

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Tereza Radostová

**Možné podoby nábožensky podmíněné stigmatizace
lidí s duševním onemocněním**

**Possible forms of religious-based stigmatisation of
people with mental illness**

Děkuji paní PhDr. Markétě Niederlové, Ph.D. za profesionální trpělivé vedení mé práce a povzbuzení v jejím průběhu. Děkuji také svému manželovi za jeho pochopení a laskavou podporu, které mi umožnily práci dokončit. Poslední dík patří mé rodině a přátelům.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 24. 7. 2021

.....

Tereza Radostová

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá stěžejními kognitivními, afektivními i konativními aspekty stigmatizace duševního onemocnění, a to zejména v kontextu křesťanských církevních společenství. Na základě výsledků zahraničního výzkumu se ukazuje, že duševně nemocní věřící se mohou potýkat s nepochopením, odmítavým postojem a zduchovňováním symptomů svého psychiatrického onemocnění ze strany církevní komunity a církevních autorit. Doposud se této problematice v odborných kruzích věnovalo poměrně málo pozornosti (existuje pouze několik výzkumných studií převážně z anglosaského prostředí). Cílem práce je tedy upozornit odbornou veřejnost na existenci tohoto jevu, možné dopady na celkovou kvalitu prožívání křesťanů s duševním onemocněním a nastínit možné cesty řešení tohoto ožehavého problému. Navrhovaná výzkumná studie by se měla za použití metody zakotvené teorie zabývat fenomenologickou rovinou tohoto tématu.

Klíčová slova: stigmatizace, sebestigmatizace, diskriminace, duševní onemocnění, církevní společenství, stereotypy

Abstract

This bachelor's thesis examines the core cognitive, affective and conative aspects of stigma surrounding mental illness, particularly in the context of Christian church communities. Drawing on international research, it has been shown that believers with mental illness may face misunderstanding, rejection and spiritualization of symptoms of their mental distress by church community and church authorities. To this date, this issue has received relatively little academic attention (with only a few studies, mostly from Anglo-American settings). The aim of this thesis is therefore to draw the attention of the professional community to the existence of this phenomenon, the possible impact on overall quality of life experience of Christians with mental illness and to outline possible ways of addressing this challenging issue. The research proposal uses grounded theory method to address the phenomenological dimension of this topic.

Keywords: Stigma, Self-stigma, Discrimination, Mental illness, Church community, Stereotypes

Obsah

Úvod.....	6
Literárně přehledová část	9
1. Stigma a související pojmy	9
1.1 Vymezení pojmu	9
1.2 Související pojmy.....	10
2. Stigma v kontextu duševního onemocnění.....	12
2.1 Duševní onemocnění	12
2.2 Stigma v kontextu duševního onemocnění.....	12
2.3 Důsledky stigmatizace osob s duševním onemocněním	18
3. Specifika stigmatizace lidí s duševním onemocněním v církvi	21
3.1 Křesťanství	21
3.2 „Boj“ o léčení duší	22
3.3 Vztah náboženství a zdraví	23
3.4 Stigma v náboženském kontextu.....	24
3.5 Možné podoby nábožensky podmíněné stigmatizace	26
Návrh výzkumného projektu.....	29
1. Výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumné otázky	29
2. Design výzkumného projektu.....	30
2.1 Typ výzkumu.....	30
2.2 Metody získávání dat	31
2.3 Metody zpracování a analýzy dat.....	32
2.4 Etika výzkumu.....	33
3. Výzkumný soubor	35
4. Diskuse	36
Závěr.....	38
Seznam použité literatury.....	40

Seznam tabulek	46
Příloha 1.	I

Úvod

Stigmatizace duševních onemocnění je globálním fenoménem, který se ale u nás dostává do popředí společenského diskursu teprve v posledních letech díky reformě psychiatrické péče (Winkler et al., 2018). V kontextu stigmatizace osob s duševními poruchami upozorňují Ocisková a Praško (2015) na důležitost subjektivity individuálního vnímání, která je významně ovlivněná kulturními vzorci, které jedince formují. V této práci jsem se rozhodla zaměřit na zkoumání vlivu křesťanské subkultury na stigmatizující postoje věřících k duševnímu zdraví.

V českém prostředí se pod všeprostopující iluzí ateismu může jednoduše zdát, že toto téma nenabývá velké důležitosti. Je nutné si však připomenout, že během sčítání lidu v České republice v roce 2011 se k některému proudu křesťanství přihlásilo 1 467 438 lidí, tedy necelých 14 % tehdejšího celkového počtu obyvatelstva (Český statistický úřad, 2011). Po provedení destigmatizačních kampaní na celostátní úrovni bude třeba zaměřit se na konkrétní menší skupiny a křesťané představují jednu z největších subkultur, na kterou by tyto intervence mohly být cíleny. Ve výzkumu a adresování nábožensky podmíněné stigmatizace duševních onemocnění se skrývá potenciál snížení stigmatizujících postojů a zlepšení duševního zdraví na úrovni celé populace. V zahraničním výzkumu můžeme v posledních letech pozorovat zvýšený zájem o problematiku nábožensky podmíněné stigmatizace v kontextu křesťanských církví (Lloyd a Waller, 2020; Lloyd a Kotera, 2021; Lloyd, 2021).

O to naléhavější se tento problém jeví ve světle koronavirové pandemie, která způsobila významný nárůst duševních onemocnění na národní i celosvětové úrovni. Všudypřítomná nejistota, stres a negativní emoce působí na zhoršení symptomů duševních onemocnění nebo může být potenciálním spouštěčem nově vzniklého onemocnění (Kesner & Horáček, 2020). V České republice došlo během první vlny pandemie k prudkému zhoršení duševního zdraví obyvatel, které se během druhé vlny nijak nezlepšilo (Winkler et al, 2021). Pro současnou společnost bude ke zvládnutí situace nutné vytvářet aktivní snahu o destigmatizaci psychických poruch a zlepšení postojů k vyhledání odborné pomoci, kterou představuje například psychoterapie, psychofarmakologická léčba či jejich kombinace. Intervence s největší prokázanou efektivitou v mezinárodním kontextu se zdají být právě ty zaměřené na konkrétní potřeby jednotlivých subkultur (Evans-Lacko et al., 2012). Křesťanské církve představují nejen početně významnou skupinu obyvatel, ale jsou v nich

zastoupení jedinci z různých regionů, generací, sociálních skupin, socio-ekonomických tříd apod. Jsou tedy v unikátním, potenciálně velmi vlivném, postavení pro destigmatizační intervence.

Psychologická literatura se hojně věnuje pozitivním vlivům religiozity na zdraví a životní spokojenost (Cohen & Johnson, 2017; Ganga & Kutty, 2013; Koenig, 2012), ale opomíjí potenciálně odvrácenou stranu církevní příslušnosti a její možný vliv na oblast duševního zdraví. Výzkum Rüschi et al. (2011) upozorňuje na nízkou informovanost a stigmatizující postoj k duševním onemocněním jako na významné faktory v otázce hledání odborné pomoci. Petzet (2019) zdůrazňuje, že nábožensky navozené stigma vůči duševním onemocněním tvoří významnou překážku ve vyhledání odborné pomoci věřícími lidmi.

Křesťanská autorka Joy ve své autobiografické knize o životě s chronickými depresemi píše: *"Věřit, že zkušenosti, které máme, jsou důležité, že naše pocity a jejich projevy jsou pravdivé a skutečné a hodné toho, aby jim někdo naslouchal, je jednou z největších laskavostí, které si navzájem můžeme poskytnout"* (Joy, 2019, s. 76). Data z amerického výzkumu Stanford a McAlister (2008) ukázala, že velké množství probandů (41.2 %) se setkala s popřením svého duševního onemocnění duchovními, i když jim bylo diagnostikováno odborníkem. Jiný výzkum upozorňuje na to, že okolo 30 % dotázaných duševně nemocných věřících se setkala s velmi negativní reakcí, která vedla ke ztrátě vztahu se společenstvím (Stanford, 2007). Křesťané žijící s duševním onemocněním mohou církev zažívat jako místo, kde se cítí být diskriminováni, odlidštěváni a kde se musí přetvařovat, aby nebyli odsouzeni nebo vyloučeni (Lloyd, 2021).

Podobné zkušenosti se nevyhýbají ani českému prostředí, jak popisuje psychoterapeutka Mgr. Sylvie Ročovská, zkušenost, kdy rodiče její klientky před ostatními v církvi zatajovali, že k ní dochází na konzultace. *„Být křesťan a chodit na psychoterapii bylo v jejich očích prostě nepřijatelné“* (Ročovská, osobní sdělení, 5. července 2021). Jako věřící člověk a člen psychologické obce cítím osobní i profesní zodpovědnost účastnit se diskuse mezi křesťanstvím a psychologii. I skrze tuto práci se snažím odstraňovat pomocí vědecky podložených informací zbytečné bariéry tvořené církevními mýty o duševním zdraví, které brání potřebným věřícím dostat se včas k odborné péči a být někým vyslyšeni.

Cílem této bakalářské práce je tedy zmapovat míru a podoby stigmatizace lidí s duševním onemocněním v kontextu prostředí křesťanských církevních společenství a

zamýšlet se nad možnými dopady na proces zotavení jedince (tj. sebestigmatizace, izolace, diskriminace, otázky vyhledání odborné pomoci apod.). Činí tak ve snaze lépe porozumět situaci duševně nemocných v (nejen) českých církvích a diskutovat o možných implikacích pro prevenci a intervenci s touto specifickou skupinou.

Předkládaná práce bude rozdělena na dvě samostatné části, literárně přehledovou část a část představující návrh výzkumu. První, literárně přehledová část, se bude věnovat vymezení problematiky stigmatizace v kontextu duševního zdraví a dále pomocí aktuálních studií mapovat specifika stigmatizace duševního onemocnění v církvi. Ve druhé části práce bude předložen návrh kvalitativního výzkumu (metoda zakotvené teorie), který bude pomocí hloubkových polo-strukturovaných rozhovorů s věřícími s psychiatrickou diagnózou mapovat potenciální výskyt a podoby nábožensky podmíněné stigmatizace v českém církevním prostředí. Hlavním cílem této studie bude odpověď na otázku: Jak duševně nemocní věřící prožívají v kontextu svého onemocnění interakce se svým církevním společenstvím?

V práci je citováno dle normy APA (American Psychological Association, 2020).

Literárně přehledová část

1. Stigma a související pojmy

Stigma je esenciálním konceptem této práce a je proto nutné na začátek jasně vymezit, co se v kontextu sociální psychologie pod tímto pojmem rozumí a jaké obsahuje složky. Také v této kapitole bude popsán proces stigmatizace a definovány některé související pojmy.

1.1 Vymezení pojmu

Stigma lze obecně chápat jako „*znehodnocující přívlastek, který může být příčinou diskriminace svého nositele*“ (Ocisková & Praško, 2015, s. 11). Původně pojem v antickém Řecku označoval tělesné znaky, které se vyřezávaly či vypalovaly do kůže. Tato znamení upozorňovala na něco nedostatečného nebo morálně špatného o označeném jedinci a upozorňovala okolí, že je vhodné se takovému člověku vyhýbat. Často takto byli označováni otroci nebo zločinci, tedy lidé vyloučení ze společnosti (Goffman, 2003). Později ve středověku byla stigmata nečistá znamení (např. bradavice nebo znaménka na kůži) značící spolčení s ďáblem. Všeobecně panovalo stereotypní přesvědčení, že tito lidé jsou významně nebezpeční a řešením často bylo jejich oddělení od společnosti či upálení (Ocisková & Praško, 2015). V dnešní době se však termín stigma vztahuje spíše k hanbě samotné než k neobvyklým tělesným úkazům (Goffman, 2003).

Stigmatizující atribut může být podle Goffmana (2003) buď viditelný na těle (např. jizvy, piercing, tetování), zděděný (např. náboženská příslušnost, rasa) nebo se může jednat o charakterovou vadu (např. duševní onemocnění). Poslední z těchto kategorií se ukazuje být obzvláště problematická pro svůj úzký vztah k osobnosti jedince (Thornicroft, 2011). Může být potom snadné svalovat na takové lidi vinu nebo předpokládat, že si své obtíže způsobili sami, čemuž se budu podrobněji věnovat v následující kapitole.

