

Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze  
Katedra psychologie

Kamila Jurášková

SUBJEKTIVNĚ VNÍMANÁ STIGMATIZACE  
U OSOB S PSYCHIATRICKOU DIAGNÓZOU

PERCEIVED STIGMATIZATION  
AT PERSONS WITH PSYCHIATRIC DIAGNOSIS

Diplomová práce

vedoucí práce: PhDr. Mabel Rodriguez

2007

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité prameny a literaturu.

V Praze, 15. 7. 2007

*Poděkování:*

*Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Mabel Rodriguez za odborné vedení diplomové práce, podnětné nápady, podporu a trpělivost, PhDr. Evě Dragomirecké za cenné metodologické rady, Janě Podhajské, DiS. za významnou pomoc při oslovování respondentů a dalším, kteří mi poskytli své podněty. V neposlední řadě také klientům – uživatelům služeb, kteří byli ochotni se podělit o své zkušenosti, ale i těm, kteří na toto téma upozornili.*

## SOUHRN:

Práce se zabývá tématem stigmatizace duševních poruch. Hlavním cílem bylo obrátit pozornost k subjektivnímu prožívání a dopadu vnímané stigmatizace, zmapovat obraz této zkušenosti a jeho hlavní témata, tj. zachytit hlavní charakteristiky takto viděné a prožívané zkušenosti. V teoretické rovině shrnuje dosavadní, kusé, převážně zahraniční poznatky, v empirické rovině se snaží zachytit obraz subjektivně vnímané stigmatizace.

Byla použita metoda focus groups. Realizovány byly čtyři skupiny, jichž se účastnilo celkem 23 respondentů, uživatelů služeb zaměřených na podporu těm, kteří byli v minulosti hospitalizováni v důsledku duševní poruchy.

Účastníci se shodovali v existenci předsudků a odlišného zacházení ze strany veřejnosti v důsledku duševní poruchy. To nutně neznamenalo, že je vnímají jako osobně tíživé, ačkoliv ve většině tomu tak bylo. Pokládali za významné, aby se odborníci tomuto tématu více věnovali. Dopad odlišného vnímání duševních poruch viděli v oblasti interpersonálních vztahů a sociální oblasti vůbec, dále popisovali pocity, které se se situací a nutností jí čelit, poji, někteří zmínili i dopad do pracovní oblasti. Identifikovali faktory, které v jejich situaci působily protektivně či podporovaly úspěšné vyrovnávání se s reakcemi spojenými s jejich duševním statutem.

## SUMMARY:

The work deals with the issue of stigmatisation of mental illness. The main aim was turning the attention towards the experience and impact of perceived stigmatization, examining the picture of the subjective experience, and the main subtopics, e.g. the main features of it, as perceived and lived through. Theoretical framework brings summary of current state of knowledge, still patchy, foreign mostly. Empirical part contributes to depiction of the picture of subjective experience of perceived stigmatization.

Focus group methodology was used. Four focus groups were conducted, with a total of 23 participants, users of the specialized services for people with the history of hospitalization caused by mental disorder.

Respondents reported existence of prejudice and different treating by public in consequence of their mental disorder. It does not necessarily meant, they perceived them as personally burdensome, but in most cases they did. They saw an importance of professionals' concern of this issue. Impact of different perception of mental disorders reported in the domain of interpersonal relationships and social domain at all, further they described feelings associated with the situation and necessity of facing it, some of them mentioned impact on the domain of work. They identified factors had protective influence and supported succesful coping with reactions associated with their mental health status.

## Obsah:

Úvod .....	1
<b>Teoretická část</b>	
<b>I. Odborné pojetí a laické koncepce duševní nemoci .....</b>	<b>8</b>
1. Poznámky k odbornému pojetí duševní nemoci .....	8
1.1. <i>Definice duševní poruchy</i> .....	9
1.2. <i>Některé termíny používané v souvislosti s odborným přístupem k duševním poruchám</i> .....	9
2. Laické koncepce duševní nemoci .....	10
2.1. <i>Vzdělanost v otázkách duševního zdraví. Některé z mýtů</i> .....	10
2.2. <i>Termíny používané v běžném jazyce</i> .....	12
2.3. <i>Laické porozumění duševním poruchám</i> .....	13
2.4. <i>„Folková psychiatrie“. Implicitní kategorie duševních nemocí</i> .....	17
2.5. <i>Formování pojmu duševní nemoci</i> .....	19
2.6. <i>Determinanty sociální distance</i> .....	21
2.7. <i>Faktory ovlivňující předsudky stigmatizujících</i> .....	23
<i>Shrnutí</i> .....	26
<b>II. Stigma duševní nemoci .....</b>	<b>28</b>
1. Definice stigmatu .....	29
1.1. <i>Nejčastěji citované definice</i> .....	29
1.2. <i>Nejběžnější sporné otázky v souvislosti s definicemi stigmatu</i> .....	31
1.3. <i>Některé ze současných přístupů k definování pojmu</i> .....	31
2. Typy stigmatu a používané pojmy .....	33
2.1. <i>Public stigma</i> .....	33
2.2. <i>Self-stigma</i> .....	34
2.3. <i>Courtesy stigma</i> .....	35
2.4. <i>Další používané termíny</i> .....	36
3. Vlastnosti a znaky stigmatu .....	37
4. Teorie vysvětlující stigmatizaci .....	41
4.1. <i>Obecné teorie stigmatizace</i> .....	42

4.2. <i>Specifické teorie stigmatizace duševní nemoci</i> .....	45
<i>Shrnutí</i> .....	51
<b>III. Vliv stigmatu na psychiku</b> .....	52
1. Vliv stigmatu na psychiku – oblasti dopadu .....	52
1.1. <i>Všeobecný pohled (jak vypadá subjektivní zkušenost)</i> .....	52
1.2. <i>Reprezentace pojmu duševně nemocný</i> .....	53
1.3. <i>Anticipace stigmatizace/diskriminace</i> .....	54
1.4. <i>Interpersonální vztahy</i> .....	55
1.5. <i>Sebeúcta (self-esteem)</i> .....	56
1.6. <i>Identita</i> .....	56
1.7. <i>Stigma v oblasti práce a uplatnění</i> .....	57
1.8. <i>Snížená spolupráce při léčbě jako důsledek stigmatizace</i> .....	58
1.9. <i>Další důsledky stigmatizace duševní nemoci</i> .....	58
1.10. <i>Sebestigmatizace</i> .....	60
1.11. <i>Rozdíly podle typu potíží</i> .....	61
2. Udávané zdroje stigmatizace .....	61
3. Popsané faktory ovlivňující míru pocíťované stigmatizace .....	63
4. Individuální zacházení se stigmatem .....	63
4.1. <i>Model osobní odpovědi na stigma</i> .....	68
4.2. <i>Compassův model</i> .....	69
4.3. <i>Model odpovědi na stigma obezity</i> .....	71
<i>Shrnutí</i> .....	73
<b>Empirická část</b>	
<b>I. Metodologie</b> .....	76
1. Vývoj výzkumného projektu .....	76
2. Cíle a výzkumné otázky .....	79
3. Metoda Focus groups .....	79
4. Sběr dat .....	82
5. Popis výzkumného vzorku .....	86
6. Zpracování a prezentace dat .....	89
<b>II. Výsledky analýzy dat</b> .....	92

1. Hlavní zjištění – odpovědi na výzkumné otázky .....	92
1.1. <i>Je stigmatizace duševní nemoci pro uživatele služeb tématem aktuálním?</i> .....	92
1.2. <i>Jaký je respondenty pocíťovaný vliv?</i> .....	95
1.3. <i>Jaké vidí respondenti protektivní faktory?</i> .....	101
2. Kvalitativní analýza jednotlivých kategorií .....	103
2.1. <i>Vnímaná stigmatizace</i> .....	104
2.2. <i>Vnímání léčby</i> .....	105
2.3. <i>Veřejnost</i> .....	107
2.4. <i>Pocity spojené se zacházením, léčbou, stavem – udané</i> .....	108
2.5. <i>Pocity spojené se zacházením, léčbou, stavem – odvozené z výpovědí</i> .....	110
2.6. <i>Změny v důsledku situace</i> .....	110
2.7. <i>Co pomáhá</i> .....	111
2.8. <i>Tvrzení týkající se nemoci či poruchy</i> .....	113
2.9. <i>Sociální kontext (sociální osa)</i> .....	114
<b>Diskuze</b> .....	119
<b>Závěr</b> .....	123
<b>Literatura</b> .....	126
<b>Přílohy</b>	
Příloha 1: Tabulky – Dodatky .....	133
Příloha 2: Interview Guide – původní verze .....	135
Příloha 3: Interview Guide – provedené úpravy .....	137
Příloha 4: Přehled zjištěných metod vyvinutých a použitých k zachycení subjektivně vnímané stigmatizace duševní nemoci .....	138
V digitální podobě (CD):	
Příloha 5: Přepis rozhovorů – výpovědi připravené ke kódování	
Příloha 6: Kopie prohlášení o mlčenlivosti I	
Příloha 7: Kopie prohlášení o mlčenlivosti II	



## Úvod

### i. Úvod

Tato práce si klade za cíl přispět k tématu stigmatizace duševní nemoci. Ačkoliv doba i společnost udělaly nepochybně značné kroky dopředu a starat se o svou duševní rovnováhu či zdraví, není v mnoha prostředích ničím neobvyklým, zdá se, jako by sféra psychiatrie k této oblasti péče ani k příliš přijímané podobě nepatřila. Termín „stigmatizace“ se používá, ačkoliv bohužel není jednoznačně definován, což ostatně bude mít čtenář možnost dále poznat.

Tato označení odkazují k tomu, jak jsou klienti zařízení poskytujících péči v oblasti duševního zdraví vnímáni, ale i to, jak tuto skutečnost vnímají sami oni. Dokonce i zařízení a péče v nich poskytovaná bývají opředeny nejrůznějšími mýty.

Související postoje a představy dobře známe a ačkoliv bychom to možná nebyli ochotni přiznat. A ačkoliv je navenek můžeme umět docela dovedně ukrýt, jsou i v každém z nás hluboce zakořeněny. Vždyť již děti v poměrně raném věku si dovedou hrát „na blázny“, kdy se chovají nelogicky, zmateně, „bláznivě“. Později se setkají s poněkud dramatictějším podáním obrazu duševní nemoci v mediálním pojetí – zprávách, filmech. Představa jakéhosi „společenského konceptu duševní nemoci“ může být dramatická, fantastická, přehnaná, či naopak odkazovat ke spojení šílenství s genialitou. Může mít trochu nezřetelné hranice a i v důsledku toho žít svým vlastním životem.

I v této situaci jsou klienti. Ti, kteří také v této společnosti vyrůstali, přejímali stejné všeobecné představy a postoje, jsou jednoho dne nuceni vyhledat pomoc právě tohoto druhu. Jsou nuceni se přiřadit do pomyslné škatulky „těch lidí“ a je na nich, jak se s tím vyrovnají. Jisté je, že pokud se o tomto faktu jejich okolí dozví, budou mít co vysvětlovat. Pokud ovšem budou mít příležitost. Budou nuceni se vypořádat s reakcemi svého okolí, ať už doma, v rodině, v práci, obhajovat své schopnosti a dovednosti.

Je namístě se také zamyslet nad rolí odborníka v tomto procesu (psychologa, psychiatra, terapeuta). Na jedné straně je pomáhajícím profesionálem, nabízejícím pomoc, úlevu, vyřešení problémů či kvalitnější život, na straně druhé je zprostředkovaným nositelem tohoto břemene – bez jeho pomoci (příp. léčby, terapie) by nebylo problému s reakcemi okolí – vlastně jednu úlevu přináší a zároveň

problém, i když jiného druhu, vyrábí. Pochopitelně se postoje k těmto odborníkům mění a tento typ péče se stává běžnějším, nicméně stále jsou zde zařízení, která jsou laickou veřejností přijímána řekněme s rozpaky.

V centru pozornosti této práce je především klient čelící stigmatizaci v důsledku vyhledání péče v oblasti duševního zdraví. Je to právě tento klient, který nese vlastní kůži na trh, setkává se s různými reakcemi a postoji. A je nucen se s touto situací nějak vypořádat.

## ii. Proč stigma studovat

Stigmatizace a s ní spojené dopady, jako je vina či sociální vyloučení, odlišují problémy s duševním zdravím od většiny somatických zdravotních problémů (McDaid, 2003).

Stigma významně zasahuje oblast *sociální* – jako odmítání, vyhýbání se, ztráta přátel, osobám může být doporučováno *snížit svá očekávání* od života, *znevýhodnění* se projevuje ve škole, práci či bydlení (Wahl, 1999, 2004, Pinfold a kol., 2003).

Vytváří *změny v identitě* a mění způsob, jak jsou tito lidé druhými vnímáni (Scheffer, 2003).

Zasahuje do dalšího *vzdělávání* (nebo pokračování v něm) či *zaměstnání* (Wahl, 1999, 2004, Beatty, 2001, Stuart, 2003b, McDaid, 2003, Scheffer, 2003). Diskriminace byla popsána i v oblasti *bydlení* (Hocking, 2003) nebo v systému justice a vězeňství (McDaid, 2003, Pinfold a kol., 2003).

Stigma se odráží v termínech používaných v *jazyce*, zprávách prezentovaných v masových médiích (Wahl, 1999, 2004, Pinfold a kol., 2003, Stuart, 2003a).

Negativně vstupuje do procesu uzdravování, odrazuje od vyhledávání *léčby* (Halter, 2003, Wahl, 1999, 2004, Mann, Himelein, 2004, Praško, 2001, Hocking, 2003, Scheffer, 2003, Watson, Corrigan, 2005).

Stigma ovlivňuje léčbu. Významným způsobem, jakým je přístup k ní blokován, je obava lidí, že budou identifikováni a označeni jako ti, jež mají stigmatizovaný stav (duševní nemoc). Následuje tedy odkládání nebo vyhýbání se vyhledání pomoci. Druhým způsobem, jakým stigma zasahuje do procesu pomoci či léčby, je vytváření nežádoucích podmínek v léčebném procesu (charakteru a průběhu léčby). Vyhledání pomoci se stává daleko méně žádoucí než by bylo za jiných podmínek. Třetím způsobem může být pouhé rozpoznání nemoci jako stigmatizované a dostávající

méně pozornosti – ve výzkumu či financování (Link, Phelan, 2001a). V důsledku těchto podmínek je využívání služeb lidmi s problémy v oblasti duševního zdraví nízké, i za podmínek, že jsou tato zařízení široce dostupná (McDaid, 2003). Stigma také ovlivňuje adherenci k léčebnému procesu (dodržování léčebných podmínek, režimu, užívání léků) (Sirey a kol., 2001a, 2001b).

Stigma má svůj dopad i do politiky – věci veřejných – například při rozdělování financí na léčbu a podporu, oprávněnost sociální asistence, nebo vliv na názor na právo odmítnout léčbu. Na úrovni komunity může ovlivnit organizace poskytující sociální (sociálně zdravotní) služby, zaměstnavatele, poskytovatele péče nebo školy (Scheffer, 2003, Pinfold a kol., 2003).

Stigmatizace často *ústí v diskriminaci* – její následky, jako například předsudky, vedou k diskriminaci vůči *jednotlivcům*, jejich *rodinám*, těm, kteří se *starají* (rodiny, profesionálové, instituce), a to jak *doma*, *v práci*, *komunitě* (společenském okolí), *ve zdravotní a sociální péči*, *výzkumu*, *v právní oblasti*, *finančních službách*, *veřejné politice*, *médiích* (WHO-WPA, 2002).

### iii. Cíle

Cílem práce je přispět ke studiu stigmatizace duševní nemoci, a to s ohledem na perspektivu těch, kteří ji zakoušejí, čili klientů a uživatelů péče v oblasti duševního zdraví. A to jak na úrovni teoretické – přinést převážně zahraniční poznatky, dosavadní kusé a útržkovité informace do jednoho pokud možno uceleného textu (a to s ohledem na jejich využitelnost při práci s klienty); tak na úrovni empirické – v literatuře popisovaná fakta ověřit a přinést základní obraz zkušenosti klientů v našem sociokulturním prostředí.

### iv. Výzkumné otázky

Výzkum byl veden následujícími otázkami:

1. Je stigmatizace duševní nemoci pro uživatele služeb tématem aktuálním?

- je vnímána klienty? Vnímají ji jako významnou?

2. Jaký je jimi pocíťovaný vliv a dopad pocíťované stigmatizace?

- jak vnímají dopad? Jaké jsou oblasti, kde ji vnímají, jakou má podobu? Odpovídá obraz subjektivně zakoušené zkušenosti se stigmatizací v důsledku duševních poruch (v našem prostředí) popisům

v literatuře?

3. Jaké sami uživatelé péče vidí protektivní faktory a pomáhající strategie?  
- co jim pomáhá?

#### v. *Použité metody*

Ke zmapování tématu byla použita metoda Focus groups (fokusových skupin, ohniskových skupin). Jde o jednu z metod kvalitativního výzkumu.

#### vi. *Používané termíny*

Čtenář bude mít možnost si všimnout, že samotný termín *stigma* představuje poměrně nejasný koncept. Detailnější poznámky na toto téma lze nalézt dále v textu, nicméně k rychlému porozumění by mohla posloužit alespoň prozatímní definice *stigmatizace* duševní nemoci jako sociálního procesu nebo s ním související osobní zkušenosti, charakterizované vyloučením, odmítáním, vinou nebo znevažováním, které plynou z různých sociálních soudů o osobě nebo skupině (Weiss, Ramakrishna, 2001). Je přejímáno více způsobů definování, tento byl zde zvolen pro svou stručnost a současné zachycení nejdůležitější charakteristik.

V textu lze nalézt kromě překladů i některé *původní* anglické *termíny*. Děje se tak z několika důvodů. V některých případech jde o zaužívaný úzus, jsou běžně používány. Jindy jsou předložena původní označení, v závorce s českými ekvivalenty. K této variantě bylo přistoupeno, když byl překlad nepřesný či obtížně srozumitelný. Otrocké převedení do češtiny by mohlo znamenat posun významu, sníženou srozumitelnost, riziko nepřesnosti, či bylo příliš dlouhé. Doufám, že vzhledem k vzdělání čtenářů, množství anglikanismů v běžné řeči i odborném jazyce, to nebude činit obtíže při porozumění a plynulosti četby textu.

Zejména v novějších textech se lze také se specifickým označováním osob ve vztahu k diagnózám. Dává se přednost označením „člověk s duševní poruchou“, „člověk s depresí“ (namísto dříve běžnějšího člověk depresivní, např.), i když jsou tato vyjádření delší. Tento trend směřuje ke zdůraznění jedinečnosti a lidskosti člověka jako takového a staví se proti odosobnění a ztotožňování člověka s psychiatrickou (případně jinou) diagnózou – což je jev vídaný zejména ve zdravotnickém prostředí. Tato tendence by měla být i zde respektována.

Zejména z překladů anglosaských spojení vznikla označení *profesionálové*

v oblasti duševního zdraví a péče v oblasti duševního zdraví. Oblastí duševního zdraví je zde myšleno prostředí převážně psychiatrické, ale také navazující služby.

Obdobně vznikl i termín *uživatel péče*, začínající se prosazovat i u nás. Označuje klienty, pacienty, ale i osoby využívající následnou péči a navazující služby.

#### vii. *Předpoklady*

Text práce pracuje s následujícími předpoklady:

- stigma a jiné psychologické termíny mohou být zachyceny a popsány;
- dříve publikovaný výzkum, na kterém je práce založena, byl proveden kvalitně, spolehlivě, podle příslušných parametrů vědeckých metod a způsobem, jak je o nich referováno;
- respondenti odpovídali pravdivě a o jejich výpovědi se lze opřít;
- způsob výběru klientů (ochota účastnit se) neovlivní zásadně získaná data;
- termíny používané v jazyce různými osobami si navzájem přinejmenším určitou měrou odpovídají.

#### viii. *Omezení*

Zkoumané jevy a jejich dopady jsou *velmi subjektivní*, zachytit tak jemné popisy předpokládá jejich postižitelnost v jazyce i schopnost toto jazykovými prostředky vyjádřit, převést do slov pocity, představy, obavy, očekávání; a to v situaci ztížených životních okolností. Stanovený cíl snad není tak nedostižný. Lze se snad opřít o důvěru ve specifické metody, již prověřené a popsané.

Získaná data budou ovlivněna výběrem a sestavením *vzorku*, který je nutno postavit realisticky, což někdy znamená zaplatit daň opuštění některých kritérií, aby mohla studie vůbec proběhnout. Určitá kritéria byla brána v úvahu jako významná, protože již byl popisován v literatuře jejich vliv. Zde bylo nutno se s důvěrou spolehnout, že v předchozích studiích nebyla žádná zásadní opomenuta.

I přes zájem výzkumníků existují ještě oblasti stále málo popsané, s informacemi kusými i mezerami. Což ostatně platí i pro vývoj metod v této oblasti. V podstatě tedy jde o pilotní studii, a z podstaty metody získaná data *nelze generalizovat*.

Poznat základy v tomto případě také znamená opustit kreativnější přístup s využitím méně obvyklých výzkumných metod (např. projev v kresbách, asociačně pojaté experimenty, lexikální studie...), nepochybně nesmírně zajímavých.

### ix. Předpokládaný přínos

Některé aspekty stigmatizace již byly zkoumány. Jiným nebyla věnována pozornost v tak velké míře. K nim patří i efekt pocíťované stigmatizace na ty, jež jsou nuceni jí čelit. Sem směřuje i pozornost této práce.

Obrat pozornosti profesionálů v oblasti duševního zdraví od zabývání se postoji veřejnosti směrem ke klientům a uživatelům péče vyžaduje i určité teoretické a empirické zázemí. Získané poznatky pak mohou být znovu přesměrovány k uživatelům s cílem vyzbrojit je jak poznatky, tak příslušnými dovednostmi zvládnání situací, ve kterých se mohou ocitnout.

Popsán je i jeden z nežádoucích vlivů stigmatizace, a to je zneschopňování klientů, jejich navazování na další a další péči a uzavírání kruhu, ze kterého je obtížné se vymanit. Domnívám se, že by se před ním měli mít příslušní profesionálové na pozoru a proti takovému efektu rychle a účinně zasahovat. Což ovšem předpokládá, že k tomu budou mít potřebné znalosti a dovednosti.

Práce si tedy klade za cíl *nastínit současné poznatky o stigmatizaci duševních poruch, a popsat tento fenomén i z hlediska klientů (uživatelů), a to s ohledem na další využití těchto poznatků*. V empirické části jde o zachycení subjektivní zkušenosti, její popis, vnímané složky a vlivy. Za užitečné by bylo pokládáno, pokud by práce mohla poskytnout více možností odborníkům pro zacházení s tímto tématem (teoretická část), i postavit základ pro další výzkum stigmatizace s ohledem na perspektivu klientů (empirická část).

Navíc v průběhu realizace studie bylo nutno se vypořádat s nedostatkem již vytvořených metod, specifických pro oblast duševních poruch. Takto realizovaný výzkum by snad mohl poskytnout i dostatek informací pro jejich kvalitní sestavení, což se může zúročit při navazujících studiích.

### x. K členění práce

Celá práce je vedena perspektivou subjektivních dopadů stigmatizace, proto neobsahuje vyčerpávající obraz stigmatizace ve smyslu postojů veřejnosti k duševně nemocným a duševním poruchám obecně. Čtenář má možnost získat i pro tuto perspektivu nejdůležitější fakta, základní orientaci (a to zejména tehdy, pokud mají význam pro pochopení a zacházení se subjektivně vnímaným stigmatem).

V teoretické části lze nalézt poznatky k danému tématu ve třech oddílech. První část se zabývá prostředím, ve které ke stigmatizaci dochází – sociálním kontextem – vztahem a postoji veřejnosti, laickými koncepcemi, atd. – vztahem veřejnost versus duševní nemoc. Jde o základní půdu, na které se pohybujeme. Profesionálové v oblasti duševního zdraví a péče o něj v zajetí odborných koncepcí, klienti s laickými představami. Což může být někdy i zdrojem drobných nedorozumění mezi nimi. Tato část stigmatizace byla poměrně dobře popsána, vzhledem k rozsahu práce i zaměření je proto prezentován jen výběr z dostupných pramenů.

Druhá část představuje přiblížení k tématu na rovině teoretické – definování, základní koncepce, teorie. Jde o oblast, která bývá ve výzkumech na toto téma překvapivě často opomíjena.

Třetí oddíl se snaží přinést dostupné poznatky na téma tzv. self-stigmatu, čili stigmatizace z perspektivy člověka, který je jí přímo dotčen. Tato perspektiva byla dosud studována v menší míře než by bylo žádoucí. Čtenář zde nalezne souhrn většiny v této době dosažitelných informací.

Empirickou část práce tvoří kvalitativní výzkum. Má představovat příspěvek ke studiu jevu, zachycuje jej v našich podmínkách.

Téma tzv. „self-stigmatu“ je v dostupné literatuře popsáno v malé míře, výzkumné studie jsou málo četné, zaměřené na specifické oblasti (zejména vztah stigma – adherence k medikamentózní léčbě). Práce by mohla přispět k souhrnnějšímu a celistvějšímu obrazu vnímání subjektivního dopadu stigmatizace duševní nemoci, vyvažujícímu a doplňujícímu poněkud kusé dosavadní poznatky. Cílem bylo získat obraz, jak vypadá zkušenost s vyhledáním psychiatrické či psychologické pomoci, která mohla ve svém důsledku vyvolávat příslušné postoje u okolí, mimo jiné také ověřit užitečnost konceptu stigmatizace, ověřit poznatky a závěry udávané v literatuře, a v neposlední řadě popsat situaci relevantní pro specifika českého prostředí.

## **TEORETICKÁ ČÁST**





## I. Odborné pojetí a laické koncepte duševní nemoci

---

Ještě než se bude probírána stigmatizace duševních poruch jako taková, je vhodné obrátit pozornost k důležité věci – a to je prostředí, na kterém stojí, „prostor“ kde se odehrává. Pokud se budeme bavit o stigmatizaci duševní nemoci, je nutno vzít v úvahu samotnou představu duševní nemoci – jde o souběžnou existenci *dvou systémů*, nejen jazykových (současně také odrážejících své implicitní předpoklady, názory, postoje atd.) – laický a odborný přístup. Jde o diametrálně odlišné světy, které spolu koexistují, prolínají se i ovlivňují. Ale také představují pole, ve kterém se stigmatizace může odehrávat. Zde se odehrává komunikace s klientem, pacientem či uživatelem péče, kdy na jedné straně stojí profesionál se svou odbornou koncepcí a na straně druhé klient s laickými představami (navíc mnohdy používající stejná slova).

Tyto dva systémy nejsou izolované. Laické implicitní koncepte jsou předávány v rámci jazyka a socializace. Jsou proto často hluboce zakořeněny. I odborníkům jsou přístupny, odborné vzdělávání nastupuje až dlouho poté, co si je osvojil, a jedním ze znaků je, že nemusí být přímo uvědomovány.

Nejde však jen o přiblížení těchto dvou přístupů, v následujících řádcích se pod hlavičkou laických koncepcí a přístupů objevují i některé ze stránek stigmatizace - postoje k duševní nemoci, duševně nemocným, nejrozšířenější stereotypy, čili stigmatizace z perspektivy laické veřejnosti (označováno jako „public stigma“).

### 1. Poznámky k odbornému pojetí duševní nemoci

U čtenářů, kterým je tento text určen, se předpokládá hluboká orientace a znalost odborného přístupu a klasifikací duševních poruch. Nebudu tedy zatěžovat jejich přepisováním, případně odkazuji na příslušnou literaturu, která je široce dostupná.

V následujících řádcích se významnou jeví ukázka základních odlišností mezi dvěma systémy (dvěma pojetími) – odborným a laickým. Jako základní budou uvedeny ilustrace k rozdílům ve dvou zásadních aspektech:

1. *jiný jazyk* (a s ním související implicitní asociace a podtexty) a
2. *odlišné pojetí normality*. Normalita je určena v těchto konceptech jako

doplňek poruchy (nemoci), kdy se vymezení poruchy liší.

Následuje ilustrace definování normality a používaných termínů v odborných koncepcích. Odborný přístup typicky nedefinuje normalitu, ale duševní poruchu (normalita se pak stává tím, co není poruchou):

### 1.1. Definice duševní poruchy

*Duševní porucha* je (například) definována jako „klinicky signifikantní psychický nebo behaviorální syndrom či projev, který se u jedince vyskytuje, a je typicky spojen buď se subjektivně nepříjemnými znaky (nepohodou), nebo se zhoršením v jedné nebo více důležitých oblastech fungování. Navíc se usuzuje, že dochází k dysfunkcím v oblastech behaviorální, psychické nebo biologické a že se nejedná pouze o poruchu vztahů mezi jedincem a okolím. Koncepce „poruchy“ předpokládá též určitou hierarchii úrovní (hladin) projevů a stavby diagnostických a teoretických závěrů“ (Smolík, 1996, str. 29).

### 1.2. Některé termíny používané v souvislosti s odborným přístupem k duševním poruchám

<b>Znak</b>	Objektivní manifestace patologického stavu. Lze jej objektivně pozorovat, není sdělován vyšetřovaným
<b>Příznak (symptom)</b>	Subjektivní manifestace patologického stavu. Může být obsažen ve výpovědi, i překrývat se se „znakem“ (např. strach)
<b>Dysfunkce</b>	Všeobecný termín pro obtížnou nebo abnormální funkci
<b>Stav</b>	Všeobecný termín pro současný stav znaků a příznaků pacienta
<b>Rys</b>	Všeobecný termín pro trvalou charakteristiku
<b>Syndrom</b>	Skupina znaků a příznaků vyskytujících se společně v určitých projevech (např. demence)
<b>Epizoda</b>	Syndrom definovaný v čase
<b>Porucha</b>	Podobná symptomu, pravděpodobněji lépe vydělitelná od ostatních stavů a pravděpodobně reprezentující nemoc
<b>Nemoc</b>	Syndrom se známou příčinou, průběhem nebo patofyziologickým mechanismem

**Tab. 1:** *Psychopatologické a nozologické termíny, hierarchie* (podle Smolíka, 1996).

Zatímco v laických koncepcích se běžně používá označení *nemoc*, v českém

překlada MKN-10 je používán výhradně pojem **porucha** a to především z důvodu omezení problémů s terminologií. Označuje „klinicky rozpoznatelný soubor příznaků nebo chování“ většinou spojený s pocitem tísně či narušení funkce (podle MKN-10, 2000, str. 20).

## 2. Laické koncepte duševní nemoci

Tato kapitola podává dostupná fakta o laických konceptech duševních poruch. Vzpomínané odlišnosti v jazyce lze nalézt zejména v kapitole 2.2. a tab. 2. Laické způsoby definování normality (či duševní poruchy) se pokouší vysvětlit více autorů různými přístupy. Identifikací toho, co je označeno za duševní poruchu, se zabývají zejména kapitoly 2.3. a 2.5.

Definice normality je významným aspektem stigmatizace. Normalita je v laickém pojetí je definována *velmi široce* a mnohé z „normálního“ chování je v odborném přístupu definováno jako projev psychopatologie, či je mu přidělena některá z diagnóz. Jedním z důsledků je, že laik má představu o duševních nemocech odlišnou a v běžném kontaktu se svým okolím duševní poruchy běžně nerozpoznává. Má pocit, že jde o případy vzácné a extrémní. K nim následně zaujímá extrémní postoje a emoce, případně i chování.

### 2.1. Vzdělanost v otázkách duševního zdraví. Některé z mýtů

Jorm s kolegy v roce 1997 představili pojem „mental health literacy“ – **vzdělanost v oblasti duševního zdraví** – definovali jej jako znalosti a domněnky o duševních poruchách, které se uplatňují při jejich rozpoznání, zacházení s nimi a prevenci. Má několik komponent:

- schopnost *rozpoznat specifické poruchy* nebo různé typy psychické nepohody;
- znalosti a domněnky o *rizikových faktorech a příčinách*;
- znalosti a domněnky o pomáhajících profesích a možnosti vlastní pomoci (*hledání pomoci*);
- znalosti a domněnky o dostupné *profesionální péči*;
- postoje, které *facilitují rozpoznání vhodného hledání pomoci*;
- znalost toho, jak *hledat informace* o duševním zdraví (Jorm a kol., 1997, Jorm, 2000) .

Většina laiků nedokáže přesně rozpoznat duševní poruchy a nerozumí významům psychiatrických termínů (nemá schopnost správně uchopit a použít psychiatrický termín či dostatek znalostí symptomatologie). To může zapříčinit problémy v komunikaci s lékaři (Jorm, 2000).

Co se týče znalostí o tom, jak vyhledat informace o duševním zdraví, za důležitý zdroj jsou pokládány osobní zkušenosti a příběhy z rodiny a od přátel. Dále zprávy z časopisů, televize, filmy, ačkoliv mají média tendenci zabývat se negativními aspekty. Zdroje ve formě knih, knihoven, internetu a studijních kurzů jsou považovány za méně významné. Za účinné svépomocné intervence je pokládáno vyhledání podpory u rodinných příslušníků a přátel, účast v aktivitách přinášejících radost, vyhledávání nových aktivit a fyzické cvičení (Jorm, 2000).

Mezi lidmi je rozšířeno mnoho mýtů a domněnek a představ o duševních nemocech. Některé se vztahují k obecnému konceptu „bláznovství“ („bláznivosti“), jiné jsou ovlivněny odbornými přístupy a směřují přímo k určitým poruchám. Z hlediska zasažených osob k nejvíce zraňujícím mýtům (zde týkajícím se schizofrenie) patří:

- lidé se schizofrenií jsou násilničtí;
- lidé se schizofrenií jsou líní a nezodpovědní;
- schizofrenie je charakterová vada či povahová slabost;
- schizofrenie je zapříčiněna špatnou rodičovskou péčí;
- schizofrenie znamená rozdvojenou osobnost (podle Schizophrenia Society of Ontario, 2005).

Obdobná tvrzení by se daly identifikovat i pro jiné poruchy, či osoby, které přišly do kontaktu s psychiatrií (např. se zde objevuje koncept nebezpečnosti a nepředvídatelnosti). Světová zdravotnická organizace mezi nejrozšířenějšími uvádí:

- lidé s duševní nemocí jsou násilničtí a nebezpeční;
- lidé s duševními problémy jsou slabí a méně inteligentní;
- duševní problémy jsou působeny osobní slabostí;
- duševní nemoc nelze léčit (WHO, 2005).

Tyto stereotypy často navazují na představy o nebezpečnosti a nepředvídatelnosti jako dominujících charakteristik konceptu duševní nemoci. Představují odraz laických koncepcí více než skutečnosti a je zřejmé, že působí i na uživatele péče, kteří

si jich bývají vědomi a v interpersonálním kontaktu je nezdá se očekávají.

## 2.2. Termíny používané v běžném jazyce

<b>Blázen</b>	Nejobecnější laické pojmenování. Označuje řadu duševních poruch, často odkazuje k mentální deficienci. Vyskytuje se ve třech formách – <i>zuřivý</i> , <i>tichý</i> , <i>veselý</i> – podle psychomotorických a behaviorálních projevů, v úvahu se bere i únosnost, případně nebezpečnost pro okolí.		
	<i>zuřivý blázen</i>	dlouhodobě nebo periodicky se vyskytuje agresivita – nepochopitelná, bez vnějšího podnětu nebo neadekvátní. Vystupňování označováno jako <b>šilenství</b>	
	<i>tichý blázen (smutný blázen)</i>	psychomotorický projev na spodní hranici normy nebo utlumený, musí být nápadný nejen formou ale také dobou trvání; považován za lehčí případ než zuřivý blázen	
	<i>veselý blázen</i>	chorobnost tohoto stavu je brána s rezervou, zpravidla při vystupňování příznaků	
<b>Blouznění</b>	Je zřejmá souvislost mezi duševní poruchou a somatickým onemocněním, trvá obvykle zcela krátce		
<b>Podivín</b>	Pokrývá psychiatrickou oblast psychóz, příznaky nejsou vystupňovány natolik, aby dosáhly intenzity „blázna“; představa blízká skupině tichých bláznů, někdy včetně paranoidních příznaků		
Náhle vystupňování psychopatologických poruch, zpravidla krátké trvání	<b>Vyšinutí</b>	Přechodná a krátkodobá porucha, víceméně zřejmý vztah mezi vyvolající příčinou a vzniklou duševní poruchou, možná lokalizace do srdce nebo mozku („šlo mu to na mozek“)	Pro pozorovatele nepochopitelné chování, zmatenost, „mluví z cesty“, je „bez sebe“. „ <i>Být bez sebe</i> “ původně označovalo stav bezvědomí, odraz představy, že duše opouští tělo, může být vyměněna či nahrazena démonickým činitelem – dnes obraz pro poruchy, kdy není možno navázat kontakt
	<b>Pominutí</b>	Méně ohraničený obsah, náhle vzniklé poruchy bez příčiny, obvykle s předpokládanou špatnou prognózou („minul se rozumem“, „kleplo ho“, „trefil ho šlak“)	
<b>Duševně chorý</b> (duševně nemocný) - není používán jako nadřazený pojem, ale označuje závažné a extrémní psychické poruchy			

**Tab. 2:** Laické třídění duševních poruch. Pojmy používané k označování různých duševních stavů a poruch v běžném jazyce (Janík, 1987).

V osmdesátých letech provedl Janík (1987) studii, jejíž jedinečnost spočívá zejména v tom, že se zabývala specifiky českého jazyka a odrazem laického přístupu k duševním nemocem v něm. Ačkoliv je již staršího data, nezdá se, že by byla dosud překonána, a i přes dnes již zřejmě omezenou platnost může poskytnout notnou dávku inspirace i vodítka pro klinickou praxi v komunikaci profesionálů v oblasti duševního

zdraví se samotnými uživateli péče. Také je jedním z konkrétních upozornění na významové odlišnosti termínů a představ z perspektivy odborného a laického jazyka.

Tabulka (Tab. 2) zachycuje konotace některých prostředků používaných v běžném jazyce a specifické významové rozdíly.

*Stereotyp „blázna“* - ve smyslu člověka s duševní poruchou – se pojí s adjektivy jako *nevypočitatelný, nespolehlivý, iracionální a nebezpečný* (Chromý, 2002). Dá se také říci, že duševně nemocní jsou z pohledu laiků „vždy jiní“ („oni“). A to v některých případech až takovou měrou, že nejsou vnímáni jako tak zcela lidé. Pro tento jev je typické rozlišování „my“ a „oni“, což ovšem může fungovat i obráceně, ze strany těch, kteří jsou nositeli stavu (Eikermann, 1999).

V středoevropském sociokulturním prostředí lze navíc vysledovat dichotomii rozlišující

- „**nervové zhroucení**“ založené na traumatizaci, stresu či fyzickém stavu, považované za relativně benigní, podléhající relativně nízké míře stigmatizace; a
- „**pravé šílenství**“, které je relativně trvalé, odkazuje k poškozenému mozku, je výrazně stigmatizováno.

Jednotlivé charakteristiky jsou navzájem svázané a jedna evokuje následující (Chromý, 2002).

### 2.3. Laické porozumění duševním poruchám

Laický obraz duševních poruch není přesně ohraničen, jen těžce lze hovořit o modelu. Nepředstavuje propracovaný, podle jednotlivých zásad utříděný vědecký model, ale eklektický, rozporný, karikující tvar. V těchto představách se prolíná tradiční s odborným, pověřivé přístupy s empirickými poznatky, domnělé se skutečným (Janík, 1987). Jedná se o obraz veskrze negativní, jeho stavba přetrvává generace a je málo ovlivněna edukačními kampaněmi (Chromý, 2002). „**Obraz duševně nemocného**“ je vybudován na základě mnoha dílčích pozorování a postřehů, ale je *relativně stálý* a *málo flexibilní*, odolný vůči modifikujícím situačním vlivům. Dá se charakterizovat jako „multidimenzionální komplex vzájemně propojených hledisek, příčin, projevů, sociálních interakcí, ale i svérázných terapeutických

a prognostických úvah“ (Janík, 1987, str. 71).

Existence tohoto obrazu a jeho charakter má podstatný dopad. Vytváří se výrazný rozdíl v rozpoznávání duševní nemoci laikem a odborníkem. Laikovi slouží stereotyp jako „diagnostické kritérium“, což způsobuje, že rozeznává duševní poruchu ve svém okolí velmi zřídka (Chromý, 2002).

