

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra Sociologie

**Stigmatizace osob s duševním onemocněním z
pohledu pacientů s depresí a úzkostmi**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Tereza Štěpánková

Studijní program: Sociologie

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Vít Horák, Ph.D

Rok obhajoby: 2018

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 ...

Tereza Štěpánková

Bibliografický záznam

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

Rozsah práce: 108 779 znaků

Abstrakt

Práce je studií pohledu duševně nemocných pacientů s depresí a úzkostmi na stigmatizaci v současné české společnosti. Práce představuje problematiku v kontextu současných politických opatření a výzkumů včetně srovnání se zahraničím. Poukazuje i na aktuální stav psychiatrické péče v České republice a současné destigmatizační aktivity, které cílí na změnu tohoto stavu. Na rozhovorech s deseti pacienty s diagnostikovanou depresí či úzkostmi práce ukazuje, že stigmatizace se v případě pacientů s touto diagnózou neprojevuje v takové podobě, v jaké ji definuje literatura. Účastníci rozhovoru zažívají celou řadu negativních reakcí, z nichž mnohé se však vymykají definicím stigmatizace. Zkušenost pacientů se stigmatizací se v různých oblastech života liší, mimo jiné i v závislosti na předchozí zkušenosti okolí s duševním onemocněním. Samotná obava ze stigmatizace je u pacientů s depresí a úzkostmi častější než samotná stigmatizace. Účastníci rozhovorů poukazují na malou informovanost veřejnosti o problematice stigmatizace duševního onemocnění, nicméně sami se do aktivit organizovaných destigmatizačními projekty nezapojují. Zajímavým zjištěním byla obava ze založení rodiny, prezentovaná ženskými účastnicemi rozhovoru a také velmi časté označení „blázen“. To pro účastníky rozhovoru představuje nálepkou, kterou opakovaně označují duševní nemoc při své snaze se vyrovnat s novou identitou.

Klíčová slova

stigmatizace, stigma, duševní onemocnění, deprese, úzkosti, pacient, labeling theory

Abstract

The thesis is a study of mentally ill patients with depression and anxiety and their view on stigmatization in contemporary czech society. The thesis introduces the problematic in the context of current political precautions and research including comparison with abroad studies. It points out the current state of psychiatric care in the Czech republic and destigmatizing activities which aim to change this state. Based on ten interviews with patients with diagnosed depression or anxiety, the thesis shows that the stigmatization in case of these patients is not seen in such nature, as defined by literature. The participants experience large scale of negative reactions, however many of them do not meet definitions of stigmatizing attitudes. Their experience with stigma is different in different parts of their life, partly based on whether the people close to them have a previous experience with mental illness or not. The fear of stigmatization is present more often than the stigmatization itself. The participants point out the low awareness of the public considering the stigmatization of mental illness, however they do not participate in destigmatizing activities in any way. Interesting finding was fear of establishing a family, presented by some of the female participants and very frequent use of the word „lunatic.“ The word represents a label, which is used repeatedly by the participants to describe mental illness when trying to cope with their new identity.

Keywords

stigmatization, stigma, mental illness, depression, anxiety, patient, labeling theory

Title

Stigma of mentally ill from the depression and anxiety patients' point of view

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především vedoucímu mé diplomové práce PhDr. Mgr. Vítu Horákovi, Ph.D., za čas, který vložil do konzultací a revizí této práce a za jeho cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat Bc. Magdaleně Wolfové, Mgr. et Mgr. Miroslavě Janouškové, Ph.D. za poskytnutí cenných odborných rad z oblasti stigmatizace lidí s duševním onemocněním a za poskytnutí cenných odkazů na prameny z dílny Národního ústavu duševního zdraví. Dále děkuji Mgr. Miroslavu Grznárovi za velmi cenné rady v oblasti psychiatrických diagnóz a také za pomoc s výběrem účastníků rozhovoru pro můj výzkum. A v neposlední řadě všem ostatním kolegům sociologům, přátelům a rodině, kteří mne jakkoliv podporovali při vzniku této práce.

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod | 9 |
| 1 Teoretická část práce | 11 |
| 1.1 Stigma v sociologii | 11 |
| 1.1.1 Sebestigmatizace (Self-stigma) | 13 |
| 1.2 Vztah stigmatu a duševního onemocnění | 14 |
| 1.3 Současná problematika ve světě a u nás | 17 |
| 1.3.1 Ve světě | 17 |
| 1.3.2 U nás | 18 |
| 1.3.3 Nejčastější duševní onemocnění v České republice | 18 |
| 1.3.4 Srovnání situace ve světě a u nás | 20 |
| 1.4 Destigmatizační politika v České republice | 20 |
| 1.4.1 Přehled destigmatizačních aktivit v ČR | 20 |
| 1.4.2 Reforma psychiatrické péče | 22 |
| 2 Praktická část | 24 |
| 2.1 Výzkumný problém | 24 |
| 2.2 Kritéria výběru účastníků rozhovoru | 24 |
| 2.3 Metody výzkumu a sběru dat | 26 |
| 2.4 Etika výzkumu | 27 |
| 2.5 Reflexe zvolené metody a výběru | 28 |
| 2.6 Analýza dat | 30 |
| 2.7 Interpretace dat | 32 |
| 2.7.1 Stigmatizace v rodině | 32 |
| 2.7.2 Stigmatizace v kruhu přátel | 34 |
| 2.7.3 Stigmatizace ve škole a v zaměstnání | 36 |
| 2.7.4 Stigmatizace ve zdravotnictví | 38 |
| 2.7.5 Stigmatizace na veřejnosti | 40 |
| 2.7.6 Stigmatizace v partnerských vztazích a obavy ze založení rodiny | 41 |
| 2.7.7 Sebestigmatizace aneb Já versus nemoc | 43 |

| | | |
|----------------------------|---|----|
| 2.7.8 | Já versus ostatní duševně nemocní..... | 45 |
| 2.7.9 | Zpětná vazba účastníků rozhovoru | 47 |
| 2.8 | Diskuze s literaturou, odpovědi na výzkumné otázky..... | 49 |
| Závěr..... | | 53 |
| Summary | | 55 |
| Seznam literatury | | 57 |
| Internetové zdroje | | 58 |
| Teze diplomové práce | | 59 |
| Seznam příloh..... | | 61 |

Úvod

Téma stigmatizace lidí s duševním onemocněním je nejen díky různým občanským iniciativám v české společnosti stále častěji diskutované. Stále je však diskutované poměrně málo vzhledem tomu, jak rychle a pravidelně narůstá počet psychicky nemocných pacientů. Upozorňuje na to zejména reforma psychiatrické péče, která je prvním komplexním legislativním opatřením, které se snaží o zlepšení kvality psychiatrické péče v ČR. Jinak je toto pole zdravotnictví považováno ve srovnání se západními státy za zaostalé, velmi podobné stavu péče v ostatních zemích bývalého Východního bloku a přílišně orientované na ambulantní péči. Mimo psychiatrické nemocnice neexistuje státní kontrola duševně nemocných a kvalitní péče je málo dostupná. Veřejnost je málo informovaná o duševních onemocněních a preventivní opatření (např. programy pro veřejnost a školy o duševní hygieně) jsou zajišťována pouze neziskovými organizacemi a spolky. Duševní onemocnění v České republice je tak dlouhodobě a beze změny obestřeno silným stigmatem, a i výzkumy této problematiky ukazují, že se stigmatizující tendence veřejnosti mění velmi pomalu nebo vůbec. V médiích se kromě seriózních textů, které přibývají až v posledních letech, objevují stigmatizující texty o nebezpečných vrazilích a šilencích, tyto extrémní případy jsou však pouhým zlomkem duševně nemocné populace v České republice. Ta dosahuje statisíců osob. Ve srovnání se zahraničím jsou pak výsledky měření těchto stigmatizujících postojů téměř alarmující. Domnívám se tedy, že si toto téma na poli sociologie vzhledem k rozsahu a závažnosti žádá dalších výzkumů.

Tato práce poskytuje vzhled do problematiky stigmatizace duševně nemocných v České republice. Dělí se na teoretickou a analytickou část, přičemž v teoretické části seznamuje s problematikou a relevantními koncepty sociologické teorie. Praktická část pak obsahuje výklad užití metodologie a následně samotnou analýzu a interpretaci dat. Teoretická část představuje nejprve teorii stigmatu v sociologii obecně, následně ukazuje vývoj vztahu stigmatu právě v souvislosti s duševním onemocněním a představuje i zlomové okamžiky ve vývoji psychiatrické péče a důsledků, které měly pro společnost. Dále představuje zahraniční výzkumy a nedávné výzkumy provedené v České republice, realizované nejen v souvislosti s reformou psychiatrické péče v dílně Národního ústavu duševního zdraví. Práce dále poskytuje srovnání situace ve světě a u nás. Mimo jiné představuje také destigmatizační projekty a aktivity, probíhající v současnosti v české

společnosti a program již zmíněné reformy psychiatrické péče. Praktická část práce pak na kvalitativních rozhovorech s pacienty s duševním onemocněním ukazuje, s jakými typy stigmatizace a v jakých oblastech života se pacienti nejčastěji setkávají, jak se s duševním onemocněním vyrovnávají, a také jak nastavují hranice mezi sebou a duševně zdravými. Rozhovory se zaměřují především na mladé pacienty s oficiální diagnózou z kategorie depresivních a úzkostných poruch, které jsou často diagnostikovány společně, a které jsou dle dalších výzkumů jedním z nejčastěji diagnostikovaných typů duševního onemocnění u nás.

1 Teoretická část práce

Cílem teoretické části diplomové práce je uvedení do problematiky stigmatizace duševně nemocných v kontextu současné české společnosti. Představuje koncept stigmatu v opoře teorií starších i novějších, poukazuje na společné znaky a odlišnosti jednotlivých pojetí. Snaží se o stručné představení historie vývoje vztahu stigmatu a duševního onemocnění od vzniku tohoto vztahu do jeho aktuální podoby v současné společnosti. Následně práce představuje současné výzkumy na toto téma, v zahraničním i českém kontextu, poskytuje srovnání situace. V neposlední řadě je v teoretické části představena snaha vypořádat se se stigmatizací duševně nemocných skrze organizace a neziskové organizace, které jsou považovány za hlavní aktéry destigmatizační politiky v ČR. Jsou zde uvedeny příklady organizací a jejich činnosti včetně stručného představení reformy psychiatrické péče a její role v boji proti stigmatizaci duševně nemocných v České republice.

1.1 Stigma v sociologii

Téma stigmatu se řadí do obecnější oblasti sociologie deviace, kterou založil francouzský sociolog Émile Durkheim. V díle *Rules of sociological method* upozornil na schopnost jedinců identifikovat rozdíly, ale také je hodnotit, jsou-li špatné či dobré, normální či nenormální, přirozené či nepřirozené: *"Představte si společnost svatých, dokonalý klášter příkladných jedinců. Zločin nebude znám; ale odchylky, které se budou jevit jako drobné laikům, budou způsobovat stejný skandál jako obyčejné přestupky v obyčejném vědomí. Pokud poté společnost bude mít moc soudit a trestat, bude definovat tyto činy jako zločinné nebo deviantní a bude tak s nimi nakládat."* [Durkheim 1982: 68-69]¹

Goffman v díle *Stigma* spojuje problematiku se sociální identitou jedince. Hned v úvodu uvádí, že původně bylo stigma viditelným znamením, které mělo symbolizovat špatný morální status člověka, který byl tímto znamením označen (např. vypálený znak či tetování). V antice se takto označovali otroci a zločinci, aby lidé věděli, že se jim mají

¹ V originálním znění: *'Imagine a society of saints, a perfect cloister of exemplary individuals. Crimes properly so called, will there be unknown; but faults which appear venial to the layman will create there the same scandal that the ordinary offence does in ordinary consciousness. If, then, this society has the power to judge and punish, it will define these acts as criminal and will treat them as such.'* Émile Durkheim (1982). *Rules of Sociological Method* (1895) The Free Press, s. 68-69

vyhýbat. Goffman upozorňuje, že v dnešním kontextu už není stigma viditelným znakem, používá se v přeneseném významu a je autorem definován jako "*silně diskreditující atribut*" [Goffman 2003: 8-10]. Typický příklad stigmatu Goffman ukazuje na typu povolání, které pro někoho může být diskreditující, záleží však na kontextu situace, v které je konkrétnímu jedinci atribut připsán.

Goffman rozlišuje různé typy stigmatu: tělesná znetvoření, vady charakteru (zde zmiňuje duševní poruchy, alkoholismus, homosexualitu, radikální politické projevy apod.) a v poslední řadě se jedná o "*kmenová stigmata rasy, národa a náboženství*", která jsou podle Goffmana dědičná [Goffman 2003: 10-17]. Zdůrazňuje problém se stigmatem spojený – nositel diskreditujícího atributu není považován za normálního člena společnosti, je ostatními diskriminován například i verbálními stigmatizujícími výrazy, používanými v běžné mluvě.

Další teorií, která přispívá k tomuto tématu je tzv. "labeling theory", která zdůrazňuje, jak "nálepkování" ze strany společnosti utváří duševní onemocnění pomocí diagnóz, hospitalizace, a dalších případných fází duševního onemocnění. Labeling theory mimo jiné přispěla k obecně kritickému přístupu k hospitalizaci a v této souvislosti také k diskuzi deinstitucionalizace. Scheff (1966) viděl psychiatrické symptomy jako odchylku od společenských norem. Mnohé z nich, jako například špatné vychování či zrada jsou příklady snadno identifikovatelného porušení těchto norem. Existují ale také porušení norem jako například jistá distance od společnosti či nedostatek zapojení, které nemají pevně určenou nálepkou, ale mohou být chápány jako odchylka od normy. V tomto kontextu pak mohou psychiatrické symptomy být chápány jako zbytkové, blíže nespecifikované porušování pravidel.

Duševní nemoc jako takovou chápe Scheff jako kariéru a v rámci tohoto procesu staví do středu dimenze nálepkování versus popírání. Ve chvíli, kdy se objeví nějaké zbytkové porušení pravidel, zásadní je kdy a jakým způsobem dojde k veřejnému rozpoznání deviace neboli přiřazení nálepky [Scheff 1966 in Gullestad, Tschudi 1981]. Tato teorie byla nicméně mnoha autory následně kritizována pro svůj sociologický determinismus a zanedbání jednotlivců jako těch, kteří mohou nálepce duševní onemocnění připisovat různé významy v závislosti na situaci, ve které se nachází. Bylo také kritizováno, že tato teorie zjednodušuje komplexní problémy a že je široce používána v učebnicích bez další kritiky.

Link a Phelan jsou novější autoři, kteří se zabývali koncepcí stigmatu na přelomu tisíciletí. Inspirovali se jak Goffmanem, tak i novějším autorem Jonesem. Ten viděl stigma jako vztah mezi atributem a stereotypem, přichází s definicí stigmatu jako znamení či atributu, který spojuje člověka s nežádoucí charakteristikou či stereotypem [Jones in Link, Phelan 2001]. Autoři Link a Phelan z této definice vycházejí, ale přidávají k ní ještě článek diskriminace. Zdůrazňují také, že koncept stigmatu se různí, a to vzhledem k obrovskému množství okolností a témat, na které je aplikován. Každé z témat je unikátní a jednotlivé autory tak vede k trochu odlišné konceptualizaci stigmatu. Místo slov "atribut" či "znamení" používají slovo "nálepka" (v originále "label"), které vyjadřuje něco, co je člověku připsáno, nikoliv něco, co je jeho součástí. Má také obecnější pojetí, které autoři považují za snáze aplikovatelné na různé problémy.

Důležité je také jejich pojetí distance mezi "my" a "oni". Proces spojení nálepky s nežádoucími atributy se stává odůvodněním pro víru v to, že negativně nalepkovaní lidé jsou zásadně odlišní od těch, kteří tuto nálepku nemají. Autoři uvádějí příklad na duševním onemocnění. Někteří lidé mluví o někom duševně nemocném jako o epileptikovi či schizofrenikovi, nikoliv jako o člověku, který trpí epilepsií či schizofrenií [Link, Phelan 2001]. Poukazují zde i na problematiku odlišnosti psychických nemocí od somatických. Člověk, který má rakovinu je jeden z "nás", jednoduše je člověkem, který trpí vážnou nemocí. Pokud je duševně nemocný, pak je jedním z "nich".

