku novináře Petra Třešňáka. Zahrnuje dokumentární film a cyklus na serveru youtube.com. (<https://www.youtube.com/channel/UC9IbFadw251M8SV35PK3ocA/videos>, <https://www.detiuplnku.cz/cs/home/aktuality/>)

Metody (techniky) zpracování materiálu:

Ke zpracování vybraných událostí použiji kvalitativní analýzu rámců. Konkrétně podle zakotvené teorie, tak jak ji popisují Strauss a Corbinová. Bude zahrnuto otevřené a axiální kódování. Po určení několika hlavních kategorií provedu komparativní analýzu mezi rámci, které naleznou ve zpracovaných materiálech, a rámci obsažených v odborných destigmatizačních manuálech.

Základní literatura (nejméně 5 nejdůležitějších titulů k tématu a metodě jeho zpracování; u všech titulů je nutné uvést stručnou anotaci na 2-5 řádků):

BAUDIŠ, P., LIBIGER. (2002) *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, ISBN 8072621041.
Průvodce psychiatrické etiky, ve kterém je mimo jiné rozebírána také otázka stigmatizace duševních onemocnění, včetně sebestigmatizace a možností zlepšení situace.

CORRIGAN, PATRICK W; WATSON, AMY C (2002-02-01). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 1 (1): 16–20.
Autoři popisují význam stigmatu jako takového, také se věnují vysvětlení různých typů stigma a jeho vlivu a dopadu na život stigmatizovaných lidí.

CORBINOVÁ, J., STRAUSS A. (1999) *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení podané ruce, ISBN 80-85834-60-X.
Publikace se soustředí na přesný popis postupů zakotvené teorie. Autoři zde detailně popisují průběh otevřeného, axiálního i selektivního kódování a nabízejí i kapitoly, ve které ukazují jak nasbírané výsledky prezentovat na závěr výzkumu.

ENTMAN, Robert M. (1993) Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of communication*, 43: 51-58. doi:10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x.
Článek pojednává o tom, co jsou rámce, jak jsou v textu využívány a zvýrazňovány určité aspekty takovým způsobem, aby se zviditelnila specifická definice problému, příčinné interpretace, morální hodnocení a případně doporučená řešení popisované skutečnosti.

HENDL, J. (2008) *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-485-4
Příručka, která funguje jako učebnice a účinně popisuje všechny typy kvalitativních metod se všemi fázemi výzkumu jako je sběr dat, kódování, vyhodnocení a interpretace.

MCQUAIL, D. (2009) *Úvod do teorie masové komunikace*. Vydání čtvrté, rozšířené a přepracované. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-574-5.
Velká učebnice teorií masových médií, která se věnuje jak pojmům a modelům, tak i jejich přesahu do mediální praxe. Řeší také účinky médií na společnost, například nastavování agendy.

NĚMCOVÁ TEJKALOVÁ, A. (2012) *Ti druzí sportovci: mediální stereotypizace a rámcování handicapovaných v tisku v letech 1948-2008*. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-2038-1.
V tomto díle je popsána velká komparativní a kvalitativní analýza diskurzu, která řeší především mediální stereotypizaci a rámcování vybraných událostí (handicapovaných sportovců) v dobovém kontextu (1948 – 2008).

SEDLÁKOVÁ, R. (2014) *Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada Publishing. Žurnalistika a komunikace. ISBN 978-80-247-3568-9.
V této publikaci rozebírá autorka nejužívanější výzkumné metody a poskytuje také návod na nejrůznější typy výzkumných šetření.

Diplomové a disertační práce k tématu (seznam bakalářských, magisterských a doktorských prací, které byly k tématu obhájeny na UK, případně dalších oborově blízkých fakultách či vysokých školách za posledních pět let)

Téma, které jsem si vybrala, nebylo ještě přesně zpracováno formou bakalářské, magisterské či doktorské práce, přikládám zde proto práce, které jsou tematicky příbuzné:

HOMOLKOVÁ, Dana. *Proces rámcování mediálních obsahů na příkladu domácího násilí*. Praha, 2012.

70 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut komunikačních studií a žurnalistiky. Katedra mediálních studií. Vedoucí diplomové práce PhDr. Lenka Vochocová

KONOPÁČOVÁ, Jana. Rámcování kampaně Me Too ve vybraných českých médiích. Praha, 2019. 72 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut komunikačních studií a žurnalistiky. Katedra Mediálních studií. Vedoucí diplomové práce PhDr. Lenka Vochocová, Ph.D.

STRAŠKRÁBOVÁ, Eva. Rámcování tématu bezdomovectví českými celostátními médii. Praha, 2018. 125 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut komunikačních studií a žurnalistiky. Katedra mediálních studií. Vedoucí diplomové práce PhDr. Alice Němcová Tejkalová, Ph.D.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Tereza. Stigmatizace lidí s duševním onemocněním z pohledu pacientů s depresí a úzkostmi. Praha, 2017. 62 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra Sociologie. Vedoucí diplomové práce PhDr. Mgr. Vít Horák, Ph.D

WEISSOVÁ, Aneta. Stigmatizace osob s duševním onemocněním. Praha, 2015. 80 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra sociologie. Vedoucí diplomové práce Doc. Milan Tuček, prom. mat., CSc.

WOLFOVÁ, Magdaléna. Zapojení uživatelů do reformy psychiatrické péče. Praha, 2018. 114 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra Veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové práce Mgr. Eva Tušková.

ZOUBKOVÁ, Alice. Rámcování autismu ve vybraných českých médiích a souvisejících diskusích. Praha, 2019. 126 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut komunikačních studií a žurnalistiky. Katedra mediálních studií. Vedoucí diplomové práce PhDr. Lenka Vochocová, Ph.D.

Datum / Podpis studenta/ky

15.5.2019

TUTO ČÁST VYPLŇUJE PEDAGOG/PEDAGOŽKA:

Doporučení k tématu, struktuře a technice zpracování materiálu:

Případné doporučení dalších titulů literatury předepsané ke zpracování tématu:

Potvrzuji, že výše uvedené teze jsem s jejich autorem/kou konzultoval(a) a že téma odpovídá mému oborovému zaměření a oblasti odborné práce, kterou na FSV UK vykonávám.

Souhlasím s tím, že budu vedoucí(m) této práce.

VERONKA NAREK

15.5.2019

Příjmení a jméno pedagožky/pedagoga

Datum / Podpis pedagožky/pedagoga

TEZE JE NUTNO ODEVZDAT VYTIŠTĚNÉ, PODEPSANÉ A VE DVOU VYHOTOVENÍCH DO TERMÍNU UVEDENÉHO V HARMONOGRAMU PŘÍSLUŠNÉHO AKADEMICKÉHO ROKU, A TO PROSTŘEDNICTVÍM PODATELNÝ FSV UK. PŘIJATÉ TEZE JE NUTNÉ SI VYZVEDNOUT V SEKRETARIÁTU PŘÍSLUŠNÉ KATEDRY A NECHAT VEVÁZAT DO OBOU VÝTISKŮ DIPLOMOVÉ PRÁCE.