#### *Laické rozpoznávání duševních nemocí*

Běžně používaným a domněle určujícím kritériem používaným laiky je již **vzhled**. Na prvním místě jsou pokládány za určující **oči**, dále **výraz**, výrazové projevy a psychomotorika. Výraz může být nepřítomný, křečovitý, strnulý, apod. – je spojován s narušením osobnosti jako základem těchto projevů. Dále se sem dá řadit „šílený smích“ nebo neutišitelný pláč. Posuzuje se i **řeč** jako odraz poruch myšlení – její souvislost, logika, přiléhavost, hlasitost, **pohyby**, **chování** a **jednání**. Velký význam má **věrohodnost smyslového vnímání** – kvalitativní poruchy vnímání – iluze, halucinace, i kvantitativní poruchy (Janík, 1987).

#### *Ke studiu laického porozumění duševním poruchám*

Při studiu laického chápání psychologickým abnormalitám převládají tři přístupy – etnopsychiatrický, sociologický a atribuční.

*Etnografické studie* přiblížily různé projevy psychiatrických fenoménů ve světě, zmapovaly praktiky uzdravování, které jsou v určitých kulturách používány k vyrovnávání se s těmito fenomény.

*Sociologický* a *etnografický přístup* představují jinou tradici. Zaměřují se na přehledy domněnek a představ ve společnosti a postojů k duševním poruchám.

*Psychologové* pracující na základě atribuční teorie vytvořili směr, který zkoumá laické představy o příčinách duševních poruch (Haslam, 2003).

Tyto tři přístupy představují komplementární pohledy a mají své přednosti i omezení. Etnografické studie poskytují bohatý kvalitní popis, zachycují míru a šíří kulturních odlišností, naopak problematicky vyznívá snaha o všeobecný závěr či systematický kros-kulturální srovnávání. Sociologické přehledy dovolují precizní zachycení průřezů laických koncepcí, srovnání různých míst a historických/ časových období, proměnu v kulturách, ale hodnocení laického chápání jako souborů deklarativních prohlášení o poruchách postrádá psychologickou hloubku. Atribuční



teorie (jako reprezentant psychologického přístupu) chápe laické představy o psychiatrických fenoménech systematictěji a méně normativně, ale také představuje ochuzený model laických vysvětlení. To, jak lidé vysvětlují a interpretují sociální chování, pak může být významně redukováno (např. a pojmy kontrolovatelnosti, otázky příčin) (Haslam, 2003).

#### *Haslamův model laického rozpoznávání duševních poruch*

Tento model je reprezentantem pokusu, jak postihnout, které chování je označeno za duševní nemoc/poruchu. Nezabývá se prostým popisem viditelných znaků či chování, ale kategorizací konkrétních behaviorálních projevů a bere v úvahu určité kognitivní procesy. Takovýchto pokusů není mnoho, proto jsou ceněny i ty spíše teoretické.

Haslam (2003) se domnívá, že laikové rozpoznávají psychiatrické fenomény podle čtyř základních dimenzí:

**I. patologizování** – je první dimenzí, podle které je chování posuzováno; tato dimenze je založena na tvrzení (příp. představě) o míře, do které je určitá forma chování nebo zkušenosti odchylná, deviantní nebo abnormální (např. „toto chování není obvyklé“).

Tři zbývající dimenze představují vysvětlovací rámec „hádanky“, čím je tato odlišnost způsobena. Čili, když je chování posouzeno jako abnormální, nastupuje posouzení podle tří následujících dimenzí, které by mohly poskytnout vodítko k jeho vysvětlení:

**II. moralizování** – tato dimenze odráží stupeň, do kterého je odlišné chování nebo zkušenost posuzována jako pod intencionální kontrolou (záměrnost chování, úmysl), vysvětlitelná v termínech folkové psychologie a to odkazem na domněnky a přání. Na této dimenzi je tedy abnormalita interpretována jako perverzita, špatný charakter, nedostatečné sebeovládání nebo zkaženost (např. „je opilý“, „neumí se ovládat a slušně chovat“);

**III. medikalizování** – naopak, v kontrastu k předchozí dimenzi, medikalizování představuje připisování abnormality somatickým vadám nebo nedostatkům, chápaným jako příčinné prvky, čili vysvětlení je hledáno v somatickém stavu, nemocech, fyzických omezeních, které jej způsobily (např. „upadl kvůli epileptickému záchvatu“);

**IV. psychologizování** – zahrnuje vysvětlování s odkazem na psychické příčiny, k vysvětlení jsou využity poznatky a představy o psychických funkcích a mechanismech (např. „mluví sám se sebou, protože se zbláznil“, „křičí, protože je hysterická“) (Haslam, 2003).

Haslam svůj model propracoval poměrně podrobně. Dimenze *patologizování* reprezentuje předpoklad, že určité chování nebo zkušenost nemůže být posouzeno jako duševní choroba pokud není posouzeno jako deviantní nebo abnormální, čili jako porušení normativních očekávání. Dimenze je komplexní, obsahuje čtyři primární komponenty:

- *vzácnost* – posouzení menší obvyklosti chování, posouzení zde je založeno na obtížnosti uvědomit si podobné fenomény (chování, které se liší od známého);
- *obtížná srozumitelnost* chování, nesnadnost nalézt možné vysvětlení;
- *vnitřní atribuce* – chování je alespoň z části připisováno vnitřním příčinám či vnitřním charakteristikám jedince;
- patologizování je přítomno i ve *vnímání skupin*, ke kterým jedinec patří (Haslam, 2003).

Dimenzi *moralizování* Haslam prezentuje jako tu, kdy je patologizování (označení jako neobvyklost) spojeno s momentem, že chování je obtížné porozumět, což otvírá určitý „vysvětlovací prostor“. Jedním ze způsobů, jakým může být tento prostor zaplněn, je chovat se k odlišnému chování jako k porušení morálky. Což činí jedince za ně odpovědným. Navíc, pokud je chování v tomto směru hodnoceno negativně (což většinou je), je původce viděn jako obvinění hodný a diskreditovatelný, protože chování je záměrné a nežádoucí. Důvody jeho chování jsou vnímány jako nežádoucí a jeho sebeovládání jako nedostatečné.

Pokud je chování moralizováno (i v případě, že se jedná o projev spojený s duševní poruchou), je s ním zacházeno jako by se radikálně nelišilo od běžného chování. Jsou použity obdobná vysvětlení a chápání viny, které jsou aplikovány i na kontrolu jiných forem sociálních odlišností.

V tomto smyslu jde o společné sdílení morálních zásad ve společnosti, kdy jsou jedinci odpovědní za své činy a mohou být podezříváni i trestáni, pokud se pokoušejí porušit sdílené normy (Haslam, 2003).

Zatímco dimenze patologizování spojuje abnormalitu se sociální deviací (v sociologickém smyslu), dimenze *medikalizování* ji spojuje s nemocí. Připisuje ji

somatickým vlivům, které jsou mimo možnost záměrné kontroly (odlišnost v důsledku nemoci či postižení).

Předchozí dvě dimenze představují dva zcela odlišné výkladové rámce, třetí forma vysvětlení, *psychologizování*, je z tohoto dualismu, v termínech kontrolovatelnost–nekontrolovatelnost, vyloučena. Psychologizování je významově odlišné (Haslam, 2003).

Význam tohoto modelu se dá vidět v upozornění na to, že jakékoliv chování musí být určitým způsobem *posouzeno*, a že může být posuzováno *různými* způsoby. Vyplyvalo by z něj, že pokud je chování posouzeno jako projev psychopatie, nemělo by být moralizováno, čili hodnoceno pomocí kritérií morálky, etiky, slušnosti, atd. Jeho původce by za ně tedy neměl být vystavován následné kritice, odsouzení či podobně zabarvenému negativnímu hodnocení. Logickým důsledkem tohoto modelu by bylo, že pokud může být chování posouzeno na jiné dimenzi (nalezeno pro něj jiné vysvětlení), *nebude* označeno za duševní poruchu. Je otázkou, nakolik je tento model platný. Byl vytvořen teoreticky a autor jej neověřoval experimentálně.

#### 2.4. „Folková psychiatrie“. Implicitní kategorie duševních nemocí

V laických pojetích existují vedle sebe jak

- (a) *jednotný pojem* duševní nemoci,
- (b) tak určitá *kategorizace* duševních poruch ovlivněná psychiatrií, vzděláváním a pojmy proniknutými do běžného jazyka.

a) Výsledky studií naznačují, že existuje poměrně silná reprezentace **jednotného pojmu duševní nemoci**, s centrálními aspekty *nepředvídatelnosti, trvalosti, násilí a jinakosti* (Foster, 2001, Schoeneman a kol., 1993).

Charakteristiky jednotné sociální reprezentace duševní nemoci:

- umístěna někde v mozku, obvykle jako výsledek „chemické nerovnováhy“ v mozku;
- sociální faktory jsou chápány jako velmi významné, přípustná též interakce mezi fyzickými a sociálními faktory;
- důsledky: může vyvolávat vinu, jedinec se musí chovat určitým způsobem, musí být skrývána, potenciálně zahanbující;
- duševní nemoci nejsou reprezentovány jen vysloveně negativně (např. chápání

- bláznovství jako hraničícího s genialitou);
- ovlivňována médii (Foster, 2001).

b) Vedle tohoto centrálního jednoduššího konceptu byly zkoumány i laické představy o duševních poruchách tak, jak je definuje psychiatrie. Tyto koncepte mají sice sklon k nediferencovanému pojmu „duševně nemocný“, zároveň je nacházena i určitá **diferenciace**.

Z hlediska zacházení s psychiatrickými termíny, byly odhaleny tři skupiny základních poruch (Schoeneman a kol., 1993; data získána na severoamerické populaci, pozn.):

V průběhu analýz byly vyvozeny tři významné dimenze uplatňované při jejich klasifikaci – kontrolovatelnost/odpovědnost za vznik; kognitivní deficit nebo přesah; a síla/závažnost (Schoeneman a kol., 1993). Byly vyloučeny termíny typicky laické, jako např. šílenství, bláznovství, či jinak neurčité, např. „vyvolávat válku“, a ponechány termíny vztahující se spíše k chápání psychiatrických pojmů ve folkové psychologii/psychiatrii. Základní skupiny tvoří:

1. *násilí, poruchy nálady a kontroly* – mají spíše kontrolovatelný počátek, nižší závažnost (např. deprese);
2. *poruchy intelektu* – zde je důraz na kognitivní deficit (mentální retardance); a
3. *schizofrenoidní poruchy* – se spíše nekontrolovatelným počátkem, nízkou mírou odpovědnosti, střední až vysokou závažností (např. psychózy, přechodnou skupinou poruchy spojené se strachem).

Diferenciace pojmu duševní nemoci byla identifikována jak *v medicínské linii*, tak na základě *kontinua mezi normálním a více duševně nemocným*. Forster (2001) se domnívá, že je možné, že se diferenciace objevuje díky snaze udržet jak existující soustavu názorů (např. vědeckých), tak pozitivní identitu. A že každý stav, který bude označen jako duševní nemoc, bude také nevyhnutelně spojen s jednotnou reprezentací duševní nemoci, což bude omezovat vliv této diferenciace.

Nálezy ukazující na silnou sociální reprezentaci duševní nemoci i její diferenciaci mohou vést k vidění všech duševních nemocí jako potenciálně vedoucích k nepředvídatelnému a nesrozumitelnému násilí (protože jednotná reprezentace jednotného pojmu duševní nemoci je s těmito charakteristikami velmi silně

propojena; Foster, 2001).

Z hlediska medicínské diferenciaci – jsou rozlišovány také duševní nemoci „nižší“ a „vyšší úrovně“ (přibližně odpovídá nižší a vyšší závažnosti). Tyto dvě úrovně jsou chápány jako odlišné, s různými charakteristikami (Tab. 3). Medicínská diferenciaci tudíž podporuje významné rozdíly mezi reprezentacemi v těchto dvou úrovních v termínech jejich příčin, efektu, léčitelnosti a vyléčitelnosti, a umístění.

	„nižší úroveň“	„vyšší úroveň“
<i>Příčiny</i>	Sociální tlaky	Biologické, genetické
<i>Vliv</i>	Násilí směrem k sobě	Násilí, převážně směrem k druhým, sociální odchylnost, často zřejmé ze vzhladu
<i>Léčba</i>	Terapie mluvením, ne léky	Jen léky
<i>Prognóza</i>	Dobrá. K úzdavě je zapotřebí osobní úsilí	Špatná kontrola, neléčitelné. skepse k možnosti, že by mohla pomoci osobní snaha
<i>Vliv na druhé</i>	Sympatie, empatie	Strach

**Tab. 3:** Charakteristiky odlišných typů duševních nemocí (podle Fostera, 2001).

Ve srovnání s medicínskou diferenciací je diferenciaci na kontinuu *normalita – duševní nemoc* (tj. diferenciaci mezi duševní poruchou a zdravím) významnější, vztahuje se k možnosti kategorizovat jako duševní nemoc nebo ne. Jákýkoliv symptom, chování nebo osobní styl může být umístěn na tomto kontinuu – hrají zde roli zejména vážnost stavu, podílu času, kdy jedinec pocítuje symptomy spojené s nemocí, existence či neexistence léčby (Foster, 2001).

## 2.5. Formování pojmu duševní nemoci

Při studiu laického konceptu unitární reprezentace duševní nemoci dospěli v britské kvalitativní studii k zajímavým a podnětným výsledkům Secker, Armstrong a Hill (1999), když se snažili porozumět *způsobu, jak mladí lidé konstruuji své porozumění tomu, co konstituuje duševní poruchu*. V zásadě to dělají **přenesením své vlastní zkušenosti**. Pomocí tohoto způsobu rozlišují mezi chováním, se kterým se mohou nějakým způsobem *identifikovat*, a kterým ne.

Podstatné je zde:

- porozumění způsobům, *jak defínují* neobvyklé chování,

- jejich *porozumění* chování spojenému s různými problémy,
- jejich *postoje* k těmto lidem.

Vyjevilo se téma, jak mladí lidé přicházejí na to, co, jaký stav, je duševní nemocí. Zde využili *svou vlastní zkušenost*, aby odlišili chování, se kterým se mohou identifikovat, a to, které se vymyká jejich zkušenosti.

Tento proces měl množství aspektů, mj.:

- čisté přenesení své vlastní přímé zkušenosti,
- zda byli dříve svědky podobného chování ve srozumitelném kontextu,
- zda jsou schopni v této situaci vidět chování jiných jako rozšíření chování vlastního,
- zda mohou přijít na možné vysvětlení tohoto chování.

*Pokud bylo možno chování pomocí některému z těchto způsobů porozumět, zdráhali se označit popisované chování za duševní chorobu.* A to i přesto, že později připustili, že by psychiatrie mohla nějakou diagnózu připsat (např. deprese). Naopak chování, se kterým se nemohli takto identifikovat, bylo popisováno jako abnormální nebo jiné a označeno za duševní nemoc.

*Definování neobvyklého chování.* V odpovědích na to, co konstituuje odlišné a neobvyklé chování respondenti implicitně využívali svou vlastní vnitřní zkušenost, odlišovali od *osobních norem*, tj. chování, které je pro danou osobu neobvyklé, a odklon od *sociálních norem*, tj. daných očekáváním druhých lidí. I co se týče sociálních norem, měli respondenti tendenci ty, kterým nemohli porozumět v termínech své každodenní zkušenosti, označovat za podiviny. Tyto způsoby definování odlišného a neobvyklého podle principu „znám“ - „neznám“ se prolínaly způsoby odpovědi na popisované osoby.

*Porozumění chování.* Respondenti přenášeli svou zkušenost pro definování chování (určení chování, použití nálepek a diagnóz či jiných označení) jedním ze tří způsobů:

1. chování, se kterým *se mohli bez potíží identifikovat*, bylo označeno za spadající do oblasti **normality**;
2. chování, se kterým *byli schopni se identifikovat, ale nedalo se popsat jako normální*, bylo klasifikováno jako vyplývající z **duševních a psychických problémů**, ale ne jako duševní nemoc;
3. chování, se kterým bylo *obtížné se identifikovat*, bylo označeno za **duševní nemoc**.

Tento moment je zajímavý i vzhledem k tomu, že neodpovídá běžnému pojetí kontinua duševní zdraví – duševní nemoc, ale vytváří třetí speciální kategorii. Sem spadalo chování, které bylo známé (depresivně laděné myšlenky), pojmenované výrazy běžného jazyka (např. smutno), do chvíle, než padne otázka, zda jde o duševní nemoc. Pak je přípustitelné, že existuje psychiatrická kategorie, která se k tomuto typu prožívání řadí (deprese). Otázka, zda jde o duševní poruchu, je odpovězena kladně, nicméně s výtkou, že „tohle zná každý“, tudíž to není „duševní nemoc“, „bláznovství“ jako takové (Secker, Armstrong, Hill, 1999).

Nálezy této studie ukazují, že při identifikaci neobvyklého či dokonce podivného chování, je významným faktorem využití své vlastní vnitřní zkušenosti, svého prožívání. Chování, které nemohlo být zařazeno jako „normální“ či jako rozšíření normality, a bylo tudíž nevysvětlitelné, bylo konstruováno jako „abnormální“ a označeno jako duševní nemoc (Secker, Armstrong, Hill, 1999).

## 2.6. Determinanty sociální distance

### *Kategorie duševních nemocí*

Ve studiích mapujících postoje veřejnosti se ukazuje variabilita podle typu duševních poruch. Největší stigma je jednoznačně spojeno se *schizofrenií* (Mann, Himelein, 2004, Crisp, Gelder, 2003) a *alkoholismem* spolu se *závislostí na drogách* (data získávána na severoamerické populaci; Crisp, Gelder, 2003, Crisp a kol., 2000, Murkherjee a kol., 2002). Většinou jsou tito lidé označováni za nepředvídatelné a nebezpečné. Lidé s nějakou formou závislosti bývají obviňováni za svou poruchu a posuzováni jako schopní si pomoci (Crisp a kol., 2000).

Podle některých autorů se stigma vztahující se k duševním poruchám od padesátých let snížilo, a to zejména ve vztahu k *depresi* a *úzkostným poruchám*. Za příčinu se považuje častější atribuce těchto poruch stresu, s čímž se většina lidí dokáže ztotožnit. Na druhou stranu stigma spojené s psychotickými poruchami se zdá být vyšší než v padesátých letech (Powell, 2003).

### *Další determinanty*

Zejména ve spojení se schizofrenií byly identifikovány tyto významné prvky ovlivňující přání sociální distance:

- **rozpoznání** popisovaného subjektu jako trpícího duševní poruchou;

- **vinění** jedince za vznik/rozvoj poruchy;
- připisování poruchy **nemoci mozku** nebo **dědičným vlivům**;
- vnímaná **špatná prognóza** (Angermeyer, Beck, Matschinger, 2003, Angermeyer, Matschinger, 2005).

Spojení pozitivních postojů k prognóze léčby s významně menší mírou stigmatizujících postojů se ukazuje i v jiných studiích (Mann, Himelein, 2004).

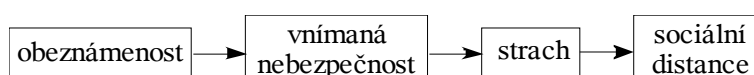
Trend snižovat míru vnímané zodpovědnosti za vznik poruchy a oslovit míru možnosti mít její vznik pod kontrolou pomocí zdůraznění biologického základu poruch (a připodobnění k somatickým poruchám) měl směřovat k potlačení stigmatizujících postojů. Dopad byl však opačný. Zvýšilo se přání sociální distance (Corrigan, Watson, 2004).

Zejména dva atributy silně ovlivňují přání sociální distance – **nepředvídatelnost** a **nebezpečnost** (Angermeyer, Beck, Matschinger, 2003, Janík, 1987).

Tedy, jak „nálepkování“, tak domněnky o příčinách a prognóze, stejně jako vnímání týkající se nepředvídatelnosti a nebezpečnosti, ovlivňují přání sociální distance. Dvě později zmíněné charakteristiky mají větší význam (Angermeyer, Beck, Matschinger, 2003).

Veřejnost běžně vnímá lidi se schizofrenií, alkoholismem a závislostí na drogách jako nepředvídatelné a nebezpečné. Oba typy závislostí jsou navíc vnímány jako zapříčiněné sebou. Lidé s některou z duševních poruch jsou dále vnímáni jako obtížní ke komunikaci (Crisp a kol., 2000).

Vliv *obeznámenosti* a vnímání *nebezpečnosti a strachu* na sociální distanci od osob s duševní nemocí empiricky testovali Corrigan, Green a kol. (2001). Obeznámenost negativně predikuje vnímání nebezpečnosti, které je zásadní komponentou v tomto modelu. Vnímání nebezpečnost silně ovlivňuje strach a ten predikuje sociální distanci. Obeznámenost je se sociální distancí spojena negativně (viz Obr. 1).



**Obr. 1:** Model komponent stigmatu ovlivňujících sociální distanci. Velmi silná závislost byla prokázána mezi vnímáním nebezpečnosti a strachem (Corrigan, Green a kol., 2001).



Výsledky příslušných studií naznačují, že stigmatizující mínění *nejsou* založena na všeobecném nedostatku **znalosti** o duševních poruchách a stigmatizující postoje *nejsou* méně časté mezi **mladšími** lidmi (Crisp a kol., 2000).

U žen byla nalezena nižší míra stigmatizace (vyšší komfort/méně úzkosti, nepohody z možného kontaktu) než u mužů (Mann, Himelein, 2004).

Rozšířeno je veřejné mínění, že s lidmi trpícími některou z duševních poruch je obtížná komunikace, cítí odlišně od způsobu, jakým cítíme my a jsou nepředvídatelní. To bude mít vliv na přání sociální distance a izolace (Crisp a kol., 2000). Míra sociální distance vzrůstá se vzrůstající intimitou navrhovaného či možného vztahu. To znamená, že čím bližší a soukromější je představovaná situace, tím více odmítání se dá očekávat (Gaebel, Baumann, Phil, 2003).

## 2.7. Faktory ovlivňující předsudky stigmatizujících

Kromě výše zmíněných determinant jsou popsány další faktory přispívající k vyvolávání stigmatizujících postojů. Mezi nejčastěji zmiňované patří:

- nálepka duševní nemoci,
- zanedbaný či neobvyklý vzhled,
- chování spojené s nemocí,
- charakteristiky léčby – uzavřená oddělení, specifické instituce, psychofarmaka,
- socioekonomický status,
- způsoby zobrazování v médiích (Scheffer, 2003).

<i>atribut stigmatizovaného</i>	pohlaví vzhled chování finanční okolnosti	muž neudržovaný zevnějšek akutní epizoda bezdomovectví
<i>předpoklady o jedincově chorobě</i>	vnímané postižení nemocí vnímaná odpovědnost vnímaná závažnost	mnoho deficitů nezodpovědný za své chování předchozí hospitalizace
<i>znalosti o dané poruše</i>	vnímaný původ vnímaný směr vnímaná léčba vnímané nebezpečí	sebou způsobeno neléčitelné, „chronické“ potřebuje léky kriminalita nebo násilí

**Tab. 4:** Faktory ovlivňující stigmatizaci, atributy zvyšující preferenci sociálního odstupu (Byrne, 2000)

Jak již bylo zmíněno, zásadním tématem spojeným se stigmatizací a obrazem duševní nemoci jsou **média**. Mediální obraz, informace ve zprávách, články v časopisech, zobrazování postav v beletrii, apod. jsou všeobecně pokládány za *zaujaté* a stranné. Publicistika záměrně vyhledává senzacechtivé a negativní informace, filmy a beletrie mají tendenci prezentovat lidi s duševními poruchami jako „nebezpečné časované bomby čekající na explozi“ (Powell, 2003). Až na výjimky média podporují negativní pohled a stereotypy, běžně spojují duševní nemoc s *násilím* (Francis a kol., 2001, Carr, Halpin, 2002).

Tento aspekt stigmatizace je významný a neopomenutelný, je zároveň projevem i zdrojem. V mediálním pojetí se silně odráží stereotypy, postoje a představy, zároveň je předávající dál, když je divák vnímá jako zdroj informací.

V přehledových studiích bylo prokázáno, že masová média jsou pro veřejnost primárním zdrojem informací o duševních poruchách nejrůznějšího typu, jejich prezentace podporují klamný a negativní obraz a stereotypy. Existuje propojení mezi tímto negativním líčením a negativními postoji veřejnosti k lidem s problémy v oblasti duševního zdraví. Negativní mediální obraz má i přímý dopad na jedince žijící s duševní poruchou, naznačen byl i vliv negativního mediálního obrazu na odezvu na vládní úrovni ve zdravotní oblasti (Edney, 2004).

Pozornost si doboily i na první pohled méně nápadné pořady určené dětem. Stereotyp duševně nemocného a kognitivní reprezentace duševní nemoci se utvářejí právě v dětství a média jsou dnes významným zdrojem informací. V pořadech pro děti bylo zobrazování referencí k duševní nemoci běžné, obzvláště v kreslených seriálech. Termíny jako „bláznivý“, „šílený“ a „zbláznit se“ (v anglických ekvivalentech) byly použity, aby byla vyjádřena ztráta kontroly. I když se dětské chápání může lišit od dospělého, setkávání s těmito termíny se přenáší do jazyka a představ. Postavy, popisované jako komické a hanebné, podlé a stereotypně negativní, pak slouží jako objekty pobavení, výsměchu nebo strachu (Wilson a kol., 2000).

Byly provedeny *pokusy o intervenci* v médiích zpravodajského typu. Autoři se pokoušeli ovlivnit obsah zpráv přímo poskytováním přesnějšího informačního zázemí reportérům, což přispívalo k rozvinutí pozitivnější linie příběhu. Následkem bylo více zpráv, delších, pozitivněji laděných, o duševní nemoci i pozitivnější zprávy ve vztahu ke schizofrenii (Stuart, 2003a).

*Poznámky ke změně stigmatizujících postojů pomocí antistigmatizačních kampaní*

V současné době existují tři základní strategie ke změně stigmatu duševní nemoci. Tzv. **protest** představuje strategie založené na snaze potlačit stigmatizující postoje apelováním na morální rozhořčení („styďte se, že přemýšlíte o duševní nemoci takhle“) a aktivním vystupováním. **Edukace** se snaží vytlačit stigma přesnějšími koncepty o poruchách duševního zdraví. **Kontakt** ovlivňuje postoje veřejnosti prostřednictvím přímého kontaktu, přímé interakce s lidmi, kteří jsou nositeli těchto poruch (Corrigan, Watson, 2002).

Z hlediska dopadu se jako nejvhodnější strategie ukazují aktivity typu „kontakt“. Stabilně vykazuje největší a nejkonzistentnější výsledky. Ovlivňuje i implicitní modely osobní odpovědnosti a nebezpečnosti, a to i v dlouhodobějším horizontu. Navíc kontakt má větší vliv na připravenost k pomáhajícímu chování (Corrigan, Watson, 2002, Gaebel, Baumann, Phil, 2003).

Edukace je metodou jednoznačně nejvíce využívanou, zvláště u akcí charakteru masivnějších kampaní. Evaluace těchto strategií jsou sporné. Výsledky některých zpětných evaluací ukazují na pozitivní dopad, jiné vykazují i zhoršení a zesílení stigmatizujících postojů. Corrigan a kol. (2004) porovnávali efektivitu programu edukace veřejnosti založených na jiných perspektivách – poskytování informací o stigmatu a informování o nebezpečnosti. Jak bylo možno očekávat, účastníci z druhé skupiny vykazovali negativnější postoje a behaviorální rozhodnutí vůči osobám s duševní nemocí. Rozdíly byly významné zejména ve vztahu ke strachu a vyhýbavému chování.

Nicméně i běžné kampaně, hodnocené jako efektivní mohou být z hlediska dopadu přeceňovány. Gaebel, Baumann a Phil (2003) upozornili, že v jejich evaluaci antistigmatizační intervence běžně využívaného typu došlo u některých respondentů k výraznému *zhoršení* postojů k osobám s duševní poruchou, v lepším případě zůstaly nezměněny – některé negativní stereotypy byly zesíleny a přání sociální distance vzrostlo. Jako možný důvod rozporu výsledků uvádějí, že klasické evaluace těchto intervencí se ptají na to, jak by se pokusné osoby chovaly, *kdyby* se dostaly do kontaktu s takovými osobami – výsledky tedy mohou být ovlivněny sociální desirabilitou a faktem, že se nejedná o skutečné chování v reálné situaci. Prostá

edukace veřejnosti někdy stigmatizující postoje zvyšuje a upevňuje, zvláště podávání informací o poruchách psychotického typu. K obdobným výsledkům, zvýšení informovanosti a znalostí, současné zvýšení obav, strachu a vnímané nebezpečnosti, došli Thompson a kol. (2002).

U nás v roce 2005 vznikl program Prevence v rámci Vida center. Vida centra jsou regionální občanská sdružení osob a právnických subjektů, jejichž cílem je podporovat rozvoj uživatelského hnutí a proces destigmatizace osob s duševním onemocněním. V programu Prevence probíhají besedy a přednášky na školách, které vedou lidé se zkušeností s duševním onemocněním. Během přednášek prezentují i vlastní zkušenost s nemocí a službami (bližší informace lze nalézt na <http://www.vidacentrum.cz>).

Osvětu o duševních poruchách a přeměnu systému psychiatrie v ČR si klade za cíl projekt Změna (<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz>).

K podpoře příbuzných duševně nemocných bylo založeno celonárodní sdružení Sympathea (<http://www.sympathea.cz>).

K nejnámějším projektům popularizujícím problematiku duševního zdraví pomocí aktivit určených pro širokou veřejnost patří Týdny pro duševní zdraví (<http://www.tdz.cz>) a vysokou popularitu si vysloužil festival Mezi ploty. Česká asociace pro duševní zdraví provozuje projekty Chvála bláznovství (<http://www.chvala-blaznovstvi.cz>, v současné době (7/2007) stále mimo provoz) a [www.psychopomoc.cz](http://www.psychopomoc.cz), směřující k uživatelům péče.

### *Shrnutí:*

V této kapitole byla nastíněna odlišnost laických představ od odborného chápání duševních poruch. Rozdíly se projevují na úrovni jazyka i v implicitním chápání duševní nemoci. Existuje jednotný obraz duševně nemocného s centrálními aspekty nebezpečnosti a nepředvídatelnosti, což se pojí se stereotypy a mýty kolem duševních nemocí. V představách se může odrážet i dichotomie a odlišování poruch „nižší úrovně“, jakéhosi nervového zhroucení, a „vyšší úrovně“, odpovídající poruchám psychotického okruhu, které také nejvíce evokují laický obraz „blázna“.

V rozpoznávání duševních poruch má velký vliv jiné vymezení normality,

očekáváno je jiné vzezření a nepochopitelné chování. Pro zacházení uživatelů s duševní nemocí je významné, že chování musí být nejprve takto určeno a označeno, aby mohli být s duševní poruchou spojeni. Zároveň zapojení vlastní zkušenosti, pochopení vnitřního prožívání a znalost podobných myšlenek a stavů brzdí spojení takového chování se stereotypně chápanou duševní nemocí a následným odstupem.

Rozvoj psychiatrie a všeobecná vzdělanost přinesly k laickým konceptům i zapojení typicky medicínských termínů a klasifikací, s důrazem na chemii mozku a odkázanost na farmakologickou léčbu. Tyto dvě charakteristiky jsou zároveň chápány jako prediktory nepříznivého stavu a nedobrého vývoje.

Nejvyšší stigmatizaci podléhají poruchy psychotického typu a závislosti, nejméně jsou s ní spojovány deprese a úzkostné poruchy, pokud jsou veřejností jako poruchy vůbec rozpoznány. Svůj vliv má i vnímaná míra odpovědnosti za tento stav a budoucí prognóza.

Nebezpečnost a nepředvídatelnost jsou atributy, které velmi silně ovlivňují přání sociální distance a často evokují strach, obavy a ohrožení. Míra znalostí a vědomostí o duševních poruchách se neukázala jako faktor, který by stigmatizaci brzdil.

Mediální podání duševních poruch může stereotypy nejen odrážet, ale také posilovat, kromě toho, že klienty a uživatele služeb zraňuje. Pokusy o intervenci se ukazují jako pozitivní, nicméně nemají takovou sílu, aby dokázaly vyvolat změny většího účinku.

Edukace veřejnosti a antistigmatizační kampaně přinášejí sporné výsledky, strategiemi, která mají potenciál pozitivního posunu jsou ty, založené na osobním kontaktu s uživateli.

## II. Stigma duševní nemoci

---

### Stigma

- ovlivňuje lidi, když jsou nemocní, když se léčí, když se uzdravují a i když je duševní nemoc jen vzdáleno vzpomínkou;
- zdá se těžké zbavit se stigmatizující nálepky, když se stigmatizující chování už objevilo;
- je významnou překážkou k pocitu pohody těch, kteří se léčí (Scheffer, 2003).

Stigma odkazuje na „sociálně konstruované, negativně hodnocené odlišnosti. Je založeno na kognitivních procesech kategorizace, předsudků a stereotypů v sociálních interakcích, je vytvářeno při hodnocení atributů jedince druhými“ (Powell, 2003, str. 1).

Na systémové úrovni jde o sociální fenomén mající silný vliv na politiku, ovlivňuje přístup ke zdrojům pro péči a podporu (finance), přístupnost sociální pomoci (asistence) nebo právo odmítnout léčbu. Na úrovni komunity může ovlivňovat organizace, zaměstnavatele, poskytovatele zdravotní péče nebo školy, reagující na jedince s duševní nemocí a jejich rodiny. Na individuální úrovni zabraňuje lidem hledat péči, kterou potřebují, vytváří změny v identitě a mění způsob, kterým jsou vnímáni ostatními (Scheffer, 2003).

*Stigmatizovaná osoba* má atribut nebo charakteristiku, která vede k sociální identitě, která je devaluována v určitém sociálním kontextu. Takovým osobám jsou připisovány deviantní nálepky a čelí negativním vlivům majícím původ v diskriminaci a předsudcích (Puhl, Brownell, 2003a).

Stigma se objevuje v sociálních interakcích, jeho nezbytnou součástí je původ v hodnocení druhými a vyhodnocení osob jako vlastních nežádoucích atributů. Mechanismus vzniku je zřejmě jednoduchý a rychlý, nicméně jeho důsledky se promítají do mnoha oblastí. Ale také, a hlavně, má důsledky pro život těch, kteří jsou

jím zasažení. Možná i proto v mnoha studiích převládá důraz na studium a poznání fenoménu, na úkor jasného definování toho, co vlastně zkoumáme, čím se zabýváme, jaké pohledy na tuto otázku existují a modely jednotlivé mechanismy vysvětlují.

## 1. Definice stigmatu

Ačkoliv je v odborné literatuře zakotven úzus, že pokud je nějaký problém studován, je vhodné či nezbytné jej nejdříve dobře a jednoznačně definovat, v souvislosti se stigmatizací se většina výzkumů soustřeďuje přímo na popis dat a jasná definice je jednoznačnou slabinou. Nejběžněji je citována letitá Goffmanova definice, pokud vůbec. Vzácněji se objevuje definování pro potřeby výzkumu, čili nějaká forma instrumentálního definování, opisu či slovníkové definice.

V následujícím textu bude podán nejdříve přehled několika málo nejpoužívanějších definic, s ohledem na jejich historickou proměnu. Následují nejrozšířenější body jejich kritiky, což ústilo v další pokusy o nové pojetí (nové definice). Kapitola tedy odráží současně i chronologický vývoj pojmu.

### 1.1. Nejčastěji citované definice

Mezi historicky nejvlivnější koncepty patří:

#### - *Goffmanova definice*

Jak již bylo zmíněno, jedná se o nejstarší a jednoznačně nejcitovanější definici. Neobejde se bez ní téměř žádný text pojednávající o tomto tématu. Patří k „povinnosti“ ji uvádět, i když byla vytvořena před více než čtyřiceti lety a neodpovídá příliš dnešnímu pojetí ani pojetí stigmatizace duševní nemoci.

Ervin Goffman, americký sociolog, v roce 1963 vydal knihu *Stigma: poznámky o způsobech zvládnutí narušené identity*, citovanou dodnes i spolu s dalšími prvky jeho pojetí (kniha vyšla v roce 2003 i v českém překladu). Stigma definuje jako „silně diskreditující atribut“ (2003, str. 11), který redukuje v naší mysli osobu „z osoby celistvé a obyčejné na osobu, jež je poskvrněna a jejíž hodnota klesla“ (2003, str. 10). Takto či v kratší formě (odpovídající první části citace) byla a stále je přejímána ve většině odborných textů.

- *Crocker a kol.*

Tato definice již zdůrazňuje nezbytnost sociálního kontextu, mezi její přednosti patří zohlednění faktu, že ke stigmatizaci může docházet jen v sociálním prostředí. „Stigmatizovaní jedinci mají, nebo je to u nich předpokládáno, nějaký atribut nebo charakteristiku, která vede k sociální identitě znevažované v určitém sociálním kontextu“ (1998, str. 5, podle Link, Phelan, 2001a, 2001b).

- *Jones a kol.*

Jones navázal na Goffmana a využil jeho pozorování, že stigma může odrážet vztah mezi atributem (vlastností) a stereotypem (viz Goffman, 2003). Definuje stigma jako „znak (atribut), který spojuje osobu s nežádoucími charakteristikami“ (příp. stereotypy) (podle Link, Phelan, 2001a, 2001b), a diskredituje jej v očích druhých (Link, Yang, a kol., 2004).

Je vidět, že ani jedna z těchto definic nebyla vytvořena přímo pro stigmatizaci v souvislosti s duševní poruchou. Goffmanovo pojetí je sociologické, široce pojaté, ale bylo první výraznější prací, která se této tématice věnovala. Otázkou zůstává ztotožňování stigmatu se stigmatizovaným stavem (v našem případě duševní poruchou). Pak by se dalo tvrdit, že pokud dojde k odstranění stavu, např. v podobě pobytu v léčebně k odchodu, zmizí proces stigmatizace. Zdá se, že tomu tak není. Dokonce se může zdát, že tady to vše teprve začíná (v případě první hospitalizace). Dalším otazníkem je jeho nekritické přepisování v současnosti ve studiích s jinak velmi moderním přístupem.

Výtky vůči první definici zeslabuje její pozměnění ve Jonesově pojetí (Link, Phelan, 2001a, 2001b). Modernější Crockerové definice přidává nezbytný sociální kontext, od tématu neoddelitelný. Může znít poněkud nejednoznačně a spíše by odpovídala tomu, co je dále popsáno jako „public stigma“. Jako ani jedna z nejčastějších charakteristik neupozorňuje na psychologické aspekty dopadu vnímané stigmatizace, nutností s ní nějak zacházet a vyrovnávat se. Přestože jsou modernější, jejich použití není běžné.

Pochopitelně krátkost a stručnost definic může mít za následek nižší přesnost.



## 1.2. Nejběžnější sporné otázky v souvislosti s definicemi stigmatu

V reakci na nekritické používání zmíněných konceptů a následné množství nových, Link a Phelan (2001a) upozorňují na jejich nejrozšířenější nedostatky. Jde o:

- *slovníkové definice* – upozorňují, že mnoho výzkumníků nedává žádnou explicitní definici nebo uvádějí nějakou formu slovníkové definice – např. „znak hluboce diskreditující“;
- zaměření na *některé aspekty* stigmatu – zaměření na některé související faktory, jako stereotypy nebo odmítání;
- *citování Goffmanovy definice* – pokud je stigma definováno, pak často formou dříve zmíněné definice Goffmanovy (Link, Phelan, 2001a).

K těmto výtkám jsou přidávány ještě:

- *instrumentální definování* jako *diskriminace* v souvislosti s duševní nemocí (např. Wahl, 1999, 2004);
- promítá se, k jakým účelům byla definice sestavena – zda jde o široce pojatou *obecnou* definici, či o *specifickou* pro jednotlivé oblasti (AIDS, některá somatická onemocnění, homosexualita, etnické menšiny, obezita, apod.).

## 1.3. Některé ze současných přístupů k definování pojmu

Pro potřeby sociálního a zdravotního výzkumu Weiss a Ramakrishna (2001) stigma popisují jako „*sociální proces* nebo s ním související *osobní zkušenost*, charakterizované vyloučením, odmítáním, vinou nebo znevažováním, které plynou z různých sociálních soudů o osobě nebo skupině“. „Toto smýšlení je založeno na přetrvávajícím rysu identity přiřadatelnému zdravotním problémům nebo stavu spojenému se zdravím, navíc kromě aplikace na osoby nebo skupinu, diskriminační sociální úsudek může být aplikován na nemoc nebo samotný popisovaný problém s odrazem v sociální a zdravotní politice“ (Weiss, Ramakrishna, 2001, [online]).