1.1.1 Sebestigmatizace (Self-stigma)

Self-stigma je důležitý koncept, popisující, že lidé, žijící ve společnosti, která zastává stigmatizující postoje, tyto postoje pojmu za vlastní. Následně ti, kterých se to týká, začnou věřit, že kvůli svému specifickému atributu či vlastnosti mají nižší hodnotu než ostatní. Pokud budeme v kontextu práce hovořit přímo o duševně nemocných, ti na takovou situaci reagují dvojnásob. Část z nich se uzavře a smíří se s touto koncepcí sebe sama, část naopak reaguje hněvem a potřebou změnit stávající situaci, a také svoji roli v systému duševního zdraví. Stávají se pak aktivisty ve snaze o zlepšení stávající kvality služeb [Corrigan, Watson 2002]. Lidé se následkem sebestigmatizace často dobrovolně vzdávají příležitostí, které jsou zásadní pro dosahování životních cílů, a to následkem zničeného sebevědomí, způsobeného sebestigmatizací. Autoři Corrigan, Larson a Rüsche v souvislosti s tímto konceptem hovoří ještě o takzvaném "why try" efektu, který zahrnuje sebestigmatizaci vycházející ze stereotypů, prostředníky ve formě

sebevědomí a sebedůvěry ve vlastní schopnosti a zatřetí dosahování životních cílů, respektive nedosahování. Jeden z výzkumných programů koncept "why try" a self-stigma označil jako modifikovanou "labeling theory." [Corrigan, Larson, Rüsck 2009].

1.2 Vztah stigmatu a duševního onemocnění

Již Parsons koncipoval nemoci jako poruchu schopnosti jedince plnit očekávané role (1951). Důvodem chápání nemoci jako deviace je to, že nemocný člověk nemůže plnit role a očekávání, které vůči němu společnost má, čímž se odchyluje od většiny. Nemoc ale vybočuje tím, že ve srovnání s ostatními deviacemi není následována negativní sankcí, naopak nemocnému často ostatní lidé projevují podporu. Scambler popisuje několik onemocnění, se kterými je spojena stigmatizace – AIDS, epilepsie, těžké popáleniny apod. Tyto nemoci jsou podle něj stavy, které oddělují jejich nositele od normálních lidí. Překážkou pak nejsou tělesné vady, ale mýty a předsudky, které jsou s těmito vadami dlouhodobě spojovány. Některá taková somatická onemocnění, zatížená stigmatizací, se stávají součástí sociální identity nemocného. Zvláště silné stigma je však spojeno s duševním onemocněním. Sociální status duševně nemocných je mnohem nižší než sociální status osob se somatickým onemocněním. Postoj k duševně nemocným je stejně jako postoj k některým somaticky nemocným ovlivněn hluboce zakořeněnými iracionálními předsudky a nízkou informovaností o povaze duševních onemocnění. Ke stigmatizaci dojde údajně dlouho před stanovením diagnózy, a to především v závislosti na viditelných projevech duševního onemocnění, které se odchylují od normy [Bártlová, 2006]. Pokud se člověk "chová divně", spustí se proces stigmatizace.

Tomáš Petr v knize Ošetřovatelství v psychologii uvádí stručnou historii péče o duševně nemocné, a to jako z pohledu medicíny, tak i z pohledu společnosti. První zmínky o péči o duševně nemocné lze podle něj nalézt již ve starověku, v Egyptě a v Babylonii. Všechna onemocnění, včetně těch duševních, byla v tomto období považována za výsledek zlé vůle nadpřirozených bytostí, čemuž odpovídala i péče v podobě rituálních magických obřadů a rané formy exorcismu. Používaly byly také léčivé byliny, které měly navodit změnu psychiky k lepšímu. První, kdo přišel s klinickým pozorováním a snažil se o racionální vysvětlení duševních nemocí byl Hippokrates, jehož názory byly oporou pro vědecký rozvoj v této oblasti až do konce středověku. S těmito novými léčebnými postupy je spojen i vznik šokové terapie. Například ve starém Římě byl duševně nemocným pacientům přikládán na hlavu rejnok elektrický. Navzdory vědeckým

pokusům na základě dochovaných písemností však v tomto období převažoval názor, že duševně nemocní jsou napadeni zlými duchy a měli by být od zbytku společnosti izolováni, aby s nimi zdraví lidé nemuseli přicházet do styku. Neexistovala organizovaná lékařská péče, ani právní ochrana nemocných [Petr, Marková 2014: 24].

Pozitivní vliv na vývoj lékařské péče nemělo ani křesťanství, které dokonce popíralo některé pokrokové názory a vracelo se k původní nevědecké představě, že duševně chorý je posedlý démony. Středověk byl pro vývoj psychiatrie dobou temna, péče byla svěřena kněžím, jejichž léčebné postupy zahrnovaly náboženské obřady a exorcismus v klasické podobě. Některé příznaky duševních chorob byly považovány za projevy čarodějnictví a například lidé postižení bludy a halucinacemi byli upalováni na hranici. Vznikly také tzv. lodě a věže bláznů, které měly za cíl izolovat duševně nemocné od zbytku společnosti a zajistit bezpečí zdravému obyvatelstvu středověkých měst [Petr, Marková 2014:25].

Prvotní pokus o zavedení institucionální péče se objevil na počátku 15. století, kdy došlo k založení prvního neklášterního azylu pro nemocné. Objevují se také první pravidla pro nakládání s duševně nemocnými. Došlo také k realizaci prvních výzkumů funkcí mozku a taktéž vznikly první názory, které podporují pozitivní přístup k nemocným a snahu o jejich nápravu. Zásadní změna nastala v tom, že se na duševně nemocné přestalo nahlížet jako na posedlé a začali být vnímáni jako skutečně nemocní. Nemoc duše ale byla stále vnímána jako společensky nepřijatelná a životní podmínky duševně nemocných byly stále velmi daleko od životních podmínek zdravých lidí [Petr, Marková 2014:26-27]. V Anglii na počátku 18. století vstoupil v platnost zákon o držení duševně nemocných v zajetí do zlepšení stavu. O nebezpečných případech, které patřily pod zámek, rozhodoval soud. Ti, kteří nebyli společností nebezpeční, byli ponecháni osudu na ulici. Nicméně ve chvíli, kdy se začaly všechny pouliční existence hromadit, byly pro ně zakládány městské azyly, které měly za hlavní cíl odklízet je z ulic pro pohodlnější život ostatních lidí. Teprve v době osvícenství došlo k převratu jak ve vědecké oblasti ve snaze o vysvětlení duševního onemocnění, tak i v institucionální péči. V 19. století došlo k založení specializovaných nemocnic pro duševně choré.

Sám Erving Goffman, který se stigmatem ve svém díle obšírně zabýval, vztahuje ve svém díle *Asylums stigma právě k duševnímu onemocnění* [Goffman 1991]. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates* je studií podmínek

duševně nemocných pacientů, která ilustruje podobu institucionální péče na přelomu padesátých a šedesátých let dvacátého století v Americe.

Goffman zde definuje pojem totální instituce, kterou chápe jako instituci, která svými pravidly ovládá všechny sociální aspekty života jednotlivce. V díle upozorňuje na rozdíl mezi duševně nemocným pacientem, který se přišel institucionálně léčit dobrovolně vs. tím, komu to bylo soudně nařízeno, stejně tak mezi těmi, co se léčí mimo instituci a těmi, co jsou zde hospitalizováni. Uvádí, že oni sami jsou si vědomi distance statusu mezi nimi a "těmi venku", dále mezi nimi a zaměstnanci, ale stejně tak i mezi sebou navzájem, a to právě na základě důvodu pobytu, délky pobytu a závažnosti diagnózy. I sám Goffman používá ve své analýze rozdělení na zaměstnance a chovance, nicméně upozorňuje, že si je slabin tohoto dělení vědom a že skupiny ve skutečnosti vnitřně homogenní nejsou. Vnitřní kategorizace v rámci totální instituce je poměrně složitá a specifická. Podobu institucionální péče v tomto období symbolizoval pevný denní řád, odejmutí osobních předmětů nemocnému ihned při hospitalizaci a nahrazení vlastního oblečení univerzálním nemocničním rouchem. Léčba probíhala medikací a pomocí terapie, vážnější diagnózy s pomocí elektrošoků, popř. lobotomie.

Ostatně nejen k duševní nemoci jako takové, ale i k samotným praktikám léčby se váže stigma, způsobené mimo jiné i literární a televizní popularizací. Příkladem může být román K. Keseyho *Vyhod' me ho z kola ven* (1962), který byl napsán přibližně ve stejném období a prostředí jako *Asylums* od Goffmana a zobrazuje institucionální prostředí americké léčebny pro duševně choré, stejně jako jeho filmová adaptace *Přelet nad kukaččím hnízdem* z roku 1975, která se těší obrovské divácké popularitě. Jsou zde barvitě ilustrovány elektrošoky jako bolestivý trest za nekázeň, spíše než jako účinná technika léčby duševního onemocnění. Nejen z důvodu této popularizace jsou dodnes elektrošoky vnímány jako extrémní a zastaralá metoda léčby duševních poruch. Jak ale uvádí dnešní psychiatři – elektrošoky jsou při léčbě některých diagnóz (např. těžké deprese, schizofrenie, mánie) stále hojně používanou, bezpečnou a účinnou metodou léčby, která je prováděna pod dozorem odborníků a pacient je při ní v narkóze [Honzák 2010].

Výzkum stigmatu v souvislosti s duševní nemocí je poměrně mladý, sociální psychologové a sociologové se po několik uplynulých desetiletí věnovali stigmatu v jiných minoritních skupinách. Přestože stigmatizující postoje nejsou omezeny pouze na duševní nemoci, veřejnost značně více odsuzuje osoby s duševní nemocí, než osoby s

podobnou situací jako je fyzická nemoc. Závažné duševní nemoci jsou dle výzkumů připodobňovány spíše k drogové závislosti, prostituci a kriminalitě. Problém je ve zkresleném vnímání lidí s duševním onemocněním jako těch, kteří mají nad svým onemocněním kontrolu a sami si ho způsobují. Nicméně současní odborníci jsou toho názoru, že duševní poruchy jsou způsobeny chemickou nerovnováhou v mozku, tedy že jednotlivci bojující s duševní nemocí ve skutečnosti kontrolu nad původem své nemoci nemají [Corrigan, Watson 2002].

1.3 Současná problematika ve světě a u nás

1.3.1 Ve světě

I přesto, že je výzkum stigmatizace duševního onemocnění v rámci širšího tématu stigmatu mladý, existuje široká škála výzkumů veřejného mínění na toto téma jak ve světě, tak i u nás. Výzkum koncepcí duševního onemocnění z přelomu století od autorů Link a spol. se zaměřil na vnímání duševních onemocnění z pohledu americké veřejnosti [Link et al. 1999]. Respondenti byli například tázáni, čím může být dle jejich názoru způsobena konkrétní diagnóza. Na výběr měli z možností: vada charakteru, chemická nerovnováha v mozku, problematická výchova, stresující okolnosti v životě, genetický nebo dědičný problém nebo boží vůle. Mimo závislosti na kokainu u všech ostatních diagnóz více než 90 % respondentů uvedlo, že za to mohou stresující okolnosti. Je zde však zásadní rozdíl v dalších odpovědích právě na základě diagnózy. V případě depresí a schizofrenie respondenti jako druhou příčinu uvedli chemickou disbalanci mozku, v případě alkoholismu to byl způsob výchovy, v případě závislosti na kokainu byla uváděna vada charakteru. Dalším zajímavým výstupem tohoto výzkumu bylo nebezpečí, jako aspekt, který je duševnímu onemocnění stereotypně přisuzován. Největší sklony k násilí měl podle americké veřejnosti závislý na kokainu, případně alkoholik, méně pak schizofrenik a nejméně člověk s depresivní poruchou. Nicméně empirické studie na téma násilí ukazují, že jen velmi malá část duševně nemocných má sklony k násilí. Výzkumy také ukazují, že přes snahu vzdělávat širokou veřejnost v masovém rozsahu se za posledních padesát let tento stereotyp nebezpečnosti lidí s duševním onemocněním spíše rozšířil.

1.3.2 U nás

Výzkum stigmatizace Národního ústavu duševního zdraví z roku 2016 se zaměřil na srovnání stigmatizujících postojů odborníků, případně osob, které působí v oblasti zdravotnictví s obecnou populací. Jedním z výsledků výzkumu bylo, že lékaři mají v ČR méně stigmatizující postoje než obecná populace, nicméně stále preferují hospitalizaci pacientů jako primární řešení. Stigmatizace obecně je v ČR velmi vysoká. Studenti středních zdravotnických škol taktéž stigmatizují duševně nemocné méně než obecná populace, bohužel ale nejeví zájem o kariéru v oblasti péče o duševně nemocné a duševně nemocného člověka nejčastěji popisují jako "agresivního, introvertního a zmateného". Vysokoškolští studenti medicíny v míře stigmatizace duševně nemocných stojí lépe než jejich učitelé. To lze vysvětlit věkovým rozdílem, protože obecně mladší lidé jsou tolerantnější k duševně nemocným [Janoušková et al. 2016]. Nejčastějšími diagnózami v České republice jsou úzkostné poruchy, poruchy nálady, závislost, poruchy osobnosti. Více než polovina registrovaných duševních onemocnění spadá do kategorie úzkostných poruch, jedná se tedy o nejčastější duševní onemocnění v České republice.

1.3.3 Nejčastější duševní onemocnění v České republice

Jak je již dříve uvedeno v této práci, Bártlová (2006) popisuje, že prvotní stigmatizace duševně nemocného nastává již před diagnózou nemoci na základě vnějších projevů a příznaků nemoci, stejně jako sebe-stigmatizace osoby, trpící tímto onemocněním. Proto považuji za důležité uvést základní odborný psychiatrický popis toho, jak se tyto zvolené nemoci projevují a přiblížit tak zároveň čtenáři práce zkušenost, kterou si prožívají pacienti s danou diagnózou. A to i z důvodu, že na jejich subjektivní prožívání této zkušenosti je práce zaměřena.

„V České republice se potýká více než 1 000 000 obyvatel s depresí a s úzkostnými poruchami. Zásadním problémem je, že se polovina z takto nemocných se svou nemocí neléčí. K nejčastějším důvodům patří stigmatizace psychiatrie a lidí trpících duševní chorobou, související strach z psychiatrie, ale také nerozpoznání symptomů duševní nemoci ze strany praktických lékařů.“² Úzkosti nebo úzkostné stavy jsou obecně přirozené, stejně jako špatná nálada u depresivních poruch. Problém nastává ve chvíli,

² Nalaďte si na Youtube cyklus „Život za zdi“. In: *Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2018/04/12/naladte-si-na-youtube-cyklus-zivot-za-zdi/>

kdy je úzkost nepřiměřenou reakcí na vnější podněty a stane se omezující pro život pacienta. Úzkost doprovází fyzické příznaky jako například bušení srdce, pocení, třes, ztížené dýchání, bolesti na hrudi, nevolnost, návaly horka nebo chladu, závratě, strach z mdloby, ztráty kontroly, strach ze smrti [Arndt 2010].

Dle *Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ÚZIS* existuje celá škála úzkostných poruch, které jsou způsobené různými podněty. Do kategorie F40 dle diagnostické škály spadají tzv. fobické úzkostné poruchy jako je například agorafobie (strach z veřejných prostor, dopravních prostředků, davů apod.), sociální fobie (obava z posuzování ostatními, která často vede k vyhýbání se styku s lidmi) a další specifické fobie, jako například klaustrofobie (strach ze stísněných prostor). Do kategorie F41 patří další anxiózní poruchy, jako například panická porucha, která se projevuje záchvaty těžké úzkosti, neomezené na konkrétní situaci, a proto je velmi nepředvídatelná. Další častou diagnózou je generalizovaná úzkostná porucha, která se projevuje dlouhodobou a přetrvávající úzkostí. Další je smíšená úzkostná a depresivní porucha, která spojuje příznaky depresí a úzkostí, z nichž žádná nepřevažuje.

Dalším velmi častým typem onemocnění jsou depresivní poruchy. Deprese je souborem více příznaků, ale obecně je považována za patologický smutek, tedy ve chvíli, kdy smutná nálada již není přiměřenou reakcí na podněty z okolí, ale stane se nepřiměřenou a stálou. Pro stanovení diagnózy příznaky trvají déle než dva týdny. Kromě dlouhodobě pokleslé nálady člověk ztrácí schopnost se radovat, má nedostatek energie, méně sebedůvěry, pocity méněcennosti, mohou se objevit i sebevražedné myšlenky či tendence. V psychiatrii je rozeznáváno několik typů depresí – příkladem může být dělení na depresivní epizodu, která se vyskytne jednou za život a rekurentní depresi, která se v určitých intervalech opakuje.³

Podle oficiální diagnostické škály ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR)⁴ je deprese rozlišována podle závažnosti na lehkou, středně těžkou či těžkou depresivní fázi. Těžká depresivní fáze se ještě dělí na onemocnění bez psychotických příznaků a s psychotickými příznaky. Dále je rozlišována tzv. jiná depresivní fáze a depresivní fáze NS. Tyto depresivní poruchy spadají pod diagnózy s

³ *Bohnicebezhranic.cz* [online]. [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: <http://www.bohnicebezhranic.cz/>

⁴ *ÚZIS ČR: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>

kódovým označením F32. Do depresivních poruch s kódovým označením F33 pak patří tzv. periodické depresivní poruchy, kde dochází k fázím deprese opakovaně v určitých intervalech. Stejně jako předchozí kategorie je rozdělena na základě závažnosti onemocnění na lehkou, středně těžkou a těžkou, přičemž kategorie těžkého onemocnění je dále rozdělena na depresi s psychotickými příznaky a bez nich.

