

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra Psychologie

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Zkušenost stigmatizace u lidí s afektivní poruchou  
Experience of stigmatization in people with affective disorder

Martin Mikula

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Vladimír Chrz, Ph.D.  
Studijní program: Psychologie  
Studijní obor: Psychologie a speciální pedagogika

Praha, 2021

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Zkušenost stigmatizace u lidí s afektivní poruchou potvrzuji, že jsem ji vypracoval pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 19. 4. 2021

.....

Martin Mikula

Tímto způsobem bych rád poděkoval především vedoucímu mé práce doc. PhDr. Vladimíru Chrzovi, Ph.D. za odborné vedení, podporu, přívětivost a trpělivost, které mi nesmírně pomohly při psaní této práce.

Dále bych chtěl poděkovat rodině, přátelům a přítelkyni, jelikož při mně na této cestě všichni stáli a dodávali mi odhodlání, když jsem to zrovna potřeboval.

## **ABSTRAKT**

Záměrem této práce je popsání a porozumění zkušenosti se stigmatizací u lidí, kteří žijí s afektivní poruchou. Dalším cílem je identifikace rozličných fenoménů, které při této zkušenosti mohou vyvstávat a jsou pro ni nějakým způsobem zásadní. Z těchto důvodů jsme se při realizaci výzkumu rozhodli pro kvalitativní přístup. Jako konkrétní metodu jsme zvolili Interpretativní fenomenologickou analýzu, jelikož ta umožňuje velké zaměření pozornosti na podobu zkušenosti jednotlivých respondentů. Respondenty byli dvě ženy a dva muži ve věku od 20 do 28 a všichni mají zkušenost buď s depresivním onemocněním, nebo bipolární afektivní poruchou. Data jsme získali za pomoci polostrukturovaného rozhovoru a analýza těchto dat pak proběhla na dvou úrovních. Nejprve byla postupně analyzována zkušenost jednotlivých respondentů a její specifika do nejlepšího možného detailu. Následovala analýza témat, která byla několika, či všem respondentům společná a byla pro ně určitým způsobem významná v rámci zkoumaného fenoménu. Těmito tématy jsou svěřování se s diagnózou a symptomy, zkušenost okolí s duševním onemocněním, stigmatizační výroky a chování, komplikace v partnerských vztazích, komplikace v zaměstnání a předávání své zkušenosti ostatním. Na závěr jsme provedli porovnání našich výsledků s dostupnou relevantní odbornou literaturou.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

stigmatizace, afektivní porucha, Interpretativní fenomenologická analýza

## **ABSTRACT**

The intention of this thesis is description and understanding of experience of stigmatization in people, who live with affective disorders. Another goal is identification of various phenomena, which can occur during this experience and are in some way key for it. For these reasons we decided for qualitative approach in our research. As a specific method we chose the Interpretative Phenomenological Analysis, because it allows putting major focus on the form of experience of each individual participant. The participants were two females and two males in the age from 20 to 28 and all of them have experience with depressive disorder or bipolar affective disorder. We acquired the data with the assistance of semi-structured interviews and analysis of this data took place on two levels. First the individual experience of each participant was analyzed with its specifics to the greatest detail possible. Following analysis of themes which were common for few or all participants and were in some way significant to them within the framework of examined phenomenon. Those themes are disclosing of diagnosis and symptoms, experience of mental illness in the surroundings, stigmatizing statements and behavior, complications in romantic relationships, complication at workplace and passing on own experience to the others. In the end we compared our findings with available and relevant scientific literature.

## **KEYWORDS**

stigmatization, affective disorder, Interpretative Phenomenological Analysis

## Obsah

Úvod .....	7
1 Teoretická východiska .....	8
1.1 Stigma .....	8
1.2 Stigmatizace u lidí s duševním onemocněním .....	9
1.3 Sebestigmatizace u lidí s duševním onemocněním .....	11
1.4 Důsledky stigmatu pro člověka s duševním onemocněním .....	12
1.5 Specifika stigmatizace u lidí s afektivní poruchou .....	14
1.5.1 Stigmatizace u lidí s depresivní poruchou .....	14
1.5.2 Stigmatizace u lidí s bipolární afektivní poruchou .....	15
1.6 Individuální zvládání stigmatizace .....	17
2 Empirická část .....	20
2.1 Kvalitativní výzkum .....	20
2.1.1 Interpretativní fenomenologická analýza .....	20
2.2 Výzkumné otázky .....	21
2.3 Výzkumný soubor .....	22
2.4 Sběr dat .....	22
2.4.1 Polostrukturovaný rozhovor .....	22
2.5 Etika výzkumu .....	23
2.6 Postup analýzy .....	23
2.6.1 Reflexe výzkumníka .....	25
3 Výzkumná zjištění .....	26
3.1 Analýza I: Zkušenost jednotlivých respondentů .....	26
3.1.1 Anna a její zkušenost .....	26
3.1.2 Klára a její zkušenost .....	32

3.1.3	Josef a jeho zkušenost .....	38
3.1.4	Vilém a jeho zkušenost.....	43
3.2	Analýza II .....	48
3.2.1	Svěřování se s diagnózou a symptomy.....	48
3.2.2	Zkušenost okolí s duševním onemocněním.....	50
3.2.3	Stigmatizační výroky a chování .....	52
3.2.4	Komplikace v partnerských vztazích.....	52
3.2.5	Komplikace v zaměstnání.....	54
3.2.6	Předávání své zkušenosti ostatním .....	55
	Diskuze .....	57
	Závěr.....	62
	Seznam použitých zdrojů.....	63
	Seznam příloh.....	70

## Úvod

Život člověka s diagnózou afektivní poruchy s sebou nese mnohá úskalí. Nejedná se zdaleka jen o boj se symptomy onemocnění samotného. K jejich zátěži se přidává i stigmatizace těchto poruch společností. O duševních onemocněních, ale i přímo o afektivních poruchách se objevuje mnoho předsudků a lidí, kteří s nimi žijí, jsou tak často vystavováni stigmatizační, či dokonce až diskriminační reakci ze strany veřejnosti, která sebou nese pro tyto jedince řadu negativních implikací (Ocisková, & Praško, 2015).

V naší práci se budeme zabývat zkušeností lidí s afektivními poruchami právě s těmito procesy. Cílem práce není zkoumat, do jaké míry se stigma vůči lidem s afektivní poruchou ve společnosti vyskytuje, ani navrhopvat intervence k jeho odbourání. Zaměřujeme se zde primárně na onu zkušenost samotnou a na její všemožné nuance. Jde tedy o pokus o detailnější nahlédnutí prožitků skupiny lidí, kteří jsou stigmatem ve svých každodenních životech v různé míře ovlivněni.

Stigmatizace duševních onemocnění je v současnosti již relativně dobře zdokumentovaný fenomén. Mnoho studií prokazuje její existenci, nastiňuje její důsledky na kvalitu života stigmatizovaných jedinců a navrhuje intervence k jejímu snižování. I přes tyto snahy, a i přes vznik osvětových kampaní na národních, i mezinárodních úrovních zmíněné stigma ve společnosti do určité míry přetrvává a nepřestává negativně zasahovat do celkové kvality života jedinců, kteří mají zkušenost s duševním onemocněním, či konkrétně s afektivní poruchou. Kontinuální empirická explorace této oblasti jejich života je tedy nasnadě. Potřeba je obzvláště výzkum reflektující odlišné manifestace stigmatu v konkrétních kulturách (Votruba et al., 2020).

První část práce se soustředí na teoretické koncepty nutné k uchopení následující části praktické. Následuje část praktická obsahující deskripci a interpretaci výzkumu realizovaného za pomoci polostrukturovaného rozhovoru se čtyřmi respondenty/respondentkami, kteří mají zkušenost buď s depresivní poruchou, nebo s poruchou bipolárně afektivní.



## 1 Teoretická východiska

V této části se budeme zabývat teoretickým vymezením stigmatizace a dalších relevantních konceptů, které využijeme při rozboru dat v části praktické.

### 1.1 Stigma

Slovo stigma má svůj původ ve starověkém Řecku, kde se jeho význam spojoval s nějakým nežádoucím fyzickým znakem. Šlo o znak v určitém smyslu buď jaksí nedostatečný, neobvyklý, amorální, či nesoucí podobné charakteristiky, které jejich nositele odlišovaly od toho, co bylo mezi zbytkem populace považováno za normální, zdravé, či žádoucí (Ocisková, & Praško, 2015). Mohlo jít dokonce o fyzický znak způsobený záměrně ze strany společnosti, aby takto označila otroka, nebo jedince, který se dle ní dopustil například kriminálních aktivit a tím označit jeho vyloučení ze svého středu způsobem, který může každý vidět. V následujících dobách a kulturách se pak význam stigmatu lišil, stejně jako se lišily skupiny lidí, kteří jím byli označováni. Vždy ale pro své nositele znamenal znak, nebo stopu něčeho negativního, odlišujícího se, něčeho, co je ze společnosti vylučované. Potenciálně častým scénářem také bylo, že stigmatizovaného jedince lidé příslušící k většinové společnosti charakterizovali jako „méně než člověka“ v rámci ospravedlnění svého diskriminačního jednání a pokusu vydávat toto jednání za prakticky, nebo dokonce i morálně adekvátní (Goffman, 1963).

V současném kontextu je stigma konceptualizováno šířeji a již nemusí nutně ukazovat na fyzický znak. Je spojováno s jakýmkoliv negativním atributem přiřazovaným společnostmi skupině lidí. Negativní zde opět znamená odlišné od toho, co je ve společnosti „normální“. Tyto přiřazené atributy pak mohou vést k vyloučení oné skupiny lidí ze společnosti a segregací od jedinců, kteří daným stigmatem zatíženi nejsou. Jako první se hlouběji touto širší koncepcí stigmatu zabýval Goffman (1963), který definuje stigma jako: „*silně diskreditující atribut*“ (Goffman, 1963, s. 11). K této definici následně zdůrazňuje, že nemusí jít o atribut inherentně negativní. Podstatné pro vznik stigmatu je, že tento atribut je považován za nežádoucí, či dokonce nepřijatelný v konkrétním sociálním prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje a je tedy terčem stereotypů a předsudků (Goffman, 1963).

V psychologické literatuře neexistuje definice, na které by se odborná veřejnost univerzálně shodla. Pro účely naší práce proto budeme používat jednak výše zmíněnou Goffmanovu (1963) klasickou definici, ale také poněkud rozdílnou definici následující od Hartla a Hartlové (2010, s. 553), dle kterých stigma je: „*společenský předsudek vůči někomu, jemuž jsou pak přisuzovány záporné vlastnosti, předem dané záporné hodnocení, které je okolím přisouzeno jedinci, skupině, nebo organizaci.*“

Dle Thornicrofta et al. (2007) pak stigma obsahuje tři složky: ignoranci, předsudky a diskriminaci. První složka je problémem vědění, druhá postojů a třetí chování. Co se týče ignorance, tak vědění mají autoři na mysli informace, kterými veřejnost disponuje v oblasti duševního zdraví. Jde například o znalosti symptomů jednotlivých onemocnění, důsledků těchto symptomů, nebo prevalence duševních onemocnění ve společnosti. Nedostatek těchto informací, či jejich nesprávnost přispívá k rozvoji předsudků vůči duševním onemocněním. Ty pak mohou dále vést dokonce k diskriminaci. Tou je zde myšleno chování, v jehož důsledku jsou znevýhodněni lidé s duševním onemocněním ve všech různých oblastech jejich života.

Existují různé typy stigmatu a odlišné způsoby jejich klasifikace. Jedním ze základních způsobů, je rozlišení na vnímané stigma (perceived stigma), zažívané stigma (experienced stigma) a sebestigmatizaci (self-stigma). Vnímané stigma se objevuje u potenciálně stigmatizovaného jedince, jako jeho představa o tom, jaké postoje má společnost ve vztahu ke znaku, jímž se odlišuje, čímž je v případě našich respondentů problém v oblasti duševního zdraví. Může k němu patřit i strach z diskriminace, která je vnímána jako logické vyústění postojů, které jedinec ve společnosti z různých zdrojů zaznamenává. Zažívaným stigmatem je pak myšlena právě tato diskriminace, jestliže opravdu nastane. Jde tedy o zkušenost se stigmatizačním a diskriminačním chováním druhých. U sebestigmatizace jde o internalizaci veřejného stigmatu, objevujícího se ve společnosti, tedy jeho vědomé, či nevědomé přijetí jako vlastního pohledu na danou problematiku (Brohan et al., 2010).

## **1.2 Stigmatizace u lidí s duševním onemocněním**

V průběhu lidské historie neměli lidé s duševním onemocněním často příliš dobré postavení ve společnosti. Odjakživa byli v různé míře stigmatizováni a diskriminováni.

Nejprve na ně bylo pohlíženo jako na posedlé ďáblem nebo zlými duchy. Poté se stávali oběťmi honu na čarodějnice. V době modernější pak docházelo k jejich segregaci od společnosti dlouhodobým pobytem ve velkých psychiatrických institucích a jejich obraz byl demonizován mediálním prostorem i filmařskou profesí (Ocisková, & Praško, 2015).

V současnosti ve společnosti stále koluje mnoho předsudků týkajících se duševních onemocnění, navzdory veškerému úsilí o jejich vymýcení. Lidé s duševním onemocněním tedy doteď nemalou míru stigmatizace, či diskriminace zažívají (Ocisková, & Praško, 2015). Tato jejich zkušenost je do jisté míry univerzální, stejně jako neexistuje historické období, kdy by se neděla, neexistují ani žádné země, či kultury, kde by se nevyskytovala (Koschorke et al., 2017). Kromě studií ze západních zemí tuto skutečnost podporují například studie z Japonska (Shuntaro et al., 2013), Číny (Li et al., 2017), nebo třeba z Indie (Loganathan, & Murthy, 2008).

Yang et al. (2014) jako svědectví o celosvětovém výskytu stigmatizace duševních poruch předkládají výsledky studií z mnoha dalších zemí, kulturně odlišných od západního prostředí. Argumentuje zároveň, že výskyt stigmatu je sice kulturně univerzální, ale mezi jednotlivými kulturami se však mohou zkušenosti lidí, kteří toto stigma zažívají významně lišit. Jelikož je stigma konstruováno sociálně, v každé společnosti se potenciálně mohou lišit jeho projevy a psychosociální důsledky. Kladou proto důraz na důkladnou adaptaci nástrojů pro měření stigmatu tak, aby přesněji odrážely specifickou kulturního modelu stigmatu dané společnosti, ve které výzkum realizují, pokud je její kultura odlišná od té západní. Doposud byly totiž i pro výzkum v zemích jiných částí světa povětšinou využívány instrumenty, původně vytvořené v západním sociálním kontextu (Yang et al., 2014).

Jelikož naši respondenti žijí v kulturním prostředí České republiky, je na místě ještě zmínit zdejší data. Česká republika, co se stigmatizace týče, rozhodně není výjimkou z pravidla. Dle studie Winklera et al. (2015), porovnávající stigmatizační chování v České republice a Velké Británii, je zde stigma velmi silně ve společnosti zakořeněno. Ilustruje to například položka týkající ochoty pokračovat v přátelství s člověkem, kterému se rozvinulo duševní onemocnění. Ve Velké Británii 4 % lidí odpověděla, že by s tím měli problém. V České republice by s tím však měla problém více jak čtvrtina populace (Winkler et al., 2015).

Dále pak předkládají hypotézu k explanaci těchto výsledků, kterou je příslušnost České republiky do zemí post-komunistického bloku (Winkler et al., 2015). Na rozdíl od zemí jako je Velká Británie, které se stigmatem bojují již od devadesátých let (Crisp, Cowan, & Hart, 2004; Henderson, & Thornicroft, 2013; Priest, 1991), země střední, nebo východní Evropy, jako Česká republika začaly destigmatizační a edukační programy v oblasti duševního zdraví realizovat poměrně nedávno (Beldie et al., 2012). Míře společenského stigmatu nepomáhá ani fakt, že politikou předchozího komunistického režimu bylo, že v komunismu neexistují žádné sociální problémy, takže lidé s duševními onemocněními byli ze společnosti vylučováni a přesouváni do velkých léčeben, bez možnosti jakékoliv komunitní péče (Höschl et al., 2012). Podobný stav ohledně míry stigmatizace a krátké či žádné historie destigmatizačních programů ukazují i další studie z post-komunistických zemí (Krupchanka et al., 2017; Quirke et al., 2021). Pro detailnější pochopení jednotlivých prostředí bude ale ještě potřeba další výzkum, z důvodu nepříliš vysokého počtu relevantních studií v této části světa (Winkler et al., 2015).

### **1.3 Sebestigmatizace u lidí s duševním onemocněním**

Sebestigmatizace se vyskytuje, když jedinec s duševním onemocněním internalizuje předsudky, které jsou součástí společenského stigmatu. Takovýto proces má většinou pro zmíněného jedince mnoho negativních následků, mezi které patří například větší neochota vyhledat odbornou pomoc nebo snížená sebedůvěra (tyto a další důsledky podrobněji rozebírám v následující podkapitole práce). Ne každý člověk, který je stigmatizován, nebo vnímá stigma ve společnosti, ale stigma internalizuje. Je sice o poměrně častý jev, umocňovaný tím, jak moc je stigma ve společnosti časté, přesto však jsou rozdíly v reakci jednotlivců a u některých z nich k výsledné sebestigmatizaci nedojde vůbec, nebo v menší míře. Její výskyt je však dostatečně častý, stejně jako praktické důsledky, aby byl její výskyt brán v úvahu při utváření destigmatizačních intervencí (Corrigan et al., 2009).

Corrigan et al. (2009) pak pro teoretické uchopení internalizace stigmatu doporučuje třífázový model sebestigmatizace, který je rozdělen do fází nazývaných uvědomění, souhlas a aplikace. V první fázi si člověk s diagnózou uvědomí existenci nějakého předsudku v oblasti duševního zdraví (například „lidé s depresivním onemocněním mají jen slabou vůli a měli by se vzchopit“), poté se s ním ztotožní, zvnitřní ho a pojme za svůj názor, následně

tento názor pak aplikuje na svou osobu (stylem „nemám vůli, měl bych se vzchopit“). Tyto tři fáze pak probíhají v nezaměnitelném pořadí (Corrigan et al., 2009).

#### **1.4 Důsledky stigmatu pro člověka s duševním onemocněním**

Stigmatizace a diskriminace v oblasti duševního zdraví má velké negativní dopady, a to nejen na samotné lidi, kteří zažívají duševní onemocnění, nýbrž i na jejich rodiny, přátele, ale i na instituce, které jim poskytují pomoc a jejich zaměstnance. Nemluvě ani o celospolečenských důsledcích sociálních a ekonomických (Votruba et al., 2020). Tato práce je zaměřená ale na samotnou zkušenost jedinců, kteří důsledky stigmatu zažívají, a budu se zde tedy věnovat spíše implikacím individuálně zažívaným. Zmíněné implikace jsou pro každého člověka s duševním onemocněním jiné. Jejich výskyt, forma a způsob zvládnutí závisí na mnoha faktorech ať již intrapsychických, sociálních, či kulturních. Přesto většinou pro jedince již tolik zatížené bojem se symptomy svého onemocnění, je stigmatizace a diskriminace velkou dodatečnou zátěží, mající následky nezanedbatelné, někdy až dokonce fatální (Ocisková, & Praško, 2015).