Přímo psychiatrické stigma definuje Rosen a kol. (2000, str. 19) jako „klamné a neopodstatněné spojení jedinců s duševní nemocí, jejich rodin, přátel a poskytovatelů služeb s něčím zahanbujícím“.

Od českých autorů lze použít, že je stigma „znamení domnělé méněcennosti, vedoucí k odmítání jeho nositele druhými lidmi“, kde odmítání představuje „snahu

vyhýbat se stigmatizovaným jedincům v různých situacích“ (Chromý, 2002, str. 220).

Předchozí charakteristika zní jednoduše, dovedně však zachycuje jeden z významných aspektů stigmatizace - znamení vedoucí k odmítání druhými ve větě může být jak vnější či vnějškově určené (např. diagnózou, pobytem v léčebně), tak dáno vnitřně, kdy se určitým způsobem projevuje v reakcích a chování tohoto člověka, a tak působí podobný efekt. Je otázkou, nakolik je změnitelná první okolnost, nicméně z hlediska kvality poskytovaných služeb a práce s klienty by bylo žádoucí, pokud by druhý způsob projevu byl spíše vzácný.

Stigma je nejběžněji chápáno jako sociální konstrukce, ovlivněná kulturními, historickými a situačními faktory (Puhl, Brownell, 2003b). Stigmatizovaná osoba je vnímána jako odlišující se od normativních očekávání v důsledku jedné či více nežádoucích charakteristik, které vedou k devaluované nebo deviantní identitě v určitých sociálních kontextech. Různí se sociální kontexty a charakteristiky, které jsou stigmatizovány, konzistentní zůstávají sociální a psychologické konsekvence jako vyhýbání a odmítání (Puhl, Brownell, 2003b).

Stigma je obvykle konceptualizováno jako negativní či negativně působící vliv existující ve vnějším prostředí, který ovlivňuje životy těch, kteří se stávají jeho objekty. Takto jsou tito lidé viděni jako *pasivní příjemci*. Ale nejškodlivějším vlivem stigmatu a diskriminace je *subjektivní internalizace* těchto negativních přesvědčení, tj. kognitivní proces, kterém lze vzdorovat a měnit jej (Phillips a kol., 2002).

Jak lze vidět, ačkoli neexistuje všeobecně přijímaná definice, a není neobvyklé, že se některé studie dovedou obejít bez přesné charakteristiky stigmatu, dá se jich najít větší množství, a to poměrně rozdílných. Spojujícími rysy, které obvykle zachycují, jsou:

- sociální kontext,
- spojení s pocitem nižší hodnoty (méněcennosti),
- negativní sociální posouzení, atribuce nežádoucích vlastností,
- propojení s typickým atributem, kontextem (duševní nemocí),
- původně sociální proces zasahuje do vlastní identity a sebepojetí,
- nežádoucí vliv zasahující do života,
- důsledkem odstup, vyhýbání, diskriminace.

Samotný termín **stigma** pochází z řeckého *stizein*, slova označujícího druh tetovaného znamení, vyřezaného nebo vypáleného do kůže otroků, kriminálních živlů, nebo zrádců. Byli jím viditelně označeny poskvrněné, morálně „nečisté“ osoby, méně hodnotné osoby (Goffman, 2003, Powell, 2003, Arboleda-Flórez, 2003).

I dnes to může být jakési „znamení“. Alespoň v tom smyslu, že poznamenává kvalitu jejich života. Prakticky může být zhmotněno v podobě zápisu ve zdravotnické dokumentaci, méně zjevně může prolnout myšlení a identitu člověka. Zakoušené odmítání druhými je s původními nositeli stigmatu společné. Dokonce stejně tak mohou vnímat poskvrněnost a nižší hodnotu.

## 2. Typy stigmatu a používané pojmy

V souvislosti se stigmatizací duševní nemoci lze v literatuře nalézt několik specifitějších pojmů. Vzhledem k tomu, že neexistují jejich české ekvivalenty a překlady zní značně kostrbatě, budou použity převážně původní anglické termíny.

### 2.1. Public stigma (veřejné stigma)

Public stigma – veřejné stigma – představuje způsob, jakým veřejnost reaguje na stigmatizovanou skupinu (Corrigan, Watson, 2002a, 2002b).

Model public stigmatu podle Corrigan a Watsona (2002a) sestává ze tří komponent – (1) stereotypů, (2) na ně navazujících předsudků a (3) z nich pramenící diskriminace.

- (1) - *stereotyp* – reprezentuje negativní přesvědčení o skupině vztahující se k duševní nemoci a zahrnující charakteristiky jako nebezpečnost, nekompetentnost, apod.

K tomuto typu stigmatu se tedy vztahují informace obsažené v předchozím oddílu (věnovaném laickým koncepcím). V rámci této úrovně se objevuje množství různých stereotypů a představ, které korespondují se stigmatizujícími postoji. K již zmíněným lze připojit ještě výsledky mediálních analýz, které charakterizují některé z laických koncepcí:

- lidé s duševní nemocí jsou násilničtí maniáci, kterých je třeba se obávat;

- lidé s duševní nemocí mají dětské vidění světa; nebo
- lidé s duševní nemocí jsou zodpovědní za svou nemoc, protože mají slabý charakter (Corrigan, Watson, 2002a).

(2) - *předsudek* – *souhlas* s tímto přesvědčením a/nebo negativní *emoční reakce*, např. zlost, obavy, hostilita.

(3) - *diskriminace* – jedná se o *behaviorální odpověď* na předsudek, např. vyhýbavé chování.

Behaviorální dopad, neboli diskriminace, který pramení z public stigmatu, může mít čtyři formy:

- vzdání se pomoci (volba neasistovat, nepomáhat),
- vyhýbání se,
- nucená léčba,
- segregované instituce (Corrigan, Watson, 2002a).

## 2.2. Self-stigma

Self-stigma je reakce, kterou jedinci otáčejí proti sobě, v důsledku toho, že jsou členy stigmatizované skupiny. Mnoho osob s duševní nemocí si je pochopitelně vědomo stereotypů a předsudků, které existují v jejich okolí, což ale automaticky neznamena, že s takovými názory či postoji musí souhlasit. U self-stigmatu je dominující jejich *přijetí* (internalizace) (Corrigan, Watson, 2002a, 2002b).

Obojí, jak public-, tak self-stigma, mohou být pojímány v termínech tří komponent – stereotypů, předsudků a diskriminace. Blíže viz tabulka (Tab. 5).

*Předsudky* jsou chápány jako *souhlas s negativními stereotypy* („je to tak, lidi s duševní nemocí jsou nebezpeční“), to vede k *emočním reakcím* („bojím se všech těch nebezpečných duševně nemocných“). *Diskriminace* je behaviorální důsledkem těchto předsudků (Corrigan, Watson, 2002a).

Public stigma (veřejné stigma)	Self-stigma
<i>Stereotyp:</i> negativní přesvědčení o skupině, např. nebezpečnost, nekompetentnost, charakterová vada	<i>Stereotyp:</i> negativní přesvědčení o sobě, např. charakterová slabost, nekompetentnost
<i>Předsudek:</i> souhlas s takovým přesvědčením a/nebo negativní emoční reakce, např. zlost, strach	<i>Předsudek:</i> souhlas s přesvědčením, negativní emoční reakce, např. nízká sebeúcta, nízká sebeúčinnost
<i>Diskriminace:</i> behaviorální odpověď na předsudky, např. vyhýbání se	<i>Diskriminace:</i> behaviorální odpověď na předsudek, např. neúspěch při získávání práce, hledání bydlení

**Tab. 5:** *Tři úrovně psychologických struktur v porovnání public- a self-stigmatu (podle Corrigan, Watson, 2002a, 2002b)*

### 2.3. Courtesy stigma

Courtesy stigma je pojem, který pochází původně od E. Goffmana, lze také dohledat ekvivalenty, nejčastěji jako **stigma by association**. Jde o stigma přenesené na rodinu a blízké osoby.

Duševní nemoc významně zasahuje také vztahy v nejbližším sociálním okolí, je zřejmé, že se stigmatizace musí odrazit i v rodině. Nejde jen o reakce na nedůvěru okolí, např. sousedů, vzdálených příbuzných či známých, ale významným faktorem je obviňování, hledání viníka, pocity týkající se nejasné budoucnosti, hledání chyb v rodičovské péči, apod. Ve vyjádřeních rodičů se vyskytují popisy situace jako život se smutkem, s trápením, s neustálou starostí, život s vinou a zahanbením. Také nutnost čelit stížnostem, i naděje v lepší život svého potomka. Rodičovská péče se jeví jako celoživotní úsilí. Potomek se často stává vnímaným zdrojem strastí. Systém péče představuje někdy ohrožení rodičovské role, jindy je vnímán jako zkušenost s poskytnutím podpory a jistoty (Pejlert, 2001).

Studie odhalily například *další oblasti*, kde blízcí příbuzní čelí stigmatizaci. Kromě očekávaných oblastí sociálních interakcí a přístupu k sociálním rolím, je to také strukturální diskriminace a musí čelit veřejnému obrazu duševní nemoci. Jako významný zdroj stigmatizace je udávána psychiatrie (Angermeyer, Schulze, Dietrich, 2003).

Mezi *zdroji* stigmatu rodiny udávají způsob, jakým je nemoc označována, zkušenosti s pocitem hanby a význam mají i vztahy veřejnosti a profesionálů

zabývajících se duševním zdravím (Pejlert, 2001).

Zasažení rodin stigmatem se ve studiích jeví jako velmi časté, ačkoliv život s pacientem představuje každodenní soužití a nutnost čelit řadě situací spolu s ním. Ukázalo se, že překvapivě informovanost a znalost pacientovy nemoci je však někdy velmi malá a nedostatečná (Kadri a kol., 2004).

Příbuzní sami navrhuji řadu antistigmatizačních intervencí. Lze je seskupit do pěti kategorií: komunikační záležitosti, podpora nemocným a jejich příbuzným, změny v péči o duševní zdravím vzdělávání a trénink, kontrola a supervize (Angermeyer, Schulze, Dietrich, 2003).

Role pečovatele je velmi náročná (Struening a kol., 2001). Dotyčný člen rodiny může být dokonce vnímán až jako zátěž a rodinné břímě (Östman, Kjellin, 2002). Co se týče způsobů, jakým se taková situace v rodině dotýká přímo pacienta (klienta, osoby, která vyhledala pomoc), sami rodiče udávají *změny v jednání s ním*. Jsou mu například v chodu rodiny dávány jednoduché úkoly (které nelze pokazit), je s ním zacházeno s nedůvěrou, s přehnanou ochranou, i odmítáním či agresivitou (Kadri a kol., 2004).

Popsané postoje příbuzných vůči duševně nemocnému:

- *postoj nepřátelský (hostilní)* – přítomnost duševně nemocného v rodině je vnímána jako okolnost ohrožující rodinný klid. Pacientu se to dává více nebo méně najevo, vyhrožuje se mu opětovnou hospitalizací;
- *postoj ovládací (dominantní)* – u příbuzných vzniká snaha pacienta zvládnout, ukázat mu svou převahu, jednají s ním jako s dítětem a dusí jeho pokusy o zapojení do normálního rodinného života;
- *postoj ztotožnění* – snaha ztotožnit se s pacientem, s jeho obtížemi a osudem;
- *postoj přemrštěných požadavků (perfekcionista)* – přetěžování, příliš vysoké požadavky;
- *odmítavý postoj* – může dojít až k úplnému zavržení pacienta;
- *postoj nadměrně ochranný pramenícím ve vlastním pocitu viny* – pocit viny maskovaný vysokou péčí a ochranou (Hausner, 1961).

## 2.4. Další používané termíny

Kromě těchto nejpoužívanějších pojmů lze narazit na méně časté. Scamblerovo rozdělení člení stigma na:

- **felt stigma** – pocíťované stigma – odkazuje k vině, pocitům zahanbení a očekávání diskriminace, individuální obavy z diskriminace jako důsledku duševní

nemoci, které brání lidem mluvit o svých zkušenostech a vyhledávat pomoc;

- **enacted stigma** – odehrávající se stigma, vykonávané stigma – odkazuje ke zkušenosti s nerovným zacházením od druhých, skutečné vyjádření diskriminace druhými vůči jedinci (Scambler, 2004, Gray, 2002, Carr, Halpin, 2002).

Od Goffmana pocházejí související termíny „discreditable“ a „discredited“, čili osoba **diskreditovatelná** a **diskreditovaná**, související se zjevností stigmatizovaného atributu (Goffman, 2003, Gray, 2002).

Dále lze nalézt termíny **vnitřní**, interní, a **vnější**, externí, stigma, které jsou podobné výše zmíněným public- a self-stigma.

Pro účely svých výzkumů ještě Stuber a kolegové vytvořili další pojmy související s vyhledáváním/nevyhledáváním péče. „*Welfare stigma*“ představuje tradičně zmiňované obavy, kdy má účastník léčebného programu (klient, pacient) názor, že vstup do léčby mu sice pomůže v určité oblasti, ale zároveň zapříčiní, že se sám nebude vnímat dobře nebo způsobí, že se ostatní a něj budou dívat svrchu. „*Application-related stigma*“ zahrnuje zmínky o možnosti negativních zkušeností v průběhu procesu žádání o léčbu, tj. snášení povýšeného nebo hrubého zacházení, ponižováním přestupků vůči osobní svobodě, nutnost odpovídat na invazivní otázky. „*Provider stigma*“ je zmínkou o obavě, že někteří lékaři nemusejí poskytovat tak kvalitní péči, nebo že nemusejí být všichni pacienti léčeni stejně kvalitně (Stuber a kol., 2000).

### 3. Vlastnosti a znaky stigmatu

**Stigma** existovalo již *dávno* před psychiatrií, ačkoliv psychiatrie nepřispěla zrovna k jeho redukci (Byrne 2000). Negativní postoje a základ *procesu stigmatizace* lze hledat již v procesu socializace, již ve školce si děti hrají na blázny a odmítavé či odměřené postoje přetrvávají do dospělosti (Byrne, 2000).

Lidé s duševní nemocí se střetávají se *stereotypy* obklopujícími duševní nemoc. Zahraniční studie ukázaly, že veřejnost lidí s duševní nemocí popisuje v jejich důsledku jako:

- psychopatické zabijáky/maniaky;
- shovívavé, prostopášné;
- pateticky smutné postavy;

- veselé a legrační figurky;
- či jsou přítomny jiné znevažující popisy (Byrne, 2000).

Jádrem stereotypu vztahujícímu se k duševní nemoci je vnímaná *nebezpečnost* a *nepředvídatelnost* (Schneider, 2001, Arboleda-Flórez, 2003).

Stigma se stalo značkou pro různou **zkušenost**, nesenou podobnými charakteristikami:

- zahanbení;
- vina;
- tajemství;
- role „černé ovce rodiny“;
- izolace;
- sociální vyloučení;
- vzdorování stereotypům;
- diskriminace (Byrne, 2000).

Schulze a Angermeyer (2003) identifikovali **4 hlavní dimenze stigmatu** (tj. oblasti, kde se stigma projevuje):

*Interpersonální reakce* – tato dimenze odkazuje na stigma projevující se v sociálních vztazích. Zkušenost s duševní nemocí (poruchou, hospitalizací, vyhledáním pomoci) často ústí v redukci sociálních vztahů.

*Veřejný obraz duševní nemoci* – negativní stereotypy o duševní nemoci v médiích jsou vnímány jako diskriminující a zraňující. Jako obzvláště zraňující jsou viděny obrazy lidí duševně nemocných jako násilných a nebezpečných.

*Strukturální diskriminace* – stigma a diskriminace se promítají i do sociálních struktur, politických rozhodnutí, právních regulací, apod.

*Sociální role* – nemoc je překážkou v zaměstnání a profesním životě (Schulze, Angermeyer, 2003).

*Znaky stigmatizujícího znaku:*

Na samotný proces stigmatizace a charakter stigmatu mají vlivy i některé atributy samotného stigmatizujícího (či stigmatizovaného) znaku.

- *viditelnost* – tj. jak je zřejmý;



- *kontrolovatelnost* – tj. jakým způsobem a jakou měrou jej lze ovlivňovat;
- *vliv* – zejména jak silné je vnímáno ohrožení (Goffman, 2003, Arboleda-Flórez, 2003).

Někteří autoři se omezují jen na dvě zásadní determinanty – **viditelnost** a **vnímanou kontrolovatelnost** (Puhl, Brownell, 2003).

*Dimenzemi* stigmatu podle Arboledy-Flórez (2003) jsou:

1. *perspektiva* – jde o způsob, jakým je stigma vnímáno, např. stigmatizujícím nebo stigmatizovaným;
2. *identita* – zda jde o osobní identifikaci či skupinovou příslušnost (příp. kontinuum);
3. *reakce* – tj. způsob, jakým osoby reagují na stigma či jeho důsledky, má kognitivní, afektivní, behaviorální úroveň.

Nejvýraznějším atributem stigmatu je zřejmě jeho *situační povaha* (Galinsky a kol., 2003).

Jiné dimenze, tvořící základ stigmatu popsali Jones a kol. (1984, podle Schneider, 2001). Jde o šest základních dimenzí, podle nichž se může stigma měnit:

- *popiratelnost* (utajitelnost) – některé věci, které se mohou stát možným zdrojem stigmatizace či odmítání, se dají snadněji zatajit (např. homosexualita), jiné jsou zřejmé na první pohled (např. tělesné postižení). Význam popiratelnosti je v tom, že zahrnuje jeden ze základních klíčů při prvním kontaktu, kdy je ve hře o člověku jen málo informací. Když se vyhýbáme člověku, kterého můžeme snadno identifikovat jako stigmatizovaného, bere nám to možnost lépe jej poznat, a tak zůstávají vlastní stereotypy nedotčeny. Naopak, v druhém případě, se můžeme o člověku dozvědět poměrně dost než odhalíme, že je stigmatizován, a naše znalost se v této otázce může změnit podle dojmu z této osoby.
- *časový průběh* – stigmata se mohou měnit v čase. Některé stavy se zhoršují (terminální choroby), jiné se mohou zlepšit (kožní nemoci), zatímco jiné se nemění (slepota). Stigma se může objevit náhle (dopravní nehoda), může přicházet postupně. Některé jsou vrozené (retardace), získané později (uvěznění), mohou se dále zlepšit (léky, chirurgicky, terapií), jiné léčit nelze.
- *estetická hodnota* – některá stigmata způsobují, že jsou lidé pokládáni za fyzicky

neatraktivní (podle našich kulturních měřítek), příkladem jsou obezita, jizvy ve tváři, tělesné vady.

- *původ* stigmatu – *vnímaný* původ stigmatu hraje důležitou roli v tom, jak reagujeme na osoby, které jsou takto označeny. Podstatným faktorem je zodpovědnost za svůj stav (Jones, podle Schneider, 2001). Obzvláště devaluujeme osoby, u kterých předpokládáme, že si stav v nějaké míře zavinili (Schneider, 2001).
- *riziko* nebo *nebezpečí* – mnoho stavů, které podléhají stigmatizaci jsou vnímány jako potenciálně ohrožující nebo nebezpečné.
- *narušení* („disruptiveness“) - míra zasažení stavem (Jones, 1984, in Schneider, 2001).

Kulturní vnímání duševní nemoci může být spojeno se dvěma druhy hrozeb, protože stigma duševní nemoc sytí dva druhy obav:

- obava z fyzického napadení;
- obava z kontaminace - to znamená, že může být vnímáno ohrožení, že také můžeme ztratit své zdraví (Arboleda-Flórez, 2003).

Specifickým faktorem působícím na stigma je **vnímaná nebezpečnost** (Thompson a kol., 2002). Thompson a kol. se domnívají, že ovlivněním tohoto faktoru lze efekt stigmatu významně snížit.

Dalším vlivem je **vnímaná prognóza**. Vnímaná slabá šance na zlepšení či vyléčení (ať už s léčbou nebo bez ní) je spojována s horšími postoji a tendencemi vyloučit pacienta ze společnosti (Thompson a kol., 2002). Optimismus v souvislosti s efektivitou léčby by se mohl pojit s nižším stigmatem, osoby, které myjí vyšší očekávání od léčby se cítí ve společnosti osob s duševní poruchou lépe (Mann, Himelein, 2004).

Výzkum ukázal, že významným prediktorem stigmatu je větší víra v **biologický** či **genetický základ** nemoci (Mann, Himelein, 2004).

K vlivu *blízkosti* či **zkušenosti** – využití zkušenosti a kontaktu se opakovaně ukazuje jako velmi efektivní při porozumění duševním poruchám, snížení úzkosti a obav (Maruyama a kol., 2001).

Při studiu stigmatizace se jako užitečné ukázalo používání konceptů předsudků, diskriminace a stereotypu.

**Předsudky** v tomto kontextu jsou často chápány jako „hostilní postoje k druhým jednoduše proto, že patří k určité skupině, která je pokládána za vlastníci problematické či nežádoucí charakteristiky“ (Boyd, 2005, str 18). Jejich podstatnými znaky jsou (a) silná emoční akcentovanost, a (b) velká odolnost vůči změnám (Nakonečný, 1999). Jde o zvláštní případ postojů charakteristických negativním zabarvením (Nakonečný, 1999, Výrost, Slaměník, 1997), což odkazuje k sociálně psychologickým teoriím postojům, zvláště možností jejich změn.

**Diskriminaci** pak autoři chápou jako „odlišené zacházení s druhými, protože jsou členy určité skupiny“ (Boyd, 2005, str. 18).

**Stereotypy** jsou „soubory charakteristik, o kterých se předpokládá, že vystihují určitou vymezenou skupinu lidí“ (Výrost, Slaměník, 1997, str. 110). Boyd je ve vztahu ke stigmatu popisuje jako „očekávání, že se druzí budou chovat určitým způsobem, který potvrzuje obvyklá negativní vnímání jejich kulturní skupiny“ (Boyd, 2005, str 18). Wright a Taylor (2003, [online]) je pro tyto účely definují jako „primárně kognitivní přesvědčení sdílené členy jedné skupiny o sdílených charakteristikách jiné skupiny“. Předsudky tito autoři vidí jako „sociálně sdílené přesvědčení nebo hodnocení skupiny zahrnující pocity spojené s přesvědčením“ jde o sociální fenomény. Zahrnují *depersonalizaci*. Lze říci, že cílem stereotypů a předsudků je sociální kategorie, kdy členové cílové skupiny jsou viděni ne jako individuální osoby, ale jako objekty těchto kategorií. Stereotypy a předsudky jsou *sociálně sdílené* a jsou *těsně spojeny s meziskupinovými vztahy* (Wright, Taylor, 2003).

#### 4. Teorie vysvětlující stigmatizaci

V této kapitole lze nalézt přehled teorií, které se vyjadřují k tomu, jak stigmatizace vzniká, a pokouší se vysvětlit, jaké mechanismy stojí v jejím základu. Některé z těchto teorií jsou hodně obecné, teoretizující či vycházející z obecnějších teorií sociální psychologie. Jiné jsou více vztažené přímo k tématu duševní nemoci, často vycházejí z konkrétních výzkumných poznatků (či byly přímo navrženy k účelům výzkumu) a mohou implikovat i následné intervence.

#### 4.1. Obecné teorie stigmatizace

Není žádná všeobecně přijímaná teorie stigmatu (Smith, 2002), i přesto, že jsou některé častěji zmiňovány. Teorie zařazené zde navazují na obecnější sociálně psychologické koncepty a bývají často zmiňovány v souvislosti s teoretickým podkladem stigmatizace. Mohou být tedy aplikovány nejen na skupinu duševně nemocných (či lidí, kteří v minulosti vyhledali „psychopomoc“), ale i na jiné skupiny, jako jsou HIV pozitivní, homosexuálové, etnické menšiny, atd.

Je však třeba říci, že v případě některých se lze setkat spíše s útržkovitými zmínkami, bez dostatečného zpracování.

##### **Atribuční teorie**

Atribuční teorie především zkoumají vnímání kauzality a důsledky tohoto vnímání. Atribuční výzkum se zabývá tím, jak lidé ve svém životě připisují příčinnost svému chování, chování druhých nebo jevům v svém sociálním okolí (Výrost, Slaměník, 1997).

Atribuční teorie naznačují, že lidé mají snahu hledat informace, které by umožňovaly determinovat příčiny nejistých výsledků. Například u obézní osoby lidé, kteří s ní přicházejí v kontakt, mohou hledat příčinu obezity (zvýšený příjem jídla, lenost, metabolická porucha či jinou), a to pak formuje jejich reakce na tuto osobu. Obdobně mohou lidé reagovat na člověka s duševní poruchou. Stigma by se pak dalo vnímat jako reprezentace negativního vnímání určité skupiny společností. Soubor zkušeností, domněnek a předpokladů je využíván ke kategorizaci informací o sociálních skupinách a k formování dojmů a očekávání od jedinců (Puhl, Brownell, 2003a).

##### **Teorie realistického konfliktu („Realistic Conflict Theory“)**

Podle této teorie předsudky, spojené s nežádoucími dopady, vznikají z konfliktů zájmů mezi skupinami a ze snahy získat moc nad zdroji (tj. získat status, vliv nad financemi, oblastí, apod.). Tato teorie se soustřeďuje na roli materiálních zájmů, meziskupinové postoje jsou vnímány jako produkt ekonomických vztahů mezi skupinami (Puhl, Brownell, 2003a, Wright, Taylor, 2003).

### **Teorie sociální identity**

Z hlediska teorie sociální identity stereotypy vznikají na základě procesu sebekategorizace, v němž se umísťujeme do skupin patřících k určitým sociálním kategoriím. Svou skupinovou identitu rozvíjíme srovnáváním mezi skupinovými členstvími. Podle této teorie je jádrem předsudků udržet si pozitivní sociální identitu. To se děje přiřazováním stereotypů druhým jako „horší“, u atributů, které jsou danou skupinou vysoce hodnoceny. Stručně řečeno, přejeme si patřit ke skupinám, které jsou pozitivně hodnoceny a nepřejeme si patřit do skupin hodnocených negativně. Tento status je determinován skupinovým srovnáváním, poznamenaným snahou členů zvýhodněných skupin udržet si svou nadřazenou pozici (Puhl, Brownell, 2003a, Wright, Taylor, 2003). Navíc jsou osoby motivovány chovat se konzistentně se svými identitami, jinak riskují ztrátu vztahů, jestliže poruší očekávání vztahující se k jejich chování (Lee, Craft, 2002).

### **Teorie integrované hrozby („Integrated Threat Theory“)**

Existují určité typy hrozeb (ohrožení), které vytvářejí předpojatost či falešný úsudek. Je to jednak (1) realistická hrozba skupinovému pocitu pohody; (2) symbolické hrozby, které ohrožují hodnoty a standardy skupiny; (3) meziskupinová úzkost, tj. když se skupiny cítí vzájemně ohroženy jedna druhou; a (4) negativní stereotypy, které zvyšují anticipaci negativních událostí od druhé skupiny (Stephan, podle Puhl, Brownell, 2003a). Tyto hrozby budou pravděpodobněji více vnímány, když již byl v minulosti mezi skupinami nějaký konflikt, existuje rozdíl ve statutu, silná skupinová identifikace, malá znalost skupiny a negativní nebo malý kontakt mezi skupinami (Puhl, Brownell, 2003a).

### **Teorie hrozby stereotypu („Stereotype Threat“)**

Teorie hrozby stereotypu se opírá o fakt, že předsudky a stereotypy jsou součástí naší kulturní znalosti a jak jejich obsah, tak hodnocení jsou známy i členům ohrožené skupiny. Úzkost, vyvolaná vědomím, že s jedincem může být zacházeno na základě těchto stereotypů, nebo že je může potvrdit, představuje další tlak na členy této skupiny. Ten pak může interferovat s výkonem v daném úkolu. Vzniká tak kruh, kdy stereotypem ohrožená osoba dosahuje horších výsledků (v daném úkolu), a tak potvrzuje očekávání založené na tomto stereotypu (Wright, Taylor, 2003).

### **Nálepkovací teorie („Labelling Theory“)**

Jde o velmi vlivnou teorii, jejíž hlavní myšlenkou je, že to není ani tak samotný atribut (např. nemoc, způsob chování, vzhled), který má nežádoucí dopad, ale nálepka („label“), pojmenování, zaškatulkování, označení, které vede k odlišným reakcím druhých na takto označenou osobu. Tato nálepka se většinou váže k nežádoucím charakteristikám.

Odlišné chování vede k reakcím okolí, které ústí v označení „nálepkou“ (v české, zejm. starší, literatuře lze nalézt také jako „označkování“). Další projevy jsou pak vnímány skrze tuto nálepkou a vykládány v souladu s příslušným stereotypem. To vede k diskriminaci, která může posilovat odlišné chování a prožívání (Libiger, 2001). Nálepky mohou být důležitými klíči v našem vnímání, a nálepka ovlivňuje naše reakce na lidi takto označené, nezávisle na skutečném chování (Schneider, 2001, Chromý, 2002). Optikou nálepkovací teorie jsou symptomy a chování viděny jako porušování sociálních norem či produkt situace, ne jako projevy psychopatologie (Byrne, 2001).

Nálepkování se může dít na laické úrovni i odborné úrovni, kde každé se řídí jinými zákonitostmi. Laici mají tendenci chování normalizovat, zejména blízcí směřují k zeslabování jeho problematičnosti a uvedení v soulad s normami, odborníci a vzdálení lidé typicky reagují nálepkováním. Klasická medicína považuje tento proces přidělení nálepky (ve formě diagnózy) za přínosný, naopak nálepkovací teorie poukazuje na negativní dopady tohoto procesu (Chromý, 2002, Baštecká, Goldmann, 2001).

Tuto teorii podporují empirické zkušenosti, např. bylo vypořádováno, že všeobecně má problematičtější chování větší šanci stát se přechodným a málo významným, když není označeno či diagnostikováno, nálepkování není tolik závislé na problematičtější chování jako na dalších okolnostech, např. zacházení odborného personálu s klientem či pacientem v podstatě brání v opuštění role dané nálepkou. Sociální okolí reaguje (např. po opuštění léčebny) často více na nálepkou než na chování nálepkovaného (Chromý, 2002).

### **Evoluční teorie**

Jde o skupinu teorií vedených stanoviskem, že stigmatizace slouží jako ochranný mechanismus společnosti, jež směřuje k „upozadění“ jedinců, kteří mohou být

vnímání jako určitým způsobem nežádoucí.

Jedinec je vyloučen ze skupiny kvůli charakteristikám neslučitelným se skupinovými. Tyto charakteristiky plynou z toho, co bylo v minulosti osvědčeno jako adaptivní. Lidé jsou motivováni vyhýbat se druhým, kteří mohou představovat pro společnost ztrátu či zvýšenou náročnost. Jedinci vylučují druhé ze členství ve skupině, aby si udrželi přístup ke zdrojům pro členy skupiny, k níž patří; například mohou být jedinci stigmatizováni, jestliže nejsou adekvátními členy sociální výměny, představují zdravotní riziko, jsou agresivní, nebo porušují pravidla týkající se majetku, atd. Pozornost je přesměrována od znehodnocování jedincovy identity k procesu, kdy jedinec naplňuje určitá kritéria a je vylučován z různých druhů sociálních interakcí (Kurzban, Leary, 2001).

Všechny tyto teorie mohou být užitečné při vysvětlování určitých aspektů stigmatizace a jejího dopadu. Liší se nejen v celkovém přístupu, ale zdůrazňují také každá jiné aspekty takové zkušenosti. Například Lee a Craft (2002) porovnávali perspektivu teorie identity s nálepkovací teorií. Upozorňují na to, že ani tak nejde o alternativy jako o rozšíření perspektivy. Teorie sociální identity více specifikuje vliv vztahů a vnitřní motivace chování, zatímco nálepkovací teorie zdůrazňuje překážky, které mohou sociální reakce představovat pro jedince (Lee, Craft, 2002).

#### **4.2. Specifické teorie stigmatizace duševní nemoci**

Výše zmiňované teorie mají kořeny v sociálně psychologických, či jiných obecnějších teoriích, vysvětlují obdobné situace (např. odmítání, snížený status, změny v interpersonálních vztazích, atd.) a dají se tudíž aplikovat i na situace stigmatizace duševně nemocných. Většinou bývají v příslušných významech jen krátce zmíněny, připomenuty. Teorie zařazené zde se zabývají přímo situací stigmatizace a byly vytvořeny, aby ji vysvětlovali, případně jako výzkumný model.

##### **Goffmanova teorie**

Teorie E. Goffmana má dnes spíše historický význam, přesto obsahuje několik zajímavých a i dnes inspirativní momentů. Její význam a neustávající citovanost jsou založeny zejména na tom, že byla první ucelenou prací zabývající se tímto tématem. Americký sociolog ji podal v roce 1963 v knize *Stigma: Poznámky o způsobech*

*zvládání narušené identity.*

Termín stigma definuje jako „silně diskreditující atribut“ (Goffman, 2003, str. 11), stigma může být také pokládáno za zvláštní vztah mezi atributem a stereotypem. Rozlišuje tři druhy situací, stigmat:

- *tělesné deformity,*
- *vady charakteru a*
- *kmenová stigmata* (šířící se po rodových liniích, zasahující celé rodiny).

Vždy jde o situace *diskreditující* (atribut je zřejmý a viditelný) nebo *diskreditovatelné* (nejsou na první pohled patrné, přítomna je hrozba jejich odhalení).

Osoby nezasazené stigmatem nazývá *normálními*. Tyto osoby mimo jiné věří, že osoba se stigmatem není tak docela člověkem. Mají sklon připisovat jí i další nedokonalosti na základě jedné původní. Osoby zasazené stigmatem nazývá *našinci* a osoby spřízněné *zasvěcenými*. Jde o osoby sice „normální“, ale dobře obeznámené se situací stigmatizovaného. Zabývá se i vlivy různých situací na osobní identitu (Goffman, 2003).

### **Haghighatova unitární teorie stigmatizace**

R. Haghighat vytvořil svou teorii v reakci na nepřítomnost vysvětlovacího rámce, jako pokus o „unitární“, ucelující teorii, se záměrem využít ji jako teoretický základ při intervencích. Důraz je kladen na její praktické využití. Zároveň při jejím výkladu využívá výsledky výzkumů různých sociálně psychologických fenoménů.

Původ stigmatizace vidí v různých typech zdrojů:

*Konstituční zdroje* – základ představuje mozek operující s velkým množstvím dat. Aby s nimi mohl zacházet, využívá opakování, řazení událostí do kategorií, využívá stereotypů – kategorizuje objekty a události, aby ekonomizoval své zdroje a poskytl rychlé výstupy. Navíc má tendenci spojovat negativní události, které jsou vzácnější než neutrální nebo pozitivní události, s dalšími vzácnějšími objekty, například členy minoritní skupiny. Konstituční faktory vedou často k nefér úsudkům, ale jsou adaptivní (Haghighat, 2001).

*Psychologické zdroje* – lidé žijí ve skupinách a neustálém srovnávání. Chtěli by být šťastnější, úspěšnější, mít lepší postavení než ostatní. Benefitují z přítomnosti stigmatizovaných tím, že je mohou pokládat za „horší“ než sami sebe. Zároveň se snaží vyhnout kontaktu s nimi kvůli nepohodě, kterou by to zřejmě v nich vyvolalo



(Haghighat, 2001).

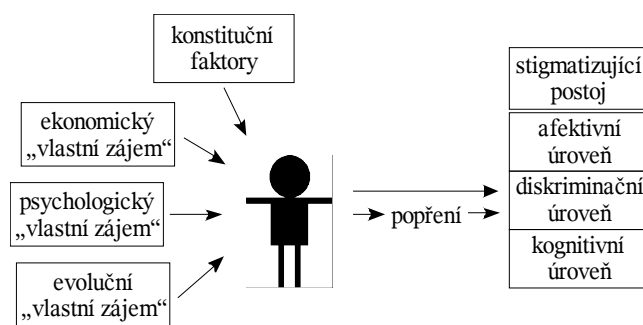
*Ekonomické zdroje* – představuje převzetí myšlenky, že je soupeření motivováno touhou získat lepší postup k omezeným zdrojům. Stigmatizace je využita jako prostředek socioekonomického soupeření.

*Evoluční zdroje* představují pojetí stigmatizace jako taktiky pro přežití a reprodukci. Významným motivem je snaha vyhnout se nebezpečí a soupeření ve službách genetického zájmu (Haghighat, 2001).

Jako všechny postoje, i stigmatizace má podle Haghighata tři složky: *kognitivní* (např. „schizofrenici jsou násilní“); *afektivní* (např. úzkost); a *diskriminační* (jako behaviorální projev).

Na různé zdroje stigmatizace navazuje šest úrovní navrhovaných intervencí:

- kognitivní úroveň – edukační intervence;
- afektivní úroveň – psychologická intervence;
- diskriminační úroveň – legislativní intervence;
- úroveň popření/odmítání – lingvistická intervence;
- ekonomický původ – politická intervence;
- evoluční původ – intelektuální a kulturní intervence (Haghighat, 2001).



**Obr. 2:** Princip vlastních zájmů, struktura stigmatizace a potenciální cíle intervencí podle Haghighatovy teorie stigmatizace (Haghighat, 2001).

K této teorii se váže kritika, zejména ve znamení toho, že jde o teorii čistě teoretickou, empiricky neověřenou, postavenou na výběru literatury. Klade velký důraz na význam vlastních zájmů (v pojetí spíše evolučně-biologickém), „sebe-zájem“ (tj. vlastní zájem, pozn.) používá často jako „vše vysvětlující princip“, a nezabývá se osobností stigmatizovaného (Crisp, 2001). Její význam lze vidět

zejména v tom, že jde o pokus sestavit ucelenou teorii stigmatizace. Její sestavení bylo vedeno zájmem odvodit možné intervence.

### **Weinerův (rozšířený) atribučně emoční model stigmatizace nemocných osob**

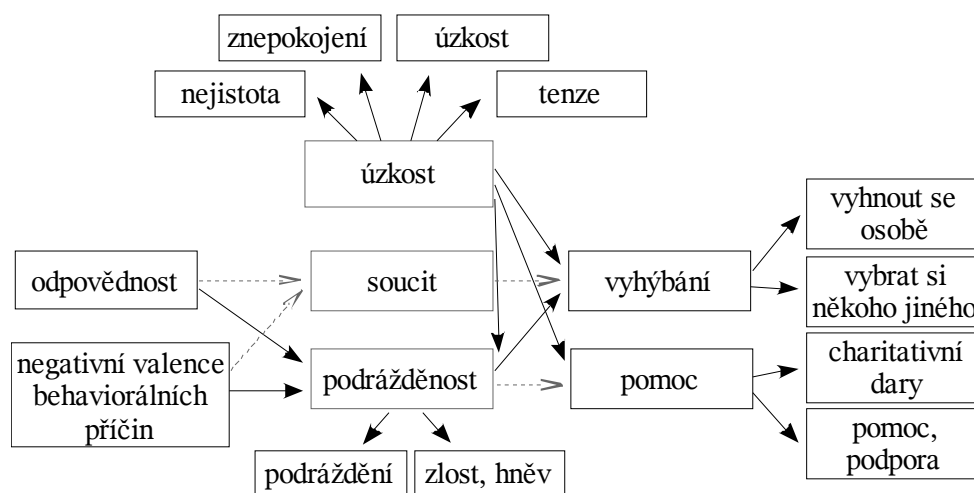
Původní Weinerův model byl vytvořen pro stigmatizaci somatické nemoci, váže se např. k výzkumům zabývajících se AIDS, apod. Byl dále rozšířen, zde je prezentována jeho podoba pro specifika situací duševních poruch. Tato verze byla také experimentálně testována (Dijker, Koomen, 2003).

Ve Weinerově modelu je tendence sociálně odmítat či stigmatizovat nemocné a handicapované ovlivňována dvěma základními determinantami – *zlostí* a *soucitem* (lítostí). Zlost podněcuje hostilitu a odmítání, zatímco soucit motivuje prosociální chování. Obojí jsou deteminovány měrou, do které je jedinec vnímán jako osobně odpovědný za svůj stav (čím více je osoba viděna jako odpovědná za svůj stav, tím více zlosti a tím méně soucitu vzbuzuje) (Dijker, Koomen, 2003).

Dijker a Koomen (2003) přidali třetí determinantu – *úzkost* a zároveň model empiricky testovali.