1.3.4 Srovnání situace ve světě a u nás

Současné výzkumy této problematiky v české společnosti se soustřeďují kolem destigmatizačního týmu Národního ústavu duševního zdraví. Jeden z nedávných výzkumů realizovaný NUDZ poukazuje na zásadní odlišnost mezi stigmatizujícími postoji k duševně nemocným osobám v České republice ve srovnání s Velkou Británií. Výzkum ukazuje, že Češi jsou o dost konzervativnější a opatrnější ohledně duševního onemocnění a mnohem méně tolerantní k představě mít duševně nemocného ve svém blízkém okolí. Tedy mít ho za partnera, přítele, kolegu nebo dokonce i souseda. Pouze 15 % Čechů by si dokázalo představit soužití s duševně nemocným člověkem, na druhé straně by s tím nemělo zásadní problém 56 % Britů. Pětina Čechů by si dokázala představit mít duševně nemocného kolegu, v případě Velké Británie jsou to dvě třetiny [Winkler et al 2016]. Současně výzkumy ukazují, že kolem 600 tisíc Čechů každoročně vyhledá pomoc psychologa či psychiatra, přičemž podíl nových pacientů za poslední desetiletí rapidně narostl (od roku 2000 dokonce o 60 %) a stále stoupá.

1.4 Destigmatizační politika v České republice

1.4.1 Přehled destigmatizačních aktivit v ČR

Současný stav české psychiatrické péče neodpovídá požadavkům moderní psychiatrické péče. Pokud pacient nevyhledá pomoc sám aktivně, současný systém nemá nástroje pro jeho vyhledání a kontrolu. Následkem toho většina závažnějších případů končí policejním zásahem a nedobrovolnou hospitalizací pacientů. Destigmatizace je proces eliminující stigma a stigmatizující postoje ve společnosti. V souvislosti s duševním onemocněním NUDZ v současnosti eviduje kolem sedmdesáti destigmatizačních aktivit v ČR. Většina krajů má své vlastní organizace s tímto zaměřením, nicméně většina se nachází v Praze. Naprostá většina z nich jsou neziskové organizace založené na dobrovolné činnosti svých členů.

Většina z nich byla založena po roce 2010. Přibližně čtvrtina z nich se zaměřuje přímo na duševně nemocné, zhruba pětina cílí na středoškolské a vysokoškolské studenty, téměř polovina z nich cílí na širokou veřejnost a zbytek má užší cílovou skupinu, jako například zaměstnavatele, žurnalisty, děti nebo kombinaci více cílových skupin.

Jejich cíle se dají orientačně rozdělit na dvě dimenze na základě cílové skupiny a hlavních cílů. První dimenze řeší důsledky; některé organizace se snaží napomoci ke zlepšení životů těch, kteří již jsou duševně nemocní, pomoci jim najít práci, získat sebevědomí, navrátit se do společnosti a k normálnímu životu. Kromě sdružování duševně nemocných pomáhají také jejich blízkým. Druhá dimenze se zaměřuje spíše na preventivní opatření. Cílem je vzdělávat širokou veřejnost, ale i děti a školáky o duševních onemocněních. Toto vzdělávání funguje především skrze programy pro školy, typickými tématy jsou příčiny vzniku duševních onemocnění, duševní hygiena a cílem je právě prevence vzniku duševních poruch již od útlého věku. V případě starší cílové skupiny se snaží neziskové organizace pořádat přednášky a festivaly za cílem objasnění některých mýtů a předsudků, které se v souvislosti s duševním onemocněním objevují (v médiích, na internetu, zažité předsudky).

Příkladem destigmatizačních aktivit mohou být například dokumentární filmy, workshopy, diskuze, pořádané projektem Art movement s.r.o., jejichž cílovou skupinou jsou zaměstnavatelé a důraz je kladen především na otevřenost firem vůči duševně nemocným jak z hlediska stávajících zaměstnanců, tak i potenciálních uchazečů. Dalším příkladem je Fokus, který je specifický tím, že má svá centra v různých městech napříč Českou republikou. Cílovou skupinou této organizace jsou rodinní příslušníci duševně nemocných a také široká veřejnost. Jejich náplní je vzdělávání veřejnosti formou diskuzí a výstav [Janoušková et al 2016].

Dalším, poměrně mladým projektem, který cílí na prevenci a vzdělávání je Nevypusť duši, z.s., taktéž nezisková organizace, jejíž cílovou skupinou jsou především mladí lidé a studenti. Přestože byla tato iniciativa založena teprve v roce 2016, těší se velké popularitě zejména na sociálních sítích, kde má potenciál mladé lidi zasáhnout. Dalším příkladem je organizace LEDOVEC o.s. která se zabývá „recovery“ – projektem pro rehabilitaci duševně nemocných a jejich bezpečný návrat k normálnímu životu. Důležité je zmínit také aktivity Národního ústavu duševního zdraví, který stojí za velkým množstvím destigmatizačních projektů. V rámci projektu Destigmatizace cílí na

veřejnost, vysokoškolské studenty, rodinné příslušníky duševně nemocných, ale také na pacienty samotné. S oporou ve výzkumech a díky spolupráci s ostatními destigmatizačními projekty se jim daří organizace různých projektů, vzdělávacích festivalů pro veřejnost (například Festival na hlavu), apod. Mimo neziskové organizace existují další typy destigmatizačních aktivit, například různé soukromé i veřejné weby, věnované této problematice, za zmínku stojí také aktivity psychiatrických nemocnic – například Psychiatrická nemocnice Bohnice pořádá taktéž přednášky pro veřejnost, nabízí vzdělání blízkým osobám pacientů a taktéž poskytuje vzdělávání odborníkům v této oblasti [ibid].

Výzkumná zpráva Stigmatizace z dílny NUDZ mimo jiné posuzuje i způsob evaluace jednotlivých iniciativ. Většina těchto aktivit má svůj vlastní evaluační systém, který pracuje zejména se zpětnou vazbou publika nebo jednoduše s procentem participace publika na jednotlivých akcích, které organizace pořádá. Existují výjimky se sofistikovanějším systémem hodnocení, například ex-ante i ad-hoc výzkumy, případně úspěšná implementace účinných opatření v jiných zemích. Nicméně přestože kvalita nebo úspěch jednotlivých aktivit je nějakým způsobem měřen, neexistuje globální evaluace toho, kdo by měl být primární cílovou skupinou či jak velký podíl by měl být věnován čemu, aby bylo dosaženo maximální možné efektivity těchto aktivit.

1.4.2 Reforma psychiatrické péče

Problém stigmatizace lidí s duševním onemocněním v kontextu české společnosti se poslední dobou diskutuje stále častěji, částečně i zásluhou probíhající reformy psychiatrické péče. Reforma se snaží změnit stávající podobu psychiatrické péče na základě toho, že se v její struktuře nic nezměnilo od začátku devadesátých let. Potřeba změny se diskutuje již od Sametové revoluce v roce 1989, od té doby vznikla spousta návrhů ze strany odborníků, nicméně nedošlo k realizaci žádného z nich. Systém psychiatrické péče České republiky je podle výzkumů nejvíce podobný ostatním státům bývalého Sovětského svazu [Ministerstvo zdravotnictví ČR 2013]. Typickými charakteristikami je nízký podíl psychiatrie na celkových výdajích za zdravotnictví a také koncentrace péče v psychiatrických léčebnách.

Samotná reforma je rozdělena do konkrétních cílů, jako je například změna organizace psychiatrické péče, eliminace stigma, včasná diagnostika, hladší návrat pacientů do společnosti, lepší podmínky v zaměstnání, vzdělání, humanizace psychiatrické péče. Reforma by měla být taktéž oporou pro stávající aktivity, neziskové organizace a další uskupení, která cílí na zlepšení situace. Reforma by mohla tyto aktivity sjednotit, případně podporovat v závislosti na tom, jaká oblast zaostává a vyžaduje zlepšení. Cílem reformy je mimo jiné omezení stigmatizace duševně nemocných a oboru psychiatrie jako takového. Boj proti stigmatizaci a izolaci duševně nemocných by měl být zajištěn šířením pravdivých informací o psychických poruchách a momentální podoby psychiatrické péče v ČR, dále skrze podporu destigmatizačních aktivit, realizaci destigmatizačních kampaní, komunikaci změn, které probíhají v rámci poskytování psychiatrické péče. Konkrétně by kampaně měly zahrnovat destigmatizační a vzdělávací programy, a to jak pro odbornou, tak i laickou veřejnost, postavené na "detabuizaci psychiatrické péče" [ibid]. Tento cíl reformy je postaven na výsledcích dlouhodobého mapování vnímání duševně nemocných, v rámci reformy však autoři přiznávají obavy z jejich nedostatečné účinnosti a omezený rozpočet na jejich financování. Cílem je také vytvoření metodiky na měření stigmatizace, která je u současných nevládních destigmatizačních aktivit mnohdy nedostatečná.

2 Praktická část

2.1 Výzkumný problém

Většina doposud realizovaných výzkumů na toto téma se zaměřuje především na vnímání duševní nemoci z pohledu veřejnosti. Nicméně jak samy výsledky výzkumů uvádějí, představy veřejnosti jsou často zkreslené a založené na předsudcích, které mnohé další odborné výzkumy vyvrátily. Například se jedná o sklony k násilí u duševně nemocných či představa, že si své problémy sami způsobují, jak je uvedeno v předchozích kapitolách této práce. Proto se domnívám, že je na místě zabývat se více subjektivním vnímáním duševního onemocnění těch, kteří tímto onemocněním skutečně trpí. Cílem tohoto výzkumu je odhalit, v jakých oblastech života duševně nemocní pociťují stigmatizující postoje nejvíce, popsat jejich každodenní zkušenost s duševním onemocněním a vytvořit návrh typologie stigmatizace, která by poskytla oporu nejen pro další zkoumání, ale také pro snazší vyhodnocování aktivit v rámci reformy psychiatrické péče a dalších realizovaných destigmatizačních aktivit v ČR. Pokud by se podařilo v rámci výzkumu odhalit typologii stigmatizace nebo další vzorce, které se u duševně nemocných ve spojení se stigmatizací vyskytují, navrhuji do budoucna jejich ověření skrze rozsáhlejší kvantitativní výzkum na populaci duševně nemocných.

Výzkumné otázky:

- 1. Pociťují pacienti s depresí či úzkostmi stigmatizaci v souvislosti s duševním onemocněním? Jaká je jejich zkušenost se stigmatizací? V jakých oblastech života pociťují stigmatizaci nejvíce?*
- 2. Lze typizovat stigmatizaci v souvislosti s duševním onemocněním? Pokud ano, jak? Jaké jsou podobnosti či odlišnosti v míře stigmatizace mezi účastníky rozhovorů?*
- 3. Jaký je soulad činnosti destigmatizačních aktivit v České republice s reálnou situací, kterou prožívají duševně nemocní pacienti?*

2.2 Kritéria výběru účastníků rozhovoru

Vzhledem ke zvoleným výzkumným otázkám byla pro tuto práci použita kvalitativní metodologie a jako výzkumná metoda byly vybrány polo-strukturované epizodické rozhovory s duševně nemocnými osobami. S ohledem na odlišné vnímání duševně nemocných na základě konkrétní diagnózy, byl pro tuto práci zúžen výběr

účastníků rozhovoru na pacienty s diagnostikovanou depresí či úzkostnou poruchou, které jsou současně nejčastějšími formami duševního onemocnění v České republice. K zúžení tématu došlo i s ohledem na vybranou metodologii výzkumu, která dovoluje prozkoumat téma zkušenosti s duševním onemocněním a stigmatizací více do hloubky, což je v tomto případě žádoucí, nicméně nedovoluje srovnávat velké vzorky různých charakteristik a zobecňovat na celou populaci.

Pro účely porovnání bylo zvoleno 10 rozhovorů s oficiálně diagnostikovanými pacienty, z nichž tři byli muži ve věku od 20 do 30 let a zbytek ženy stejného věku. K tomuto dalšímu omezení došlo z následujících důvodů. Lidé nižšího věku, než je dvacet let, mívají zřídka oficiální diagnózu a je také problematičtější s nimi navázat kontakt, jelikož pro uskutečnění výzkumu s osobami mladšími 18 let by bylo bezpodmínečně nutné získat souhlas zákonného zástupce.

Stejně jako lidé nad třicet let, kde je sice předpoklad shodného či velmi podobného rozsahu onemocnění v populaci, zároveň ale menší ochota o této problematice otevřeně mluvit [Janoušková et al. 2016:34] Původní představa byla vzorek rozdělit rovným dílem na muže a ženy, což se ukázalo jako velmi komplikované, protože uživatelé sociálních sítí, reagujících na inzeráty, byly především ženy. Toto rozložení však dle mého názoru není překážkou, jelikož i z výzkumů vyplývá [ibid.], že duševně nemocní muži jsou obecně méně ochotní o svých psychických problémech mluvit než ženy, a také je jich v populaci celkově méně. Toto bylo potvrzeno i ve spolupráci s neziskovou organizací Nevypusť duši, kterou jsem kontaktovala přes sociální síť Instagram se žádostí o pomoc a dostala jsem utvrzující odpověď. Jejich složení je převážně tvořeno mladými ženami a muže s depresí ani úzkostmi mezi sebou nemají.

Všechny rozhovory proběhly v Praze na místě preferovaném účastníkem rozhovoru nebo po vzájemné po vzájemné domluvě. Všichni účastníci rozhovorů momentálně žijí, studují nebo pracují (popřípadě obojí) v Praze, nicméně jen tři z nich z Prahy i původem pochází. U těch, kteří z Prahy nepochází se navíc projevilo psychické onemocnění ve všech případech dříve, než se do Prahy přestěhovali, nepředpokládám tedy žádné zkreslení na základě lokality původu účastníků rozhovorů.

2.3 Metody výzkumu a sběru dat

Výzkum probíhal od ledna 2018 do dubna 2018. Jako metoda sběru dat byl zvolen polostrukturovaný epizodický rozhovor, který v sobě propojuje výhody narativního rozhovoru a rozhovoru s návodem. Jednou z výhod narativního rozhovoru je možnost volného vyprávění o tom, co sám účastník výzkumu považuje za důležité a čemu přikládá význam. Rozhovor pomocí návodu naopak obsahuje určitý seznam otázek či tematických okruhů, které je cílem v průběhu rozhovoru probrat, čímž realizátorovi výzkumu poskytuje oporu. Není ale striktní, tudíž umožňuje také reagovat na podněty informátora a klást doplňující dotazy. Oproti nestrukturovaným formám rozhovoru umožňuje snazší porovnání dat. V rámci epizodického rozhovoru vypráví konzultant nějakou epizodu ze svého života ve vztahu k určité oblasti. V mém případě touto oblastí byla zkušenost spojená s duševním onemocněním. *„Základem rozhovoru je opakovaná výzva k vyprávění nějaké epizody z určité oblasti zkušeností jedince. Pro orientaci o tematických oblastech je nutné si připravit návod se soupisem témat. Vedle těchto vyprávění pak jde o položení otázek, jež se týkají subjektivních definic různých pojmů a vztahů mezi nimi.“* [Hendl 2008:177]

Tento typ rozhovorů byl zvolen, protože je důležité volné vyprávění příběhu a význam, který mu účastník rozhovoru přikládá, ale zároveň i nutnost věnovat se klíčovému tématu pro tento výzkum. Mezi tato témata se řadí především začátek duševních potíží, dále příběh cesty k diagnóze deprese či úzkostí (popř. obou diagnóz), reakce bližšího i širšího okolí (negativní i pozitivní zkušenosti, kdo reagoval lépe, kdo naopak hůře), popis případné zkušenosti s hospitalizací, srovnání života před a po diagnóze. Tyto otázky měly za cíl rozpovídat účastníky rozhovoru o jejich zkušenostech, což se i přes náročnost a citlivost tématu podařilo. Otázky poskytly nejvíce materiálu a ukázaly se jako klíčové, jak je ilustrováno dále v analytické části práce. Zároveň se projevíly skutečně jako epizodické, jelikož dobře rámují celou zkušenost s duševním onemocněním.