Jedním z těchto důsledků může být neochota vyhledat potřebnou odbornou pomoc. Stigma není jediným faktorem, které k této neochotě přispívá, významné jsou v tomto ohledu mimo jiné například nižší úroveň vzdělání, vyšší věk, nebo špatná informovanost v oblasti duševního zdraví (Manescu et al., 2020). Hraje zde však prokazatelně také významná role. Lidé s problémem v oblasti duševního zdraví se často bojí přiřazení nálepky „psychiatrického pacienta“, tak raději odbornou pomoc nevyhledají, aby se této nálepce vyhnuli. Z podobného důvodu je může od vyhledávání pomoci odrazovat i jejich rodina, či blízcí lidé (Ocisková, & Praško, 2015). Kromě neochoty vyhledat odbornou pomoc, může stigma vést i k nedodržování léčby nastavené lékařem, například co se týče užívání medikace. To vede k častějšímu zhoršení zdravotního stavu a potenciálním relapsům. Neztěžuje tedy pouze vyhledávání pomoci, ale i její průběh, v případě, že člověk pomoc vyhledá (Rüsch et al., 2005).

Krupchanka et al. (2018) popisuje další z možných následků, který se týká především stigmatu vnímaného. Mluví například o neochotě jedinců s duševním onemocněním svěřovat se se svou diagnózou, či problémy druhým lidem kvůli anticipaci stigmatu. Respondenti ve zmíněné studii takto váhali se svěřováním své diagnózy přátelům, kolegům

v práci, sousedům a prostě komukoliv z okolní komunity. V důsledku této menší otevřenosti se jim pak i hůře navazovaly přátelské vztahy (Krupchanka et al., 2018).

Co se týče sebestigmatizace, tak internalizace stigmatu může mít mnoho život znepríjemňujících důsledků, mezi které patří i již předtím zmiňovaná neochota vyhledat odbornou pomoc. Dalšími jsou snížené sebevědomí a sebedůvěra ve vlastní schopnosti. Ty mohou následně vést k nedosažení životních cílů, které si člověk přeje splnit, případně k jejich dosažení v určité omezené míře. Výsledkem pak může být, že šance člověka s duševním onemocněním na smysluplné zaměstnání a samostatný život, již snížená existencí společenského stigmatu, se ještě více ztrácí. Snížené sebevědomí a sebedůvěra ve své schopnosti mohou vést k tomu, že se člověk, který stigma internalizoval, ani nepokouší své cíle naplnit. Jelikož má stigma plně zvnitřněné, tak už ani nevěří, že by těchto cílů mohl někdo s diagnózou, jako má on, nebo ona dosáhnout (Corrigan et al., 2009).

Mezi další důsledky různých druhů stigmatu patří obecně snížená kvalita života, zvýšená míra nezaměstnanosti, nebo komplikací v zaměstnání, snížená kvalita osobního romantického života i dalších vztahů, a v neposlední řadě je taky negativně ovlivněna šance na zotavení se z nemoci. Žádný z důležitých aspektů života jedince s duševním onemocněním tak potenciálně nezůstává stigmatem neovlivněn. Danou skutečnost ještě umocňuje existence stigmatu strukturálního. Tím je odrážen problém společenského stigmatu například do oblasti zdravotní péče, a může v jejím rámci vést k zanedbání péče o člověka s duševním onemocněním v oblastech jak fyzického, tak duševního zdraví. Stigmatizace a diskriminace se takto může objevovat i u pracovníků v oblasti duševního zdraví, přestože mají v oboru určitou odbornost a vzdělání (Votruba et al., 2020).

Vzájemné sčítání se veškerých důsledků rozebíraných v této kapitole, může mít pro každodenní život jedince s duševním onemocněním následky i přímo katastrofické. Obzvláště, když je tato jeho každodennost zrovna protkána bojem se symptomy nemoci. To potvrzují Rüscher et al. (2018), kteří předkládají data naznačující vliv stigmatizace duševních onemocnění na sebevražednost jedinců s touto zkušeností. Zdůrazňuje následně, že je potřeba na toto téma provést další studie, zaměřené na objasnění přesné role jednotlivých fenoménů, s touto problematikou spojených, ale zároveň tvrdí, že máme k dispozici dostatek dat poukazujících na spojení stigmatu s rizikem výskytu suicidálního chování. Redukování

společenského stigmatu by tak mohlo mít hypoteticky významnou roli i při systematické prevenci výskytu suicidálního chování (Rüsch et al., 2018).

## **1.5 Specifika stigmatizace u lidí s afektivní poruchou**

Stigmatizace afektivních poruch bývá stigmatizace méně výrazná než například u onemocnění psychotických, přesto se u nich stále hojně vyskytuje (Ocisková, & Praško, 2015; Durand-Zaleski et al., 2012). Existují také zásadní rozdíly v prožívání zkušenosti této stigmatizace právě mezi lidmi s afektivní poruchou a lidmi s jiným duševním onemocněním. Dle Dina et al. (2004) jedinci s afektivní poruchou zažívají méně často diskriminační chování od okolí než lidé s psychotickým onemocněním, nebo lidé zneužívající návykové látky a také mají menší obavy spojené s předsudky kolujícími o jejich diagnóze v mediálním prostoru. Na druhou stranu ale osoby s afektivními poruchami prožívají větší množství obav z negativních reakcí v rámci svých sociálních kruhů, a to někdy, i když se tato reakce vůči nim ani jednou doposud neobjevila (Dinos et al., 2004).

### **1.5.1 Stigmatizace u lidí s depresivní poruchou**

Depresivní porucha je jedním z nejčastějších duševních onemocnění s celosvětovou prevalencí dle Světové zdravotnické organizace okolo 264 milionů. Zároveň je v současnosti již nejčastější příčinou invalidity (WHO, 2020). Pro depresivní epizodu je typická smutná nálada, anhedonie, ztráta zájmu o aktivity i cokoli jiného, někdy až dokonce apatie. K tomu se mohou přidávat například pocity viny, pocity beznaděje, nedostatečná schopnost koncentrace, snížená, či zvýšená chuť k jídlu, nebo psychomotorické potíže. Deprese nabývá odlišných charakteristik u různých jedinců a v průběhu epizody se mohou i její symptomy měnit. Pro její diagnostiku je však důležité, že se tyto potíže v určité formě vyskytují alespoň přes dva týdny. Jedním z jejích nebezpečí je mimo jiné velmi vysoký výskyt suicidálních myšlenek mezi jedinci, kteří se s depresivním onemocněním potýkají (Raboch et al., 2020).

Jak bylo výše zmíněno, lidé s depresivním onemocněním trpí menší mírou stigmatu než lidé s onemocněním psychotické povahy, které veřejnost mnohem častěji považuje například za agresivní a nebezpečné. Neplatí ale, že by psychotická onemocnění byla stigmatizována více ve všech ohledech. Lidé s depresí jsou totiž veřejností častěji považováni za „viníky“ vzniku onemocnění a je jim připisováno jako jejich chyba. Veřejnost

tímto často ignoruje reálné etiologické faktory. Jedinci s depresivním onemocněním se také musejí vyrovnávat s větší mírou předsudků o jejich onemocnění ve společnosti než lidé s úzkostnými poruchami (Wood et al., 2014). Dle Griffiths et al. (2008) je také míra stigmatizace depresivní poruchy závislá na demografických faktorech. Konkrétně je vyšší u mužů, u osob dosahujících pouze na nižší vzdělání, přistěhovalců. Další faktory, mimo ty demografické, byly například znalosti ohledně deprese samotné a předchozí kontakt s depresivním jedincem, respektive absence tohoto kontaktu (Griffiths et al., 2008).

Stěžejním důsledkem stigmatu je u jedinců s depresivním onemocněním také neochota vyhledávat odbornou pomoc. Hämäläinen et al. (2009) ve finské studii zjistili, že přibližně pouhá třetina lidí s depresivním onemocněním vyhledá odbornou pomoc, i přesto, že v současné době máme účinné intervence schopné těmto lidem s jejich problémy pomoci. Ze zkoumaného vzorku konkrétně pouze 24 % jedinců s depresivní poruchou užívalo antidepressiva a 17 % využívalo možnost psychologické pomoci, což dohromady činí 31 % jedinců, kteří se rozhodli odbornou pomoc vyhledat (Hämäläinen et al. 2009). Nejde však pouze o lokální problém, podobné údaje vyšly i ve studiích v dalších zemích světa (Alonso et al., 2004; Kessler et al., 2003). U jedinců, kteří již pomoc vyhledali a například užívají antidepressiva, zase stigma ztěžuje dodržování léčebného režimu, kvůli mýtům, které ve společnosti ohledně této medikace kolují. Mezi ně patří například strach, že antidepressiva jsou návyková, nebo že jejich užití proměňují osobnost (Ocisková, & Praško, 2015).

Komplikace spojené se stigmatem, se ale lidem s depresivní poruchou nevyhnou i v jiných oblastech, než je léčba. Příkladem mohou být problémy v zaměstnání. Brouwers et al. (2016) při získávání dat od respondentů z 35 zemí ukazují, že 62,5 % z nich buď zažila na pracovišti diskriminaci, nebo ji předvídala a obávala se jí. Dále 60 % jedinců s depresivní poruchou se někdy nepřihlásilo do zaměstnání, či vzdělávací instituce kvůli anticipaci této diskriminace. Jakékoliv zažití této diskriminace pak bylo signifikantně propojeno se stavem nezaměstnanosti (Brouwers et al., 2016).

### **1.5.2 Stigmatizace u lidí s bipolární afektivní poruchou**

Bipolární afektivní porucha má celosvětovou prevalenci okolo 45 miliónů lidí (WHO, 2019). Jejím základním znakem je rozvinutí alespoň jedné manické epizody. U většiny lidí se ale rozvíjejí i epizody depresivní. Manická epizoda se vyznačuje především



nadnesenou, až euforickou náladou, která ale může přejít do iritované. Je přítomná také snížená potřeba spánku, zrychlené myšlení a přehnané sebevědomí, či někdy až pocit mimořádných schopností všemožného druhu. To může mít za následek různé maladaptivní chování jakým je například promiskuita, nebo utrácení peněz ve velkém, bez ohledu na důsledky (Raboch et al., 2020).

U bipolární afektivní poruchy je velmi častá stigmatizační reakce právě na jedincev manickou epizodu, na chování v jejím průběhu a na jeho důsledky. Toto nezvyklé chování bývá považováno za „bláznivé“, nerozvážené, či nezodpovědné. Jedinec také někdy může být označován hanlivě například za „maniaka“. Po přechodu do depresivní fáze lidé s bipolární afektivní poruchou zažívají i jiné předsudky, spojené spíše se samotnou depresivitou. Ta může být okolím považována za slabost, lenost, či dokonce charakterovou vadu (Ocisková, & Praško, 2015). Co se ale týče srovnání s lidmi, kteří žijí s diagnózou depresivní poruchy, tak dle Lazowskiho et al. (2012) lidé s bipolární afektivní poruchou nezažívají nijak zásadně větší míru stigmatizačního chování než lidé s depresí. Rozdíl se objevuje spíše v míře zažívaného psychosociálního dopadu stigmatu, který je u nich vyšší. Stejně tomu je i u psychosociálního dopadu stigmatu na rodinné příslušníky jedinců s bipolární afektivní poruchou. Tento dopad je pak v jejich studii rozdělen na kvalitu života, sociální kontakty, rodinné vztahy a sebevědomí (Lazowski et al., 2012). To může mít následky nejenom v sociálním životě lidí s bipolární afektivní poruchou, ale například i při jejich léčbě. Jedním z nejvýznamnějších faktorů utvářejících pozitivní postoje ohledně medikace je u lidí s bipolární poruchou právě dostatečná podpora okolí (Chin-Wen Chang et al., 2015).

Morselli et al. (2004) také tvrdí, že se lidé s bipolární afektivní poruchou často musejí vyrovnávat i s percepcí snížení kvality života. Jedním z důvodů je například fakt, že lidé s bipolární afektivní poruchou trpí velkou mírou nezaměstnanosti, a to často i přes relativně vysoký dosažený stupeň vzdělání a příslušnost k produktivnímu věku. Podstatná část z těch, kteří si nějaké zaměstnání dokážou získat, pak zase má problém s jeho udržením, anebo zažívá v práci časté obtíže. Ve srovnání s lidmi, kteří žijí s unipolární depresí je míra nezaměstnanosti u jedinců s bipolární afektivní poruchou větší (Morselli et al., 2004).

## 1.6 Individuální zvládání stigmatizace

Tato práce se zabývá primárně individuální zkušenosti stigmatizovaných jedinců s afektivní poruchou. Bude pro nás tedy stěžejní rozebírat spíše osobní copingové mechanismy, potenciálně napomáhající respondentům ve zvládání zkušenosti se stigmatem než celospolečenské intervence vedoucí ke snižování stigmatu samotného. Přesto považují za vhodné jejich krátké zmínění, jelikož multifaktoriální povaha stigmatu volá po intervenci na více úrovních než pouze individuální. Snižování společenského stigmatu je nezbytnou podmínkou pro zlepšení situace jedinců s duševním onemocněním a v současné době již existují empiricky ověřené postupy a strategie k dosažení tohoto cíle (Rüsch, & Xu, 2017), stejně jako programy, které již s různou mírou úspěšnosti pomohly ve své zemi stigma redukovat a lze je tedy využít jako zdroj inspirace (Henderson, & Thornicroft, 2013; Jorm et al., 2006; Vaugan, & Hansen, 2004). Zásadní pro zvládání stigmatizace jedincem, je ale také informovanost nejbližšího okolí. To ukazují například data nasvědčující, že výskyt dalšího člověka se zkušeností s duševním onemocněním v blízkém okolí, může mít kladný vliv na postoje k duševním onemocněním, ale také na ochotu vyhledat odbornou pomoc (Manescu et al., 2020).

Nyní se tedy již zaměříme na postupy, které mohou pomoci k vyrovnávání se se stigmatizací, či sebestigmatizací na úrovni individuální. Není zde prostor zmínit všechny relevantní způsoby, takže popíšeme spíše několik velmi efektivních příkladů. Jedním z nich je psychoedukace, která zvyšuje povědomí pacientů mimo jiné o existenci stigmatu a o tom, co v oblasti duševního zdraví jsou fakta a co naopak pouhé předsudky (Ocisková, & Praško, 2015). Stigma je do určité míry záležitostí nedostatku relevantních informací, jejichž doplnění adekvátním způsobem, může vést k zmenšení jeho míry (Thornicroft et al., 2007). Právě psychoedukace je jednou z cest, jak zmíněné informace doplnit za použití vědecky ověřených principů. Může probíhat v individuálním, rodinném, nebo celospolečenském prostředí. Pro účely této práce je však stěžejní její účinek ovlivňující osobní zkušenost jedince s duševním onemocněním. Edukování o diagnózách, o duševním zdraví obecně, o stigmatu a o dobré komunikaci může mít pro zapojeného jedince pozitivní vliv na vyrovnávání se jak se stigmatizačními reakcemi přicházejícími z okolí, tak na boj se stigmatem internalizovaným (Ocisková, & Praško, 2015).

Další možností je narativní přístup vycházející z postmoderních pohledů na psychoterapii, ale také z konstruktivistického a sociálně konstruktivistického pohledu na psychologické fenomény. Mezi jejich základní axiomy patří předpoklad, že naše sociální realita není pevný a hotový produkt. Je to konstrukt, který my ve spojení s ostatními ve společnosti budujeme. Způsob, jakým my, případně společnost přemýšlíme a mluvíme o určitém fenoménu, tedy může mít potenciál tento samotný fenomén do určité míry přeměnit. To je pro naše téma důležité z hlediska potenciálu redukce internalizovaného stigma a předcházení negativním dopadům, které na život jedince s afektivní poruchou má. Mezi jednu z implikací zmíněných myšlenkových směrů může patřit, že člověk je do určité míry schopný konstruovat např. i příběh vlastního života. Nebo se v tomto příběhu stát hrdinou bojujícím s nelehkými okolnostmi, místo postavy, která nemá nad dějem příběhu žádnou kontrolu. Jde tedy o znovunalezení naděje a odhodlání se k méně pesimistickému náhledu na existenci. Při rekonstrukci svého životního příběhu a svého pohledu na něj, člověk s afektivní poruchou nebo jiným duševním onemocněním může proměnit svůj mentální koncept přijímající nálepku psychiatrického pacienta se všemi negativními konotacemi, které vnímají v názorech společnosti. Místo toho může začít postupně sám/sama sebe vnímat jako někoho, kdo sám utváří svou existenci a nemusí se podřizovat kategoriím, do kterých ho společnosti automaticky po zjištění diagnózy zařazuje (Ocisková, & Praško, 2015).

Kognitivně behaviorální terapie je dle Ociskové a Praška (2015) dalším velice účinným způsobem zvládnání stigmatizace a sebestigmatizace. Vedle využití již zmíněné psychoedukace si tento terapeutický přístup zakládá na dalších velmi dobře empiricky ověřených intervencích, jako je například kognitivní restrukturalizace. Ta funguje na principu přerámování automatických negativních myšlenek, napomáhajících ruminaci ve více produktivní alternativní myšlenky (Pešek et al., 2013). Zvnitřněné stigma může v tomto scénáři projevit ve formě právě těchto automatických negativních myšlenek a může být za pomoci psychoterapeuta přerámováno v adaptivnější myšlenkový vzorec. Využitelné jsou v tomto ohledu dále i techniky nácviku asertivní komunikace, které mohou pomoci jedinci s duševním onemocněním na stigmatizaci, či diskriminaci adekvátně zareagovat, bez přehnané pasivity, ale zároveň i bez verbální agrese, která by mohla jeho stigmatizaci ještě zhoršit (Ocisková, & Praško, 2015).

Dle Corrigan (2002) je pak dalším efektivním modelem vedení člověka s duševním onemocněním ke zplnomocnění (empowerment). Tento koncept je ve svém smyslu do určité míry opakem internalizovaného stigmatu. Jestliže internalizované stigma vede k nedostatku sebevědomí a sebedůvěry ohledně svých kompetencí a dosahování životních cílů, tak zplnomocnění tyto vlastnosti naopak posiluje a dodává jedinci s duševním onemocněním zdravou perspektivu, naději na zotavení a na smysluplný život zapojený do komunity (Corrigan, 2002). Zplnomocnění člověka s duševním onemocněním dle Corrigan (2018) obsahuje čtyři komponenty. Sebedůvěru ve vlastní schopnosti a sebevědomí (self-efficacy and self-esteem), optimismus (optimism), aktivismus v komunitě (community activism) a v neposlední řadě spravedlivý vztek (righteous anger). Zatímco první dvě komponenty mají za důsledek zdravý postoj ke své osobě a víru v možnost dosáhnutí svých cílů. Třetí a čtvrtý jsou prostředkem potenciálního dosahování změny ve svém prostředí. Jeden za pomoci kooperace, druhý za pomoci energie, kterou může poskytnout (Corrigan, 2018).

## 2 Empirická část

### 2.1 Kvalitativní výzkum

Cílem této práce je deskripce a pokus o co nejlepší možné pochopení zkušenosti se stigmatizací u jedinců s afektivní poruchou a odlišných individuálních nuancí a jedinečností této zkušenosti. Z tohoto důvodu jsme v realizovaném výzkumu zvolili kvalitativní přístup, který právě na dané aspekty klade důraz (Miovský, 2006).

Dle Miovského (2006, s. 18) má kvalitativní přístup ve výzkumu následující formu: *„Kvalitativní přístup v psychologických vědách je přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.“*

Mezi jeho důležité charakteristiky pak patří například procesuálnost, dynamika a reflexivita. První dvě charakteristiky se týkají nevyhnutelné proměnlivosti různých fenoménů v průběhu času z důvodu existence procesu změny, respektive jednotlivých faktorů a zákonitostí, které tuto změnu řídí, jelikož její podstata bývá povětšinou nelineární a tím tedy i dynamická a plná odlišných vlivů. Reflexivita je pak důležitá zejména z důvodu zvědomění si vlivu samotného výzkumníka na respondenty a výzkumný proces, či jeho deskripce a adekvátního analyzování (Miovský, 2006).