Výzkumně prokázali, že vnímaná osobní odpovědnost je významnou determinantou reakcí na tyto osoby. Spolu s ní by měly být brány v úvahu i jiné faktory, jako závažnost nemoci, příčina v chování a vnímané utrpení/trápení.

Osobní odpovědnost a negativně hodnocená behaviorální příčina jsou pozitivně vztaženy k podráždění a tendencím vyhnout se; a negativně k soucitu. Negativní behaviorální příčina může mít také vztah k vyšší úrovni úzkosti. Souhlasně s Weinerovým modelem, soucit a zlost hrály mediující roli jako motivační stavy, které měli specifické důsledky v chování, navíc prokázali, že úzkost je další emocií, která hraje důležitou roli.



**Obr. 3:** Upravený Weinerův atribučně emoční model, výsledky testování vztahů pro duševní nemoc. Černé šipky označují experimentálně prokazané pozitivní vztahy (kladné korelace), šedé šipky záporné korelace (Dijker, Koomen, 2003).

### Konceptualizace stigmatu autorů Linka a Phelana

Jde o poměrně nový koncept zahrnující současné výzkumné poznatky a reagující na nedostatky v oblasti teoretického vymezení stigmatu.

Stigma, podle Linka a Phelana (2001a, 2001b), funguje skrze čtyři procesy:

1. *rozlišování mezi lidmi a nálepkování odlišností mezi nimi* – běžně jsou odlišnosti mezi lidmi přehlíženy (např. barva očí), v některých případech si jich všímáme a jindy jsou významné (např. leváctví). Některé odlišnosti jsou vnímány jako podstatné, existuje určitý sociální výběr, co významné je a co není. Odlišnosti bývají pojmenovány a „zastrčeny“ do kategorií;
2. *spojování lidí, kterým byla udělena nálepka, s nežádoucími charakteristikami* – takto označené rozdíly jsou spojovány s nežádoucími atributy. Stigma se může objevit, když nálepka spojená s osobou a stereotyp vedou k nežádoucím charakteristikám, které tento stereotyp tvoří. Tento aspekt byl předmětem studia mnoha výzkumů stigmatizace;
3. *separování „my“ od „oni“* - když je nálepkou označená osoba pokládána za naprosto odlišnou, stereotypy mohou být snadno naplňovány, protože je vnímáno jejich malé poškození atribucí všech těch špatných charakteristik „jim“. V extrémním případě není osoba pokládána tak docela za člověka, což

ústí v další proces:

4. *ztráta statusu a diskriminace*, které vedou k nerovným příležitostem a životním šancím.

- *závislost stigmatu na moci* je poslední a nezbytnou komponentou tohoto konceptu stigmatu. O stigma jde, když se objeví všechny čtyři procesy spolu s touto komponentou. Je třeba disponovat určitou mocí a vlivem (sociálním, politickým, atd.), aby se dalo stigmatizovat nějakou skupinu či osobu (Link, Phelan, 2001a, 2001b).

Tento přístup se pokouší přehledně ukázat hlavní rysy fenoménu stigmatizace, s ohledem na jejich následnost. Jednotlivé procesy lze dále studovat. Vyjadřuje se jen k tématu „public stigmatu“ a nevysvětluje proces sebestigmatizace.

#### *Požadavky a výzkum stigmatu*

Weiss a Ramakrishna (2001) sestavili výčet témat, kterým je třeba se věnovat v souvislosti s dalším výzkumem stigmatu:

- pracovní definice, které rozeznávají hlavní a odlišující rysy určitých chorob a sociálních kontextů;
- dokumentování zátěží spojených s různými problémy;
- porovnávání rozsahu a charakteru různých podmínek a v různých sociálních a kulturních podmínkách;
- identifikování hlavních témat, intervenční programy;
- hodnocení změn v čase a v odpovědích, intervence, sociální změny;
- výzkum benefituje z různých bodů pohledu, zkoumající zkušenost osob s problémem, laických osob, poskytovatelů péče a jiných osob;
- měl by zohledňovat otázky sociální politiky (lidská práva, přístup k zdravotní péči, sociální služby, atd.) (Weiss, Ramakrishna, 2001).

Jako klíčové oblasti pozornosti byly identifikovány (i) rozvoj metod a přístupů ke studiu tohoto fenoménu, (ii) programy směřující k redukci a (iii) mediální obraz a jeho vliv na postoje a efekt na znalosti a domněnky o duševních poruchách (Otey, Fenton, 2004).

Toto úsilí by mělo směřovat a ústít v porozumění procesu stigmatizace, faktorům,

kteří ji podněcují, a mechanismům, které vedou k jejím negativním důsledkům (Link a kol., 2004).

### *Shrnutí:*

Tato část se pokoušela přiblížit základní pojmy spojené se stigmatem, obtížnost v definování a teoretických přístupech a předložit základní teorie zmiňované v teoretických odkazech. Odráží nejednoznačnost typickou pro celou tuto oblast.

V charakteristice studovaného jevu existovala dříve tendence vymezovat stigmatizaci pomocí Goffmanovy definice. Jeho koncept, dnes nevyhovující, vystřídal reakce snažící se nedostatky překonat. Pojí se s nimi často kritika upozorňující na zachycení jen některých aspektů, definice slovníkové, nemluvě o ztotožňování zkoumaného fenoménu s projevy diskriminace. V současné době neexistuje všeobecně přijímané vymezení. Spojujícími rysy, které by se zřejmě měly ve vymezení objevovat je sociální kontext, pocit nižší hodnoty, negativní sociální posouzení, spojení s typickými atributy, původní sociální proces zasahující do identity a sebepojetí, nežádoucí vliv vstupující do života s důsledkem odstupů, vyhýbání či diskriminace.

Základní pojmy „public stigma“, „self-stigma“ a „courtesy stigma“ (se zatím neuspokojivým českým překladem) mohou současně vymezovat jednotlivé oblasti jevu stigmatizace, kam je možno obracet odbornou pozornost. Jako užitečné se ukazuje vymezení dvou nejdříve zmíněných pomocí konceptu vysvětlujícího je v termínech stereotypů, předsudků a behaviorálního účinku.

Teorie pokoušející se vysvětlit stigmatizaci mají své zdroje jak v obecnějších, např. sociálně psychologických, evolučních, a dalších přístupech, tak byly zaznamenány pokusy vytvořit teorie specifické, šité „přímo na míru“ studovanému jevu. Z obecnějších teorií se zdá nejpropracovanější teorie atribuční, jež je také často zmiňována, a nálepkovací, z níž její základní termín „label“ - nálepka přišel i do širšího povědomí. Pokusy o vytvoření specifické teorie bývají ovlivněny jejich zamýšleným využitím. Mohou v nich být implicitně obsaženy možnosti intervence či prevence, vzácnější jsou experimentálně ověřované modely.

### III. Vliv stigmatu na psychiku

---

O dopadu stigmatizace (v tomto případě stigmatizace duševní nemoci) na zasažené osoby nebylo napsáno mnoho. Literatura je velmi kusá. Přesto se pokusím zde podat výklad zdokumentovaných poznatků alespoň v míře, v jaké je to možné.

Výzkum je mnohem více zaměřen na reakce veřejnosti, méně se bere v úvahu osobní zkušenost dotčených lidí (Dinos, Stevens a kol., 2004).

Mnoho lidí s duševní nemocí je vystaveno dvojí výzvě. Na jedné straně bojují se symptomy a omezeními, které vyplývají z nemoci, na straně druhé jsou dostihováni stereotypy a předsudky, které vyplývají z představ o duševních nemocech (Corrigan, Watson, 2002a). Navíc, být označen za duševně nemocného přináší jak vnitřní (tajemství, nižší sebeúcta, hanba), tak vnější (sociální vyloučení, předsudky, diskriminace) důsledky (Byrne, 2001).

#### 1. Vliv stigmatu na psychiku – oblasti dopadu

##### 1.1. Všeobecný přehled (jak vypadá subjektivní zkušenost)

V popisech, které se pokoušejí zachytit zkušenost s duševní nemocí jako celek, dominují zmínky o **stigmatu** a **strachu z negativních reakcí**. Jako stigmatizující zkušenost je bráno *zaslechnutí zraňujících či urážlivých komentářů, shlednutí (nebo vyslechnutí) zraňujících věcí prezentovaných v masových médiích, a obavy z toho, že budou druhými viděni v nepříznivém světle*. Udávána je zkušenost se zacházením s člověkem jako méně kompetentním, vyhýbání druhých kvůli duševní nemoci, poslouchání rad týkajících se očekávání v budoucím životě (Wahl, 2004a, 1999).

Respondenti takto zaměřených výzkumů mají tendenci udávat všeobecně menší míru zkušenosti s otevřenou *diskriminací* než by se dalo očekávat (viz jinde), zmiňují vysokou míru *skrývání* těchto informací a své historie. Mezi zdroji stigmatizující zkušenosti je pochopitelně udávána široká veřejnost, spolupracovníci, ale významné postavení má i rodina (jako druhý nejčastější zdroj) a poskytovatelé péče (Wahl, 2004a).

Emoční reakce na stigmatizující události bývají silné a nejčastěji jde o *strach*,

*zranění, zbavení odvahy a smutek.* Sami ti, kterých se tato zkušenost dotýká, popisují její dopad jako *snížující sebeúctu* („self-esteem“), motivaci k *redukci sociálních kontaktů*, vyústění v *méně důvěry v ostatní*. Méně často se ucházejí o práci, různé licence a oprávnění nebo přijetí do škol (Wahl, 2004a). *Sociální odmítání* může vést k *sociálnímu stažení*, uživatelé péče mohou *přijmout nízká očekávání druhých*. *Pocity beznaděje a nedostatek pozitivních vyhlídek* do budoucna jsou faktory ovlivňující vysokou suicidalitu lidí s vážnými potížemi v oblasti duševního zdraví (Gray, 2002). Na druhou stranu lidé setkávající se se stigmatizací duševní nemoci popisují i pozitivní důsledky, jako je *zvýšená motivace uzdravit se, zlepšení porozumění druhým lidem s nějakým postižením* či *znevýhodněním*, a *posílení (zocelení)* (Wahl, 2004a).

K obtížnostem patří zkušenosti s *odmítáním* druhými. Psychiatrická nálepka sama o sobě může vyvolat *nedůvěru, pochybnosti, pocity zahanbení, zděšení, zármutku, a zlosti* (Gray, 2002). Většina respondentů výzkumů udává, že se snaží *skrývat* své potíže, a velmi se snaží, aby ostatní nezjistili, jak se věci mají, ve snaze vyhnout se nepříznivému zacházení (Wahl, 1999).

Pozorovat lze celé kontinuum reakcí, od mírných (např. ticho, *mlčení*, popření) až k ostrakismu a násilí. Ticho a mlčení mohou být nejzhorbnější reakcí na stigma (Brown a kol., 2001).

Dříve se udávaly tři hlavní vlivy

- *sociální odmítání a izolace*,
- *snížená očekávání*,
- *zvnitřněné stigma* (Reidy, 1993).

Nyní lze nalézt mnohem více zasažených oblastí.

## **1.2. Reprezentace pojmu duševně nemocný**

Výsledky studie reprezentace pojmu duševně nemocný u psychiatrických pacientů, konané v našich podmínkách, ukazují na negativní zabarvení tohoto pojmu. Je spojován se sociální izolací, smutkem, depresivním laděním, pocity subjektivního utrpení a bezmoci (Valášková, Machů, 2000).

Osoby s psychiatrickou zkušeností jsou si pochopitelně vědomy stereotypů, které jsou o duševních nemocech rozšířeny. Tyto stereotypy a postoje mají negativní dopad

na kontakty a zacházení s nimi. Nicméně v některých výzkumech se ukazuje významný rozdíl mezi *očekávanou mírou devaluování* těchto osob (zacházení s nimi jako méně inteligentními, méně schopnými, méně kompetentními), kterou udává laická veřejnost a kterou udávají sami ti, kterých se to dotýká. Ovšem tento rozdíl je opačný než by se dalo očekávat – udávaná očekávaná míra znevažování (např. jako souhlas s tvrzením, že většina lidí si myslí, že osoby s duševní nemocí jsou méně inteligentní, méně kompetentní, brání méně vážně...) je nižší než ta, kterou udává laická veřejnost (Freidl, Lang, Scherer, 2003).

### 1.3. Anticipace stigmatizace/diskriminace

Skutečná míra stigmatizace a anticipovaná stigmatizace se mohou lišit. Obecně se dá říci, že *většina pacientů očekává negativní reakce* od okolí (Angermeyer a kol., 2004a, Holzinger a kol., 2003, Stengler-Wenzke a kol., 2004). Nicméně je nutno rozlišovat mezi anticipovanou a skutečnou stigmatizací (Angermeyer a kol., 2004).

Nejvíce odmítání je očekáváno *v pracovní oblasti*, dále *v partnerských vztazích* (Stengler-Wenzke a kol., 2004, Roeloffs a kol., 2003, Holzinger a kol., 2003, Corrigan a kol., 2003). Ačkoliv jsou nejčastěji očekávány potíže v pracovní oblasti, konkrétní zkušenosti se stigmatizací nejčastěji zasahují oblast *interpersonálních vztahů* (Angermeyer a kol., 2004, Holzinger a kol., 2003). K tomu se připojují *zraňující mediální zobrazení duševně nemocných a překážky v přístupu k sociálním rolím* (partnerství, práce, atd.) (Holzinger a kol., 2003).

Míra očekávaného odmítání nemusí korespondovat s mírou skutečně zažívaného odmítání či diskriminace. Největší rozdíly mezi anticipovanou a aktuální stigmatizací byly zjištěny u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou (Stengler-Wenzke a kol., 2004). Malé rozdíly se ukazovaly u pacientů s depresí a psychotických pacientů, ačkoliv zkušenosti se stigmatizací jsou u psychotických pacientů častější (Angermeyer a kol., 2004, Stengler-Wenzke a kol., 2004).

Častěji očekávají stigmatizaci také pacienti *z menších měst*, ačkoliv skupiny pacientů z menších měst/venkova a městského prostředí zakoušely stigmatizaci ve stejné míře (Angermeyer a kol., 2004).

Anticipovaná a skutečná stigmatizace nejsou totéž. Liší se v množství, jen slabě spolu korelují a jsou ovlivněny různými způsoby. Pacienti **anticipují stigmatizaci častěji** než ji skutečně zakoušejí (Angermeyer a kol., 2004).



#### 1.4. Interpersonální vztahy

Výsledky studií zaměřených na sociální okolí osob s duševní nemocí ukazují na jejich špatnou sociální integraci, někdy žijí jen v rodině bez vnější sociální opory (Kadri a kol., 2004).

Očekávání sociálního odmítání, spolu s pocitem zahanbení, vede k redukci sociálních vztahů, problémům se sociální identitou, až sociální izolaci (Schulze, Angermeyer, 2003, Lai, Hong, Chee, 2000, Reidy, 1993).

Fokusová skupina, která byla zaměřena na porozumění vlivu zkušenosti se stigmatem u mužů s psychotickou poruchou na interpersonální vztahy, našla hlavní témata, která následně dopadala do oblasti interpersonálních vztahů:

- významné *snížení* vnitřní a vnější *kontroly nad životem* v době počátku nemoci;
- vliv nálepkování a stigmatu na *interpersonální vztahy*;
- *změna v sebe-vnímání*, kterou to přináší (Lloyd, Sullivan, Williams, 2005).

Vliv stigmatizace v oblasti interpersonálních vztahů může být rozdělen na dva hlavní směry:

##### a. Stažení ze sociálních vztahů

Stigma má vliv na různých úrovních. Zavazuje dotyčného člověka (jako pacienta) a jeho rodinu zůstat sociálně izolovaný (Kadri a kol., 2004, Gaebel, Baumann, Phil, 2003, Perlick a kol., 2001). Je to jeden ze způsobů reakce na zahanbení a stigma – skrývání, stažení se z potenciálně stigmatizujících situací. Není příliš efektivní, ale může být emočně náročné. Také zvyšuje strach z prozrazení a udržuje negativní sebeobraz.

Tajemství a utajování je adaptivní odpovědí na potenciální hanbu. Na rozdíl od fyzické nemoci, kdy jsou mobilizovány sociální zdroje ke zvládnutí situace, dochází takto u lidí s duševní nemocí k vzdálení od potenciální opory a podpory (Byrne, 2001).

Redukce sociálních vztahů je jedním z *nejvýraznějších aspektů* subjektivně pociťované stigmatizace (Schulze, Angermeyer, 2003, Perlick a kol., 2001).

##### b. Odmítání druhými

Gray (2002) popisuje zkušenost s *odmítáním* jako lupu, která zvětšuje obtíže

s nepohodou spojenou s psychiatrickými potížemi. Sociální odmítání vidí jako příčinu snížené sebeúčinnosti („self-efficacy“), která vede k sociálnímu stažení.

Nejde jen o skutečné, ale i o očekávané odmítání druhými (Lai, Hong, Chee, 2000).

### 1.5. Sebeúcta („self-esteem“)

Nejzhoršivějším dopadem stigmatu je **internalizace negativních hodnocení** (Phillips a kol., 2002).

Ve výzkumech bylo prokázáno, že stigma silně ovlivňuje **sebeúctu** („self-esteem“) lidí s duševní nemocí (Thesen, 2001, Corrigan, Watson, 2002a, Schneider, 2001, Lai, Hong, Chee, 2000, Reidy, 1993, Link a kol., 2001). Studie, porovnávající stigma definované v termínech vnímání devaluace/diskriminace a sociálního stažení, ukázala, že u účastníků, kteří vykazovali v těchto škálách silnou míru stigmatizace, byla sedm až devětkrát pravděpodobnější nízká míra sebeúcty, a to i v dlouhodobém horizontu (Link a kol., 2001).

Na druhou stranu existují studie, které ukazují, že členové stigmatizovaných skupin mají tendenci *nemít sníženou sebeúctu* v takové míře, jak by se dalo očekávat (Osborne, Major, Crocker, 1992, Corrigan, Watson, 2002b). Crocker a Major (podle Osborne, Major, Crocker, 1992) navrhli vysvětlení mechanismů, kterými členové těchto skupin svou sebeúctu mohou chránit.

### 1.6. Identita

Poměrně často je popisována zkušenost, že tito lidé jsou klasifikováni jako „jiní“ („ti druzí“, „oni“). Tento stav má významné důsledky pro již výše zmiňovanou sebeúctu. Respondenti výzkumů zabývajících se individuální zkušeností udávají jako následky této situace izolaci, osamělost, nedostatek příležitostí v zaměstnání, finanční potíže, diskriminaci. Přidává se k tomu změněné chování druhých lidí, nedostatek posilujících (zplnomocňujících) zkušeností a nebezpečí, že bude člověk viděn jako duševně nemocný (Thesen, 2001). Mění se sebepojetí. Zhoršuje se sebehodnocení, snižuje sebeúcta (Wagnerová, 1999).

Jedním ze způsobů, jakým nemoc zasahuje do života je vliv na identitu. Beatty (2001) mluví o „identitě chronické nemoci“.

*Sociální identita. Koncept kolektivní identity*

**Sociální identita** je část individuálního self-konceptu, která pramení ze znalosti svého členství v sociální skupině spolu s hodnotou a emocionálním významem spojeným se členstvím v této skupině. Sociální, neboli kolektivní, identity odkazují k hodnocení identifikací s různými sociálními skupinami, do kterých lidé patří. Čili, v kterékoliv době mají lidé různé kolektivní identity na základě demografických faktorů nebo osobních sociálních sítí (Katz a kol., 2003).

Členství v sociální skupině je nezbytné, ne *dostačující*, ke kolektivní identitě – členství v dané sociální skupině se liší v termínech míry, do které se identifikujeme se skupinou, a ve způsobu, ve kterém hodnotí ostatní členy skupiny.

Jednou konceptualizací kolektivní identity, která získala empirickou podporu, je **4-dimenzionální model kolektivní identity** (collective self-esteem, CSE) – Luhtanen a Crocker (1992)

1. dimenze – *členství CSE* – jedincovo vnímání toho, jak dobře funguje jako člen dané skupiny;
2. dimenze – *osobní CSE* – zahrnuje jedincovo osobní hodnocení sociální skupiny;
3. dimenze – *veřejné CSE* – zahrnuje míru, do které osoba věří, že je ostatními členy sociální skupiny hodnocena kladně (oceňována);
4. dimenze – *identita CSE* – míra, do které je členství ve skupině významné v jedincově individuálním self-konceptu (podle Katz a kol., 2002).

Na tomto modelu je významné zachycení několikvrstevnosti vnímání svého členství ve skupině a ztotožnění se skupinou. Mohlo by to být vodítko pro další testování, např. toho která složka CSE je významná pro pocíťování stigmatizace a proces sebestigmatizace.

Zde se budou významně odlišovat výsledky studií zaměřených na míru sebe-stigmatizace a vnímané stigmatizace s použitím takto postavených metod a dotazníků ztotožňujících stigmatizaci se zakoušenou diskriminací. Navíc by zde mohl být potenciál pro vysvětlení procesu sebe-stigmatizace, resp. ne-sebe-stigmatizace.

Stigmatizovaní se mohou *cítit znevýhodnění*, co se týče příležitostí, které mají a výsledků, kterých dosahují. Negativní reakce a hodnocení ostatními může *limitovat* schopnost *oceňovat se pozitivně* a redukovat jejich smysl osobní integrity. Znevažující zacházení vede k dalším psychologickým momentům, které mohou dále narušovat *schopnost uspět* a přispět ke zhoršování jejich výkonu (Galinsky a kol., 2003). Následkem mohou být *snížená očekávání* (Reidy, 1993).

### 1.7. Stigma v oblasti práce a uplatnění

Jsou popsány také negativní dopady stigmatizace duševní nemoci do oblasti pracovního uplatnění (Angermeyer, 2004, Stuart, 2004, Beatty, 2001, Gaebel, Baumann, Phil, 2003).

Angermeyer (2004) navrhuje zkoumat tři dimenze stigmatu v oblasti práce:

- dimenzi sociálního stigmatu, tj. znalostí, postojů a praktik zaměstnavatelů;
- perspektivu pacientů, tj. sebestigmatizaci;
- právní a politický rámec, tj. strukturální diskriminaci.

Lidé s duševní nemocí mají nižší zaměstnanost, čelí nedostatku příležitostí ke kariernímu postupu, často jsou zaměstnaní na nižších pozicích, které nekorespondují s jejich dovednostmi a vzděláním. Jestliže se vracejí do zaměstnání následně po hospitalizaci, často čelí hostilitě a redukci odpovědnosti (Stuart, 2003).

### 1.8. Snížená spolupráce při léčbě jako důsledek stigmatizace

Stigma má vliv na *odkládání rozhodnutí vyhledat léčbu*, stejně tak je popsáno, že vede ke *špatné spolupráci* člověka s duševní nemocí (jako pacienta) s lékařem a jinými odborníky v oblasti péče o duševní zdraví (Kadri a kol., 2004, Sirey a kol., 2001). Nevyhledání péče je motivováno snahou utajit svůj stav a vyhnout se možným nežádoucím reakcím okolí (Byrne, 2002).

### 1.9. Další důsledky stigmatizace duševní nemoci

Mezi další důsledky stigmatizace duševní nemoci se zařazuje *odmítnutí pacientů vyhledat léčbu, zhoršená spolupráce* (nonkompliance s léčbou), *neschopnost nalézt zaměstnání*. Oblasti dopadu stigmatizace

- *hledání léčby* – je významným faktorem odrazujícím od vyhledání odborné pomoci;
- *compliance s léčbou* – zaznamenána je spojitost mezi nízkou mírou dodržování léčby (Kadri a kol., 2004);
- *sociální a ekonomické důsledky* – lidé s historií duševní nemoci se setkávají s nedůvěrou na trhu práce, je u nich pravděpodobnost dlouhodobé nezaměstnanosti, což může ústít v horší socioekonomickou situaci. Obtížnost nalézt bydlení, stejně jako práci se může pojit až se sociální izolací (Powell, 2003).

Další popisované vlivy:

- zlost;
- deprese a depresivně laděné myšlenky;
- soužití s celoživotní nálepkou;

- zvýšená zranitelnost a pocit zvýšené zranitelnosti;
- nastavení na očekávání degradace a devaluace;
- otázky sebe-prezentace před druhými;
- sociální izolace, osamělost, jinakost;
- změna vztahů s rodinou a přáteli (Reidy, 1993).

Stigmatizace duševních poruch se odráží i ve financování výzkumu příčin a léčby duševních poruch, v míře podpory zařízení poskytujících péči v oblasti duševního zdraví/nemoci (Powell, 2003).

Světová zdravotnická organizace definovala dva typy zátěže spojené s problémy v oblasti duševního zdraví (dva typy zátěže spojené s duševní nemocí). „**Nedefinovaná zátěž**“ duševních problémů se pojí s ekonomickou a sociální zátěží pro rodinu, komunitu, zemi. Ačkoliv je pokládána za značnou, nebyla měřena. „**Skrytá zátěž**“ odkazuje k zátěži spojené se stigmatem a porušováním lidských práv a svobod. Také ji je obtížné kvantifikovat (WHO, 2001).

*„Nedefinovaná zátěž“*

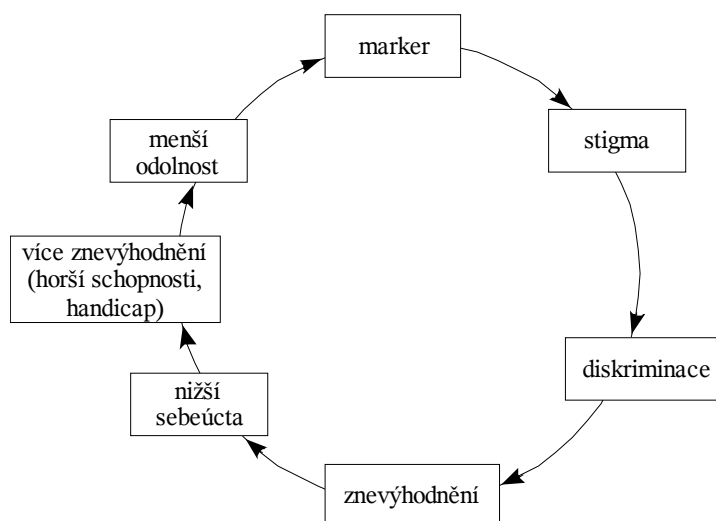
Duševní nemoci ovlivňují fungování, myšlenkové procesy, také ale dopadají na sociální roli a produktivitu ve společnosti. Znevýhodňují, trvají určitou dobu, mohou mít vliv na emoční a socioekonomické schopnosti příbuzných, kteří se starají o zasaženou osobu, zvláště, pokud není využita či poskytnuta léčba a podpora, například v raných fázích. WHO popisuje některé z ekonomických a sociálních nákladů jako: snížení produkce v důsledku předčasných úmrtí (sebevražd), v důsledku snížené schopnosti pracovat, snížené produktivity členů rodiny, kteří musí pečovat o člena rodiny, dále v důsledku nezaměstnanosti, odcizení a problémů se zákonem. Přináší emoční zátěž a sníženou kvalitu života členů rodiny a spojené finanční ztráty (WHO, 2001).

*„Skrytá zátěž“*

Osoby trpící duševní nemocí jsou v důsledky stigmatu: často jsou odmítány přáteli, příbuznými, sousedy a zaměstnavateli, což vede k agravovaným pocitům odmítání, osamělosti a deprese; často se nemohou rovnoprávně účastnit dění v rodině, v normální sociální síti a produktivním zaměstnání; stigma má škodlivý dopad na uzdravení nemocné osoby, schopnost vyhledat navazující služby, vyhledání léčby a úroveň získávané podpory a přijetí ve své komunitě; odmítání ovlivňuje také rodinu a ty, kteří se starají, což vede k izolaci a ponížení. Hlavní příčinou stigmatu jsou, podle WHO, mýty, miskoncepce a negativní stereotypy o duševní nemoci, které neustále přetrvávají (WHO, 2001).

### 1.10. Sebestigmatizace

Tento nesmírně zajímavý a důležitý fenomén zatím nebyl dostatečně popsán. Jeho přítomnost je brána na vědomí a často je prezentován jako důsledek stigmatizace.



Obr. 4: Cyklus stigmatu (Sartorius, podle Smith, 2002).

Zvnitřněné stigma pokládá mnoho těch, kteří jsou sami stigmatizováni za jeden z nejvýznamnějších aspektů stigmatu, protože se stává nezávislé na vnějších percepcích, a následně provází životem bez ohledu na vnější důkaz úspěchu nebo dosahovaných cílů (Reidy, 1993).

Světová zdravotnická organizace na toto téma mluví o *bludném kruhu* odcizení a diskriminace, které vedou k sociální izolaci, neschopnosti pracovat, institucionalizaci. Předsudky snižují kvalitu života ať jich samotných nebo jejich rodin a brání jim žít tak jako ostatní (WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 2005).

#### *Jak sami stigmatizovaní vidí stigmatizační proces*

Chápání samotného procesu stigmatizace v pojetí těch, kteří jí mají čelit studovala Reidy (1993):

- někteří jej vidí jako proces *pramenící* „uvnitř“ a „šířící se ven“ - pocházející, vzešlý z pocitů a reakcí stigmatizovaných samotných;

- zdroje lze nalézt *diskriminaci*, kultuře, širší společnosti – stigma je ztotožňováno s diskriminací, vyplývající účinnou strategií je pak ochrana lidských práv;
- většina účastníků komentovala *duální aspekt* stigmatu – vnitřní a vnější (zvnitřnění stigma a vnější podmínky);
- *sociální odmítání* v mnoha formách – může vést k segregaci, často je odmítání provázeno shromažďováním (lidé s podobně negativně hodnocenými kvalitami sdružování dohromady, např. v institucích), jindy je jemnější na interpersonální úrovni;
- *snížená očekávání* jako důsledek stereotypů – může bránit příležitostem, vytvářet a posilovat nízkou sebeúctu;
- *zvnitřněné stigma* – proces absorbování negativních sociálních přesvědčení a očekávání do vlastního „já“.

### 1.11. Rozdíly podle typu obtíží

Zvýraznění pocitů sociální izolace, smutku, subjektivního utrpení nalezly Valášková a Machů (2000) u pacientů trpících *afektivními poruchami*. U *neurotických poruch* může nastoupit silná úzkost. U neurotických a úzkostných poruch není hlavní otázkou stigmatizace člověka okolím, ale strach z ní (Praško, 2001).

Studie pořádané v zahraničí naznačují, že i ve skupině *depresivních* pacientů je stigma běžné (má vztah k věku, pohlaví, sociální opoře a zdravotního stavu) (Roeloffs a kol., 2004). U pacientů s *OCD* byla zjištěna významná míra nesouladu mezi anticipovanou a skutečnou stigmatizací, tento rozdíl se neukázal u skupin pacientů s depresí a schizofrenií (Stengler-Wenzke a kol., 2004).

Stigma spojené s depresí bylo porovnáváno s různými zdravotními problémy. Výsledky ukazovali, že je větší než například u hypertenze nebo diabetu, ale nižší než u HIV (Roeloffs a kol., 2004).

## 2. Udávané zdroje stigmatizace

Nejvíce zmiňovanými zdroji stigmatizace jsou:

- široká veřejnost;

- rodina;
- spolupracovníci (v tomto pořadí);
- dále poskytovatelé péče (Wahl, 2004a, Reidy, 1993).

Mezi dalšími zdroji lze nalézt sousedy, skupiny spolu-pacientů, málo alternativ péče, média, reklamní agentury (Reidy, 1993).

#### *Předpoklady, přesvědčení a praktiky, které byly shledávány stigmatizujícími*

V prostředí sociálních institucí a sociálních služeb se vyskytují praktiky, které klienti těchto zařízení shledávali stigmatizujícími:

- „*personál má klíče*“ - otázka moci a kontroly – ať už jde o nucenou léčbu, nebo nucené „cokoli“, což může být medikace, způsob léčby, ale i jednotlivé aktivity. Vyskytují se spolu s nátlakem (např. ukončení léčby spojené s ukončením pracovní neschopnosti při špatné spolupráci při hospitalizaci). Další praktiky vztahující se k moci a kontrole, např. omezení ve volném pohybu, přijímání rozhodnutí druhých;
- *rozdílný status* – lidé s duševní nemocí jsou vnímáni, a je s nimi tak zacházeno, jako lidé s nižším statutem (zvláště než personál v zdravotnickém systému);
- *režim a deindividualizace* – např. odlidštěné přijímací procedury, režimové aktivity, nutnost čekat. Tyto praktiky mohou nejen ke stigmatu přispívat, ale i vytvářet u klientů stigmatizovanou identitu „duševně nemocného“;
- *odloučení od běžného života*;
- *ne-vývojový přístup* – vnímaná absence orientace na růst a úspěchy, nerozlišování dílčích úspěchů, připomínání slabin a horších schopností;
- *typ aktivit* – umění, řemesla, dětské hry a další podobné aktivity (klienty prezentované jako „kreslení a ruční práce, něco jako když hlídáte malé děti“) namísto rozvíjené práce a sociálních dovedností, může implikovat pohled na člověka jako majícího malý potenciál;
- *život v akváriu* – nedostatek respektu k osobnímu soukromí, zkušenost s tím, být neustále pozorován, interpretování jakéhokoliv chování;



- *neadekvátní přístup k informacím* – u osob samotných nebo jejich rodin;
- *nedostatek pozornosti k osobnostním charakteristikám*;
- *jazyk a nálepkování* – např. slang, povýšený nebo žoviální jazyk, tón hlasu, eufemismy, medicínský jazyk, implicitní zahrnutí moci („nespolupracující pacient“), dehumanizace jazyka („umíst'ování lidí“);
- *jiné praktiky* - „second-hand“ služby - služby druhé kvality – nízká kvalita, množství finančních prostředků; přehnaná protektivita – např. zabavování nožů, nůžek, předcházení zraněním, mříže na oknech, apod. (Reidy, 1993).

### 3. Popsané faktory ovlivňující míru pocit'ované stigmatizace

Vliv stigmatu na pacienty a rodiny byl významně vyšší, jestliže respondenti vykazovali vyšší úroveň *vyjádřených emocí, závažnější symptomy, vyšší vzdělání* a žijí ve více *urbanizované* oblasti (Phillips a kol., 2002).

Větší vliv stigmatu a diskriminace byl popsán u mladších osob, s časnější dobou počátku nemoci, u neprovdaných/neženatých, méně vzdělaných, a mužských pacientů (Phillips a kol., 202). V oblasti práce byly více zasaženou skupinou ženy. Ohroženými jsou více ti, u kterých se setkává více faktorů, např. etnický původ, chronické zdravotní problémy (Roeloffs a kol., 2004).

Subjektivní význam a důsledky vnímané diskriminace souvisí s pozicí skupiny, k níž člověk náleží v sociální struktuře. U členů znevýhodněných skupin mají atribuce předsudkům tendenci být vnitřní, stabilní, nekontrolovatelné a odrážejí toto vyloučení a devaluaci. Podle *Modelu odmítání – identifikace* se s tím členové těchto skupin vyrovnávají pomocí *zvýšené identifikace* se svou skupinou (Schmitt, Branscombe, 2002).

### 4. Individuální zacházení se stigmatem

Studii, které by se zabývaly studiem individuálních subjektivních reakcí je mizivé množství. Následující text čerpá z těch, které jsou dostupné.

Poměrně často se používá pojem „coping“, který je spojen s reakcemi na zátěžové situace a často jsou modely reakcí na stigma („coping“ se stigmatem)

inspirovány modely zvládání stresu. Termín „coping“ je do češtiny obtížně převoditelný, „cope“ znamená vyrovnávat se s něčím, zvládat něco, průběhová forma je do češtiny obtížně přeložitelná. Používá se k označování chování, kterým zvládáme náročné (zátěžové, stresové) situace a nároky prostředí (Baštecká, Goldmann, 2001).

Slabinou současných prací je také využívání převážně popisného přístupu, na úkor implikace poznatků pro identitu, sebekoncepty, apod. Stigmatizované osoby jsou chápány jako jednoduše reagující na stigma, chybí hlubší porozumění pro motivaci (Lee, Craft, 2002).

Stigmatizované osoby se typicky pokoušejí vyhnout negativním důsledkům tím, že **zůstanou v tichosti a omezí interakce** na ty (s těmi), kteří akceptují jejich stav (Lee, Craft, 2002).

Základními popsányými strategiemi zacházení se stigmatem jsou **skrývání** (tajemství), **stažení** z potenciálně stigmatizujících událostí a preventivní **informování** druhých (vysvětlování).

1. První strategie, *tajemství*, zahrnuje popírání s účelem vyhnout se nežádoucímu statutu a odmítání druhých.
2. Druhá strategie, *stažení*, je vyhýbání se kontaktu, ochraňuje před odmítáním těmi, kteří neakceptují stigma či stav s ním související.
3. Třetí, *preventivní informování*, odkazuje ke zmaření nepříjemné reakce edukováním a informováním druhých, ještě předtím, než je tajemství odhaleno (Lee, Craft, 2002).

Bathurst a Grove (2000) vycházeli ze statistických čísel, které udávají, že každý pátý člověk musí v důsledku svých potíží vyhledat odborníky a položili si otázku, kde jsou všichni ti lidé? Zabývali se tématem **odhalení** (disclosure) poruchy duševního zdraví u studentů. Získali okruhy témat a jim odpovídajících strategií a zkušeností s odkrýváním své historie (v prostředí školy).

Tyto okruhy byly charakterizovány jako:

- *některé nemoci jsou lepší než jiné*
  - používání *jiných nálepek*, aby se vyhnuli příslušným reakcím, např. výmluva na fyzickou nemoc;
- *stigma, stereotypy, ignorování a diskriminace*
  - negativní reakce po odhalení vedou k vyčkávání až po

důkladném seznámení, poznání se;

- *reakce zaměstnanců*

- široké zkušenosti s reakcemi od nabídek pomoci až k projevům diskriminace; velká pestrost reakcí, většinou neadekvátní reakce;

- *odhalování na základě potřeby vědět*

- studenti měli tendenci prozradit svůj stav jen lidem, u kterých cítili, že je nutné, aby o něm věděli;

- *super-student a význam soutěžení*

- snaha nebýt považován za „slabého“, touha dokázat, zvládnout, vyhnout se odlišnému zacházení (Bathurst, Grove, 2000).

**Důvody pro prozrazení** svého statusu mohou být různé. Pacienti s jinou stigmatizovanou okolností, genitálním oparem, to dělají v případě, že

- cítí, že druzí jsou ochotni jim naslouchat, jsou si téměř jisti, že je druhá osoba bude akceptovat;
- je to vyžadováno charakterem vztahu, kdy nepovědět je horší variantou než povědět;
- zdá se, že je tajemství vyzrazeno;
- aby potvrdili předchozí sebekoncepty – díky prozrazení získávají potvrzení toho, že jsou stále stejní jako byli předtím (Lee, Craft, 2002).

**Ztráty a zisky z odhalení své duševní nemoci:**

<i>Zisky</i>	<i>Ztráty</i>
- není třeba si dělat starosti se skrýváním své duševní nemoci	- ostatní mohou odsuzovat duševní nemoc nebo odhalení
- lze být mnohem otevřenější v každodenních věcech	- ostatní si o vás mohou povídat
- druzí mohou vyjadřovat porozumění	- druzí mohou člověka vyloučit ze sociálních interakcí
- druzí mohou mít podobné zkušenosti	- druzí mohou člověka vyloučit z práce, bydlení, a dalších příležitostí
- lze najít někoho, kdo v budoucnu pomůže	- člověk může mít více obav a starostí s tím, co si o něm lidé myslí
- zlepši se pocit osobní síly	- člověk si může dělat starosti, že jej druzí litují
- člověk je žijící svědectví/důkaz proti stigmatu	- relapsy v budoucnosti mohou být více stresující, protože je všichni budou sledovat
- člověk může pomoci druhým sdílením své zkušenosti	- členové rodiny a druzí mohou být naštvaní/nazlobení, že jste odhalili, jak to je

(podle Watson, Corrigan, 2005, str. 18)

V procesu, který úspěšní jedinci užívají k **předcházení škodlivým důsledkům** stigmatizace, Shih (2004) uvádí tři identifikované procesy:

- *kompence;*
- *strategické interpretace sociálního prostředí;*
- *zaměření na různé identity*, což bylo užitečné při zacházení s předsudky a diskriminací.

Navíc, jedinci označení jako úspěšní v zacházení se stigmatem přebírali model „*zplnomocnění*“ proti modelu „*copingu*“. Jinak řečeno, tito jedinci vidí předcházení nepřízně osudu, obtížností spojených se stigmatem, jako proces posilující („*empowerment*“) oproti procesu vyčerpávajícímu (Shih, 2004).