Stigma (jako např. znamení na těle nebo nemoc) samo o sobě nemusí být ani pozitivní ani negativní, ale stává se problematickým v kontextu vztahů. Goffman (2003) ve své teorii popisuje setkání s osobami s nějakým „nenormálním“ atributem jako interakci, v níž pod vlivem vlastních stereotypů takového jedince připravujeme o jeho hodnotu a důstojnost. Stává se pro nás méně člověkem, někým poskvřeným, pošpiněným. Zde je důležité

podotknout, že se nejedná o jakýkoliv nežádoucí atribut, ale právě takový atribut, který nezapadá do naší představy toho, jaký by měl daný jedinec být. Redukcionistický pohled na nositele stigmatu pak nabízí vysvětlení pro námi vnímanou méněcennost jedince a nebezpečí, které daný člověk domněle představuje. Příkladem takového vytváření alibi je označování Židů symbolem Davidovy hvězdy v nacistickém Německu (Ocisková & Praško, 2015).

Goffman (2003) také dodává, že stigma se netýká tolik konkrétních osob jako spíše širšího všeprostupujícího sociálního procesu stigmatizace. Tento proces zahrnuje dvě role (původce stigmatizace a stigmatizovaný), kterých se každý účastní v obou rolích v různých životních obdobích a kontextech. Každý člověk pak může být diskreditovatelným, stejně jako součástí „normální“ společnosti, která některé jedince diskredituje. V každé společnosti existuje potřeba se vůči nějaké skupině vymezit jejím degradováním, liší se pouze způsob vybočení z normy, na jejímž základě se tato degradace odehrává (Hinshaw, 2007).

1.2 Související pojmy

Po vytyčení významu pojmu stigma je důležité přejít k tomu, jakým způsobem proces stigmatizace probíhá a co vše s ním souvisí. Modelů mapujících jednotlivé složky stigmatu je v literatuře v posledních letech dostupných mnoho (detailněji v Ocisková & Praško, 2015). Klasické Goffmanovo (2003) pojetí stigmatu v kontextu interakcí rozšiřují Link & Phelan (2001) o strukturální rovinu ve své modifikované teorii nálepkování (Weissová, 2015).

Nejkomplexnější a pro účely této práce nejužitečnější model stigmatizace vytvořil Thornicroft et al. (2009) a skládá se ze čtyř základních komponent: značkování, stereotypie, separace a ztráta pozice a konečně diskriminace. Na počátku procesu stojí *značkování* (labelling), tedy povšimnutí si osobnostních charakteristik subjektu, které se nějakým způsobem liší od společenské normy. Tato odezva sociálního prostředí může mít na jedince nápravný i stabilizující vliv. Nálepky samy o sobě se mohou vyskytovat na laické úrovni (např. „blázen“, „smažka“), ale také na odborné úrovni (např. „člověk trpící schizofrenií“, „drogově závislý člověk“) (Ocisková & Praško, 2015). Následuje *stereotypie*, kdy je vyzorovaná odlišnost spojena s nežádoucími osobnostními charakteristikami nebo projevy chování. Pod pojmem stereotypy rozumíme „*obecně rozšířené a stále představy o určitém typu člověka*“ (Thornicroft, 2011, s. 213). V kontextu duševního onemocnění by se

mohlo například jednat o přesvědčení, že psychicky nemocní jsou nebezpeční nebo slabí. Pod vlivem těchto obecně rozšířených představ očekávané hrozby dochází k *separaci*, tedy k odlišení na dvě rozdílné skupiny „my“ a „oni“. Součástí může být silný negativní emoční doprovod ze strany stigmatizujícího jako např. úzkost, strach, nenávisť nebo hněv. V poslední fázi dochází ke *ztrátě pozice* a *diskriminaci* majoritní společností, která stigmatizované jedince vylučuje a odmítá (Ocisková & Praško, 2015).

Diskriminace stigmatizovaných se dotýká všech oblastí života, jako jsou vzdělání, zaměstnání, vztahy, rodina, bydlení apod., a působí často jedinci větší újmu než symptomy samotné stigmatizované charakteristiky (Thornicroft et al., 2009).

2. Stigma v kontextu duševního onemocnění

Tato kapitola přiblíží problematiku procesu stigmatizace v kontextu duševního onemocnění s důrazem na psychické důsledky stigmatizace pro osoby trpící duševním onemocněním. Také poukáže na významnou roli sebestigmatizace v prožívání jedince a nastíní možné strategie destigmatizace.

2.1 Duševní onemocnění

Hranice mezi psychickým zdravím a nemocí může být mnohdy poměrně nejasná. Orel (2020) hovoří o jakémsi kontinuu, ve kterém vznikají široké „hraniční oblasti“ symptomů mezi normou a patologií. Orientaci v tomto terénu skrze kategorizaci (i za cenu zjednodušení) poskytují diagnostické manuály a klasifikace. V evropském prostředí se jedná o publikaci *Mezinárodní klasifikace nemocí* (World Health Organization, 2019) a v americkém pak o *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* (American Psychiatric Association, 2013). V porozumění odborným kontextům duševní nemoci vycházím z těchto zdrojů.

Zde je třeba podotknout, že závažnost i povaha problému stigmatizace se mezi jednotlivými duševními poruchami liší (Ocisková & Praško, 2015). Tato práce si však neklade za cíl významnější diferenciaci v rámci jednotlivých onemocnění (i vzhledem k rozsahu), jejím cílem je uchopit problematiku jako celek a věnovat se tématu stigmatizace v základní rovině problému.

2.2 Stigma v kontextu duševního onemocnění

Thornicroft et al. (2008) vnímá stigma v kontextu duševního onemocnění jako zastřešující pojem skládající se ze tří hlavních prvků: neznalost, předsudky a diskriminace. Abychom se dobrali k širšímu porozumění toho, co stigma je a jakým způsobem s ním pracovat, je nezbytné tyto dílčí oblasti adresovat a blíže specifikovat. Pro přehlednost použiji dělení autora.

Problém vědomostí – neznalost (*ignorance*)

První oblast se věnuje kognitivnímu aspektu stigmatu, tedy problému nedostatečné faktické informovanosti veřejnosti o duševních onemocněních. Povědomí širší veřejnosti o problematice psychických onemocnění je stále relativně malé. Navíc je často ovlivněno

stereotypními představami a zavádějícími zprávami ze stran médií (Ocisková & Praško, 2015). Absence informací pak vytváří úrodné prostředí pro všemožné mýty o duševním onemocnění. Thornicroft (2011) uvádí některé jako příklad:

- *„duševní nemoc je to samé jako mentální zaostalost,*
- *duševní choroby jsou důsledkem slabého charakteru,*
- *psychické poruchy nejsou skutečnou nemocí jako cukrovka,*
- *všichni „schizofrenici“ jsou násilníci a nebezpeční lidé,*
- *jsou líní a nedostatečně snaživí,*
- *pokud trpíte duševní nemocí, můžete ji přemoci silou vůle, a pokud se léčíte na psychickou poruchu, tak jste nějakým způsobem „selhali“ nebo jste slabí“* (Thornicroft, 2011, s. 211).

Obecná míra povědomí veřejnosti o duševních nemocech a jejich léčbě se nazývá *gramotnost v oblasti duševního zdraví*. Země, kde je tato gramotnost vysoká, vykazují nižší míru stigmatizujících postojů veřejnosti a lidé s duševním onemocněním v nich zpravidla zažívají nižší míru sebestigmatizace a vnímané diskriminace (Evans-Lacko et al., 2012). Britský výzkum Rüscher et al. (2011) se zabýval faktory, které mohou sloužit jako prediktory pro ochotu vyhledat pomoc a veřejně mluvit o svém duševním onemocnění. V obou případech výsledky naznačily, že právě dobrá informovanost o duševním zdraví zvyšuje šanci, že dojde k vyhledání odborné pomoci nebo sdílení se o své nemoci.

Podíl na gramotnosti v oblasti duševního zdraví může mít i dosažené vzdělání. Recentní studie Kuklové et al. (2021) z českého prostředí upozorňuje na fakt, že míra lidí s duševním onemocněním je nepřiměřeně vysoká v populaci osob s nízkým dosaženým vzděláním. Zdá se, že vyšší dosažené vzdělání působí jako protektivní faktor proti výskytu vážných psychických onemocnění. Důvodů je pravděpodobně mnoho, ale lze se domnívat, že lepší zdravotní gramotnost získaná skrze vyšší dosažené vzdělání může být jedním z nich. Edukační intervence na celostátní úrovni by mohly představovat efektivní strategii pro zlepšení duševního zdraví obyvatelstva (Cohen & Syme, 2013). Dostatečná informovanost o problematice duševního zdraví by mohla usnadnit cestu k léčbě potřebným a překlenout tak propast (*treatment gap*) mezi lidmi se symptomy duševního onemocnění a těmi z nich, kteří se dostanou k odborným službám. V České republice je tento propad obzvláště výrazný, jak naznačují výsledky studie Kagstrom et al. (2019).

Lépe informovaní lidé se ukazují být méně stigmatizující, častěji dokáží rozpoznat symptomy duševního onemocnění a vykazují kladnější postoje k odborné léčbě. Australský výzkum zjišťoval, zda provedená informační kampaň *beyondblue* změnila některé postoje veřejnosti k léčbě a ovlivnila schopnost veřejnosti rozpoznat příznaky deprese. Data naznačují, že ve státech, kde kampaň proběhla v porovnání se státy, kde nikoliv, došlo k významnému pozitivnímu zlepšení ve schopnosti účastníků rozpoznat symptomy deprese. Také došlo k pozitivní změně postojů k odborné léčbě, zejména k psychoterapii a psychofarmakologické léčbě (Jorm et al., 2005).

Může se tedy zdát, že *“nejlepším lékem na nevědomost jsou informace”* (Thornicroft et al., 2011, s. 208) a že nejefektivnějším způsobem, jak bojovat proti stigmatizaci, jsou kampaně cílící na edukaci společnosti. Je tomu ale opravdu tak? Studie Evans-Lacko et al. (2012) naznačuje, že kampaně zaměřené pouze na zvyšování gramotnosti v oblasti duševního zdraví nemusí být samy o sobě dostatečné ke snížení míry stigmatizace. Zdůrazňují přínos smíšených přístupů k destigmatizačním intervencím, které cílí na změnu v oblasti znalostí, postojů i chování.

Problém postojů – předsudky (*prejudice*)

Pojem *předsudek* není tak běžné užívat ve vztahu k lidem s duševním onemocněním, zpravidla je zmiňován spíše v kontextu nahlížení na různé znevýhodněné sociální skupiny (např. etnické menšiny). Tento afektivní aspekt stigmatizace se však zdá být lepším prediktorem diskriminace než stereotypy, proto je důležité se jím zabývat (Thornicroft et al., 2007).

Předsudek majoritní většiny se může projevit v negativním smýšlení vůči menšinové skupině a může být doprovázen emoční reakcí, například ve formě strachu, hněvu, nelibosti, odporu nebo nepřátelství (Ocisková & Praško, 2015). Nejčastější a nejvíce popsanou emoční reakcí na interakci s osobami s duševním onemocněním se ukazuje být strach z násilí (Thornicroft, 2011). Mylné přesvědčení o duševním onemocnění doprovázené předsudečnou emoční reakcí pak zpravidla vede k vyhýbavému či odmítavému chování vůči duševně nemocným, jak níže znázorňují Ocisková a Praško (2015).

Tabulka 1

Stigmatizující koncepce o psychicky nemocných

Přesvědčení	Požadovaná akce
Psychické poruchy nejsou pravé nemoci: <ul style="list-style-type: none">• Předstírají nemoc.• Vymýšlí si.• (Zbytečně) Příliš naříkají.• Vyhýbají se odpovědnosti.	<ul style="list-style-type: none">• Postižení by měli být odpovědní za své chování a odmítnout roli nemocných.• Je potřeba k nim být tvrdý, dát jim do těla, aby nenaříkali.
Psychicky nemocní: <ul style="list-style-type: none">• Jsou nebezpeční.• Jsou nakažliví.• Jsou slabí.• Jsou vinní.	<ul style="list-style-type: none">• Je potřeba je kontrolovat, umravnit.• Je potřeba je izolovat.• Je potřeba je odmítnout, požadovat od nich, ať se snaží, dají dohromady.• Je potřeba je potrestat a vyžadovat od nich odpovědnost.