#### 2.1.1 Interpretativní fenomenologická analýza

V rámci zvoleného kvalitativního přístupu, jsme se rozhodli realizovat výzkum konkrétně za pomoci Interpretativní fenomenologické analýzy (dále IPA), která je vhodným nástrojem pro exploraci zkušenosti, která není úplně obvyklá a všední, jakou mohou mít například právě lidé s duševním onemocněním, v našem případě s afektivní poruchou, nebo jedinci, kterým byla diagnostikována rakovina apod. Přičemž IPA umožňuje nejen exploraci dané zkušenosti, nýbrž i způsobu, jakým si jedinec danou zkušenost potenciálně pro sebe konstruuje. IPA byla poprvé popsána v devadesátých letech Jonathanem A. Smithem (1996) v kontextu psychologie zdraví. Svou povahou je idiografická, přičemž zároveň ve svém

teoretickém ukotvení čerpá z hermeneutiky a fenomenologie (Koutná Kostínková, & Čermák, 2013).

Fenomenologický kontext přístupu IPA je dobře vidět ve společném zájmu, kterým je hledání individuální, jedinečné a neopakovatelné žité zkušenosti jedince, v té podobě, v jaké ji sám tento jedinec prožívá a jak ji sám chápe. IPA však zároveň ale počítá se svou vlastní limitací a jako svou součást postuluje reflexi vlivu výzkumníkových zkušeností a vlivu jeho interakce s respondentem na výzkumníkovu chápání zkušenosti zkoumaného jedince. Nepracuje tak s předpokladem, že by bylo možné nahlédnout na respondentovu zkušenost ve stoprocentní míře takovou, jakou ji tento člověk zažívá a chápe, nicméně se k tomuto ideálu snaží co nejvíce přiblížit (Smith, 2004).

Právě zmíněné limitace jsou jedním z důvodů, proč se v této výzkumné metodě pracuje s takzvanou dvojitou hermeneutikou. Jejím hlavním principem je, že zatímco se respondent sám snaží porozumět svému světu, či konkrétnímu fenoménu v něm, který je předmětem studie, tak výzkumník se snaží porozumět tomu, jak respondent toto porozumění provádí (Smith, 2004).

Idiografická podstata IPA je pak patrná zejména ve velké míře pozornosti, kterou věnuje jednotlivým zkoumaným osobám. Ve výzkumném procesu se v této metodě věnuje pozornost jednotlivým respondentům do té doby, dokud jejich pohled na zkoumaný fenomén není výzkumníkem adekvátně pochopen. Teprve poté je možno přejít k dalšímu respondentovi, nebo k analýze témat, která mají respondenti mezi sebou společná (Smith, 2004).

## **2.2 Výzkumné otázky**

Vzhledem ke zvolenému kvalitativnímu přístupu a metodě IPA, je povaha výzkumných otázek zaměřena fenomenologicky přímo na žitou zkušenost jednotlivých respondentů a na její porozumění. Nejde tedy o výzkumné otázky, které by měly fenomény spojené s touto zkušeností zcela objasňovat, nebo hledat jejich příčiny, zabývají se spíše jejich důkladnou explorací (Koutná Kostínková, & Čermák, 2013). Naše hlavní výzkumná otázka je tedy zaměřena následujícím způsobem:

1. Jaká je zkušenost jedinců s afektivní poruchou se stigmatizací?

Naše sekundární otázka poté cílí na potenciální exploraci různých fenoménů, které respondenti považují v námi zkoumané oblasti za signifikantní:

2. Jaká významná témata se vynořují u jedinců s afektivní poruchou, kteří mají zkušenost se stigmatizací?

### **2.3 Výzkumný soubor**

Stěžejním principem týkajícím se výzkumného souboru v IPA je homogenita vzorku (Smith et al., 2009). Ta u našich respondentů byla zajištěna především tím, že měli všichni od lékaře diagnostikovanou afektivní poruchu. Odrážela se ale také ve skutečnosti, že všichni byli v relativně mladém věku mezi 20 a 28 lety a každý z nich měl v určité formě alespoň jednu zkušenost s destigmatizační aktivitou. Při výběru respondentů pak bylo pohlíženo hlavně na tento zmíněný princip homogenity.

Pro účely naší práce se podařilo nakonec získat dvě respondentky ve věku 20 a 22 let a dva respondenty ve věku 27 a 28 let. Zajímavým specifíkem našich dat pak je, že všichni respondenti preferovali být adresováni tykáním, spíše než vykáním z důvodu věku a této jejich žádosti bylo pokaždé vyhověno.

### **2.4 Sběr dat**

IPA je velmi často realizována za pomoci polostrukturovaného rozhovoru a rozhodli jsme se pro jeho využití i zde. Vyvažuje totiž možnost přizpůsobit se v plynutí rozhovoru nepředvídaným, ale relevantním tématům, která jsou pro respondenta důležitá, s možností za pomoci předem připravených tematických otázek, či okruhů zamezit přílišnému vzdálení se v rozhovoru k tématům, která již nejsou pro podstatu našeho výzkumu užitečná (Smith, 2004).

#### **2.4.1 Polostrukturovaný rozhovor**

Z důvodu citlivosti k předpokládané osobní povaze probíraných zkušeností a důrazu na nastolení bezpečné atmosféry pro jejich sdílení jsme v našich rozhovorech upouštěli od větší míry strukturovanosti. Byl zde ponechán prostor pro plynutí konverzace a reaktivní improvizované otázky. Rozhovor jsme po počátečním přivítání a zopakovaných informacích pokaždé začínali předem připravenou otázkou/výrokem, který byl u všech rozhovorů stejný, tedy:

*„Na začátek bych vás poprosil, abyste mi povyprávěl/a o vaší zkušenosti s duševním onemocněním.“*

Tato otázka/výrok sloužila k našemu uvedení do respondentovy reality a často i k otevření témat, která jsme měli v plánu dále rozebírat, aniž by je explicitně zmiňovala. Udávala tedy i základní směr k zodpovězení našich výzkumných otázek.

Když se konverzace zasekla, nebo jsme se začali kvůli méně strukturovanému nastavení rozhovoru vzdalovat od tématu, jak to popisuje například Smith (2004), měli jsme pro tuto příležitost připravených několik tematických okruhů, jimiž byly *partnerské vztahy, vztahy v rodině, vztahy na pracovišti a vztahy přátelské*. K nim jsme rozhovor poté směřovali improvizovanými otázkami, přizpůsobenými reakcím respondenta. Minimální dva rozměry, na které jsme se většinou v každém okruhu doptávali, byly, zda tato skupina ví, že respondent má zkušenost s duševním onemocněním, případně jak na tuto skutečnost reagovali, když se o ní dozvěděli.

## **2.5 Etika výzkumu**

Po celou dobu realizace našeho výzkumu jsme dbali na dodržování relevantních etických principů. Všem respondentům bylo předem srozumitelně sděleno zaměření i forma výzkumu a vše jim bylo zopakováno ještě na místě před zahájením rozhovoru. Dále byl ještě před začátkem rozhovorů kladen důraz na jasně sdělené ujištění, že pokud by se respondentům nechtělo o nějakém z probíraných témat mluvit, tak nemusejí, bez uvedení důvodu. Stejně byla sdělena možnost kdykoliv v průběhu rozhovorů přerušit, či od něj odstoupit. Na tyto body byl kladen zvláštní důraz z důvodu osobní povahy témat, které jsme v rámci rozhovorů probírali, a jejich potenciální emoční náročnosti pro respondenty. Výběr místa byl také plně přizpůsoben preferencím respondentů. Většinou jsme se sešli v nějaké pohodlné a poklidné kavárně, či čajovně a v jednom případě v kanceláři. Nahrávky rozhovorů byly provedeny za pomoci diktafonu a doslovně přepsány. Jména respondentů byla při tomto přepisu změněna v rámci anonymizování dat.

## **2.6 Postup analýzy**

Smith et al. (2009) tvrdí, že co se týče analýzy, IPA ponechává výzkumníkům relativně volnou ruku a velkou možnost kreativity, neexistuje totiž pouze jeden správný



postup provedení této analýzy. Autoři však zmiňují i existenci obecnějšího, a hlavně strukturovaného postupu, který detailně popisují a nabízejí ho jako možnost způsobu analýzy pro výzkumníky, kteří jsou v rámci IPA začátečníky. Tohoto postupu jsme se rozhodli držet i v průběhu naší analýzy.

Prvním krokem tedy bylo v souladu s avizovaným postupem autorů (Smith et al., 2009) opakované čtení a poslouchání nahrávek rozhovorů, pro účely lepší představy a porozumění světu respondenta a jeho pohledu na zkoumaný fenomén. Poté následovalo vytváření si poznámek a komentářů k rozhovorům usnadňující další interpretaci (Smith et al., 2009). Nespoléhali jsme zde pouze na vpisování poznámek, či podtrhávání stěžejních částí textu, ale i na zapisování nápadů a asociací, objevujících se při poslechu nahrávek. To umožňovalo brát v potaz například intonaci respondentů, při deskripci odlišných témat, nebo celkovou míru plynulosti jejich projevu a dalších podobné dojmy, které nelze vnímat pouhým čtením textu přepsaných rozhovorů.

Třetím krokem bylo rozvíjení vynořujících se témat (Smith et al., 2009). Zde šlo převážně již o práci s našimi komentáři, ve snaze zachytit podstatu rozhovoru v několika stěžejních tématech, významných pro zkušenost respondentů. V našem případě šlo často o různé zážitky stigmatizace a jejích důsledků, či naopak situací, kde byla stigmatizace anticipována, ale respondentův protějšek místo ní zareagoval způsobem naprosto nestigmatizujícím. Čtvrtým krokem poté bylo hledání souvislostí napříč těmito tématy (Smith et al., 2009). Vynořená témata byla přeuspořádána na základě odlišných kritérií. Některá byla sloučena, jiná rozdělena, další zvýrazněna a některá z analýzy vyřazena. Kritérii byla například četnost výskytu, či vzájemné podobnosti a míra relevance ke zkoumanému tématu.

Po pečlivém zhodnocení předchozích částí analýzy a dosažení adekvátního stupně porozumění reality respondenta následoval krok pátý, tedy analýza dalšího případu (Smith et al., 2009). Po přesunutí naší pozornosti na dalšího respondenta byly pokaždé znovu zopakovány výše zmíněné kroky, dokud nedošlo k vyčerpání výzkumného souboru. Posledním, šestým krokem pak bylo hledání vzorců napříč případy (Smith et al., 2009). Toto završení naší analýzy bylo propojením jednotlivých dříve provedených analýz, zaměřených na jednotlivé respondenty, s cílem mezi těmito analýzami najít spojitosti využitelné pro další

interpretaci. Témata byla opět rozličným způsobem přeuspořádána, nicméně tentokrát ne na základě spojitostí v rámci jednoho případu, ale spojitostí mezi zkušenostmi jednotlivých respondentů. To poskytlo prostor pro další úpravy těchto témat a nalezení jejich dalších významů, či kontextů.

### **2.6.1 Reflexe výzkumníka**

Dle Koutné Kostíkové a Čermáka (2013) je při výzkumu designu IPA reflexe výzkumníka potenciálním užitečným prostředkem, jak zvědomit jeho vlastní prekoncepty týkající se zkoumaného tématu, jelikož jejich existence může ovlivňovat schopnost výzkumníka data z oblasti tohoto tématu interpretovat. Nejde pak o stoprocentní odstranění těchto prekonceptů, které je považováno dokonce za nemožné, ale spíše právě o jejich zvědomění a případně i reflektování způsobů, kterými mohou zasahovat do interpretace dat výzkumníkem, nebo i dalších částí výzkumného procesu.

V mém případě jde o reflektování existence vlastní zkušenosti s tématem, a to hned ve dvojí formě. Zaprvé mám sám zkušenost s periodickou depresivní poruchou, která spadá do oblasti afektivních a poruch a s tím spojenou zkušenost s určitou mírou stigmatizace a sebestigmatizace. Zadruhé se angažuji v organizaci, která se zabývá destigmatizačními a preventivními aktivitami v oblasti duševního zdraví. Zmíněná existence těchto zkušeností pak měla zásadní roli hlavně ve výběru tématu a zájmu o něj. U některých respondentů se také stalo, že o mé osobě předem věděli, že mám zmíněné zkušenosti. Buď mě někde slyšeli mluvit o mé diagnóze v rámci destigmatizačních aktivit, nebo přes společné známé věděli alespoň, že se v tomto poli pohybuji, ale nevěděli o diagnóze. U těch, kteří věděli obojí, jsem pak měl subjektivně pocit, že to žádné potíže nepůsobí, spíše to bylo využito k prolomení ledů a rychlejšímu navázání bezpečného prostředí pro realizaci rozhovoru. Tato skutečnost však neměla vliv pouze na respondenty, nebo na průběh rozhovorů, či jejich interpretaci. Měla vliv i na mé osobní prožívání všech těchto zkušeností a na mé pokusy o jejich hlubší porozumění. Reflexe mé osobní zkušenosti a mých pocitů, vystávajících při pokusech o ponoření se do významů zkušeností našich respondentů byla tedy nutná z důvodu ujasnění si všech těchto skutečností, před dalším pokračováním v podobě deskripce a interpretace našich dat.

### 3 Výzkumná zjištění

Výsledky našeho výzkumu zde budeme prezentovat dvěma způsoby. Prvním způsobem je deskripce zkušeností jednotlivých respondentů, včetně přímých citací rozhovorů, a jejich analýza. Druhým způsobem je analýza a interpretace témat, která jsou některým/všem respondentům společná.

#### 3.1 Analýza I: Zkušenost jednotlivých respondentů

##### 3.1.1 Anna a její zkušenost

Anna je mladá žena, která několik týdnů před rozhovorem dovršila dvacátý druhý rok svého života. Bydlí v Praze a tam také studuje souběžně dvě vysoké školy humanitního zaměření. Sešli jsme se v klidné kanceláři organizace, ve které pracuje. Působila na mě sice trochu nervózně, ale vstřícně a poté, co jsem jí zopakoval úvodní informace, jsme se svižně pustili do rozhovoru. Na úvodní otázku jako jediná z respondentů odpověděla svojí diagnózou. Vypadalo to, že je zvyklá podobné věci vyprávět, což dává smysl, jelikož se angažuje v destigmatizační kampani.

*„No, tak já vlastně jako oficiálně mám depresivně-úzkostnou poruchu, s tím, že ty depresivní nějaký potíže jsou spíš epizodický. V podstatě jsem měla dvě takový jako větší epizody, jednu v sedmnácti a jednu v jednadvaceti a ty úzkostný problémy jsou spíš tak nějak kontinuální bych řekla. V podstatě, když se na to podívám teď zpětně, tak tam vidím teď odjakživa nějaký projevy“*

Již od útlejšího věku si Annina rodina i učitelé všímali, že má nějaké potíže. Ze začátku je však považovali spíše za nějakou její „divnost“, nebo stydlivost a nechť více komunikovat s ostatními. Již na základní škole se tak už dostala do odborné péče, ačkoliv to v té době ještě netušila a zjistila to až zpětně.

*„Když jsem byla ve druhý třídě, tak učitelka řekla mámě, že bych měla být průbojnější docela jako, poslali mě do nějaký pedagogicko-psychologický poradny a máma mi říkala, že tam jako chodí každé, že je to nějaká prostě preventivní lékařská prohlídka nebo co, protože asi se za to jako styděli, nebo tak.“*

Její cesta k nějaké komplexnější, nebo dlouhodobější odborné pomoci byla ale trnitější. Proto i přes přítomnost určitých potíží začala na terapie chodit až přibližně před dvěma lety. K psychiatrovi, kde také dostala poprvé oficiální diagnózu, pak začala chodit až před rokem.

*„Předtím jsem ji (terapii) hledala, jenom to, co jsem našla, byly věci, co mi ne úplně vyhovovaly a ta cesta k tomu byla delší a v podstatě jako poprvé, co mě napadlo, že by bylo dobrý nápad někam chodit, mi bylo třeba sedmnáct. Tam jako nějak rodina to nepovažovala za důležitý, smysluplný, tak se to nestalo.“*

Po základní škole Anniny potíže pokračovaly i na gymnáziu. Souvisely mimo jiné i s tím, že její dovednosti v různých předmětech byly hodně nevyrovnané. Humanitní předměty jí šly, ale v předmětech, jako je matematika, nebo fyzika, se jí nedařilo. Byla z nich nervózní, a dokonce často v nich i brečela při hodinách a musela pak odcházet vždy na chodbu, nebo na záchod. Její vrstevníci na podobné stavy měli různorodé reakce. Někteří to brali a byli „v pohodě“, ale ne úplně všichni reagovali takto dobře.

*„Jako párkrát se mi staly nějaký prostě jako nepříjemný poznámky na to, jakože jdeš studovat psychologii, protože tohle to. Právě se mi stalo to, že jsem měla jako skupinu kamarádů a dvě moje blízký kamarádky v tu dobu, kdy mi bylo nejhůř, tak vlastně se mi začly stranit, začaly mne ignorovat, začaly si ode mě odsedat, nijak mi to nevysvětlily a začly jako... a řešili jsme to, až když se ta situace vyhrotila a přestaly jsme se úplně bavit a zrušili jsme si s nějaký jako skupinový zprávy a tak. A vlastně jako říkaly, že maj pocit, že jsem negativní a že je jim to nepříjemný“*

Na otázku, jak na její zhoršené stavy reagovali učitelé, Anna odpověděla tak, že spíše nereagovali. Buď si toho nevšimli, nebo dělali, že to nevidí, ať už z jakéhokoliv důvodu. To i přesto, že jim ve škole brečela. Nejinak tomu bylo i na semináři psychologie ve třetím ročníku, který vedla jejich školní psycholožka a kde Anna zkoušela naznačovat, že nějaký problém má.

*„Bylo to na bázi jako toho, že lidi dělali referáty o psychologickéjch tématech, co je zajímaly a vždycky na to měli jako kolečko, jak jsme se měli a tak a já jsem tam párkrát jako sdílela něco, co na tohle téma naznačovalo, spolužáci se jako tvářili, že jsem nic takovýho*

*neřekla, nebo jako nikdy se mě na tom moc neptali a vlastně to pak vedla školní psycholožka, která mi pak vlastně řekla, jako že o takovejch se nemluví a že takový věci nemam říkat, že to nikoho nezajímá. “*

Problémy s matematikou vedly u Anny až k diagnóze dyskalkulie, o které si ale nemyslí, že jí reálně má, dané potíže přiřazuje spíše svým úzkostem. Pomáhá jí ale čas navíc, který díky tomu v určitých situacích dostává. Když se pak stává, že stojí před tabulí u zkoušení a má v hlavě „úplnou mlhu“, tak to může i díky přidanému času zvládnout. Dále také měla Anna ještě problém se při vyučování soustředit a dávat pozor.