Výsledky studií ukazují na **význam sociálních vztahů** v procesu zacházení se stigmatem. Nalezení opory v existujících sociálních sítích nebo vytvoření podpory v sítích nových je významným faktorem v předcházení negativním dopadům stigmatizace (Lee, Craft, 2002).

V terapii se osvědčuje zkoumat sociální vztahy, zakotvovat jedince v existujících sociálních sítích, hledat spojení s podporujícími osobami, i v podporujících (svépomocných) skupinách (Lee, Craft, 2002).

Jak bylo zmíněno na počátku kapitoly, starší přístup předpokládá, že člověk přijímá svou situaci pasivně a automaticky, jiné modely berou v úvahu aktivní roli jedince. Vychází z předpokladu, že stigmatizovaní jedinci nepřijímají pasivně předsudky a stereotypy, kterým v denním životě čelí, ale se situací *aktivně zacházejí*.

Když se nemohou **vyhnout** nepříjemné situaci, získávají kontrolu nad tím, jak situaci *vnímají* (Hansen, 2001).

K tomu mohou posloužit následující mechanismy:

#### a. *Atribuční dvojznačnost*

Zpětná vazba, ať pozitivní či negativní, z jednoznačně předpojatého zdroje může být stigmatizovaným interpretována jako způsobená jejich stigmatem, tedy ne vyplývající jednoznačně z jejich činů (Hansen, 2001, Crocker, Major, 1989).

Může tedy být cenná při ochraně před předsudky a diskriminací. Zároveň však říká, že jedinci mohou atribuovat také pozitivní zpětnou vazbu od potenciálně zaujatého hodnotitele jako zaujatou (jako důsledek svého stigmatu).

#### b. *Sociální srovnávání*

Sociální srovnávání jednoduše odkazuje k tomu, zda si jedinci vybírají ke srovnání sebe členy skupiny, k níž patří (např. klienti stacionáře), nebo členy jiných skupin (např. matky, zaměstnanci finančních institucí). Jde o selektivní proces, vědomý či nevědomý (Hansen, 2001).

Stigmatizovaní jedinci budou mít tendenci porovnávat se spíše s ostatními, kteří sdílí jejich stigma, speciálně v dimenzi, kde je stigma relevantní. Tak si mohou ochraňovat sebeúctu (Hansen, 2001, Crocker, Major, 1989).

#### c. *Devaluování (znevažování)*

Další účinnou metodou je znevažování dimenze, ve kterých jedinec (příp. skupina, k níž patří) nedosahuje tak dobrých výsledků a zdůrazňování těch dimenzí, ve kterých je obvykle jejich skupina lepší, či kde přímo vyniká (Hansen, 2001).

#### d. *Kompenzace stigmatizované dimenze*

Zatímco devaluování se snaží ignorovat příslušnou dimenzi, kompenzace plně uznává rozdíl. Jedinec se snaží překonat, kompenzovat, své nedostatky v jiné oblasti,

v jiné dimenzi (Hansen, 2001).

e. *Rozdíl mezi osobní/skupinovou diskriminací*

Tento fenomén umožňuje vnímat a pamatovat si diskriminaci a předsudky vůči skupině jako horší než předsudky a diskriminaci, kterou jedinec osobně zažil („možná, že jsem měl špatnou zkušenost, ale ostatní to mají horší“) (Hansen, 2001, Taylor a kol., 2005).

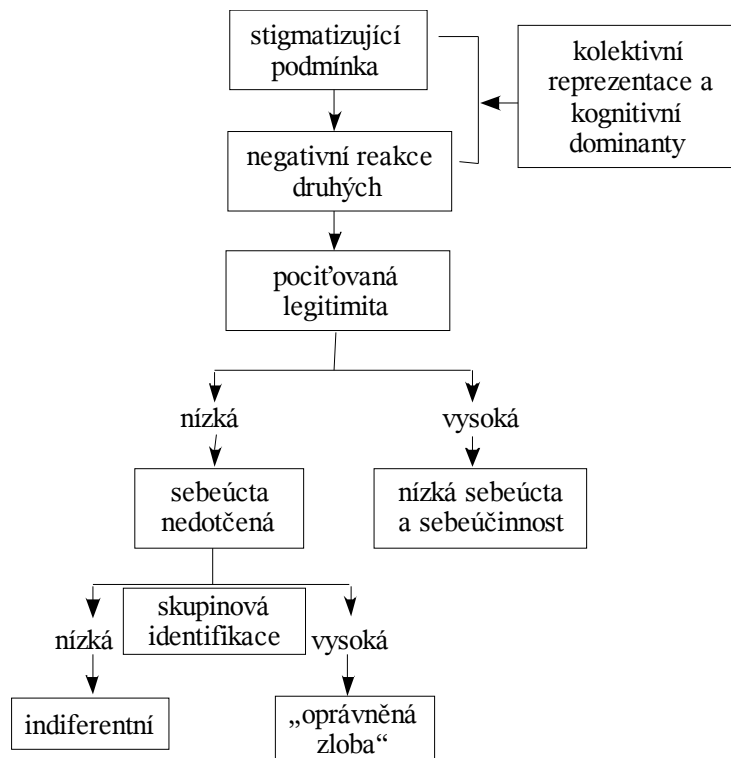
I experimentálně bylo prokázáno, že členové minoritních skupin udávají méně zkušeností s diskriminací než té, které čelí ostatní členové jejich skupiny – fenomén nazývaný *personal/group discrepancy* – rozdíl mezi „osobním“ a „skupinovým“ (Ruggiero a kol., 2000).

#### 4.1. Model osobní odpovědi na stigma

Situační model osobní odpovědi na stigma Corrigan a Watsonové (2002b) vychází z nesouladu mezi reakcí, která by se dala očekávat na základě popisu negativního dopadu pocíťovaného stigmatu na sebeúctu a sebepojetí, a mezi skutečnou reakcí. Reakce na stigma duševní nemoci mohou u některých osob

1. vést k významnému *snížení sebeúcty*
2. zatímco jiní jsou podobnými předsudky energizováni a vyjadřují svou *zlost* („righteous anger“),
3. ale je zde ještě *třetí skupina*, neztrácející sebeúctu, ani zlobící se na situaci – která jakoby předsudky a jejich efekty ignorovala (Corrigan, Watson, 2002b).

Tento model tvrdí, že jedinec může zakoušet sníženou sebeúctu, zlost („righteous anger“) nebo zůstat relativně indiferentní, a to v závislostech na vlastnostech konkrétní situace. Zlost, rozhořčení vyvstává vůči těm, kteří nespravedlivě použili nálepku (či odpovídající situaci). Podstatnou vlastností tohoto modelu je tedy *situačnost* – reakce, která se objeví, je proměnlivá, závisí na konkrétní situaci a jejich charakteristikách, autoři ji nechápu jako projev trvalých rysů daného člověka. V některých situacích u něj může docházet ke snižování sebeúcty a v jiných mohou být rozhořčení a pobouření.



Obr. 5: Situační model osobní odpovědi na stigma (Corrigan, Watson, 2002b, str. 40)

#### 4.2. Kompasův model

Miller, Kaiser (2001) vycházejí ze studia stresových událostí a copingu. Přijímají definování stigmatizace jako znevažování jedincovy identity v určitém sociálním kontextu, přidávají, že vzhledem k tomu, že pro mnoho stigmatizovaných je tento kontext přetrvávající, stigma zvyšuje množství a kvalitu stresorů, které jedinec zažívá. Jejich pohled je pohledem z perspektivy studia stresu a copingu, události vztahené ke stigmatu jsou chápány jako stresující (Miller, Kaiser, 2001).

Uvádějí zajímavý copingový model odpovědí, který vytvořili Compass a kolegové, bohužel zde nedostupný v originální podobě. Protože se jedná o sekundární citaci, uvedu jej zde jen stručně.

Model odpovědi na stigmatizaci člení na **volní** a **mimovolní**. Ty dále mohou zahrnovat **engagement** („zúčastněné“) a **disengagement** („nezúčastněné“) odpovědi. Toto rozlišení vyvozuje od staršího rozlišení mezi bojovou a útekovou reakcí. Tak

„zúčastněná“ reakce na stresor nemusí nutně zahrnovat vědomé zpracování (Compas a kol., podle Miller, Kaiser, 2001).

#### A. Volní odpovědi na stigma

##### I. *Nezúčastněný coping: vyhýbání, popření a přání („wishful thinking“)*

Byly studovány dvě hlavní formy – (1) fyzické a sociální vyhýbání se situacím, kdy se může stigma objevit nebo znesnadnit situaci a (2) popření či minimalizace předsudků a diskriminace.

Coping pomocí vyhýbání se zahrnuje fyzické a/nebo sociální stažení se, nemožnost vyhnoutí vytváří situaci stresu. Jednou z forem sociálního vyhýbání je vyhnout se srovnání s nestigmatizovanými, což může posilovat spojení se „svou“ skupinou. Navíc tento způsob může ústít v poznání, že člověk vychází lépe, než by tomu bylo jinak. Všeobecný výzkum stresu a copingu naznačuje, že tento typ odpovědi (nezúčastněné copingové odpovědi) mají všeobecně slabou adaptivitu. Autoři se ale zdráhají označit tyto odpovědi za neefektivní, připouštějí, že mohou být situace, kdy jsou vhodné.

##### II. *Zúčastněný coping*

Může být dále rozlišen podle toho, zda je účelem získání primární či sekundární kontroly nad situací.

a) *primární kontrola* – změnění stresující situace (pomocí kontroly situace nebo sebe v situaci);

b) *sekundární kontrola* – adaptace na stresovou událost.

Mezi procesy spadající sem autoři jmenují distrakci (rozptýlení), kognitivní restrukturování, devaluaci v oblasti a akceptaci.

Distrakce je zúčastněnou odpovědí v kognici nebo chování, které odpoutává pozornost od stresoru. Klíčové je, že zahrnuje substituci jiných myšlenek a aktivit za ty spojené se stresem, spíše než snahu je popřít či nemyslet na ně. Tento způsob není považován za příliš adaptivní.

Kognitivní restrukturování je významná odpověď, všeobecně uznávaná, fakticky je hlavní složkou KBT.

Devaluace zasažené oblasti je jednou z forem kognitivního



restrukturování, může ochraňovat sebeúctu při konfrontaci se slabými výsledky. Situaci lze čelit také tím, že svou situaci akceptujeme. Výzkum naznačuje, že ve vztahu ke stigmatu jde o méně adaptivní strategii než ve vztahu k jiným stresorům.

I přes některé nevýhody coping pomocí sekundární kontroly je v tomto modelu viděn jako všeobecně adaptivní. Zvláště pokud stresory nejsou kontrolovatelné (Compas a kol., podle Miller, Kaiser, 2001).

#### B. *Mimovolní odpovědi na stigma*

##### I. *Zúčastněný coping*

Autoři do této kategorie řadí fyzický arousal (aktivační úroveň), emoční arousal, přemítání („*ruminatio*n“), vtíravé myšlenky („*intrusive thinking*“) a impulzivní jednání. Některé z těchto reakcí mohou být maladaptivní.

##### II. *Nezúčastněný coping: vyhýbání*

Zde je třeba upozornit na důležitý rozdíl mezi volním a mimovolním vyhýbáním: volní vyhýbání myšlenkám a emocím vztahujícím se ke stresoru je spojeno s větším psychologickým distresem a horší adaptací, mimovolní vyhýbání může úspěšně redukovat míru nepohody, vzhledem k tomu, že není spojeno s takovou aktivní pozorností. Z tohoto hlediska tudíž jde o variantu méně uvědomovanou, ale efektivnější z hlediska prožívané nepohody (Compas a kol., podle Miller, Kaiser, 2001).

#### 4.3. Model odpovědi na stigma obezity

Autoři tohoto modelu se hodně zabývají tématem stigmatu, bohužel nebyl vytvořen pro oblast duševních nemocí, ale s ohledem na obezitu. Sami autoři jej předkládají s tím, že stigma je sociální konstrukcí a tyto sociální kontexty variují, jsou stigmatizovány různé charakteristiky, konzistentní zůstávají sociální a psychologické konsekvence, jako vyhýbání, odmítání, apod. Stále zůstávají důležitými determinantami viditelnost a vnímaná kontrolovatelnost, kdy zjevné charakteristiky dělají osobu více zranitelnější (Puhl, Brownell, 2003b).

Copingové metody mohou být:

- zaměřené na problém nebo emočně orientované;
- mít adaptivní nebo maladaptivní důsledky pro jedince;
- být zacíleny ke změně sebe nebo původci stigmatu (stigmatizujícímu).

Jejich cílem může být *vyhnout se* nebo *konfrontovat stigma* (Puhl, Brownell, 2003b, a).

Potenciální odpovědi na stigma obezity (podle Puhl, Brownell, 2003a, b) jsou:

#### a. *Potvrzení a přijetí stereotypů*

Obézní jedinci někdy zacházejí se stigmatizujícími zážitky tak, že potvrzují stereotypy, které jim druzí připisují. Podobně jako u tzv. sebevyplňujícího proroctví je zde významný vliv vnímání druhých, kdy se jedinec chová konzistentně s očekáváním a stereotypy druhých lidí.

#### b. *Sebe-ochrana*

Členové stigmatizovaných skupin mohou používat strategie jak si zachovat svou sebeúctu. Autoři zde citují sebeochraňující strategie autorek Crockerové a Majorové, které byly navrženy k vysvětlení zjišťovaných rozdílů mezi očekávanými negativními dopady setkávání se stigmatizací a diskriminací a zjišťovanou skutečností. Jde o *atribuci negativní zpětné vazby předsudkům druhých, srovnávání svých výsledků s ostatními členy stigmatizované skupiny* (selektivní srovnávání), a *selektivní snižování významu oblastí, ve které typicky skupina nedosahuje dobrých výsledků a vyzvedávání oblastí, kde vynikají*.

#### c. *Kompenzace*

(v tomto modelu je jí myšlena kompenzace negativních důsledků své váhy tím, že se stanou dovednými v aktivitách, kde mohou vzbudit pozitivní pozornost)

#### d. *Osobní atribuce*

Osobní atribucí je myšlena strategie, jak vysvětlují jedinci důvody pro svůj stav. Může jít o částečné či úplné popírání atributu nebo poskytování důvodů proč stav přetrvává. Stejně tak mohou být příčiny připisovány vnitřním nebo vnějším faktorům.

#### e. *Vyjednávání identity*

Tento rámec copingu vychází z vytváření sociální identity (identit). Díky předsudkům se může jedinec octnout ve stigmatizovaném postavení, což jej může motivovat k přizpůsobení své identity, aby získal lepší sebeobraz.

Strategie zařazené sem zahrnují eliminování nežádoucí identity (aspektu identity), popření identity, snižování významu v ohrožujících situacích, na druhé

straně potvrzování atributu jako odpověď na ohrožující situaci, znovuzakotvení – účast na událostech, které potvrzují příslušnou identitu, zintenzivnění skupinových kontaktů s ostatními, kteří sdílí sociální identitu.

#### *f. Konfrontace*

Přímá konfrontace s „původcem“ stigmatu (stigmatizujícím) může vést k pocitu zplnomocnění, posílení a potenciálně zastavit stigmatizující chování.

#### *g. Sociální aktivismus*

Aktivita zahrnující nejčastěji edukaci druhých, je pravděpodobnější u těch jedinců, kteří se domnívají, že jejich stav je neměnný.

#### *h. Vyhýbání a psychologický disengagement (nezúčastnění)*

Vyhýbání se sociálním interakcím je způsobem, jak uniknout znevažování. Tento způsob může být podporován nízkou sebedůvěrou ve schopnosti čelit předsudkům. Jinou formou vyhýbání je stažení se z těch oblastí, které jsou zasaženy stigmatizací. Může se zde uplatnit znevažování určitých oblastí či „diskreditování diskreditora“.

#### *i. Komunitní coping*

Coping může být pojat také jako skupinová záležitost, kdy několik jedinců sdílí svou zkušenost, kdy se uplatní kooperace, sdílená komunikace a spolupráce. Umožňuje získat další zdroje, poskytuje sociální podporu, pomáhá udržovat vztahy a integraci.

#### *j. Ztráta váhy (zbavení se stigmatizovaného znaku) (Puhl, Brownell, 2003a, 2003b).*

#### *Shrnutí:*

Vliv pocíťované či zakoušené stigmatizace na psychiku představuje hledisko tzv. self-stigmatu. Osoby s psychiatrickou zkušeností jsou si vědomy stereotypů, které jsou o duševních poruchách rozšířeny. Tyto reakce očekávají, a to ve vyšší míře, než v jaké se s ní skutečně setkávají. Nejvíce ji očekávají v pracovní oblasti, zatímco se nejčastěji projevuje ve sféře interpersonálních vztahů.

V sociální oblasti je popsáno jak stahování se ze sociálních interakcí, tak nutnost čelit odmítání druhými. V důsledku stigmatizace je ovlivněna sebeúcta a pojetí vlastní identity. Pracovní oblast se pojí v největší míře se zamezením přístupu k příležitostem

či přímo snižováním a odebíráním kompetencí.

Mezi dalšími důsledky je obvykle věnována odborná pozornost vlivu pocíťované stigmatizace duševních poruch na spolupráci při léčbě, její vyhledávání a následování odborných doporučení. Odborníky je obvykle málo oslovováno téma důsledků v sociálně právní či ekonomické oblasti, které také vstupují do situace stigmatizovaných. Fenomén stigmatizace je vysvětlen zatím nedostatečně. Pokusy o jeho oslovení obsahují odkazy k cyklení, kruhu.

Ohroženějšími skupinami v závislosti na diagnóze by mohly být pacienti s afektivními poruchami, úzkostí, kde může vystupovat otázka nesouladu mezi skutečně zakoušenou a anticipovanou stigmatizací.

Zdroji stigmatizace je široká veřejnost, na druhém místě bývá jmenována rodina, dále pak spolupracovníci i poskytovatelé péče.

Zasažené osoby se obvykle snaží předejít prozrazení svého statusu spojeného se stigmatizací, pokud to není možné, diferencují mezi preferovanými způsoby odhalení. Existují pokusy komplexně popsat způsoby zacházení s rizikem stigmatizace, jejich možné zisky i rizika.

## **EMPIRICKÁ ČÁST**



Empirická část navazuje na část teoretickou nejen v praktickém rozšíření tématu, ale také jako ověření poznatků, možností srovnání či konfrontace konkrétních zjištění získaných v našich reáliích, případných nových podnětů, získání ucelenějšího obrazu o subjektivní zkušenosti. Jde o praktické doplnění a rozšíření teoretického rámce a navazuje na něj.

Jedná se o *mapující studii*. Jejím cílem je přispět k otázce stigmatizace, povzbudit diskuzi a zájem o toto téma, zejména nastínit vnímání stigmatizace duševní nemoci bývalými psychiatrickými pacienty, případně se pokusit zachytit možná ovlivnění, tak jak je oni sami vnímají. Výsledky si nekladou za cíl přinést zobecněná fakta, mohou však být základem a inspirací pro další hlubší výzkum. Očekáváno je zachycení zejména témat, která jsou pro klienty subjektivně významná.

Úvod k tématu byl podán v předcházející části.

Empirická část také reaguje na nedostatek vhodných metod ke zkoumání zmíněného tématu a nízkou míru dosavadního důrazu na toto téma.

# I. Metodologie

---

## 1. Vývoj výzkumného projektu

Výzkum se měl od počátku orientovat na téma pocit'ované stigmatizace, nicméně samotné postavení projektu prošlo výraznými změnami. Ačkoliv je velmi zajímavá otázka psychologického dopadu subjektivně pocit'ované stigmatizace, jako počáteční otázka byla zvolena *míra jejího subjektivního vnímání*. Tak, jak se projekt dále vyvíjel, dospěl až k podobě, jakou má v současné době a v jaké byl následně realizován.

Proces formování projektu prošel několika stadii, od kvantitativně postavené studie srovnávající stigmatizaci u odlišných skupin klientů se zkušeností s duševním onemocněním, přes hledání jiných metod a srovnávání dostupných poznatků v odborné literatuře, až po výsledný kvalitativní přístup zaměřený na zmapování oblastí, kde klienti/uživatelé sami *vnímají dopad* stigmatizace, příp. její *podoby, míru, vlivy*, apod. Jednotlivé fáze, kterými zvažování a příprava designu empirické části prošly, reagovaly na zachycené limity a problematická místa z hlediska metodologického, v důsledku dostupného nízkého množství poznatků a očekávané kvality a charakteru výsledků.

Následující text podává přehled vývoje designu studie.

*Popis vývoje tvorby koncepce empirické části:*

*Fáze I – kvantitativní výzkum, srovnání míry vnímané stigmatizace u různých diagnostických skupin*

Zpočátku byla studie koncipována jako kvantitativní šetření pomocí dotazníkové metody. A to nejlépe již prověřené, tj. převzetím dříve použité metody, která by umožnila i porovnání s původními výsledky. Sledovanou otázkou měla být míra subjektivně vnímané stigmatizace u různých skupin klientů s diagnózou duševního onemocnění. Porovnávanými skupinami by byla na jedné straně skupina osob s diagnózou, která veřejností nebývá vnímána jako závažná či nápadná (např. lehké depresivní poruchy), na straně druhé skupina klientů, kteří prošli psychotickým



onemocněním, což je stav, který je spojen se silnou stigmatizací (viz teoretická část).

Výsledky by byly zajímavé i proto, že existují argumenty pro různá možná data získaná z takového porovnání. Za prvé by se dalo očekávat, že skupina klientů se závažnými diagnózami bude pociťovat stigmatizaci více, protože je jí více vystavena. Naopak pro opačný výsledek by hovořily argumenty, že tito klienti se často pohybují v chráněném prostředí, nemají takovou míru kontaktu s běžnou veřejností, mohou být pod vlivem medikace. Navíc klienti z první zvažované skupiny s úzkostnými poruchami se budou zřejmě dopadů stigmatizace více obávat, více ji očekávat, což bývá také popisováno. Třetí možností by ovšem mohlo být, že samotná závažnost diagnózy nemá takový význam a v obou skupinách budou klienti/uživatelé, kteří se budou otázkou stigmatizace či s ní spojeným vyloučením ze společnosti zabývat více a ti, kteří se jí budou zabývat méně. Je možné, že mají větší vliv jiné faktory.

Za tímto účelem byly nejdříve vyhledávány vhodné metody a ověřené nástroje. U nás nebyly takové metody zjištěny, v zahraničí se jich podařilo několik najít. Jejich seznam a stručnou charakteristiku lze najít v příloze.

Zdálo se, že použití těchto metod by mělo více nedostatků než pozitivního zisku – jednalo se o převzaté metody, které bylo nutno přeložit (což má svá úskalí, např. otázku zajištění věrnosti překladu), u některých sice existovaly jakési orientační normy, ale ty byly získány v jiném kulturním kontextu, dokonce se dá diskutovat o samotném sestavení některých dotazníků (otázkou, zda se vůbec jednalo o psychologické dotazníky, v některých případech se zabývaly jinými otázkami než bylo deklarováno). V neposlední řadě se projevila potíž tyto metody vůbec získat.

Proto byla zvažována jiná cesta.

### *Fáze II – kvantitativní výzkum, zvažování vývoje vlastní metody*

Dalším krokem tedy bylo zvažování záměru vytvořit vlastní metodu, která by lépe odpovídala požadavkům na typ a charakter získaných dat. Jako nezbytný předpoklad se jevílo zmapovat dostupné informace, fakta a poznatky. Ty by byly využity ke konstrukci položek – aby nebyly tvořeny ad hoc, od stolu, intuitivně, ale měly své opodstatnění.

Odborná literatura ke zkoumanému tématu není ani zdaleka vyčerpávající, obsahuje nepokryté otázky, nejasná místa, téma je rozpracováváno v jiné linii; tudíž je důsledkem poměrně nízké zakotvení tvorby položek podle již ověřených poznatků.

V této fázi zvažování volby metod byly tedy brány v úvahu i jiné možnosti designu empirické části, jiná metodologie a následně poměřováno s očekávanými klady setrvání u postavení výzkumné části tímto způsobem. Po metodologických konzultacích setrvaly jiné možnosti stále otevřené.

### *Fáze III – hledání jiné metodologie, změna přístupu*

V této fázi proběhlo několik konzultací s odborníky, kde se jako zajímavá možnost objevoval způsob, jakéhosi „kroku zpět“ - když není dostatek informací, proč se nezabývat právě jimi? Čili, pokud informací na téma subjektivních dopadů vnímané stigmatizace není mnoho, studovat toto téma, přispět k jeho lepšímu zmapování, a to i vzhledem k tomu, že u nás podobná studie neproběhla.

Často využívané bývají hloubkové rozhovory a jejich následné zpracování. Tento přístup byl při zkoumání tohoto tématu aplikován, i když ne přímo v našich realitách. Jako velmi zajímavá se však ještě jevila jiná, méně tradiční kvalitativní metodologie, v tomto případě focus groups (fokusové skupiny, ohniskové skupiny).

### *Fáze IV – kvalitativní výzkum, proč byl zvolen, metoda focus groups*

Studie postavená na zkoumání subjektivního vnímání dopadů vnímané stigmatizace duševní nemoci si žádá jiný přístup. Byla opuštěna kvantitativní metodologie a nahrazena metodami kvalitativního výzkumu. Je pro zkoumání otázek, které ještě nebyly dostatečně popsány, mnohem vhodnější. Zmínit lze zejména moment, kdy např. dotazník je schopen zachytit pouze to, co bylo vzato v úvahu v čase jeho konstrukce – čili pokud nějakou oblast opomene, nebude ani touto metodou zachycena. Jinak řečeno, zachytí jen to, na co se jeho autor neopomene zeptat. Naopak kvalitativní metodologie umožňuje rozšiřovat pohled, zachycovat nová témata a individuální významy. Má také svá omezení, nicméně tento aspekt se zdá pro popis tématu, jakým subjektivně vnímání stigmatizace (a míra jejího popisu v odborných studiích) je, významný.

Jak již bylo řečeno, zvažovány byly individuální rozhovory, v různé míře strukturovanosti, jako klasicky využívaný postup. Zajímavou metodou se jevily ne tolik využívané focus groups (fokusové skupiny, ohniskové skupiny; tato metoda bude ještě dále popsána).

Metoda fokusových skupin umožňuje získat specifický druh dat. V tomto případě

se dají očekávat výsledky, které by zde mohly být hodně cenné vzhledem k nízkému dosavadnímu odbornému popisu tématu. Umožňuje zachytit širší pohledů, obsáhnout spektrum různých typů odpovědí a získaných dat, neopomenout žádná významná dílčí témata. Má nezastupitelný význam v úvodních fázích výzkumu. Zde je významný rozdíl oproti kvantitativně postaveným metodám, i proti zkoumání pomocí různých typů rozhovorů.

## 2. Cíle a výzkumné otázky

Obecným cílem studie je přispět k tématu stigmatizace duševní nemoci, a to z perspektivy jejího subjektivního vnímání a dopadů. Ústředním pohledem je stigmatizace z hlediska dotčené osoby, tj. uživatelů služeb v oblasti duševního zdraví, a související psychologické dopady.

Základní výzkumnou otázkou je, *jak vnímají klienti/uživatelé služeb stigmatizaci osob s duševním onemocněním*, zda vidí možný dopad tohoto stavu, pokud ano, pak v jakých oblastech. Pozornost si zaslouží i možné zmiňované protektivní faktory a strategie (příp. ty vnímané jako protektivní).

Ve fokusových skupinách byly oslovovány tři otázky.

### 1. *Je stigmatizace duševní nemoci pro uživatele služeb tématem aktuálním?*

- setkávají se s ní? Vnímají ji jako téma, o kterém má smysl mluvit?

### 2. *Jaký je jimi pociťovaný vliv?*

- jak vnímají dopad stigmatizace? Jaké jsou možné oblasti, kde její vliv vnímají? Jakou má podobu?

### 3. *Jaké vidí oni sami protektivní faktory?*

- co jim pomáhá?

## 3. Metoda focus groups

Při výzkumném šetření byla zvolena kvalitativní metodologie. Rozhodujícím faktorem se při této volbě stalo množství dosažitelných poznatků a dosavadní stav studia tohoto fenoménu. V úvodních fázích výzkumných procesů jsou kvalitativní přístupy vysoce ceněny (Brown, Lloyd, 2001, Hendl, 2005). Ať již pro svou

schopnost podrobného popisu a vhledu do předmětu zkoumání, možností studovat procesy, ale především možností zachycovat nové poznatky, které nemusely být předpokládány, neomezovat a priori úzce spektrum získávaných dat, naznačovat souvislosti a inspirovat nové hypotézy.

Tento přístup byl zvolen s vědomím nevýhod, které to s sebou přináší. Jako je nemožnost generalizace, kvantitativních predikcí, obtížnějšího sběr dat, snadněji ovlivnitelných výzkumníkem (Hendl, 2005) a někdy i vnímání tohoto přístupu jako méně vědeckého.

*Metoda focus groups* (fokusové skupiny, ohniskové skupiny) se bohužel nevyužívá tak často, jako jiné metody. Je založena na rozhovoru, který ovšem probíhá skupinovou formou a od vedením moderátora/facilitátora.

Focus groups jsou strukturovaným skupinovým procesem, skupinovou diskuzí konanou za účelem získání detailní informace o zkoumaném tématu, jíž se účastní osoby s podobným zázemím, charakteristikami nebo zkušeností (Dawson, Manderson, Tall, 1993, Schulze a kol., 2003). Obvykle zahrnují 8 – 10 účastníků, jsou vedeny facilitátorem (moderátorem) a jejich účelem je diskutovat limitovaný počet otázek, aby byla pokryta a identifikována širší názorů a myšlenek (Schulze a kol., 2003). Označení „fokusová“ (ohnisková) se používá, protože je zaměřena na určitou oblast zájmu a díky tomu, že její účastníci sdílí určité charakteristiky nebo významnou charakteristiku, poskytuje jim to možnost mluvit volněji, bez obav že budou souzeni druhými (Dawson, Manderson, Tallo, 1993).

Fokusové skupiny byly vyvinuty, aby zkoumaly mínění, postoje, názory. Nemohou odpovědět na otázku, jak všeobecné je toto mínění (postoj, názor, ...), ale mohou povzbudit a naznačit další výzkum. Zachycují širší těchto názorů, myšlenek a mínění a jsou obzvláště cenné při získávání počátečních informací. Dají se také využít pro plánování a otázky strukturovaných individuálních rozhovorů (Dawson, Manderson, Tallo, 1993).

Jsou užitečné, když je o tématu málo známo nebo málo napsáno. Když jsou použity v počáteční fázi výzkumného projektu, mohou být využity k odvození hypotéz i jejich následnému testování s použitím jiných metod. Osvědčily se při tvorbě dotazníků, dají se využít také při vysvětlování výsledků z přehledových

dotazníkových šetření. Mohou poskytnout větší hloubku porozumění. Lze je použít k odhalení lokálních termínů, např. používaných pro znaky a symptomy nemoci, typy nemocí a jiných konceptů vztahujících se ke zdraví (Dawson, Manderson, Tallo, 1993).

K výhodám fokusových skupin patří jejich efektivita – je možno provést rozhovor s několika lidmi ve stejnou dobu a výsledky mohou být získány v rozumném časovém rozsahu a s menšími náklady než individuální rozhovory. Tato metoda dobře funguje v jakékoliv populaci (to zahrnuje např. osoby s omezeným vzděláním, horšími verbálními schopnostmi, nízkou sebeúctou, nedostatkem zkušenosti s vyjadřováním osobních pohledů, jazykové bariéry; (Dawson, Manderson, Tallo, 1993, [www.ln.edu.hk](http://www.ln.edu.hk), 2005). Výzkumník má šanci hned požadovat vyjasnění nebo větší detaily, využít neočekávaných či plodných linií diskuze. Odpovědi mohou mít vysokou face validitu díky jasnosti kontextu ([www.ln.edu.hk](http://www.ln.edu.hk), 2005).

Focus groups produkují hutná a bohatá data vyjádřená vlastními slovy účastníků. Umožňují respondentům kvalifikovat své odpovědi a vysvětlit jejich význam. Řízená diskuze mezi lidmi, kteří sdílejí centrální část určité zkušenosti, povzbuzuje účastníky vyjadřovat svou zkušenost i odlišnosti (Schulze a kol. 2003). Sociální interakce ve skupině umožňují volnější a komplexnější odpovědi díky interaktivitě, synergii, nabalování, spontaneitě a bezpečí účastníků ve skupině – osoby mají tendenci vyjadřovat pohledy, které by nevyjádřili v jiných podmínkách, nebo kdyby byli dotázáni individuálně ([www.ln.edu.hk](http://www.ln.edu.hk), 2005). Skupinová dynamika stimuluje myšlení, podporuje široký záběr příspěvků do diskuze a přináší informaci, která by při strukturovaném rozhovoru nebo dotazníku mohla být ztracena či opomenuta (Schulze a kol., 2003). Navíc bývají obvykle dobře přijaty (Dawson, Manderson, Tallo, 1993).

K nevýhodám, které nelze opomenout, patří nároky na osobu moderátora/facilitátora diskuzí, jeho trénovanost a dovednosti při řízení procesu, což může mít zásadní vliv na úspěšnost skupiny. Kladou nároky na uspořádání, podmínky a zajištění diskuze, moderátor má méně kontroly než v individuálním rozhovoru. Pokud není moderátor dobře trénován, může mít tendenci účastníky tlačit k odpovídání určitým způsobem ([www.ln.edu.hk](http://www.ln.edu.hk), 2005).

Individuální odpovědi účastníků nejsou navzájem nezávislé. Účastníci nejsou náhodně vybíráni z populace a tudíž nelze volně generalizovat výsledky. Výsledky nemohou být použity k tvrzením o širší populaci – tj. mohou indikovat širší pohledů a názorů, ale ne jejich rozložení (www.ln.edu.hk, 2005).

Účastníci často souhlasí s odpověďmi spřátelených členů skupiny (www.ln.edu.hk, 2005), proto je třeba věnovat dostatečnou pozornost jejich sestavení. Fokusové skupiny mohou vykreslit obraz toho, co je sociálně akceptovatelné v komunitě, spíše než co se skutečně objevuje nebo čemu se věří, ačkoliv to lze omezit pečlivým výběrem účastníků a vhodným vedením (Dawson, Manderson, Tallo, 1993).

K metodologickým potížím spojeným se skupinovými diskuzemi dále patří vyvíjející se skupinová dynamika ovlivňující tok informací ve vztahu s původním cílem diskuze a nestejně zapojení jednotlivých členů skupiny (Hendl, 2005).

Tyto nevýhody se dají kontrolovat způsobem vedení skupiny, přípravou a tréninkem facilitátora skupiny (Dawson, Manderson, Tallo, 1993, www.ln.edu.hk, 2005).

#### 4. Sběr dat

Ke sběru dat byla použita metoda fokusových skupin, pořádaných vždy v zařízeních, kam respondenti v té době již docházeli a kde s nimi proběhl i počáteční kontakt.

Jak již bylo zmíněno, *fokusové skupiny* jsou formou skupinového rozhovoru, kdy je předem připraveno několik málo základních, široce formulovaných otevřených otázek. Celá struktura, otázky a časový rozvrh diskuze se řídí podle předem zformulovaného tzv. „Interview Guide“ (průvodce rozhovorem). Jeho původní i finální podobu, po empirickém ověření, lze nalézt v příloze. Základní osu tvořily tři široce položené otázky: první sloužila k ověření významnosti tématu, druhá zachycovala hlavní téma subjektivně vnímané stigmatizace duševní nemoci a jejích případných vlivů na osoby, třetí nechávala prostor vytěžit z diskuzí pozitivně vnímané strategie a přístupy při zacházení s vnímanou stigmatizací.

Respondentům byl ponechán co možná dostatečný prostor k osobitému uchopení otázek, doplňující a rozvíjející otázky byly pokládány, pokud se směr diskuze začínal

odklánět od sledovaného jevu. Ačkoliv měly být otázky zpočátku formulovány velmi volně, specifické složení respondentů si vyžádalo jejich drobnou úpravu a alespoň pro počátek diskuze jejich zjasnění a nepatrné zúžení.

Doba diskuze byla omezena na jednu hodinu a to z důvodu psychohygieny, únavy pozornosti i praktického uspořádání v zařízeních, což se později ukázalo jako nedostatečná doba pro skutečné vyčerpání tématu u některých skupin respondentů.

Fokusové skupiny standardně využívají jako záznamovou metodu videozáznam. To se ukázalo jako zásadní potíž, ne ve stránce technické, nýbrž co se týče souhlasu respondentů. V některých případech byl vykomunikován alespoň souhlas se zvukovým záznamem, jindy bohužel bylo nutno přistoupit k zápisu tužka-papír. Je možné, že takto byly ztraceny některé zajímavé informace, které by na videozáznamu byly zachyceny, nicméně v případě trvání na této podmínce by se okruh osob ochotných spolupracovat dramaticky snížil. Proto bylo přistoupeno na tuto změnu, která snad bude vyvážena ziskem odpovědí od vyššího počtu osob.

Respondenti, účastníci skupin, byli získáni a oslovováni díky laskavosti spolupracujících zařízení. V první fázi byla oslovována zařízení. V souladu se stanovenými kritérii to byly instituce poskytující navazující služby pro osoby, které prošly hospitalizací v důsledku psychických potíží. Vzhledem ke struktuře těchto služeb u nás se tedy jednalo vesměs o zařízení zaměřená na osoby se zkušeností se závažným duševním onemocněním, nabízející jim podporu, setkávání, různé kluby, ale i chráněné/podporované zaměstnávání či bydlení. Instituce poskytující aktuální léčbu poruch nebyly zvoleny, aby se předešlo mísení aktuálních specifík způsobených poruchami se sledovaným tématem. U respondentů ze zvolených zařízení je předpokládán také časový odstup od samotné hospitalizace a zkušenosti s návratem do svého běžného prostředí.

Projekt byl uskutečněn ve spolupráci se zařízeními poskytujícími následnou péči těm, kteří v minulosti vyhledali pomoc v oblasti duševního zdraví. Oslovena byla pražská zařízení, z nichž o spolupráci měla zájem Bona, o. p. s., a Fokus. Oslovená zařízení vesměs poukazovala na důležitost tématu, nicméně účast odmítala s odkazem na vysokou pracovní vytíženost. Některá zařízení nereagovala vůbec.

Potenciální respondenti byli kontaktováni v institucích, které byly ochotny spolupracovat. Bylo jim krátce představeno téma a forma výzkumu, způsoby

záznamu, zacházení s informacemi, zajištění anonymity, ochrany soukromí a osobních dat. Účastníci byli vybíráni na základě dobrovolnosti, splňující základní kritéria. Souhlas s účastí nebyl ošetřen běžně používaným informovaným souhlasem, ale (na žádost zařízení) smlouvou o mlčenlivosti s institucí, ve které byly skupiny konány a které kontakt s respondenty zprostředkovaly.

V souvislosti s dříve zmíněnými podmínkami byla zvolena volná kritéria, odpovídající typickým uživatelům těchto služeb – duševní onemocnění, které výraznějším způsobem vyřadilo člověka z běžného života (např. vedlo ke ztrátě zaměstnání, přerušení studia, nabytí invalidního důchodu, apod.), předchozí hospitalizace v důsledku duševních potíží, dospělý věk, využívání následných služeb. V některých zařízeních bylo obtížné jemnější kritéria zajistit, vzhledem k odkazu na ochranu informací o klientech.

Původně zvažovaná kritéria byla: počet hospitalizací, věk, velikost místa bydliště, život v domácnosti s rodiči - manželství/partnerství, vzdělání, charakter poskytovaných služeb (ambulantní služby, hospitalizace; následné služby, např. zaměřené na volnočasové aktivity, podporu sociálních kontaktů, pracovní rehabilitaci, atd.). Bohužel některá ze zamýšlených kritérií musela být opuštěna prostě z důvodu toho, že si spolupracující instituce nepřály, aby byli klienti na tyto údaje dotazováni (zdůvodňováno jako ochrana soukromí a osobních dat). Vzhledem k odkázanosti na tuto spolupráci bylo nutno na tento požadavek přistoupit.

Skupiny byly sestaveny v souladu s požadavkem zvolené metodologie – v každé jedné skupině by respondenti měli mít určitou charakteristiku společnou. Byla zvolena míra a charakter poskytované odborné podpory, tj. jaký typ následných odborných služeb respondenti využívají. Což umožnilo i lepší praktickou proveditelnost sběru dat a jednotlivé skupiny mohly být konány v zařízeních, ve kterých byli respondenti oslovoováni.