(převzato z Ocisková & Praško, 2015, s. 24)

Graves et al. (2005) provedli zajímavý experiment v oblasti negativních postojů na vzorku amerických vysokoškoláků. Požádali je, aby si představovali setkání s osobou, které buď byla nebo nebyla přidělena „nálepka“ diagnózy schizofrenie. Při představě setkání s označovaným jedincem došlo k nárůstu hodnot všech měřených fyziologických ukazatelů stresu (napětí svalů na čele, vodivost pokožky dlaní, srdeční tep) v porovnání s představami druhého setkání. Pozorované fyziologické napětí se objevilo v souladu s údaji ze sebehodnotících škál negativních postojů vůči lidem trpícím schizofrenií. Autoři činí zajímavý poznatek, že jeden z možných důvodů, proč se lidé vyhýbají jedincům s duševním onemocněním, může být pocit nepříjemného fyziologického napětí, který v nich takové setkání vyvolává.

Příkladem jednoho z nástrojů, který se používá k měření míry stigmatizujících postojů vůči duševně nemocným je dotazník *Community Attitudes toward the Mentally Ill*

(CAMI) autorů Taylor a Dear (1981). Tým výzkumníků z Národního ústavu duševního zdraví pracoval na překladu a standardizaci tohoto nástroje pro české prostředí ve studii, která se zabývala porovnáním postojů k duševně nemocným u skupiny lékařů versus u běžné populace. Výsledky studie naznačují, že doktoři vykazují méně stigmatizující postoje vůči lidem s duševním onemocněním v porovnání s běžnou populací, i když míra stigmatu u obou skupin byla poměrně velká (Winkler et al., 2016). Další výzkum za použití stejného nástroje upozorňuje na nízkou informovanost a stigmatizující postoj k duševně nemocným jako na významný faktor v otázce hledání odborné pomoci (Rüsch et al., 2011).

Problém chování – diskriminace (*discrimination*)

Jak již bylo zmíněno, předsudky se zdají být dobrým prediktorem diskriminace (Thornicroft et al., 2007). Není tedy překvapivé, že většina odborné literatury zabývající se stigmatem se zaměřuje na zkoumání postojů. Takové studie se zpravidla snaží zjistit, jak by zúčastnění v hypotetické situaci interakce s duševně nemocným reagovali, například, zda by byli ochotní mít přítele nebo kolegu v práci trpícího duševním onemocněním. Případně se dotazují, jak si zúčastnění myslí, že by reagovala „většina“ populace. Průzkumy postojů tohoto charakteru však dávají nepřímý důraz na to, co „normální“ lidé o sobě tvrdí, více než, jak se skutečně chovají v reálných situacích (Thornicroft, 2011). Tvrzení o postojích nebo předpokladech chování nemusí reflektovat skutečné chování jedinců, a proto samy o sobě neposkytují dostatečně přesné informace k vytvoření efektivních destigmatizačních strategií (Ocisková & Praško, 2015).

Thornicroft (2011) tvrdí, že pokud přesuneme pozornost výzkumu na diskriminační (odmítavé a vyhybavé) chování „zdravé“ populace získáme jasnější představu o realitě života lidí s duševním onemocněním. Znamená to také přesun pozornosti z „těch stigmatizovaných“ na „původce stigmatizace“, což otevírá prostor pro sociálně právní změny ve prospěch osob žijících s duševním onemocněním.

Diskriminační chování, které lidé s duševním onemocněním zažívají, prostupuje všechny oblasti života od interakcí s rodinou, přes bydlení, osobní vztahy, práci nebo obdrženou zdravotní péči. I přes určité odlišnosti v regionech lze nějakou míru diskriminačního chování vůči osobám s duševní nemocí pozorovat napříč kulturami (Thornicroft, 2011).

Reakce rodinných příslušníků na duševní onemocnění svého příbuzného může být různá. Zatímco podporující reakce členů rodiny může být signifikantně pozitivním faktorem na cestě k zotavení, ne vždy se jí nemocnému dostane. Rodina nemusí být ochotná přijmout existenci psychické poruchy a může takového člena odrazovat od vyhledání odborné pomoci (Ocisková & Praško, 2015). Běloruská studie Krupchanka et al (2016) ilustruje na příkladu lidí trpících schizofrenií, jak se stigma a diskriminace širší společností projevuje nejen ve vztahu k duševně nemocnému jedinci, ale k celé jeho rodině. Zakoušené stigma vedlo rodinné příslušníky starající se o duševně nemocného k utajování nemoci, vyhýbání se vzdáleným příbuzným a předstírání, že se neodehrála žádná signifikantní změna. Taková reakce, ač ve své intenzitě možná ovlivněná kulturním kontextem, představuje enormní zátěž pro fungování celé rodiny jedince s duševním onemocněním. Na mnoha místech chybí dostatečná podpora pro rodinné příslušníky, kteří by mohli získat novou sebedůvěru a obdržet podporu skrze setkávání se s někým v podobné situaci (Thornicroft, 2011).

Další oblastí, kde lidé s duševním onemocněním mohou zažívat diskriminující jednání jsou partnerské vztahy. Kvalitativní studie Khadirnavar et al. (2019) z indického prostředí mapuje těžkosti rodičů dětí s duševním onemocněním při snaze zařídit dohodnutý sňatek. Duševní onemocnění představuje stigma pro celou rodinu a pod vlivem předsudků (např. „Manželství s duševně nemocným člověkem se vždy dříve nebo později rozpadne.“) může být pro duševně nemocného velmi obtížné mít možnost do manželství vstoupit. Sekundárním efektem duševních onemocnění může být také ztráta sociálního postavení, zaměstnání, nestabilní ubytování, finanční problémy apod., což může mít za následek mimo jiné i horší schopnost fungovat ve vztazích. Postupem času mohou tyto těžkosti vyústit v úplné stažení se ze společnosti a samotu (Thornicroft, 2011).

Psychiatrickí pacienti mohou zažívat diskriminační chování i ze strany nepsychiatrických zdravotníků. Česká studie Mudrové (2008) naznačuje, že chování lékařů k pacientům s diagnostikovanou duševní poruchou se liší od chování k pacientům bez psychiatrické diagnózy. V rámci svého výzkumu vyzorovala v českém prostředí několik projevů této diskriminace, jmenovitě: oslovení jménem psychiatrického oddělení před ostatními pacienty v čekárně, hovoření na doprovod místo přímo k pacientovi a projevy nedůvěry k pacientovi vedoucí k jinému zacházení než k běžným pacientům. Tyto poznatky jsou v souladu se zjištěními řecké studie Arvaniti et al. (2009), které naznačují, že významná část výzkumného vzorku lékařů, studentů lékařských oborů a zdravotních sester zastávala

diskriminující postoje vůči pacientům s duševním onemocněním. Projevy těchto postojů byly zejména v požadavcích na větší sociální vzdálenost a omezování pacientů

2.3 Důsledky stigmatizace osob s duševním onemocněním

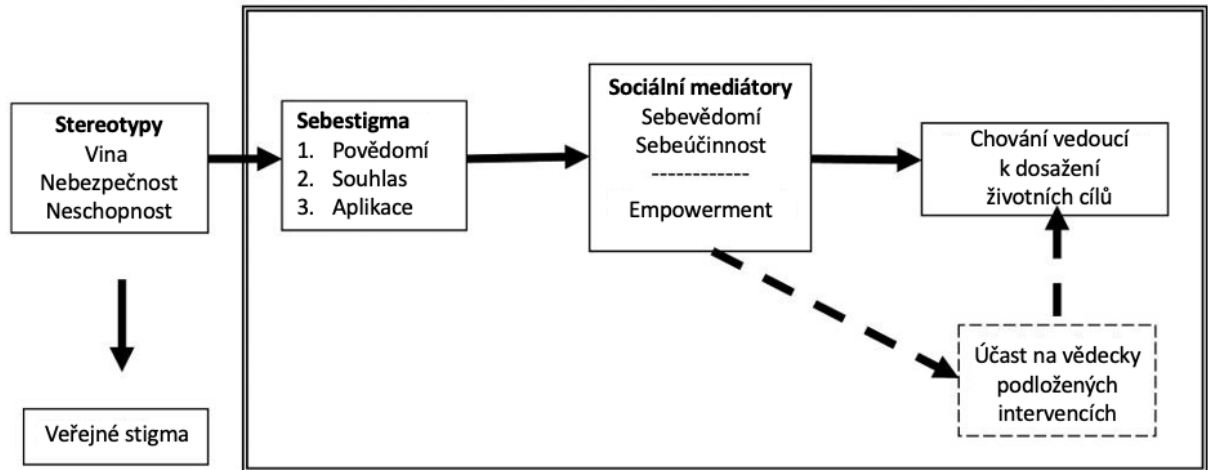
Proces stigmatizace může významně ovlivnit kvalitu života a fungování jedince s duševním onemocněním. Tato podkapitola se bude zabývat dopady, jaké může mít stigmatizace na psychiku jedince, zejména skrze zaměření se na koncept sebestigmatizace a souvislosti v oblastech sebeúcty, identity a posílení (*empowerment*).

Sebestigmatizace představuje zvláštní druh zvnitřnění veřejného stigma. Subjekt přejímá stigmatizující postoj širší společnosti - souhlasí s tím, že jeho nežádoucí atribut ho činí méně důstojným a lépe by se mu žilo bez něj (Goffman, 2003). K osvojení stigma dochází nejprve skrze pocit odcizení, přes přijetí stereotypů až nakonec dojde ke stažení se ze společnosti (Ocisková & Praško, 2015). Také je důležité rozlišovat mezi vnímaným stigmatem a zakoušeným stigmatem. Vnímané stigma popisuje míru, do které jedinec aplikuje předsudky společnosti na svou situaci a očekává diskriminační jednání ze strany druhých, nehledě na to, zda k němu opravdu dojde. V takové situaci by se například člověk s duševním onemocněním mohl zdráhat hledat si práci pod vlivem přesvědčení, že by kvůli své nemoci stejně nebyl přijat. Zakoušené stigma potom reflektuje skutečné incidenty diskriminačního chování, tedy například odmítnutí zaměstnavatelem na základě psychiatrické diagnózy (Thornicroft, 2011). Stigma se nikdy neděje samo o sobě, ale vždy v širším kontextu společnosti, ve které se jedinec nachází. Míra sebestigmatizace může být ovlivněná společenskými postoji k duševním onemocněním a kulturním kontextem dané země (Evans-Lacko et al., 2012).

Očekávaná diskriminace může jedince s duševním onemocněním paralyzovat ve snaze o aktivitu vedoucí k větší samostatnosti natolik, že se dostane do bludného kruhu úzkosti a apatie. Dopady poškození na jedince mohou být jak emociálního rázu (např. nízké sebevědomí, sebeúcta) nebo behaviorálního (např. absence vyvíjet snahu o dosažení osobních cílů) (Corrigan et al., 2016). Corrigan et al. (2009) toto ilustrují ve svém modelu efektu „*proč se vůbec snažit*“ („*why try*“). Tento model se skládá ze tří fází:

Tabulka 2

Efekt „proč se vůbec snažit“



(převzato a přeloženo z Corrigan et al., 2009, s. 76)

První fází je sebestigma, které pramení ze stereotypů vyskytujících se ve společnosti. K jeho zvnitřnění dochází nejprve skrze povědomí o jejich existenci (např. *Mnozí lidé si myslí, že duševně nemocní jsou nebezpeční*), přes souhlasné přijetí (např. *Ano, duševně nemocní jsou nebezpeční*) až po aplikaci stigmatizujících stereotypů na svou situaci (např. *Mám duševní onemocnění, představuji tedy nebezpečí pro své okolí*).