*„Většinou v hodinách jsem se moc jako nechytala, protože jsem prostě nezvládla se soustředit na to, nezvládla jsem dávat pozor a víš co, když už nedáváš pozor jednou, tak už se to nabaluje a je těžký se jako chytit v nějaký fázi, když už se rozhodneš, že by se bylo dobrý chytit. “*

Následně nás hovor zavedl k Anniným dalším zkušenostem s odbornou pomocí, kromě školní psycholožky, se kterou vůbec spokojená nebyla. Po dovršení osmnáctého roku, kdy už nemusela dle našich zákonů čekat na svolení rodiny, se rozhodla vyhledat psychoterapii. Disponovala hodně omezenými finančními prostředky, takže vyhledala psychoterapeutku, která byla čerstvě po škole, aby jí mohla platit pouze symbolickou částku jako její „tréninková klientka“. S touto terapeutkou pravidelně na Anniných problémech pracovali, nicméně Anna cítila potřebu, aby kromě toho ještě její problém byl nějak pojmenován a také cítila, že její problémy by už „byly na nějakou diagnózu“, tak vyhledala psychiatra. Svým blízkým kamarádům ani jedno na začátku nejprve neřekla.

*„To jsem řekla až jako explicitně, když jsem začla s těma lékama a bylo to pro mě fakt hodně těžký, přesto, že jsem pracovala tady, přesto, že už v tu dobu jsem byla studentka psychologie, tak to bylo pro mě strašný, říct to svým nejbližším lidem, přesto, že oni byli úplně v pohodě, já jsem jim i řekla, že mám docela problém se jim s tím svěřit a oni říkali, si jako blbá, ty jo, co si myslíš, jako, že uslyšíš, dyť to je úplně v pohodě. “*

Doma v rodině Anna také nejdříve vůbec neřekla, že k nějakému psychiatrovi chodí. Nejprve počkala tři měsíce, kdy už začala brát léky a pozorovala nějaké zlepšení. Rozhodla

se tak mimo jiné po předchozí zkušenosti, následující nějakou dobu poté, co se doma svěřila s tím, že dochází na psychoterapie.

*„Jakože se stalo, že, to že chodím k psychologovi, bylo proti mně použitý, jako v nějaký hádce, nebo tak. Ale jako vlastně já jsem doma naznačila, že o tom uvažuju brát léky a bylo mi, nebo já jsem nešla na tu psychiatrii s tím, že budu brát léky, ale s tím, že se prostě poradím a ty možnosti nebudou uzavřeny, což byl jako dost velké posun od toho, jak jsem přemejšlela před tím. Jako, odjakživa mi to přišlo v pohodě u kohokoliv jinýho, ale u sebe jsem se strašně styděla tady v tomhle.“*

I kvůli tomu pro Annu stále není jednoduché o těchto věcech mluvit úplně se všemi. Zmiňuje, že pořád jí dělá problémy například situace, kdy jde do hospody se skupinou cizích lidí a potřebuje jim nějak vysvětlit, že nemůže pít na prášky, které bere, ale zároveň jim nechce všechno prozradit. Na otázku, co jim tedy říká, Anna odpověděla následovně:

*„Nevím, že mam antibiotika, nebo nějakou kravinu vždycky. (smích) Nebo, že, nechci, jako je zajímavý říct, že nechci, protože to taky jako je...na pití je docela společenskéj nátlak, takže je zajímavý vysvětlovat, že já prostě jsem se rozhodla nepít a je to moje volba a nebudu.“*

Poté jsme se vrátili zpátky k postoji Anniny matky k terapiím. Ten se z původní hodně negativní pozice postupně proměňoval. Někaký čas to trvalo, ale otočil se dokonce až do takové míry, že by její matka uvažovala i o nějaké jejich společné rodinné terapii, což by ráda vyzkoušela i Anna.

*„Pak to postupně jako začalo bejt podporující po nějakých letech. Jako jo a taky si teď našla blízko kamarádku psycholožku, tak si myslím, že tam pomáhá to. A teď to jakoby začíná bejt, že přijde, a když se jako něco děje v naší rodině, tak se mě ptá, co si o tom myslí muj terapeut (smích). Jestli na to něco říká a tak.“*

Pro Annu také byla zajímavá reakce její babičky z matčiny strany. Ta se jí hodně na terapii vyptávala, se záměrem pochopit jak to vlastně funguje, což Anně bylo příjemné a od té doby spolu komunikují více, než dříve.

*„Bylo vidět, že primárně mě má ráda a chce to prostě pochopit. Jako jsem jí říkala, že chodím k tomu psychologovi, tak nejdřív to bylo takový, jako aha, že pro ní to bylo cizí,*

*nikdy jako u psychologa nebyla a tak. A pak vlastně sem tam byla na nějaký další návštěvě, tak se začala jako vyptávat.*

Co se týče zbytku rodiny, tak většina z ní to buď neví, nebo o tom s Annou moc nekomunikují. Například její otec, který žije odděleně od Anniny matky a má jiný vztah, to ví, ačkoliv mu to Anna sdělila až o něco později. Anna říká, že on sice vůbec netuší jak o tom komunikovat a také by nikomu v životě neřekl, že Anna nějaký problém má, protože mu to přijde jako ostuda, ale zároveň je vidět, že mu to není jedno a je tam nějaká snaha se ujistit, že je v pořádku.

*„Tam to bylo takový, jakože nevědí, jak o tom mluvit, ale bylo tam nějaký vyjádření toho, že jim je to líto a občas se jednou za pár měsíců táta tak jako zeptal, jakože co ten psycholog a jakože dobrý a tak. Ale jenom chce slyšet, že řeknu dobrý, já řeknu dobrý, tak jako.“*

Anna má také dva bratry a oba vědí, že nějaké problémy má. S tím starším ale moc nekomunikuje, takže tomu sdělila, že se něco děje až její matka. S tím mladším se Anna baví víc, a dokonce si společně povídali o svých problémech, jelikož on má zkušenost s těžkým psychotickým onemocněním.

*„On o tom mluví docela v poho, ale myslím si, že dává si za vinu nějaký věci, ale třeba, když já jsem mu řekla, že chodím k psychiatrovi, tak on úplně vyvalil oči. A jakože, to je, ty jo, fakt. A vlastně jsme došli k tomu, že u toho svého dlouho nebyl, pomohla jsem mu se tam objednat a tak, to bylo hrozně supr.“*

Anna dále zmiňuje, že se snaží například o terapii mluvit víc než dřív a je to už pro ni jednodušší, protože je více srovnaná sama se sebou. Přesto jsou ale různé kruhy lidí, kde o tom mluvit nechce a radí se mezi ně i širší rodina. O jejím onemocnění tedy ví nejbližší příbuzní, její babička, několik blízkých přátel a kolegové v Nevypust' duši, kvůli povaze této práce. Také zmiňuje, že její rodina má poněkud odlišnou reakci, na bratrovo duševní onemocnění než na to její.

*„To všichni v tý rodině berou jako jinak, tam to všichni vědí, ale je tam to, že tam vidí ten jasnej důvod. Prostě vlastně to, že on je jako biologický dítě drogově závislýho člověka a je adoptovanéj a měl náročný dětství, takže tam to chápou.“*

Následně, když jsem rozhovor otázkou stočil k tématu partnerských vztahů, tak Anna řekla, že tam měla vždy štěstí, jelikož všichni její partneři na její problémy reagovali velmi dobře. Někdy jejich pochopení bylo podpořeno i tím, že řešili něco více, či méně podobného. U jednoho z nich pro to měli velké pochopení dokonce i jeho rodiče, se kterými Anna občas komunikovala.

*„Tak jako on vlastně tím, že mi to řek s tím, že sám chodí na terapii, protože chce něco řešit, tak to vlastně bral hodně otevřeně a myslím si, že jsme na to narazili vlastně teprve s jeho rodičema, že my jsme spolu byli tři roky, byl to takovej fakt jako hodně i na tu dobu vyspělej vztah a já jsem byla hodně blízka s jeho rodinou a vlastně jeho na tu terapii, navrhla mu to jeho máma, že prostě jí to pomohlo, když byla mladá, jestli by to nechtěl zkusit.“*

Tato blízkost a vzájemné svěřování se ve vztazích Annu naučilo větší otevřenosti a sdílení svých problémů s ostatními, například i s kamarádkami. Od té doby, co je takto více otevřená, má ale i pocit, že se jí čím dál tím více svěřují i ostatní lidé. Někdy se jí to stane i u lidí úplně cizích, kteří vědí buď to, že studuje psychologii, nebo že pracuje v Nevypuť duši, tak se jí ptají na různé kontakty ohledně vyhledávání pomoci, nebo jaká ta pomoc je, a to i v ne úplně obvyklých situacích.

*„Jednou jsem měla první schůzku s někým, koho jsem potkala přes internet, přes Tinder a ten člověk věděl, že pracuju v Nevypuť duši a zabývám se tak oblastní duševního zdraví. A prostě v podstatě jsme se vůbec neznali a na tý první schůzce řek, že prostě uvažuje o sebevraždě a že na to myslí už dlouho a všechny tyhle detaily. Přestože, jsem byla vlastně cizí člověk. Ted'ka jsem řešila to, že on je cizí a nemám za něj žádnou odpovědnost, ale zase, že nechci, aby ten člověk umřel, a chci se tak jako nějak přičinit, aby byl v bezpečí (chvilé pauzy). No, ted' je hospitalizovanej a děkoval mi.“*

Poté nás postupně rozhovor zavedl Annině pracovnímu životu. Na otázku, zda její zkušenost nějak ovlivňovala její práci, odpověděla, že spíše, než samotnou práci, ovlivňovala její získávání. Z pohovorů byla totiž hodně nervózní. Danou práci pak vždy vykonávala v pořádku, ale pohovory pro ni byly problém a někdy se stávalo, že ji kvůli její nervozitě do zaměstnání nevzali.



*„Ale prostě byla jsem třeba na pohovoru na jednu práci, kterou jsem fakt chtěla, to bylo jako tři kola pohovorů, který byly jako měsíc od sebe, bylo to fakt jako hrozně moc a vybrali mě z hrozně moc lidí a tak a tam byla vlastně jako taková nějaká nejvyšší nadřízená, která byla strašně nepříjemná a hlavně mi řekla, jakože, já jsem tu práci fakt hodně chtěla a ona mi řekla, že mám všechno, co chtěj a že by to bylo supr, ale že jsem nervózní a že takový lidi nezvládaj stres a že takový lidi nechce.“*

Když jsme se přesunuli od práce ke studiu, tak Anna říkala, že ve srovnání s gymnáziem, už neměla na vysoké škole až takové studijní problémy. Zaprvé se mohla věnovat oboru, který ji zajímá, za druhé si už postupem času trochu více zvykla na ústní zkoušení, takže ji tolik nezervóžňovalo. Také jí pomáhal individuální plán, který dostala, kde měla možnost, v případě, že by se jí přitížilo například odevzdat nějakou práci později a podobně. Také s učiteli nebyl většinou žádný větší problém, protože často byli chápající a ohleduplní. Problém měla jen s jedním vyučujícím, který u zkoušky známkuje nejen vědomosti, ale i projev, který se jí zhoršil tím, jak byla nervózní a i přesto, že vše věděla, tak jí ten vyučující chtěl dát ze zkoušky trojku.

*„Já jsem prostě, říkala jsem mu, že to jako není fér, že si nemyslím, že si to zasloužím a jako nemám problém s tím mít špatnou známku, ale že mi to nepříjde v pohodě tadyten jeho přístup a jako nějak jsme o tom debatovali, já jsem se tam rozbrečela na tý zkoušce a jako bylo vidět, že on jako moc neví, co má dělat, tak jsme si dali jako, nakonec to dopadlo tak, že jsme si dali pětiminutovou pauzu, pak mě vyzkoušel ještě z něčeho, a nakonec mi dal lepší tu známku.“*

Anně její zkušenost s duševním onemocněním ztížila mnoho aspektů jejího života. Setkala se i se stigmatizací a sebestigmatizací. Reakce jejího okolí se hodně lišily. Dostalo se jí i podpory a pomoci, i nepochopení a odsouzení. Přes to vše ale Anna žije aktivním a smysluplným životem a nejen, že pracuje na sobě samé, ale snaží se i o zlepšení poměrů pro lidi s duševním onemocněním ve společnosti.

### **3.1.2 Klára a její zkušenost**

Klára je dvacet let a pracuje v kavárně. Je usměvavá, komunikativní a aktivní. Má pouze středoškolské vzdělání, ale ráda čte a dokonce i píše blog. Sešli jsme se v pohodlné kavárně v centru Prahy. Po zopakování počátečních informací jsem jí položil

úvodní otázku a pustili jsme se do práce. Pro začátek Klára popisovala, jak se jí nemoc poprvé objevila, když jí bylo šestnáct let a ještě chodila na střední školu a bydlela s rodiči. Bydlela v té době s maminkou a jejím přítelem, který byl alkoholik, takže si nikdy nerozuměli a neměl k němu moc vřelý vztah. Klára popisovala ve svém vyprávění hned na začátku už nějaké z klasických depresivních symptomů.

*„Začalo to asi nějak tak, že jsem si přišla hodně přecitlivělá, že mi stačily malé podněty k tomu, abych se rozbrečela a nemohla jsem se moc dobře soustředit a hodně se to projevovalo třeba na spánku, že jsem nemohla usnout třeba tři hodiny, než jsem šla spát a někdy jsem nespala jako celou noc. Pak jsem šla do školy a byla jsem úplně vyřízená, takže pak nějaký jako školní výsledky byly fakt těžší, bylo těžší se soustředit na to učení a bylo těžší mít nějaký výsledky podobný třeba jako spolužákům, co asi byli docela v pohodě na téhle úrovni.“*

Po stručném popisu těchto různých nepříjemných stavů se Klára zarazila, jako by nevěděla co dál. Zeptala se mě, co bych ještě chtěl vědět, tak jsme se začali bavit lidech, které měla v té době ve svém okolí. Nejprve si Klára vybavila svou kamarádku, se kterou seděla v lavici ve škole. Ta poznala, že něco není v pořádku a ptala se Kláry co se děje, ta jí ale neuměla na to odpovědět, protože sama ještě nechápala, co se jí to objevilo za stavy, nebo proč je má. Pak to zjistila její matka a opakoval se podobný scénář.

*„Když jsem třeba přišla domů, tak jsem častokrát chtěla brečet jako bez důvodu, tak jsem se jí to snažila nějak jako vysvětlit, že teďkon mi prostě není moc dobře a že ale nevím proč a ona se častokrát jako ptala, proč jako brečím a jak mi může pomoci a já jsem jí říkala, že nevím a bylo to pro mne o to horší, protože jsem si přišla jako bezmocná, když jsem věděla, že mi mamka chce pomoci, ale já jsem nevěděla jako jak, jak by mi mohla pomoci.“*

Kláry matka jí pak navrhla, aby zkusila chodit ke psychologce. Tento nápad se Kláře nejprve nezamlouval, jelikož měla špatnou zkušenost z předchozí psychologkou, ke které kdysi chodila kvůli bolestem hlavy. Nicméně pak to zkusila a s touto další psychologku si už sedli a navázali dlouhodobou spolupráci. Klára se také nebojí vůbec mluvit s ostatními o tom, že k nějaké psychologce chodí. Je v tomhle hodně otevřená a svěřuje to i lidem, kteří jí nejsou tolik blízcí. Nemá s tím problém a má to pro ní svoje výhody.

*„Občas je spíš zvláštní pozorovat ty reakce lidí, protože na to nejsou moc zvyklí, že o tom chce takhle někdo mluvit (smích). No připadá mi, že tím, jak jsem já taková s tím otevřená, jakoby nešlo o nějaký osobní téma, tak ty lidi jsou i mnohem otevřenější tomu jako, že se otevřou mě jako, třeba že mi řeknou, že si taky někdy prošli, nebo že třeba chodí k psychologce, nebo tak.“*

Poté se náš rozhovor stočil opět k rodině. Kláry matka se k ní chovala vždy docela empaticky. Někdy to ale zašlo až tak daleko, že matka brečela spolu s ní, a to Kláře už tolik příjemné nebylo, jelikož to v ní vzbuzovalo pocit, že jí ještě přiděluje starosti. Klářiny stavy byly doma přijaty lépe částečně i díky tomu, že její matka měla obdobnou zkušenost.

*„Říkala, že v mém věku taky jako měla nějaký deprese a právě proto říkala, že mě docela chápe, ale v některých situacích mi přišlo jako, že sice říká, že mne chápe, ale mě to tak třeba nepřipadalo, že jako, že třeba nikdy úplně neměla pochopení pro to, když sama jako říkala, že si něčím takovým jako prošla, tak že třeba úplně jako...“*

Zkušenost s depresí v Kláry rodině má i její babička z matčiny strany. Ani její matka, ani její babička o tom v rodině s ostatními moc nemluvili, ale Klára jim občas něco řekne, když se jí ptají. Reakce jsou většinou chápavé a bezproblémové, spíše se jen občas ptají, jak se jí daří. Část z nich, zjistila, že Klára má nějaké problémy až, když četli její blog, kde občas něco takového sdílí, předtím jim to neřekla. Klářin otec o jejích stavech dlouhou dobu ani nevěděl, jelikož s ním nežila. Bydlela nejprve s matkou a jejím přítelem, poté sama s matkou. Matčin přítel byl závislý na alkoholu, měl dluhy a později mu byla také zjištěna deprese. Klára si s ním nikdy moc nerozuměla. Když se jeho stav dlouhodobě zhoršoval, tak se Klára i s matkou odstěhovaly, protože už toho na ně bylo moc.

*„Nebo zkoušel to, že si bral nějaký prášky, napil se na to alkoholu a šel se jako oběsit na půdu, takže my jsme v tu dobu jako teprve jeli jakoby na ten barák a on tam v tu chvíli byl jakoby jeho brácha u něj, takže jakoby našťestí se mu to nepovedlo se oběsit, ale pro mě to bylo jako prostě složitý ta situace, tohle to jako řešit prostě v baráku, kde jsem měla ještě furt bydlet. Takže to pro mě bylo jako hodně nepříjemný.“*

Od rodiny se náš rozhovor stočil k přátelským vztahům. Někteří Klářini přátelé se dozvěděli, že má nějaké potíže také až z blogu, ale většinou to sdělila sama. Ve škole měla

Klára bližší vztah přibližně s pěti spolužáky. Své spolužačce, se kterou seděla v lavici, se Klára svěřovala dokonce, i když jí bylo zrovna špatně a potřebovala se vypovídat. Ostatním kamarádům to občas také říkala, když se viděli a Kláře zrovna nebylo moc dobře, ale mluvili spolu o tom jen trochu a spíš se pak snažili odvést pozornost. Hodně také o svých stavech mluvila ještě s jednou další kamarádkou, protože v tom měli společné téma.

*„Hm, tak za tou jednou jo určitě, protože ta vlastně měla, nebo má podobný problémy jako já a ještě k tomu třeba trošku jiný psychický, takže s tou jsem věděla, že o tom můžu mluvit, jednak proto, že už se známe hodně dlouho odmala, takže jako jsme dobrý kamarádky a za druhý právě kvůli tomu, že si tím prochází tak asi jako ví, co se mi honí hlavou, nebo jak se můžu cejtít, takže věděla, jak mi trošku pomoci.“*

Poté jsme přeskočili ke Klářině profesnímu životu. Nejprve pracovala v pekárně. Tam se sice občas rozbřečela, ale nijak to moc nekomentovala, ani to s nikým nerozebírala. Když poté začala pracovat v kavárně, tak tam měla problém spíše s úzkostmi a tam už to komunikovala o něco lépe. Klára se tam nesetkala s nějakou obzvlášť velkou podporou, ale zároveň se nesetkala s nepochopením, ani žádnou vyloženě negativní reakcí, která by jí dané zaměstnání ztěžovala.