Osloveno bylo přibližně 50 klientů/uživatelů služeb s prosbou, zda by byli ochotni si povídat na dané téma. První kontakt byl zprostředkovaný zpravidla na ranních komunitách, kde přijetí a ochota souhlasit bylo zpočátku váhavé a do značné míry záviselo na podpoře místních autorit (terapeuta, psychologa, vedoucího dílny). Reakce byly zpočátku rozpačité a váhavé, i když se zpravidla se vždy našel někdo, kdo projevil o toto téma osobní zájem. S potenciálními respondenty byl domluven



další vhodný termín. Téma bylo představováno opatrně. Vzhledem k tomu, že označení „stigmatizace“ nepatří do běžného slovníku, byla téma přiblíženo opisem, využity byly příslušné situační kontexty, o kterých bychom mluvili. To vše s ohledem na požadavek, aby informace o obsahu fokusových skupin následně nezaváděly k určitým typům výpovědí. Klientům bylo nutno projekt představit, nicméně byla snaha co nejméně poskytovat návody k očekávaným výsledkům nebo tématům.

Na začátku skupin bylo ošetřeno bezpečí účastníků, zajištěna anonymita, dohoda o způsobech záznamu a uchování informací, zdůrazněna byla dobrovolnost účasti, možnost neodpovídat i možnost skončit v průběhu skupiny. Představen byl účel studie a blíže specifikováno téma.

Přednostně nebylo zacházeno s přímým termínem „stigmatizace“, ale s různými situačními kontexty. Stigmatizace byla opisována s využitím jejich základních charakteristik – sociálně situačního kontextu a devaluováním hodnoty jedince.

Původně byly otázky položeny široce, tak, jak se doporučuje při této metodě. Nicméně, možná vzhledem ke specifičností oslovovaných skupin respondentů, se lépe osvědčilo zakotvovat je pomocí příběhu – ilustrace (k tomuto účelu posloužil modelový člověk, ocitající či ocitnuvší se v léčebně a od něj byly odvozovány další otázky, viz příloha). Také se osvědčilo formulovat otázky spíše ve třetí osobě než je klást přímo, směrem k respondentům (např. „jak se v takové situaci člověk cítí?“, „může to člověka změnit nebo ovlivnit?“), nebo přímo na zkušenost (např. „stalo se vám, že ...“).

Pečlivá pozornost byla věnována chybám, které mohou v tomto uspořádání vznikat, z nejzásadnějších je to např. tendencím dominantních členů mluvit příliš, na úkor méně se prosazujících respondentů, sklonu některých osob spíše mlčet, pokud nejsou přímo vyzváni, hledání souhlasu či jedné pravdy, či dávání najevo, jaké výsledky jsou očekávány či preferovány a povzbuzování určitých odpovědí. V průběhu přípravy realizace projektu by věnována nemenší pozornost možnostem ovlivnění v důsledku možného ovlivnění získaných dat množstvím zkušenosti a schopnostmi moderátora/facilitátora skupin. Zde byly využity dovednosti nabyté v průběhu kontinuálního vzdělávání a výcviků. Dostupná literatura možné chyby, které mohou vznikat, popisuje důkladně, což bylo také využito jako cenná základna pro vyvážení nedostatku praxe v realizaci této metody.

*Ke složení a počtu účastníků skupin:*

Je doporučováno, aby byly jednotlivé fokusové skupiny do určité míry homogenní, aby účastníci měli něco společného s dalšími, což podporuje otevřenost, komfort, ale současně nezávislost myšlení, k čemuž pomáhá i požadavek, aby zároveň tito účastníci nebyli blízkými přáteli (Dawson, Manderson, Tallo, 1993). V průběhu přípravy bývají identifikovány klíčové charakteristiky, které reprezentují i určitý pohled na téma. Je nutné rozhodnout, kolik úrovní charakteristik je únosné použít (www.ln.edu.hk, 2005). Zvažovanými charakteristikami při přípravě projektu byly diagnostická skupina, počet hospitalizací, rozdělení na základě věku. Některé charakteristiky (tj. počet hospitalizací, diagnóza, věk) bylo, jak již bylo zmíněno, obtížné dopředu zajistit kvůli ochraně informací klientů v některých institucích a tudíž ztížené možnosti skupiny podle takových kritérií naplánovat. Kritériem, které se dařilo zachytit, byla míra poskytované podpory v zařízeních, a to formou chráněného bydlení a zaměstnávání, komunitního bydlení, či zapojení klientů do samotného poskytování služeb (Vida centra). Jedna skupina byla sestavena z klientů docházejících do denního centra.

I vzhledem k menšímu výskytu některých chyb a ovlivnění výsledků je za ideální počet účastníků takové skupiny pokládáno 7 – 9 osob, což je současně i dobrý počet pro většinu skupinových interakcí. Menší skupiny mají tendenci k dominanci někoho z členů a větší se jen obtížně kontrolují (Dawson, Manderson, Tallo, 1993, www.ln.edu.hk, 2005, Schulze a kol., 2003). Prakticky se tohoto počtu podařilo dosáhnout jen jednou, v ostatních případech byla skupina bohužel menší.

Celkový počet focus groups byl limitován praktickými možnostmi a ochotou oslovených zařízení spolupracovat.

## **5. Popis výzkumného vzorku**

Výzkumu se zúčastnilo celkem 23 respondentů. Jde o klienty zařízení poskytujících následnou péči lidem se zkušeností s duševním onemocněním, kde byli také oslovováni.

Stanovenými kritérii byla: (i) zkušenost s duševním onemocněním, které významným způsobem ovlivnilo jejich život, (ii) v minulosti hospitalizace

v psychiatrickém zařízení (a následná zkušenost s návratem z něj do běžného života), (iii) v současnosti bez akutních příznaků, (iv) dospělý věk.

Jednalo se převážně o osoby s několikanásobnou hospitalizací v psychiatrickém zařízení, 3 respondenti byli hospitalizováni jen jednou a stejný počet si nepřál tento údaj sdělit. Věkové rozpětí se pohybovalo od 21 až do 58 let, průměrný věk byl 41 let (jedna osoba údaj neposkytla). Odpovídalo 13 mužů a 10 žen.

Bližší údaje jsou zachyceny v tabulkách (Souhrnné charakteristiky předkládá Tab. 6; podle jednotlivých konaných skupin Tab. 7).

věk					pohlaví		počet hospitalizací					
21-30	31-40	41-50	více	N	muži	ženy	1	2-5	6-10	více	několik	N
5	4	9	4	1	13	10	3	4	2	2	9	3

udaná diagnóza				bydliště	
psychóza	poruchy nálady	závislost	N	Praha	mimo Prahu
6	4	1	12	18	5

**Tab. 6:** Souhrnné charakteristiky výzkumného vzorku ( $n = 23$ , N – údaj nesdělen)

<u>Respondenti:</u>	věk					pohlaví		počet hospitalizací					
	21-30	31-40	41-50	více	N	muži	ženy	1	2-5	6-10	více	několik	N
<b>FG1:</b> respondenti využívající komunitní bydlení	1	1	1	1	1	1	4	-	1	-	1	3	-
<b>FG2:</b> respondenti využívající chráněné bydlení a zaměstnávání	2	1	4	1	-	5	3	1	2	2	1	1	1
<b>FG3:</b> pracovníci Vida Center	1	1	2	1	-	5	-	1	-	-	-	2	2
<b>FG4:</b> uživatelé následných služeb	1	1	2	1	-	2	3	1	1	-	-	3	-

(pokračování na následující straně)

<i>Respondenti:</i>	<i>udaná diagnóza</i>				<i>bydliště</i>	
	<i>psychóza</i>	<i>poruchy nálady</i>	<i>závislost</i>	<i>N</i>	<i>Praha</i>	<i>mimo Prahu</i>
<b>FG1:</b> <i>respondenti využívající komunitní bydlení</i>	1	2	-	2	5	-
<b>FG2:</b> <i>respondenti využívající chráněné bydlení a zaměstnávání</i>	3	-	-	5	8	-
<b>FG3:</b> <i>pracovníci Vida Center</i>	1	-	1	3	-	5
<b>FG4:</b> <i>uživatelé následných služeb</i>	1	2	-	2	5	-

**Tab. 7:** Charakteristiky výzkumného vzorku podle jednotlivých skupin ( $n = 23$ ,  $N$  - údaj nesdělen, FG - „focus group“, fokusová skupina)

Vzorek byl sestaven ze čtyř fokusových skupin lišících se v míře získávané podpory. První tvořili respondenti využívající komunitní bydlení, druhou obyvatelé chráněného bydlení, současně pracující v chráněných dílnách, třetí skupina zahrnovala uživatele služeb následné podpory a poslední skupinu vytvářeli pracovníci Vida center (což jsou osoby, které v minulosti prošly zkušeností s potížemi v oblasti duševního zdraví).

Vzorek si neklade nároky na reprezentativitu, byl vytvářen na základě dostupnosti a ochoty spolupracovat. Respondenti se účastnili dobrovolně, s podmínkou zachování anonymity. Poskytnutá data jsou brána za pravdivá a nebyla ověřována.

Respondenti byli osloveni přímo ve spolupracujících zařízeních. Ochota účastnit se závisela i na podpoře místní autority (zprav. terapeutů). Způsob zformování skupin byl dvojitý. U dvou skupin byl představen účel a záměry studie a osoby byly požádány o účast ve skupině, která následovala ihned. V tomto případě si jeden člověk nepřál se diskuze účastnit. V dalších dvou skupinách bylo téma představeno dopředu a domluven vhodný termín, na který se měli zájemci dostavit. V tomto případě se dostavilo mnohem méně osob, než bylo osloveno (u jedné skupiny byl počet oslovených osob přibližně dvojnásobný, u druhé až trojnásobný).

V průběhu konání fokusových skupin ze vzorku neodpadl žádný z respondentů. Po navázání kontaktu byla spolupráce velmi vstřícná. Nejtěžší bylo respondenty

získat, moci oslovit. Pak již nebylo problémem spolupráci na studii udržet. Nízký počet není dán odstupováním účastníků, ale problematickými možnostmi je kontaktovat.

Celkový počet uskutečněných skupin:	4
Počet účastníků ve skupině:	5 - 8
Počet účastníků ve skupinách:	celkem 23
Místo a termín konání skupin:	prosinec 2006 - Praha
Délka diskusní skupiny:	60 minut

**Tab. 8:** *Detaily diskusních skupin*

## 6. Zpracování a prezentace dat

Prvním krokem při zpracování dat byl **přepis**. Původně zamýšlený videozáznam musel být oželen, přepis tedy znamenal vycházení z písemných poznámek zachycovaných v průběhu fokusových skupin. Tyto poznámky byly velmi detailní, účastníci byli s jejich potřebou seznámeni a na tuto variantu reagovali dobře, mnohonásobně vstřícněji než na variantu videozáznamu. Rekonstrukce hovoru byla provedena ihned následně po průběhu skupiny (v časovém horizontu cca do dvou hodin, právě z důvodu paměťního podržení dostatečných detailů a průběhu). Pochopitelně takovýto záznam je odkázán pouze na transkripci verbálních projevů, tj. obsahový záznam, bez možnosti dostatečného zachycení emocionálních či behaviorálních doprovodů.

Po přepisu následovala **analýza obsahu** diskuze. Cílem bylo hledat trendy a vzorce, které se objevují v jedné skupině nebo mezi skupinami, tj. stanovit kategorie využitelné v navazující fázi pro kódování těchto výpovědí.

### Kódování

Při kódování přepisu skupin byl zvolen obvyklý postup. To znamená, že prvním krokem bylo všechny poznámky a záznamy dat dát do běžného formátu zpracování slov pro analýzu – byly identifikovány jednotlivé *výpovědi* a celý záznam byl rozepsán po jednotlivých výpovědích respondentů v jejich chronologickém pořadí. Jednotlivou výpověď představovalo jedno tvrzení, vymezené svým obsahem (nesoucí jedno sdělení), získané od jedné osoby, mající jednotné emoční zabarvení. Jednu výpověď mohl v některých odůvodněných případech představovat i behaviorální

projev, zpravidla velmi výrazného rázu (např. příkývnutí, nesouhlasný neverbální projev, apod.). Výpověď zpravidla představovala jednu větu, což nebylo podmínkou. Vzhledem k nedostupnosti videozáznamu, tj. spolehlivého záznamu behaviorálních projevů, bylo pro analýzu využito pouze verbálního materiálu a kódovány tedy byly jen slovní výpovědi. Výjimku představovalo ne vždy slovní výrazné vyjádření souhlasu či nesouhlasu, které se zpravidla vázalo k výpovědi jiného člen skupiny. V těchto případech bylo toto zachyceno v prepisech průběhu skupin a tedy i následně kódováno.

– Po pečlivém pročtení záznamů byly zvoleny *série klíčových slov* a určeny jejich kategorie. Existují určité kategorie, které se obecně s vyšší frekvencí používají, jsou to např. centrální téma, celkové ladění, struktura programu, podmínky programu, strategie šetření, efekty (pro případ evaluačních fokusových skupin). Zde ovšem nebyly dost dobře použitelné a proto byly zvoleny kategorie specifické. Zvolení jednotlivých klíčových kategorií bylo determinováno obsahem a kontextem jednotlivých výpovědí. Je zvykem, že každá z kategorií by měla mít do sedmi klíčových slov (Dawson, Manderson, Tallo, 1993).

Vzhledem k charakteru dat byly zvoleny kategorie, jejichž výčet lze nalézt v kapitole shrnující výsledky šetření v části o kvalitativní analýze kategorií. Jde o témata a aspekty, které se ve výpovědích prolínají s nejvyšší nápadností (centrálním tématem byla stigmatizace, na ni navazovala další témata. Vzhledem k charakteru záznamu dat bylo problematické sledovat emocionální ladění výpovědí, u kategorie související s pocity bylo nutno vycházet jen z obsahové analýzy výpovědí; jako významný se ukazoval sociální kontext výpovědí).

– V další fázi byla klíčová slova *aplikována* na komentáře fokusových skupin (na jednotlivé výpovědi).

V této fázi se obvykle využívají dva způsoby přiřazování kategorií. (1) Každý komentář je kódován podle centrálního tématu a podle dalších kategorií (např. celkového ladění) a tudíž každá výpověď s sebou nese minimálně dvě klíčová slova. Dají se aplikovat i jiná klíčová slova z ostatních kategorií, pokud jsou relevantní. Některé výpovědi nemusejí mít přiřazeny žádná klíčová slova, jiné jich mohou nést několik. (2) Dá se také využít způsobu, kdy nejsou přiřazována klíčová slova, ale přímo původní text pro určitá slova (původní označení, slangové výrazy). Tento přístup je častý v etnografických metodách, slabinou je „vypadávání“ komentářů,

když nejsou nalezena tato označení (Dawson, Manderson, Tallo, 1993).

Byla využita technika klíčových slov. Účelem přiřazování klíčových slov jsou dva zisky: lze shlukovat a zacházet se všemi komentáři určitého typu, včetně různých kombinací, které se mohou objevit, na druhou stranu se také dají využít individuální formulace jako ilustrace a příspěvky ke konkrétnímu tématu/kategorii.

Kódování je nezbytným východiskem pro systematickou analýzu komentářů a výpovědí respondentů fokusových skupin.

### **Zvolené osy a kategorie**

V průběhu kódování vyvstávaly určité tématické oblasti, kategorie a druhy výpovědí. Některé byly očekávané, jiné se objevily samovolně. Nastavení kategorií bylo dáno pochopitelně i položenými otázkami a snahou podržet výpovědi u příslušných tématických oblastí. V průběhu analýzy byly některé kategorie, které se ukázaly jako málo užitečné, vyřazeny, jiné nově přibyly. Tyto kategorie tvoří základ dílčích kapitol kvalitativní analýzy.

### **Způsoby zacházení a prezentace výsledků**

Focus Groups je metodou kvalitativního výzkumu, což udává charakter získaných výsledků. Nejsou reprezentativním průřezem, získané výsledky se nedají jednoduše generalizovat a liší se od výsledků, které by byly získány metodou individuálních rozhovorů (viz kapitola o metodologii fokusových skupin).

Dávají tedy kvalitativní výsledky, často v podobě typických komentářů respondentů, vytvářejících (či pomáhajících vytvářet) přesnější a preciznější obraz pohledů účastníků. Zachycují širší zkoumaného tématu, oblasti, které k němu patří, související aspekty či jednotlivé složky. V zásadě neposkytují data kvantitativního charakteru (ačkoliv se zpravidla dají kvantifikovat ve smyslu číselného vyjádření např. procentuálního podílu určitých témat ve skupině). Tato vyjádření však mají pouze ilustrační charakter a nelze je požit k vytváření obecnějších závěrů.

I v předkládaném textu tedy platí, že číselná vyjádření v textu a tabulkách slouží k přesnějším popisu a ilustraci, nelze je zevšeobecňovat.

## II. Výsledky analýzy dat

---

V této kapitole budou podány výsledky analýzy dat. První část prezentuje odpovědi na položené výzkumné otázky. Další část těží z výsledků kvalitativní analýzy a přináší další získané podněty a poznatky, které se nevztahují přímo k otázkám, jež byly v úvodu studie položeny, nicméně představují další obohacení tématu.

### 1. Hlavní zjištění – odpovědi na výzkumné otázky

#### 1.1 Je stigmatizace duševní nemoci pro uživatele služeb tématem aktuálním?

- Účastníci ve všech skupinách se shodovali v tom, že existují určité předsudky veřejnosti.  
Setkávají se s odstupem, neznalostí, předsudky, ale i obavami a odlišným zacházením.
- Předsudky vnímají jako široce zakořeněné a hluboce zakotvené.
- V tomto panuje shoda mezi všemi skupinami respondentů.

Otázka, zkráceně charakterizovaná jako aktuálnost tématu stigmatizace, se ve výpovědích dělí na dílčí složky, a to:

- a) *prosté setkávání se* s těmito reakcemi a uvědomování si toho, že lidé mohou takto reagovat či že takto reaguji;
- b) *tíživost těchto reakcí* – jejich připouštění, zabývání se jimi, nesouhlas a touha po tom, aby tomu tak nebylo;
- c) *pokládání za významné se tématu věnovat*, věnovat mu pozornosti, více o něm mluvit, i ze strany odborníků.

Počty respondentů vyjadřujících se k jednotlivým dílčím složkám otázky aktuálnosti stigmatizace pro sledované skupiny uživatelů služeb lze nalézt v tabulce (Tab. 9).



Aktuálnost tématu stigmatizace v jednotlivých skupinách	FG1 (komunitní bydlení, n=5)			FG2 (chráněné bydlení a dílny, n=8)			FG3 (klienti Fokusu, n=5)			FG4 (pracovníci Vida center, n=5)		
	ano	ne	-	ano	ne	-	ano	ne	-	ano	ne	-
Setkávání se se stigmatizací (předsudky, odlišným chováním)	4	-	1	7	1	-	5	-	-	5	-	-
Vnímání stigmatizace jako osobně významné	1	3	1	6	1	1	3	2	-	5	-	-
Považování za významné se tomuto tématu věnovat	2	-	3	1	-	7*	5	-	-	5	-	-

**Tab. 9:** Aktuálnost tématu – počty respondentů vyjadřujících se k tomuto tématu a jeho dílčím kategoriím podle jednotlivých skupin. V tabulce jsou zachyceny počty klientů vyjadřujících se k otázce aktuálnosti stigmatizace a jejím aspektům (čísla mají ilustrativní charakter a naznačují možné trendy. Nelze je vzhledem k charakteru šetření zevšeobecňovat; FG - „focus group“, fokusová skupina, \* respondenti se k této otázce vyjádřili již před započítáním průběhu skupin).

Respondenti ve výrazné většině uváděli, že se s reakcemi připisovanými stigmatizací v důsledku duševní poruchy setkávají.

Mezi jednotlivými dotazovanými skupinami se objevil rozdíl ve *vnímání tíživosti reakcí připisovaných stigmatizaci*. Uživatelé služeb, kteří dostávají vysokou míru odborné podpory (zejm. obyvatelé komunitního bydlení), spíše nepovažují tyto reakce za zatěžující a nevyjadřují potřebu se jimi zabývat. Takto se vyjadřující respondenti nepovažující reakce spojené s vnímanou stigmatizací za zatěžující je berou jako fakt, pro který mají svá vysvětlení. Například je hodnotí jako přirozenou reakci na neznámost duševní poruchy, kdy motivace strachem se jim zdá normální a pochopitelná. Sdělují to neutrálně, bez výraznějšího emočního doprovodu. Zdůrazňují, že to chápou a je to normální. Někteří spojují tyto reakce s hloupostí dotyčných osob. Hodnotícím kritériem, kdo je takto „hloupý“ a kdo ne, je možnost vysvětlit, jak se věci mají, zájem a ochota vejít v kontakt. V tomto pojetí jsou lidé dělení na hloupé a rozumné, kde hloupými nemá smysl se zabývat a rozumní se takto nechovají. Tento přístup se vyskytoval napříč skupinami a byl spojen s různou mírou hořkosti. Od prostého konstatování, že nemá smysl nechat si takovými lidmi znepríjemnit den až po výroky prosycené trpkostí a silně zabarvené.

U ostatních skupin převládají komentáře vyjadřující tíživost těchto reakcí.

U respondentů byly časté komentáře *považující za významné se otázce*

*stigmatizace duševních poruch věnovat*, ať již jde o prostý zájem ze strany odborníků či konkrétnější návrhy. Nejčastěji zmiňovaným požadavkem byla edukace veřejnosti a zvyšování informovanosti o duševních poruchách. Shodně uváděli, že by se o těchto věcech mělo více mluvit.

Tabulky 10 až 12 zachycují počty respondentů vyjadřujících se k tématu vnímané aktualizace podle dalších dostupných faktorů, tj. pohlaví, věku a počtu hospitalizací. Respondenti byli dotazováni také na diagnózu, v tomto údaji často váhali či nedovedli odpovědět. Tento údaj u většiny respondentů nebyl získán. Tabulka zachycující aktuálnost vnímané stigmatizace vzhledem k diagnostické skupině tedy není uvedena (důvodem je nízká spolehlivost získaných dat a malý počet respondentů, kteří sdělili tento údaj).

<i>Aktuálnost tématu stigmatizace podle dostupných demografických faktorů I - pohlaví</i>	<i>Muži (n=13)</i>			<i>Ženy (n=10)</i>		
	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>-</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>-</i>
Setkávání se se stigmatizací (předsudky, odlišným chováním)	13	-	-	8	1	1
Vnímání stigmatizace jako osobně významné	12	-	1	3	6	1
Považování za významné se tomuto tématu věnovat	8	-	5	5	-	5

**Tab. 10:** *Aktuálnost tématu – počty respondentů vyjadřujících se k tomuto tématu a jeho dílčím kategoriím v závislosti na pohlaví.*

<i>Aktuálnost tématu stigmatizace podle dostupných demografických faktorů II - věk</i>	<i>Věková kategorie</i>														
	<i>21 - 30 let (n=5)</i>			<i>31 - 40 let (n=4)</i>			<i>41 - 50 let (n=9)</i>			<i>51 - 60 let (n=4)</i>			<i>neudáno (n=1)</i>		
	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>-</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>-</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>-</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>-</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>-</i>
Setkávání se se stigmatizací (předsudky, odlišným chováním)	4	1	-	4	-	-	9	-	-	3	-	1	1	-	-
Vnímání stigmatizace jako osobně významné	3	2	-	4	-	-	6	2	1	2	2	-	-	-	1
Považování za významné se tomuto tématu věnovat	2	-	3	3	-	1	5	-	4	3	-	1	-	-	1

**Tab. 11:** *Aktuálnost tématu – počty respondentů vyjadřujících se k tomuto tématu a jeho dílčím kategoriím podle věku.*

Aktuálnost tématu stigmatizace podle počtu hospitalizací	Udaný počet hospitalizací																	
	1 (n=3)			2-5 (n=4)			6-10 (n=2)			více (n=2)			několik (n=9)			neudáno (n=3)		
	ano	ne	-	ano	ne	-	ano	ne	-	ano	ne	-	ano	ne	-	ano	ne	-
Setkávání se se stigmatizací (předsudky, odlišným chováním)	3	-	-	2	1	1	2	-	-	2	-	-	9	-	-	3	-	-
Vnímání stigmatizace jako osobně významné	2	-	1	1	3	-	2	-	-	2	-	-	5	3	1	3	-	-
Považování za významné se tomuto tématu věnovat	2	-	1	2	-	2	-	-	2	1	-	1	6	-	3	2	-	1

**Tab. 12:** Aktuálnost tématu – počty respondentů vyjadřujících se k tomuto tématu a jeho dílčím kategoriím podle udaného počtu hospitalizací.

Z těchto dalších faktorů se jeví zajímavým rozdíl podle pohlaví v otázce vnímání subjektivní významnosti stigmatizace duševních poruch. V tabulce je naznačena vyšší míra tohoto významu u odpovědí získaných od respondentů – mužů. Ženy častěji uváděly výpovědi, které na jedné straně připouštěly setkávání se s projevy, které mohou být projevem či důsledkem stigmatizace, ale současně nemuselo toto být zakoušeno jako osobně významné či tíživé.

## 1.2 Jaký je respondenty pocíťovaný vliv?

Z hlediska pocíťovaného vlivu a dopadu byly v centru zájmu změny v důsledku nové situace, zkušenosti být stigmatizován. Byla položena přímá otázka na vnímaný vliv či změny v důsledku setkání se s tím, co je označováno jako duševní porucha, či v důsledku toho, že člověk vyhledá odbornou péči v oblasti duševního zdraví.

Získané odpovědi představují jak (a) *přímé odkazy*, udávané pocity a změny, tj. přímo vyjádřené a pojmenované, tak i (b) ty, na něž je možno z jednotlivých odpovědí *usuzovat*.

V odpovědi na tuto výzkumnou otázku bylo získáno několik kategorií – jmenovaných *oblastí*, ve kterých respondenti udávali pocíťovaný vliv a dopad.

Jmenované oblasti:

1. sociální kontakty;
2. zažívané pocity a způsoby vyrovnávání se se situací;
  - a) zažívané pocity, vliv na charakter subjektivního prožívání;

b) subjektivní aspekty procesu vyrovnávání se se změněnou životní situací a vnímané změny;

### 3. pracovní oblast.

#### 1. Sociální sféra

- Mění se kvantita i kvalita vztahů.
- Z hlediska množství je zřejmé, že jde o redukci.  
Zasažení sociálních kontaktů zahrnuje zejména oblasti pracovních vztahů, přátelské vztahy. V rodině ke snížení dochází také, méně často.
- Dochází ke změnám v charakteru sociálních vztahů a interakcí v rodinném prostředí.
- Mění se vztah k cizím lidem a interakce.
- Popisovány jsou i pozitivní zkušenosti.

Změny v rodinném prostředí jsou citlivé. Respondenti je málo charakterizují, vnímají ale silně nepříjemně, pokud dojde k posunu negativním směrem.

Vztahy na pracovišti mohou procházet výraznými změnami. Na pracovišti se respondenti cítili být diskriminováni, vnímají nervozitu kolegů z jejich přítomnosti, dávají ze stran kolegů zážitky odmítání, opovrhování, pocíťovaného přání zbavit se jich. Setkali se s podceňováním svých schopností a možností, snižováním kompetencí a odpovědností, s předsudky, případně konflikty. Obdobně byly zmíněny zkušenosti ze vzdělávacích institucí. Respondenti se setkali i s pozitivními změnami. Byla jim nabízena pomoc, podpora, setkali se s pochopením či zájmem.

Sousedé byli zmíněni jako svědkové situací, které nejsou vnímány jako příjemné (chování souvisejícího s duševní poruchou). Stejně tak mohou svým chováním vyjadřovat nelibost a odstup.

Mění se vztah k cizím lidem – veřejnosti. Prezentovány jsou obavy, že se bude člověk chovat nepatříčně, nevhodně či nápadně. Neznámí lidé jsou často také spojováni s pocitem zvýšeného sledování. Respondenti udávají pocit, že si jich druzí lidé více všímají, a to v negativním smyslu, jako je čekání na chybu, selhání, podivnost.

## 2. *Zažívané pocity a způsoby vyrovnávání se se situací*

Tato oblast bude rozdělena. Jednak se jedná o (a) *pocity* spojené se situací být nositelem stavu, který je spojen se stigmatizací, dále o (b) subjektivně vnímané vyrovnávání se se změněnou životní situací, čili *pocit'ované změny* v subjektivním prožívání. U obou kategorií platí, že výpovědi respondentů obsahovaly jak přímé vyjádření a pojmenování, tak ty, na které se dá s vyšší či nižší mírou spolehlivosti usuzovat z obsahu a formulace konkrétní výpovědi.

### *a) zažívané pocity, vliv na charakter subjektivního prožívání*

- Situace spojená s označením „duševně nemocný“ je popisována jako spojená s nepříjemným pocitem. Adjektivum „nepříjemné“ se objevuje napříč všemi skupinami a respondenti se v jeho použití shodují.
- Stav spojen s pocitem, že se není kam vrátit. S návratem se ani nepočítá. Pocit vyřazení ze společnosti může být propojen s obavou z nevhodného chování. Vyskytlo se přirovnání k situaci člověka vracejícího se z výkon trestu.
- Vnímána bariéra ve smyslu nemožnosti nalézt porozumění v důsledku nemožnosti přiblížit a vysvětlit druhým svou situaci, prožívání a zkušenost.
- Spojení s pocitem sledovanosti – jak sledovanosti svého chování při léčbě, tak ve smyslu zvýšené sledovanosti při kontaktu s druhými lidmi. Může mít také formu zvýšené citlivosti okolí k chybám a nedokonalostem.
- Pocit'ována nutnost spolehnout se na své okolí, vložit do ostatních svou důvěru.
- Pocit závislosti na druhých je často silně svázán s postavou psychiatra.
- Situace je spojená s velkou mírou nejistoty směrem do budoucna.
- Prezentován požadavek nepřipouštět si svou situaci, snažit se ji nevnímat.
- Zatěžující komentáře ze strany rodiny, mající směřovat k jejich povzbuzení či podnícení k aktivitě, vyznívají jako nedostatek pochopení a porozumění jejich stavu.
- První setkání s léčbou spojeno s odporem a strachem.

Získaná data naznačují, že mezi jednotlivými skupinami respondentů nebyly výrazné rozdíly v odpovědích směřující k této otázce, až na skupinu respondentů

z komunitního bydlení. Ti se spíše než k tomuto tématu vyjadřovali k vnímání léčby a zacházení s nimi v jejím průběhu (viz Tab. 13).

*b) subjektivní aspekty procesu vyrovnávání se se změnou životní situací a vnímané změny;*

- Požadavek na nutnost nepřipouštět si svůj stav.
- Zacházení s pocitem, že se člověk už do normální společnosti nevrátí, že není kam se vracet a společnost si to ani nepřeje.
- Nutnost čelit odstupu druhých a setkávat se s lidmi, kteří se s nimi vlastně setkat nechtějí a dívají se „skrz prsty“.
- Změny v rodinných vztazích někdy spojeny se ztrátou nejbližší sociální opory.
- Naopak pro některé respondenty to znamená získání podpory a zvýšenou možnost spolehnout se na své okolí.
- Diskriminační zkušenosti představují zkušenost s odmítáním, opovrhováním, „vyštípáním“ odněkud, podceňováním a přebíráním odpovědnosti. Tyto situace jsou vnímány jako těžce překonatelné. Pokud je tlak vnímán jako stálý či příliš velký, udávají respondenti, že je vede ke vzdání se aspirací či konkrétních cílů.
- Uvědomění si duševní poruchy může, podle vyjádření respondentů, vést k obavě z odlišného, nápadného jednání. To se dále může stát zdrojem nejistoty ohledně vlastního chování.
- Je zmiňována potřeba se vyrovnat s tím, že existují svědkové situací, v nichž je jednání člověka ovlivněno duševní poruchou.

Charakter výpovědí ve skupině respondentů z komunitního bydlení byl odlišný od ostatních skupin v tom, že změny v důsledku toho, být nositelem stigmatizačního stavu (být objektem stigmatizace v důsledku duševní poruchy), nepřipouštěli, ba dokonce vylučovali.

Pro tuto skupinu bylo obtížné změny v důsledku zmiňované situace popsat. Mluvili o změnách a pocitech souvisejících s léčbou či způsobených změnou prostředí.

### 3. Pracovní oblast

- Relevantní pro respondenty s dostatkem pracovní zkušenosti.
- Dějiště proměny sociálních vztahů.
- Spojena s diskriminací, znevažováním a podceňováním schopností.
- Projevy zažívány jak otevřeně, tak vnímány jako přítomné, ale skrývané.
- Zmiňována i protektivní role kolegů, doprovázena vyjadřováním podpory a zájmu.

Tabulky (Tab. 13 – Tab. 15) zachycují počty respondentů vyjadřujících se k jednotlivým oblastem pocíťovaného vlivu stigmatizace.

	FG1 (komunitní bydlení, n=5)		FG2 (chráněné bydlení a dílny, n=8)		FG3 (klienti Fokusu, n=5)		FG4 (pracovníci Vida center, n=5)	
	A	-	A	-	A	-	A	-
Zacházení v léčbě	5	-	3	5	2	3	-	5
Dopad do sociálních vztahů I – blízké osoby	-	5	2 (2*)	4	3	2	-	5
Dopad do sociálních vztahů II – cizí osoby	-	5	4 (1*)	3	5	-	5	-
Vyjádřené pocity, subjektivní prožívání situace	3	2	6	2	3	2	3	2
Subjektivně prožívané změny spojené s danou životní situací	4*	1	4	4	2	3	5	-
Pracovní oblast	1	4	2	6	4	1	2	3

**Tab. 13:** *Subjektivně pocíťovaný vliv – počty respondentů vyjadřujících se k tomuto tématu a jeho dílčím kategoriím podle jednotlivých skupin.* V tabulce jsou zachyceny počty klientů vyjadřujících se k otázce subjektivně vnímaného dopadu stigmatizace a jeho dílčím aspektům (A – počet respondentů vyjadřujících se k dané kategorii, „-“ – počet respondentů nevyjadřujících se k této kategorii, FG – fokusová skupina, \* respondenti se vyjádřili ve smyslu, že žádná změna nenastala; data byla získána metodou Focus Groups, čísla mají ilustrativní charakter, nelze je vzhledem k charakteru šetření zevšeobecňovat).

Subjektivně pocítovaný vliv podle dostupných demografických faktorů – pohlaví a věková skupina	Pohlaví				Věková skupina									
	Muži (n=13)		Ženy (n=10)		21 – 30 (n=5)		31 – 40 (n=4)		41 – 50 (n=9)		51 – 60 (n=4)		nevedeno (n=1)	
	A	-	A	-	A	-	A	-	A	-	A	-	A	-
Zacházení v léčbě	4	9	6	4	1	4	1	3	5	4	2	2	1	-
Dopad do sociálních vztahů I – blízké osoby	3	10	4	6	1	4	2	2	2	7	2	2	-	1
Dopad do sociálních vztahů II – cizí osoby	10	3	5	5	5	3	3	1	6	3	3	1	-	1
Vyjádřené pocity, subjektivní prožívání situace	11	2	4	6	3	1	3	1	9	-	2	2	-	1
Subjektivně prožívané změny spojené s danou životní situací	10	3	1	10	2	1	2	2	6	3	2	2	-	1
Pracovní oblast	7	6	2	8	4	1	2	2	4	5	2	2	-	1

**Tab. 14:** Subjektivně pocítovaný vliv – počty respondentů vyjadřujících se k tomuto tématu a jeho dílčím kategoriím podle dostupných demografických faktorů.

Subjektivně pocítovaný vliv podle udaného počtu hospitalizací	Počet hospitalizací											
	1 (n=3)		2 - 5 (n=4)		6 – 10 (n=2)		více (n=2)		několik (n=9)		nevedeno (n=3)	
	A	-	A	-	A	-	A	-	A	-	A	-
Zacházení v léčbě	1	2	2	2	-	2	1	1	6	3	-	3
Dopad do sociálních vztahů I – blízké osoby	-	3	3	1	1	1	1	1	2	7	-	3
Dopad do sociálních vztahů II – cizí osoby	2	1	3	1	1	1	1	1	6	3	2	1
Vyjádřené pocity, subjektivní prožívání situace	1	2	3	1	2	1	2	-	8	1	1	2
Subjektivně prožívané změny spojené s danou životní situací	1	2	1	3	1	1	1	1	5	4	2	1
Pracovní oblast	1	2	1	3	1	1	2	1	4	5	-	3

**Tab. 15:** Subjektivně pocítovaný vliv – počty respondentů vyjadřujících se k tomuto tématu a jeho dílčím kategoriím podle udaného počtu hospitalizací. V tabulce jsou zachyceny počty klientů vyjadřujících se k otázce aktuálnosti stigmatizace a jejím aspektům (A – počet respondentů vyjadřujících se k dané kategorii, „-“ – počet respondentů nevyjadřujících se k této kategorii).

Mezi jednotlivými skupinami respondentů se objevily rozdíly i v této otázce. Výrazně se projevilo téma *zacházení v průběhu hospitalizace* a léčby. U skupiny



s nejvyšší mírou poskytované odborné podpory (komunitní bydlení) bylo toto téma vysoce zmiňováno. Naopak u skupin s nižší mírou odborné podpory toto téma nebylo pro účastníky konaných skupin natolik aktuální.

Naopak dopad do *sociálních vztahů* byl zmiňován zejména ve skupinách s nižší mírou podpory. A to s různým rozložením, co se týče blízkého sociálního okolí a osob vzdálenějších.

*Pracovní oblast* byla zřejmě relevantní pro osoby s dostatkem pracovní zkušenosti. Byla zmiňována v takovou četností, že je uvedena jako samostatná kategorie.

### 1.3 Jaké vidí respondenti protektivní faktory?

- Vysoce je zmiňována potřeba informací (mít informace).
- Je možno se spolehnout na sociální okolí.
- Vyměňování si informací s ostatními spolupacienty. Vyměňování si zkušeností, informací, budování svépomocných skupin, sítě pacientů, kteří se navštěvují.
- „České psychiatrické kutilství“ - pacienti si sdělují, jak zakrývat příznaky (zatímco lékaři se, dle jejich názoru, domnívají, že agravují).
- Přednášení a mluvení o své zkušenosti
- (Cílená) nevšímavost k projevům souvisejícím s odstupem či předsudky veřejnosti, jejich záměrné přehlížení.
- Jako efektivní je změna prostředí, kde k těmto projevům dochází, za jiné.
- Schopnost sebekázně, nenechat se vyprovokovat, zachovat klid a ovládat se.
- Jako užitečné je viděno probouzet aktivitu a zájem o věci.
- Naslouchat názorům druhých.
- Nepřipouštět si, že se tam (do léčby) může člověk jednou vrátit.
- Právní ochrana a pomoc.
- Speciální akce a programy.
- Návaznost na další péči a volnočasové aktivity, předávání kontaktů.
- Příprava rodiny.
- Důvěra mezi pacientem a odborníkem.
- Dále jmenovány manuální práce, vycházky, četba knih, koníčky, modlení

a domácí zvířata.

Charakter toho, co je chápáno vyměňováním informací, se v jednotlivých skupinách lišil. Základem je sdílení informací jako projev vzájemné podpory. Skupina respondentů z Vida center mluví více o této výměně v kontextu budování svépomocných skupin, sítě pacientů. Ve skupině komunitního bydlení je chápáno v pojetí „psychiatrického kutilství“.

Pro skupinu pracovníků Vidy je dále specifické, že velmi pozitivně hodnotí *přednášení* o své zkušenosti. A to právě pro své chápání situace a vnímání nemoci. Setkávají se s pozitivními reakcemi, vidí, že druzí mají zájem tyto situace a stavy pochopit, či je dokonce chápou. Vidí, že se dá vrátit mezi „zdravé“. Uvádějí, že se ztrácí potřeba se svým stavem nějak zvýšeně zabývat, subjektivní vnímání osobní situace ztrácí na intenzitě a vnímají to jako nalezení nové rovnováhy či „rozpuštění“ problému.

Mluvit o svém stavu, podle nich, pomáhá bořit bariéry mezi nemocnými a zdravými, v získání většího náhledu, odstupu od nemoci, je prostor se tím zabývat a slyšet jiné názory a jako samovolný druhotný jev označují „samovolné vyřešení problémů“, mizí potřeba stav či situaci dále rozebírat. Obzvláště je viděn význam komunikace se specifickou skupinou – mladými lidmi, jako otevřenou, naslouchající skupinou, nemající zátěž z minulosti a schopnou vidět svět i jinýma očima. Zde lze získat ujištění, že je se člověkem počítáno.