Sebestigma pak významně ovlivňuje míru sebevědomí a sebeúčinnosti, které Corrigan et al. (2009) ve svém modelu shrnují pod názvem sociální mediátory. Negativní efekt sebestigmatu na celkový sebeobraz jedince s duševním onemocněním může vyústit v „proč se vůbec snažit“ reakci. Tato reakce spočívá v pocitu marnosti, nízké sebehodnotě a přesvědčení o vlastní neschopnosti dosáhnout osobních cílů. Pro člověka, který si zvnitřnil stereotypy, jako například „*Lidé s duševním onemocněním jsou jen zátěž pro společnost a neměli by od svého života mnoho čekat*“ bude velmi obtížné udržet si pocit sebeúcty a důvěru, že by mohl být schopný rozličné situace související s jeho nemocí zvládnout. V nepálské studii Maharjan a Panthee (2019) zabývající se prevalencí sebestigmatu u psychiatrických pacientů fakultní nemocnice se objevila silná negativní korelace mezi sebestigmatem a sebevědomím. Autoři naznačují, že by mohlo být prospěšné zkoumat, zda je povaha tohoto vztahu kauzální a zda by případné intervence cílící na zvýšení sebevědomí pacientů nemohly mít efekt na snížení míry sebestigmatizace. Corrigan et al. (2016)

v navazující studii o efektech sebestigmatu poukazují na to, že uplatňování stereotypů o duševním onemocnění na svou situaci může spolehlivě predikovat sníženou sebeúctu a „*proč se vůbec snažit*“ reakci. Obzvláště zranitelnou skupinou mohou být lidé s historií suicidálního pokusu, protože se nevyrovnávají pouze se zvnitřněným stigmatem ohledně duševního onemocnění, ale také se stigmatem týkajícím se sebevražedného chování. Toto zdvojené sebestigma a pocit marnosti může přispívat k dokonaným sebevraždám u lidí s duševním onemocněním (Oexle et al., 2018).

Na druhou stranu je důležité si uvědomit, že ne všichni duševně nemocní se zvnitřněným stigmatem trpí sníženým sebevědomím a sníženou soběstačností. Existuje skupina duševně nemocných, kterým tyto stereotypy naopak dávají energii a v reakci na ně zažívají pocity posílení (*empowerment*). Mohou na ně mít spravedlivou zlost a být díky tomu aktivizováni k dosahování osobních cílů. Zpravidla jsou také aktivnější ve vyhledávání odborné pomoci a hledají způsoby léčby, které nejlépe vyhovují jejich potřebám (Corrigan et al., 2009). V literatuře se dále objevuje ještě třetí skupina lidí, kteří zdánlivě ignorují veřejné stereotypy a nevykazují ani nižší sebeúctu ani vyšší empowerment, což dokresluje komplexitu celé situace (Corrigan & Watson, 2002).

Poslední část modelu Corrigan et al. (2009) poukazuje na chování vedoucí k dosahování životních cílů. Sebestigma i sociální mediátory sebevědomí a sebeúčinnosti hrají zásadní roli v tom, zda se jedinec o dosažení cílů pokusí a také zda jich nakonec opravdu dosáhne. I zde vstupuje do hry „*proč se vůbec snažit*“ efekt, kdy přesvědčení o vlastní neschopnosti a marnosti může vést k tomu, že se jedinec o žádnou pozitivní změnu (například skrze psychologickou pomoc či komunitní služby) ani nepokusí. Naopak prožitek posílení tváří v tvář stereotypů může jedince pohánět k vyhledání služeb, které potom povedou k dosažení osobních cílů. Dobrá informovanost a aktivní účast na rozhodování o léčbě podporuje pocit posílení a vede k dosahování osobních cílů (Adams & Drake, 2006).

Thornicroft (2011) upozorňuje na to, že někteří lidé trpící duševním onemocněním nevidí svou nemoc jen jako jeden z aspektů svého života, ale stává se pro ně tím hlavním, klíčovým prvkem, který vše ovlivňuje. Identifikace s poruchou do tak velké míry pak vede k přijetí „nálepky“ (a s ní i nižšího sociálního postavení). Nejsou to už oni, ale společnost, která určuje jejich identitu a říká jim, jak se mají chovat a cítit (Goffman, 2003). V americké experimentální studii požádali výzkumníci univerzitní studenty s historií duševního onemocnění o vyplnění testu intelektuálních schopností s tím, že v některých skupinách byla

jejich diagnóza odhalena (zaškrtnutím políčka) a v některých ne. Studenti, jejichž diagnóza byla takto zveřejněna, dosahovali nižších výsledků než ti, kteří svůj stav zamlčeli (Quinn, Kahng & Crocker, 2004). Odhalení své identity v kontextu očekávané diskriminace se tak může stát sebenaplňujícím proroctvím a automaticky vést k horšímu chování (Thornicroft, 2011).

3. Specifika stigmatizace lidí s duševním onemocněním v církvi

Většina dosavadního výzkumu stigmatu a souvisejících jevů se zaměřovala na všeobecnou populaci, přičemž převážně opomíjela faktory, které jsou specifické pro různé subkultury nebo náboženské skupiny (Graves et al., 2005; Evans-Lacko et al., 2012; Kagstrom et al., 2019). Cílem této kapitoly je přiblížit specifika různých aspektů stigmatu v kontextu křesťanské subkultury.

Nejprve zkusme odpovědět na otázku, proč může být užitečné zabývat se sociálními aspekty duševního zdraví. Kesner a Horáček (2020) ve své recentní eseji upozorňují na to, že příčinné psychobiologické faktory poruch nálady je nutné chápat v kontextu sociálního prostředí, ve kterém vznikají. Individuální duševní zdraví je dynamicky formováno a ovlivňováno interakcemi s druhými v sociálním prostoru. Apelují na psychiatrii, která je v současné době orientovaná primárně na individuální perspektivu, aby více zohledňovala fakt, že duševní stavy mají svůj kolektivní rozměr. Je nutné snažit se pochopit, jak se jednotlivec a kolektiv vzájemně ovlivňují. V podobném duchu se i tato práce snaží více porozumět tomu, jakým způsobem ovlivňují interakce s církevním společenstvím a náboženské přesvědčení o nemoci prožívání duševního onemocnění u věřících jedinců.

3.1 Křesťanství

V odborné literatuře týkající se duševního zdraví se křesťanství zdá být nejčastěji zkoumaným náboženstvím (Ripley, 2012; Foskett, 2018; Khan & Dixon, 2020). Jeho důležitými aspekty jsou víra v trojjediného Boha, autorita Bible jako Božího slova a vykupitelská role Ježíše Krista. Křesťanství jako takové má mnoho denominací, z nichž nejpočetnější je například katolická, protestantská nebo evangelická církev (Pechová, 2011). Pro výzkum stigmatu se zdá být nejpodstatnější evangelikální odnož křesťanské církve, jelikož se ukazuje, že její členové častěji zastávají náboženské přesvědčení ohledně duševního onemocnění, která mohou mít negativní dopad na jejich životní spokojenost (Stanford & McAlister, 2008; Lloyd & Waller, 2020). Toto se týká zejména přesvědčení, že

emoční a psychické zdraví je přímým odrazem duchovního života jedince a doslovné interpretace biblických textů o zdraví a nemoci (Lloyd & Kotera, 2021).

3.2 „Boj“ o léčení duší

Slovo stigma v období raného křesťanství označovalo místa na těle raněného, která se podobala těm, kde byl Ježíš Kristus probodnut hřeby, když byl přibit na kříž (Ocisková & Praško, 2015). Johnson (2007) upozorňuje na to, že toto slovo bylo v biblických textech také často zaměnitelné se slovem slabost. Zároveň vyzdvihuje místa v evangeliích, kde Ježíš Kristus tráví čas a stará se právě o takto „onálepkované“ jedince své doby: vdovy, sirotky, prostitutky, nemocné. Je na pováženu, proč se současná církev v oblasti duševního onemocnění nezdá být připravená stejné otevřenosti a péči (Stanford a McAlister, 2008). I jiné skupiny, například jedinci s menšinovou sexuální orientací, se místo přijetí mohou setkat s odmítavou a stigmatizující reakcí svého církevního společenství (Beagan & Hattie, 2015).

Pro lepší uchopení nábožensky podmíněného stigmatu v celé jeho šíři je nutné krátce nastínit roli církve v dějinách psychiatrie. S posílením postavení církve ve středověku na pozadí čarodějnických procesů se začalo objevovat přesvědčení, že duševní onemocnění značí kletbu, posednutí nebo je trestem za hříchy nemocného. Symptomy duševního onemocnění byly interpretovány jako znamení spolčení se s ďáblem či démony a takoví lidé pak věznění, fyzicky trestáni nebo upalováni (Ocisková & Praško, 2015). Duševní onemocnění mohlo být dále interpretováno jako pokleslá morálka či nějaká charakterová vada značící nedostatečné náboženské ukotvení jedince, za které by měl být pokárán nebo potrestán (Lain Entralgo, 1995). Tato představa, že existuje kauzální vztah mezi psychickým a duchovním zdravím, vedla historicky církev k upřednostňování náboženských postupů (např. modlitba, půst, exorcismus) k vypořádávání se s tímto druhem obtíží.

V průběhu revolucí v moderní psychiatrii se prohlubovala vzájemná dlouhodobá nedůvěra těchto oborů. Sims (1999) upozorňuje na problematiku jakéhosi přetahování mezi psychiatrií a duchovními, které vychází z faktu, že obě profese se zabývají lidským utrpením a prolínají v mnoha rovinách působení na své pacienty/členy. Ti pak mohou váhat, na koho se vlastně se svými problémy obrátit, nebo tento boj obou oborů může vést k neochotě sdílet duchovní věci s psychiatrem či svěřovat se v otázkách duševního zdraví svému duchovnímu.

Tuto pocitovou zaměnitelnost obou rolí umně ilustruje výpověď probanda z výzkumu Mohr (2004), která se věnovala náboženskosti a náboženskému zvládnání u pacientů s chronickou schizofrenií: „*Lékař je něco jako zpovědník v kostele, můžete mu říct cokoliv chcete, pro mě osobně je to to, co nahrazuje náboženství v dnešní době, je to důvod, proč církve ztrácí své členy. Lékař je jako náboženský poradce, i když není věřící, stará se o vás, a to má duchovní rozměr*“ (Mohr, 2004, s. 370).

Roberts (1997) naopak zdůrazňuje obrovský potenciál pro spolupráci oborů namísto nevráživosti mezi nimi. Duševní onemocnění nebo závislost často v pacientech vyvolává spirituální otázky a víra pak může sloužit jako zásadní součást jejich údravy a integrace této zkušenosti, což dobře vidíme například u hnutí Anonymních alkoholiků. Dále autor upozorňuje na časté traumatické zkušenosti z raného dětství, o nichž pacienti často referují, a na uzdravující moc křesťanského společenství, jež nabízí naději skrze přijetí do “nové rodiny” s hodnotami jako jsou bezpodmínečná láska, odpuštění a péče. Také Harris et al. (2014) povzbuzují oba obory k vzájemné spolupráci. Data z jejich studie naznačují, že výsledky psychoterapeutické práce se významně zlepší, pokud jsou zároveň adresovány i duchovní problémy věřícího klienta.

3.3 Vztah náboženství a zdraví

Uměle dualistické nahlížení na psychologickou a duchovní pomoc je znepokojující zejména proto, že v literatuře lze dohledat mnohé zmínky o pozitivním vlivu náboženství na lidské zdraví a spokojenost (Cohen & Johnson, 2017; Ganga & Kutty, 2013; Koenig, 2012). Zdá se, že obě oblasti spolu nakonec jistým způsobem souvisí. Důležitými podpůrnými aspekty podílejícími se na tomto vztahu se ukazují být zejména náboženské strategie zvládnání (*religious coping*), sociální opora, zdravý životní styl a pocit smysluplnosti (Pechová, 2011).