*„V té kavárně, tam jsem byla docela už jako otevřená, protože to už je jako rok a půl zpátky a to už jsem o tom dost jako mluvila, takže tam jsem o tom mluvila i se šéfem a bylo to takový jako v pohodě, on spíš jako koukal, že o tom jako právě mluvím a moc do toho pak jako nezabředával.“*

Ne vždy ale Klára o svých problémech mluvila takto otevřeně. Předtím, než se dostala na terapii a než se začala zajímat o psychologickou tematiku, tak neměla nejmenší ponětí co se s ní děje a proč se to děje. Ve škole se Kláře dařilo víceméně své problémy skrývat a nějakým způsobem fungovat tak, že si jich všímali jen její bližší přátelé ve třídě a zbytek o tom nevěděl. S moc lidmi se o tom ani nebavila. Povídala si o svých problémech spíše jen s nejbližšími kamarádkami a matkou. Situace se postupem času zlepšila, i tím, že Klára začala docházet k psychologičce a začala se o psychologii více zajímat. Nebylo to ale hned a cesta k tomuto adaptovanějšímu stavu byla značně trnitá.

*„No, mě to pak přišlo zvláštní, přišla jsem si trošku jako, ne nesoběstačná, ale taková jako hodně zranitelná právě a říkala jsem si prostě tyjo, proč zrovna já musím bejt tak emočně labilní a jakože asi jsem prostě slaboch a tohle. Samozřejmě mě to pak štválo vůči lidem, který se mi snažili nějak pomoci, když mi nebylo dobře, protože sem v tu dobu ještě neměla nějaký úplně triky na to, co mi pomáhalo. Takže když se mi snažili pomoci nějak, tak jsem prostě nevěděla, co jim mám jako říct. Tak to byla taková prostě jako bezmoc, že jsem nevěděla, takže pak mi přišlo, že je trápím zbytečně taky.“*

Klára se s tímto scénářem ve vztazích setkávala opakovaně. Cítila vinu, že ostatní svými problémy zatěžuje, přestože šlo o její nejbližší, kteří zároveň vůbec nevyjadřovali, že by jim to vadilo, a naopak i bývali relativně podporující. Stejně tomu bylo i v komunikaci s Klářiným tehdejším partnerem. Do toho ještě řešila několikrát do týdne, že je jí zase špatně, že brečela a připadala si odporná a myslela si, že jeho i ostatní otravuje, když o svých potížích chce mluvit

*„Jo, jako právě jsem pak měla ty výčitky z toho, že je to nebaví furt poslouchat a že právě přijdu o toho přítele třeba kvůli tomu, že ho tím furt jako budu zatěžovat a psát tadyty věci jako stejný. Takže se mi snažil jako nějak pomoci, většinou teda spíš přes internet, protože studoval v tu dobu v Hradci, takže jsme se viděli jednou za dva tejdny, takže to bylo taky takový trošku těžší v tomhle.“*

Zmíněný způsob uvažování v Klářině mysli sílil a postupně nabral až extrémních rozměrů. Tím jak se zhoršoval její stav, se zhoršovaly i tyto její myšlenky. Neměla radost ze života a nedokázala se smát. Její depresivní stav všechna tato přesvědčení pak ještě zesílil.

*„No a pak právě jako i přišli jako takový myšlenky, že jako ne, že bych se chtěla jako zabít, to ne, ale bylo to takový, že, spíš takový ty myšlenky, že tyjo, nebylo by lepší, kdybych to tady skončila, abych tady prostě nebyla, protože mi přišlo, že tím všechny jako otravuju.“*

Klára pak začala mluvit také o záchvatovitém přejídání, kterým trpí společně se zmíněnou depresivitou. Popisovala různé jeho symptomy a nepříjemné situace, ve které vyúsťuje. Když jsem se zeptal na reakci okolí, na tyto věci, tak Klára řekla, že naprostá většina lidí si toho buď vůbec nevšimla, nebo to považovali za pouhé „přežrání se“ jednou za čas na oslavě. Klára to také s moc lidmi nerozebírala. Explicitně to řekla pouze matce,

příteli a jedné kamarádce ze školy. Zmíněná kamarádka pro ni byla velkou oporou a nebylo tomu tak jen ohledně záchvatovitého přejídání, ale i ohledně deprese.

*„Jo, to je vlastně ta kamarádka z té třídy, se kterou jsem se bavila i o těch depresích a ona zároveň po tom stejně i měla trošku tyhle ty stavy, takže se mi pak s tím svěřovala i ona. Takže jo, to byla vlastně taková jako vzájemná podpora, taková, že jsme si vlastně i říkali, hele, tak když ti bude špatně, tak mi prostě napiš kdykoliv, cokoliv, takže takhle to funguje prostě vždycky, když jí není dobře, tak si napíšeme a je to takový jako milý, že tomu člověku se pak jako uleví a je to jako příjemný v tom smyslu, že někdo prostě ví o tom, že ti teďka prostě není fajn, a nějakým způsobem se tě prostě snaží podpořit, nebo tě vzít ven, promluvíte si o tom a je to takový jako dobrý, že na to nejsi sám.“*

Když jsme se na závěr bavili o negativních reakcích lidí, tak Klára říkala, že se s moc z nimi ve svém okolí nasetkala. Vybavovala si ale ve více případech situaci, kdy lidé v jejím okolí, kteří jí nejsou úplně cizí, ale zároveň neví, že má depresi, říkali různé negativní věci o lidech s těmito problémy obecně. Například, že jsou slabí, nejsou dostatečně cílevědomí, jsou líní a tak podobně. Takové situace Kláře nebyly vůbec příjemné a snažila se je často těm daným lidem aspoň trochu osvětlit, přestože to ne vždy mělo kladný výsledek.

*„To mě vždycky jako dokázalo rozohnit prostě, protože jsem věděla, čím si prostě ty lidi třeba procházej a že mě blízký lidi tohle to jako dokážou říct, nebo takhle smýšlet, tak mě to vždycky jako dokázalo naštvat. Takže jsem jim to vždycky uvedla jako na pravou míru a oni si buďto jako o tom nechali něco jako říct, nebo si mleli furt to svoje. Ale tak lidi buďto poslouchaj, nebo neposlouchaj, to už je jako na nich, takže se tím snažím většinou jako moc nerozházet a říkam si, tak si povídej no a takže tak.“*

Klářin život byl ovlivněn notnou dávkou internalizovaného stigmatu, a to zejména na počátku jejího onemocnění, kdy neměla dle svých slov vůbec ponětí o tom, co se děje. V průběhu let se ale její situace zlepšila díky její usilovné práci na sobě a za podpory odborné pomoci a některých blízkých lidí. Své zkušenosti a nově nabyté poznatky se také snaží předat ostatním ve svém blogu, aby nemuseli opakovat stejné zážitky, jako měla Klára, nebo aby cítili, že v tom nejsou sami a že se problémy podobného typu dějí více lidem. Celkově tak Klára i přes své onemocnění a jeho sociální dopady žije relativně naplňující život. Pracuje, hodně ráda cestuje, píše, fotí a užívá si přítomného okamžiku.

### 3.1.3 Josef a jeho zkušenost

Josefovi je dvacet sedm let, působí poklidným dojmem a bydlí v Praze. Tam také studoval vysokou školu v oblasti IT, kterou nedokončil, ale i přesto si našel zaměstnání ve stejném sektoru, se kterým je velmi spokojený. Několik týdnů se rozmýšlel, zda vůbec chce rozhovor podstoupit, jelikož zkoumané téma je pro něj velmi osobní. Nakonec se pro to rozhodl, jen ještě před začátkem zmiňoval, že je to pro něj nezvyklá situace, a tak bude možná složitější ho rozmluvit. Sešli jsme se v klidné kavárně a před začátkem rozhovoru jsem obzvláště dbal na opakování toho, že nemusí odpovídat na cokoliv, co by mu bylo nepříjemné a že je možné rozhovor kdykoliv přerušit, kdyby to potřeboval. Na úvodní otázku odpověděl poměrně obsáhle, až skoro, jako by to měl takto nacvičené. Popisoval povahu svých obtíží, a to v jakých okolnostech se s nimi poprvé v dospělosti setkal.

*„Hm. Tak to začalo, jsou to myslím asi tři roky. Kdy jsem byl v situaci, že jsem byl v posledním ročníku magisterského studia a psal jsem diplomovou práci a asi mě to dost nebavilo a nešlo mi to, nemohl jsem se na to soustředit. No a potom se tady v téhle situaci přihodily ještě nějaké nešťastné události v mém životě, a to bylo jednak to, že jsem se rozešel s holkou, se kterou jsem tehdy byl. A potom jsem měl nějaké nedorozumění s tatškou“*

Při popisu svých těžších období zmiňoval některé z klasických depresivních symptomů, jako například ztrátu zájmů a koníčků, ztrátu touhy po kontaktu s ostatními lidmi, ztrátu energie a oslabení vůle.

*„Když mě něco rozhodí a necítím se dobře, tak většinou přestanu komunikovat s lidmi. Nechci je příliš vidět a nechci vycházet ven a přestávají mě bavit věci, které mě předtím bavily, což je teda hlavně sport, který jako i cítím, že mi pomáhá po té psychické stránce, takže zrovna v tenhle okamžik mě přestane i ten sport bavit bohužel a no, mám pocit, že nemám na nic sílu, že nemám sílu pracovat, že nemám sílu si uvařit oběd a vlastně ztrácím nějak vůli.“*

Kvůli těmto symptomům následně během dne odkládal mnoho činností, které bylo třeba udělat. Celkově nebyl schopný jakékoliv činnosti, kterou by subjektivně hodnotil jako produktivní.

*„Potom strávíš většinu dne buď v posteli anebo někde jako na gauči, takže sedím, nebo ležím a obvykle dělám něco na počítači, protože mám pocit, že přitom nepotřebuju vynakládat velké úsilí, takže se dívám, já nevím, na filmy, na videa, nebo něco poslouchám.“*

Prožívané stavy později u Josefa vygradovaly do extrémnější formy, kdy měl pocit, že jeho stav nemá řešení a je permanentní a nezvratitelný – zaplavila ho beznadějí. Cítil se velmi osamělý, ale zároveň si ale nedokázal říct o pomoc u svých blízkých a nejprve se jim ani nesvěřil s tím, že nějaké potíže má.

*„Já jsem před nimi i do jisté míry hrál, že je všechno v pořádku a nevyhledával jsem vlastně společnost lidí, ale stejně jsem cítil, že jsem osamělý.“*

Na otázku, zda to teď již jeho okolí ví, řekl, že část ano. Přibližně rok zpátky některým z nich sdělil, že se s určitými problémy potýkal. Josef má rozvedené rodiče a s otcem moc nemluví, protože se nepohodli, takže mu ani nesdělil nic o svých stavech. Řekl o nich ale matce a bratrovi, které si postupně pozval k sobě domů, aby jim vysvětlil, jak se věci mají. Pověděl to i dalším lidem mimo rodinu, nicméně stále u něj převažuje trend, že to sděluje pouze lidem, kteří jsou pro něj důležití, nebo jim věří. I u těch se ale někdy uchýlil k netradiční formě elektronické komunikace, místo rozhovoru tváří v tvář.

*„Potom jsem napsal mail mojim nejlepším kamarádům, kde jsem jim to vysvětlil a tady tyhle lidi, to může být já nevím deset, tak to jsou jako lidi, kteří to o mě ví. A jinak v práci, nebo takový jako méně blízký kamarádi, tak s těmi o tom vůbec nemluví.“*

Kromě toho, že se s otcem nepohodli, mu Josef nechce moc o svých problémech říkat proto, že má pocit, že by je nepochopil. K tomu by se ještě cítil tak, že vylívá své srdce někomu, koho to moc nezajímá. Bezproblémová nebyla ale ani komunikace s jeho matkou. Kvůli následující situaci se dokonce pohádali.

*„Jsem jí řekl, že chodím k psychologovi, to je nevím, už pět let zpátky a poprosil jsem jí, ať to neříká tatkově a ona mu to řekla, protože měla pocit, že se já nějak vnitřně trápím a že on by s tím měl něco dělat.“*

Když jsme se pak dostali k tématu vyhledávání odborné pomoci, tak Josef zmínil, že pořad ještě dochází na terapie. Poprvé psychologa vyhledal, když byl v druhém ročníku na vysoké škole, jelikož ho trápily potíže s usínáním. Vůbec si ale neporozuměli, takže po pěti



sezeních k němu přestal docházet. K dalšímu psychologovi se dostal až po několika letech skrze kamarádku, která se dozvěděla, že měl zrovna neshodu s matkou a není mu moc dobře.

*„Den poté, co se o tom dozvěděla, tak jsme byli spolu domluvený, že půjdeme někam spolu za Prahu na výlet a tam jsme se o tom vlastně bavili a ona se mi svěřila, že má taky spoustu problémů a že chodí k psychologovi a zeptala se, jestli mi nemá na něho dát kontakt, a tak to vlastně dopadlo tak, že jsem vlastně začal chodit tady k tomuhle člověku a s tím jsem si porozuměl, tak k němu chodím až doted’.“*

V Josefovi vyvolala ochota kamarádky sdílet její vlastní zkušenost velkou důvěru. Měl pocit, že se jí může svěřit, přičemž s těmito věcmi se předtím nikomu moc nesvěřoval a ani o tom nepřemýšlel. Měl totiž obavu, kterou popisuje slovy: *„Jsem nevěděl, jestli mě nebudou považovat za divného“* a také měl pocit, že ho nemůžou pochopit, podpořený zkušeností z předchozích pokusů se s někým bavit o svých potížích s usínáním. Vždy se mu zdálo, že tomu ten daný člověk nerozumí a nedokáže si to představit. S ní to ale bylo jiné.

*„My jsme si i předtím docela hodně rozuměli, ale tohle to pro mě znamenalo, že se s ní můžu bavit i o věcech, o kterých se s nikým jiným nebavím.“*

Kamarádi, kterým poslal informace o tom, co se děje e-mailem, s ním o podobných tématech také nemluví. Napsal jim tam totiž, je to pro něj citlivé, a že se s nimi o tom klidně bude bavit, ale že musí opatrně. Dopadlo to tedy tak, že to nakonec vůbec nerozebírali. I přesto mu ale někdy byli oporou.

*„Když jsem se teď před měsícem necítil dobře a napsal jsem kamarádům, jestli by ke mně nechtěli přijít na návštěvu a naznačil jsem jim tam, že nemám dobrou náladu, tak všichni, kterým jsem to napsal, tak ke mně přišli, třeba že to bylo za dva dny.“*

To, že má občas depresivní stavy, neřekl skoro nikomu ani ve své práci. Jedinou osobou, která to tam ví, je paní na HR. Když do jejich společnosti Josef nastupoval, tak ona měla na starosti obejít různé zaměstnance a hovořit s nimi o jejich spokojenosti v práci a jejich potřebách v rámci zlepšení pracovního prostředí. Hovořili spolu o všech možných tématech skoro dvě hodiny. Přišla mu empatická, tak se jí nebál svěřit.

*„Možná na to přišla řeč v tom okamžiku, kdy se mě ptala, co se mě na té práci líbí, a já jsem říkal, že se mi na ní líbí to, že když se necítím dobře, tak že můžu zůstat doma, že s tím není žádný problém.“*

Její empatie ale nebyla jediným důvodem, proč se o tom s ní dokázal bavit. Co se týče například Josefova šéfa, tak ten mu přišel také jako docela empatický člověk bez předsudků, který by ho mohl v případě potřeby pochopit – přesto s ním Josef své problémy nikdy neřešil.

*„Spíše by mi bylo příjemnější to říct paní z HR, která, jak bych to řekl... je člověk, se kterým... Vlastně šéf je člověk, se kterým pořád přicházím do styku a nevím, jestli se o takových věcech s ním chci bavit, takže je mi příjemnější možná to říct někomu, s kým se zas tak moc často nebavím a kdo to třeba přetlumočí někomu jinému.“*

Kromě přítomnosti lidí, jako je empatická paní z HR, Josefovi usnadňuje výkon zaměstnání fakt, že je díky povaze své práce vedený jako živnostník. Když je mu špatně, tak si tedy nemusí brát nemocenskou a nemusí řešit jakákoliv potvrzení.

*„Teď je to tak, že když se necítím dobře, tak buď napíšu jako do chatu v práci, že nepřijdu do práce, anebo to dokonce nikomu neřeknu a je to úplně v pohodě. Kdyby to takhle nebylo a já bych to musel nějak řešit, tak vlastně si to nedokážu úplně představit, jak bych to udělal.“*

Následně jsme trochu rychleji začali přeskakovat mezi různými tématy. Na to, jak Josef tvrdil, že neví, zda se dokáže rozpovídat, teď hovořil souvisle o spoustě věcí bez problému a otevřeně. Když jsme se dostali k tématu milostných vztahů, tak zmínil, že většinou partnerek nikdy neřekl, že nějaké problémy má.

*„Myslím si, že to souvisí jako, s mojí malou sebedůvěrou ve vztazích, kdy vlastně mám pocit, že když o takových věcech začnu mluvit, že tím klesá moje atraktivnost.“*

Výjimkou byla jedna jeho kamarádka, které se trochu nejdřív svěřoval a až poté teprve navázali partnerský vztah, takže už o něm od začátku tyhle věci aspoň trochu věděla. Přišlo mu, že jedním z důvodů, proč se o tom nebavil s partnerkami, bylo také to, že většina z jeho předchozích vztahů nebyla tolik dlouhodobá a měl pocit, že si nemůže dovolit něco takového sdělit. Až v poslední době si na to více zvykl a myslí si, že už by to pro něj nebyl

tak velký problém říct. Stále je ale pro Josefa velkou otázkou načasování a délka vztahu, při které se už může svěřit.

*„Tak to je věc, kterou já docela často řeším, protože moje vztahy jsou tímhle tím hrozně ovlivněné. Já vlastně nevím, jestli to mám říct hned, jak se něco takového projeví, nebo jestli mám najít nějakou trapnou výmluvu, proč mi není zrovna dobře.“*

Když jsme poté rozebírali, co Josefovi pomáhá se odhodlat takhle někomu svěřit, tak znovu zmínil, že je pro něj mnohem snadnější se svěřit někomu, kdo má podobnou zkušenost. Se svěřováním se to ale takhle fungovalo i v opačném směru.

*„Než jsem začal trpět depresí, tak se mi s tím vůbec nesvěřovali, já jsem v životě neslyšel žádný takový příběh a myslím si, že tím, že jsem si tím prošel, že už to mám trošku srovnané a že o tom sice nemluví úplně otevřeně, ale možná jako někdy něco naznačím, takže to lidé možná pochopí. Jako zvláště ti, kteří mají stejnou zkušenost, takže to vlastně z toho, co jim říkám pochopí a pak se mi třeba svěří stejným způsobem“*

Obdobná věc se Josefovi stala, když byl jednou na masáži. Hodně se tam uvolnil a trochu mu začaly slzet oči. Paní, která masáž prováděla, zareagovala tím, že mu řekla, ať se nebojí klidně vypustit jakékoliv emoce, které v sobě má. Pro Josefa to byla mimořádná událost, protože mu tato empatická reakce byla příjemná a vzbuzovala v něm důvěru.

*„Na tohle jsem jí jako začal říkat nějaké takové věci o sobě, co se mi stalo a já vlastně nevím. Ona říkala vlastně, to je jeden z těch lidí, že má podobnou zkušenost, že taky když byla, když jí bylo, já nevím, osmnáct, tak že chtěla spáchat sebevraždu.“*

Postupně jsme se pak dostali k tomu, jak Josef vnímá své vyhlídky do budoucnosti. To se mu hodně mění, podle toho, v jakém se nachází stavu, ale když nemá zrovna propad, tak budoucnost nevidí vůbec černě. Pouze co se týče jeho potíží s usínáním, o kterých si dříve myslel, že se zlepší, si teď myslí, že už tak spíš zůstanou a je proto tedy důležité, aby měl práci, jako je jeho současná, kde si nepotrpí na přesnou docházku.