Naopak ve skupině respondentů z obyvatel komunitního bydlení se vyskytly názory, že mluvit s druhými nemá význam.

## 2. Kvalitativní analýza jednotlivých kategorií

V předchozí části byly prezentovány výsledky s ohledem na položené výzkumné otázky. Kvalitativní analýza poskytla více materiálu, který byl zařazen zde. Některé oblasti a témata se v těchto dvou oddílech mohou překrývat. V těchto případech bylo snahou se co nejméně opakovat.

Následující informace mají odlišné podání textu, tj. jednotlivé kapitoly odpovídají jednotlivým kategoriím získaným kvalitativní analýzou získaných výpovědí. Data jsou členěna pokud možno co nejpřehledněji, což snad nebude ubírat na srozumitelnosti. Základní informace vzešlé k této analýze jsou následovány charakteristikou postavenou na výpovědích respondentů – jsou v co největší míře zachována stejná jazyková vyjádření. Doslovná označení, případně citace prezentující komentáře respondentů jsou uvedena kurzívou. Připojeny jsou tabulky ilustrující získaná data kvantitativním vyjádřením (zpravidla v podobě četností zmiňovaných komentářů).

V průběhu analýzy výpovědí získaných ve fokusových skupinách byly získány následující kategorie:

- vnímaná stigmatizace,
- vnímání léčby,
- vnímání veřejnosti,
- změny v důsledku situace,
- co pomáhá (protektivní faktory),
- pocity,
- vnímání nemoci,
- sociální osa.

Budou popsány dále, kdy každá kapitola představuje jednu ze samostatných kategorií.

Jmenované klíčové kategorie vzešly z kvalitativní analýzy výpovědí. Každou z nich je možno zařadit do nadřazených kategorií (v textu označovaných jako „osy“ - v návaznosti na nejdříve pojmenovanou „sociální osu“). Tyto vztahy prezentuje tabulka (Tab. 16). Sociální osa je více diferencovaná než je naznačeno v přehledové tabulce, kde každou z položek představují jednotlivé zmiňované sociální kategorie.

Zmíněná tabulka slouží k jasnější a rychlejší orientaci vazeb mezi jednotlivými jmenovanými kategoriemi.

<i>Osy kódování</i>	<i>Obsahová témata</i>	<i>Emocionální a prožitková rovina</i>	<i>Sociální osa</i>
<i>Korespondující kategorie</i>	Vnímaná stigmatizace	Pocity - udané	Sociální kontext
	Vnímání léčby	Pocity - odvozené z výpovědí	
	Vnímání nemoci		
	Změny v důsledku situace		
	Pomáhající faktory		

**Tab. 16:** *Osy kódování vzešlé z analýzy výpovědí*

## 2.1. Vnímaná stigmatizace

V průběhu rozhovorů byly zaznamenány obě varianty odpovědí, tj. jak vnímání duševních poruch jako stavu reálně či potenciálně přinášejícího stigmatizaci, tak odmítnutí takové varianty.

*Odpovědi souhlasné (duševní poruchy jsou spojeny se stigmatizací) a jimi vykreslený obraz (VO) ve výpovědích respondentů:*

Vnímaná stigmatizace byla zaznamenána jako stav, kdy se *lidi koukaj*. Je spojena s *odstupem* druhých lidí, nebezpečím, že se bude člověk chovat *odlišně* a druzí to zaznamenají.

Člověk může být vnímán jako *nesvéprávný* (případně jím skutečně být) a musí počítat s *negativními*, sprostými a bezohlednými reakcemi. Lidé se dívají *skrz prsty*. Dostává *nálepku nežádoucího*. Čelí *diskriminaci* v práci, *odmítání* a *opovrhování*.

Je to *nepříjemný pocit*, ale člověk si jí (stigmatizace) *nesmí všímat*.

Po léčbě se *nemá kam vracet* a společnost s ním *nepočítá*.

*Cejch* dřív mohl dostat i návštěvou ambulance, ale větší je, když ho vidí sousedi, když blázní. Veřejnost by měla mít *více informací*.

*Nesouhlasné odpovědi (duševní poruchy nejsou propojeny se stigmatizací)*

Odpovědi v tomto duchu byly získány zejména od respondentů využívajících tzv. komunitní bydlení. Někteří z nich měli za sebou větší počet hospitalizací a byli spíše

zralého věku.

Byly připuštěny odlišné reakce druhých či odstup, ale toto téma nebylo považováno za osobně významné.

*(VO:)* Rozumní lidé to tak neberou a hloupému to nevysvětlíš. Moc nefunguje osvěta, lidi neví, jak to chodí. Lidé s předsudky jsou hloupi (a jiná adjektiva), nemá cenu s nimi o tom diskutovat.

*Bojí se nemocného a bojí se zbláznění. Mají strach z neznáma.*

Tabulka (Tab. 17) zachycuje počty osob poskytujících výpovědi vztažené ke kategorii stigmatizace. Počty respondentů vzhledem k demografickým faktorům a počtu hospitalizací již byly prezentovány (Tab. 10 – Tab. 12).

Vnímaná stigmatizace	FG1		FG2		FG3		FG4	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Připuštění existence odlišného přístupu či předsudků	4	-	7	1	souhlas skupiny	-	souhlas skupiny	-
Stigmatizace je potíž, osobní negativní zkušenost	1	3	6	1	3	2	souhlas skupiny	-

**Tab. 17:** Zachycení kategorie vnímané stigmatizace v jednotlivých diskuzích, počet osob připojujících se této kategorii.

## 2.2. Vnímání léčby

Klienti/uživatelé služeb měli sklon stále se vracet k zážitkům spojeným s psychiatrickými hospitalizacemi, léčbou, zacházením, přístupem a úrovní služeb. Téma setkávání se s předsudky, diskriminací, odstupem, odlišným zacházením se u výše zmíněné skupiny silně prolínalo s tématem zažívaného zacházení v průběhu hospitalizace. Tato dvě témata byla pro ně zvláštním způsobem propojena a zakoušení tohoto zacházení vystupovalo mnohem silněji.

Tato kapitola neodpovídá zcela přesně sledovanému tématu, v celkovém podílu získaných komentářů z této skupiny však představuje značný podíl. V komentářích se dají vysledovat dva aspekty nějak související s tématem stigmatizace – (1) negativně vnímané chování související s hospitalizací a (2) vnímání psychiatrické léčby.

**Obraz vnímání léčby (VO):**

Zacházení s klienty s nedostatkem *respektu*, není možné se samostatně rozhodovat, dovolat se a získat žádanou odezvu. *Bezmoc, nedostatek* (ve smyslu materiálním), absence *soukromí*.

*Autoritativní* zacházení bez podílu na rozhodování. Zkušenost, že se člověk *nikam nedovolá*. Nízká informovanost. Nedostatečná kvalita *péče i materiálního zajištění*. *Chybí* potřebné *osobní a hygienické věci, odebrána je finanční hotovost. Zamykání*.

*Nepartnerské, nesymetrické zacházení*, často z pozice moci – zacházení bez vyžádaného souhlasu, ohledu, předchozí dohody. Charakter *vztahu lékař–pacient* i necitlivé zacházení ze strany *personálu*.

K vnímání léčby by se daly zařadit specifické výtky k léčbě, např. na vedlejší účinky léků.

„...*státní péče je udržovací, bohužel zdraví nebezpečná...*“

„...*z neurotika udělali psychotika... v léčbě jsem se definitivně zbláznil...*“

Tendence stěžovat si na průběh léčby a nepříjemné zážitky spojené s léčbou byla výrazná u klientů využívajících komunitního bydlení, na toto téma slyšeli a byli ochotni dlouze debatovat. Nepochybně jde o výraznou a silnou zkušenost. V jiných skupinách toto téma prosakovalo méně. I v těchto skupinách byli klienti s vysokým počtem předchozích hospitalizací a závažnými diagnózami. Naopak v nich, pokud se toto téma vyskytlo, bylo ve většině zaměřeno na neuspokojivý vztah lékař-pacient.

Léčba byla v jednom případě zmíněna i jako možnost odpočinout si od „povzbuzujících“ komentářů rodiny, které však mohou působit jako nepochopení či neporozumění.

	<i>FG1 (n=5)</i>	<i>FG2 (n=8)</i>	<i>FG3 (n=5)</i>	<i>FG4 (n=5)</i>
Stížnosti na léčbu a zacházení v průběhu hospitalizace	silné skupinové téma	3	2	-

**Tab. 18:** *Množství stížností zaměřených na léčbu v jednotlivých diskuzích, počet osob připojujících se této kategorii.*

Údaje o počtu respondentů vyjadřujících se k této kategorii vzhledem k pohlaví, věku a počtu hospitalizací lze vyčíst z tabulek 14 a 15.

### 2.3. Veřejnost

Veřejnost, zejména reakce neznámých lidí, jsou hlavním vztažným rámcem celého teoretického konceptu fenoménu stigmatizace. Pochopitelně se k ní vztahovalo množství komentářů.

Podle analýzy výpovědí respondentů jednotlivých skupin veřejnost (VO):

- má *málo informací*,
- jsou v ní široce zakořeněny *předsudky*,
- nemocných se *bojí*, vnímá duševní nemoc *jinak a nerozumí jí*,
- nelze jí to přiblížit;
- *sleduje* nemocné,
- chce je *izolovat*, nechce mít problémy;
- nemoc je před ní zpravidla zatajována,
- jazyku odborníků nerozumí.

Ve výpovědích se daly nalézt dvě odlišné subkategorie

**1. bariéra** – vnímanou bariéru mezi nemocnými a zdravými tvoří, podle komentářů respondentů, zejména:

- nedostatek informací na straně veřejnosti, její nízká informovanost o poruchách i léčbě;
- předsudky, které má;
- stavům, které klienti mají může jen obtížně porozumět;
- klienti sami před ní často svůj stav tají.

*„...předsudky jsou...“*

*„...tomu normální člověk nerozumí, jaké je to po lékářích...“*

*„...musí se o tom mluvit, protože to umožňuje návrat po léčbě, přijetí veřejností...aby byli přijati, o to de, aby se začlenil bez problémů...“*

*„... je nemožný to přiblížit normálním lidem, řada lidí se mě ptalo, stejně jsem to nedokázal popsat...“*

- 2. reakce** – veřejnost, podle získaných výpovědí, často reaguje s obavami, strachem, v důsledku předsudků a neznalosti;
- snaží se uživatele péče izolovat, vyřadit;
  - diskriminuje.

*„...kolegové mě v práci odmítali, opovrhovali mnou, říkali, že jsem blázen. Chtěli se mě zbavit...“*

*„...u nás se nestalo, že bych se setkala s negativními reakcemi, ale lidi z druhého domu klidně přešli na druhý chodník...“*

*„...po důchodu o mě zájem neměli, mi bylo sděleno, že to je pro opravdový chlapy...“*

Tabulka zachycuje počty osob komentujících kategorii veřejnost, v dílčích subkategoriích, a to podle jejich zastoupení v jednotlivých konaných fokusových skupinách (Tab. 19). Tabulky uvádějící tyto počty v závislosti na pohlaví, věku a počtu hospitalizací byly zařazeny do příloh (Tab. 21 a 22).

Kategorie Veřejnost		FG1 (n=5)	FG2 (n=8)	FG3 (n=5)	FG4 (n=5)
sub-kategorie Bariéra	nedostatek informací	2	-	-	3
	předsudky	2	1	5	2
	nelze přiblížit, nerozumí nemoci	2	2	-	1
	uživatelé své zkušenosti nesdělují	3	-	-	-
sub-kategorie Reakce	obavy, strach	1	- (3*)	1	1
	snaha izolovat	1	1	1	3
	projevy diskriminace	- (v tomto kontextu)	2	4	-

**Tab. 19:** Výskyt témat spojených s kategorií Veřejnost v jednotlivých skupinách – počty respondentů vyjadřujících se k dílčím kategoriím tématu v jednotlivých skupinách (\* komentáře ve smyslu zvýšené sledovanosti).

#### 2.4. Pocity spojené se zacházením, léčbou, stavem – udané

Zde je prezentována kategorie vyjádřených pocitů, přímo identifikovaných a pojmenovaných. V průběhu skupin byly získány výpovědi obsahující jednak pocity spojené se zacházením a léčbou, na druhé straně pak o pocity spojené se stavem duševně nemocného.



**a) pocity spojené se zacházením, léčbou**

- není možné se dovolat, bezmoc,
- nedostatek soukromí,
- sledovanost, vyslýchanost,
- závislost na lékaři (nutnost spolupracovat, subjektivní nemožnost vybrat si lékaře, nízká komunikace, nemožnost vyjadřovat se k léčebnému procesu)

*„...vůbec se nikam nedovoláš...“*

*„...velkej, měl jsem hroznej odpor, strach, poprvé..., smíšené pocity, hrozně jsem se bránil...“*

*„...člověk je tam vyslýchanej, jak se to stalo... nechtěl jsem...“*

*„...některý psychiatři nejsou zodpovědní, člověk je na nich závislej...“*

**b) pocity spojené se statusem duševně nemocného**

- nepříjemný pocit,
- nepochopení, neporozumění s „normálními“ lidmi,
- pocit, že se člověk už nevrátí,
- pocit sledovanosti,
- chaos (pocit zmatku),
- přebytečnost ve společnosti,
- tlak na snížení či vzdání se svých aspirací, cílů,
- méněcennost, opovrhování ze strany „normálních“ lidí,
- vytržení z prostředí léčbou,
- nutnost zorientovat se a zvládnout to.

*„...je to nepříjemný pocit, který člověk u sebe utlačuje...“*

*„...člověk má pocit, že už se nevrátí...“*

*„...s nemocným se moc ani nepočítá... přijmout ho zpátky...“*

*„...člověk to nesmí vnímat...“*

*„...člověk neví co a jak, automaticky se vyřazuje ze společnosti...“*

## 2. 5. Pocity spojené se zacházením, léčbou, stavem - odvozené z výpovědí

Popsat přímo pocity, které v nich určitá situace vyvolává, bylo pro respondenty poměrně obtížné. Na možné subjektivní vnímání se z většího počtu odpovědí a líčení příběhů a zkušeností dá poukazovat.

Šlo by o:

- pocity spojené s nutností strpět určité zacházení,
- pocity spojené s nedostatečnou odezvou na žádosti (např. na změnu nevyhovující medikace),
- pocity spojené s materiálním nedostatkem,
- pocity spojené s nutností strpět rozhodování druhých o sobě (včetně rodiny),
- pocity spojené s proměnou rodinných vztahů,
- nejistotu ohledně vlastního chování (chování v důsledku nemoci) a důsledky nepřiměřeného či nevhodného chování,
- pocity spojené se střetáváním se s reakcemi veřejnosti,
- důsledky sledovanosti a vnímané čekání druhých na chybu,
- oblast kontaktu s psychiatrem, pocity související s optimismem/pesimismem prognózy léčby, bariéry ve vztahu lékař-pacient,
- pocity spojené s odstupem a odmítáním druhými.

*„...mě tam svlíkli donaha a strčili do sprchy, sebrali mi všechny věci, peníze, a už jsem je neviděla...“*

*„...víte, největší cejch je, když člověka viděj sousedi, blízky v době, když takhle blázní, pak ty následky...“*

*„...návrat z léčby, to je jako návrat z výkonu trestu...“*

*„...byla tam společná jídelna a někteří lidi se dozvěděli, že mám psychickou nemoc...a mysleli si, že je to přenosný – byli naštvaní, že s nima chodím obědvat do stejné restaurace...“*

*„...mě z práce vyštípali...“*

## 2.6. Změny v důsledku situace

U této kategorie se dají použít dvě osy subkategorií – *časová* (jedná se o vznik, časový průběh a možnou trvalost změn) nebo *zaměření* (kde se dějí změny, na straně člověka nebo v jeho okolí). V rámci časové osy jsou odlišeny krátkodobě chápané

„reakce“ a déle trvající „následné změny“. Podle zaměření jsou rozlišovány změny na straně osoby, které se situace přímo týká (osobní změny) a změny situační:

**a) reakce** (krátkodobý horizont) – sem se dají zařadit reakce na konkrétní situace, které odezní

i) změny **na straně člověka** (osobní změny)

- „depka“ z prostředí (v souvislosti s léčbou),
- snaha na situaci nemyslet,
- pasivita,
- (- změny prožívání v důsledku psychofarmak).

ii) změny **v situaci** (změna životních okolností)

- okamžité změny v rodinných vztazích,
- okamžité změny v sociálních vztazích (škola, pracoviště, přátelské vztahy).

Změny v sociálních vztazích byly zmiňovány jak v negativním smyslu, tak pozitivním, tj. jako zvýšení zájmu, pozornosti, nabízení pomoci.

**b) následné změny** – dlouhodobý horizont, trvalejší

i) změny **na straně člověka** (osobní změny)

Objevily se dva typy výpovědí:

- „rozumného člověka to nezmění“, stejnost, neměnnost nebo naopak
- zatajování, nesdělování stavu věcí.

ii) změny **situační**

- změny v rodinných vztazích,
- změny v sociálních vztazích (škola, pracoviště, přátelské vztahy),
- změny v pracovním uplatnění (ztráta práce, invalidizace).

## 2.7. Co pomáhá

Následuje výčet zmiňovaných protektivních faktorů nebo strategií:

**a) sociální strategie**

tyto strategie, využívající sociální okolí jako zdroj podpory se ve výpovědích objevil ve dvou podobách:

## i) forma: sociální spolupráce

- sdělování zkušeností mezi pacienty navzájem, „české psychiatrické kutilství“ (rady, zasvěcování do situace, sdělování, jak zakrýt příznaky),

## ii) forma: sociální opora

- zkušenost, že se druzí dovedou člověka v nepříjemné zkušenosti zastat, že dovedou pomoci, když je to třeba, možnost popovídat si o starostech s přáteli

*„...mě se vždycky zastali...“*

*„...moje rodina to chápala...“*

*„...člověk musí vědět, že mu ostatní pomůžou...“*

**b) aktivita**

- člověk si musí najít nějakou činnost, aby neměl čas na situaci myslet, manuální práce, fyzická aktivita, čtení knih, věnování se oblíbeným činnostem

*„...člověk na to nesmí myslet, proto chodím do dílny, aby člověk na to nemyslel...“*

**c) spolehnutí se na vlastní síly**

- využít vlastní síly, nepřipouštět si situaci

*„...člověk se musí starat hlavně o sebe...“*

*„...musí si najít svou cestičku, jít svým životem...“*

**d) modlení (náboženská strategie)****e) sdělování vlastní zkušenosti**

- pracovníci Vida center si cenili zkušenosti s přednáškovou činností, která jim přinášela i „rozpouštění“ problému

*„...naše přednášení [pomáhá] ... člověk je schopen o tom mluvit, víte, že vás lidi pochopějí, že se dá žít mezi zdravýma...“*

*„...viděj nás – asi to není tak hrozný...“*

*„...získání většího náhledu na nemoc, odstupu od nemoci...“*

*„...jako druhotný jev s tím přišlo samovolné vyřešení problémů, mizí potřeba mluvit o tom...“*

#### **f) strategie nevšímavosti**

- nevšímát si reakcí, nebrat na vědomí nepříjemnosti

*„...nevšímát si...“*

*„...člověk se musí snažit obrnit, aby si to tolik nepřipouštěl. Sebekázeň, nenechat se vyprovokovat od okolí, zachovat klid, ovládat se...“*

#### **g) instituce**

- kladně byla hodnocena pomoc nabídnutá neziskovými organizacemi; podporované vzdělávání, možnost bydlení, denní centra, stacionáře, skupiny, kluby, volnočasové aktivity;
- právní ochrana (možnost konzultovat právní záležitosti);
- informace směřované k veřejnosti, příprava rodiny;
- důvěra pacient – odborník.

### **2.8. Tvrzení týkající se nemoci či poruchy**

Některé výpovědi byly specifické a zachycovaly ne stigmatizaci, ale duševní poruchu jako takovou. Zajímavá by mohla být vnímaná odlišnost mezi somatickou a duševní nemocí.

(VO:) Duševní nemoc je vnímána jako odlišná [s výjimkou respondentů ze skupiny uživatelů služeb komunitního bydlení]. *Spojením nervů s tělem*, se pojí psychické potíže se somatickým stavem. Mění se *kvalita vědomí* a prožívání. Vědomí dělá člověka člověkem. Je to *na dlouho*. Mění schopnost člověka *správně* fungovat ve společnosti.

Léčba má vedlejší účinky, které člověka mohou ohrožovat (např. zeslabení nepodmíněných reflexů), je potřeba naučit se tento stav (duševní nemoc obecně) zvládnout.

*„...nervy dokážou vyvolat zmatek. Jak v hlavě, tak v celém těle...“*

*„...mění se kvalita vědomí. Člověka dělá člověkem vědomí...“*

„...pokud zemře psychické dřív než tělesné...“

„...člověku se mění schopnost vnímat, musí se učit o tom mluvit, neví...“

## 2.9. Sociální kontext (sociální osa)

Sociální kontext je u stigmatizace velmi významný. Bylo provedeno ještě kódování na této ose, čili u každé výpovědi byla položena především otázka „kdo?“ a sledovány další souvislosti.

### a) rodina

Rodina je jedním z nejdůležitějších sociálních prostředí člověka. Současně je také jednou z oblastí zasazených důsledky stigmatizace duševní nemoci (viz „courtesy stigma“). Přesto nebyla vzpomenuána vždy. Zdá se, že četnost zmiňování rodiny by mohla být ovlivněna tím, jestli ji respondenti vůbec mají. Ve skupině s převahou osob žijících bez podpory rodinného prostředí (chráněné bydlení) a často i bez trvalých partnerských vztahů vzpomenuána nebyla. Obdobně ve skupině respondentů žijících v komunitním bydlení.

Pokud byla rodina a její členové vzpomínána, jednalo se o protektivní nebo naopak zátěžový faktor.

- rodina jako *protektivní* faktor – zmiňováno pochopení z její strany, podpora a možnost svěřit se

„...moje rodina mě vždycky chápala...“

[Má se to říkat druhým?], „Rodině. Určitě.“

- rodina jako *zátěžový* faktor – zacházení ze strany rodiny je vnímáno jako snaha zbavit se nepohodlného člena, zneužití jeho situace, představuje velkou zátěž, pokud nefunguje tak, jak by si respondent přál (tj. pokud neposkytuje cennou podporu), nepříjemně může být vnímána i snaha o verbální povzbuzování. Samotná osoba může být chápána i jako zátěž finanční. Směrem k vlastním dětem může být nemoc/diagnóza a s ní spojené otázky zátěží i pro ně, s čímž jsou spojeny nepříjemné pocity.

„...když viděli možnost se léčit, nechali mě odvézt do léčebny...“

„...rodina má povinnost přijmout a když je rodina blbá...“

„[když jde člověk do léčebny] nemusí poslouchat ty kecy doma“

*'máš na víc' ... “*

*„...nejhorší je to, že to všechno jak se prožívalo, prožívaly děti... “*

### **b) přátelé**

Přátelé byli vzpomenu ti také poměrně má lo často. Rozhodně mnohem méně, než by se dalo očekávat, nicméně bez výjimky vždy v pozitivním kontextu. Představovaly pak pozitivní faktor, osoby, se kterými bylo možno si popovídat, což pomáhá, pokud má člověk horší den či starosti.

### **c) sousedi**

Sousedi a lidé z místa bydliště byli zpravidla zmíněni v souvislosti s dřívějším nuceným odvozem do léčebny. A to jako osoby, které se staly svědky subjektivně nepříjemné až pokořující situace, kdy respondenty viděli v situaci, jejímž následkem se stalo, že byli pozorováni, staly se objektem „řečí“, byl prozrazen jejich status „duševně nemocného“ a předcházeli kontaktu s dotyčnou osobou.

*„... víte, největší cejch je, když viděj člověka sousedi, blízky v době, kdy takhle blázní... “*

*„...lidi se dívali z oken... “*

*„... u nás se nestalo, že bych se setkala s nepříjemnými reakcemi, ale lidi z jiného domu klidně přešli na druhý chodník... “*

### **d) veřejnost, cizí lidé**

Tato kategorie je spojována s následujícími tématy:

- *předsudky* – veřejnost oplývá předsudky a přesvědčeními, která se odlišují od skutečného stavu, jsou zkreslená a vedou k odlišným reakcím, nedorozuměním, nepochopení a odstupu;

- *obavy* – obavy ze strany veřejnosti (z duševně nemocných), často mají svůj původ právě v předsudcích;

- *odstupem* – ze strany druhých lidí, spojen s odhalením potíží spadajících do oblasti duševního zdraví či s léčbou či hospitalizací, někdy byl spojován s neznalostí a interpretován jako strach z neznáma;

- *neznalostí a nízkou informovaností* – z ní pramení obě předchozí kategorie,

vyskytují se požadavky na zvyšování informovanosti;

- *nízkou možností přiblížit subjektivní prožitek* duševní poruchy – i při zájmu ze strany druhých je duševní porucha vnímána jako subjektivně nesdělitelná a prožívání s ní spojené jako nepopsatelné pro někoho, kdo totéž neprožil;

- *dělení druhých lidí na rozumné a hloupé* – rozumní jsou ti, kteří se snaží pochopit situaci, hloupí jsou charakterizováni předsudky, odstupem, obavami či nepochopením. Situace se jim nedá vysvětlit;

- *poznatelností* toho, že má někdo duševní poruchu – v některých případech je duševní porucha chápána jako navenek viditelná a lehce identifikovatelná, což je ve výpovědích spojováno právě s kategorií neznámých lidí a veřejnosti (kteří „to poznají“ či „hned vidí“);

- *požadavkem na vyšší míru pomoci či podpory* – zdůrazněn buď v této formulaci či jako zážitek s udávaným neohleduplným či bezohledným chováním druhých;

- veřejností, která „*se dívá*“, *sleduje*;

- veřejností, která *diskriminuje* – vnímány jsou rozdíly v míře příležitostí, zejména pracovním uplatnění;

- snahou nepohodlné osoby *izolovat* – pokud je osoba chápána jako nežádoucí, nemocná, odlišná, je vnímána snaha ji vyčlenit z běžného života a společnosti, např. směrem do léčebny;

- někdy naopak *nabízením pomoci* – existuje ochotna podat pomocnou ruku, podpořit, pomáhat; zajímat se a ptát;

#### **e) spolupracovníci**

Spolupracovníci a kolegové v práci jsou těmi, kteří jak vyjadřují odstup, tak dovedou nabídnout pomoc a podporu. Setkání s rezervovanými reakcemi, odstupem, nepochopením a předsudky bývá po „lidech na ulici“ typické právě pro toto prostředí. Zaznamenány byly zkušenosti s více či méně otevřenou diskriminací, snižováním pracovní odpovědnosti i míry pracovního zatížení u osob, u kterých byl prozrazen jejich duševní status. Stejně tak i pokus o ukončení pracovního poměru. Zkušenost s obtížnou možností získat nové zaměstnání jsou běžné.

Spolupracovníci však také fungují jako opora a jsou schopni a ochotni nabízet pomoc. V takovém případě se zajímají o osobu, její prožitky a možnosti podpory.



**f) psychiatři**

Postava psychiatra byla zmíněna zejména u respondentů ze skupin s vyšší mírou podpory a větší zkušeností s psychiatrickou léčbou. Někdy není zcela jasné, zda není smíšena osoba psychiatra s léčbou, charakteristikami a přístupem zařízení či odborného personálu. Je odlišován psychiatr v ambulantní péči, kam osoba dochází delší dobu a v léčebné instituci, kde je člověk aktuálně hospitalizován.

(VO:) Psychiatr je vnímán jako osoba, která *mění medikaci*. To způsobuje *potíže* – od poruch spánku po nízký komfort až subjektivně sníženou účinnost. Tato změna se děje přes *nesouhlas* dotčené osoby. Zpětná náprava je *obtížně* dosažitelná. Přes požadavky na opětovnou změnu jí nelze dosáhnout.

Psychiatr *určuje pocítovanou kvalitu* zařízení, *charakter* péče a *přístup* k pacientům, a to zejména jako vedoucí lékař či primář.

Je osobou, před kterou je nutno se mít *na pozoru*, člověk se musí *přizpůsobit* a *uzdravit sám*. Po poradě s ostatními spolupacienty jsou před ním *příznaky zakrývány*. Zatímco on se domnívá, že pacienti *přehánějí* a agravují.

Vztah k tomuto lékaři *postrádá založení na důvěře*. Nelze mu sdělit všechno, je nutno *vybírat a lhát*. Nelze si jej svobodně *vybrat* a „musí se brát co je“.

Kontakt s psychiatrem (v podobě zaměstnance instituce) se pojí s vytržením ze svého prostředí, kde se osoba musí pracně orientovat a sama situaci zvládnout.

Mluví *jazykem*, kterému ostatní nerozumí. Ať už se jedná o pacienty nebo o veřejnost. Zkušenost má *zprostředkovanou*, měl by více *naslouchat* a mít *vztah* k pacientům. Vyléčit se musí každý *sám* (je oddělováno „vyléčení se“ a „léčení“ - působitelem léčení je psychiatr, původcem vyléčení ale pacient).

Psychiatr je osobou, na které je člověk v léčbě určitým způsobem závislý, někdy nerozumí a nestará se tak, jak by si to jeho pacient přál, je vnímán odstup a nadřazený postoj.

Je však třeba poznamenat, že byla zachycena i reakce, která s podobně laděnými výpověďmi nebyla souhlasná.

**g) personál léčebny (psychiatrického zařízení)**

Tato kategorie byla zmíněna jen ve skupinách s vysokou mírou podpory

a v souvislosti s negativně vnímaným zacházením v průběhu léčby. Personál léčebny je vnímán jako manipulující násilně s pacienty (svlečení, odebrání osobních věcí, omezování pohybu, určující režim, píchající injekce, zamykající pokoje, zacházející agresivně, včetně verbální agrese).

Byl zmíněn i v pozitivním kontextu, jako podpora vytvářející příjemné prostředí. V mnohem nižší míře (jedenkrát).

#### **h) ombudsman pacientů**

Osobou, která byla ještě zmíněna (jednou) byl ombudsman pacientů, a to jako postava, která by byla velmi žádoucí, ale bohužel není ve skutečnosti fungující.

Následující tabulka (Tab. 20) podává přehled subkategorií sociálního kontextu a jejich zastoupení v jednotlivých skupinách. Další tabulky zachycující zastoupení zmiňovaných sociálních kategorií podle demografických faktorů a počtu hospitalizací byly zařazeny do příloh (Tab. 23 a 24).

<i>Sociální kategorie zmíněné v průběhu fokusových skupin</i>	<i>FG1 (n=5)</i>	<i>FG2 (n=8)</i>	<i>FG3 (n=5)</i>	<i>FG4 (n=5)</i>
rodina	-	4	3	1
přátelé	1	1	2	1
sousedí	-	-	1	1
veřejnost, cizí lidé	4	4	5	4
spolupracovníci, kolegové	1	1	4	-
psychiatri	1	3	2	2
personál léčebny (příp. jiného psychiatrického zařízení)	3	1	2	1
jiné osoby	1	1	1	2

**Tab. 20:** *Osoby zmiňované v průběhu fokusových skupin (kategorie „Sociální osa“) v jednotlivých skupinách (počet respondentů vyjadřujících se k jednotlivým subkategoriím podle skupin).*

## Diskuze

---

Předkládaná práce má své metodologické limity. Pracuje s malým vzorkem a při jeho sestavování musela být uplatněna velmi volná kritéria. Oslabilo to možnost získat některé typy dat, prozkoumat možné trendy v závislosti na lépe kontrolovaných faktorech než v tomto případě. Naopak původně nutnost vycházet z reálných možností při sestavování skupin se ukázala v některých aspektech jako užitečná. Zvolené rozdělení skupin přineslo nové podněty, vyzvedlo zajímavé rozdíly či propojení témat. Naznačené trendy by bylo vhodné dále cíleně zkoumat.

Byla zvolena kvalitativní metodologie, metoda méně používaná, i když právě pro použití v tomto případě vhodná (Schulze a kol., 2003, Dawson, Manderson, Tallo, 1993, Miovský, 2006, Hendl, 2005). i její dřívější použití v podobných případech přineslo zajímavá data zachycující subjektivní zkušenost (Dinos a kol., 2004, Schulze, Angermeyer, 2003, Angermeyer, Schulze, Dietrich, 2003). Ačkoliv zpočátku nebylo počítáno s uplatněním kvantitativních vyjádření (v souladu s povahou metody), byly později v dostupné a možné podobě doplněny. V důsledku nemožnosti využít videozáznamu nebylo možno zachytit určitý typ dat, např. časovou proporcii výpovědi spojených s určitými tématy či neverbální projevy.

S předkládanými výsledky je nutno zacházet adekvátně. I celá studie byla koncipována jako mapující, zachycující možné trendy a z analýzy dat vyvstávají spíše nové hypotézy než jasné odpovědi na otázky. Což je v souladu se zvolenou metodologií (Dawson, Manderson, Tallo, 1993, Hendl, 2005).

Výsledky zpracování získaných dat naznačují, že alespoň mezi oslovenými respondenty má téma své místo. Shodují se v tom, že existují předsudky a odlišné reakce. Existence odlišných postojů, předsudků, jejich behaviorálních projevů a specifických představ byla dostatečně popsána (Mann, Himelein, 2004, Crisp, Gelder, 2003, Schoeneman a kol., 1993, Crisp a kol., 2000, WHO, 2005, Foster, 2001, Chromý, 2002). získané výsledky naznačují, že si jich respondenti jsou dobře vědomi.

Ve vzorku se objevila skupina respondentů, která si byla sice tohoto také vědoma, nicméně, téma pro ně nebylo osobně významné. Jednalo se o skupinu

s nejvyšší mírou poskytované podpory, tj. obyvatele komunitního bydlení. Téma bylo propojeno, či možná nahrazeno, tématem zážitků z léčby – zacházení ze strany odborného personálu a vnímání psychiatrické léčby v jejím průběhu. To, jak se na ně dívá veřejnost, pro ně nebylo osobně významné, mnohem silněji vyjadřovali tendenci mluvit o nepříjemných zážitcích spojených se zacházením v průběhu hospitalizace. Je otázkou, co tato data mohou naznačovat a čím mohou být ovlivněna. Zda je nepříjemné, nepartnerské, možná až ponižující zacházení (jak jej popisovali) prostě pro ně silnějším zážitkem, než setkání s někým, kdo sice má předsudky, ale je člověkem cizím, osobně nevýznamným. Je otázkou, zda jsou témata nějakým způsobem propojena (u obou platí, že jde o nepříjemné zacházení, v důsledku duševní poruchy). Může to být ovlivněno také tím, že se prostě nesetkávají v takové míře s laickou veřejností. Jde o skupinu, která je v rámci poskytované podpory obklopena profesionály a to téměř beze zbytku. Zároveň však jde o skupinu, vůči které jsou stigmatizující stereotypy a postoje nejsilnější (Mann, Himelein, 2004, Crisp, Gelder, 2003, Crisp a kol., 2000).

Naopak získaná data naznačují, že u těch, kteří jsou méně vyčleněni z běžného denního fungování a jejich potíže nejsou považovány za tak závažné, je odstup veřejnosti vnímán poměrně silně. Zde by se mohl potvrzovat efekt očekávané stigmatizace, která byla v literatuře popsána jako vyšší než ta, jež je následně zakoušena (Angermeyer a kol., 2004, Stengler-Wenzke a kol., 2004). Ve svém životě by také mohli skutečně více čelit reakcím druhých, cítit překážky nebo neodůvodněnost některých reakcí (viz situační model, Corrigan, Watson, 2002b).

U skupiny respondentů byl výrazný způsob vysvětlení, jak a proč se veřejnost na ně takto dívá. Jde o vysvětlení typu hlouposti, neochoty naslouchat, nezájmu o pravý stav věcí. Jde nepochybně o mechanismus, jak uchránit svou sebeúctu a pozitivní identitu. Internalizace negativních hodnocení byla prokázána jako jeden z nejzhooubnějších dopadů stigmatizace (Philips a kol., 2002), stigmatizace silně ovlivňuje sebeúctu (Thesen, 2001, Corrigan, Watson, 2002a, Schneider, 201, Lai, Hong, Chee, 2000, Reidy, 1993). zároveň však existují studie, které ukazují, že tomu tak nemusí být vždy (Osborne, Major, Crocker, 1992, Corrigan, Watson, 2002b). Podobně jako u skupiny respondentů z komunitního bydlení, nebyly reakce ze strany veřejnosti pokládány za osobně významné či zasahující.

Častěji se respondenti vyjadřovali ve smyslu negativně vnímaných

stigmatizujících postojů a reakcí ze strany laické veřejnosti. Zde je nutno také zvažovat, nakolik se sem promítl způsob oslovování respondentů a zda jejich ochota souhlasit s účastí ve studii nebyla ovlivněna právě vnímáním tématu jako osobně významného.

Ze získaných dat by se mohlo zdát, že stigmatizace je tématem aktuálním spíše pro ty, kteří se s ní častěji setkávají (aktuálně, či ji více očekávají), nejsou natolik znevýhodněni vlastní duševní poruchou a snaží se o návrat do svého prostředí. To je právě ta skupina, u které tak nastává další, možná zbytečná, překážka při překonání aktuálních potíží a návratu i zařazení do běžného fungování. A současně není důvod proč by se vrátit neměli. Právě zde pak může vystoupit význam zacházení se svým statutem podléhajícím stigmatizaci. I v průběhu získávání dat se ukázalo, že existují významné individuální rozdíly ve vnímání tohoto stavu a zacházení s ním.

Stigmatizace je sociálním jevem. Projevuje se v rámci sociálních interakcí. To se odrazilo i ve způsobech definování v průběhu času, kdy vývoj směřoval i k vymezení stigmatizace jako jevu v sociálním kontextu (Link, Phelan, 2001a, 2001b). Zasahuje tedy především sociální vztahy (Kadri a kol., 2004, Schulze, Angermeyer, 2003, Lai, Hong, Chee, 2000, Reidy, 1993, Perlick a kol., 2001). Obdobně se to odrazilo i v získaných datech.

Sociální vztahy se mění, zdá se, že i ve smyslu polarizace. To znamená, že nemusí jít vždy jednoznačně o zhoršování jejich kvality. Byl zaznamenán i trend proměny ve smyslu vyšší sociální opory, připravenosti pomoci, zájmu, empatických vyjádření. Sociální prostředí bylo uznáno jako významný protektivní faktor ve smyslu zachování pozitivní identity, sebeúcty a zvládnutí svého stavu (Byrne, 2001). Na druhé straně redukce sociálních vztahů a stažení bývají označeny za hlavní důsledek stigmatizace (Schulze, Angermeyer, 2003, Perlick a kol., 2001). Moment, kdy si osoba dovede získat sociální podporu, tedy hraje významnou roli. Sledování způsobů, jakými to dělá, a faktorů, které zde hrají roli, by mohlo přinést podporu pro ty, kteří v této dovednosti natolik nevyvíkají.

Mechanismy odmítání v rodině s cizími lidmi mohou být jiné. Zhoršení vztahů s blízkými by mohlo být ovlivněno také tím, co bylo popsáno jako courtesy stigma (přenesení předsudků a reakcí spojených se stigmatizací na další osoby, zpravidla

rodinu), tedy s odmítáním tohoto stavu jako takového. Zajímavé je, že odpovědi týkající se sociálních vztahů byly poměrně jednostranné – buď jen pozitivní zkušenosti nebo jen negativně laděné. Je otázkou, zda by se při cílené studii tento trend potvrdil a čím by mohl být ovlivněn.

Pracovní uplatnění jako jeden z významných dopadů stigmatizace (Angermeyer, 2004, Stuart, 2004) se projevilo i ve zde získaných datech. I zde se ve významné míře odráží sociální složka, tzn. zacházení a důvěra ve schopnosti ze strany nadřízených, spolupracovníků, předsudky, obavy, atd. Mohlo by se zdát, že ti, kteří umí dobře zvládnout zacházení se stigmatizací v kontextu dané sociální interakce, mohou úspěšně předcházet jejím důsledkům a většině projevů. Z tohoto hlediska stojí za připomenutí výzkum, kde se projevil význam přiblížení a přenositelnosti prožívání stavu, kdy dobré porozumění způsobům prožívání snižovalo úzkost a odstup osob od lidí s psychiatrickou diagnózou a zvyšovalo zájem o jejich stav (Secker, Armstrong, Hill, 1999). Vystává tedy další otázka, zda ti, kteří si dovedou získat podporu svého sociálního okolí, nevyužívají těchto mechanismů, že jakým způsobem to dělají.