Přehled okruhů otázek (klíčové okruhy a otázky, které rámovaly strukturu rozhovoru):

Před diagnózou

Kdy sis poprvé uvědomil/a, že máš nějaké psychické potíže? Jak to celé začalo?

| | |
|------------------------------------|---|
| Příběh získání diagnózy | <i>Jak ses dostal/a ke svém diagnóze? Kdo ti o ní řekl?</i> |
| Reakce okolí (stigmatizace) | <i>Komu jsi o tom řekl/a? Jaké byly reakce na tvou diagnózu? Kdo na to reagoval hůře, kdo lépe?</i> |
| Hospitalizace | <i>Byl/a jsi někdy hospitalizován/a? Jak to probíhalo (přijetí, pobyt, propuštění)?</i> |
| Srovnání | <i>Zkus porovnat, jaký byl tvůj život před diagnózou a po diagnóze.</i> |
| Shrnutí | <i>Zkus shrnout, co ti nemoc dala a co vzala.</i> |

Tyto klíčové dotazy byly v průběhu rozhovoru doplněny dalšími doplňujícími dotazy, kladenými v závislosti na situaci a reakcích účastníků rozhovoru, popř. měly za cíl dovysvětlit nedostatečně podrobnou odpověď. Nebyly tedy kladeny všem účastníkům a napříč rozhovory se lišily. Mezi řadu kladených doplňujících dotazů patřilo například do jaké míry jsou účastníci rozhovorů obeznámeni s internetovými diskuzemi na téma duševního onemocnění, a jaký k nim mají postoj. Dále například zda má podobnou zkušenost s duševním onemocněním někdo další v jejich blízkém okolí. Další otázkou bylo například, co jim v jejich situaci nejvíce pomáhá a co naopak nejvíce vysává energii. Jednou z často kladených doplňujících otázek bylo také, jak jsou na tom s depresí, popř. úzkostmi v současnosti pro zjištění kontextu, v jakém o své zkušenosti hovoří.

2.4 Etika výzkumu

Výzkum proběhl v souladu se zásadami etiky ve společenskovedním výzkumu. Účastníci rozhovorů byli před počátkem rozhovoru vždy pečlivě informováni o svých právech v souvislosti s výzkumem a nahráváním, bylo jim představeno přibližné téma výzkumu a jeho využití. Všichni informátoři podepsali informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a použitím jeho prepisů pro účely diplomové práce. Zhruba polovina z nich si přála zůstat anonymní, což je vzhledem k povaze tématu pochopitelné.

Jejich jména a případné další osobní údaje, umožňující snadnou identifikaci, proto byla v práci změněna, případně na jejich žádost v přepisu rozhovoru vynechána. Účastníci rozhovorů měli možnost zvolit si vlastní pseudonym, pod kterým budu jejich data analyzovat a prezentovat v diplomové práci. Případné vulgarity byly v práci ponechány z důvodu zachování autentičnosti rozhovoru, jsou však uvedeny v uvozovkách, případně s hvězdičkou. Irelevantní odbočky v rozhovoru jako například objednávání nápojů, jídla, kontroly nahrávání apod., byly v přepisech vynechány.

Výběr účastníků rozhovoru probíhal za spolupráce a účasti kontaktu, spojeného svou minulou činností s aktivitami Národního ústavu duševního zdraví, který má sám bohaté zkušenosti s problematikou stigmatizace osob s duševním onemocněním a je také seznámen s etickými pravidly pro výzkum ve společenských vědách. Na základě mé žádosti mu bylo zasláno představení mé osoby a záměrů mé diplomové práce, kterou následně rozeslal svým dalším kontaktům – pacientům s depresí a úzkostmi, kteří se mohli sami svobodně rozhodnout, zda mě kontaktují na uvedených adresách. V případě, že se rozhodli mne nekontaktovat, jejich identita mi zůstala jako výzkumníkovi utajena. Touto formou se mi podařilo získat nakonec pouze jednoho informanta. Další informanty jsem získala skrze sdílený inzerát na sociálních sítích Instagram a Facebook, který se ukázal jako efektivní. Nejvíce efektivním způsobem získávání respondentů pak byl inzerát v uzavřené skupině na Facebooku, věnující se diagnózám Panická porucha, agorafobie, deprese a úzkosti, kde se mi po zveřejnění inzerátu samo ozvalo několik vhodných adeptů pro můj výzkum.

2.5 Reflexe zvolené metody a výběru

Kvalitativní metodu sběru dat považuji v případě výzkumu subjektivní zkušenosti s duševním onemocněním a s ním související stigmatizací za samozřejmou volbu. Polostrukturovaná metoda rozhovorů je praktickým kompromisem mezi čistě nestrukturovanou a čistě strukturovanou metodou rozhovoru, která umožňuje nechat účastníka rozhovoru svobodně utvářet v narativu svou zkušenost a zároveň usměrnit k tématům, která jsou v rozhovoru klíčová. Je však důležité upozornit na to, že pokud jsou zvoleny otázky epizodického charakteru, je tím ze strany výzkumníka částečně uměle vytvářena určitá chronologická posloupnost příběhu, i když účastník rozhovoru by třeba tuto posloupnost nutně sám nezvolil. Zvolenou metodou tedy může být ovlivněna forma rozhovoru, nikoliv však obsah, který je vyjádřením osobního prožitku účastníka

rozhovoru. Sám účastník rozhovoru volí, jak bude na otázky reagovat a jakou část zkušenosti bude s výzkumníkem sdílet.

Výběr účastníků rozhovoru je velmi úzce zaměřen na pacienty s určitou oficiální diagnózou v určitém věku a rozdělen dle pohlaví. Toto velmi úzké zaměření je ospravedlnitelné rozsahem diplomové práce, povahou kvalitativní metody a zvolení konkrétních diagnóz tím, že jsou velmi závažné, a přitom v současnosti velmi časté a ve společnosti rozšířené. Stejně tak, jako je rozdíl mezi člověkem se somatickou nemocí a duševním onemocněním, míra stigmatu je na základě různých duševních poruch také vnitřně rozdělena. Například jiná míra stigmatu se týká poruch osobnosti jako je pyromanie, kleptomanie a jinou mírou stigmatu budou zatíženy poruchy jako je nespavost či noční děsy. Proto byla zvolena skupina diagnóz depresivních a úzkostných poruch, které jsou velmi příbuzné a často diagnostikované současně nebo v záměnnosti.

Co se týče vztahu výzkumníka k účastníkům rozhovoru, je nutné uvést na pravou míru, že sama trpím formou úzkostné poruchy, na rozdíl od účastníků rozhovoru však nemám oficiální diagnózu. V současnosti docházím na terapii a v minulosti jsem užívala medikaci na zmírnění příznaků úzkostných stavů. Tuto skutečnost vnímám jednak jako omezení a na druhé straně také jako velkou výhodu. Vlastní zkušenost s duševním onemocněním mi umožňuje velkou míru empatie při vedení rozhovoru s duševně nemocným člověkem, opatrné a citlivé kladení otázek a rozpoznání případných potíží při odpovídání na otázky, které by mně samotné mohly být nepříjemné. Taktéž mi vlastní zkušenost umožnila dostat se například do zmíněných uzavřených skupin na Facebooku, v nichž by jinak již samotná žádost o členství, natož inzerce a další aktivity, byly neetické. Současně tato skutečnost ale komplikuje analýzu a interpretaci dat, do které mohou vstupovat mé vlastní myšlenky a moje vlastní zkreslené vnímání duševního onemocnění a s ním spojené stigmatizace. Tuto situaci jsem si však v průběhu výzkumu plně uvědomovala a snažila jsem se mít při analýze k získaným datům dostatečný odstup.

Po uskutečnění rozhovorů s vybranými účastníky byla zvolena doplňková metoda výzkumu – získání zpětné vazby od účastníků rozhovoru s určitým časovým odstupem (cca 1-2 týdny). Někteří informanti byli po uskutečnění rozhovoru kontaktováni a požádáni o zaslání krátké zpětné vazby na provedený rozhovor. V této zpětné vazbě měli zhodnotit, co se jim na rozhovoru líbilo, popřípadě nelíbilo, co jim rozhovor přinesl, v čem jim případně pomohl. Zvolení této metody mělo za cíl získat reflexi rozhovoru a

popřípadě jednotlivých otázek a jejich náročnosti. Tato reflexe ze strany účastníka rozhovoru pak měla pomoci při vlastním zhodnocení etiky provedeného výzkumu, nakonec byla ale zahrnuta mezi výzkumné metody, jelikož přinesla další zajímavý závěr.

2.6 Analýza dat

Pro zpracování dat byla zvolena metoda zakotvené teorie, která je vhodná mimo jiné pro analýzu jevů, které vychází z určité prožité zkušenosti. Hodí se tedy i k analýze zkušenosti s duševním onemocněním. Původně bylo cílem pro analýzu dat využít hermeneutickou narativní analýzu, po sběru dat se však ukázalo, že data netvoří dostatečně ucelené biografie k provedení analýzy tímto způsobem. Kódování podle Strausse a Corbinové představuje proces, v jehož průběhu jsou data rozebrána, konceptualizována a znovu složena novým způsobem. Autoři definují tři typy kódování a to tzv. otevřené, axiální a selektivní. [Strauss, Corbinová 1999: 39-43] Otevřené kódování lze aplikovat různým způsobem – dle jednotky textu po slovu, odstavci, či celých textech a případech. Každé jednotce je přiděleno označení, které vystihuje její význam, typ a vytváří kategorii. Pro účely této diplomové práce jsem se rozhodla pro otevřené kódování a následně selektivní kódování. Jednotkou pro vytvoření kódu byly převážně věty, někdy odstavce, které nesly význam daného kódu. Často se jednalo o doplňující příklady či malé příběhy v rámci celého rozhovoru, které ilustrovaly určitý problém či situaci a byly nositelem významu kódu jako celek. Nedomnívám se tedy, že by během kódování větších částí rozhovoru zanikala důležitá data, což je častý problém, na který autoři upozorňují v případě kódování větších celků textu. Postupovala jsem tak, že jsem do přepisů rozhovorů vyznačovala barevně pasáže, které spadají pod určitý kód, legendu pro označení kódu jsem si vedla stranou formou komentářů. Snahou bylo vytvořit kódy a označení takovým způsobem, aby odpovídaly povaze dat a zvoleným výzkumným otázkám.

Kdo na to jak reagoval?

Jo, tak vím že taťka ten, když to bylo v začátcích a mně bylo doma fakt hrozně a měla jsem jet do Olomouce, mamka to docela chápala a ten taťka byl názoru, že to přejde, že tam musím do té školy, že to jsou jenom začátky. Jakože neviděl v tom tu závažnost. Myslel jsem si, že jsem prostě jenom nějak nespokojená. Takže ten mě moc nechápal. A potom když jsem třeba měla chodit na tu pomaturitní angličtinu, tak tam jako nebyla povinná docházka. Takže často jsem třeba zůstala doma, a to on byl jako našťvaný, že mi to jakoby platí a já tam nechodím. Kdežto mamka chápala, že to jakoby fakt nejde no. A jinak ty kámošky, jak které no. Některé byly takové, jakože proč nikam už nechodím, proč se doma zavírám, že to bude ještě horší, ale zase byly některé, které zase mi každý den napsaly ještě už náhodou nechci už někam jít. A pak právě jedna ta kámoška, co mi napsala ohledně té brigády v létě, jestli bych s ní nejela, tak to mě tenkrát asi nejvíce pomohlo, že jsem tenkrát vylezla z toho úkrytu jakoby. Že jsem se i hodně styděla potom někam jít, protože jsem nevěděla, kdo co ví v tom malém městě žejjo, takže asi takhle no.

Ve škole to nikdo nevěděl?

Nó, jako když jsem končila pak jakoby tu školu, tak některým holkám jsem napsala, že se mi tam rozjely nějaké takové špatné stavy. Tak ty jenom napsaly jakože aha, to je psycho, no tak jako nic nějak víc ne to no. A když jsem pak začala ve škole, tak to jsem ze začátku neřekla nikomu a pak jsem se třeba jenom zmínila, že dříve jsem měla také nějaké problémy, tak jenom mluvě no.

- TS Tereza Stepankova
Negativní reakce otce
- TS Tereza Stepankova
Pozitivní reakce matky
- TS Tereza Stepankova
Pozitivní reakce matky
- TS Tereza Stepankova
Negativní reakce přátel
- TS Tereza Stepankova
Pozitivní reakce přátel
- TS Tereza Stepankova
Stud., sebestigmatizace

Následně po dokončení kódování každého rozhovoru jsem vypsala všechny jednotky, které spadají pod jednotlivé kódy, do tabulky v Excelu.

Poté jsem přistoupila k tzv. selektivnímu kódování, jehož cílem bylo zvolit ústřední, klíčové kategorie, které pomohou identifikovat příběh a následně ho vyložit tak, aby bylo zároveň možné jednotlivé příběhy porovnávat mezi sebou. Byla definována klíčová témata, jejich dimenze a podkategorie, které jsou následně interpretovány s oporou v tvrzeních teoretické části práce. Praktický průběh této fáze analýzy byl následovný. Postupně jsem revidovala vytvořenou databázi kódů v Excelu, sjednocovala kódy, které se překrývaly, kategorizovala je podle témat. Následně jsem vybírala kategorie, které jsou přínosné pro zodpovězení výzkumných otázek. Vypouštěla jsem kategorie a kódy, které přílišně zabíhaly do tématu psychologie a odkláněly se příliš od původního cíle výzkumu (například zda účastníci rozhovoru volí spíše typ léčby formou psychoterapie či medikace, případně kombinace obojího).

Některé kódy, kategorie či jejich dimenze jsem v průběhu přejmenovala, například v rámci kategorie Identita vs. nemoc jsem vytvořila dimenzi „Odmítání“, kterou jsem následně nahradila slovem „Distance“, která se mi zdála pro většinu výpovědí přesnější a popisnější. Z celé databáze vybraných kategorií a textů, které jim odpovídají, jsem následně vytvořila kontingenční tabulku. To mi umožnilo jednoduše vybrat určitou kategorii a zobrazit všechny úryvky, které dané kategorii odpovídají. Tento postup mi pomohl reflektovat, zda jsem kódy přiřadila správným způsobem a zároveň porovnávat drobné i větší rozdíly mezi výpověďmi jednotlivých účastníků.

| Téma | Dimenze | Podkategorie |
|--------------------------------|---------------------------------|---|
| Reakce na duševní onemocnění | Pozitivní, negativní, neutrální | Rodina, přátelé, škola, zdravotnictví, veřejnost, zaměstnání, partnerské vztahy, sebestigmatizace |
| Já vs. nemoc | Přijetí, distance | |
| Já vs. ostatní duševně nemocní | Pozitivní, negativní, neutrální | |
| Obavy | | Ohrožení rodiny, Vážnější diagnóza |

Tabulka č. 1: Výsledné kategorie

2.7 Interpretace dat

2.7.1 Stigmatizace v rodině

Účastníci rozhovorů zažívají velmi silné negativní reakce v rodině. V některých případech došlo k diagnostice nemoci před osmnáctým rokem věku, tudíž bylo nemyslitelné, aby nejbližší členové rodiny o této situaci nevěděli. Ne vždy však negativní reakce automaticky znamená stigmatizaci. Ze strany rodiny je to výjimečné a spíše dochází k nepochopení. Také se v průběhu rozhovorů ukázalo, že velmi záleží na konkrétním členovi rodiny a mnohé reakce jsou naopak velmi pozitivní. Například s reakcí matky mají účastníci rozhovorů častěji pozitivní zkušenost, naopak k jistým obavám z negativní reakce či přímo negativní reakci dochází ze strany otce.

Myslím si, že oni jakože doma jsou... já řeknu byli doma byli hodně takový že tyhle věci jsou trošku mýtus a že to není nic co je potřeba řešit, myslím, že máma to věděla ještě dřív než jsem to věděla já. Prostě to byly věci, který oni jakoby nechtěli přijmout. ...Takže myslím si, že oni mě podpořili určitě nejvíc, protože mi věnovali ten čas a fakt mi pomohli, ale myslím že to pro ně bylo nepřijatelný hrozně dlouho. I přesto že mě v tom nenechali tak furt to byla taková věc, jakože to není možný, že to se neděje u nás v rodině. (Adéla)

Například Adéla se setkala v rodině s nepochopením, nepochopením nemoci spíše než s úplným odmítnutím. Negativnější reakce se jí dostalo z otcovy strany.

A táta ten si myslel že je takový zbytečný haló kolem toho, že si jako odpočíná, že zpomalím, a že to bude v pohodě a bral to tak jako že to chtěl pochopit, chtěl to analyzovat, chtěl tomu porozumět, ale ono to nešlo. (Adéla)

Podobný rozdíl v reakcích matky versus otce popisuje i Katka, kde je rozdíl nejvýznamnější. Matka se o ní po pokusu o sebevraždu starala každý den, od otce se jí dostalo naopak velmi negativní reakce a odmítnutí.