*„První věc, co jsem kdy začal s psychologem řešit, tak byl můj spánek. Můj spánek, přesto, že chodím pět let k psychologovi a beru léky na spaní, se nikdy nevyřešil. Někdy ani nemám pocit, že by to bylo o moc lepší, než předtím.“*

Josef vede i přes svoji dlouholetou zkušenost s depresí docela naplňující život ve více aspektech. Má práci, ve které je spokojený a různé koníčky, jako je ježdění na jednokolce a hra na kytaru. Jeho vztahy byly v různých částech života zatíženy mimo jiné určitou mírou internalizovaného stigmatu, ale i přesto na sobě nepřestává pracovat a hledá v této oblasti adaptivnější strategie.

#### **3.1.4 Vilém a jeho zkušenost**

Vilémovi je dvacet osm let. Je energický, zvědavý a působí přátelsky. Je zaměstnaný jako novinář a v oblasti duševního zdraví je docela i edukovaný, jen občas používá určité termíny z této oblasti buď zkomoleně, nebo v nesprávném významu, nicméně o téma má velký zájem. Sešli jsme se v poklidném podniku u čaje a Vilém již od začátku působil ochotně a přátelsky. Poté, co jsem mu zopakoval úvodní informace a položil počáteční otázku, začal Vilém líčit události, které jeho zkušenosti předcházely a pak průběh své první epizody. Bylo vidět, že to někomu neříká úplně poprvé, protože hovořil plynule a měl to uceleně připravené.

*„Já jsem dokončoval studia na erasmu v Lublaňi, tak jsem dostal nabídku, jelikož můj obor je novinářina a film, natáčet na Filipínách jednu reality show, kterou jsem na poslední chvíli nějak vzal, protože mi to přišlo jako zajímavá příležitost podívat se někam jinam za hranice Evropy, ale pracovní.“*

Vilémův pobyt, ani cesta tam ale neprobíhaly úplně hladce. Protože zmíněnou nabídku vzal na poslední chvíli, tak před odjezdem musel být očkovan proti třem tamním exotickým nemocem přibližně během jednoho týdne, což může být pro organismus velký nápor. Když tam přiletěl, tak měl „jetlag“ a nebyl žádný čas si odpočinout a srovnat se, protože museli hned začít pracovat. Ráno brzo vstávaly a vyráželi na tamní ostrovy. Bylo tam velmi teplé počasí a Vilémovi daná práce celkově přišla náročná. Předchozí faktory proto považuje za spouštěče své nemoci, jelikož kvůli nim bylo jeho tělo i mysl oslabené.

*„A přímo tam na těch Filipínách mi teda vypukla mánie. Hodně silná. Jasně, pili jsme tam pívka, ale nepožil jsem žádnou jakoby psychotropní drogu. Ale i tak ta mánie mě vlastně vyhypovala natolik, že jsem měl halucinace a že jsem se velmi cítil jako součástí přírody, vesmíru, bylo vlastně jakoby i hezký spirituální zážitek pro mne. Někteří vědci tomu*

*říkají spirituální krize, týhle formě mánie, protože u některých jedinců, který mánií prožijou, se hodně ty náboženský motivy jakoby prolínají tou mánií. “*

Vilém říká, že dnes by již nastupující epizodu byl schopen poznat podle toho, že by zase několik dní nespál. V té době o tom ještě ale neměl ponětí a vnímal to spíše jako spirituální věc a jako přiblížení se zdejší komunitě lidí.

*„No takže po několika dnech tý mánie, kdy jsem nespál, to byla další věc, tak ta produkce samozřejmě viděla, že je něco špatně. Zařídila mi teda návrat do Prahy, kde mě okamžitě odvezli na psychiatrickou, no, nemocnici, léčebna už se neříká, jsem slyšel, na Karlově náměstí. Tam jsem byl okamžitě na příjmu hospitalizovanéj s tím, že trpím tou mánií, docela jakoby závažnou, protože opravdu sem měl ty halucinace, a hodně sem to prožíval. “*

Hospitalizovaný byl šest týdnů, během kterých se jeho stav zlepšil. Po propuštění pak ale zažil ještě dvoutýdenní depresivní epizodu a museli mu kromě stabilizátorů nálady nasadit ještě antidepresiva. Ta mu pak zabrala a zase se jeho stav srovnal. Přeskočili jsme pak zase k událostem na Filipínech a Vilém popisoval, jak si jeho chování poprvé štáb všiml, když se začal hádat s nějakým zahraničním manažerem a poslali ho k psychologovi, který poznal, že jde o manii. Pak popisoval i jejich reakci, na to, že se něco dělo.

*„No jakože ten štáb to bral spíš, jakože se báli o mě, jakože jestli tě zajímá ten úhel, tak to byl spíš takovej strach, než jako že by říkali, že jsem blázen a tak, ale spíš jakože o mě měli strach, ale taky to jsou lidi, který prostě, že jo, jsou z filmový branže, takže mají jako...tam má hodně lidí bych řekl jako nějaký psychický problémy, takže ten přístup k nim je jakoby jinej. “*

Z těch šesti týdnů hospitalizace, byl Vilém na Karlově náměstí jen tři týdny. Poté ho ještě na tři týdny přesunuli do Bohnic. Tam si péči velmi pochvaloval, hlavně to, že se tam mohl i projít v parku a měl tam více činností. Rodiče ho už od začátku navštěvovali a měl v tomhle oporu. Sice moc nevěděli, co se děje, ani co s tím, ale stáli při něm. Přesto tam byl nějaký strach, co se bude dít dál.

*„Máma i říkala, že viděla tátu snad úplně poprvý brečet, když vlastně mě vzali na ten Karlák jo a oni pak odcházeli. A to samý přítelkyně, moje ségra a kamarádka, ony se pak*

*sešly v hospodě a povídaly si o tom a byly z toho hodně smutný samozřejmě, ale semklo je to paradoxně ty vztahy. “*

Kromě rodičů Viléma při hospitalizaci navštěvovala i sestra, jeho blízcí kamarádi a přítelkyně. V tomhle měl dobré zázemí, všichni zmínění se mu snažili nějak pomoci. Kromě samotných návštěv i konzultovali s lékaři a zjišťovali si podstatné informace. Vilém má pocit, že tomu pomáhá i fakt, že jeho matka měla deprese, takže tuhle část jeho onemocnění zná. V nemocnici ho pak postupně začala navštěvovat i širší rodina, téměř všichni, se kterými je bývá v rodině v kontaktu.

*„To je zajímavější přístup, že moje máma, ta už má třeba jenom babičku, děda je po smrti, tak ta jí to neřekla. Řekla jí to až potom, protože nechtěla, aby se stresovala, že věděla, že bude chudák ve stresu. Táta ten má ještě oba rodiče, tak ten jim to řekl a byl za mnou děda, děda za mnou chodil často. Ten byl z toho docela takovej to, on je docela jako flegmatik, ale z tohohle byl trochu vykulený, tak tam byl za mnou v těch Bohnicích často a pak tam byla i babička s bratrancem vlastně. Ted' jako všichni to vlastně ví no, ted' už to všichni ví. Veškerý ten rodinový okruh. Protože tam jako žádný spory v rodině nemáme a já sem v tom ohledu jako hodně otevřený, jakože mi prostě nevadí o tom mluvit. “*

Nejvíce o své nemoci Vilém ale mluví právě s matkou, u které má pocit, že tomu nejvíce rozumí, díky své vlastní nemoci a tomu, že ona také dochází za psychiatrem a chápe tedy i to, že Vilém potřebuje brát medikaci. Jen ho trochu mrzí, že si o něj dělá hodně starostí a má pocit, že si to hodně bere, když Vilém selže v něčem, jako je třeba životospráva. Výhrady má mimo jiné také k cestování letadlem.

*„Bojí se o mě máma hodně. To je zvláštní, má ještě tři mladší sourozence, ale mnohem dřív se o mne bojí, než dřív. Třeba má hrůzu z toho, že bych no, mam občas takový nápady, sem třeba měl ted' nabídku od Člověka v tísni, že bych dělal komunikaci na Filipínách devět měsíců, což ona úplně že jo je proti tomu samozřejmě. “*

Následně se náš rozhovor stočil opět k tématu práce. Vilém v novinářině pracuje jako živnostník. Zmiňuje, že poté, co se mu na Filipínách rozjela ta první manická epizoda, tak o tom, co se děje jeho kolegové poslali informaci zpátky do ČR do redakce. Tam se k tomu ale postavili chápavě a poté, co se mu udělalo lépe, mu nabídli znovu spolupráci. Jednou,

když mu nebylo úplně dobře, tak se mu stalo, že zaspal a nepřišel do práce. Nemohli se Vilémovi dovolat a nevěděli, co se děje, ale i na to jejich reakce byla ohleduplná.

*„Řekli mi prostě, že se nesmím přepínat, že jo a že když už nebudu moct, tak že klidně mam říct a tý práce si vzít míň a tak no. No takže vlastně i tak za takovou velkou chybu vlastně spíš ten feedback byl takovej, že měli strach no a že mám dát aspoň vědět, když to nedávám, že se to dá nějak vyřešit, ale nejdřív musím dát vědět no.“*

Vilém má ještě druhou práci, která je ve stejném poli, jen v jiné organizaci. V této práci nejdříve nikomu neřekl, že nějaký problém má, po nějaké době se ale svěřil. Dostali se k tomu, když se bavili o vztazích a padla otázka na to, proč se rozešli s bývalou přítelkyní. Vzhledem k tomu, že se to stalo po hospitalizaci, tak Vilém rovnou kolegyni řekl, co se stalo. Ta na to reagovala bez problému.

*„No, trošku sem se bál. A pak sem se jako zeptal, jestli to teda nějak nevadí, nebo jako tak a oni jako že ne a to mne pak jako uklidnilo, ale že by se mi ulevilo, to zas tak ne, tolik sem to neprožíval úplně. Ale byl jsem rád spíš, jakože.“*

Následovně jsme se v hovoru přes zmínku té přítelkyně dostali k tématu partnerských vztahů. Nejprve jsme rozebírali tento zmíněný vztah. Vilém popisoval situaci i před svojí epizodou, i po ní a to, co podle něj byly důvody, že se rozešli. Vilém měl nejdříve půlrok výměnný pobyt ve Slovinsku. Měli naplánováno, že léto stráví spolu, ale do toho se vmísila pracovní nabídka právě na Filipínách, která Viléma hodně lákala, nejen kvůli práci, ale i proto, že mu tam hradili ubytování a stravu. Mohl se tedy podívat na takto exotické místo a do toho si ještě vydělat peníze, aniž by měl skoro jakékoliv výdaje. Jejich společný plán se tedy změnil na to, že by zbytek léta po Vilémově pracovní stáži byli spolu a cestovali. Do toho se ale vložila epizoda mánie, a i tento plán se musel najednou změnit.

*„Že to pro ní byla velká, jí bylo dvacet jedna, tak to pro ní byla jako velká rána a těžko se s tím smířovala ve finále když, protože byla o čtyři roky mladší než já, tak ke mně tak, ne jako vzhlížela, ale prostě já jsem byl ten starší, kterej nějak měl tu iniciativu toho vztahu a teď najednou mě viděla prostě i v posteli jak tam prostě slintam a nemůžu mluvit. To s ní asi hodně zatřáslo a hodně s ní zatřáslo, že se to může stát asi kdykoliv jindy. Tak*

*podle mě pak je i jako pragmaticky jsme se pak rozešli. Že ne jako úplně hned, ale až po půl roce.“*

Vilém pak ještě dále rozebíral, proč se rozešli. Mimo jiné říkal, že následně po té první epizodě začínal mít určité potíže s alkoholem, ale ne úplně ještě závislost. Měli sice nejprve hodně blízký vztah a už dokonce vybírali pomalu jména pro svoje budoucí děti, ale pak se postupně kvůli všem událostem okolo Erasmu a Filipín oddálili. Když se rozcházel, tak Vilémovi jeho tehdejší partnerka řekla, že k němu má pořád velké city, ale spíše už sesterské, nebo mateřské než milenecké. Vilém následovně rozebíral další důvody, proč s myslí, že tomu tak je a zároveň říkal, že jí to nemá za zlé, naopak, že ho to sice mrzí, ale má pro to pochopení.

*„Hrál tam roli určitě i ten strach, že se to může vrátit a že tohle už prostě prožívat nechce, že jí to prostě hodně ublížilo tahle věc a ty vlastně nevíš, co bude, a to už nevím, co jí všechno probíhalo hlavou, ale já bych taky přemejšlel, že mít s tím člověkem jako děti a najednou to on prostě skončí v Bohnicích, nebo se nedej bože oběsí někde, to je jako těžký no.“*

Vilém zároveň ale nemá strach začínat nový vztah, jediné, co ho v tom brzdí, je fakt, že čeká na někoho, u koho uvidí, že se mu to vyplatí, věří totiž na spřízněné duše. Je pro něj ale zároveň důležité, aby při navazování vztahu jasně sdělil, že nějaký problém má, ať už navazuje vztah partnerský, nebo blízkce přátelský. Vilém chce, aby to ti lidé věděli již od začátku a tak „věděli, do čeho jdou“.

*„No, možná mi to i jako pomáhá o tom mluvit a pomáhá mi i ten fakt, že vlastně když o tom dokážu mluvit, tak to pomáhá i někomu jinému, takže se vlastně jako nebojím o tom mluvit.“*

Poté Vilém začal mluvit o své zkušenosti s depresivní epizodou. Ta byla pro něj velmi náročná. Měl pocity beznaděje, a dokonce ho zaplavovaly sebevražedné myšlenky. Vilémovi v tu dobu hodně pomohla jeho matka, která jelikož měla také zkušenost s depresí, mu řekla, že to zná, že to po pár týdnech přejde, když bude mít antidepressiva. Jeho přítelkyně ale už takové pochopení ohledně deprese neměla, což se ukázalo, když šli na výlet do přírody.



*„Ted' já jsem byl v háji furt, že jo a na ní bylo vidět, že ji to docela tak jako, ne vadí, ale cejtíl jsem takovej tlak jako tak bud' v pohodě, jakože to nechápala, že to nejde jako někdy bejt v pohodě. Takže tam to byl takovej jako střet jakoby toho nepochopení.“*

O své depresi také Vilém nemluvil s tolika lidmi, jako o své mánii. Věděla o ní jen rodina, přítelkyně a postupně někteří blízcí přátelé. Bylo to i tím, že v tu dobu Vilém nechodil do práce a byl hodně uzavřený do sebe. Když už o tom mluvil s někým mimo své nejbližší, tak jejich reakce na to byly různé. Vilém se nesetkal s žádnou vyloženě hodně odsuzující a negativní, ale i přesto ne všechny byly pro něj příjemné.

*„Když jsem měl někde jakoby takovou melancholickou náladu, nebo i třeba panickou ataku a nějak jsem se i svěřil někomu třeba i, tak jeden kamarád byl takovej, že bych prostě měl s tím jako bojovat, poprat se a tak. Což jako na jednu stranu má jako pravdu, ale ono to je někdy těžký že jo. A druhej byl zas takovej jako chápavější, ať se dám hlavně do klidu a ať rozhodně nešaham po flašce třeba a to, že třeba přijede. Nebo jako že bych občas třeba i měl jako jít mezi lidi no, že mi to může jako pomoc, takže smíšený no.“*

Vilém se za svůj život setkal se stigmatizací, i se sebestigmatizací. To ještě zvětšovalo břímě jeho nelehkého onemocnění. I přesto ale žije, pracuje, dělá, co ho baví a snaží se na sobě pracovat. Snaží se o svých problémech také mluvit.

## **3.2 Analýza II**

V průběhu první analýzy dat se vynořily určité fenomény, objevující se u více respondentů, kteří popisovali svoje zkušenosti se stigmatizací ohledně vlastního onemocnění. Tyto fenomény budou v následující kapitole zpracovány jako základní kategorie této zkušenosti. Jde o různé kategorie související například se schopností respondentů zapojit se smysluplně do života ve společnosti, s kvalitou jejich vztahů a s různými omezeními, která v důsledku jejich prožitku, či vnímání stigmatu vyvstávají.

### **3.2.1 Svěřování se s diagnózou a symptomy**

Jedním z nejčastěji se vynořujících témat v rozhovorech, bylo svěřování se. Všichni čtyři respondenti v průběhu svého života svému okolí někdy odmítali sdělit detaily o svém onemocnění, nebo před tímto sdělením váhali a obávali se ho. Někdy ho také prováděli pouze v malé míře a u vybrané skupiny lidí, ke kterým měli dostatečnou důvěru. Váhali však

často se sdělením i u vlastní rodiny, či partnera ve vztahu, takže ani takováto blízkost nebyla zárukou důvěry respondentů v bezpečnost svěřením se. Jednou z hypotéz pro podobné chování by mohla být právě subjektivně vnímaná míra stigmatu ve společnosti a z ní vyplývající obavy z odsouzení, či z nálepkování negativních atributů, které běžná populace přisuzuje lidem s duševním onemocněním. Klasickým příkladem je například Vilémův strach zmínit v nové práci svou diagnózu, aby se nedostal do problémů.

Klára se pak například takto bála svěřit své potíže partnerovi, aby se s ní nerozešel. Několikrát týdně řešila, že jí je špatně a že brečí, ale měla pocit, že partnera by mluvením o tom jen zbytečně zatěžovala. Částečně podobný mechanismus se u Kláry objevil i v jiných oblastech jejího života. Velké části rodiny se o svých potížích vůbec nezmínila. Někteří se to časem dozvěděli, ale někdy ne od Kláry, nýbrž z jejího blogu, kde o těchto tématech píše. Pro Kláru bylo tedy snadnější své potíže spíše ventilovat relativně anonymně na internetu než o nich komunikovat s velkou částí rodiny. V obou případech Klára zmiňovala obavy z negativní reakce druhých, což je jasná známka vnímaného společenského stigmatu.

Stejně tomu bylo u Josefa, pro kterého svěřování se ohledně diagnózy a symptomů také nebylo vůbec jednoduché. Na počátku svého onemocnění si vůbec neuměl říct o pomoc. Trápil se, cítil se osamělý, ale přesto podporu ostatních nevyhledal a předstíral, že je v pořádku. Později Josef začínal s některými lidmi o svém onemocnění mluvit, nebylo jich však moc. V rodině to řekl pouze matce a bratrovi, nikomu jinému. Když se Josef své potíže rozhodl sdělit kamarádům, nedokázal jim to říci osobně a napsal jim místo toho vysvětlující email. Josefovi zvnitřněné stigma v těchto případech velmi ovlivňovalo běh jeho společenského života.

Podobným mechanismům se nevyhnula ani Anna, která ve své rodině neřekla, že chodí k psychiatrovi, dokud nenabyla pocitu, že její stav se významně zlepšuje. Nečekala pouze několik týdnů, než zabere medikace, čekala se svěřením se tři měsíce. Bála se negativní reakce blízkých, kterou již v souvislosti s vyhledáváním odborné pomoci dříve projevili. Pro Annu bylo také těžké svěřit se ohledně svých potíží kamarádům. Ze začátku jim vůbec neřekla, že chodí k psychiatrovi a bere medikaci, přestože již studovala psychologii a byla v oblasti duševního zdraví nadprůměrně informovaná.