K ovlivnění získaných výsledků mohly přispět některé z faktorů, jež se nepodařilo v průběhu realizace mít plně pod kontrolou či žádoucím směrem ovlivnit. Kromě zmíněné velikosti vzorku a možnostmi mít úplně pod kontrolou jeho složení, je to nemožnost ověřit údaje o respondentech. Způsob výběru účastníků skupin založený na ochotě účastnit se představuje do určité míry „samovýběr“ se všemi jeho nevýhodami. Způsob záznamu představuje riziko nepřesné rekonstrukce přepisu průběhu skupiny. Nebylo možno využít ani některých dalších možností analýzy založených na sledování přesných jazykových vyjádření či neverbálních projevů. Zvýšený pozornost byla věnována způsobu vedení skupin ohledem na možnost zkreslení, navádění k určitým odpovědím, sledování vlastních neverbálních projevů a způsobům kladení otázek a prevenci další chyb popsaných v literatuře.

## Závěr

---

Cílem práce bylo přispět k tématu stigmatizace duševních poruch, a to zejména v oblasti jejího vnímání a dopadu na ty, kteří jsou jí vystaveni. Toto téma bylo zpracováno jak po stránce teoretické, tak doplněno empirickým šetřením. Záměrem teoretické části bylo podat souhrn dostupných informací k tématu, které jsou velmi kusé a rozptýlené v jednotlivých úzce vymezených výzkumných studiích. Empirická část mapovala její subjektivní vnímání a respondenty udávané jednotlivé aspekty pocíťované stigmatizace.

Teoretická část upozornila na odlišné laické pojetí jazyka i představ. Zabývala se odlišnostmi laického rozpoznávání duševních poruch i faktory, které determinují způsob a sílu reakcí veřejnosti na osoby identifikované jako „duševně nemocné“. Z nich se jako nejvýznamnější ukazuje vnímání potenciální nebezpečnosti a nepředvídatelnosti. Existují poruchy, které jsou spojeny s výraznou mírou stigmatizace, jejichž nejvýraznějším představitelem jsou poruchy psychotické, spojené s největší mírou stigmatizace i nejvíce odpovídající laickému konceptu „blázna“. Označení člověka za majícího duševní poruchu ovlivňuje vnímaná srozumitelnost jeho chování a prožívání.

Definování stigmatu není v odborné literatuře jednoznačné, spojujícími rysy přijímaných definic je sociální kontext, pocit nižší hodnoty (méněcennosti), negativní sociální posouzení, atribuce nežádoucích vlastností, propojení s typickým atributem nebo kontextem (duševní nemocí), původně sociální proces zasahující do vlastní identity a sebepojetí, nežádoucí vliv zasahující do života, s důsledkem odstupu, vyhýbání či diskriminace.

Popsán byl dopad stigmatizace do oblasti interpersonálních vztahů, ovlivnění sebeúcty, změny v konceptu identity, v pracovní oblasti i spolupráce při léčbě. Zatím málo je zmapován proces sebestigmatizace.

V empirické části bylo mapováno subjektivní vnímání stigmatizace duševních poruch uživateli služeb v oblasti péče o duševní zdraví, a to služeb navazujících na zařízení poskytujících akutní péči.

Byla zvolena metoda fokusových skupin, které jsou dobře využitelné v úvodních fázích výzkumného procesu a poskytují bohatou šíři dat vyjádřených vlastními slovy účastníků. Umožňují zmapovat jev a neopomenout žádný z jeho významných aspektů. Byla oslovena zařízení poskytující následné služby, jejichž klienty jsou lidé, kteří v minulosti prošli hospitalizací v zařízení psychiatrického typu. V průběhu skupin byly položeny otázky zaměřené na otázku aktuálnosti tématu pro respondenty, pocíťovaný vliv či dopad a vnímané protektivní faktory či strategie.

Stigmatizaci duševních poruch respondenti považují za rozšířenou, udávají, že se setkávají s jejími projevy. Samotná existence tohoto jevu však nemusí znamenat, že je pro ně osobně zatěžující. I když platilo, že spíše ano. Pro některé respondenty bylo téma propojeno se zkušenostmi z průběhu hospitalizace a zažitým zacházením ze strany zaměstnanců institucí poskytujících odbornou péči.

Přáli by si, aby se o tomto jevu a duševních poruchách jako takových více mluvilo.

Dopad vnímání odlišnosti svého duševního statusu (veřejnosti) a setkávání se s příslušnými reakcemi popisují jako změny v sociálních interakcích, pracovním uplatnění a vlivu na prožívání této situace.

Sociální vztahy procházejí kvantitativními i kvalitativními změnami, a to v obou směrech, z nichž ovšem častější se zdá být posun směrem negativním.

Situace je prožívána jako „nepříjemná“, spojená s pocitem, že je těžké se vrátit. Jistá bariéra směrem k druhým lidem ve smyslu ztížených možností nalézt porozumění a oporu je posílena pocitem sledovanosti v určitých (zpravidla zátěžových) situacích a pocitem, že se nelze na okolí spolehnout. Jsou kladeny požadavky na nutnost nepřipouštět si svůj stav, snažit se o návrat k běžnému fungování, přitom nevnímat odstup a nedůvěru druhých.

V pracovní oblasti jsou udávány zkušenosti s nižší mírou ukládané pracovní odpovědnosti, nedůvěrou ve schopnosti po odhalení svého stavu a ztrátou zaměstnání.

Mezi protektivními faktory zmiňují potřebu mít informace. Vysoce jsou ceněny různé formy sociální podpory. Ať už jde o nejbližší okolí konkrétního člověka, tak i formy podpory mezi pacienty. Ve skupině respondentů aktivně mluvících o svých zkušenostech s laickou veřejností se toto ukázalo také jako ceněný způsob. Dále nevšímání si příslušných projevů, nepodléhání situaci či podpora institucí poskytujících jim služby.

Mezi významné limity práce patří malá velikost výzkumného vzorku a velmi



nížká možnost sledovat některé z dalších faktorů (věk, přesně udaná diagnóza, celková délka hospitalizací). Obrazový záznam průběhu skupin by poskytl další možnosti jejich analýzy.

Přínos práce lze vidět ve zmapování tématu ze subjektivní perspektivy, jeho zachycení v našich sociokulturních podmínkách, která navazuje na přehled převážně zahraničních poznatků. Prezentovaná zjištění mohou být základnou pro další výzkum, získaná data by mohla být využita ke konstrukci metody využitelné v dalším kvantitativním přístupu (např. pro zachycení míry vnímání stigmatizace v závislosti na diagnóze, věku, osobnostních faktorech, apod.). Zatím málo popsán je jev tzv. sebestigmatizace. Informace i data prezentované v práci by mohly být využity v přímé práci s klienty, například právě v prevenci sebestigmatizace, ale také v jejich aktivizaci a podpoření schopnosti čelit reakcím a praktickým důsledkům souvisejících se stigmatizujícími postoji veřejnosti.

Další směřování výzkumu ke zkoumání stigmatu z pohledu zasažených osob by mohlo zaplnit mnohé mezery v této oblasti, případně vyústit v tvorbu modelů využitelných nejen výzkumně, ale také v dalším praktickém použití.

## Literatura

---

- Angermeyer, M. C.: *Important to Investigate the Dynamics of the Stigma Process*. Healthcare Papers, 2004, vol. 5, no. 2, p. 112-113.
- Angermeyer, M. C., Beck, M., Dietrich, S., Holzinger, A.: *The Stigma of Mental Illness: Patients' anticipations and experiences*. International Journal of Social Psychiatry, 2004, no. 2: 153-162.
- Angermeyer, M. C., Beck, M., Matschinger, H.: *Determinants of the Public's Preference for Social Distance From People With Schizophrenia*. The Canadian Journal of Psychiatry, Nov 2003, vol. 48, no. 10, p. 663-668. /a/
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H.: *Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia*. The British Journal of Psychiatry, 2005, no. 186, p. 331-334.
- Angermeyer, M. C., Schulze, B., Dietrich, S.: *Courtesy Stigma – a Focus Group Study of Relatives of Schizophrenia Patients*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2003, vol. 38, no. 10, p. 593-602. /b/
- Arboleda-Flórez, J.: *Considerations on Stigma of Mental Illness*. The Canadian Journal of Psychiatry, 2003, vol. 48, no. 10, p. 645-650.
- Baštecká, B., Goldmann, : *Základy klinické psychologie*. Portál, Praha, 2001.
- Bathurst, L., Grove, J.: *Damned if you do. Damned if you don't. Students' Experience of Disclosing a Mental Health Disorder*. Papers presented to Pathways IV Canberra, 5 - 8th December, 2000 [online] dostupno z <<http://www.connection.lww.com>> (7-5-2005)
- Beatty, J. E.: *Chronic Illness Identity in the Workplace*. Gender and Diversity in Organisations Division Annual 2001 Conference of the Academy of Management, Washington, DC., August, 7, 2001
- Boyd, M. A.: *Cultural Issues Related to Mental Health Care*. [online] dostupno z <<http://www.connection.lww.com>> (7-5-2005).
- Brown, C. Lloyd, K.: *Qualitative Methods in Psychiatric Research*. Advances in Psychiatric Treatment, 2001, vol. 7, p. 350-356.
- Brown, L., Trujillo, L., Macintyre, K.: *Intervention to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned?* Tulane University, New Orleans, 2001.
- Byrne, P.: *Stigma of Mental Illness and Ways of Diminishing It*. Advances in Psychiatric Treatment, 2000, no. 6, p. 65-72.
- Byrne, P.: *Psychiatric Stigma*. The British Journal of Psychiatry, 2001, no. 178, p. 281-284.
- Carr, V., Halpin, S.: *Stigma and Discrimination. A Bulletin of the Low Prevalence Disorders Study*. Publications Production Unit, Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra, 2002.
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., Penn, D. L.: *Familiarity with and Social Distance From People Who Have Serious Mental Illness*. Psychiatric Services, 2001, vol. 52, no. 7, p. 953-958.
- Corrigan, P. W., Thompson, V., Lambert, D., Sangster, Y., Noel, J. G., Campbell, J.: *Perception of Discrimination among persons with serious mental*

- Illness*. Psychiatric Services, 2003, no. 54, p. 1105-1110.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C.: *Understanding the Impact of Stigma on People With Mental Illness*. World Psychiatry, 2002, vol. 1, no. 1, p. 16-20. /a/
- Corrigan, P. W., Watson, A. C.: *The Paradox of Self-stigma and Mental Illness*. Clinical Psychology: Science and Practice, 2002, no 1 /b/
- Corrigan, P. W., Watson, A. C.: *At Issue: Stop the Stigma: Call Mental Illness a Brain Disease*. Schizophrenia Bulletin, 2004, vol. 30, no. 3., p. 477-479
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Warpinski, A. C., Gracia, G.: *Implications of Educating the Public of Mental Illness, Violence, and Stigma*. Psychiatric Services, 2004, vol. 55, no. 5, p. 577-580.
- Crisp, A.: *The Tendency to Stigmatise*. The British Journal of Psychiatry, 2001, no. 178, p. 197-199. /b/
- Crisp, A. H., Gelder, M. G.: *New Survey Finds Some Reduction in Stigmatisation of People with Mental Illnesses*. 2003, [online] dostupno z <[http://www.statistics.gov.uk/services/downloads/pr\\_070903.doc](http://www.statistics.gov.uk/services/downloads/pr_070903.doc)>
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Melzer, H. I., Rowlands, O. J.: *Stigmatization of People With Mental Illnesses*. The British Journal of Psychiatry, 2000 Jul, no. 177, p. 4-7.
- Crocker, J., Major, B.: *Social Stigma and Self-Esteem: the Self Protective Properties of Stigma*. Psychological Review, 1989, 96, 608-630.
- Dawson, S. Manderson, L., Tallo, V. L.: *A Manual for the Use of Focus Groups*. INFDC, Boston, 1993.
- Dijker, A. J., Koomen, W.: *Extending Weiner's Attribution-Emotion Model of stigmatization of ill persons*. Basic and Applied Social Psychology, 2003, vol. 25, no. 1, p. 51-68.
- Dinos, A., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., King, M.: *Stigma: the Feelings and Experiences of 46 People With Mental Illness*. The British Journal of Psychiatry, 2004, no. 184, p. 176-181.
- Edney, D. R.: *Mass Media and Mental Illness: A Literature Review*. Canadian Mental Health Association, Ontario, 2004.
- Eikelman, B., *Sociálna psychiatria*. Vydavateľstvo F, Trenčín, 1999.
- Foster J: *Unification and Differentiation: a Study of the Social Representations of Mental Illness*. Papers on Social Representations, 2001, no.10, p. 3.1-3.18.
- Francis, C., Pirkis, J., Dunt, D., Blood, R. W.: *Mental Health and Illness in the Media. A Review of the Literature*. Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra, 2001.
- Freidl, M., Lang, T., Scherer, : *How Psychiatric Patients Perceive the Public's Stereotype of Mental Illness*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2003, vol. 38, no. 5, p. 269-275.
- Galinsky, A. D., Hugenberg, K., Groom, C., Bodenhausen, G.: *The Reappropriation of Stigmatizing Labels: Implications for Social Identity*. Research on Managing Groups and Teams, 2003, vol. 5, p. 221-256.
- Gaebel, W., Baumann, A. E., Phil: *Interventions to Reduce Stigma Associated With Severe Mental Illness: Experiences From the Open Doors Program in Germany*. Canadian Journal of Psychiatry, 2003, vol. 48, no. 10, p.

657-62.

- Goffman, E.: *Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. Slon, Praha, 2003.
- Gray, A. J.: *Stigma in Psychiatry*. Journal of the Royal Society of Medicine, 2002, no. 95, p. 72-76.
- Haghighat, R.: *A Unitary Theory of Stigmatisation*. The British Journal of Psychiatry 2001, no. 178, p. 207-215.
- Halter, M. J.: *The Influence of Stigma on Help Seeking Attitudes for Depression*. Duquee University, Pittsburg, 2003.
- Hansen JJ: *Coping Mechanisms of the Stigmatized: Methods of Protecting Self-worth*. [online] 2001, dostupno z <<http://www.uweb.ucsb.edu/~jhansen/copingmechanisms.htm>> (20-5-2004).
- Haslam, N.: *Folk Psychiatry: Lay Thinking About Mental Disorder*. Social Research, Summer 2003, no. 70, p. 301 – 324.
- Hausner, M.: *Duševně nemocný mezi námi*. Praha, Státní zdravotnické nakladatelství, 1961.
- Hendl, J.: *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha, Portál, 2005.
- Hocking, B.: *Reducing Mental Illness Stigma and Discrimination – Everybody's Business*. MJA, 2003, vol. 175, no. 5, p. S47-S48.
- Holzinger, A., Beck, M., Mink, I., Weithaas, S., Angermeyer, M. C. : *Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht Schizophren und depressiv Erkrankter*. Psychiatrische Prax, 2003, č. 30, str. 395-401.
- How to Do Focus Groups*. [online] dostupno z <<http://www.ln.edu.hk/courses/howtodofocusgroups.doc>> (6-11-2005)
- Chromý, K.: *Sociologie duševních poruch*. in Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J.: *Psychiatrie*. Tis, Praha, 2002.
- Janík, A.: *Veřejnost a duševně nemocný*. Praha, Avicenum, 1987.
- Jorm, A. F.: *Mental Health Literacy. Public Knowledge and Beliefs About Mental Disorders*. The British Journal of Psychiatry, 2000, no.177, p. 396-401.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., Pollit, P.: „*Mental Health Literacy*“: *a Survey of the Public's Ability to Recognise Mental Disorders and their Beliefs About the Effectiveness of Treatment*. MJA, 1997, no.166, p. 182-186.
- Kadri, N., Manoudi, F., Berrada, S., Moussaoui, D.: *Stigma Impact on Moroccan Families of Patients With Schizophrenia*. The Canadian Journal of Psychiatry, 2004, no. 9, p. 625-629.
- Katz, J., Joiner, T. E., Kwon, O.: *Membership in a Devalued Social Group and Emotional Well-being: Developing a Model of Personal Self-esteem, Collective Self-esteem, and Group Socialization*. Sex Roles: A Journal of Research, Nov 2002.
- Kurzban, R., Leary, M. R.: *Evolutionary Origins of Stigmatization: The Functions of Social Exclusion*. Psychological Bulletin, 2001, vol. 127, no. 2, p. 187-208.
- Lai, Y. M., Hong, C. P. H., Chee, C. Y. I.: *Stigma of Mental Illness*. Singapore Medical Journal 2000, vol. 42, no. 3, p. 111-114.
- Lee, J. D., Craft, E. A.: *Protecting One's Self From a Stigmatized Disease ... Once One Has*

- It. Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 2002, no. 23, p. 267-299.
- Libiger, J.: *Stigma duševního onemocnění*. Psychiatrie, 2001, roč. 1, č. 1, Tigis, Praha.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., Phelan, J. C.: *The Consequences of Stigma for the Self Esteem of People With Mental Illnesses*. Psychiatric Services, 2001, vol. 52, no. 12, p. 1621-1626.
- Link, B. G., Phelan, J. C.: *On Stigma and its Public Health Implications*. Stigma and Global Health: Developing a Research Agenda /An International Conference/, Sept 5-7, 2001, Bethesda, Maryland USA. /a/
- Link, B. G., Phelan, J. C.: *Conceptualizing Stigma*. Annual Review of Sociology, 2001, no. 27, p. 363-385. /b/
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., Collins, P. Y.: *Measuring Mental Illness Stigma*. Schizophrenia Bulletin, 2004, vol. 30, no. 3, p. 511-542
- Lloyd, C., Sullivan, D., Williams, P. L.: *Perceptions of Social Stigma and Its Effect on Interpersonal Relationships of Young Males With Experience of Psychotic Disorder*. Australian Occupational Therapy Journal, 2005, vol. 52, no. 3, p. 243.
- Mann, C. E., Himelein, M. J.: *Factors Associated With Stigmatization of Persons With Mental Illness*. Psychiatric Services, Feb 2004, vol. 55, no. 2, p. 185-187.
- Maruyama, Y., Taira, N., Mita, Y., Oshima, I.: *The Role of People With Mental Disorders Themselves to Reduce Discrimination and Stigma: The Meaning of Sharing Their Experiences at a Training for Home Helpers*. Society for Disability Studies Conference Proceeding, 2001, p. 33-37
- McDaid, D.: *Mental Illness and Stigma in Europe: Reflections on an Athens Conference Under the Greek Presidency*. Eurohealth, 2003, vol. 9, no. 1, p. 5-8.
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize*. Psychiatrické centrum Praha, 2000, Praha.
- Miller, C. T., Kaiser, C. R.: *A Theoretical Perspective on Coping With Stigma*. Journal of Social Issues, Spring 2001, no. 57, p. 73 – 92.
- Miovský, M.: *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing, Praha, 2006.
- Mukherjee, R., Fialho, A., Wijetunge, A., Checinski, K., Surgenor, T.: *The Stigmatisation of Psychiatric Illness: the Attitudes of Medical Students and Doctors in a London Teaching Hospital*. Psychiatric Bulletin, 2002, no.26, p. 178-181.
- Nakonečný, M.: *Sociální psychologie*. Portál, Praha, 1999.
- Osborne, J., Major, B., Crocker, J.: *Social Stigma and Self-Protective Reactions to Academic Feedback*. Paper presented at the Annual Meeting of the Eastern Psychological Association, Boston, MA, March 1992.
- Östman, M., Kjellin, L.: *Stigma by Association. Psychological Factors in Relatives of People With Mental Illness*. The British Journal of Psychiatry, 2002, no. 181, pp. 494 – 498.
- Otey, E., Fenton, W. S.: *Editors' Introduction: Building Mental Illness Stigma Research*. Schizophrenia Bulletin, 2004, vol. 30, no. 3., p. 473-475
- Perlejt, A.: *Being a Parent of an Adult Son or Daughter With Severe Mental Illness Receiving*

- Professional Care: Parent's Narratives*. Health and Social Care in the Community, 2001, vol. 9, no. 4, p. 194-204.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J. A., Salah, J., Struening, E. L., Link, B. G.: *Adverse Effects of Perceived Stigma on Social Adaptation of Persons Diagnosed With Bipolar Affective Disorders*. Psychiatric Services, 2001, vol. 52, no. 12, p. 1627-1632.
- Phillips, M. R., Pearson, V., Li, F., Xu, M., Yang, L.: *Stigma and Expressed Emotion: a Study of People With Schizophrenia and Their Family Members in China*. The British Journal of Psychiatry, 2002, no. 181, p. 488-493.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., Graham, T.: *Reducing Psychiatric Stigma and Discrimination: Evaluation of Educational Interventions in UK Secondary Schools*. The British Journal of Psychiatry, 2003, no. 182., p. 342-346.
- Powell, J. J. W.: *Stigma* in Fitzpatrick, T. a kol. (Eds.): International Encyclopedia of Social Policy. Routledge. London, 2003
- Praško, J.: *Stigmatizace u „psychogenních poruch“*. Psychiatrie, 2001, roč. 5, č. 1, p. 32 – 37, Praha, Tigris.
- Puhl, R. M., Brownell, K. D.: *Psychosocial Origins of Obesity Stigma: Toward Changing a Powerful and Pervasive Bias*. Obesity Reviews, 2003, no. 4, p. 213-227 /a/
- Puhl, R. M., Brownell, K. D.: *Ways of Coping With Obesity Stigma: Review and Conceptual Analysis*. Eating Behaviors, 2003, no. 4, p. 53-78 /b/
- Reidy, D. E.: *„Stigma is social death“*. *Mental Health Consumers/Survivors Talk About Stigma in Their Lives*. Education for Community Initiatives, Holyoke, 1993.
- Roeloffs, C., Sherbourne, C., Unutzer, J., Fink, A., Tang, L., Wells, K. B.: *Stigma and Depression Among Primary Care Patients*. Gen Hosp Psychiatry, 2003, vol. 25, no. 5, p. 311-5.
- Rosen, A., Walter, G., Casey, D., Hocking, B.: *Combating Psychiatric Stigma: An Overview of Contemporary Initiatives*. Australian Psychiatry, 2000, vol. 8., no. 1, p. 19-26.
- Ruggiero, K. M., Mitchell, J. P., Marx, D. M., Lorenzo, M. L.: *Now You See It, Now You Don't: Explicit Versus Implicit Measures of the Personal/Group Discrimination Discrepancy*. Psychological Science, roč. 11, č. 2000, str. 511-514.
- Secker J, Armstrong C, Hill M: *Young People Understanding of Mental Illness*. Health Education Research. Theory & Practise, 1999, no.6, p. 729-739.
- Scambler, G.: *Re-framing Stigma: Felt and Enacted Stigma and Challenges to the Sociology of Chronic and Disabling Conditions*. Social Theory & Health, 2004, no. 2, p. 29-46.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Friedman, S. J., Meyers, B. S.: *Perceived Stigma and Patient-rated Severity of Illness as Predictors of Antidepressant Drug Adherence*. Psychiatric Services, 2001, no. 12, p. 1615-1620. /a/
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J., Meyers, B. S.: *Perceived Stigma as a Predictor of Treatment*

- Discontinuation in Young and Older Outpatients With Depression.*  
American Journal of Psychiatry, 2001, no. 158, p. 479-481. /b/
- Shih, M.: *Positive Stigma: Examining Resilience and Empowerment in Overcoming Stigma.* Annals of American Academy of Political and Social Sciences, 2004, vol. 591, p. 175-184.
- Scheffer, R.: *Addressing Stigma: Increasing Public Understanding of Mental Illness.* Centre for Addiction and Mental Health, 2003.
- Schizophrenia Society of Ontario: *Schizophrenia: Facts for Families.* [online] 2005, dostupno z <<http://www.schizophrenia.on.ca>> (23-5-2005).
- Schmitt, M. T., Branscombe, N. R.: *The Meaning and Consequences of Perceived Discrimination in Disadvantaged and Privileged Social Groups.* In Stroebe, W., Hewstone, M. (Eds.): *European Review of Social Psychology*, vol. 12, p. 167-199, Cichester, England: Wiley, 2002
- Schneider, D. J.: *Stereotype and Stereotyping.* Guildford Press, New York, 2001.
- Schoeneman, T. J., Segerstrom, S., Griffin, P., Gresham, A.: *The Psychiatric Nosology of Everyday Life: Categories in Implicit Abnormal Psychology.* Journal of Social and Clinical Psychology, 1993, vol. 12, no. 4, p. 429-453.
- Schulze, B., Angermeyer, M. C.: *Subjective Experiences of Stigma. A Focus Group Study of Schizophrenic Patients, Their Relatives and Mental Health Professionals.* Soc Sci Med, 2003, no. 56, p. 299-312.
- Schulze, B., Krajic, K., Trummer, V., Pelikan, J. M.: *Focus Group Manual.* Ludwig Boltzman Institute for the Sociology of Health and Medicine, Vídeň, 2003.
- Smith, M.: *Stigma.* Advances in Psychiatric Treatment, 2002, no. 8, p. 317-325.
- Smolík, : *Duševní a behaviorální poruchy.* Maxdorf, Praha, 1996.
- Stengler-Wenzke, K., Beck, M., Holzinger, A., Angermeyer, M. C.: *Stigma Experiences of Patients With Obsessive Compulsive Disorders.* Fortschr Neurol Psychiatr, 2004 Jan, vol. 72, no. 1, p. 7-13.
- Struening, E. L., Perlick, D. A., Link, B. G., Hellman, F., Herman, D., Sirey, J. A.: *The Extent to Which Caregivers Believe Most People Devalue Consumers and Their Families.* Psychiatric Services, 2001, vol. 52, no. 12, p. 1633-1638.
- Stuart H: *Stigma and the Daily News: Evaluation of a Newspaper Intervention.* The Canadian Journal of Psychiatry, Nov 2003, 48, 10: 651-656. /a/
- Stuart H: *Stigma and work.* Healthcare Papers, 2003, vol. 5, no. 2, p. 110-111. /b/
- Stuber, O. P., Maloy, K. A., Rosenbaum, S., Jones, K.: *Beyond stigma: What Barriers Actually Affect the Decisions of Low-income Families to Enroll in Medicaid?* Center for Health Services Research and Policy, School of Public Health and Health Services, The George Washington University, Washington, 2000.
- Taylor, D. M., Ruggiero, K. M., Louis, W. R.: *Personal/Group Discrimination Discrepancy: Towards a Two-Factor Explanation.* [online] dostupno z <[http://www.cpa.ca/1996/ful\\_taylor.html](http://www.cpa.ca/1996/ful_taylor.html)> (15-6-2004).
- Thesen, J.: *Being Psychiatric Patient in the Community – Reclassified as Stigmatized „Other“.* Scandinavian Journal of Public Health. 2001, vol. 29, no.

4, p. 248-55.

- Thompson, A. H., Stuart, H., Bland, R. C., Arboleda-Flórez, J., Warner, R., Dickson, R. A.: *Attitudes About Schizophrenia From the Pilot Site of the WPA Worldwide Campaign Against the Stigma of Schizophrenia*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002, no. 37, p. 475-482.
- Valášková, K., Machů, V.: *Reprezentace pojmu duševně nemocný u psychiatrických pacientů*. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2000, č. 2, str. 70-76.
- Výrost, J., Slaměnik, I.: *Sociální psychologie – Sociálna psychológia*. ISV, Praha, 1997.
- Wágnerová, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál, Praha, 1999.
- Wahl, O. F.: *Consumer Experience of Stigma: A National Survey. Summary of Results*. [online] dostupno z <<http://mason.gmu.edu/~owahl/resum.htm>> (29-6-2004).
- Wahl, O. F.: *Mental Health Consumers' Experience of Stigma*. *Schizophrenia Bulletin*, 1999, vol. 25, no. 3, p. 467-78.
- Watson, A. C., Corrigan, P. W.: *The Impact of Stigma in Service Access and Participation*. The Guideline for the Behavioral Health Recovery Management Project. 2005, [online] dostupno z <<http://www.bhrm.org/guidelines/stigma.pdf>> (12-6-2006)
- WHO European Ministerial Conference on Mental Health: *Stigma and Discrimination Against the Mentally Ill in Europe*. Helsinki, Finland, 12-15 January 2005.
- WHO: *Mental Health Problems: The Undefined and Hidden burden*. Fact Sheet no. 218, 2001, [online] dostupno z <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs218/en/print.html>> (10-7-2004).
- WHO-WPA: *Reducing Stigma and Discrimination Against Older People With Mental Disorders*. Geneva, 2002, [online] dostupno z <[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/499.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/499.pdf)> (7-5-2005).
- Weiss, M. G., Ramakrishna, J.: *Interventions: Research on Reducing Stigma*. 2001, [online] dostupno z <<http://www.stigmaconference.nih.gov/WeissPaper.htm>> (20-5-2004).
- Wilson, C., Nairn, R., Covendale, J., Panapa, A.: *How Mental Illness is Portrayed in Children's Television*. *The British Journal of Psychiatry*, 2000, no.176, p. 440-443.
- Wright SC, Taylor DM: *The Social Psychology of Cultural Diversity: Social Stereotyping, Prejudice, and Discrimination*. In Hogg MA, Cooper J (Eds): *Sage handbook of social psychology*. London, Sage, 2003.



## PŘÍLOHA 1

### TABULKY - DODATEK

Kategorie Veřejnost		pohlaví		věk				
		muži (n=13)	ženy (n=10)	20-30 (n=5)	31-40 (n=4)	41-50 (n=9)	51-60 (n=4)	neuveďeno (n=1)
sub- kategorie Bariéra	nedostatek informací	4	1	-	2	2	1	-
	předsudky	6	4	3	2	4	2	-
	nelze přiblížit, nerozumí nemoci	3	2	-	1	2	2	-
	uživatelé své zkušenosti nesdělují	1	2	1	1	1	-	-
sub- kategorie Reakce	obavy, strach	3	-	-	2	1	-	-
	snaha izolovat	6	-	1	3	2	-	-
	projevy diskriminace	3	3	-	1	3	2	-

**Tab. 21:** Výskyt témat spojených s kategorií Veřejnost v jednotlivých skupinách – počty respondentů vyjadřujících se k dílčím kategoriím tématu podle dostupných demografických faktorů.

Kategorie Veřejnost		počet hospitalizací					
		1 (n=3)	2-5 (n=4)	6-10 (n=2)	více (n=2)	několik (n=9)	neuveďeno (n=3)
sub- kategorie Bariéra	nedostatek informací	-	-	-	2	3	-
	předsudky	1	1	-	3	4	-
	nelze přiblížit, nerozumí nemoci	-	2	-	1	2	-
	uživatelé své zkušenosti nesdělují	-	-	-	1	2	-
sub- kategorie Reakce	obavy, strach	-	-	-	1	2	-
	snaha izolovat	1	-	1	2	2	-
	projevy diskriminace	-	2	-	-	4	-

**Tab. 22:** Výskyt témat spojených s kategorií Veřejnost v jednotlivých skupinách – počty respondentů vyjadřujících se k dílčím kategoriím tématu podle počtu hospitalizací.

<i>Sociální kategorie zmíněné v průběhu fokusových skupin</i>	<i>pohlaví</i>		<i>věk</i>				
	<i>muži (n=13)</i>	<i>ženy (n=10)</i>	<i>20-30 (n=5)</i>	<i>31-40 (n=4)</i>	<i>41-50 (n=9)</i>	<i>51-60 (n=4)</i>	<i>neuvedeno (n=1)</i>
rodina	4	4	1	2	3	2	-
přátelé	2	3	1	1	2	1	-
sousedí	1	1	-	1	-	1	-
veřejnost, cizí lidé	11	7	3	3	7	4	-
spolupracovníci, kolegové	4	2	-	2	3	1	-
psychiatři	7	1	-	2	4	2	-
personál léčebny (příp. jiného psychiatrického zařízení)	4	3	1	1	5	-	-
jiné osoby	4	1	-	2	2	1	-

**Tab. 23:** Sociální kategorie zmiňované v průběhu fokusových skupin (kategorie „Sociální osa“) podle dostupných demografických faktorů – pohlaví a věku.

<i>Sociální kategorie zmíněné v průběhu fokusových skupin</i>	<i>počet hospitalizací</i>					
	<i>1 (n=3)</i>	<i>2-5 (n=4)</i>	<i>6-10 (n=2)</i>	<i>více (n=2)</i>	<i>několik (n=9)</i>	<i>neuvedeno (n=3)</i>
rodina	-	3	1	1	2	1
přátelé	-	2	-	1	1	1
sousedí	-	-	-	-	1	1
veřejnost, cizí lidé	2	3	2	1	8	1
spolupracovníci, kolegové	-	1	-	2	3	-
psychiatři	-	1	-	2	4	1
personál léčebny (příp. jiného psychiatrického zařízení)	1	-	-	1	4	1
jiné osoby	-	1	-	1	2	1

**Tab. 24:** Sociální kategorie zmiňované v průběhu fokusových skupin (kategorie „Sociální osa“) podle počtu hospitalizací.

## PŘÍLOHA 2

### INTERVIEW GUIDE – PŮVODNÍ VERZE

#### 1. úvod sezení – asi 3 min

(*účel:*) Rádi bychom se od vás dozvěděli ...  
jakou máte zkušenost ...  
jak to vypadá ...  
jsou pro nás cenné vaše zážitky, zkušenosti ...  
<zkušenost projít psychiatrií>  
vstoupilo vám to do života?

(*bezpečí:*) protože bychom nechtěli přijít o žádný z vašich podnětů, bude toto sezení nahráváno. Záznam nebude nikomu předán ani ukazován, slouží pouze k tomu, abychom si mohli zapamatovat vše, co zde bylo řečeno a na nic důležitého nezapomněli. Později bude zničen.  
[představení] + informovaný souhlas

#### 2. představování – asi 1 min./os.

není nutno říkat jméno (anonymita), jednou větou /účelem aby každý promluvil/

#### 3. úvodní otázka „ice breaker“ -

- Je to pro vás téma?
- **Myslíte, že je dobré se tím zabývat?** (věnovat tomu čas?)  
/ověření/

podotázky:

- a. Vnímáte to jako něco, co je důležité, významné nebo ne?  
Má smysl, aby se tím psychologové, psychiatři zabývali?
- b. škála – kdyby 1 bylo téma, o kterém se rozhodně musí mluvit, důležité, aktuální, zásadní a 10 představovalo ztrátu času, nepodstatnou věc, jaké číslo byste tomuto tématu přiřadili? 6-10 min

#### 4. další otázky

- **Cítíte (nebo pocítili jste), že to má na Vás nějaký vliv?**

podotázky:

- Kdy jste si to uvědomili? - v jaké situaci?
- Všimli jste si, že se chováte (příp. reagujete) jinak?
- Všimli jste si na sobě nějakých změn? (vaši blízcí na vás?)
- Jak jste se cítili ... ? (jaké pocity jste měli?)
- Vstoupilo vám to do života? (jak?)
- (jak si myslíte, že stigma (pokud takto již bylo označeno) vstoupí lidem do života?) - asi 20 min.

- **Co přispívá k takovým pocitům?**

(zážitkům) /zdroje/

Kdy jste si to uvědomili?

S jakými potížemi se setkáváte? (setkali) - asi 10 min

**- Co pomáhá?**

Co se vám osvědčilo?

Co byste poradili ostatním ... ?

(co je čeká, jak se chovat,  
co dělat, co nedělat...)

Jako jste se zadaptovali na situaci?

(přizpůsobili) - asi 10 min

5. uzavírací otázka

- neminuli jsme něco důležitého?

- co je pro vás nejvýznamnější z toho, co zde zaznělo?

/možný prostor pro zařízení, pokud by chtěli/ - 5-8 min

6. poděkování, závěr

poděkování, kontakt, pokud by měli další otázky, kde získat stručné výsledky,  
pokud by měli zájem

## PŘÍLOHA 3

### INTERVIEW GUIDE – PROVEDENÉ ÚPRAVY

V rychlém otestování vyvstala potřeba původní otázky přeformulovat, aby byly lépe uchopitelné i jednoznačnější (trochu omezují způsob, jak si je vyložit a tím pádem i jak na ně reagovat, což bylo potřeba, aby nebyly příliš volné)

K přiblížení tématu diskuze:

1. Jak to je? Vnímají lidé, že máte zrovna psychiatrickou diagnózu, a že jste se léčili v léčebně? Je to jiné léčit se v léčebně nebo s něčím jiným v nemocnici? *Je to jiné mít zrovna psychiarickou diagnózu?*

*/příp. má smysl, aby se tím odborníci zabývali?/*

2. *Co se změní? Co se změní, když se člověk octne v psychiatrické léčebně, ... /příp. reakce na konkrétní zmíněné věci, usměrnění, aby nepopisovali přímo léčbu/ Vnímáte, že se k vám lidé chovají jinak? .. jak to člověka změní?*

3. *Jak se vůči tomu člověk může bránit? /změně/ rady těm, kteří odcházejí z léčby*

*příběh k ilustraci a lepšímu zakotvení, o čem mluvíme: představte si, že je někdo první den v léčebně. Proběhne léčba a bude vyléčený. Nezáleží na diagnóze. Odchází z léčby ...navazuje konkrétní otázka*

## **PŘÍLOHA 4**

### **PŘEHLED ZJIŠTĚNÝCH METOD VYVINUTÝCH A POUŽITÝCH K ZACHYCENÍ SUBJEKTIVNĚ VNÍMANÉ STIGMATIZACE DUŠEVNÍ NEMOCI**

#### **LINKOVA 12-POLOŽKOVÁ ŠKÁLA**

Jde o metodu, která se pokouší zachytit míru subjektivně vnímané stigmatizace. Dotazník zahrnuje dvě škály – jednou je vnímaná diskriminace/devaluace a druhou škála sociálního stažení.

Autory Link, B. G. a kol., přesný název se nepodařilo zjistit, metoda nebyla dostupná v plné podobě. Citována např. v

*Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., Phelan, J. C.: The consequences of stigma for the self esteem of people with mental illnesses. Psychiatric Services, 2001, vol. 52, no. 12, pp. 1621-1626.*

*Link B. G., Struening, E., Cullen, F. T., Shrout, P. E., Dohrenwend, B. P.: A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. Am Sociol Rev 1989; 54; pp. 400-423/.*

#### **THE MENTAL HEALTH CONSUMERS' PERCEIVED STIGMA QUESTIONNAIRE**

(Dotazník vnímaného stigmatu uživatelů služeb v oblasti péče o duševní zdraví)

Tato metoda vytvořena a vyžita ve pojených státech k rozsáhlém průzkumu, který měl pomoci telefonického dotazování zachytit zkušenosti uživatelů služeb. Postavena na otázkách spíše sociologických, stigmatizace ztotožněna s diskriminací a v souhrnu se ptá na míru zkušeností s otevřenou diskriminací v souvislosti s duševním onemocněním. Některé otázky specifické pro tamní prostředí (např. „Bylo Vám odmítnuto zdravotní pojištění v souvislosti s Vaší duševní poruchou?“).

Autorem O. F. Wahl.

Citován např. v

Wahl, O. F.: *Mental health consumers' experience of stigma*. Schizophrenia Bulletin,

1999, vol. 25, no. 3, p. 467-78.

Plné znění dostupno z Wahl, O. F.: *Consumer experience of stigma: A national survey. Summary of results.* [online] dostupno z <<http://mason.gmu.edu/~owahl/resum.htm>> (29-6-2004).

### **THE PERCEIVED STIGMA SCALE (PPS)**

(Škála vnímaného stigmatu)

16ti-položková škála, autory S. Wrigley, H. Jackson a kol.

Nepodařilo se zjistit podrobnosti.

Těsně před dokončením práce byla k online přístupu uvolněna práce autorů B. G. Linka, L. H. Yanga, J. C. Phelana a P. Y. Collinsové *Measuring Mental Illness Stigma* (2004, viz seznam literatury). V ní lze nalézt vyčerpávající analýzu 123 empirických článků publikovaných v letech 1995 až 2003, v nich použitých metod a metodologických přístupů ke studiu stigmatizace duševní nemoci.

V digitální podobě na přiloženém CD lze nalézt následující přílohy:

Příloha 5: Přepis rozhovorů – výpovědi připravené ke kódování

Příloha 6: Kopie prohlášení o mlčenlivosti I

Příloha 7: Kopie prohlášení o mlčenlivosti II

Přepis rozhovorů ve standardní podobě k dispozici u autorky.