Nejhůř to zvládal asi táta, vlastně když jsem byla v nemocnici, krátce po tom pokusu, já jsem tam mohla mít u sebe telefon. A on mi nezvedal telefon, tak jsem volala jeho přítelkyni, a ten telefon zvedl táta a řekl mi, že se mnou v životě nechce mluvit, že jsem mu zkazila život a že už mě nechce prostě nikdy vidět. Tak to bylo jako hodně těžký, a to jsem musela dostávat uklidňovací injekce.

Ale na druhou stranu máma se o mě postarala úplně...za mnou přijela do té nemocnice, byla tam se mnou moje teta každé den, babička za mnou jezdila každé den a stejně tak do Prahy máma za mnou jezdila každé druhé den, takže jsem třeba i poznala, že máma se o mě postará úplně nejlíp. (Katka)

S velmi silnou negativní reakcí se setkala i Karla, která rodinu uvádí mimo jiné za jeden ze spouštěčů jejích špatných psychických stavů. Negativní reakce se jí dostalo jak od matky, tak od otce. V době, kdy požádala svoji rodinu o pomoc, jí ještě nebylo 18 let a setkala se s velmi negativní, odmítavou reakcí, kdy její duševní onemocnění nebylo považováno za reálný problém.

Požádala jsem svoje rodiče, jestli by mi nepomohli nějakým způsobem třeba sehnat terapii, což se nesetkalo s úplně dobrou reakcí, protože mě označili za sprotýho puberťáka, žejo spratek nevychovanéj a tak podobně, a že jakoby nejsem ne-normální, že jsem prostě jenom spratek a že se mam sebrat jako nějak sama, takže tak. (Karla)

Kladný přístup k duševnímu onemocnění ze strany matky není výsadou ženských účastnic rozhovorů. Pozitivní přístup popisuje i Štefan, který má duševně nemocnou i sestru a otce, tudíž zde o všem otevřeně mluví a k žádné tabuizaci tématu či stigmatizaci nedochází.

Já se o tom bavím jako úplně otevřeně, se všema, takže s rodinou jsem to probíral, s tím, že tenkrát jsem ještě bydlel u rodičů, takže ti to věděli. V rodině se taky, táta prostě bere antidepressiva a sestra taky. (Štefan)

Nicméně i na tomto příkladu je dobře viditelné, že ve velké míře míra negativních či pozitivních reakcí v rodině závisí na předchozí zkušenosti s duševním onemocněním a

dosavadní obeznámenosti s touto problematikou. Adéla popisuje, že její rodina měla tendenci vše analyzovat, protože se s tímto problémem doposud neseťkali „takto z blízka“ a došlo zde k nepochopení. Petra měla dobrou zkušenost s reakcí rodiny, protože její sestra měla duševní problémy od útlého dětství a její matka je zdravotní sestrou s dobrými kontakty na kvalitní psychiatrickou či psychologickou péči. Zde došlo k negativní reakci ze strany sestry, ale nikoliv v podobě stigmatizace duševního onemocnění, jako spíše obav z prožití stejně negativních zkušeností, jakými si sama prošla se svou nemocí. Štefan měl již v době diagnostiky úzkostí dva členy rodiny se zkušeností s duševním onemocněním, a proto je logické, že toto téma nebylo v rodinném prostředí nijak tabuizované. V případě Štefana je tato reakce spojená i se specifickým vnímáním nemoci.

Ono není zas tolik o čem mluvit, protože my jsme v rodině všichni hodně racionálně založený a i tu poruchu bereme jako takovou hormonální nerovnováhu nebo nerovnováhu v neurotransmiteru, a že to že člověk má depresi je nějaká chemická nestabilita. A to že pak má problémy, to na to má vliv, ale primárně je to chemická nestabilita. A když to takhle bereš, tak vlastně není tolik o čem se bavít. (Štefan)

Dle textu Corrigan a Watsona jsou současní odborníci přesvědčeni, že duševní onemocnění je způsobeno chemickou nerovnováhou v mozku. Není tedy způsobeno aktivně či vědomě duševně nemocným, a tudíž není důvod ke stigmatizaci. Ta je často spojená s předsudkem, že člověk s psychiatrickou diagnózou si ji sám přivozuje svým jednáním. Pokud tento předsudek není přítomen, můžeme předpokládat i absenci stigmatizujících postojů.

Na informovanost blízkých osob duševně nemocných a oporu při zvládnutí péče o duševně nemocnou osobu se soustředí například některé aktivity NUDZ, Fokus nebo Psychiatrická nemocnice Bohnice. Poměrně značná část destigmatizačních aktivit a organizací se u nás na tuto problematiku soustředí, nicméně žádný z účastníků rozhovorů nepopisuje zkušenost ani s jednou z nich. To může být dáno do jisté míry i tím, že pouze dva z účastníků rozhovorů mají osobní zkušenost s hospitalizací v některé z psychiatrických nemocnic či psychiatrických oddělení nemocnic, tedy obecně s institucionální léčbou.

2.7.2 Stigmatizace v kruhu přátel

Reakce přátel byly u účastníků rozhovoru s depresí a úzkostmi až na výjimky veskrze pozitivní. Karla například popisuje velmi pozitivní zkušenost s reakcí přátel,

sama uvádí explicitně, že zde k žádné stigmatizaci nedocházelo. Vzápětí vysvětluje, že mnoho jejích přátel mělo podobnou zkušenost.

A u těch přátel, tam to byla jako velká podpora, jako „okej není to fajn, ale nic se neděje, nic se nemění, jsme tady pro tebe, aspoň víš, co to je, s čím bojuješ“ a vůbec jakoby, to pro ně nebyl problém. Žádná změna přístupu, žádná stigmatizace tam neproběhla...Protože třeba shodou okolností moji přátelé teda měli podobnou zkušenost tak prostě popovídat si o tom, třeba si poradit, jak zvládat určitý situace a tak. (Karla)

Lada uvádí, že měla obavy svěřit se svojí kamarádce. Ta se jí však následně svěřila, že sama uvažovala o využití pomoci psychologa. Uklidnila ji reakce, že je tento stav normální, tudíž se dá předpokládat, že stigmatizující reakcí je pro ni tvrzení, že její situace nějakým způsobem vybočuje z normy. I Petra sdílí názor, že něčím podobným si prochází velká část mladých lidí, a proto v okruhu přátel neočekává negativní reakci. Zároveň se ale svěruje pouze bližšímu okruhu přátel, kterým důvěřuje. V úryvku spontánně popisuje, jak si představuje stigmatizující reakci ze strany přátel. Opakovaně v průběhu rozhovoru popisuje, že negativní reakci pro ni představuje degradace vážnosti jejího problému.

...Tak jsem to nějak udělala a vlastně mi dost pomohla tím, že mi prostě pak řekla, jak je to normální, jak prostě každý má problémy, a že sama chtěla jednou k psychologovi. (Lada)

Z kamarádů to ví pár lidí, kterým věřím natolik, abych jim o tom řekla a ty to berou dobře, si myslím. Ono je hodně lidí podle mě mladejch, který si něčím takovým projde, takže to chápou. Nikdy jsem teda nenarazila na někoho, kdo by řekl, že bych si vymejšlela, že je to jenom tím, že jsem prostě introvertnější typ, nebo takhle. (Petra)

S negativní reakcí kamaráda se setkala Katka. Uvádí situaci, kdy se svěřila kamarádovi s myšlenkami na sebevraždu. V tomto konkrétním případě došlo dokonce následně po Katčině pokusu o sebevraždu k ukončení přátelství z jeho strany, protože pro něj tato situace byla neúnosná a nepochopitelná. Katka dále v rozhovoru uvádí, že sama nechápala, proč je to pro něj tak nepřijatelné. Prolínají se zde tedy dva světy porozumění a nepochopení povaze duševního onemocnění, které vyústilo v přerušování sociální vazby mezi účastnicí rozhovoru a jejím dobrým přítelem.

...A já jsem s ním hodně mluvila o tom, že bych to chtěla udělat, že už nechci žít. A on mi řekl, že prostě nechce abych to udělala. A když jsem se pak dostala do tý nemocnice a řekla jsem mu, že jsem to udělala, tak se se mnou už nechtěl bavit. Pak

za mnou přišel do té nemocnice, ale to přátelství skončilo. Protože to prostě pro něj bylo úplně nepřijatelný. (Katka)

Stejně jako v případě rodiny se tedy ukazuje, že předchozí zkušenost s duševním onemocněním a míra porozumění povaze duševního onemocnění formuje míru stigmatizujících postojů vůči duševně nemocným.

2.7.3 Stigmatizace ve škole a v zaměstnání

Tato kategorie byla sloučena do jedné, jelikož v době diagnostikování nemoci byla většina účastníků rozhovoru studenty, byť v současnosti je pro ně aktuální oblastí, kde čelí reálným či potenciálním stigmatizujícím postojům, spíše zaměstnání. S negativními postoji ve škole se setkala například Petra. V úryvku popisuje případ spolužačky, která uvádí výčet vlastností, které stereotypně přisuzuje duševně nemocným lidem, otevřeně zpochybňuje jejich schopnost se vyrovnat se sebou a svými myšlenkami. Petra reaguje odmítavě, dává najevo nesouhlas s tímto tvrzením. Naopak dále v textu uvádí, že lidé s duševním onemocněním jsou dle jejího názoru silní, protože duševní nemoc není něco, co by mohli ovlivnit a navzdory tomu s ní bojují. Opět se zde objevuje předsudek, že lidé s duševním onemocněním mají nad svým onemocněním kontrolu a mohou ho ovlivnit svým jednáním, což Petra vyvrací.

Asi jo, asi jedna...myslim že to byla spolužačka. Prostě téma psychický problémy a takhle a ona říkala, že si myslí, že je to hroznej takovej problém spíš ne úplně civilizační, ale že je to problém lidí, kteří se nedokážou zamyslet sami nad sebou a nedokážou si uspořádat svoje vlastní pocity a myšlenky, což je vlastně krávinu....a ona prostě mi řekne, že si myslí, že tyhle ty lidi nejsou silný, nemaj tu sebe-kázeň, nemaj tu sebereflexi, pak se nedokážou s tím jakoby smířit a prostě nějak bojovat sami. (Petra)

Naopak v zaměstnání jsou reakce veskrze pozitivní. S pozitivním přístupem se setkala Adéla a Pavel. Adéla k tématu uvádí, že jí tato skutečnost zjednodušuje život. Je pro ni příjemnější, když nadřícená ví, že důvod její nepřítomnosti není rozmar, nebo lenost, ale že se jedná o závažný problém. Později v rozhovoru uvádí, že naopak ostatní zaměstnanci a kolegové tuto skutečnost vědět nemusí, protože na ní nejsou přímo závislí a jí tudíž nezáleží tolik na jejich názoru.

A rozhodně si myslim, že je důležitý, aby to věděli lidi, který jsou na tobě závislý, třeba ví to moje šéfová, která je skvělá ženská, tak bych jí to stejně dřív nebo později musela říct... Protože je pro mě mnohem jednodušší, když ona to ví a počítá že je nějaká malá možnost, že se může stát, že já nevím, mně úplně něco jebne v hlavě,

*a že to není tak že na to se*u nebo že jsem nespolehlivá, ale že tohle se děje. A moje šéfová je skvělá, protože jsou dny kdy vím, že to nezvládnou, tak jí prostě zavolám, že to nezvládnou a ona to nějak zařídí... (Adéla)*

A vlastně teď už to ví mnohem víc lidí, já mám třeba šéfa v práci a tak a jako on to ví, že někdy se mi udělá špatně a já mu řeknu hele Matko, prostě potřeboval bych si jít odpočinout, je mi špatně a pusť mě a vlastně i můj kolega to ví a tak. (Pavel)

Vyloženě negativní reakci nadřízených či spolupracujících jsem během realizace sběru dat nezaznamenala, například Katka a Lada ale své duševní onemocnění v práci tají. Katka na otázku, zda to někdo v práci ví, uvedla, že ne a že by jim to nechtěla říct z důvodu, že kolegy dostatečně nezná a neví, jak by reagovali. Má tedy obavy ze stigmatizace. Ze stejného důvodu to neví ani nikdo ve škole. Lada na toto téma uvádí následující:

Protože i mě by třeba teďka pomohlo, nebo když mi to začalo a chodila jsem do práce, tak prostě jsem nevěděla, komu to mohu říct, komu ne a neřekla jsem to nikomu. A tehdy vím, že by mi strašně pomohlo, kdybych věděla, že tam je někdo, za kým s tím mohu přijít, nebo to vyřešit jenom s ním jako. Teď jsem prostě nějak na neschopence jakoby anonymně. Ani nevím, jestli oni ví, co mi je. A jako ráda bych to tam třeba řekla, ale prostě nevím jak, no. (Lada)

Je vidět, že otázka, zda informovat či neinformovat spolupracovníky a nadřízené o duševním onemocnění je pro některé účastníky rozhovoru aktuální téma, které ovlivňuje jejich každodenní život a je pro ně velmi stresující. V případě pozitivních reakcí jim tento krok může každodenní realitu velmi usnadnit, v případě negativních reakcí pak ohrozit. V oblasti zaměstnání tedy nebyly zaznamenány v průběhu výzkumu nikde přímo stigmatizující postoje, jako spíše obava ze stigmatizace, která účastníky rozhovoru trápí a omezuje jejich společenský i pracovní život. Pro zajímavost uvádím, že na popud rozhovoru a následného kontaktu mezi námi se Lada rozhodla tento krok udělat a svou situaci v práci oznámit. Na tuto skutečnost narážela i ve zpětné vazbě, o kterou jsem ji následně po uskutečnění rozhovoru poprosila. Na oblast zaměstnání a zaměstnavatelů cílí dle přehledu destigmatizačních hnutí jen velmi malá část destigmatizačních aktivit (například Art movement z.s., která se soustředí na začlenění duševně nemocných osob zpět do společenského života), přestože většina duševně nemocných se setkává s překážkami při snaze začlenit se do společenského života. Žádný z účastníků rozhovoru s touto neziskovou společností ani její činností nebyl obeznámen.

2.7.4 Stigmatizace ve zdravotnictví

Zkušenosti se zdravotnictvím při řešení situace s duševním onemocněním popisuje Adéla, Pavel, Katka a Štefan, přičemž Katka a Pavel sdílejí zkušenost s hospitalizací. Jejich zkušenost s hospitalizací je diametrálně odlišná. Katka pobyt v psychiatrické nemocnici vnímá veskrze pozitivně a v průběhu rozhovoru opakovaně zmiňuje, že by se tam někdy ráda vrátila, protože pro toto prostředí považuje za bezpečné.

...ale byla jsem hospitalizovaná i v situaci kdy mi prostě bylo zle a byly fakt chvíle, kdy mi v těch nemocnicích bylo hrozně dobře. ... Možná by se člověk na jednu stranu chtěl vrátit. Že je furt prostředí, kde člověk ví, že mu může být líp...No zpětně na to vzpomínám v dobrým, myslím si, že mně to strašně moc pomohlo a je to bezpečný prostředí. Jako občas si říkám, že bych se tam i vrátila. (Katka)

Stigmatizaci v prostředí psychiatrické léčebny naopak prožil Pavel, který celou skutečnost považuje za negativní a negativně hodnotí i přístup personálu. Pobyt v psychiatrické léčebně přirovnává k pobytu dětského domova, kde strávil část dětství. Z úryvku je evidentní, že prostředí i praktiky, zde užívané, považuje za zastaralé a spíše, než že by mu tato zkušenost pomohla, mu institucionální léčba příznaky zhoršila. V úryvku uvádí, že sestry k němu měly přístup „jak na blázna“, z čehož je evidentní, že zmíněné jednání zdravotnického personálu považuje za stigmatizující a nálepku „blázna“ odmítá.

...a vyloženě jako blázna tě tam zavřou, vezmou ti kabel aby ses neoběsil a fakt tyhle věci, mříže na oknech. Takže pocitově to bylo jako ten dětský domov, protože to vypadalo to samé...Hej hrozný... jako taky si myslím, že špatný, že vůbec neprofesionální přístup, protože vlastně díky těm stresům jsem hrozně zhubl potom jsem hrozně nabral a já jsem měl třeba radost, že přibírám, víš, že nabírám a ty sestry ke mně měly přístup, že jak na blázna...(Pavel)

Pozitivní zkušenost se zdravotním personálem popisuje Adéla, nezachází nijak do hloubky, pouze napříč rozhovorem uvádí, že navštívila větší množství odborníků, kteří se nemohou shodnout na přesné diagnóze. S negativním přístupem ani stigmatizujícími postoji ve zdravotnictví však zkušenosti nemá.