Už vůbec pro ni nepřipadalo v úvahu komunikování o zmíněných tématech s cizími lidmi. To přinášelo potíže například v situaci, kdy Anna seděla v hospodě s cizími lidmi, kteří neměli ponětí, že nemůže pít alkohol kvůli medikaci a Anna jim tento důvod nechtěla vysvětlovat. Vnímala pak nepříjemně, že nezabíralo říci, že alkohol pít nechce, vždy musel přijít s nějakou výmluvou, jako byla třeba antibiotika. Jen samotná tato nutnost vysvětlování a dokázala Anně znepríjemnit večer. Ukazuje se zde opět síla společenského stigma, které psychiatrickou medikaci odlišuje od jiných stejně běžných léků a znemožňuje komunikaci o jejich užívání v každodenních situacích bez obavy z výskytu negativní reakce, která by se u jiné než psychiatrické medikace nevyskytla.

Většina z respondentů se nesetkala s žádnou negativní reakcí ze strany lidí, kterým se svěřili. Jejich okolí se je naopak často snažilo podpořit, pokud se jednalo o blízké, nebo alespoň tolerovat, pokud se jednalo o vztahy méně blízké. Tomuto bezproblémovému průběhu ale často předcházela velká psychická tenze způsobená vnímáním hrozby stigmatizačního chování, vyplývající z celospolečenských předsudků, které respondenti vnímali a někdy i dokonce internalizovali v průběhu svého života.

### **3.2.2 Zkušenost okolí s duševním onemocněním**

Dalším často respondenty řešeným tématem byla zkušenost jejich okolí s duševním onemocněním, ať už přímá, nebo zprostředkovaná a z toho vycházející informace, které o duševních onemocněních a jejich přesnosti. Pokud například v rodině respondenta měl někdo další zkušenost s duševním onemocněním, většinou to vedlo k větší informovanosti o tomto onemocnění, ale i o problematice duševního zdraví obecně. Ve třech případech respondenti popisovali zkušenost s duševním onemocněním u někoho ze svých blízkých jako pozitivní přínos (Klára, Vilém, Josef). V jednom případě, konkrétně u Anny byl ale její přínos komentován jako spíše ambivalentní, nebo bez většího vlivu. Jedním z komentovaných přínosů bylo například usnadnění vyhledávání odborné pomoci (Klára, Josef).

Matka a babička Kláry měli zkušenosti s depresí, takže se jí snažili hodně podporovat a Klářina matka jí dokonce pomohla s vyhledáním odborné pomoci. Klára sice zmiňuje, že ne vždy měla pocit, že její matka úplně rozumí potížím, se kterými se ona potýká, ale že vždycky byla hodně empatická. Díky své vlastní zkušenosti pak Kláře její matka neváhala

odbornou pomoc doporučit a plně ji podporovala v rozhodnutí ji vyhledat. Nečekali tak až se Klářin stav posune do extrémnějšího bezprostředně život ohrožujícího stavu, ale díky své informovanosti se rozhodli pro včasnější intervenci. Kláře pak navázala dlouhodobou spolupráci s psychologičkou a intenzivně pracovala na zlepšení svého stavu.

Josef narazil na kamarádku, která měla také zkušenost s určitými problémy v oblasti duševního zdraví, a proto se jí nebál svěřit s těmi svými. Měl předtím přitom se svěřováním se ostatním dost velkým problém. Svým ostatním kamarádům ohledně nemoci, kterou trpí, napsal pouze e-mail, místo osobního kontaktu. Na rozdíl od nich, této kamarádce, poté co se mu svěřila se svou zkušeností, byl schopný komunikovat své potíže a svěřit se. Jelikož věděl, že má také nějakou zkušenost, měl k ní větší důvěru, předpokládal, že nebude mít žádnou negativní reakci a že ho dokáže lépe pochopit. U ostatních se Josefovi zdálo, že mu nerozumí a bál se více svěřovat, aby ho nepovažovali za divného. Zde to nebyl problém. Zmíněná kamarádka se Josefovi mimo jiné svěřila i s tím, že chodí k psychologičce. Josef, který v minulosti neměl nejlepší zkušenost s docházením k psychologovi se i proto rozhodl tomu dát znovu šanci a s tímto dalším psychologem si porozuměl, takže k němu dochází ještě doted.

Vilémova matka žije s depresivním onemocněním. Vilém sice žije s bipolární poruchou, takže jejich zkušenost není totožná, ale přesto mu pomáhalo, že jeho matka více rozuměla alespoň jedné části jeho onemocnění a také tomu, jaké to je být duševně nemocný obecně. Lépe rozumí i tomu, že Vilém potřebuje brát medikaci, jelikož také sama dochází k psychiatrovi, mohou se tak spolu o tomto všem bavit. Zde je přítomno opět usnadnění odborné pomoci, díky zkušenosti s nemocí u někoho z okolí. Tentokrát akorát nejde o usnadnění vyhledávání pomoci, nýbrž o usnadnění kontinuity léčby a dodržování léčebných intervencí.

Annin bratr žije s psychotickým onemocněním. Sice měli k sobě oni dva blíže, poté, co spolu své problémy rozebírali, zbytek rodiny ale už o moc větší pochopení neměl. Vnímali bratrovo onemocnění jako „s dobrým důvodem“, jelikož byl adoptovaný a byl biologickým dítětem osoby závislé na drogách. U Anny onemocnění podle nich takový důvod nemělo a hůře se jim chápalo. Jejich zkušenost s bratrovým onemocněním tedy moc Anně nepomohla, co se týče informovanosti její rodiny a překonávání stigmatu.

### **3.2.3 Stigmatizační výroky a chování**

Všichni čtyři respondenti zmiňovali ve větší míře zkušenost se sebestigmatizací, než stigmatizací, či dokonce diskriminací. Často se pohybovali v relativně informovaných prostředích, které na jejich onemocnění reagovala alespoň částečně s pochopením, nebo alespoň s tolerancí. I přesto ale někteří z respondentů (Klára, Anna) popisovali svědectví stigmatizačních výroků, ať už smířovaných na ně, nebo někoho jiného i svědectví stigmatizačního chování.

Své o tom ví například Anna. Nejprve se jí stalo, že se s ní parta spolužaček na gymnáziu přestala bavit, protože ji považovaly za příliš negativní. Když na semináři psychologie zkoušela naznačit, že nějaké potíže má, tak na to nikdo nereagoval a po hodině jí paní učitelka řekla, ať tam o takových věcech nemluví, že to nikoho nezajímá. Podobně nepříjemné situace pro Annu ale nekončily pouze školním prostředím. Když chtěla Anna vyhledat terapeutickou pomoc, její matka jí sdělila, že to nepovažuje za důležité, nebo smysluplné. Bez souhlasu rodiny odbornou pomoc vyhledat nemohla z důvodu nezletilého věku. V těchto posledních dvou příkladech tak nebyly následkem například jen negativní emoce, ale neinformovanost a předsudky druhých osob zabránily tomu, aby Anna mohla vyhledat adekvátní odbornou pomoc, kterou potřebovala a na kterou měla právo. Její potíže tak pokračovaly a stupňovaly se. Další podobné incidenty Anně vůbec nepomáhaly. Když už se díky své plnoletosti Anna dostala na terapii, tak vůči ní bylo v hádce použito, že k nějakému psychologovi chodí.

Klára zase popisuje, jak nepříjemné jí bylo, když slyšela od druhých lidí stigmatizační výroky mířené na lidi s depresí, nebo lidi s duševním onemocněním obecně. Popisovala situace, kdy druzí nevědí, že Klára něčím trpí, takže své komentáře nesměřují přímo na ni, i přesto je jí to ale velmi nepříjemné a dokáže ji to naštvat. Klára se pak často snažila těmto lidem vysvětlit, kde leží pravda, někdy s úspěchem, někdy bez něj. Tak jako tak jí to ale vždy dokázalo rozladit.

### **3.2.4 Komplikace v partnerských vztazích**

U tří respondentů se objevovaly myšlenky naznačující subjektivně vnímaný negativní vliv duševního onemocnění na jejich schopnost vést spokojené romantické vztahy. Problémem nebyla pouze samotná neochota se svěřovat, popisovaná v první kategorii.

Objevovalo se zde i subjektivní negativní hodnocení sebe sama jako potenciálního partnera. Šlo o vnímání své vlastní hodnoty na „trhu“ partnerských vztahů jako nižší v důsledku přítomnosti duševního onemocnění, či jako nesoucí velká rizika pro druhého partnera.

Vilém například z podobných důvodů vnímal rozhodnutí své bývalé partnerky ukončit společný vztah jako pochopitelné. Kvitoval, že mít „s tím člověkem“ (mluví o sobě) třeba děti je těžké, protože ten druhý nemůže vědět „kdy zas skončí v Bohnicích“ nebo se „nedej bože někde oběsí“. Tato zmíněná část našeho rozhovoru obsahovala silné implikace internalizovaného stigmatu. Vilém si zvykl na nálepku bipolárního pacienta a stereotypní předpoklady, které sebou nese, ať už když o ní mluví laická, nebo i odborná veřejnost. Bipolární afektivní porucha je řazená do kategorie takzvaných „SMI“, neboli závažných duševních onemocnění. Ve svém průběhu bývá často epizodická, takže u části pacientů dochází k mnoha opakovaným relapsům. To samo o sobě ale neznamená, že jedinec, kterému byla diagnostikována, nemůže vést naplňující partnerský vztah. Vilém doposud zažil pouze jednu epizodu mánie a jednu epizodu deprese. Nedošlo u něj k žádným opakovaním. Přesto automaticky předpokládá v daných výrocích, že se mu onemocnění spíše bude vracet a v jeho běžně vnímané závažnosti ho spojuje s rizikem sebevraždy. Těmito dvěma přesvědčeními pak argumentuje ve svůj vlastní neprospěch ve výše zmíněné situaci.

S obdobnými přesvědčeními v minulosti bojoval i Josef, který je dokonce explicitně při rozhovoru sděloval. Dříve často míval pocit, že když s nějakou ženou mluví o své diagnóze, tak to snižuje jeho atraktivnost pro ni a tím pádem i jeho šance na úspěšné navázání partnerského vztahu. Josef tak do dnešní doby žádné z partnerek, která to nevěděla ještě předtím, než vztah započali, nesdělil, že trpí depresí. V současné době je již více nakloněný tomu, svou diagnózu případné partnerce sdělit, nicméně pořád řeší otázku vhodného načasování. Jako potíží pak vnímá situaci, kdy mu není dobře a neví, zda má hned partnerce sdělit, že má zkušenost s určitými duševními obtížemi, nebo si třeba vymyslet nějakou výmluvu místo toho. Josefovy obavy z reakce protějšku druhého pohlaví na jeho zkušenost s duševním onemocněním, také jako u Viléma vyplývají ze stigmatu vnímaného ve společnosti a přijatého do Josefových vlastních přesvědčení.

Klára jak již bylo zmíněno v kategorii první, měla pocit, že když se svěřuje se svými obtížemi svému partnerovi, tak ho otravuje a působí mu potíže. Z toho jí vykrystalizovala obava, že když v tom bude pokračovat, tak ji její partner opustí. Tato obava Kláře vyvstala, aniž by její partner měl jakoukoliv negativní reakci na to, že mu své stavy popisovala. Naopak reagoval podporujícím způsobem. Bylo by možné nadhodit hypotézu, že Klářina obava mohla být zapříčiněna depresivním způsobem myšlení, který pod zahlcení emocemi sklouzává k automatickým negativním myšlenkám a k vytváření katastrofických scénářů, nicméně i kdyby tomu tak bylo, tak vnímání společenského stigma, týkajícího se jejího onemocnění by tento typ uvažování mohl akcelerovat.

Anna byla jediná z respondentů, která se k této kategorii více nevyjadřovala. Kromě její rodiny, měla totiž zkušenost s problematikou duševního zdraví i rodina Annina partnera, kdy sám její partner měl určité problémy a jeho matka měla zase zkušenost s docházením na psychoterapii. U ostatních Anniných partnerů se také nějaké problémy v oblasti duševního zdraví často objevovaly. Anna tak popisuje, že jejich vlastní zkušenost na ni měla pozitivní vliv v tom, že se jim nebála vůbec svěřovat naopak své potíže a nebála se negativní reakce z jejich strany.

### **3.2.5 Komplikace v zaměstnání**

Respondenti zde opět neuváděli žádné zkušenosti s diskriminací. Vyskytovaly se zde opět obavy se svěřením, které jsou popsány v první kategorii, takže je zde nebudu již detailněji rozebírat. Z těch respondentů, kteří se rozhodli sdělit ve svém zaměstnání, se žádný nesetkal se stigmatizační reakcí. Problémem tedy spíše byly samotné negativní emoce spojené s anticipací reakce kolegů, či pracovního kolektivu na jejich problémy. Dalším problémem také byla nejistota, objevující se u respondentů, kterým se zhoršil stav, když byli přímo v práci a následné přemýšlení, zda sdělit takto narychlo, co se s nimi děje, nebo ne. To vše, je odrazem percepce společenských předsudků, které ohledně duševních onemocnění kolují. Už jen samotný fakt, že se respondenti obávají, jak bude v jejich zaměstnání nahlíženo na fakt, že žijí s duševním onemocněním, může nespravedlivě snižovat jejich šanci na uplatnění, a to bez jejich vlastního zavinění. V průběhu rozhovorů se ale objevovala v pracovním životě i jiná témata, ovlivňující spokojenost respondentů na pracovišti, či jejich šance se uplatnit.

Vilém se například po své první epizodě nemoci bál, zda mu nabídnou v práci další spolupráci, či ne, poté, co se dozvěděli o jeho diagnóze, jelikož ho epizoda mánie zastihla uprostřed pracovní cesty. Věděl, že je schopný práci adekvátně vykonávat, i přesto se ale o své uplatnění bál, kvůli vnímané negativní zátěži, kterou si nálepka bipolární poruchy ve společnosti vede. Situace dopadla pro Viléma dobře, v zaměstnání ho nechali pokračovat, ale neobešlo se to u něj bez stresu a obav.

Anna narazila zase na problém s pracovními pohovory. Mívala při nich úzkost a bývala hodně nervózní. Práci samotnou vždy pak zvládla vykonávat bez větších obtíží, nicméně získat tuto práci byl pro Annu občas velký problém, mimo jiné i kvůli těmto negativním pocitům, souvisejících s Anniným onemocněním. Když se takto jednou hlásila o práci, o kterou měla velký zájem a prošla již přes dvě kola pohovorů, tak kvůli tomuto práci nezískala. Ve třetím kole jí bylo řečeno, že sice má všechny schopnosti, které by jejich organizace potřebovala a chtěla, ale že je hodně nervózní, takže ji vzít nemohou, jelikož „takoví lidé nezvládají stres“. Anna se vůči tomuto neohradila. Hypotetickým důvodem pro to může být mimo jiné i fakt, že vysvětlení, že jde pouze o projevy nemoci, které neovlivňují Anninu schopnost povolání skutečně vyvolávat, by se nemusela setkat s pochopením, kvůli společensky rozšířenému stigma.

### **3.2.6 Předávání své zkušenosti ostatním**

U všech čtyř respondentů se objevily tendence využít svou zkušenost s duševním onemocněním způsobem, který by nějak pomohl druhým lidem. Většinou se k této tendenci dostali až ale po určité době zápasení s nemocí a po relativní stabilizaci jejich stavu. Také po větší míře edukace o svém onemocnění a po uvědomění si společenského stigma, který určitým způsobem ovlivňuje, či ovlivňoval jejich život. Předávání vlastních zkušeností a prožitků lze do jisté míry také vnímat, jako vědomé, či nevědomé vymezení se respondentů vůči tomuto stigma. Jeho předpokladem je totiž prohlédnutí nepravdivosti konceptů, které ve společnosti kvůli přítomnosti stigmatizace kolují a vymezení se vůči nim ať už přijetím jiných postojů, nebo činem.

Tímto činem u respondentů bylo mnoho různých věcí, od účasti na besedách až k odhalení svých potíží někomu, kdo také nějaké má a může mu to nějak pomoci. Právě s tímto posledním se nejednou setkal Josef. Od té doby, co trpí depresí a je ochotný o tom



s druhými mluvit, se mu mnohem více lidí svěřuje s podobnými problémy. Co se týče ostatních respondentů, tak Klára píše blog o svém onemocnění a dalších tématech, která mají blízko k oblasti duševního zdraví. Anna pracuje v neziskové organizaci, která vede edukační a destigmatizační kampaně ohledně duševních onemocnění. Vilém se snaží o těchto tématech mluvit na rovinu s ostatními lidmi ve svém okolí. Všichni respondenti tedy mají tendenci svou negativní zkušenost přeměnit alespoň občas v něco pozitivního a snaží se využít znalostí, které jim boj s ní dodal. Rozpoznávají stigmatizaci jako negativní jev a v rámci svých sil, se snaží pomoci ostatním ji překonat.

V druhé kategorii zmiňují, že pro respondenty byl často nápomocný člověk, který měl také zkušenost s duševním, jelikož se mu nebáli svěřit. Odpadal zde faktor obav ze stigmatizační reakce druhého, jelikož tento druhý byl součástí stejné kategorie lidí, kterou nezasvěcený zbytek společnosti často stigmatizuje, či dokonce až diskriminuje. Z toho plynula určitá důvěra a ochota své niterní problémy sdílet a dojít tímto způsobem k oboustrannému poznávání toho druhého a také často k úlevě, kterou komunikace o jindy nevyřčených problémech nepochybně může přinést. Zde je tomu naopak. Respondenti se často tímto člověkem stávali pro druhé lidi, ať už ve formě osobní komunikace, či modelově prostřednictvím sdílení svých zkušeností veřejnou formou.

## Diskuze

V této práci jsme v rámci kvalitativního výzkumu nahlíželi na zkušenost se stigmatizací u čtyř respondentů žijících s afektivní poruchou, za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Získaná data byla pro adekvátní zachycení jedinečnosti a nuancí těchto zkušeností vyhodnocena za pomoci interpretativní fenomenologické analýzy.

Výsledky výzkumu není možno zobecnit na běžnou populaci, z důvodu jeho kvalitativní povahy, přesto ho však považujeme za cennou výpověď o žité realitě jedinců, kteří mají zkušenost se stigmatizací a afektivními poruchami. Může tak působit jako inspirace, nebo zdroj podnětů pro další výzkumnou činnost ve zmíněné oblasti. Mezi jednotlivými rozhovory jsme identifikovali několik témat, která byla respondentům společná. Zde budeme tato témata uvádět do relevantního teoretického kontextu.

Prvním ze společných témat vycházejících u respondentů a tím, které se objevovalo u všech z nich nejčastěji, bylo *svěřování se s diagnózou a symptomy*. Klasickým příkladem toho tématu byla situace, kdy se Josef cítil osamělý, ale zároveň se bál svěřit se svými potížemi někomu dalšímu. Nemluvil o tom nejprve ani ve své rodině. Poté co se o svých potížích mluvit rozhodl, je některým blízkým svěřil, ale některým ne. U svých kamarádů pak Josef nebyl schopný osobního sdělení, napsal jim tak místo toho e-mail, kde danou situaci vysvětloval.

Josefova neochota svěřit se je ve shodě s tím co popsali Krupchanka et al. (2018) ve studii mimo jiné rozebírající důsledky stigmatizace lidí s duševním onemocněním. Jedním z jejích výsledků je právě neochota respondentů mluvit o své diagnóze s ostatními ze strachu pocházejícího z anticipace stigmatizační reakce druhých lidí. To má za následek, že mohou mít problémy s navazováním nových vztahů, jelikož se tolik neotevírají a hůře se jim tak s někým navazuje spojení (Krupchanka et al., 2018). Tento anticipační strach, či obavy Josef vyjadřuje větou: „*Jsem nevěděl, jestli mě nebudou považovat za divného.*“

Tato neochota svěřit se u našich respondentů vyskytovala v rozmanitých životních situacích a prostředích. Nešlo pouze o rodinu, či přátelské vztahy, ale i o vztahy pracovní, partnerské, nebo o interakce s cizími lidmi, či společnými známými jejich blízkých lidí.