Přestože většina studií podporuje kladný vliv religiozity na zdraví, je důležité si uvědomit, že povaha tohoto vztahu je komplexnější a některé studie naopak naznačují možný negativní vliv náboženského přesvědčení na zdraví člověka. Například Pargament, Feuille & Burdzy (2011) poukazují na nutnost rozlišovat mezi pozitivními a negativními metodami náboženského copingu. Zatímco pozitivní náboženský coping odráží jistý vztah k transcendentnu, sounáležitost s ostatními věřícími a schopnost vidět těžkosti jako příležitost k růstu, negativní náboženský coping vnímá těžkosti jako pomstu

transcendentální entity a odráží spíše tenzi a nejistotu v duchovních věcech i ve vlastní identitě. Pechová (2011) dále upozorňuje na možné poškození způsobené praktikami exorcismu, které opomíjejí jakékoliv ukotvení v oblasti psychopatologie. Nejen, že mohou v jedinci vyvolat pocity viny, studu a špatnosti, ale navíc mají potenciál urychlit nebo dokonce vyvolat psychotické reakce, nehledě na předchozí výskyt takových symptomů. Duchoňová (2010) ve své diplomové práci uvádí příklad takové zkušenosti na kazuistice Paní L., která ve snaze „očistit se“ od nepříjemných myšlenek absolvovala exorcismus v církvi Křesťanské Společnosti. Tento zážitek neměl žádný úlevný efekt, naopak prohloubil její obtíže a ona upadla do první silné psychotické ataky, po které musela být opakovaně hospitalizovaná. O co překvapivější je, že i přesto stále do této církve chodí a modlí se za uzdravení. Uvádí, že jí její víra pomáhá ve zvládnání symptomů nemoci.

3.4 Stigma v náboženském kontextu

Stigma v oblasti duševního zdraví v náboženském kontextu je specifické právě proto, že k všeobecně stigmatizujícím představám, postojům a chování se přidávají náboženské obsahy, které mají pro subjekt významnou osobní hodnotu. Zároveň často zaznívají z úst duchovního, který je pro věřícího důvěryhodnou autoritou. V doprovodu z kontextu vytržených biblických veršů mohou vytvářet dojem, že je to sám Bůh, kdo si tyto věci od duševně nemocného žádá (Křivohlavý, 1991).

Wesselmann a Graziano (2010) nastiňují, že náboženské přesvědčení ohledně duševního onemocnění se týká dvou hlavních dimenzí. První z nich se zaměřuje na přesvědčení o hříchu a mravnosti, druhé potom na duchovně orientované příčiny a léčbu onemocnění. Peteet (2019) ve své eseji zdůrazňuje, že nábožensky navozené stigma vůči duševním onemocněním tvoří významnou překážku ve vyhledání pomoci věřícími lidmi. Na základě rešerše a poznatků z vlastní klinické praxe formuluje pět různých faktorů, které se na tomto specifickém druhu stigmatu mohou podílet. Pro přehlednost se budu v této sekci držet jeho kategorií:

Fundamentalistické myšlení (*Fundamentalist thinking*)

Způsob myšlení, který zásadně odmítá obecnou psychologii i psychiatrii na základě přesvědčení, že je příliš humanistická, sekulární a v rozporu se základními tezemi křesťanství jako takového. Dobrým příkladem by byla například kniha *Psychoblábol: selhání moderní psychologie a biblická alternativa*, kde Ganz (2012) nabízí jako jedinou

vhodnou variantu řešení problémů s duševním zdravím pro křesťany biblické poradenství a sekulární postupy psychologie označuje za velmi nebezpečné. Nedávný protokol o britské studii Lloyd a Kotera (2021) zabývající se stigmatem v kontextu evangelikální křesťanské církve uvádí křesťanský náboženský fundamentalismus jako jeden z potenciálně významných faktorů hrající roli v míře prožívaného stigmatu, představách o možnostech dostupné péče a ochotě k jejímu vyhledání.

In-group sociální identita (*Tribalism*)

Příslušnost k dané skupině a přijetí jejich vnitřních norem, hodnot a pravidel vytváří na jedince tlak se jim za každou cenu podřizovat. Stigma zde plní roli posilování skupinové identity (Thornicroft, 2011). S tím souvisí i *in-group favoritism*, kdy v duálním nahlížení na svět skrze „my a oni“ může být pro křesťany těžké sdílet se ohledně svých duševních onemocnění nebo zápasů ve své církvi, protože se mohou najednou dostat do kategorie „oni“ a ztratit blízké vztahy nebo svou pozici v dané skupině. Nizozemský výzkum Helmus et al. (2019) upozorňuje na to, jakým způsobem rozděluje tato „my a oni“ bariéra poskytovatele služeb (v kontextu této práce například duchovní) a osoby trpící duševním onemocněním. Míra stigmatizujících postojů by mohla být snížena chápáním duševního zdraví a nemoci jako kontinua a omezeny tak negativní důsledky pro uživatele služeb.

Mylná interpretace prožívané psychopatologie (*Misattribution of psychopathology*)

Někdy se může stát, že křesťané mají tendenci považovat prožívanou symptomatiku duševního onemocnění za Boží plán pro jejich život, jako pomyslný kříž, který musí nést, aby se připodobnili Kristu. Je to způsob obranného mechanismu, který jedinci umožňuje uniknout nutnosti řešit emoční bolest či nezhojené rány a cítit se při tom velmi svatě. Tomuto fenoménu duchovního unikání se věnuje například Masters (2019).

Historická změna chápání zdraví a nemoci se odehrála v rané církvi, kdy se ve 3. - 5. století našeho letopočtu zrodil „*nesprávný důraz na utrpení, bolest a nemoc jako na úděl křesťana.*“ (Křivohlavý, 1991, s. 62). Zmíněné těžkosti je v této analogii nutné snášet bez odporu, protože postavení se nemoci lze chápat jako vzepření se samotnému Bohu a jeho vůli. Ač se tyto mylné představy v církvi vyskytují, jedná se o nebiblické a neúplné pojetí nemoci a utrpení (Křivohlavý, 1991).

Tradiční způsoby chápání duševních onemocnění (*Traditional ways of understanding*)

Křesťané mohou někdy také „označit depresi jako nedostatek víry, poruchy užívání návykových látek jako hříšná rozhodnutí, psychózy jako posedlost nebo postižení jako Boží trest.“ (Peteet, 2019: to address depression as a lack of faith, substance use disorders as sinful choices, psychosis as possession, or disability as punishment.) Místo standartní léčby duševních onemocnění pak mnohem častěji vyhledají na cestě za uzdravením modlitbu, vymítání či pastoraci. Ocisková a Praško (2015) podporují tento faktor a ze své klinické praxe uvádí, že duševní onemocnění může být často věřícím okolím nemocného interpretováno jako „Boží trest“. Tento výklad je však zavádějící, protože žádný člověk nemá autoritu k takovému prohlášení. Navíc zvnitřnění takového předsudku nemocným může vést k prohloubení jeho špatného sebeobrazu, izolace a zhoršení symptomů.

Špatné zkušenosti se sekulárními odborníky v oblasti duševního zdraví (*Adverse experiences with secular providers*)

Věřící člověk se při vyhledání sekulární pomoci může bát odsouzení nebo nepochopení na základě své víry, obzvláště v kulturním kontextu, který je primárně ateistický. Může mít také obavu, že by ho sekulární odborník nabádal k jednání, které je v rozporu s jeho přesvědčením (např. předmanželský sex nebo rozvod). Zážitek takového diskriminujícího jednání nebo očekávaná diskriminace může pak jedince vést k úzkosti a obavám z vyhledání sekulární odborné pomoci nebo odkázání někoho blízkého na takovou pomoc (Peteet, 2019).

Neochota vyhledat sekulární odbornou pomoc může být také ovlivněna náboženským učením, které hlásá, že duševní onemocnění je způsobeno ojedinele duchovními faktory. V takovém případě může být vyhledání jiné než duchovní pomoci interpretováno jako nedostatečná víra nebo neporozumění biblickým principům (Lloyd & Waller, 2020).

3.5 Možné podoby nábožensky podmíněné stigmatizace

Jak již bylo zmíněno výše, nábožensky podmíněná stigmatizace v sobě zahrnuje mnoho aspektů. Následující část bude skrze shrnutí současných dostupných odborných studií v této oblasti ilustrovat, jakých podob může nabývat. Stále však platí, že intenzita

dopadu těchto stigmatizujících postojů na život jednotlivce s duševním onemocněním může být ovlivněna mnoha individuálními faktory (např. církevní denominace, závažnost duševního onemocnění, míra pocíťované sociální opory v církevním společenství), jež není v rozsahu této práce možné hlouběji popisovat a vyžadují si další zkoumání.

Některé publikace vnímají nábožensky podmíněnou stigmatizaci jako věc minulosti. Ocisková a Praško (2015) uvádí, že náboženské interpretace duševní poruchy jako kletby, trestu za hřích nebo posednutí démonickými silami jsou většinou od počátku 19. století odmítány. Je tomu ale opravdu tak? Stanford a McAlister (2008) ve svém výzkumu vnímání vážných duševních onemocnění lidmi v místních církevních společenstvích v Americe zjistili, že velké množství probandů (41.2 %) se setkalo s popřením svého duševního onemocnění duchovními, i když jim bylo diagnostikováno odborníkem. Menší, ale stále významné, procento lidí se setkalo s odrazováním od užívání psychiatrické medikace nebo přisuzování jejich duševního onemocnění démonickým silám či nevyznanému hříchu. Tyto poznatky se shodují s výzkumem, který se zaměřoval na to, s jakou reakcí se duševně nemocní věřící, kteří ve své církvi vyhledali nějakou formu pomoci, setkávají. I když většina probandů uvedla pozitivní reakci svého společenství, okolo 30 % dotázaných se setkalo s velmi negativní reakcí, která vedla ke ztrátě vztahu se společenstvím (Stanford, 2007).

Dobře míněné rady spoluvěřících mohou bohužel často prohlubovat mylná přesvědčení, která jedinec s postupujícími symptomy duševního onemocnění zastává. Jako příklad zde bude zmíněn úryvek z kazuistiky depresivní klientky Magdy z publikace Ociskové a Praška (2015). Lze na ní pozorovat, jak skrze zhoršující se sebeobraz pod vlivem depresivní poruchy klientka zpochybňuje svojí křesťanskou identitu a duchovně interpretuje stigmatizující postoj blízkého člověka:

„Věří v Boha a i to dělá blbě. Snažil se jí pomoci přes lidi okolo. Jedna kamarádka jí na začátku jejích potíží řekla, že se má vzchopit. To přes ní mluvil Bůh a slečna Magda to nepoznala. Měla přece Boha poslechnout!“ (Ocisková & Praško, 2015, s. 92).

Nedávná britská dotazníková studie Lloyd a Waller (2020) zkoumala postoje a zkušenosti evangelikálních křesťanů s tématy z oblasti duševního zdraví, zejména zduchovňování psychických obtíží. Studie byla provedena na vzorku 446 respondentů, z nichž naprostá většina (89 %) měla osobní zkušenost s duševním onemocněním. I když velká část respondentů neuvedla přímou zkušenost s takovým jednáním, 31 % dotázaných

uvedlo, že ve své církvi nabyli přesvědčení, že je možné se z duševního onemocnění vyléčit pouze skrze modlitbu a vysvobození. Dále také 34 % respondentů uvedlo, že jejich bývalá či současná církev vyučovala o duševní nemoci jako o důsledku působení démonů a zlých duchů nebo generačních kleteb. Stojí za zmínku, že ačkoli významná menšina uvedla zkušenost se zduchovňováním psychického trápení, velká část z nich navzdory tomu později sdílela pozitivní zkušenost s interakcí se svým církevním společenstvím. Učení o čistě duchovních příčinách duševní nemoci nemusí mít tedy samo o sobě nutně negativní efekt na věřící s duševním onemocněním. Autoři také nastiňují důležitý kulturní aspekt zkoumané problematiky, protože data z jejich studie vykazují menší procentuální zastoupení extrémních postojů či zkušeností se stigmatizací než například studie provedené na evangelikálních křesťanech v americkém prostředí. Zdá se, že tedy nejde jen o příslušnost k církevní denominaci obecně, ale k afiliaci s konkrétním církevním společenstvím v dané kultuře.