...přišla tam sestra, ta byla docela milá...A už jsem byla jako v klidu, že už jsem prostě byla v pohodě, takže jsem si vyplnila tohle, řekla jsem jí, že nevim, že prostě nemůžu odpovědět na některý otázky a ona, že v pohodě. (Adéla)

Zajímavé je v tomto kontextu i téma komunikace somatické a psychiatrické léčby, přičemž odborníci na poli psychiatrie často uvádí, že správné diagnostice psychického onemocnění často předchází poměrně dlouhý proces vyšetření a testování na somatické příčiny vnějších příznaků. Tuto zkušenost popisuje v průběhu rozhovoru Karla i Štefan. Karla uvádí, že po sérii somatických vyšetření psychiatrickou diagnózu paradoxně nadnesla její praktická lékařka.

U mě se ta deprese vlastně projevovala hodně fyzicky, takže jsem se třeba nemohla najednou hejbat a tak podobně, takže mě vyšetřovali normálně doktoři, kteří vyšetřují tělesné zdraví. Jsem měla třeba podezření na únavový syndrom, nádory na mozku, nádory v nadledvinkách jo prostě, 150 tisíc blbostí a hledala se nějaká diagnóza, která by vysvětlila ztrátu energie, extrémní spavost, pak nespavost, a tak různě. No a pak paradoxně moje praktická lékařka řekla "A nemůžou to být deprese?" (Karla)

Strach potenciálních pacientů z psychiatrické léčby a nízká schopnost praktických lékařů rozeznat včas psychické symptomy spolu s nedostatečným systémem kontroly duševně nemocných přitom vede k tomu, že se zhruba polovina pacientů s depresí a úzkostmi vůbec neléčí. Téma, jak se pacienti s duševním onemocněním dostávají či nedostávají k léčbě, je sice spíše problematikou psychologie, nicméně vzhledem k rozsahu problému může mít i vážné společenské následky. Společenská izolace, neschopnost zapojit se do běžného pracovního života jsou závažné, a přesto běžné důsledky nevhodné diagnostiky potíží, a proto považuji za důležité na toto téma upozornit i zde. Štefan například patří právě mezi ty pacienty, kteří si našli cestu k diagnóze svépomocí a v rámci úryvku uvádí i to, jak mu problémy komplikovaly normální fungování ve společnosti.

...že se mi dělalo špatně v MHD, v autech a tak podobně což jsem v té době neinterpretovat že to je psychickýho rázu a bylo to docela silný, až tak, že mi to znemožňovalo normální fungování a vlastně jsem chodil po jako sérii různých vyšetření, kdy se zkoumaly různé věci jako vnitřní ucho a takhle, protože vyloženě se mi dělalo špatně. A po týchletý sérii vyšetření asi po dvou měsících vyloučili tyhle fyzický věci, takže jsem šel nejdřív na nějakou psychoterapii, to mi úplně nesesdlo a potom k psychiatrovi. (Štefan)

Tento průběh cesty k diagnóze není typický pro všechny účastníky výzkumu, zkušenost se napříč rozhovory poměrně zásadně lišila. Nicméně i reforma psychiatrické

péče vědomě cílí mimo jiné i na zlepšení komunikace somatické a psychiatrické medicíny a celkovou proměnu podoby psychiatrické péče, která je zastaralá. Typické je pro ni ambulantní řešení závažných případů a málo dostupná kvalitní péče mimo ambulanci. To by se například se zavedením krizových center mělo v dohledné době změnit. Z tohoto důvodu vznikla i velká část neziskových organizací, která cílí právě na pomoc duševně nemocným, vznikají například různé mapy péče a přehledy kontaktů, kde mohou duševně nemocní snadno vyhledat pomoc. Problematická je pak z mého pohledu přetrvávající stigmatizace a zastaralé principy péče, se kterými se setkal Pavel, které nezohledňují konkrétní diagnózu nebo kategorii diagnóz a nedostatečně informují pacienta o průběhu léčby.

2.7.5 Stigmatizace na veřejnosti

S negativní, stigmatizující reakcí ze strany veřejnosti se velmi přímo setkala Adéla. V rámci série několika menších příběhů popisuje den, kdy odcházela neupravená z terapie a zažila hned několik nepříjemných situací, kdy byla stigmatizována nejen jako duševně nemocná, ale také byla okolím nepravdivě označena za drogově závislou. Tato slovní označení vyplynula z atributů jako mastné vlasy, neupravenost, domácí oblečení a následně z vnějších projevů jako pláč a zvracení následkem psychické i fyzické nevolnosti. Ač Adéla jednu z těchto historek uvádí na můj dotaz jako komickou, já subjektivně jsem ji vnímala jako velmi negativní. V případě první části příběhu popisuje situaci, kdy byla hanlivě označena náhodnou spolucestující. Sama tuto zkušenost označuje za nejvíce negativní reakci, kterou zažila, zároveň jí ale nepřisuzuje velkou váhu.

...a to jsem prostě se úplně sesypala a zjistila jsem, že jsem v klubičku a brečím a nic jsem jako nedělala, jen jsem se prostě nemohla ovládnout. A slyšela jsem takovou ženskou, která tam byla se svým synem, tomu mohlo bejt tak deset. A on se zeptal, jestli mi něco není a ona řekla: "Ne, to má zase nějaká kráva hysterickéj záchvat." A to byla asi nejhnusnější reakce, kterou jsem zažila i když v ten moment mi to bylo celkem jedno. (Adéla)

V další části příběhu popisuje svůj momentální vzhled a následně další negativní reakci ze strany náhodných kolemjdoucích, kdy byla tentokrát verbálně označena za drogově závislou.

...takhle jsem zvracela do koše na Náměstí republiky a měla jsem mastný vlasy, byla jsem vlastně úplně odporná. Byla jsem na sebe hrozně pyšná že jsem vůbec vyšla ven. A ty lidi prostě stáli kolem, koukali na mě, jak zvracím do koše a říkali: "To je

neskutečný, kolik je v Praze feťáků." takže to byly jako od cizích lidí nejhnusnější reakce. (Adéla)

Obecnější reakci veřejnosti formuluje Petra, která touto výpovědí zároveň ukazuje, jak z jejího subjektivního pohledu vypadá stigmatizace duševního onemocnění.

Že pořád každej to nebere jako onemocnění, že to maj zaevidovaný, že člověk, kterej má psychickou poruchu je blázen. Neříkám, že každej, ale myslím, že to pojetí společnosti, že to prostě tady není dobře pojatý. Zase, záleží na člověku, ale ta společnost to podle mě nevnímá moc pozitivně pořád tady. (Petra)

Potažmo asi nikdy, kdo ti dneska řekne "hej jako jo já to chápu" ba naopak lidi se tomu fakt vyhýbají, myslím že s pozitivní reakcí ne. (Pavel)

Oba zde naráží na závažný problém, že duševní onemocnění není bráno v české společnosti na stejnou váhu jako fyzické, a že člověk s duševním onemocněním má nižší společenský status než člověk s fyzickým onemocněním. Pavel upozorňuje na to, že duševní onemocnění je něco, čemu mají lidé sklony se spíše vyhýbat. Opakuje zde stigmatizující označení pro duševně nemocného „blázen“, které většina z účastníků rozhovorů obecně používá při popisu duševního onemocnění.

2.7.6 Stigmatizace v partnerských vztazích a obavy ze založení rodiny

Negativní reakci či zkušenost v oblasti partnerských vztahů v průběhu rozhovoru popisuje Karla, Pavel a Petr. Karla zažila přímo stigmatizující reakci ze strany bývalého přítele, který její jednání dával za vinu duševnímu onemocnění. Opětovně se zde vyskytuje označení „blázen“ jako hanlivá nálepka, která symbolizuje stigmatizující označení duševně nemocného člověka.

To jedině pak spíš ze strany bejvalýho přítele, tam nějaká proběhla jako třeba když jsem se s ním nějakým způsobem hádala nebo tak, nebo jsem s ním nesouhlasila, nebo jsem byla zraněná něčím, co udělal, tak to svaloval jako na to, že jsem blázen v uvozovkách jo. (Karla)

Počkat, teď mě napadá, vlastně to věděl ještě můj tehdejší přítel a ten s tím problém měl, protože já jsem přestala pít, protože jsem nesměla na ty prášky...ale on to bral nelibě, protože sám chlastal a byl to člověk, kterej si dokázal vzít, za večer prostě vypít dost piva a do toho si dát neurol a bejt jako na káry. (Denisa)

Denisa pak uvádí, že její bývalý přítel byl jediný, kdo měl problém s jejím duševním onemocněním. Důvodem však bylo, že její léčba s sebou nesla povinnosti, které neodpovídaly jeho představám o životním stylu. Petr uvádí, že jeho ex-přítelkyně v této

situaci nebyla empatická. Stejně tak Pavel uvádí, že mu duševní onemocnění komplikuje fungování v partnerských vztazích, kdy byl opakovaně označen za chladného a tuto skutečnost přisuzuje právě své duševní nemoci. Explicitně zde ke stigmatizaci nedošlo, nicméně je z výpovědí všech účastníků očividné, že pozitivní reakce partnera na duševní onemocnění je důležitým tématem jejich každodenního života.

No já jsem to neřikal nikomu, ona o tom věděla, asi určitě, i když bych řekl že v těchto situacích nebyla moc empatická, dneska se nad tím pozastavuju, ale po tom rozchodu, kdy mě to položilo....(Petr)

A i co se týče vztahů, já během posledních dvou let, kdy jsem měl třeba deset různých vztahů, tak jsem si říkal, že to už taky je špatně, pokaždé jsem si vyslechl to, že jsem chladný a to byl důvod jakoby toho opuštění a nikdy to nebylo tak, že bych toho člověka neměl rád, ale bohužel mu to neumím dávat najevo. (Pavel)

Další známkou toho, nakolik je pro účastníky rozhovorů důležité dobré partnerské zázemí a pochopení ze strany partnera je i fakt, že na otázku, čeho se nejvíce bojí do budoucna v souvislosti se svým duševním onemocněním, mi několik ženských účastnic odpovědělo, že se bojí založení rodiny, popřípadě, že si následkem společenské izolace, kterou jim duševní onemocnění způsobuje, nebudou schopny nalézt partnera. A to i přesto, že ne pro všechny z nich je toto téma aktuální.

Karla uvedla spontánně, že toto je pro ni situace, které se bojí nejvíc. Po požádání o dovysvětlení odpověděla, že má strach, že svému potomkovi způsobí stejné potíže, jakými si prošla ona sama.

A čeho se asi nejvíc bojím je, že kdybych měla třeba v budoucnu děti, tak že bych nebyla dobrá matka. Víš, že bych prostě byla zkríplená tou depresí, to je něco, co bych jako nechtěla no.

To ne, jako spíš že mam problém sama se sebou a ráda bych to tak nechala. Ale nerada bych svoje dítě poznamenala tím, že já jsem sama sebe nezvládla. Nerada bych svému dítěti způsobila třeba další psychický potíže, protože to máš hrozně častý, že matka je prostě má nějaký problémy, nedá tomu dítěti úplně to dětství, co je potřeba, dítě má problémy a je to prostě z generace na generaci takový prokletí no. Tak tohle je něco, čeho bych se ráda vyvarovala no. (Karla)

To je zrovna teď věc, kterou aktuálně řeším. Že pro mě bude těžší být matkou, dobrou matkou. (Katka)

Že bych já bych děti chtěla, ale bojím se prostě, že samozřejmě z těch diskuzí jo, že jsou matky, které s tím mají problémy, když mají to dítě a něco takového je popadne. Že je těžké se o to dítě starat. Tak toho se jakoby bojím, no. A vlastně teď ani nemám přítele, takže jako i se bojím, jestli vůbec jako si někdy někoho tak nějak někoho najdu, protože teď když mi je jak mi je, tak se mi nechce moc ani někam s někým chodit a seznamovat se no. (Lada)

Dalšími častými obavami byl návrat nemoci, její nevyhléditelnost (např. Štefan) či neurologická diagnóza, popřípadě jiné závažnější onemocnění (Pavel), a to zejména v případech mužských účastníků výzkumu. V odpovědích na tuto otázku, byly asi nejzásadnější rozdíly mezi výpověďmi mužských a ženských účastníků rozhovorů, přičemž obava ze založení rodiny a nalezení partnera, se u mužů objevovala v menší míře a závažnosti. Ač například pro Petra byly partnerské vztahy ústředním tématem v souvislosti s duševním onemocněním a také z velké části jeho příčinou, v současnosti je ve vztahu spokojen a obavy v této oblasti nezažívá. Až na výjimky zde nedošlo k žádnému závažnému případu stigmatizace ze strany partnera, nicméně důležitost tématu v jejich životě a prožité zkušenosti s duševním onemocněním je nezanedbatelná. Povaha kvalitativní metodologie neumožňuje zobecnit data z malého vzorku na celou populaci, ale lze předpokládat, že pokud by se tato obava ze založení rodiny a mateřství prokázala i ve větším měřítku, čelili bychom dalšímu závažnému sociálnímu problému v naší společnosti, který souvisí s duševním onemocněním.

2.7.7 Sebestigmatizace aneb Já versus nemoc

Sebestigmatizace se podle Corrigan a Watsona projevuje dvěma způsoby. Duševně nemocný má tendenci smířit se s atributy, které mu připisuje společnost nebo reagovat snahou stávající situaci změnit. V rozhovorech s duševně nemocnými pacienty trpícími depresí a úzkostmi se spíše v prvotní fázi projevuje jakési odmítnutí nálepky „blázna“ a distance od skutečnosti, že by se měl řadit mezi duševně nemocné. V žádném z případů jsem nenarazila explicitně na touhu změnit stávající systém péče o duševně nemocné. Pouze jedna z účastnic (Denisa) uvedla, že by ráda rozšiřovala povědomí o duševním onemocněním skrze vlastní populární tvorbu. Za snahu o změnu může být v jistém smyslu ale chápána již samotná ochota účastníků výzkumu přistoupit na uskutečnění rozhovoru o tomto velmi citlivém tématu. Motivace k souhlasu s uskutečněním rozhovoru sice nebyly primárním cílem výzkumu, nicméně během domlouvání rozhovoru nebylo ojedinělé, že mi účastník rozhovoru spontánně svou motivaci sdělil. Často to byla ochota pomáhat ať už mně osobně či vyššímu cíli, jako osobní motivaci mi někteří účastníci uvedli, že je pro ně formou terapie si o psychických problémech promluvit s někým, kdo je za to neodsoudí a pochopí je.

V počáteční fázi diagnostiky jsou zřetelné sklony k odmítání nálepky „blázen“ a obecně stereotypní představy o duševním onemocnění. Opětovně se nálepka „blázna“

opakuje i v následujících úryvcích. S nálepkou bojovala Adéla, která jako hranici k označení za blázna považovala návštěvu psychiatra. Karla následně popisuje, že si nepřála, aby byla nahlížena prismatem duševně nemocné osoby. Nechtěla, aby se na ni pohlíželo jinak, než na zdravého člověka a aby projevy její nemoci byly zaměňovány s jejím jednáním.

Protože předtím, než jsem se dostala na tu psychiatrii tak už jsem prostě rok a půl předtím začala řešit to, že mě strašně bolí hlava a furt pořád nemohla jsem spát z toho, furt mě bolela hlava, obešli jsme všechny doktory včetně psychologa, kde mi doporučili, že bych měla zajít k psychiatrovi a já jsem řekla, že nikam nejdu, protože nejsem blázen. (Adéla)

Protože jsem se přesně bála, že přijde to, že něco třeba uděláš a nemá to s tvou psychikou nic společného a lidi říknou "nojo, vona je blázen, vona za to nemůže." Nebo prostě „vona je našťvaná“, nebo prostě ne proto, že mě ten člověk rozčiluje, ale protože je blázen. Takže já jsem nechtěla, aby moje reakce byly posuzovány skrz jiné framework než u zdravých lidí. To je něco, co já prostě nechci, já chci, aby mě lidi brali vážně a měla jsem obavy, že bych si to tím zkazila no. (Karla)

Distance od nálepky „blázna“ nebo odmítnutí léčby z obav ze stigmatizace se objevil i u Lady a Petry. V případě Lady došlo v počátku k pocitu studu, že musí „k někomu chodit“ a odmítla proto léčbu. Petra taktéž, jako většina ostatních účastníků výzkumu volí explicitně slovo „blázen“ k popisu stigmatizace. Stejně jako Karla vyjadřuje obavu, že bude na základě nemoci posuzovaná jinak a vnímání její osobnosti bude spojeno s duševní nemocí. Příklad distance „já“ od duševního onemocnění je pak dobře ilustrován na úryvku Adély, která popisuje příčiny shovívavého jednání ze strany přátel. Je evidentní, že stejně jako například Karla odlišuje svou osobnost od duševního onemocnění.