Anna například v hospodě nechtěla vysvětlovat, že nepije alkohol kvůli užívání antidepresiv, tak si místo toho vymýšlela různé jiné důvody, což jí stále ale nebylo úplně komfortní.

Dalším společným tématem byla u respondentů *zkušenost okolí s duševním onemocněním*. U všech čtyř se objevil blízký člověk, buď v rodině, nebo mezi jejich přáteli, který měl sám buď zkušenosti s nějakou diagnózou, nebo alespoň s vyhledáváním pomoci v oblasti duševního zdraví. Ve většině případů pak respondenti hovořili o tom, že přítomnost toho člověka se zkušeností jim usnadnila alespoň částečně jinak problematické činnosti, jako je svěřování se, nebo vyhledávání pomoci.

Tomuto tématu není v odborné literatuře věnováno příliš prostoru, nicméně Manescu et al. (2020) tvrdí, že přítomnost jiného člověka s duševním onemocněním v okolí jedince může mít pozitivní vliv na jeho postoje ohledně duševních onemocnění a také na jeho ochotu vyhledat odbornou pomoc. Zmiňuje však, že mechanismy, kterými k danému efektu dochází, ještě nejsou dostatečně prověřeny. Podpůrným argumentem pro nás může být však teorie Thornicrofta et al. (2007), která postuluje, že jeden z pilířů stigmatu leží v ignoranci, tedy v nedostatečných či nesprávných informacích jedinců o oblasti duševního zdraví. V ideálním případě by měly být intervencí redukcující výskyt této ignorance osvětové a preventivní programy založené na relevantních datech (Thornicroft et al., 2007). Pozitivní vliv může mít ale právě i svěřování se iniciované osobou v okolí jedince, vliv sice lokální, nicméně nezanedbatelný (Manescu et al., 2020).

V průběhu rozhovorů s našimi respondenty se výše zmíněná teorie často odráží. Klářina matka měla dříve depresivní potíže, takže když se objevily také u Kláry, dokázala ji odkázat bez větších potíží na psychologickou pomoc. Podobné to bylo u matky Vilémovy, která také žila s depresivním onemocněním, a Vilém kvitoval, že díky tomu s ní může své problémy komunikovat a má pocit, že to s ní řeší ze všech členů rodiny nejčastěji. Anně pomohl k psychologické pomoci její přítel v součinnosti s jeho matkou. Josefova kamarádka měla také zkušenost s vyhledáním odborné pomoci, což vedlo nejen k usnadnění hledání pomoci u Josefa, ale i k oboustrannému svěřování se, k němuž se v té době Josef s nikým jiným nedokázal odhodlat.

Dle Ociskové a Praška (2015) je jasně prokázáno, že stigmatizace jedinců s duševním onemocněním, má negativní dopad na jejich ochotu vyhledat odbornou pomoc. Za důvod

byl často považován pokus o vyhnutí se nálepky „psychiatrického pacienta“ v naší kultuře zahrnující mnoho předsudků (Ocisková, & Praško, 2015). U našich respondentů se však takový problém neobjevoval, kromě Anny, kde se vyskytl ze strany okolí, ale byl později i jinou částí okolí vybalancován. Jedním z potenciálních předpokladů pokoušejících se tuto situaci vysvětlit by opět mohla být právě ona familiárnost respondentů a jejich okolí s oblastí duševního zdraví, z důvodu výskytu diagnózy u někoho, s kým se dobře znají (Manescu et al., 2020).

*Stigmatizační výroky a chování* byly oblastí následujícího tématu, které se ve výpovědích respondentů objevovalo. Dle Ociskové a Praška (2015) jsou afektivní poruchy zatíženy menší mírou stigmatizace a diskriminace, než například psychotická onemocnění nebo závislosti. Určitá stigmatizace se u nich ale vyskytuje a její míra se liší případ od případu (Ocisková, & Praško, 2015). Jedinci s afektivními poruchami naopak ale mohou mít větší obavy týkající se vnímaného stigmatu a hrozby stigmatizačního, či diskriminačního jednání okolí. Tyto obavy vznikají často i bez toho, že by se podobné chování vyskytlo v minulosti (Dinos et al., 2004). V rámci našich rozhovorů se ve shodě s těmito koncepty mnohdy objevoval strach z negativní reakce ostatních a opakované obavy spojené s její anticipací. Povětšinou také bez předchozí zkušenosti s diskriminačním chováním či silnou stigmatizací. Výraznější a opakované stigmatizační chování v rámci blízkého okolí se z našich respondentů vyskytlo pouze u Anny.

Lazowski (2012) dále tvrdí, že lidé žijící s bipolární afektivní poruchou nebývají vystaveni větší míře stigmatizačních reakcí než lidé s diagnózou depresivního onemocnění, zažívají ale větší psychosociální dopad této stigmatizace u sebe i své rodiny. Zatímco první předpoklad se v rámci našich dat naplnil, u druhého tomu již tak nebylo. Vilém, který jako jediný z našich respondentů měl zkušenost s bipolární afektivní poruchou, nezmiňoval žádné větší psychosociální následky než ostatní. Stejně jako u zbytku našich výsledků z tohoto faktu nelze vyvozovat žádné závěry pro zbytek populace lidí s afektivními poruchami, nicméně je zajímavým svědectvím o specifčnosti Vilémovy osobní reality a jeho okolí.

Tři ze čtyř respondentů a respondentek také v různé míře popisovali jako téma *komplikace v partnerských vztazích*. Vyskytoval se zde hlavně strach z negativní reakce partnera a snížené sebevědomí při navazování potenciálních vztahů nových.

Josef žádné své dosavadní partnerce nikdy neřekl o své diagnóze, kromě jedné, která tuto informaci věděla ještě před začátkem vztahu. Na tohle téma říká: „*Myslím si, že to souvisí jako, s mojí malou sebedůvěrou ve vztazích, kdy vlastně mám pocit, že když o takových věcech začnu mluvit, že tím klesá moje atraktivnost.*“ Josefovo snížené sebevědomí a pocit určité snížené „hodnoty na trhu“ potenciálních partnerů jsou ve shodě s teorií Corrigan et al. (2009), kteří postulují, že internalizované stigma duševního onemocnění vede často ke sníženému sebevědomí a sebedůvěře. Ty zase vedou ke sníženému snažení se o různé životní cíle a tím pádem i o menší míru jejich dosahování. Josefovi jeho internalizované stigma tedy může znesnadňovat dosažení cíle nalezení uspokojujícího partnerského vztahu.

Klářina obava z negativní reakce jejího partnera a obava z toho, že se kvůli tomuto s ní rozejde, rezonuje se závěry, ke kterým při svém výzkumu přichází Dinos et al. (2004), kteří popisují mimo jiné obavy z negativního chování lidí v okolí. V datech pak ukazují, že lidé jiné diagnózy, než je psychotické onemocnění, nebo závislost se tak často nesetkávají s přímou diskriminací kvůli svému problému, nicméně se této reakce ze strany okolí velmi často obávají (Dinos et al., 2004).

*Komplikace v zaměstnání* byly dalším tématem, které někteří z respondentů zmiňovali. V kontrastu s literaturou však těchto komplikací zmiňovali méně a šlo také opět většinou spíše o anticipační obavy než zažívání diskriminace. Nebylo tomu tak pouze u respondentů s depresivní poruchou, nýbrž i u respondenta s bipolární afektivní poruchou, která je v oblasti práce ještě více stigmatizovaná (Morselli et al., 2004). Jedním z hypotetických důvodů k tomu může být, že manická epizoda, jejíž důsledky a chování v jejím průběhu bývají silně stigmatizovány (Ocisková, & Praško, 2015), probíhala u Viléma způsobem, který nesl trochu menší materiální a interpersonální dopady. Vilém to sám vyjadřuje slovy, že byla taková „*hipizácká*“.

Co se týče depresivní poruchy, tak dle dat Brouwers et al. (2016) posbíraných v 35 zemích značná část jedinců s touto diagnózou zažila diskriminaci na pracovišti. V kontrastu s těmito daty naši respondenti s depresivní poruchou, kromě Anny, žádné diskriminační chování nezmiňovali.

Posledním společným tématem, které jsme u respondentů identifikovali, bylo *předávání své zkušenosti ostatním*. Vyskytovalo se v určité podobě a kontextu u všech čtyř a pro některé z nich bylo velmi důležité. V odborné literatuře jsou teoretické zdroje k zachycení tohoto fenoménu minimální, jedním takovýmto zdrojem je narativní přístup ke zvládání stigmatu, který popisují Ocisková a Praško (2015). Potřeba předávat svou zkušenost ostatním s tímto přístupem může mít společné rysy či cíle. K tomu, aby respondenti mohli takovéto věci předávat, musí změnit svůj pohled na samotné stigma a vymezit se proti jeho internalizaci. Vnímají-li ho pak jako něco, vůči čemu je třeba bojovat, například předáváním své zkušenosti ostatním, není již možné, aby s tím, proti čemu bojují, souhlasili a přijali to za své. Tím, že změní pohled na svůj životní příběh a místo nálepky „psychiatrického pacienta“ se vnímají například jako lidé, kteří se proti této nebezpečné nálepce vymezují a chtějí pomoci dalším lidem, v jejím překonání, mohou pomoci sami sobě k menší míře sebestigmatizace a důsledků, které s sebou přináší (Ocisková, & Praško, 2015).

V rozhovorech s respondenty se také nacházely některé výpovědi svou podstatou harmonické s Corriganovou (2018) teorií týkající se zplnomocňování (empowerment) lidí s duševním onemocněním. Je tomu tak u naštvání Kláry, která ve společnosti slyší stigmatizační výroky na téma duševních onemocnění a rozhodne se proti tomu jednat. Je tomu tak také u Josefa, kterému se najednou svěřují různí lidé, kteří mají zkušenost s podobnými problémy a můžou si s ním o tom promluvit. U Anny se to jasně projevuje zapojením se do destigmatizační iniciativy. Vše zde zmíněné se dá zařadit do jedné z jeho čtyř kategorií zplnomocnění, které zmiňuje. Výsledkem pak může být získání sebevědomí a důvěry ve vlastní schopnosti (Corrigan, 2018).

## **Závěr**

Naši práci jsme věnovali pokusu o deskripci a porozumění zkušenosti se stigmatizací u lidí s afektivními poruchami do co nejlepší možné míry. Se čtyřmi respondenty, kteří měli buď depresivní poruchu, nebo poruchu bipolárně afektivní, jsme hovořili o jejich pohledu na zmíněný fenomén, o jejich perspektivě a také pocitech, v souladu s metodou IPA a zásadami kvalitativního výzkumu.

Výsledkem tohoto procesu je společně produkováné svědectví, které tvoří gestalt spojující realitu respondentů s našimi prekoncepty o tématu, ale také s výsledky naší vzájemné interakce a konfrontace s odbornou literaturou. Toto svědectví je v naší práci prezentováno dvojím způsobem. Zaprvé „portréty“ zachycujícími nuance zkušeností jednotlivých respondentů se zkoumaným fenoménem. Zadruhé témata, která se vynořila v procesu analýzy a jsou společná různým respondentům, přičemž jsou zároveň stěžejní pro zkoumané téma. Tímto považujeme náš výzkumný záměr za naplněný.

## Seznam použitých zdrojů

- Ando, S., Yamaguchi, S., Aoki, Y., & Thornicroft, G. (2013). Review of mental-health-related stigma in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 67(7), 471-482. <https://doi.org/10.1111/pcn.120861>
- Beldie, A., Den Boer, J. A., Brain, C., Constant, E., Figueira, M. L., Filipcic, I., Gillain, B., Jakovljevic, J., Jarema, M., Jelenova, D., Karamustafalioglu, O., Plesnicar, B. K., Kovacsova, A., Latalova, K., Marksteiner, J., Palha, F., Pecenak, J., Prasko, J., Prelipceanu, D., ... & Wancata, J. (2012). Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(1), 1-38. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0491-z>
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC health services research*, 10(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-80>
- Brouwers, E. P. M., Mathijssen, J., Van Bortel, T., Knifton, L., Wahlbeck, K., Van Audenhove, C., Kadri, N., Chang, Ch., Goud, B. R., Ballester, D., Tófoli, L. F., Bello, R., Jorge-Monteiro, M. F., Záske, H., Milačić, I., Uçok, A., Bonetto, C., Lasalvia, A., Thornicroft, G., ... & Van Weeghel, J. (2016). Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries. *BMJ open*, 6(2). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009961>
- Corrigan, P. W. (2002). Empowerment and serious mental illness: Treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Quarterly*, 73(3), 217-228. <https://doi.org/10.1023/A:1016040805432>
- Corrigan, P. W. (2018). *The stigma effect: unintended consequences of mental health campaigns*. Columbia University Press.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Ruesch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry*, 8(2), 75. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>



- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Crisp, A., Cowan, L., & Hart, D. (2004). The College's Anti-Stigma Campaign, 1998–2003: A shortened version of the concluding report. *Psychiatric Bulletin*, 28(4), 133-136. <https://doi.org/10.1192/pb.28.4.133>
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 184(2), 176-181. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.176>
- Durand-Zaleski, I., Scott, J., Rouillon, F., & Leboyer, M. (2012). A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France. *BMC psychiatry*, 12(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-128>
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lépine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., ... & Vollebergh, W. A. M. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (420), 47-54. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00330.x>
- Goffman, E. (2003). *Stigma: Poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Sociologické nakladatelství (SLON).
- Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Predictors of depression stigma. *BMC psychiatry*, 8(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-25>
- Hartl, P., Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník* (4. ed.). Portál.
- Hämäläinen, J., Isometsä, E., Sihvo, S., Kiviruusu, O., Pirkola, S., & Lönnqvist, J. (2009). Treatment of major depressive disorder in the Finnish general population. *Depression and anxiety*, 26(11), 1049-1059. <https://doi.org/10.1002/da.20524>

- Henderson, C., & Thornicroft, G. (2013). Evaluation of the Time to Change programme in England 2008-2011. *British Journal of Psychiatry*, 202(55), 45-48. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112896>
- Höschl, C., Winkler P., & Peč, O. (2012). The state of psychiatry in the Czech Republic. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 278-285. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.688730>
- Chang, C. W., Sajatovic, M., & Tatsuoka, C. (2015). Correlates of attitudes towards mood stabilizers in individuals with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 17(1), 106-112. <https://doi.org/10.1111/bdi.12226>
- Jorm, A. F., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2006). Changes in depression awareness and attitudes in Australia: the impact of beyondblue: the national depression initiative. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 42-46. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01739.x>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., ... & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, 289(23), 3095-3105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
- Koschorke, M., Evans-Lacko, S., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2017). Stigma in Different Cultures. In W. Gaebel, W. Roessler, N. Sartorius (Eds.), *The Stigma of Mental Illness – The End of Story?*, (s. 67-78). Springer.
- Koutná Kostínková, & J., Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In T. Řiháček, I. Čermák, & R. Hytych (Eds.), *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (s. 9-43). Masarykova Univerzita.
- Krupchanka, D., Kruk, N., Sartorius, N., Davey, S., Winkler, P., & Murray, J. (2017). Experience of stigma in the public life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of Belarus. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(4), 493-501. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1365-1>

- Lazowski, L., Koller, M., Stuart, H., & Milev, R. (2012). Stigma and discrimination in people suffering with a mood disorder: a cross-sectional study. *Depression research and treatment*, 2012. <https://doi.org/10.1155/2012/724848>
- Li, J., Guo, Y. B., Huang, Y. G., Liu, J. W., Chen, W., Zhang, X. Y., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2017). Stigma and discrimination experienced by people with schizophrenia living in the community in Guangzhou, China. *Psychiatry research*, 255, 225-231. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.040>
- Loganathan, S., & Murthy, S. R. (2008). Experiences of stigma and discrimination endured by people suffering from schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*, 50(1), 39. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.39758>
- Manescu, E. A., Robinson, E. J., & Henderson, C. (2020). Attitudinal and demographic factors associated with seeking help and receiving antidepressant medication for symptoms of common mental disorder. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02971-9>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.
- Morselli, P. L., Elgie, R., & Cesana, B. M. (2004). GAMIAN-Europe/BEAM survey II: cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style. *Bipolar disorders*, 6(6), 487-497. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00160.x>
- Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada Publishing.
- Pešek, R., Praško, J., & Štípek, P. (2013). *Kognitivně-behaviorální terapie v praxi*. Portál.
- Priest, R. G. (1991). A new initiative on depression. *The British Journal of General Practice*, 41(353), 487.
- Quirke, E., Klymchuk, V., Suvalo, O., Bakolis, I., & Thornicroft, G. (2021). Mental health stigma in Ukraine: cross-sectional survey. *Global Mental Health*, 8(11), 1-12. <https://doi.org/10.1017/gmh.2021.9>

- Raboch, J., Pavlovský, P., Anders, M., Doubek, P., Fišar, Z., Harsa, P., Hellerová, P., Hynek, K., Janotová, D., Jiráček, R., Kitzlerová, E., Král, P., Paclt, I., Papežová, H., Pavlát, J., Popov, P., Procházka, L., Sekot, M., Stopka, P., Šonka, K., ... & Žukov, I. (2020). *Psychiatrie*. Nakladatelství Karolinum.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry*, *20*(8), 529-539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Rüsch, N., Xu, Z. (2017). Strategies to reduce mental illness stigma. In W. Gaebel, W. Roessler, N. Sartorius (Eds.), *The Stigma of Mental Illness – The End of Story?*, (s. 451-467). Springer.
- Rüsch, N., Zlati, A., Black, G., & Thornicroft, G. (2014). Does the stigma of mental illness contribute to suicidality? *British Journal of Psychiatry*, *205*(4), 257-259. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.145755>
- Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology and health*, *11*(2), 261-271. <https://doi.org/10.1080/08870449608400256>
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative research in psychology*, *1*(1), 39-54. <https://doi.org/10.1191/1478088704qp004oa>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Sage Publications
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *The British Journal of Psychiatry*, *190*(3), 192-193. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>
- Vaughan, G., & Hansen, C. (2004). 'Like Minds, Like Mine': a New Zealand project to counter the stigma and discrimination associated with mental illness. *Australasian Psychiatry*, *12*(2), 113-117. <https://doi.org/10.1080/j.1039-8562.2004.02083.x>

- Votruba, N., Koschorke M., Thornicroft, G. (2020). Public attitudes and the challenge of stigma. In J. R. Geddes, N. C. Andreasen, G. M. Goodwin (Eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry* (nestr.). Oxford University Press.
- Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., Mladá, K., Motlová, L. B., & Evans-Lacko, S. (2015). Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England. *European Psychiatry*, 30(6), 801-806. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.05.003>
- Wood, L., Birtel, M., Alsawy, S., Pyle, M., & Morrison, A. (2014). Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry research*, 220(1-2), 604-608. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.012>
- World Health Organization (2019, November 28). *Mental Disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization (2020, January). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Yang, L. H., Thornicroft, G., Alvarado, R., Vega, E., & Link, B. G. (2014). Recent advances in cross-cultural measurement in psychiatric epidemiology: utilizing ‘what matters most’ to identify culture-specific aspects of stigma. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 494-510. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu039>

## **Seznam použitých zkratk**

Et al. = a kolektiv

IPA = Interpretativní fenomenologická analýza

## **Seznam příloh**

Příloha 1 – Přepisy rozhovorů