Lloyd (2021) se v navazující studii z letošního roku kvalitativně zabývá zkušeností britských evangelikálních křesťanů s duševním onemocněním s diskriminačním jednáním ze strany církve. Během interpretativní fenomenologické analýzy se ve výpovědích o zkušenostech probandů objevila dvě hlavní témata: negativní zduchovňování (*negative spiritualization*) a pokládání duševních obtíží za příznaky démonického působení (*equating mental distress as symptomatic of the demonic*). Všech osm subjektů zmínilo negativní zkušenost se zúženým striktně náboženským vnímáním příčin duševního onemocnění a uvedli, že takové jednání ze strany svého společenství vnímali jako povýšené, odlidšťující a zostuzující. Také uvádí v kontextu zduchovňování celé problematiky důraz na uzdravení ze symptomů duševního onemocnění a očekávání církevního společenství, že se musí uzdravení za každou cenu dostavit. Když se tak neděje, bývá a za to viněn jedinec trpící duševním onemocněním (např. pro jeho nedostatečnou snahu, nedostatečnou důvěru Bohu), což jen dál prohlubuje pocit špatnosti a odcizení od společenství i od Boha. Jedna u účastnic výzkumu, Dorothy, sdílí vlastní zkušenost: „*Jen kdyby ses více modlila, kdyby sis častěji četla z Bible, pak by se Ti tohle určitě nedělo. I tak se to děje.*“ (Lloyd, 2021: If only you prayed more, if you only read the Bible more, surely, this wouldn't be happening. It happens anyway.).

Návrh výzkumného projektu

1. Výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumné otázky

Návrh výzkumného projektu navazuje na teoretickou část této práce a vychází z poznatků zahraničních studií zkoumajících nábožensky podmíněné stigma, zvláště v rámci interakce mezi věřícími s duševním onemocněním a církví. Většina existujících studií pochází z anglosaského prostředí a i přes svůj hermeneutický význam se někdy jeví být metodologicky problematické, například kvůli velmi malému vzorku nebo míře subjektivity měření a nejasně operacionalizovaným pojmům (Stanford & McAlister, 2008; Polson & Rogers, 2007; Gray, 2001). Zkušenostmi duševně nemocných křesťanů se dlouho nikdo více nezabýval a významnější zmínky v odborné literatuře se objevují až v horizontu posledních několika let (Lloyd a Waller, 2020; Lloyd a Kotera, 2021; Lloyd, 2021). I když se tedy toto téma těší zájmu několika výzkumníků, v současné době neexistuje žádná ucelená teorie, která by se tématu nábožensky podmíněné stigmatizace věnovala. Žádná studie na odborné bázi zabývající se nábožensky podmíněnou stigmatizací osob s duševním onemocněním nebyla dosud v České republice realizována.

Evans-Lacko et al. (2012) zdůrazňují vliv společenského pohledu a kulturního kontextu v otázce duševního onemocnění na stigmatizující postoje a míru sebestigmatu mezi jedinci trpícími duševním onemocněním. Je tedy pravděpodobné, že nábožensky podmíněné stigma může mít zásadní dopad na subjektivně prožívanou míru sebestigmatizace věřících a stigmatizující jednání ze strany spolu-věřících. Nooney a Woodrum (2002) posuzují církevní společenství jako důležitou strukturu sociální opory pro lidi trpící duševním onemocněním a jako signifikantní faktor v pozitivním efektu náboženskosti na duševní zdraví jedince. Z toho vyplývá, že odmítnutí touto skupinou může mít významně negativní dopad na proces zotavení nebo dokonce prohloubit obtíže věřícího jedince, jež se v této oblasti na církev obrátí.

Nedávná studie Kagstrom et al. (2019) upozorňuje na významnou mezeru v léčbě (*treatment gap*) v České republice mezi pacienty s duševním onemocněním, kteří by potřebovali léčbu a těmi, kteří ji skutečně dostanou. Snižování míry stigmatizace zvyšuje pravděpodobnost vyhledání odborné pomoci a je nejefektivnější, když jsou destigmatizační intervence zaměřeny na konkrétní subkulturu (Evans-Lacko et al., 2012). Nábožensky podmíněné stigma vůči duševním onemocněním tvoří významnou překážku ve vyhledání

oborné pomoci věřícími lidmi (Peteet, 2019). Kromě britské studie Lloyd (2021) nebyl dosud proveden výzkum, který by se induktivně zabýval prožíváním interakcí duševně nemocných věřících s jejich církví.

Ve světle těchto informací se jeví jako užitečné provést výzkum, který by se touto problematikou zabýval. Data z navrhované studie by mohla významně pomoci v získání vhledu, porozumění i lepší orientaci ve světě křesťanské subkultury a posloužit jako podklad pro další práci v oblasti destigmatizace a péče o duševní zdraví věřících klientů. Návrh výzkumu má za cíl zmapovat situaci duševně nemocných v českých církvích, a to pomocí odpovědí na tři hlavní výzkumné otázky:

- Jak duševně nemocní věřící prožívají v kontextu svého onemocnění interakce se svým církevním společenstvím?
- Jakých podob nabývá nábožensky podmíněné stigma?
- Ovlivňuje nábožensky podmíněné stigma prožívání a průběh procesu zotavení jedince?

2. Design výzkumného projektu

2.1 Typ výzkumu

Vzhledem k novosti tématu, velikosti zkoumané populace a absenci podobných výzkumných šetření v našem prostředí bude zvolena kvalitativní metodologie výzkumu za použití postupů a technik metody zakotvené teorie. Tato metoda je nejvíce využívaným přístupem v kvalitativním výzkumu. Ze sesbíraných dat induktivně odvozuje teorii (či pracovní model). Nejedná se jen o metodu zpracování dat, ale o komplexní přístup ke zkoumané oblasti (Řiháček & Hytych, 2013). Nabízí holistický pohled na daný jev a jeho souvislosti.

V přístupu k zakotvené teorii bude zvolena konstruktivistická větev zakotvené teorie od Charmazové (2006), tedy východisko, že je možné zacházet s daty nejen jako s objektivními informacemi o světě, ale jako s konstruovaným věděním, které se váže na konkrétní nositele a jejich perspektivu. V tomto ohledu výzkumník vlastně spolu-konstruuje významy, které se z dat vynořují. I vzhledem k tomu, že jsem sama členem křesťanské církve a svým způsobem tedy součástí zkoumané populace, bylo vhodné zvolit metodiku, která

nepředpokládá nezaujatý neutrální postoj ke zkoumanému tématu, ale naopak a priori pracuje s tím, že získávání i zpracování dat bude nevyhnutelně ovlivněno výzkumnou osobou. Díky tomu lze dopředu lépe popsat má východiska a ošetřit tak možné nežádoucí zkreslení zkoumání. Po celou dobu sběru i analýzy dat bude veden reflexivní deník, v němž budu zachycovat své domněnky a předporozumění nebo jiné možné zkreslující elementy.

2.2 Metody získávání dat

S probandy bude proveden polostrukturovaný hloubkový rozhovor, který se bude opírat o předem připravené otevřené otázky mapující jednotlivé oblasti prožívání interakce duševně nemocných věřících a jejich církve. Lloyd (2021) představuje jedinou dostupnou studii na toto téma, pro kostru polostrukturovaného rozhovoru budou proto přeloženy a použity jeho otázky (viz Příloha 1).

Jedním z pilířů zakotvené teorie podle Charmazové (2006) je *analýza dat v průběhu získávání dat*. Tento pohled se staví do opozice proti klasickému nahlížení na roli výzkumníka jako někoho, kdo pouze sbírá data, a zdůrazňuje, že výzkumník data spoluvytváří během rozhovoru. Také nabízí výzkumníkovi větší míru volnosti průběžně měnit a specifikovat výzkumné otázky nebo vytvářet nové, pokud vzejde během rozhovoru něco zajímavého, co může celý výzkum posunout dál.

Rozhovory budou nahrávány a později přepsány k analýze. Budou probíhat v co nejklidnějším prostředí, aby nabízely probandům pocit soukromí a bezpečí. Vzhledem k citlivosti zkoumaného jevu bude výzkumník s respektem přistupovat ke každému rozhovoru a bude dbát na aktuální potřeby dotazovaného. Bude klást silné analytické otázky a vyvaruje se nadbytečných otázek, které by sytily více jeho zvědavost než výzkumné účely.

Metoda zakotvené teorie také pracuje s principem *teoretického vzorkování a teoretického nasycení*. V jiných kvalitativních přístupech, které mají za cíl popsat určitou předem stanovenou skupinu, dochází k saturaci dat v momentě, kdy už se neobjevují žádné nové odpovědi. Cílem zakotvené teorie je dosáhnout nasycení teoretických konceptů, tedy silného modelu s velkou explanační silou (Řiháček & Hytych, 2013). Analytické otázky i způsob rozhovoru se neustále vyvíjí a posouvá, čímž se zároveň mění výzkumníkovo uvažování o zkoumaném konceptu a mohou se objevovat stále nové odpovědi. Sběr dat je tedy ukončen v momentě, kdy byl dostatečně důkladně popsán teoretický koncept.

Charmazová (2013) však upozorňuje na stále se měnící charakter společnosti i lidských postojů a zdůrazňuje, že je nutné počítat s tím, že i teoretické koncepty se budou měnit v čase. Rozhodnutí ukončit sběr dat tedy přesněji reflektuje pouze prozatímní nasycení teoretického konceptu.

2.3 Metody zpracování a analýzy dat

Jak již bylo zmíněno výše, metoda zakotvené teorie je speciální tím, že analýza dat se děje v průběhu sběru dat, ne až po něm, jak tomu zpravidla bývá v jiných přístupech. Původní obecná výzkumná otázka je díky průběžné identifikaci klíčových kategorií zužována a specifikována, až se zaměřuje na jeden ústřední koncept, kterému věnuje pozornost (Řiháček & Hytych, 2013). Jednotlivé fáze datové analýzy se mohou mezi sebou překrývat a proces tak vlastně nikdy není úplně u konce. Končí teprve v momentě, který určí výzkumník (Charmazová, 2006). Odhadovaný časový rámeček sběru dat do této studie byl určen na jeden rok.

Řiháček a Hytych specifikují tři hlavní fáze metody zakotvené teorie, které pro přehlednost použijí jako vodítko: (1) *tvorba konceptů*, (2) *hledání teoretických vztahů mezi koncepty* a (3) *volba ústředního konceptu a formulace teorie* (Řiháček & Hytych, 2013, s. 47).

Tvorba konceptů

První fází analytického procesu je *otevřené kódování*, které spočívá v procházení přepsaných rozhovorů řádek po řádku, hledání významových jednotek a jejich následné pojmenování (přiřazení kódu). Lze použít vlastní slova nebo převzít slova probandů (tzv. „in vivo“ kódy). Kód by měl stručně a výstižně obsáhnout podstatu významové jednotky (Řiháček & Hytych, 2013). Charmazová (2013) doporučuje se v této fázi zaměřit na pozorování činností a procesů, výzkumník by si měl odpovědět na otázku: „Co se tu děje?“. Vychází z přesvědčení, že zkoumané jevy jsou vždy odrazem zažitých sociálních struktur, a tyto struktury jsou tvořeny skrze chování jednotlivců.

Dalším krokem je postupně vybírat kódy, které se vztahují k výzkumné otázce, a pomocí *metody neustálého porovnávání* mapovat vlastnosti, srozumitelnost a užitečnost v kontextu vznikajících konceptů. Tuto fázi Charmazová (2013) nazývá *zaměřené kódování*

a výzkumník by si měl odpovědět na otázku: „Jaký větší příběh tato změť kódů vypráví?“. Doporučuje v této fázi mezi sebou porovnat jednotlivé incidenty, kterými rozumí činnosti vedoucí k nějakému výsledku.

Důležitou součástí celé analýzy je pečlivě zaznamenávat analytické postřehy či jiné poznámky, které se během procesu vynoří. Tyto „memos“, jak se v zakotvené teorii nazývají, by měly být důvěrné pouze danému výzkumníkovi a plnit roli jakéhosi výzkumného deníku. Poznámky lze tvořit o kódech, kategoriích, vztazích mezi nimi, jejich užitečnosti, mezerách ve výzkumu, praktických důsledcích apod. (Charmazová, 2006).

Hledání teoretických vztahů mezi koncepty

V této fázi analytického procesu se výzkumník přesouvá od snahy pouze vytyčit jednotlivé koncepty a jejich dimenze k pozorování a popisu vztahů mezi nimi. Nestačí konstatovat, že vztah existuje, ale je nutné vycházet z dat a detailně se zabývat povahou tohoto vztahu (Řiháček & Hytych, 2013). Zde přichází na řadu již zmíněné *teoretické vzorkování*, kdy na základě nalezených vztahů mezi koncepty můžeme chtít rozšířit náš vzorek a zahrnout nové participanty reprezentující odlišné varianty zkoumaného.

Volba ústředního konceptu a formulace teorie

V poslední fázi procesu výzkumník zhodnotí, že již došlo k nasycení teoretického konceptu a je zvolen ústřední koncept, který nejlépe vysvětluje výzkumný problém a kolem něhož vznikne nová teorie (Řiháček & Hytych, 2013). Teorie je zakotvená v získaných datech a měla by být nakonec posouzena pro svou kredibilitu, originalitu, resonanci a užitečnost (Charmazová, 2006). Charmazová (2013) nesdílí pozitivistický přístup, kdy existence teorie má sloužit hlavně k vysvětlení a predikci daného jevu, ale hovoří o rozvíjení komplexnější teoretické perspektivy. Teorie tak propojuje abstraktní koncepty a nabízí způsob, jak více uceleně rozumět světu, ve kterém žijeme.

2.4 Etika výzkumu

Zahraniční výzkum naznačuje, že lidé zažívající nábožensky podmíněné stigmatizující jednání ze strany své církve jsou s větší pravděpodobností součástí konzervativních sborů nebo sborů s letniční tradicí (Stanford & McAlister, 2008). Existuje riziko, že by tato studie jedince z výše zmíněných denominací opomíjela nebo naopak

favorizovala, ve snaze dobrat se k určitým výsledkům. Dalším důležitým faktorem se jeví být věk nebo místo bydliště (Gulke et al., 2003), proto je nutné snažit se získat co nejrozmanitější vzorek, který by v co největší šíři a co nejvěrněji pokrýval danou populaci. Proto bude nabídka účasti ve výzkumu distribuována všem registrovaným křesťanským církvím v České republice, což do velké míry omezí výběrové zkreslení.

Probandi budou před začátkem rozhovoru plně a srozumitelně seznámeni s cíli a průběhem výzkumu, včetně využití získaných dat a možných důsledcích účasti ve výzkumu. Budou informováni o možnosti kdykoliv bez nutnosti udání důvodu svou účast na výzkumu ukončit a požádání o podepsání informovaného souhlasu před vstupem do výzkumu.

Vzhledem k důvěrné povaze zkoumaného budou účastníci výzkumu dále informováni o dodržení anonymity dat a ujištění, že informace, které poskytnou, nemohou být použity proti nim. Výzkumník udělá vše pro to, aby zajistil emoční bezpečí probanda a co nejvíce ošetřil nebezpečí psychické újmy. Bude citlivě klást otázky a také bude nastaveno pravidlo „STOP“, tedy že proband může v jakoukoli chvíli zastavit rozhovor a sdělit výzkumníkovi, že v diskusi o tomto tématu si nepřeje dále pokračovat.

Pokud by přeci jen i přes všechna opatření došlo během nebo po skončení výzkumu k problému na straně probanda (psychická nepohoda, emoční rozlada apod.), bude pro účastníky studie vždy zdarma k dispozici psycholog či krizový intervent, na kterého se budou moci po realizaci rozhovoru obrátit (a to až v rozsahu tří setkání).

Navrhovaný výzkum bude před realizací odeslán ke schválení „*Komisi pro etiku ve výzkumu Filozofické fakulty Univerzity Karlovy*“ s podmínkou schválení před případnou vlastní realizací.

3. Výzkumný soubor

Zkoumaná problematika se týká jedinců se zkušeností s duševním onemocněním hlásící se ke křesťanskému vyznání víry. Tato studie se zaměřuje na zmíněnou populaci v kontextu českého církevního prostředí. Výzkumný soubor bude získáván skrze e-mailovou distribuci nabídky účasti ve výzkumu všem registrovaným křesťanským církvím v České republice. Dále bude použita metoda sněhové koule, kdy budou probandi požádáni o případné doporučení dalších účastníků, protože lze předpokládat, že lidé se zkušeností s duševním onemocněním v církvi budou znát někoho s obdobnou zkušeností. Podmínkou účasti ve výzkumu bude diagnostikované duševní onemocnění, křesťanská víra a (historické) členství v jedné z výše zmíněných církví. Ve snaze vyhnout se klamu přeživších budou do studie zahrnuti i probandi, kteří v minulosti (v čase duševního onemocnění) byli součástí nějaké církve, ale z jakéhokoli důvodu v současné době již nejsou. Sběr dat bude ukončen v momentě teoretické saturace, tedy když už se nebudou objevovat žádné nové významy, které by v sobě nezahrnovala nově vzniklá teorie (Charmaz, 2006).

Pro zvýšení validity měření bude probandům před vstupem do studie administrován dotazník Systems of Belief Inventory (SBI-15R) (Kash et al., 1995), což je dotazník posuzující religiozitu, který se historicky ukázal být spolehlivý v rozlišování věřících od nevěřících (velikost účinku >1.14) a byl standardizován v několika evropských zemích (Baider et al., 2001; Grulke et al., 2003).

SBI-15R je dvoudimenzionální dotazník o 15 položkách, kdy prvních deset položek zkoumá faktor Víry a náboženské praxe (*Beliefs and practices*) a zbylých pět položek druhý faktor Sociální podpory (*Social Support*). Dotázaní pak vyjadřují míru souhlasu s prezentovanými tvrzeními na škále od 1 (*Naprosto souhlasím*) až po 4 (*Naprosto nesouhlasím*). Dotazník v současné době nemá české normy, tudíž bude muset být před použitím standardizován pro českou populaci. V porovnání s jinými psychometrickými nástroji k posuzování religiozity vykazuje obzvlášť dobrou schopnost na krátkém rozsahu rozlišovat mezi subjekty s různorodými náboženskými přesvědčeními v rámci smíšeného vzorku (Hall, Meador & Koenig, 2008). Toto vstupní kritérium pomůže zachovat co nejvyšší homogenitu vzorku a preventivně ošetří zařazení nevhodného kandidáta.

4. Diskuse

Nově vzniklý teoretický koncept by mohl být porovnán s jinými výzkumy zabývajícími se stigmatizací v církevním prostředí a pozorována jeho explanační síla. Zajímavé srovnání nabízí například již zmíněná kategorizace jednotlivých komponent podle Peteet (2019): fundamentalistické myšlení (*fundamentalist thinking*), in-group sociální identita (*tribalism*), mylná interpretace prožívané psychopatologie (*misattribution of psychopathology*), tradiční způsoby chápání duševních onemocnění (*traditional ways of understanding*) a špatné zkušenosti se sekulárními odborníky v oblasti duševního zdraví (*adverse experiences with secular providers*). Bylo by také zajímavé dále zkoumat koncept nábožensky podmíněného stigmatu napříč různými kulturami, protože je pravděpodobné, že by nabýval nových odlišných významů (Lloyd a Waller, 2020).

Přínos navrhované studie spočívá v důkladné hloubkové analýze nábožensky podmíněné stigmatizace a vytvoření silného teoretického konceptu, který v současné době schází a znesnadňuje tak možnosti dalšího zkoumání jevu. Získané údaje jsou založené na přiběžích a žité zkušenosti probandů a jejich další zpracování a prezentace tak může být přesvědčivější než čistě kvantitativní údaje (Anderson, 2010).

Mezi hlavní limity navrhované studie patří velká časová náročnost celého výzkumného procesu a problematické hledání respondentů vzhledem k výzkumné populaci i citlivosti zkoumaného jevu. I přes snahu zvolit výzkumnou strategii, která pracuje s přiznanou subjektivitou výzkumníka, se může stát, že nedostatečně ošetřím svou zaujatost a zatížení předchozím porozuměním a interakcí se zkoumanou populací. Intuitivní povahou metody zakotvené teorie podle Charamazové (2006) může být těžší zpětně prokázat metodologickou přesnost a spolehlivost.

Vytvoření důkladného teoretického konceptu v otázce nábožensky podmíněného stigmatu by připravilo půdu dalšímu zkoumání kvantitativní povahy. Data z takovýchto studií by poskytla užitečné podklady jak pro odborníky z řad psychologů, psychoterapeutů a lékařů, tak pro duchovní a církevní pracovníky (Lloyd a Kotera, 2021).

V prvé řadě by existovaly podklady pro vytvoření destigmatizačních intervencí pro populaci českých věřících, jejichž specifické zacílení by zvýšilo jejich efektivitu a potenciálně by mělo za cíl nižší míru stigmatizujících postojů a současně vyšší ochotu vyhledat pomoc (Evans-Lacko et al., 2012). Dále by data poskytla užitečný, a aktuálně nedostupný, náhled

do světa věřících klientů trpících duševním onemocněním s cílem lepší vybavenosti psychologů a psychoterapeutů při práci s touto cílovou skupinou. Nakonec by se nová teorie mohla stát součástí vzdělávacích programů pro psychology i další odborníky a obecně zahájit rovnovážnou diskusi v otázce náboženské diverzity při práci s klientem.

Teorie nábožensky podmíněného stigmatu duševních onemocnění a relevantní výzkum v této oblasti by mohly pomoci duchovním k citlivějšímu vnímání tohoto jevu ve svých církevních společenstvích. Nábožensky podmíněné stigma vychází často z doktríny jednotlivých společenství (Stanford & McAlister, 2008), bylo by tedy užitečné zahrnout téma duševního zdraví již do vzdělávání církevních pracovníků. Ti by poté do praxe vstupovali obohaceni relevantními výzkumně ověřenými poznatky. Nakonec by adresování různých latentních faktorů podílejících se na nábožensky podmíněné stigmatizaci (jako např. duchovní unikání, mylná interpretace prožívané psychopatologie apod.) mohlo vést ke zvýšení životní spokojenosti a rozvoji emočního zdraví u duchovních.

Závěr

Tato práce shrnula současné dostupné odborné výzkumné studie v oblasti stigmatizace duševních onemocnění a věnovala se také stěžejním kognitivním, afektivním i konativním aspektům tohoto jevu. Současně nastínila psychické důsledky stigmatizace a sebestigmatizace, zejména v oblasti sebevědomí a sebeúčinnosti. V centru zájmu stála otázka stigmatizace v náboženském kontextu, její faktory, možné podoby a významy, kterých nabývá pro duševně nemocné věřící jedince. Navzdory novosti tématu bylo nalezeno uspokojivé množství současných zahraničních výzkumných studií, na kterých byla ilustrována prevalence a specifické podoby tohoto jevu. Práce poskytuje čtenáři vhled do odborné literatury zabývající se stigmatizací lidí s duševním onemocněním, zejména pak v církevním kontextu.

Druhá část práce představila ambiciózní návrh výzkumu, který by mohl být přínosem psychologické i teologické obci. Věřím, že pokud by došlo k realizaci navrhované výzkumné studie, mohl by pomoci ke vzniku nové teorie nábožensky podmíněného stigmatu v českém prostředí a odpovědět na otázku: Jak duševně nemocní věřící prožívají v kontextu svého onemocnění interakce se svým církevním společenstvím? Teoretické ukotvení tohoto konceptu by umožnilo další výzkum, který by mohl ještě více rozvíjet explanační sílu teorie nebo se zabývat například mírou prevalence či různými prediktory nábožensky podmíněné stigmatizace. Domnívám se, že v adresování nábožensky podmíněné stigmatizace duševních onemocnění se skrývá potenciál snížení stigmatizujících postojů a zlepšení duševního zdraví na úrovni celé populace.

Bible zdůrazňuje „*hlubokou hodnotu člověka v jeho slabosti*“ (Pfeifer, 1995, s. 190). Považuji za nepřijatelné, aby instituce hlásící se k autoritě Božího slova svým jednáním poškozovala zranitelnou skupinu duševně nemocných ve svých řadách. Je nezbytné, aby církev dokázala kriticky zkoumat a reflektovat dogmatická redukcionistická přesvědčení o příčinách a léčbě duševního onemocnění a s pokorou rozpoznat, kdy už jsou cizí těžkosti a problémy nad rámec pastýřské péče. Černobílé vidění zdraví a nemoci, dobra a zla by mělo vystřídat zralejší, pravdivější vidění světa, který nemá vždy tak jasně vytyčené hranice a ve kterém je prostor pro otevřenost a diskusi. Možnou cestou k nápravě je jistě také vyšší odborná erudovanost duchovních v oblasti duševního zdraví, psychologie a lékařství.