Ale on řekl, že mi žádnou radu, jestli mám dále studovat nebo ne dát nemůže, že mi spíše navrhl nějaké terapie. Tenkrát jsem se za to ještě styděla, že musím k někomu chodit a na další terapie už jsem nešla. (Lada)

Asi odmítnutí toho okolí tím, že jim to řeknu a oni mě odsouděj za něco, co ani nejsem. Že si řeknou, že jsem blázen, že jenom zbytečně přeháním. (Petra)

Myslím si, že k tomu přistupovali tak, že to nejsem já, že jsem nemocná, a proto mě jako omlouvaj. Že kdybych takovej člověk byla reálně a věděli, že taková jsem, tak mě omlouvat nebudou, což bych se jim asi nedivila. (Adéla)

Lada se následně ztotožňuje s jedním z předsudků, že duševně nemocní lidé jsou líní a cíleně se izolují od zbytku společnosti a dochází tak k typickému příkladu sebestigmatizace.

Asi ty představy, mě třeba vadí, že třeba jakoby nechodím do té práce a jsem doma. A přijdu si jako lenoch no. To mi prostě jako vadí no, že bych radši když bych prostě normálně fungovala no. (Lada)

U Pavla a Katky je dobře vidět jakýsi přerod identity z duševně zdravého na duševně nemocného člověka a postupného přijetí nemoci. Zpočátku je dobře znát moment distance od duševního onemocnění a v pozdější fázi nemoci její přijetí a smíření. Katka popisuje, že ji nemoc odebrala pocit normalnosti, je si nyní vědoma nálepky a toho, že vybočuje z normy.

Tak myslím si, že ta nemoc, ta diagnóza třeba, ta mi vzala svobodu toho, že jsem normální. Že od té doby doby, co mi dali tu diagnózu, tak si to neumím připustit. A myslím si, že hodně tím omlouvám svoje jednání, to je asi věc, kterou mi spíš vzala. (Katka) A vlastně mi to dalo i to, že se někam řadím. Že je aspoň jedna škatulka, ve který furt jsem. (Katka)

Já to jako hrozně nechápal, protože jak říkám to dětství nebylo ideální, já jsem byl i v dětském domově a bylo to hodně naprd a já jsem říkal i potom paní doktorce, že v té době jsem měl skvělej vztah, mám dobrou práci, mám dobré bydlení, nemám dluhy nebo tak. A ona mi to vysvětlila jednoduše a možná to do sebe zapadá, že to tělo bylo v celoživotním stresu nějakým, že potom si ho samo takhle vyhledává, tak možná tak. (Pavel)

Pavel popisuje přímo situaci průběhu diagnózy, kdy zprvu nerozuměl, proč zrovna on by měl trpět duševním onemocněním a snažil se tuto situaci racionálně odůvodnit. Po vysvětlení ze strany doktora se s diagnózou smířil. Často se pak na otázku, jaký vnímají rozdíl v pohledu na život před diagnózou a po diagnóze ukázalo, že diagnóza některým z účastníků rozhovoru pomohla (slovy Karly) „*najít jméno toho nepřítel, se kterým bojuj.*“ A tedy v jistém ohledu jim diagnóza přinesla útěchu. V případě Katky dokonce pocit, že je součástí společenského celku.

2.7.8 Já versus ostatní duševně nemocní

Během rozhovorů se také ukázalo, že stejně jako dělají účastníci rozhovorů rozdíl mezi sebou a duševně zdravými lidmi, někteří vnímají hranice i mezi sebou a duševně nemocnými lidmi s jinou povahou nemoci, než kterou trpí oni sami. Ukázkovým příkladem je Pavel, který jako pomyslnou hranici vidí rozdíl mezi psychickou poruchou

a psychózami, popř. drogovou závislostí. Obě tyto diagnózy považuje za odlišné kategorie, než kam by se zařadil on sám, a proto odmítavě reaguje na situaci, kdy byl s pacienty, kteří těmito diagnózami trpí, zařazen do stejného typu léčby, i když pouze zpočátku hospitalizace. Pacienty s vážnější diagnózou uvádí jako „schizofreniky“ a „feťáky“, což odpovídá teorii distance mezi „my“ a „oni“ autorů Link a Phelan, kteří toto označení považují za známku toho, že daný jedinec není jedním z „nás“ a sami autoři uvádí tento příklad právě na schizofrenii.

A hodili mě na oddělení, oni tomu říkají takové rozřazovací oddělení, kde tě dají dokupy úplně se všema, se schizofrenikama, s feťákama a tak. A to je asi pro toho člověka to nejhorší a ségra potom hrozně za to bojovala a prostě stěžovala si tam primáři a tak, protože to mě dostalo ještě do větších a horších stavů, protože já jsem vyloženě byl s jedním feťákem na pokoji a s jedním schizofrenikem, a když jsem byl tak nejistej z toho co všechno se děje a byl jsem tam ještě s těmahle lidma tak jsem si říkal že něco je špatně. (Pavel)

Podobnou hranici si vytvořila Karla, když se dozvěděla o své diagnóze, protože depresi, považuje oproti jiným diagnózám ještě za relativně častý problém. V úryvku je vidět, jak pro ni bylo zásadní nebýt „zas až tak odlišná“ a odchylovat se od normy příliš.

A jakmile se to pojmenovalo jo, tak se mi strašně ulevilo, protože víš, že je tady spousta lidí, který maj to samý, co já, že nejsem jakoby nějaká deviantní vyblázněná osoba, kde vopravdu jako je to častej problém, že jsou metody jak to zvládat, že jsou tady lidi ochotný pomoct. (Karla)

Lada vypráví o své zkušenosti ve stacionáři a překvapeně popisuje, že zde byli "normální" lidé. Tyto nálepky pro utvoření hranice mezi duševně nemocnými a zdravými, popřípadě mezi duševně nemocnými a vážněji duševně nemocnými používá v rozhovoru opakovaně.

A fakt tam vlastně mě tenkrát pomohlo, že jsem viděla, že tam jsou fakt jako normální lidi. Nějací lékaři třeba, nebo nevím. Prostě normálně pracující, vystudování dejme tomu. Tenkrát jsem si myslela, že se to fakt týká fakt jenom lidí, nevím no, prostě nevím, jestli mě chápeš. (Lada)

*A prů*er je ten, že já když vidím, že o tom někdo jinej píše, tak ty lidi o tom mluví hrozně hystericky a já se vlastně nedivím tomu, že všichni ostatní si myslěj, že jsou to jen demen*i, který na sebe jen chtěj upozornit. A já vim, že těm lidem je třeba tak strašně, jak mně samotný nikdy ani nebylo, ale způsob toho jak se tam prezentují, je úplně degradující pro všechny ostatní, kteří tím trpí, takže já s tím mam hodně negativní zkušenost.*

Adéla v závěru rozhovoru vypráví o svém negativním postoji vůči internetovým diskuzím a způsobům prezentace duševního onemocnění. Jedná se o jiný typ odmítavé reakce než v předchozím případě, nicméně tento úryvek ukazuje postoj účastnice rozhovoru, která nevidí všechny duševně nemocné jako homogenní skupinu. Situaci naopak vnímá tak, že prožitá zkušenost jednotlivých pacientů s duševním onemocněním se může velmi lišit, a i jejich způsob vyrovnávání se s duševním onemocněním může být velmi odlišný dle závažnosti diagnózy či životního přesvědčení. Je také nutné upozornit, že v tomto úryvku jsem uvedla pouze negativní reakce či postoje k ostatním lidem s duševním onemocněním, přestože se pozitivní i negativní reakce objevovaly ve stejné míře. Pozitivní reakce se pak vztahovaly spíše ke konkrétním osobám, se kterými účastníci rozhovoru přišli do kontaktu během léčby. V rozhovorech se objevily i ambivalentní reakce například na zmíněné internetové diskuze, kdy účastníkům rozhovorů na jednu stranu anonymní kolektivní solidarita pomáhá v tom si uvědomit, že problém je relativně běžný, na druhou stranu je v rámci jejich každodenního života konfrontuje s negativní stránkou duševního onemocnění. Někteří uvádějí, že samotní jejich psychologové či terapeuti je od pročitání těchto diskuzí opakovaně odrazují.

2.7.9 Zpětná vazba účastníků rozhovoru

Některé z účastníků rozhovoru jsem po jeho uskutečnění následně požádala o zaslání zpětné vazby na rozhovor, která měla sloužit ke snadnější reflexi mě jako výzkumníka, případné reflexi pokládaných otázek či podmínek, vytvořených pro uskutečnění rozhovoru. Citace zde uvádím celé, tak, jak jsem je od účastníků rozhovorů obdržela. Zásadní pro mě byl pozitivní dopad, který mělo uskutečnění rozhovoru na některé z účastníků. Lada se například, jak jsem již uvedla dříve, na základě rozhovoru rozhodla uvědomit zaměstnavatele o svém duševním onemocnění a s žádnou odmítavou reakcí se nesetkala.

*„Tak co se týče rozhovoru, bylo to pro mě příjemné. Jednak dat si prostě někde s někým kafe, už to je fajn, protože až tak často teď s někým na kafe nechodím. Jediné, co mi trochu vadilo, že kousek vedle nás seděli lidi, tak jsem se hlídala, abych nemluvila moc nahlas. Otázky byly si myslím všechny OK, nic mi vyloženě nevadilo, ale u některých jsem potřebovala více času na přemýšlení. No, a to že jsem byla ráda, že jsem Tě poznala a že mě to zas v něčem motivovalo, tak to asi zmiňovat nemusím.“
(Lada)*

„Naši schůzku a rozhovor vnímám velice kladně. Překvapila mne profesionalita, pečlivost a naprostá připravenost. Otázky byly vhodně zvoleny a nedalo se na ně

odpovědět pouhé ano/ne. Jediná věc, která se mi moc nelíbila, ale za což nemůže autorka, bylo malé soukromí v restauraci, kam jsme šly, protože nás usadily na místo, které bylo mezi dalšími stoly a mezery mezi nimi byly minimální. Schůzka se konala, když se mi v životě vyskytlo několik problémů najednou, které jsem musela v ten čas řešit, což s mojí nemocí není nejsnazší. Proto mi velmi prospělo si o mém duševním zdraví promluvit s někým, kdo to chápe a nezavrhuje jako většina lidí v mém okolí. Bylo příjemné mluvit tak otevřeně a bez strachu z odsouzení. Také se mi po našem setkání stále více vrací myšlenka, že by nebylo špatně zkusit terapii či alespoň někoho pravidelně vidat, protože ne vždy se dá vše zvládnout o samotě.“ (Petra)

Z rozhovoru jsem neměla vůbec žádné obavy. Myslela jsem si, že jen ve zkratce řeknu, co vše se mi stalo, jak jsem přicházela na to, že se mnou není všechno úplně v pořádku a jak jsem byla v nemocnicích, co mi tam pomohlo a jak se o sebe starám teď. V průběhu rozhovoru mi vše šlo snadno – povídat o všech těch věcech, které se mi staly, které jsem si musela prožít a které si stále prožívám. Dokonce jsem sama sebe překvapila, že jsem si na hodně věcí vzpomněla a některé zážitky jsem si i dokázala pospojovat jinak než kdy jindy. Po dokončení rozhovoru na mě ale padla úzkost – i když mi to tak zpočátku vůbec nepřišlo, najednou jsem si všechny věci musela připustit, vše vyplynulo na povrch – více, než kdy jindy. Možná to bylo proto, že jsem vše řekla nahlas a taky proto, že momentálně nemám nejlepší období. Když jsem pak jela sama domů metrem, cítila jsem beznaděj, úzkost, prázdnotu... To se mě drželo následujících pár dní (cca 3-4), kdy se mi více dostávaly do mysli špatné myšlenky (proč se mi dělo to co se mi dělo, jaký to má dopad na mou diagnózu, jaký má diagnóza dopad na můj život?). Pocity z rozhovoru – rozhodně jsem ráda, že jsem pomohla někomu jinému. Co se mě týče, mohu zkonstatovat, že jsem si myslela, že mi nedělá problém o všem mluvit – vždyť už jsem to tolikrát vyprávěla! V nemocnicích, psychologům, ... Ale zřejmě opravdu nejsem v pořádku a se vším srovnaná. Takže ano – v něčem mi rozhovor vlastně pomohl. Nebylo to zlepšení mého stavu, ale uvědomění si, že mám před sebou ještě hodně práce. (Katka)

Zpětnou vazbu jsem záměrně nezískávala od všech, vybrala jsem náhodně některé z účastníků rozhovoru, protože se původně mělo jednat pouze o doplňující metodu reflexe mojí role jako výzkumníka, kterou jsem nechtěla „zbytečně zatěžovat“ všechny účastníky výzkumu. Nicméně nakonec se ukázalo, že i tato zpětná vazba může přinést zajímavé poznatky. Ve zpětných vazbách se spontánně ukazují motivace účastníků rozhovoru pro uskutečnění rozhovorů, v prvním případě to je posezení u kávy, příjemné popovídání. V druhém případě to je popovídání si o duševním onemocnění bez předsudků, v posledním případě to bylo „někomu pomoci.“ Mimo jiné se ukázalo, že všem těmto účastnicím rozhovorů jeho uskutečnění i v něčem pomohlo, v něčem je dále motivovalo, něco si uvědomily, což považuji za velmi pozitivní nezamýšlený důsledek realizace

diplomové práce. Příjemně mě z pozice výzkumníka také překvapila už samotná skutečnost, že rozhovor o takto citlivých problémech může být pro někoho příjemný.

2.8 Diskuze s literaturou, odpovědi na výzkumné otázky

Bártlová předpokládá, že proces stigmatizace se spustí, pokud se člověk „chová divně“, již před stanovením diagnózy. Tato definice však nepočítá s typem diagnóz, které vnější projevy nemají, jako jsou například právě deprese a úzkosti, jsou na první pohled „neviditelné“. V případě těchto diagnóz skutečně dochází ke stigmatizaci až ve chvíli, kdy je pacient a jeho okolí konfrontováno s diagnózou jako nálepkou, s níž jsou více či méně obeznámeni.

Jak vyplývá z analýzy rozhovorů, hranice mezi stigmatizací a negativní reakcí okolí se však někdy stírají. Účastníci rozhovoru považovali za negativní i situace, které neodpovídaly definici stigmatu nebo stigmatizujících postojů, a přesto pro ně byly velmi závažné. Obecně by se tyto negativní reakce daly označit za nepochopení či neporozumění. To, že se stigmatizace vždy neprojevuje v praxi jako očividný, rozpoznatelný akt vůči duševně nemocným, nemusí nutně znamenat, že je nepřítomna a už obava ze stigmatizace může mít závažné následky. Ostatně jak již definoval W. I. Thomas, pokud je situace vnímána jako reálná, může být reálnou i ve svých důsledcích [Merton 2000: 196-200].

Stigmatizující postoj či reakce pro účastníky rozhovoru znamená záměnu projevů duševního onemocnění s jejich vlastní osobností a jejich jednáním, a také označení za nenormálního člověka, za "blázna" či někoho určitým způsobem deviantního, odklánějícího se od normy. Tyto nálepky však používají především sami pro sebe, při snaze se s duševním onemocněním vyrovnat. Za nenormálního, či za blázna jsou okolím označováni minimálně, jedná se spíše o výjimky. U většiny účastníků rozhovorů taktéž až na výjimky není patrná silná stigmatizace v žádné z oblastí života, ve které se musí s duševním onemocněním vyrovnat. Výjimku tvoří například stigmatizující projevy na veřejnosti, se kterými se setkala Adéla, stigmatizace během hospitalizace ze strany personálu v případě Pavla, a stigmatizace ze strany bývalého přítele v případě Karly. Reálně jsou patrné spíše prvky sebestigmatizace a obavy z ní, například ve školním kolektivu, popřípadě v zaměstnání, kde následkem těchto obav dochází k záměrnému

zamlčování duševních problémů. V oblasti zaměstnání je paradoxní to, že účastníci rozhovorů, kteří o svých duševních problémech nadřízené či spolupracovníky informovali, mají s tímto rozhodnutím dobrou zkušenost. Prolínají se zde následně různé přístupy k vyrovnání se s duševním onemocněním. U některých účastníků rozhovorů je patrné, že se s nemocí ztotožnili i přesto, že zpočátku došlo k určité distanci od nálepky "duševně nemocný", někteří doposud vnímají svou nemoc jako "nepřítele, se kterým je nutné bojovat".