Osobně vnímám obrovský prostor pro vzájemný dialog a spolupráci obou disciplín – psychologie a náboženství, protože si mají mnoho co předat. Věřím, že tato spolupráce by byla prospěšná jak klientům, tak odborníkům v pomáhajících profesích, kteří je provázejí. Ráda bych, aby předkládaná práce umožnila také psychologické obci blíže nahlédnout do světa jejich věřících klientů s duševním onemocněním a nalézt tak hlubší porozumění pro spirituální rozměr jejich života. Obzvláště v českém prostředí pak vnímám jako velmi užitečné realizovat další výzkumné studie propojující oblast psychologie a náboženství s důrazem na možnou budoucí spolupráci.

Seznam použité literatury

- Adams, J. R., & Drake, R. E. (2006). Shared decision-making and evidence-based practice. *Community mental health journal*, 42(1), 87-105.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders* (5th ed.) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Anderson, C. (2010). Presenting and evaluating qualitative research. *American journal of pharmaceutical education*, 74(8).
- Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., & Livaditis, M. (2009). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(8), 658-665.
- Baider, L., Holland, J. C., Russak, S. M., & Kaplan De-Nour, A. (2001). The system of belief inventory (SBI-15): a validation study in Israel. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 10(6), 534-540.
- Beagan, B. L., & Hattie, B. (2015). Religion, spirituality, and LGBTQ identity integration. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 9(2), 92-117.
- Cohen, A. K., & Syme, S. L. (2013). Education: a missed opportunity for public health intervention. *American journal of public health*, 103(6), 997-1001.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and practice*, 9(1), 35.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Ruesch, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry*, 8(2), 75.
- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rüsche, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the "why try" effect. *Journal of Mental Health*, 25(1), 10-15.
- Charmaz, K. (2004). Premises, principles, and practices in qualitative research: Revisiting the foundations. *Qualitative health research*, 14(7), 976-993.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. sage.
- Charmaz, K. (2013, 14. září). *A Discussion with Prof Kathy Charmaz on Grounded Theory* [interview by Gibbs, G. R.]. BPS Qualitative Social Psychology Conference, University of Huddersfield, UK.

- Duchoňová, V. (2010). *Duchovní život lidí trpících schizofrenií v Psychiatrické léčebně Bohnice*.
- Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R., & Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological medicine*, 42(8), 1741-1752.
- Foskett, J. (2018). Christianity and psychiatry. In *Psychiatry and religion* (pp. 51-64). Routledge.
- Ganz, R. L. (2012). *Psychoblábol: selhání moderní psychologie a biblická alternativa*. Občanské sdružení Didasko.
- Goffman, E. (2003). *Stigma*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Graves, R. E., Cassisi, J. E., & Penn, D. L. (2005). Psychophysiological evaluation of stigma towards schizophrenia. *Schizophrenia research*, 76(2-3), 317-327.
- Gray, A. J. (2001). Attitudes of the public to mental health: A church congregation. *Mental Health, Religion & Culture*, 4(1), 71-79.
- Grulke, N., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brähler, E., & Alhani, C. (2003). Measuring religious attitudes: reliability and validity of the German version of the Systems of Belief Inventory (SBI-15R-D) in a representative sample. *Mental Health, Religion & Culture*, 6(3), 203-213.
- Johnson, E. L. (2007). Foundations for soul care: A Christian psychology proposal. *InterVarsity Press*.
- Jorm, A. F., Jorm, A. F., Christensen, H., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2005). The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(4), 248-254.
- Joy, A. (2019). *Glorious Weakness: Discovering God in All We Lack*. Baker Publishing Group.
- Hall, D. E., Meador, K. G., & Koenig, H. G. (2008). Measuring religiousness in health research: Review and critique. *Journal of religion and health*, 47(2), 134-163.
- Harris, N., Sisemore, T. A., Pargament, K. I., & Brown, G. S. (2014). The relationship of decline in spiritual struggles to psychotherapy outcomes: Evidence from a large scale survey of psychotherapy clients. *Christian Psychology*, 8(2), 40-48.
- Helmus, K., Schaars, I. K., Wierenga, H., de Glint, E., & van Os, J. (2019). Decreasing stigmatization: Reducing the discrepancy between “Us” and “Them”. An intervention for mental health care professionals. *Frontiers in psychiatry*, 10, 243.

- Hinshaw, S. P. 2007. The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change: *Oxford University Press*.
- Kagstrom, A., Alexova, A., Tuskova, E., Csajbók, Z., Schomerus, G., Formanek, T., ... & Cermakova, P. (2019). The treatment gap for mental disorders and associated factors in the Czech Republic. *European Psychiatry*, 59, 37-43.
- Kash, K. M., Holland, J. C., Passik, S. D., Lederberg, M. S., Sison, A. C., & Gronert, M. K. (1995, January). The Systems of Belief Inventory (SBI)-A scale to measure spiritual and religious beliefs in quality-of-life and coping research. In *Psychosomatic medicine* (Vol. 57, No. 1, pp. 62-62). 351 WEST CAMDEN ST, BALTIMORE, MD 21201-2436: WILLIAMS & WILKINS.
- Kesner, L., & Horáček, J. (2020). Three challenges that the COVID-19 pandemic represents for psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 217(3), 475-476.
- Khan, A. H., & Dixon, S. (2020). Christianity and healing in mental health. In *The Routledge International Handbook of Race, Culture and Mental Health* (pp. 238-249). Routledge.
- Krupchanka, D., Kruk, N., Murray, J., Davey, S., Bezborodovs, N., Winkler, P., ... & Sartorius, N. (2016). Experience of stigma in private life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of Belarus. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(5), 757-765.
- Křivohlavý, J. (1991). *Křesťanská péče o nemocné*. Advent.
- Kuklová, M., Kagstrom, A., Kučera, M., Mladá, K., Winkler, P., & Cermakova, P. (2021). Educational inequalities in mental disorders in the Czech Republic: data from CZEch Mental health Study (CZEMS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(5), 867-877.
- Laín Entralgo, P. (1995). *Nemoc a hřích*. Vyšehrad.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Lloyd, C. E., & Waller, R. M. (2020). Demon? Disorder? Or none of the above? A survey of the attitudes and experiences of evangelical Christians with mental distress. *Mental Health, Religion & Culture*, 23(8), 679-690.
- Lloyd, C. E., & Kotera, Y. (2021). Mental Distress, Stigma and Help-Seeking in the Evangelical Christian Church: *Study Protocol*.
- Lloyd, C. E. (2021). Contending with Spiritual Reductionism: Demons, Shame, and Dividualising Experiences Among Evangelical Christians with Mental Distress. *Journal of Religion and Health*, 1-26.

- Maharjan, S., & Panthee, B. (2019). Prevalence of self-stigma and its association with self-esteem among psychiatric patients in a Nepalese teaching hospital: A cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 19(1), 1-8.
- Masters, R. A. (2019). *Duchovní unikání: když nás spiritualita vzdaluje od věcí skutečně důležitých*. Maitrea.
- Mohr, S. (2004). The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *Swiss medical weekly*, 134(2526).
- Mudrová, H. (2008). *Stigmatizace klientů s duševním onemocněním nepsychiatrickými zdravotníky*.
- Nooney, J., & Woodrum, E. (2002). Religious coping and church-based social support as predictors of mental health outcomes: Testing a conceptual model. *Journal for the scientific study of religion*, 41(2), 359-368.
- Ocisková, M. & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada Publishing as.
- Oexle, N., Herrmann, K., Staiger, T., Sheehan, L., Rüschi, N., & Krumm, S. (2018). Stigma and suicidality among suicide attempt survivors: a qualitative study. *Death studies*.
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3., aktualizované a doplněné vydání). Grada.
- Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, 2(1), 51-76.
- Pechová, O. (2011). *Psychologie náboženství*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Peteet, J. R. (2019). Approaching religiously reinforced mental health stigma: A conceptual framework. *Psychiatric services*, 70(9), 846-848.
- Pfeifer, S. (1995). *Slabé nésti: moderní psychiatrie a biblická duchovní péče*. JUPOS.
- Polson, L. M., & Rogers, R. K. (2007). Counseling and Mental Health Referral Practices of Church Staff. *Social Work & Christianity*, 34(1).
- Quinn, D. M., Kahng, S. K., & Crocker, J. (2004). Discreditable: Stigma effects of revealing a mental illness history on test performance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(7), 803-815.
- Ripley, J. S. (2012). Integration of psychology and Christianity: 2022. *Journal of Psychology and Theology*, 40(2), 150-154.
- Roberts, D. (1997). Transcending barriers between religion and psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 171(2), 188-188.

- Rüsch, N., Evans-Lacko, S. E., Henderson, C., Flach, C., & Thornicroft, G. (2011). Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatric Services*, 62(6), 675-678.
- Řiháček, T., Hytych, R. (2013). Metoda zakotvené teorie. In: Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. (Eds.). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. (pp.44-74). Brno, Masarykova univerzita.
- Sims, A. (1999). The cure of souls: Psychiatric dilemmas. *International review of psychiatry*, 11(2-3), 97-102.
- Stanford, M. S. (2007). Demon or disorder: A survey of attitudes toward mental illness in the Christian church. *Mental Health, Religion and Culture*, 10(5), 445-449.
- Stanford, M. S., & McAlister, K. R. (2008). Perceptions of serious mental illness in the local church. *Journal of Religion, Disability & Health*, 12(2), 144-153.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia bulletin*, 7(2), 225-240.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192-193.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam, A., & Lewis-Holmes, E. (2008). Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International journal of mental health systems*, 2(1), 1-7.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Kassan, A. (2009). Public attitudes and challenge of stigma. In Gelder, M. G., Andreasen, N. C., López-Ibor, J.J. Jr., Geddes, J.R. (eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Vol 1. 2nd ed. Oxford:Oxford University Press, 5-9.
- Thornicroft, G. (2011). *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- Weissová, A. (2015). *Stigmatizace osob s duševním onemocněním*.
- Wesselmann, E. D., & Graziano, W. G. (2010). Sinful and/or possessed? Religious beliefs and mental illness stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(4), 402-437.
- Winkler, P., Mladá, K., Janoušková, M., Weissová, A., Tušková, E., Csémy, L., & Evans-Lacko, S. (2016). Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(9), 1265-1273.
- Winkler, P., Formánek, T., Mladá, K., & Cermakova, P. (2018). The CZEch Mental health Study (CZEMS): study rationale, design, and methods. *International journal of methods in psychiatric research*, 27(3), e1728.

Winkler, P., Mohrova, Z., Mlada, K., Kuklova, M., Kagstrom, A., Mohr, P., & Formanek, T. (2021). Prevalence of current mental disorders before and during the second wave of COVID-19 pandemic: an analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *Journal of Psychiatric Research*.

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11 th ed.). <https://icd.who.int/>

Seznam tabulek

Tabulka 1: *Stigmatizující koncepce o psychicky nemocných*.....14

Tabulka 2: *Efekt "proč se vůbec snažit"*.....18

Příloha 1

Protokol k polostrukturovanému interview (převzato a přeloženo z Lloyd, 2021)

1. Jaké jako křesťan chápete možné příčiny duševního onemocnění? Bylo tomu tak u vás vždy?
2. Jak podle vás církev obecně pojímá duševní zdraví? Můžete uvést nějaké příklady? Jaký dopad na vás mělo toto pojetí?
3. Můžete mi říci o svých zkušenostech s duševními obtížemi a křesťanstvím? Můžete o tom říci více?
4. Můžete mi říci o svých zkušenostech s duševním onemocněním ve vztahu k vašemu současnému nebo bývalému církevnímu společenství? Někaké pozitivní nebo negativní zkušenosti? Jaký byl dopad těchto zkušeností?
5. Jak s vámi podle vašeho názoru ostatní ve sboru jednali? V kontextu vašeho duševního zdraví? Mohl/a byste uvést nějaké příklady? Jaký byl dopad těchto zkušeností?
6. Jak a jakým způsobem podle vás Bible pojímá/vypovídá o duševním zdraví? Liší se to nějak od církve nebo je to podobné? Liší se to nějak od vašeho vlastního chápání a zkušenosti?
7. Jaká by podle vás byla ideální křesťanská reakce na jedince s duševním onemocněním?
8. Chcete k tomu něco dodat nebo se podělit o něco, co považujete za důležité nebo o čem si myslíte, že by v tomto výzkumu mělo zaznít?