Překvapivým výsledkem rozhovorů pro mne byly obavy z budoucího založení rodiny a přenesení duševního onemocnění na dítě, které se v poměrně zásadní míře objevily u ženských účastnic výzkumu. Do budoucna by bylo zajímavé toto téma prozkoumat podrobněji nebo ve větším vzorku, protože ho považuji za závažné a potenciálně nebezpečné pro českou společnost, pokud by se tyto obavy prokázaly ve větší míře. Z rozhovorů také vyplynulo, že duševně nemocní pacienti s depresí a úzkostmi ani jejich blízcí nemají bohaté zkušenosti s destigmatizačními aktivitami, které v ČR probíhají. Obecně se vyjadřovali spíše o diskuzních fórech či zahraničních iniciativách.

Jak tedy práce odpovídá na výzkumné otázky, které byly stanoveny v úvodu?

Pociťují pacienti deprese a úzkostí stigmatizaci v souvislosti s duševním onemocněním?

Ano, ale výjimečně a v menší míře, než bylo autorkou předpokládáno na základě studia literatury a výzkumů, uskutečněných na české populaci.

Jaká je jejich zkušenost se stigmatizací? V jakých oblastech života pociťují stigmatizaci nejvíce?

Zkušenost se stigmatizací existuje, ale spíše ve formě obav ze stigmatizace než ve formě reálných, viditelných, stigmatizujících projevů ze strany okolí. Každý z účastníků rozhovoru pociťuje stigmatizaci v jiné míře a v jiných oblastech života. Problematickou oblastí je rodina, kde často dochází k nepochopení, zaměstnání, kde jsou výrazné obavy ze stigmatizace a partnerské vztahy, kde v této souvislosti vyplývají obavy ze založení rodiny. Jako problematické se ukázalo také zdravotnictví, kde v souladu s tvrzeními, uvedenými v teoretické části práce nefunguje ideálně komunikace somatické a psychiatrické medicíny. Dva pacienti měli zkušenost i s hospitalizací, a to diametrálně

odlišnou, kdy jeden opakovaně vyjadřoval touhu se do institucionálního prostředí psychiatrické nemocnice vrátit, druhý zde zažil silnou stigmatizaci.

Lze typizovat stigmatizaci v souvislosti s duševním onemocněním? Pokud ano, jak?

Stigmatizaci lze nejnázve rozdělít dle oblastí, ve kterých se účastníci rozhovorů se stigmatizací setkávají či nesetkávají. Těmito základními oblastmi jsou rodina, přátelé, škola, zaměstnání, partnerské vztahy, veřejnost. Speciální kategorií je pak sebestigmatizace, kde dochází často k užívání nálepky „blázen“ jako definice duševního onemocnění a odklonu od normy při snaze účastníků vyrovnat se s diagnózou. Vzhledem k povaze metodologie výzkumu a metody analýzy je pravděpodobné, že jiný výzkumník by rozhovory mohl provést i okódovat jiným způsobem a došel by tak k jiné typologii než autorka práce. Pro ověření či doplnění vytvořených kategorií by bylo ideální provést navazující kvantitativní výzkum na větším vzorku populace duševně nemocných pacientů s depresí a úzkostmi.

Jaké jsou podobnosti či odlišnosti v míře stigmatizace mezi účastníky rozhovorů?

Zásadní, každý zažívá stigmatizaci v jiné oblasti života a v jiné míře. Je však evidentní souvislost s předchozí mírou informovanosti osob, které v dané oblasti života figurují. Například v rodinách, kde existuje předchozí zkušenost s duševním onemocněním, je míra stigmatizace a negativních reakcí (nepochopení) obecně nižší než tam, kde doposud k žádné takové události nedošlo.

Jaký je soulad činnosti destigmatizačních aktivit v České republice s reálnou situací, kterou prožívají duševně nemocní pacienti?

Účastníci rozhovorů nemají bohaté zkušenosti s probíhajícími iniciativami, které se problematikou veřejně zabývají. Žádný z účastníků rozhovoru není přímo členem žádné takové organizace. Znalost současných, nově vzniklých iniciativ jako je například Nevypusť duši, která by mohla potenciálně zasáhnout hodně lidí v této věkové kategorii, byla registrována v jednom případě z deseti uskutečněných rozhovorů. Dva účastníci rozhovoru měli osobní zkušenost s hospitalizací, jedna účastnice měla zkušenost s denním stacionářem. Z diskuze o informovanosti rodiny či přátel nevyplynula další informace o znalostech či využívání služeb některé z iniciativ, které cílí na informovanost blízkých osob duševně nemocných pacientů. V průběhu rozhovorů také od účastníků

výzkumu několikrát padlo, že se o duševních onemocněních na veřejnosti málo mluví. Z toho důvodu se domnívám, že všechny iniciativy, které cílí na destigmatizaci lidí s duševním onemocněním, by měly zapracovat především na zvyšování informovanosti napříč širokou veřejností, aby se informace o dostupné péči dostávaly jak k duševně nemocným, tak i jejich rodinám a blízkému okolí.

Závěr

Diplomová práce si kladla za cíl představit problematiku duševního onemocnění ze subjektivního pohledu pacientů s depresí a úzkostmi, jako s těmi, pro které jsou překážky spojené s duševním onemocněním každodenní realitou. Práce si kladla otázky, jakým způsobem prožívají stigmatizaci, v jaké míře, v jakých oblastech života. Dále také, zda je možné nějakým způsobem stigmatizaci typizovat a zda je v souladu aktivní činnost destigmatizačních aktivit a současné reformy psychiatrické péče s tím, co pacienti prožívají a zda vůbec mají o těchto aktivitách povědomí. Výzkum, který probíhal pomocí polostrukturovaných výzkumných rozhovorů s deseti pacienty ukázal, že skutečná míra stigmatizace se u těchto účastníků neprokázala v takové podobě, jak je definována literaturou a nedávnými výzkumy stigmatizujících postojů v České republice. Atributy deprese či úzkostných stavů nejsou na první pohled očividné, nedochází tedy ke stigmatizaci již před diagnózou, ale spíše ve fázi diagnózy. V každé oblasti života se u různých účastníků ukázala různá míra stigmatizace. Někde to bylo ze strany zdravotnického personálu, u někoho v rodině či u přátel, obavy ze stigmatizace pak panují především v oblasti vzdělávání a zaměstnání.

Sebestigmatizace je v určité míře také přítomna, zajímavější je však moment vyrovnávání se s hranicí duševně zdravého a duševně nemocného člověka, během něhož často sami používají nálepku „blázen“ k popisu duševního onemocnění. Současně se někteří účastníci staví negativně k ostatním duševně nemocným se závažnějším či odlišným typem diagnózy. Překvapivým výsledkem je strach ze založení rodiny následkem duševního onemocnění, který se objevuje v případě ženských účastnic rozhovoru. Vzhledem k nízké informovanosti samotných pacientů o iniciativách, mířících na stigmatizaci duševních onemocnění, vyplývá potřeba cílit na větší informovanost. Potenciál změny je vidět v propracovanosti a záběru témat, na které v současnosti cílí reforma psychiatrické péče a také množství nových aktivit, které vznikají na podporu destigmatizace a informovanosti české veřejnosti.

Co se týče dalších výzkumů, navrhuji ve větším vzorku prozkoumat vliv duševního onemocnění na partnerské vztahy a zakládání rodiny. Další zajímavý pohled na věc by mohli poskytnout rodinní příslušníci duševně nemocných, kteří jistě mají specifické příběhy vyrovnávání se s duševním onemocněním. V této práci nebylo možné se na ně detailně zaměřit, nicméně jeden z výstupů rozhovorů ukazuje, že míra stigmatizace

v blízkém okolí duševně nemocného pacienta se objevuje na základě předchozí zkušenosti s duševním onemocněním. Co se týče přínosu práce, pro některé z účastníků byla dle zpětné vazby přínosná už její realizace. Doufám však, že do budoucna bude přínosným podkladem pro další výzkum stigmatizace lidí s duševním onemocněním, které nadále zůstává velkým tématem v současné české společnosti.

Summary

The goal of this master thesis was to introduce problematics of mental illness from the point of view of patients with depression and anxiety, as those, for whom the struggles of being mentally ill are everyday reality. The theoretical part first introduced the most important concepts from social theory on stigma, self-stigma and evolution of stigmatization towards mentally ill patients. It also contains contemporary context of researches done abroad and in the Czech republic. The thesis asked questions such as how do the patients with depression and anxiety experience stigmatization, in what measures and in which parts of life. Another question was if it is possible to typologize stigmatization in any way and if the destigmatizing activities are in concordance with what the patients experience and if they even have awareness about these activities.

The research, which was concluded in form of semi-structured research interviews with ten patients, showed, that the real measure of stigmatization was not shown on such level with the participants, as is defined in literature and recent research of stigmatizing attitudes in the Czech republic. The attributes of depression or anxiety are not visible at first sight, therefore there is no stigma before the diagnosis, usually it is during the phase of diagnostics or after, in contradiction with some of the theories stated earlier in the thesis. In each part of life there was different degree of stigmatization in case of the participants. Sometimes it came from the health care workers, some experienced stigmatizing attitudes from family or friends, fear of stigmatization was revealed in education and employment areas.

Overall some findings were in accordance with theories, highlighted in theoretical part, such as labeling theory and division between „we“ and „them“, however it showed more explicitly in comparison of people with depression and people with more serious psychiatric diagnoses. Also some form of self-stigma was revealed in case of some of the participants, but the reactions to mental illness was not activism and drive for change in any of the monitored cases. It was more of a process of coping with the label and fighting the illness in everyday life.

Self-stigma is in certain point also present, however more interesting part is the moment of negotiating the border between mentally healthy and mentally ill person, throughout which the patients spontaneously use the label "lunatic" when describing

mental illness. Concurrently some participants have a negative attitude towards other mentally ill people with more severe or entirely different types of psychiatric diagnosis. Surprising outcome is the fear of family establishment in consequence to the mental illness, which shows in case of female participants. The low awareness of patients considering the destigmatizing initiatives shows the need to aim to inform the public in greater volume. The potential of change lies in sophisticated and broad topics, which are the aim of psychiatric care reform as well as the increase of new activities which support destigmatization and education of the czech public.

As for the following research, I suggest to explore the influence of mental illness on partnership and family establishment. Another interesting point could be provided by family members of mentally ill patients, which I suppose could provide specific naratives on coping with mental illness. In this thesis it was not possible to focus on them in detail, however one of the conclusions shows, that the measure of stigmatization in close social surroundings of the mentally ill patient is based on previous experience with mental illness. As for the benefits of this thesis, for some of the participants, the making of the thesis itself was beneficial according to the interview feedbacks. However I hope, that in future it will be a beneficial foundation for another research of stigmatization of mental illness, which remains a serious topic in contemporary czech society.

Seznam literatury

- BÁRTLOVÁ, Sylva. *Nemoc jako stigma*. KONTAKT: časopis pro ošetřovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci [online]. 15.12.2006 [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120326192111714591.pdf>
- 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.
- DURKHEIM, Émile. 1982. *Rules of Sociological Method* (1895) The Free Press, s. 68-69
- GOFFMAN, Erving. 1991. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Reprint. London [u.a.]: Penguin Books
- GOFFMAN, Erving. 2003. *Stigma. Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. Praha: Slon
- GULLESTAD S. Tschudi F. 1981. *Labelling theory of mental illness: A critique illustrated by two case histories*. Psychiatry and Social Science 1:213-236. Oslo
- HENDL, Jan. 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál
- JANOUŠKOVÁ, Miroslava, Aneta WEISSOVÁ, Eva TUŠKOVÁ, et al. *Stigmatizace v České republice: Výzkumná zpráva* [online]. Národní ústav duševního zdraví, Klecany, 2016 [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR_zprava_NUDZ.pdf
- KESEY, Ken. *One flew over the cuckoo's nest*. Pbk. New York: Signet, 1962.
- 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. 2018-03-13]. Dostupné z: <http://ajph.aphapublications.org/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. 2018-01-04]. Dostupné z: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- MERTON, R.; K. *Studie ze sociologické teorie*. Praha: SLON, 2000.S. 196-200.
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada
- STRAUSS, Anselm L. a Juliet M. CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Translated by Stanislav Ježek. Vyd. 1. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. vi, 196.

Internetové zdroje

- ARNDT, Tomáš. Úzkostné stavy. In: *Celostní medicína* [online]. 14. 6. 2010 [cit. 2018-03-15]. Dostupné z: <https://www.celostnimedcina.cz/uzkostne-stavy.htm>
- <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>)
- *Bohnicebezhranic.cz* [online]. [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: <http://www.bohnice-bezhranic.cz/>
- HONZÁK, Radkin. *Za jakých okolností jsou v Česku prováděny elektrošoky?* In: *Psychologie.cz* [online]. 14.7.2010 [cit. 2018-01-04]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/poradna/za-jakych-okolnosti-jsou-v-cesku-provadeny-elektrosoky/>
- *Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 7. října 2013 [cit. 2018-01-13] Dostupné online: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf
- *ÚZIS ČR: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>

Teze diplomové práce

PROJEKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Stigmatizace lidí s duševním onemocněním z pohledu pacientů s depresí a úzkostmi

Stigma of mentally ill from the depression and anxiety patient's point of view

Klíčová slova: stigmatizace, stigma, duševní onemocnění, deprese, úzkosti, pacient

Key words: stigmatization, stigma, mental illness, depression, anxiety, patient

Námět práce zahrnující formulaci a vstupní diskusi poznávacího problému

Práce se soustředí na jeden z nejvýznamnějších sociálních problémů současné české společnosti, kterým je stigmatizace lidí s duševním onemocněním. Předmětem diskuze je rozsah problému a současná politika jeho řešení. Problematizace tématu je na poli sociologie stále častější, avšak vzhledem k rozsahu sociálního problému stále nedostatečná. Většina prací, napsaných na toto téma, se soustředí na postoje k duševním nemocem z pohledu veřejnosti, tato práce se však zaměřuje na subjektivní pohled pacientů s duševním onemocněním, konkrétně se soustředí na pacienty s diagnózou deprese a úzkostí. Tyto diagnózy byly vybrány proto, že patří mezi jedna z nejčastějších duševních onemocnění, mají podobný průběh a často jsou diagnostikovány současně u jednoho pacienta. Výběr konkrétní diagnózy stojí na předpokladu, že subjektivní vnímání stigmatizace se u různých diagnóz může do velké míry lišit. Cílem práce je prostřednictvím hloubkových rozhovorů s pacienty, trpícími depresí a úzkostmi, definovat klíčové podoby stigmatizace. Dalším cílem práce je popsat, jaké strategie pacienti volí při vyrovnávání se s jednotlivými druhy stigmatizace.

Předpokládané metody zpracování

Hlavní metodou diplomové práce budou hloubkové rozhovory s pacienty, trpícími depresí a úzkostmi. V teoretické části bude definován rozsah problému stigmatizace lidí s duševním onemocněním v rámci české společnosti, spolu s rozбором aktuální destigmatizační politiky a reformy psychiatrické péče. V praktické části budou detailně rozebrány hloubkové rozhovory s lidmi, kteří byli v průběhu života diagnostikováni s depresí a úzkostmi, případně i hospitalizováni. Cílem bude následně vytvořit typologii forem stigmatizace, se kterými se pacient v průběhu boje s nemocí vyrovnává a určit, která je podle něj nejvíce problematická a vyžaduje řešení.

Předběžná struktura práce

Úvod

1. Teoretická část

1.1 Koncept stigmatizace lidí s duševním onemocněním

1.2 Předchozí výzkumy

- 1.3 Rozsah problematiky v současné české společnosti
- 1.4 Současná destigmatizační politika (reforma psychiatrické péče, sociální hnutí)

2. Praktická část

- 2.1 Volba diagnózy
- 2.2 Metodologie
- 2.3 Analýza rozhovorů
- 2.4 Interpretace

Závěr

Orientační seznam literatury

- Becker, H, S. 1966. *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. New York: Free Press.
- Foucault, M. 2000. *Dohlížet a trestat: kniha o zrodu vězení*. Praha: Dauphin.
- GOFFMAN, Erving. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth: Penguin Books, 1978.
- GOFFMAN, Erving. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster, 1986. ISBN 0-671-62244-7.
- WINKLER, P., MLADÁ, K., JANOUŠKOVÁ, M., WEISSOVÁ, A., TUŠKOVÁ, E., CSÉMY, L., EVANS-LACKO, S. *Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2016, 51(9), 1265-1273. ISSN 0933-7954. DOI: 10.1007/s00127-016-1263-y. IF 2.513.
- WINKLER, P., CSÉMY, L., JANOUŠKOVÁ, M., MLADÁ, K., BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., EVANS-LACKO, S. *Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England*. *European Psychiatry*. 2015, 30(6), 801-806. ISSN 0924-9338. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.05.003. IF 3.912.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Profily účastníků rozhovorů (tabulka)

Příloha č.2: Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru