



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Stigmatizace klientů s depresí

Stigmatization of clients with mental
depression

Vypracoval: Michael Studnička
Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Mrhálek

České Budějovice 2019

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 26. 4. 2019

.....

Michael Studnička

Poděkování

Děkuji Mgr. Tomáši Mrhálkovi, vedoucímu mé bakalářské práce, za odborné vedení, poskytnuté rady a připomínky, a za metodickou pomoc. Také děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumu, za jejich ochotu a spolupráci.

Abstrakt

Název práce: Stigmatizace klientů s depresí

Autor práce: Michael Studnička

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Mrhálek

Počet stran: 61

Bakalářská práce se zabývá stigmatizací klientů s depresí. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřena na komplexní popis pojmu deprese. Věnuje se příznakům a dopadům deprese na život nemocných a jejich okolí. Dále popisuje stigmatizaci, její druhy a dopady na život duševně nemocných. Následně dochází k propojení poznatků z obou zmíněných kapitol. Empirická část práce představuje kvalitativní výzkum realizovaný prostřednictvím metody polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor obsahoval 5 respondentů ve věku 19-31 let. Práce si klade za cíl popsat vliv stigmatizace na život osob s depresí a zkoumá tři druhy stigmatizace. Veřejnou stigmatizaci, očekávanou stigmatizaci a sebestigmatizaci. Výsledky výzkumu ukázaly, že životy klientů s depresí jsou ovlivněny všemi třemi zmíněnými druhy stigmatizace.

Klíčová slova: deprese, veřejná stigmatizace, očekávaná stigmatizace, sebestigmatizace, stigma

Abstract

Title: Stigmatization of clients with mental depression

Author: Michael Studnička

Supervisor: Mgr. Tomáš Mrhálek

Number of pages: 61

The bachelor thesis is concerned with stigma by clients with depressions. This thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical one is focused on complex description of the term depression. The thesis is also devoted to symptoms and impacts of depression on mentally disordered client's life. The next part of the bachelor thesis connects results of both previous chapters together. The empirical part of thesis represents quantitative research done with the method of semi-structured interview. The explorational complex contains five respondents between the age 19 and 31. The aim of the bachelor thesis is to describe impacts of stigma on the ordinary life of people with depression and study three kinds of stigma. Public stigma, perceived stigma and self-stigma. The results of the research showed that clients with depressions are affected by all three kinds of stigma.

Keywords: depression, perceived stigma, public stigma, self-stigma, stigma

Obsah

Úvod	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Deprese	10
1.1 Pojem deprese	10
1.2 Příznaky deprese	10
1.2.1 Afektivní dopady	11
1.2.2 Kognitivní dopady	12
1.2.3 Behaviorální dopady	13
1.3 Sociální dopady	14
1.3.1 Rodina	15
1.3.2 Partner	16
1.3.3 Potomci a rodičovství	17
1.4 Léčba	17
2 Stigmatizace	22
2.1 Vymezení pojmu stigmatizace	22
2.2 Druhy stigmatizace	22
2.3 Sebestigmatizace	23
2.4 Vznik stigmatizace	24
2.5 Dopady stigmatizace	25
2.6 Destigmatizace	26
3 Stigmatizace osob s depresí.....	28
3.1 Veřejné stigma	28
3.2 Očekávané stigma	30
3.3 Sebestigmatizace	32
II EMPIRICKÁ ČÁST	34
4 Výzkumný cíl a výzkumný problém	35
5 Metodologie výzkumu	36
5.1 Typ výzkumu	36
5.2 Metody zpracování dat	36
5.3 Výběr výzkumného vzorku	36
5.3.1 Kritéria pro výběr probandů	37
5.3.2 Získání účastníků výzkumu	37

6	Výzkumný soubor	38
7	Etické aspekty	40
8	Výsledky výzkumu	41
8.1	Veřejná stigmatizace	41
8.1.1	Přístup	41
8.1.2	Izolace	42
8.1.3	Komunikace	43
8.1.4	Omezení	43
8.1.5	Předsudky k depresi	43
8.1.6	Duševní onemocnění.....	44
8.1.7	Léčba.....	44
8.2	Očekávaná stigmatizace	44
8.2.1	Obavy.....	45
8.2.2	Přístup	45
8.2.3	Předsudky k depresi	46
8.2.4	Léčba.....	46
8.3	Self-stigmatizace	46
8.3.1	Sebehodnocení	47
8.3.2	Izolace	47
8.3.3	Komunikace	48
8.3.4	Léčba.....	48
8.4.	Destigmatizace	48
9	Diskuze	50
10	Závěr	54
	Přílohy	55
	Seznam literatury	58

Úvod

V dnešní hektické a náročné době přibývá ve společnosti duševních onemocnění. Přesto se ve společnosti drží předsudky a stereotypy vůči všem duševním onemocněním. Lidé stále žijí v představách, že osoby s duševním onemocněním jsou pro své okolí nebezpečné, nepředvídatelné nebo si za svá onemocnění mohou sami. Tento pohled podporují média svými titulky nebo filmy, které drží tyto stereotypy v podvědomí lidí. Jedním z nejčastějších a nejobvyklejších duševních onemocnění je deprese. Deprese bývá mnohdy zlehčována, protože se ve společnosti uchytil pojem „depka“, který se opakovaně používá pro smutnou náladu. Rozhodl jsem se proto zjistit, které názory a postoje lidé s depresí očekávají od společnosti, jaké ve skutečnosti zažívají a jaké názory či postoje mají nemocní sami vůči sobě.

V teoretické části práce popisuji depresi, její příznaky, dopady a léčbu. Následně představuji stigmatizaci, která je spojena s duševními onemocněními. Zde jsem popsal, s jakými druhy stigmatizace se jedinec může setkat, jak stigmatizace vzniká a jaké jsou její dopady na život lidí s duševním onemocněním. Také jsou naznačeny destigmatizační postupy. V neposlední řadě se v teoretické části zabývám propojením těchto dvou předchozích témat, deprese a stigmatizace, a dávám je do souvislostí. Popisuji, jak jsou stigmatizací ovlivněny životy lidí s depresí.

Empirickou část bakalářské práce tvoří kvalitativní výzkum, kde využívám metody polostrukturovaného rozhovoru k získání dat od participantů, kteří si prošli depresivním onemocněním. Nasbíraná data následně vyhodnocuji za pomoci tematické analýzy a poté se snažím interpretovat zkoumaná data ve výsledkové části, kde usiluji o získání odpovědí na výzkumné otázky. Hlavním cílem výzkumu je zjistit, zda stigmatizace zasahuje osoby trpící depresí a popřípadě jaká stigmatizace je nejvíce ovlivňuje.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Deprese

1.1 Pojem deprese

Depresivním onemocněním dle Světové zdravotnické organizace trpí více než 300 milionů lidí všech věkových kategorií. Je nejčastější příčinou, která způsobuje invaliditu. V nejhorších případech toto onemocnění končí sebevraždou. Průměrný věk, kdy se deprese objeví, se pohybuje mezi 24,8 a 34,8 roky a častěji se objevuje u žen než u mužů (Weissemann et al., 1996). Pokud bychom si chtěli depresi zařadit dle mezinárodní klasifikace nemocí, zařadili bychom ji mezi poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99) a následně pod afektivní poruchy (poruchy nálad, F30-F39). U těchto poruch se setkáme se změnou a poruchou afektivity směrem k depresi či euforii. Nejspecifičtější je potom deprese pojmenována jako depresivní fáze a je označována jako F32. Deprese nemění pouze to, jak se nemocný cítí, ale také to, jak chápe sebe a svět kolem sebe. Následně jsem vybral několik definic, které mi pro depresi přišly nejvíce výstižné.

„Deprese je duševní stav charakterizovaný pocity smutku, skleslosti, nerozhodnosti, zpomalením duševních i tělesných procesů, úzkostí, apatií a sebeobviňováním.“
(Hartl & Hartlová, 2004, str. 45)

„Typické pro depresivní poruchu jsou prožitky smutku, ztráty energie, schopnosti se soustředit, snížení výkonnosti, ztráta sebedůvěry, zpomalené psychické tempo.“
(Praško, 1999, str. 5)

„Deprese je těžké duševní onemocnění, které může lidi dovést až na okraj jejich existence a dohnat je k sebevraždě. Postižené osoby přitom trpí nejenom „stísněností“, ale také ztrátou budoucích perspektiv a představ o dalším vývoji, stejně jako změn vůbec.“
(Rahn & Mahnkopf, 2000, str. 228)

V dnešní době se osobně setkávám s nadužíváním pojmu deprese. Nejčastěji se jedná zejména o termín „depka“, který se v hovorové řeči běžně využívá. Především je tím myšlen běžný smutek nebo špatná nálada (Hartl & Hartlová, 2004). Slovo deprese se stalo v životě lidí tak běžné, že lidé neodlišují klinickou depresi a depresivní náladu, což má za následek změnu ve vnímání tohoto onemocnění. Často se poté stává, že velký počet lidí kolem vás má „depresi“, přestože si prochází pouze zhoršenou nebo podrážděnou náladou, přirozeným smutkem nebo je toho na ně v současné situaci příliš. Všechny podobné příznaky pak lidé označují jako „depka“, ale ve skutečnosti po několika dnech nejsou po

smutku a špatné náladě ani stopy. Nemocní trpící depresí mají následně strach se o svém problému zmínit, protože by mohl být smeten ze stolu a nebrán vážně. Z definic deprese zmíněných výše lze vyčíst, že deprese je závažné duševní onemocnění a neodezní za několik dní. Zároveň si v kapitolách níže popíšeme přesnější příznaky deprese a její dopady na život lidí.

1.2 Příznaky deprese

Nejen pro odborníky, ale i pro laickou veřejnost, je dobré umět poznat příznaky deprese. Pro laickou veřejnost postačí znát alespoň ty základní, abychom v případě nějakého podezření v našem okolí mohli být dotyčnému nápomocní. Pokud z více drobných příznaků vytušíme, že nejde o klasickou únavu nebo obyčejnou smutnou náladu v reakci na nějakou událost, tak můžeme velmi pomoci a urychlit následnou péči. Nápomocí nemám na mysli přímo léčbu, ale spíše realizaci kroků k tomu, aby dotyčný se svým stavem začal něco dělat a případné poskytnutí pomoci či podpory dotyčnému v počátcích řešení problému. Prvními kroky by měla být návštěva odborného zdravotníka, který určí, co s danou osobou a situací dělat a jak pokračovat dále.

Příznaky deprese bychom mohli rozdělit na dvě základní skupiny, příznaky duševní a tělesné. Deprese může ovlivnit obě skupiny naráz, jednu z nich, nebo ve výjimečných případech dokonce nemusí být zřetelně vidět žádné typické depresivní příznaky, které se jen v dané fázi deprese projevují jinak. Je zásadní si uvědomit, že depresivně nemocného člověka lze poznat nejen na základě duševních příznaků, které si lidé s onemocněním deprese nejčastěji spojují, ale také můžeme na nemocném sledovat změny z fyzického hlediska. V následující části se podíváme podrobněji na obě tyto skupiny, které ve své knize popisuje McKenzie (2001).

Jak jsem zmínil výše, duševní příznaky jsou pro většinu lidí prvním vodítkem, že něco není v pořádku. Pod duševními příznaky deprese si můžeme představit špatnou náladu, ztrátu radosti z aktivit, které dříve nemocného bavily, úzkosti, vyprahlost po citové stránce, tísnivé myšlenky, špatnou soustředěnost a paměť, bludy a halucinace a v neposlední řadě sebevražedné myšlenky.

Mezi nejobvyklejší a nejzjevnější duševní příznaky patří špatná nálada. Nejde ovšem pouze o špatnou náladu, kterou čas od času zažijeme každý. Jedná se o trvalé pocity smutku, prázdnoty či strachu, které neodpovídají aktuální životní situaci. Raboch a Zvolský (2001) udávají, že smutná nálada by měla trvat nejméně dva týdny a její

intenzita může být prožívána subjektivně nebo ji můžeme objektivně pozorovat na nemocném. McKenzie (2001) ještě doplňuje, že u středních či těžkých depresí bývá nálada nejčastěji nejhorší k ránu a během dne se zlepšuje. Tento jev McKenzie nazývá denní variací.

Lidé si často duševní onemocnění nespojují s fyzickými obtížemi, proto je důležité se z dlouhodobého hlediska zaměřit i na fyzickou stránku a hledat s tělesnými příznaky spojené souvislosti, které by odůvodnily tyto změny. Nemusíme nutně vidět za každou únavou depresi, ale je dobré být ostražití. Tělesné příznaky se nejčastěji spojují právě s únavou, s problémy se spánkem v různých podobách (velká spavost nebo naopak nespavost), jednání a myšlení je pomalé, ztráta chuti k jídlu nebo naopak růst, nabírání či pokles hmotnosti, potíže s menstruací, zácpa nebo ztráta sexuální apetence. Praško (1999) výčet tělesných příznaků doplňuje o třes, bušení srdce, pocity nedostatečnosti dechu nebo bolesti páteře.

Poruchy spánku jsou jedním z nejčastějších tělesných příznaků, který se pochopitelně pojí s únavou. Největší problémy jsou s usínáním, jelikož nemocní mají stále starosti a poté s přerušovaným spánkem. K celkové únavě se připojuje tělesné zpomalení. Nejenže pomalu mluví, ale také se mohou pomalu pohybovat. Vyústit to může v zácpy, u žen v nepravidelnost nebo ztrátu menstruace. Kromě ztráty chuti k jídlu či problémům se spánkem se také mohou objevit reverzní tělesné příznaky. McKenzie (2001) tvrdí, že místo těchto obvyklých příznaků se objeví příznaky opačné. U nemocného se objeví velká spavost a žravost.

Depresivní onemocnění má dopad na více oblastí života nemocného. U každého jedince se projeví individuálně v závislosti na tom, kde je zranitelnější. Nejvíce ovlivněny jsou oblasti afektivity, kognitivních funkcí a chování. Dále se onemocnění projeví v rodinném životě nebo v pracovních možnostech. V této kapitole se však zaměříme na tři výše zmíněné dopady, které se primárně týkají přímo nemocného.

1.2.1 Afektivní dopady

Jak jsme si popsali výše, velká oblast deprese zasahuje emoční prožívání jedince. Na pohled nejjasnějším dopadem je neschopnost obvyklé emocionální reakce na situace či podněty, které by jinak tuto reakci vyvolaly. Neustále provázející depresivní nálada, která neodpovídá situaci, v které se nemocný jedinec právě nachází, bývá jedním z nejhlavnějších příznaků. Reakce na okolí a okolní situace (které mohou být velmi

závažného charakteru) bývá často lhostejná, což může vyjadřovat obranu proti dalším zátěžovým situacím, které si nemocný k sobě nechce pouštět.

Henriques a Davidson (2000) ve své studii zkoumali, jak budou lidé s depresí reagovat na situace, ve kterých budou ohodnoceni odměnou, neutrálně nebo budou potrestáni. Reakce nedeprisivních lidí se změnila v obou situacích oproti neutrální variantě. Lidé, kteří trpěli depresí, také změnili své reakce při potrestání, ovšem při úspěchu nebyla jejich reakce signifikantně vyšší oproti neutrální situaci, což nám ukazuje, že lidé s depresí mají pokleslou úroveň schopnosti reagovat na odměnu. Deprese ovlivňuje a mění všechny emoce.

Objevit se dokonce může afektivní stupor, kdy jedinec úplně ztrácí schopnost jakýmkoliv způsobem prožívat emoce, ať již negativní či pozitivní a zažívá pouze emocionální prázdnotu. Nemocný je citově naprosto vyprahlý, nedokáže se ani vybrečet a ztrácí citové vazby ke svým blízkým, jelikož k nim přestává cokoliv cítit a pouze se mezi nimi vytváří stále větší propast. (Vágnerová, 2004)

1.2.2 Kognitivní dopady

Smutná nálada a emocionální změny nemocného jsou nejznámějšími a nejviditelnějšími dopady, kterých si všímá i laická veřejnost. Mezi méně známé a jasné patří kognitivní dopady, které jsou ale velmi závažné z mnoha důvodů. Nejenže má nemocný celkově nastavené automatické negativní myšlení, ale deprese se může projevit v deformaci obsahu myšlení nebo změnou formálního projevu. Lidé s depresí mají tendenci vidět svět dichotomicky, hodnocení situací je pouze černobílé a zaměřují se především na negativní věci kolem sebe. Neadekvátně přeceňují své chyby a nedostatky a přikládají jim větší důležitost než těm pozitivním, které téměř nevnímají. Místy si nemocný uvědomuje, že svět kolem něj je přijatelný, ale zároveň si sám zdůvodňuje, že tento přijatelný svět není pro něho, ale pro druhé. Toto nastavení je důsledkem autoakuzace a vlastních výčitek, kdy si nemocný dle svého soudu nic dobrého nezaslouží. (Vágnerová, 2004)

Deprese dále neovlivňuje pouze myšlení a jeho negativní nastavení, ale depresivní pacienti také často zažívají problémy s pamětí a koncentrací (Burt, Zembar & Niederehe, 1995). Uvažování a poznávací funkce nemocného bývají utlumené a zpomalené. Narušení pozornosti je také spojeno s dalšími kognitivními funkcemi, jako je učení a zapamatování. Zvláštností pak je, že lidé s depresí, přestože mají problém s pamětí, dokáží se soustředit

na vlastní negativní myšlenky a jsou schopni si dobře vybavovat svou špatnou náladu (Mathews & MacLeod, 2005). Jelikož jsou ovlivněny všechny tyto kognitivní funkce, vyúsťuje to v celkově zhoršené chápání, které ovšem není způsobeno snížením inteligence, nýbrž ovlivněním psychických procesů, které jsou zpomaleny a utlumeny. Nemocní mají také neustálé obavy o své vlastní zdraví, schopnosti nebo budoucnost (Rahn & Mahnkopf, 2000).

U pacientů s depresí není výjimkou, že se objeví bludy či halucinace. Dle Berkowa (1996) se bludy vyskytují u 8 %-15 % nemocných. Bludy depresivních jedinců mají obecně spojitost s charakteristikami deprese. Vždy souvisí se sebehodnocením, které je neadekvátně nízké, také s jejich obavami a v neposlední řadě s pocitem ohrožení (Vágnerová, 2004). Halucinace pak nabírají podobu hlasů ve formě obviňování, kritizování a tím potvrzují představu jedince o tom, že je špatný a nicotný.

1.2.3 Behaviorální dopady

Po afektivních a kognitivních dopadech se podíváme na třetí skupinu, behaviorální dopady. Deprese je také viditelná na základě změny chování nemocného a již pohledem na jeho postavu je jasné, že je něco v nepořádku. Jeho vzhled i chování se mění. Lidé s depresí mají pokleslé držení těla, kde je vidět odevzdanost, ale změny můžeme vidět také v mimice nebo v motorických projevech. Kromě změny tělesného vzhledu a pohybů, se mění i chování. Reakce depresivního člověka nejsou běžné, ale mají tendenci k nepřiměřeným projevům. Obecně jsou jedinci trpící depresivním onemocněním utlumení, nemají energii, cítí velkou vyčerpanost a únavu, bývají také inhibovaní. Utlumení se projevuje v chůzi i řeči. Jejich chůze je velmi pomalá, řeč tichá a monotónní. U obou činností projevují jen minimální aktivitu. Tyto změny mohou vést až k situaci podobné afektivnímu stuporu, ovšem v tomto případě mluvíme o stuporu depresivním. Ten se projevuje tím, že depresivní člověk už v podstatě nereaguje vůbec na nic. Depresivní stupor může vyústit až v náhlou ztrátu schopnosti mluvit nebo v nehybnost. (Vágnerová, 2004)

Kromě hybnosti jsou narušeny také autoregulační funkce a dochází k útlumu potřeb a volní aktivity. Nemocný ztrácí zájem o vše kolem něj a nic ho nedokáže zaujmout. Jestli dříve bylo něco, co životu depresivního člověka dávalo smysl, tak to již nyní neplatí a dotyčný si sám nedokáže vysvětlit, proč tomu tak je a proč se najednou takto chová. (Vágnerová, 2004)

Nejhorším možným behaviorálním dopadem na život jedince s depresí a jeho okolí jsou bezpochyby sebevražedné myšlenky, pokusy o sebevraždu nebo dokonané sebevraždy. Riziko u depresivních jedinců je poměrně vysoké. Na tuto problematiku se zaměřili Guze a Robins (1970), kteří při analýze 17 studií zjistili, že až 15 % vážně depresivních klientů se pokusí o sebevraždu. Raboch a Zvolský (2001) došli k podobným závěrům, když tvrdí, že zhruba 2/3 klientů v průběhu onemocnění uvažuje nad sebevraždou a 10 %-15 % sebevraždu zrealizuje.

1.3 Sociální dopady

Je zcela zřejmé, že onemocnění nezasahuje pouze postiženého, ale také jeho rodinu a okolí. Většina lidí trpících depresí žije se svými rodinami, obvykle pak se svými partnery a dětmi. Nezřídka se stává, že při zpracování anamnézy bylo zjištěno, že rodinní příslušníci byli už delší dobu svědky neobvyklého chování nemocného. Je ale pochopitelné, že rodina, stejně jako všichni laici, má neúplné informace a představy o duševní nemoci, a proto je pro ni těžké onemocnění včas odhalit. Důležité je, aby rodina pochopila, že onemocnění je léčitelné a léčba nezbytná. Dále také, že nemocný není nebezpečný a že existují základní principy, jak se k nemocnému chovat. V této kapitole se dále podíváme, jak onemocnění může ovlivnit rodinu, partnerský život nebo výchovu dětí.

1.3.1 Rodina

Prvně se zaměříme obecně na rodinu, jelikož rodina a okolí nemocného si kvůli nemoci často prochází těžkým obdobím. Není vždy snadné se vyrovnat s vlastními potřebami a potížemi v životě a zároveň být delší dobu oporou nemocného a neustále ho podporovat. Mohou pak následovat problémy, které vznikají v rodinném prostředí, jenž se stává jiným, než byli jeho členové původně zvyklí. Nemocný se pochopitelně chová jinak a je důležité, aby byla rodina schopná s tímto faktem pracovat a umět se s ním na nějaký čas vyrovnat.

Keitner a Miller (1990) se ve svém shrnutí vrací k výzkumům, které učinili v roce 1986 a 1987, kde vysvětlují, že rodiny zahrnující člena s depresí vykazují signifikantně větší dysfunkčnosti než rodiny kontrolní. Tyto dysfunkčnosti plynou z onemocnění, které nemocný člen rodiny zažívá a odráží se na celkovém rodinném fungování.

Dysfunkčnosti se projevují především v oblasti komunikace a řešení rodinných problémů. Komunikace a řešení problémů jsou základními stavebními kameny pro dobré rodinné fungování. Depresivní jedinec má oslabené kognitivní funkce a je proto pro něj

nadmíru těžké se s jakýmikoliv problémy vypořádat, což může rodinné příslušníky podráždit. Často ani nechce s nikým komunikovat a je uzavřený do sebe, tím vznikají komunikační problémy uvnitř rodiny. Keitner a Miller dodávají, že rodiny s depresivním členem měli dokonce větší potíže s rodinným fungováním než rodiny s členy závislými na alkoholu, trpícími schizofrenií nebo bipolární poruchou.

1.3.2 Partner

Depresivní onemocnění ovlivňuje nejen rodinné příslušníky, se kterými dospělý jedinec už nemusí být tolik v kontaktu, ale také dlouhodobé partnery či začínající vztahy. Pokud bychom se podívali na partnerský život, partneři se navzájem výrazně ovlivňují ve svých životech a při zatížení jednoho z nich depresí tomu není výjimkou. Partner je často první člověk, který se o nemoci dozví nebo nemocného dokonce upozorní, že s ním není něco v pořádku. Také je osobou, která je později v období onemocnění s nemocným nejvíce v kontaktu, tráví s ním nejvíce času, sdílí s ním společnou domácnost, případně spolu mohou vychovávat děti.

Benazon a Coyne (2000) zjistili, že partneři, kde jeden z nich trpí depresí, žijí častěji v depresivní náladě, než je obecná populační norma a také musejí zvládat větší počet specifických břemen, které toto soužití s depresivně nemocným přináší. Slovo břemeno nebo zátěž dosti nespécificky popisuje situaci příbuzných v soužití s nemocným a naznačuje obtížnost situace, kterou rodinní příslušníci zažívají. To nám ukazuje, že situace v domácnosti nemusí být vůbec jednoduchá a napomáhající k tomu, aby se v budoucnu něco zlepšilo. Pokud se každý den jedinec pohybuje v prostředí, které mu ztěžuje život, může se to v dlouhodobém měřítku podepsat na jeho partnerském nebo rodinném vztahu.

Wittmund, Wilms, Mory a Angermeyer (2002) rozlišují břemena na dvě základní skupiny. Na zátěž, která je spojena s každodenními komplikacemi, a centrální komplikace z životopisného pohledu. Každodenními komplikacemi je zde myšleno vypořádávání se se symptomy nemocného, jako jsou problémy s pozorností, depresivní nálada a vyhubé chování. Tyto symptomy poté vedou k větší zátěži na partnery, jelikož nemocný se není schopný dělit například o udržování domácnosti. Další každodenní komplikací je nedostatek sociální podpory. Tento nedostatek vzniká, když zdraví partneři nechtějí žádat své přátele nebo sousedy o pomoc z důvodu zahanbení, strachu nebo obojího dohromady. Pokud bychom se podívali na zátěže z hlediska životopisných komplikací, jsou zde

vedeny především problémy se změnou rolí v partnerství a rodině. Mnoho partnerů mluví o svých druhých polovičkách jako o dalším dítěti místo přítele, manžela nebo milence. Život, který partneři nemocných prožívají, nemusí odpovídat jejich představám, které o svém rozvoji a prožívání života měli. Jejich život obsahuje spoustu omezení v životním stylu, ve volnočasových aktivitách a přináší mnoho limitů v profesním rozvoji. V neposlední řadě ztrácí představy, které o partnerství měli (Bischkopf, Wittmund & Angermeyer, 2002).

V partnerském soužití jsou břemena dle Benazona a Coyna (2000) pocity nicotnosti a znepokojení nemocného, strach z možnosti návratu nemoci, emocionální zatížení na partnera a v neposlední řadě vypořádávání se s nedostatkem energie partnera. Podobná břemena byla zjištěna u rodinných příslušníků či kamarádů (Jacob, Frank, Kupfer & Carpenter, 1987).

1.3.3 Potomci a rodičovství

Nezanedbatelnou otázkou je, co může onemocnění jednoho z rodičů způsobit vzhledem k dítěti. Jednou z věcí je pokračování výchovy dítěte, druhou věcí je, jaký vliv může mít onemocnění jednoho z rodičů na další vývoj dítěte. Popřípadě, zda to může znamenat větší pravděpodobnost, že bude mít dítě v budoucnu potíže s depresemi? Nebo zda to znamená obecně větší náchylnost dítěte na jakoukoliv psychopatologii?

Na podobné otázky se snažila odpovědět řada autorů. Keitner a Miller (1990) dali dohromady informace z více studií a shrnuli je do jedné. V jejich shrnutí můžeme nalézt čtyři charakteristiky, které se na rodiče a jejich děti vztahují.

- 1) Depresivní rodiče mají poškozené vztahy se svými dětmi
- 2) Tato zhoršení jsou výraznější u rodin s depresivním onemocněním než u rodin, kde se onemocnění neobjevilo
- 3) Vzniká negativní ovlivnění fungování dítěte, jenž je způsobeno depresivní náladou rodiče
- 4) Domov dětí je charakterizován spory s rodiči a odmítnutím dětí

Dále pokračují, že děti, jejichž rodiče trpěli afektivní poruchou, mají vyšší pravděpodobnost, že depresí onemocní. Poměr výskytu onemocnění depresí se u nich pohyboval mezi 23 % až 38 % oproti kontrolním rodinám, kde se výskyt onemocnění pohyboval mezi 11 % až 24 %. Není jisté, zda míra psychopatologie souvisí s depresivním

onemocněním či s jakoukoliv duševní nemocí, ale obecně je zjevné, že jakákoliv duševní nemoc vytváří větší břemena na děti. Celkově nám výsledky těchto studií ukazují, jak závažný a velký vliv může mít depresivní onemocnění rodičů na jejich děti a zdůrazňují, že tyto děti jsou více ohroženi nejen afektivními poruchami, ale obecně jakoukoliv psychopatologií.

Není zcela jasné, čím je toto vyšší ohrožení způsobeno. Jsou zde pochopitelně hypotézy týkající se genetických nebo psychosociálních faktorů. Ovšem nikde nebylo porovnáváno, zda je vyšší síla vlivu genů nebo právě psychosociálních faktorů. (Blehar, Weissman, Gershon & Hirschfeld, 1988)

Tato zjištění nám ukazují, že je velmi důležité zaměřit se nejen na pomoc postiženému, ale také na pomoc jeho blízkému okolí, jelikož může být velmi těžké zvládnout takto náročné období. Velmi složité může být výše zmíněné partnerské soužití, rodinné prostředí nebo rodičovství. Léčba by se z tohoto důvodu měla odvíjet i v návaznosti na tyto aspekty. Léčbě se proto budeme věnovat bezprostředně v následující kapitole.

1.4 Léčba

Přestože depresivní onemocnění patří mezi jedno z nejčastějších duševních onemocnění, tak pouze 29 %-52 % nemocných vyhledá odbornou pomoc během prvního roku onemocnění (Schomerus, Matschinger & Angermeyer, 2009). To může následně ovlivnit způsob léčby, který se aplikuje. Léčba deprese se odvíjí od fáze, ve které se nemocný začne léčit. Při lehké depresi může postačit psychoterapie (Raboch & Zvolský, 2001). Pokud by nemocný začal léčit depresi až v těžké depresivní fázi, tak může být potřeba hospitalizace z důvodu rizika suicidálního jednání. V léčbě se od počátku musí postupovat celistvě. Obsahuje tudíž jak psychofarmaka, tak psychoterapii. Neexistuje obecný návod pro všechny nemocné, proto je potřeba s každým pracovat individuálně a dbát na fázi onemocnění, potřeby a rysy každého jedince. (Vágnerová, 2004)

Jádrem pro většinu léčebných procesů je u deprese užívání antidepresiv, které se následně pojí s psychoterapií. Antidepresiva využívají mechanismy, které napomáhají vytvořit neurohormonální rovnováhu u takových neuronů, kde se vytvořil nedostatek působků. Efekt antidepresiv není okamžitý a nástup účinku se pohybuje mezi 3-6 týdny. Je proto podstatné po začátku léčby vytrvat, než se účinky začnou projevovat a nezačít například panikařit, že léky nejsou účinné. (Praško, 1999)

Může se ovšem stát, že předepsaná farmaka na dotyčného jedince nepůsobí. Potom přichází na řadu změna antidepresiv na jiné. Mohou se objevovat vedlejší účinky, které s sebou užívání léků přináší, jako je útlum, zácpa, sucho v ústech, rozmazané vidění nebo motání, ale pozitivní účinky výrazně převyšují ty negativní. Nelze vždy odhadnout, která antidepresiva jsou nejvhodnější, proto někdy musí lékaři zkoušet, aby mohli vybrat právě ty nejvhodnější pro daného pacienta. Výběr psychofarmak vždy závisí na průběhu, závažnosti onemocnění, na samotném pacientovi a jeho osobnosti a na dalších faktorech. Antidepresiva by měla být užívána i po odeznění deprese či depresivních příznaků, aby nedošlo k návratu deprese. Pokud se jedná o první epizodu v životě, doporučuje se pokračovat v užívání antidepresiv ještě půl roku po odeznění. V případě opakované pak dva roky. Při vysazování antidepresiv je důležité, aby byly omezovány postupně, protože se u některých osob může rozvinout závislost. (Praško, 1999; Vágnerová, 2004)

Pokud bychom se podívali na základní skupiny antidepresiv, tak se nejčastěji objevují tyto tři skupiny. Klasická (tricyklická), IMAO a SSRI. Níže si vysvětlíme, jakým způsobem fungují. (McKenzie, 2001; Praško, 1999)

TCA (tricyklická antidepresiva) – patří mezi neúčinnější antidepresiva, ovšem jejich vysoká efektivita se často pojí s vedlejšími účinky. Toto antidepresivum je postaveno na chemické struktuře tří prstenců, které jsou vzájemně propojeny, proto tricyklické. Fungují na základě zvyšování počtu neurotransmiterů mezi mozkovými buňkami tím, že nedovolí, aby je pohlcovaly zpět ty buňky, které je před tím uvolnily. Začínají působit zhruba po dvou týdnech, a jak jsem zmínil výše, mohou se objevit vedlejší účinky. Těmito vedlejšími účinky mohou být urinační potíže, nepravidelný tlukot srdce, třes rukou, růst hmotnosti a další. Pokud by se některé z těchto příznaků objevily, tak je možné se s lékařem domluvit buď na změně na jiný tricyklid nebo začít léčbu nižšími dávkami a postupně je zvyšovat.

SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) – jsou modernějšími antidepresivy, které mají méně vedlejších účinků. Fungují na podobném principu jako tricyklidy, jelikož zabráňují neurotransmiterům, aby se vracely do buněk, ze kterých se uvolnily. Rozdíl je v tom, že působí pouze na jeden typ neurotransmiteru, jímž je serotonin. Kromě menšího počtu vedlejších účinků, než mají tricyklidy, jsou také méně nebezpečné, v případě pokusu o předávkování. Vedlejšími účinky nejčastěji bývají průjemy, zvracení, bolesti hlavy či roztěkanost.

IMAO (inhibitory monoaminoxidázy) – patří mezi jedny z prvních antidepresiv. Jsou velmi účinné a často pomáhají i tam, kde klasické tricyklidy nezaberou. Jejich účinnost spočívá ve zvětšení neurotransmiterů tím, že zastavují odbourávání těchto neurotransmiterů za pomoci monoaminové oxidázy. Nevýhodou ovšem je, že působí i na jiných místech než na synapsích. IMAO mají účinek i tam, kde je monoaminová oxidáza důležitá. Zastavují pak činnost těla i na místech, kde se jinak odbourává látka tyramin. Je proto nezbytné držet stanoveou dietu, aby nemocný nejedl potraviny, které tuto látku obsahují, jelikož zvýšená hladina tyrominu zvyšuje krevní tlak, bolest hlavy a může způsobit až apoplexii. V dnešní době se také často používají antidepresiva RIMA, což jsou reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy, které fungují na podobném principu jako IMAO, ale už bez potřeby držet dietu.

Nyní bychom přešli od farmakologické léčby za pomocí antidepresiv k podpůrné léčbě ve formě psychoterapie. Nejprve je důležité zmínit, že psychoterapie má různou účinnost pomoci v závislosti na závažnosti a fázi onemocnění. Pokud se nemocný jedinec nachází v těžké depresivní fázi, tak je psychoterapie sama o sobě málo účinná a je důležité, aby se do léčby zapojila výše zmíněná antidepresiva. Psychoterapie je neúčinnější především v mírné či střední depresi, nebo když odeznívá těžká depresivní fáze. (Praško, 1999)

Cílem psychoterapie je, aby jedinec více porozuměl, co se s ním během onemocnění děje, jak má chápat a pracovat se svými příznaky, proč a jakým způsobem ho onemocnění ovlivňuje. Dále se s terapeutem učí, jak předejít návratu onemocnění. Terapie slouží jako způsob, kdy nemocný hledá změny života a životního stylu, které slouží také jako prevence vůči návratu onemocnění (Vágnerová, 2004).

Když bychom se podívali na druhy terapií, které se u deprese používají, tak je složité určit, který druh psychoterapie je ten neúčinnější, jelikož každý člověk je individuální a vyhovuje mu něco jiného. Psychoterapie se užívá především při lehkých depresích, kde mívá přednost před léčbou formou léků. Pokud by se ovšem do zhruba 12 týdnů nejevily známky zlepšení, tak je potřeba začít s antidepresivy. Nejčastěji se používají krátkodobé strukturované formy terapie, kterými jsou kognitivně-behaviorální psychoterapie, manželská terapie, krátká dynamická psychoterapie a rogersovská psychoterapie. (Alda, Höschl & Libigerová in Höschl, 2004)

- a) **Kognitivně-behaviorální psychoterapie** – je uváděna jako nejpodstatnější a nejlépe ověřenou formu a je využívána nejčastěji. Terapeut se snaží pomoci tím, že hledá a napravuje klientovy negativně nastavené myšlenky. Učí klienta, jak s automatickými myšlenkami pracovat, aby v budoucnu předešel relapsu a rekurenci. Tento průběh terapie se týkal kognitivní části. V behaviorální části je terapie zaměřená na učení, ve kterém se jedná o trénink a nácvik dovedností k tomu, aby klient utužil své pozitivní chování a odstranil chování negativní.
- b) **Manželská terapie** – jelikož deprese ovlivňuje i partnery nemocných osob, tak se často využívá manželská terapie. V této terapii se řeší manželské problémy, které mohou ztěžovat léčbu a také tím klienti předejdou budoucí možné rekurenci.
- c) **Krátká dynamická terapie** – hlavním tématem této terapie je řešení problémů, které mají základy v osobnosti jedince a v situacích, ve kterých se nacházel.
- d) **Rogersovská psychoterapie** – se zakládá na tom, že samotný terapeutický vztah napomáhá ke zlepšení. Pomoc spočívá například i v tom, že je dotyčnému nastavováno pomyslné zrcadlo.

Další metodou je **elektrokonvulzivní léčba**. Její princip spočívá v elektrické stimulaci mozku, která probíhá v několikadenních rozestupech a vyvolává epileptický paroxysmus, který způsobuje souhrnné neurofyzilogické procesy s terapeutickým účinkem u řady duševních onemocnění. Účinnost při léčbě deprese se pohybuje v rozmezí 71 %-94 %. (Raboch & Zvolský, 2001)

2 Stigmatizace

2.1 Vymezení pojmu stigmatizace

Stigma je přívlastek, který znehodnocuje daného jedince a může být jednou z příčin diskriminace nositele. Stigma jako takové má svůj původ již v antickém Řecku. Zde ještě neobsahovalo zaměření na duševní onemocnění, kterému se věnuji v této práci. Zahrnovalo především tělesné znaky, které na jedincích ukazovaly něco netradičního, neobvyklého nebo nedostatečného. (Ocisková & Praško, 2015)

„Stigma je znamení domnělé méněcennosti, vedoucí k odmítání jeho nositele druhými lidmi.“ (Chromý in Höschl, 2004, str. 226)

Jak můžeme vyvodit z definice stigmatu, kterou uvádí Chromý, za stigmatizaci v primárním významu můžeme považovat diskriminaci, omezení či předsudky vůči lidem, kteří jsou nějakým způsobem odlišní. Stigmatizací však může být i pohled jedince sama na sebe, kdy dotyčný často přebírá názory ostatních, časem si je přivlastňuje a bere za své. V dalších kapitolách si popíšeme různé druhy stigmatizace, sebestigmatizaci a také vznik stigmatizace.

2.2 Druhy stigmatizace

Stigma lze rozdělit na dva velké celky, jedním z nich je **veřejné stigma** a tím druhým je **osobní stigma**. Přesto je důležité na stigma nahlížet nejen jako na celek, ale také jako na samostatné podskupiny, které poté tvoří jednu část. Je důležité si uvědomovat, z jakého úhlu pohledu na stigma nahlížíme, jelikož některá onemocnění jsou stigmatizovaná veřejností více a některá méně. V některých případech má větší vliv a význam sebestigmatizace. Na následujících řádcích si proto rozebereme, jaké druhy stigmatu existují, co obnáší a jaký vliv mohou mít na nemocné osoby.

Veřejné stigma zahrnuje obecné reakce a postoje veřejnosti vůči skupině, které jsou založeny na stigmatu patřících k této skupině. Skládá se ze tří částí – stereotypů, diskriminace a předsudků. Stereotypy u duševních onemocnění často obsahují přesvědčení jako nekompetentnost osob s duševním onemocněním, charakterová slabost nebo to, že jsou lidé s duševním onemocněním svému okolí nebezpeční. Předsudky pak nejčastěji plynou do reakcí jako je strach nebo zlost. Na závěr se veřejné stigma projevuje také v diskriminaci, kdy se lidé vyhýbají tomu, aby lidi s duševním onemocněním zaměstnali, ubytovali nebo jim poskytli pomoc. (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005)

Osobní stigma se také skládá ze tří komponentů. Mezi tyto komponenty patří stigma očekávané, zakoušené a self-stigma. **Zakoušené stigma** je vše, co jedinec zažívá v důsledku své nemoci, tedy různá omezení či diskriminace. **Očekávané stigma** je přesvědčení nemocné osoby, že široká veřejnost má o dotyčném špatné mínění, bude ho diskriminovat a omezovat, protože má duševní onemocnění. Tudíž již dopředu nemocný očekává nějaká omezení a je přesvědčený, že jej blízké okolí a lidé okolo nějakým, především tedy horším, způsobem vnímají. Třetím komponentem je potom **self-stigma**, které sděluje, co si sami nemocní myslí o sobě a o svém onemocnění. Podrobněji si sebestigmatizaci probereme v oddělené kapitole. (Griffiths, Christensen & Jorm, 2008; Ocisková & Praško, 2015; Rüscher et al., 2005)

Stigma můžeme nadále rozdělit ještě jiným způsobem, a to na tři podskupiny – sociální, strukturální a internalizovanou. (Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005; Livingston & Boyd, 2010)

- 1) **Sociální stigma** – Pod sociálním stigmatem si můžeme představit stigmatizaci na úrovni skupin. Velké sociální skupiny podporují stereotypy vůči stigmatizovaným skupinám.
- 2) **Strukturální stigma** – Někdy také nazýváno jako institucionální stigma, existuje na systémové úrovni a odkazuje na pravidla, zásady a postupy veřejných či soukromých subjektů, které mají moc vůči lidem s duševním onemocněním.
- 3) **Internalizované stigma** – Toto stigma je spojeno se sebestigmatizací a je na individuální úrovni. V kontextu duševního onemocnění může být popsáno jako proces, kde zasažení jedinci přijímají stereotypy o duševním onemocněních, předpokládají sociální odmítnutí, zvažují stereotypy jako relevantní vůči nim a věří, že jsou znehodnocenými jedinci ve společnosti.

Jak jsem psal dříve, tak je vždy důležité, mít na paměti, o jaký typ stigmatizace se v danou chvíli jedná, aby se předešlo určitým dezinformacím nebo záměně v pohledu na určité stigmatizující postoje. Také je velmi podstatné si tento fakt uvědomovat při destigmatizačních kampaních, aby se vytvořily správné cíle a přesné zaměření.

2.3 Sebestigmatizace

Sebestigmatizace nebo také self-stigmatizace je specifickým druhem stigmatizace. Sebestigmatizace funguje na podobném principu jako veřejné stigma, které jsme zmínili v kapitole o typech stigmatu. Často je potom veřejné stigma a self-stigma spojenými nádobami, jelikož sebestigmatizace může vycházet z názorů, které má veřejnost a depresí zasažení jedinci je poté přebírají. Pokud se nemocný jedinec často setkává se stigmatizujícími postoji veřejnosti, může docházet k neustálému zhoršování jeho vlastní situace. Stereotypy, které jsme si zmínili u veřejného stigmatu (nekompetentnost, slabý charakter, nebezpeční vůči okolí) vedou k předsudkům, které pak nemocní přebírají sami k sobě a reagují na ně v podobě sníženého sebevědomí a osobní zdatnosti (self-efficacy), což může plynout v reakci nemocného, který nebude vyhledávat odbornou pomoc, aby neukázal svou slabost. Také se bojí žádat o práci nebo si shánět bydlení. (Rüsch et al., 2005)

Nejčastěji vznikají tři druhy reakcí na stigmatizaci. První z těchto reakcí je výše zmíněné snížené sebevědomí, kde nemocní přebírají názory společnosti a okolí, snižuje se jejich důvěra ve své schopnosti a váží si méně sami sebe. Může ovšem nastat i reakce opačná, kdy jedinec na stigmatizaci reaguje oprávněnou rozzlobeností způsobenou na základě předsudků, které zažívá. Tato reakce vede nemocné ke změně, stávají se více aktivními v jejich léčebném procesu a také se klienti snaží o zlepšení kvality služeb. Je proto potřeba být pozorný, jak daný jedinec na stigmatizaci vůči sobě reaguje. Zda stigmatizace způsobuje snížené sebevědomí či jsou nemocní podníceni k tomu, aby se stigmatizaci postavili. Existuje ještě třetí možnost, kdy jedincovo „self“ není zraněno ani podníceno. Jedincovo „self“ je nezasaženo a nemocnému je stigmatizace lhostejná. (Corrigan & Watson, 2002)

2.4 Vznik stigmatizace

Jak jsme si mohli přečíst na začátku kapitoly stigmatizace, tak její výskyt lze zaznamenat již v době antického Řecka. Podobnou myšlenku naznačuje Chromý (1990) a doplňuje, že staří Římané neřešili šílenství jako lékařský problém. Lidé, kteří byli duševně nemocní, byli upalováni. Níže se však nebudeme věnovat historickým souvislostem, ale možným paradigmatům, která mohou vést ke vzniku stigmatu. Původem stigmatu mohou být dvě základní možnosti, viditelná vlastnost, jako je například tělesná

deformace, nebo neviditelná okolnost, což může být způsobeno tím, že patří do specifické skupiny lidí (Chromý in Höschl, 2004).

Corrigan (1998) ve svém článku upravuje poznatky od autorů Crockera a Lutsyho z roku 1986 a vysvětluje zde 3 možná paradigmatu vzniku stigmatu. Jsou jimi sociokulturní, motivační a socio-kognitivní paradigmatu.

- a) **Sociokulturní paradigma** znamená, že stigma vzniká, aby si lidé ospravedlnili běžné společenské nespravedlnosti. Například přesvědčení, že mexičtí Američané nejsou inteligentní, ospravedlňuje to, že jsou ekonomicky znevýhodněni.
- b) **Motivační paradigma** popisuje základní psychologické potřeby, které ovlivňují přístupy a předsudky lidí. Cítím se například lépe, když sám sebe porovnávám s horší skupinou lidí, než jsem já sám.
- c) **Socio-kognitivní paradigma** vysvětluje vznik stigmatu tím, že jsou to kognitivní struktury, které si jedinec vytváří, aby mu společenský svět dával smysl. Pro ukázkou, stigmata jsou v tomto případě přirozené tendence uspořádávat informace (například nadřazenými pojmy) tak, aby lidem dávaly smysl v relativním nekonečnu informací, kterým jsou v dnešní době zavaleni a mohli se v životě lépe orientovat. (Baddeley, 1982)

Stigma si lze dle Crockera a Lutsyho (in Corrigan, 1998) osvojit dvěma způsoby, kognitivně nebo sociálně. Kognitivní způsob je osvojen skrze kontakt s členem dané skupiny. Veřejnost se učí stereotypy vůči duševnímu onemocnění skrze interakci s lidmi, kteří jím trpí. Sociální stereotypy potom představují kulturní učení či tradice, které si daná kultura udržuje skrze úřady nebo starší členy komunity. Zahrnují atributy, které nejsou jednoduše pozorovatelné, jako je motivace, morální stránka nebo pohnutky. Stigmatizující postoje se jako výsledek sociálně daných stereotypů následně hůře odstraňují a mění, jelikož nezávisí na primární zkušenosti, a tudíž nejsou ovlivněny následnými protichůdnými důkazy (Kunda & Oleson, Rothbart & Lewis in Corrigan, 1998).

Na vznik stigmatu lze nahlížet i z jiného úhlu pohledu. Nejenže má stigma původ ve vlastnostech nebo typických a výrazných znacích jedinců, ale také může mít původ na základě jejich dřívějšího pojmenování. Nejstarším odborným pojmenováním poruch osobnosti v českém prostředí je totiž název „podivní a lidé nápadní“, jehož autorem je

A. Heveroch (Novák & Lásková, 2016). Již tento název nám naznačuje, že se o lidech s poruchami osobnosti nehovořilo příliš hezky. Není pak překvapením, že jsou lidé s duševním onemocněním považováni za nepředvídatelné, nebezpečné nebo z nich mají ostatní strach, jelikož se tento obraz budoval dlouhou dobu.

2.5 Dopady stigmatizace

Stigmatizace zasahuje do všech oblastí života. Lidé, kteří ji zažívají, se na základě stigmatizace často izolují, mají o sobě horší mínění a menší osobní zdatnost (Watson, Corrigan, Larson & Sells, 2007). Také se stává, že nechtějí žádat o práci, zhoršuje jim to vztahy v rodině, vztahy s kamarády nebo s partnerem. Dinos, Stevens, Serfaty, Weich & King (2004) ve své studii tvrdí, že stigma duševní nemoci bylo pro většinu participantů vážná starost, ovšem ne úplně pro všechny účastníky. Zároveň dodávají, že stigma na sebe může brát různé podoby a také může být zažíváno v jiných oblastech, jako je například léčba, diagnóza nebo sociální situace. Dalším důležitým výstupem je zjištění, že se lidé bojí hospitalizace z toho důvodu, že by v tomto důsledku mohli být následně stigmatizováni. To znamená, že lidé radši nevyhledávají odbornou pomoc a snaží se s nemocí buďto vypořádat sami nebo se nepokouší o vůbec nic.

2.6 Destigmatizace

Souboj se stigmatizací je běh na dlouhou trať a rozhodně není jednoduchý. Existuje mnoho způsobů, jak se vypořádat se stigmatizací. Od prosté komunikace s lidmi, které potkáte a nemají představu o duševních onemocněních, až po strukturované a dlouhodobé projekty organizací zaměřených na péči o duševně nemocné. Nejdůležitějším úkolem destigmatizace je odstraňování stigmat, které vznikají v důsledku nevědomosti, předsudků, strachu či diskriminace. Měla by také napomoci k lepšímu a přijatelnějšímu životu nemocných jedinců, jejich lepší zaměstnanosti, zlepšení postojů veřejnosti nebo k odstranění strachu pro vstup do léčebného procesu.

Corrigan (2000) ve svém článku zmiňuje 3 možné druhy anti-stigmatizačních strategií. Tyto strategie obsahují **edukaci** (odstraňovat mýty o duševních onemocněních jasnými faktickými informacemi), **protest** (apelovat na morální stránku lidí, aby přestali stigmatizovat lidi s duševním onemocněním) a **kontakt** (zprostředkovat interakci veřejnosti s osobami s duševním onemocněním). Ovšem každá z těchto strategií přináší možnosti neúspěchu nebo dokonce zhoršení situace. Edukace nemusí rozšířit méně stigmatizující postoje lidí. U protestu může vzniknout opačný efekt vzhledem k sociální

reaktanci a mohou se vytvořit ještě více negativní postoje. Na závěr, pozitivní kontakt může vzbudit dojem, že lidi s duševním onemocněním, se kterými se právě zástupci veřejnosti setkali, nerepresentují většinu osob s vážným duševním onemocněním a jsou pouze vybraným vzorkem.

3 Stigmatizace osob s depresí

Duševní onemocnění je dle Corrigan, Markowitz a Watsona (2004) dvousečný meč. Nejenže se jedinec musí vypořádat se symptomy a omezeními duševního onemocnění, ale také se musí vypořádat se stigmatizací, která mu snižuje možnosti a brání v naplnění jeho cílů. Nyní bychom proto přešli na propojení dvou předchozích kapitol, tedy na propojení deprese a stigmatizace. Jak už víme, deprese je závažné duševní onemocnění, které kompletně ovlivní život nemocného, od kognitivních, behaviorálních funkcí až po funkce sociální. Stigmatizace je přívlastek či nálepka, která zhoršuje lidem postavení v jejich životě. V následujících řádcích si spojíme tyto problémy dohromady a zjistíme, jaký mají vliv na životy jedinců, když se objeví společně.

Přestože dle některých studií (Angermeyer & Dietrich, 2006) nastal viditelný progres v oblasti stigmatizace lidí s duševním onemocněním, tak je ještě dlouhá cesta k tomu, abychom věděli, jak přesně se stigmatizací bojovat. Lidé s duševním onemocněním jsou stále považováni za nebezpečné, nepředvídatelné, nedůvěryhodné a slabé osoby, se kterými je těžké mluvit a jsou neschopné plného vyléčení. Pozitivní zprávou ovšem je, že ohledně deprese se názory lepší a objevuje se stále menší množství stigmatizujících postojů. Přesto se například ve výzkumu, který provedli Aromaa, Tolvanen, Tuulari a Wahlbeck (2011), ukázalo, že si stále kolem poloviny respondentů myslí, že deprese je způsobena slabou osobností jedince, že by se „měli dát dohromady“ a také, že to není opravdová duševní nemoc. Je tedy velmi náročné odhadnout, jakým směrem se postoje společnosti pohybují. Jak jsme zmínili na začátku kapitoly o stigmatizaci, rozeznáváme tři základní druhy stigmatizace. Očekávané stigma, veřejné stigma a self-stigma. Výzkumná šetření se často zaměřují na něco jiného, a proto se mohou ukazovat odlišné výsledky, zda jedinci čelí stigmatizačním postojům či nikoli. V některých případech se dokonce rozcházejí výsledky u stejných zkoumaných témat. V této kapitole se podíváme detailněji na tyto tři typy stigmatu a jejich vztah k depresi.

3.1 Veřejné stigma

Veřejné stigma, jak jsme zmínili na začátku, se týká postojů a názorů široké veřejnosti vůči lidem s duševním onemocněním, v tomto konkrétním případě s depresí. Veřejné stigma ztěžuje depresivním jedincům fungování ve společnosti, jelikož se jich ostatní lidé straní, mají z nich strach a následně s nimi nechtějí bydlet či pracovat. Následným stavem bývá, že lidé s depresí se s podobnými názory ztotožňují a stigmatizují

sami sebe, ale to si více popíšeme až v kapitole self-stigmatizace. Nyní se podíváme na některé výzkumy, které byly provedeny v souvislosti s postoji a názory veřejnosti vůči lidem s depresí.

Ve výzkumu, který proběhl v roce 2008 a podíleli se na něm Wang a Lai, bylo zjištěno, že 40 % lidí považuje depresivně nemocné jedince za nepředvídatelné, 20 % respondentů je považuje za nebezpečné a zhruba 10 % tázaných má představu, že deprese je způsobena slabou osobností jedince. Dále můžeme z výsledků výzkumu zjistit, že pokud lidé neměli žádnou zkušenost s depresivním jedincem ve své rodině či u kamarádů nebo z krátkých vinět (případových studií) nerozpoznali, že jde o depresi, tak 30 % lidí by takové jedince nezaměstnalo, stejné množství lidí má představu, že by se z toho nemocní mohli dostat sami, pokud by chtěli, a zhruba 15 % tázaných si myslí, že jsou to pouze znaky slabých osobností těchto lidí.

Podobné výsledky byly zjištěny v dalším výzkumu, kde průměrně 23 % lidí považuje osoby s depresí za nebezpečné vůči svému okolí, 56 % jich považuje za nepředvídatelné, 62 % tvrdí, že je s nimi těžké mluvit a necelých 20 % si stojí za názorem, že lidé s depresí by se měli dát sami dohromady a překonat onemocnění. Také potvrzují informaci, že pokud lidé znali někoho s duševním onemocněním, tak se neobjevil signifikantní rozdíl v náhledu na to, zda jsou depresivní lidé nebezpeční, jestli je s nimi těžké mluvit ani se neobjevil rozdíl v přesvědčení, že by se pouze měli dát dohromady. (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000)

V dalším výzkumu bylo zjištěno, že 57 % lidí považuje depresivně nemocné za nebezpečné, ale v případě, že by podstupovali léčbu, tak je za nebezpečné považuje pouze 12 % osob. Protichůdnou zprávou k těm předchozím pak bylo, že nejčastější reakcí na krátké případové studie byla touha pomoci, kterou mělo 98 % lidí, srdečnost či vřelost vyjadřovalo kolem 90 % zúčastněných a přátelskost 64 % účastníků výzkumu. Oproti tomu emocionální reakce v podobě strachu a nutkání se distancovat byly na úrovni 8 %, respektive 4,5 %. To nám ukazuje, že prosociální reakce převažovaly nad těmi negativními. (Peluso & Blay, 2009)

Touha pomoci a lítost byly nejčastějšími reakcemi na depresivní jedince i v dalším výzkumu, přesto se objevily reakce jako je strach ve 20 % případů, pocit nejistoty ve 24 % reakcí a dále také nepochopení, zloba nebo stud. Nejobvyklejšími vlastnostmi, které

depresivním osobám lidé přiřazovali, byly závislost na ostatních, bezradnost, zvláštnost nebo nepředvídatelnost. (Angermeyer & Matschinger, 2003b)

Rozdíly ve výzkumech jsou způsobeny odlišnými metodami, kterými byl testový vzorek zkoumán a stejně tak kulturní odlišností. Výše zmíněné výzkumy se totiž realizovaly v Brazílii, Německu, Velké Británii nebo Kanadě. Přesto nám naznačují, že nejčastějším problémem v oblasti veřejného stigmatu vůči depresivním lidem je představa o jejich nepředvídatelnosti, nebezpečnosti a přesvědčení, že si dokáží sami pomoci, nebo že je to způsobeno pouze tím, že jsou to slabé osobnosti. Výsledky veřejné stigmatizace ale bývají u deprese mírnější než u jiných duševních onemocnění, jako je například schizofrenie (Angermeyer & Matschinger, 2003b). U lidí tak často vyvolávají spíše prosociální chování, jako je touha pomoci či přátelskost, jak jsme si zmínili výše.

Angermeyer & Matschinger (2003a) dokonce ve svém výzkumu o stigmatizaci duševně nemocných lidí, který se zaměřoval na efekt nálepkování společnosti vůči lidem s duševními postiženími, zjistili, že nálepkování nemá prakticky žádný efekt na přístup veřejnosti vůči lidem s těžkou depresí. Jedním z důvodů může být to, že pojem deprese je svým způsobem záhadný a označuje široký okruh duševních problémů. Také se stává, že lidé nepřikládají depresi velkou důležitost a nepovažují jí za závažné duševní onemocnění.

Dobrou zprávu nám pak přinesl výzkum z roku 2010, kdy Pescosolido et al. porovnávali výsledky z roku 1996 a replikovali je v roce 2006. Zjistili, že 54 % lidí v roce 1996 připisovalo vznik deprese neurobiologickým příčinám. Kdežto v roce 2006, tedy o deset let později, již tomu bylo 67 %. To nám může naznačovat, že lidé mají stále větší povědomí o depresi a o tom, co ji způsobuje. Také během uvedených deseti let vzrostlo zastoupení lidí, kteří schvalují a podporují léčbu, ze 75 % na 85 %. Z toho bychom mohli do budoucna vyvozovat, že lidé mají více informací a mohla by se i nadále snižovat úroveň stigmatizace.

Jak můžeme vidět výše, mezi laickou veřejností se zvyšují znalosti o depresi. Angermeyer, Matschinger a Corrigan (2004) potvrzují, že pokud mají lidé větší znalosti o duševních onemocněních nebo se s duševním onemocněním osobně setkali u sebe či ve svém okolí, tak nejenže klesá stigmatizace, ale lidé mají také z duševně nemocných lidí menší strach i pocit ohrožení a nižší potřebu sociální distance. Oproti tomu, pokud se podíváme na výzkum, který provedl Wang a Lai (2008), tak tuto hypotézu potvrdit nemůžeme. Jejich výsledky nám totiž sdělují, že u lidí, kteří mají rodinného příslušníka

nebo kamaráda s depresí, či mají znalosti o tomto onemocnění, tak znalosti nevedou ke změně přesvědčení o tom, zda jsou lidé s depresí nepředvídatelní, nebezpeční nebo že by byli o své nemoci nesdílní.

3.2 Očekávané stigma

Očekávané stigma, nebo také někdy vnímané stigma, je přesvědčení nemocných, že lidé v jejich okolí nebo široká veřejnost k nim má stigmatizující postoje. To znamená, že nemocní už dopředu mají obavy, co si o nich druzí budou myslet a tím je následně ovlivněna ochota začít s léčbou, protože by se tím zařadili do skupiny, která je stigmatizovaná. Stejně tak mohou mít strach, co si o nich budou lidé myslet, když budou užívat léky, nebo že mají duševní onemocnění. Očekávají, že bude mít onemocnění vliv na jejich práci a také na jejich přátelství. (Roeloffs et al., 2003)

Spojitosť některých přesvědčení s očekávanou stigmatizací zkoumali Griffiths, Christensen, Jorm, Evans a Groves (2004) ve svém výzkumu. Osm z devíti tvrzení, které vybrali, mělo silnou vazbu na očekávanou stigmatizaci. Ptali se respondentů, zda si myslí, že ostatní zastávají tyto postoje vůči lidem trpící depresí. Těchto osm tvrzení znělo:

- Většina lidí si myslí, že se lidé z deprese dostanou sami, pokud budou chtít.
- Většina lidí si myslí, že deprese je znak slabosti.
- Většina lidí si myslí, že deprese není opravdové duševní onemocnění.
- Většina lidí si myslí, že lidé s depresí jsou nebezpeční.
- Většina lidí si myslí, že je nejlepší se vyhýbat lidem s depresí, aby se sám dotyčný nestal také depresivním.
- Většina lidí si myslí, že osoby s depresí jsou nepředvídatelné.
- Většina lidí by nezaměstnala někoho, o kom by věděli, že měl depresi.
- Většina lidí by nevolila politika, o kterém by věděli, že měl depresi.

Výše zmíněná tvrzení a jejich silný vztah k očekávané stigmatizaci nám ukazuje, jaké stigmatizační postoje lidé s depresí očekávají, že k nim budou lidé v okolí či široká veřejnost mít.

Několik výzkumů se zaměřilo na vliv symptomů deprese na očekávanou stigmatizaci, kde autoři výzkumů zjišťovali, jestli větší počet symptomů bude znamenat vyšší očekávané stigma. Pyne et al. (2004) a Griffiths, Christensen a Jorm (2008) potvrdili, že čím více se objevuje symptomů deprese, tím je větší očekávaná stigmatizace a zároveň

vyvrátili, že by to mělo nějaký vliv na výše zmíněnou veřejnou stigmatizaci. Dalším velmi podstatným faktem je to, že lidé, kteří trpí depresí, se obávali, že je budou stigmatizovat lékaři, u kterých budou vyhledávat pomoc. Je to jedním důvodů, proč někteří jedinci nevyhledávají odbornou pomoc. Kolem 20 % lidí očekávalo ponížení od praktického lékaře, od psychiatrů kolem 17 % a 16 % očekávalo ponížení od psychologů. Zároveň lidé očekávali, že budou považováni za nevyrovnané nebo neurotické osoby. Toto chování očekávali nejčastěji u praktických lékařů (18 %) a nejméně u psychologů (14 %). Tyto výsledky nám ukazují, že lidé mají strach ze stigmatizace, která by mohla plynout ze strany profesionálů poskytujících zdravotnickou péči. Závěrečným zjištěním bylo, že 46 % lidí očekávalo, že jakmile by vyhledali odbornou pomoc u psychiatra, tak by o nich měli ostatní lidé horší mínění. To samé platilo ve 39 % u vyhledání pomoci u psychologa a ve 21 % u praktického lékaře. Nemocní tedy mají představu, že vyhledání pomoci v oblasti duševního zdraví je stále velmi stigmatizováno a oddalují začátek nebo vyhledání léčby. (Barney, Griffiths, Jorm & Christensen, 2006)

Kromě vyhledávání odborné pomoci je zde otázka vyhledávání sociální podpory. Mnoho partnerů má spojenou otázku sociální podpory s aspektem stigmatu. Už předem uvažují, co by si ostatní mohli myslet o tom, že je jejich partner depresivně nemocný. Nebo pokud jim to sami neřeknou, jak jim vysvětlí, že jejich partner nechodí do práce nebo se vyhýbá pozvánkám na společenské akce od sousedů. Nejčastěji pak tyto obavy vedou k sociální izolaci iniciovanou právě partnery, aby se vyhnuli těmto otázkám a situacím. (Wittmund et al., 2002)

Práce s očekávanou stigmatizací je důležitá především z důvodu snížení strachu z vyhledání odborné nebo sociální pomoci. Nemocní jedinci totiž často očekávají, že pokud někdo zjistí, že trpí depresí, tak na ně bude pohlížet hůře. Rozhodnou se tedy nevyhledat odbornou pomoc, a tudíž nezačnou s léčbou nemoci. Vzniká tak začarovaný kruh, kdy lidé nevyhledají odbornou pomoc ze strachu ze stigmatizace, zhorší se jim symptomy a následně doopravdy zažívají stigmatizaci, které se předem báli. Mladí lidé očekávají stigmatizaci více než staří, ale starší jedince očekávané stigma při léčbě ovlivňuje více a stane se tak častěji, že do léčebného procesu nenastoupí nebo jej přeruší (Sirey et al., 2001).

3.3 Sebestigmatizace

Na závěr se podíváme na kapitulu, která se zabývá samotným jedincem s depresivním onemocněním a jeho vnímáním sebe samého. Jak jsme si již dříve zmínili, tak sebestigmatizace je propojena s veřejnou stigmatizací a u depresivního onemocnění tomu není jinak. Sebestigmatizace se nejčastěji objevuje u lidí, kteří o sobě mají negativní mínění vzniklé jako důsledek zvnitřnění stigmatizujících postojů nastavených společností. Například, když si lidé myslí, že je deprese způsobena tím, že jsou nemocní slabými osobnostmi. Tento stigmatizující pohled může způsobit, že budou lidé s depresí vyhledávat méně často odbornou pomoc, aby neukázali svou „slabost“. Podobně je se ukazuje, že u lidí, kteří věří, že by měli mít zvládnutí deprese ve svých rukách a dokázat jí kontrolovat, tak je menší pravděpodobnost, že pro sebe vyhledají pomoc. Přebírání postojů od společnosti a následná internalizace je tedy velmi závažným zdrojem neochoty a strachu, aby jedinec začal s léčbou, jelikož se na lidi, kteří využívají psychologickou pomoc, pohlíží jako na méněcenné, nedostatečné a slabé. (Barney, Griffiths, Jorm & Christensen, 2006; Vogel, Wade a Hackler, 2007)

Pokud bychom odhlédli od toho, co sebestigmatizace způsobuje a podívali se, co ovlivňuje self-stigma, tak Yen et al. (2005) tvrdí, že větší sebestigmatizace se objevuje u lidí, kteří mají závažnější depresi a u osob s nižším vzděláním. Oproti tomu faktory jako pohlaví, věk, délka onemocnění, sociální status, nebo případně zda má nemocný depresivní příbuzné či kamarády, nemají u osob s depresí se sebestigmatizací žádnou spojitost. To, že je self-stigmatizace ovlivněna závažností deprese, a tudíž i depresivními symptomy potvrzuje ve svém výzkumu také Busby Grant, Bruce a Batterham (2016). Tyto spojitosti by měly být brány v potaz při podpoře lidí s depresí, aby se nebáli začít s léčbou a mohlo se jim dopomoci k odstranění nesprávných předsudků, které mají sami vůči sobě.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

4 Výzkumný cíl a výzkumný problém

Na základě zvoleného tématu, jeho obsáhlosti, záměru důkladného porozumění a vzhledu do problematiky stigmatizace osob s depresí, jsem zvolil kvalitativní výzkum. Dle mého názoru je vhodné použít kvalitativní výzkum pro zjištění souvislostí mezi depresí a stigmatizací.

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda a případně jaká stigmatizace se objevuje v životech osob s depresí. Popřípadě pokud se stigmatizace objeví, jaký má vliv na život jedince s depresí. Dále mě zajímalo, jaká je souvislost mezi očekávanou stigmatizací, veřejnou stigmatizací a self-stigmatizací.

Následující výzkumné otázky jsem stanovil v rámci výzkumného šetření:

Hlavní výzkumná otázka č. 1: Jakou stigmatizaci očekávají lidé s depresí?

Hlavní výzkumná otázka č. 2: Jakou stigmatizaci zažívají lidé s depresí?

Hlavní výzkumná otázka č. 3: Jak stigmatizují lidé s depresí sami sebe?

Na základě těchto výzkumných otázek jsem zvolil tematické okruhy pro rozhovor s respondenty, aby měli možnost se k těmto oblastem vyjádřit. Otázky se tedy zaměřovali na veřejnou stigmatizaci, očekávanou stigmatizaci a self-stigmatizaci.

5 Metodologie výzkumu

5.1 Typ výzkumu

Jako metodu pro získání dat jsem zvolil polostrukturovaný rozhovor. Zvolil jsem tento typ rozhovoru na základě výhod, které zmiňuje Mioviský (2006) ve své knize. Přestože oproti nestrukturovanému rozhovoru je potřeba větší přípravy, tak pro mě na druhou stranu bylo snazší udržet respondenta v rámci oblastí, které jsou pro celkové téma důležité. Také pro mě bylo oproti strukturovanému rozhovoru výhodou, že jsem mohl zaměřovat pořadí otázek a témat, tudíž jsme mohli v konverzaci plynule přecházet z jedné oblasti do druhé.

Nejdříve jsem se probandovi představil, poté jsem ho uvedl do mé práce a zasvětil do tématu. Před zahájením samotného rozhovoru jsem znovu zopakoval etické aspekty práce s daty, účel výzkumu a poděkoval jsem respondentovi za čas, který si pro uskutečnění rozhovoru udělal. Následně jsem nastínil hrubou osnovu našeho společného rozhovoru. Na začátku byly otázky směřované k samotnému onemocnění. Poté jsem přešel k obecným a široce obsáhlým otázkám ohledně životních změn a stigmatizace. Účastník se tak mohl vyjádřit nejprve k tomu, co jemu samotnému přišlo nejdůležitější a nemusel se úzce zaměřovat na téma, které pro něj nebylo tak důležité. Respondent nebyl přerušován, dokud nevyčerpal téma, o kterém chtěl hovořit. Když proband vyčerpal své zkušenosti z obecných témat a oblastí, které mu přišly na paměť první, přešel jsem k dotazování, které se zaměřovalo na konkrétní, předem připravené otázky týkající se oblastí stigmatizace.

Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon a probíhaly na místech, které vyhovovaly respondentům nejen prostředím, ale také soukromím, pokud bylo vyžadováno. Rozhovory probíhaly příjemnou formou a přes náročnost tématu byli účastníci velmi otevření. Po ukončení rozhovoru jsem dal participantovi možnost doptat se na cokoli, co pro něj bylo důležité a znovu jsem ho ujistil o mlčenlivosti a etické práci s daty. Rozhovory trvaly mezi 45 až 90 minutami. Průměrně se rozhovor ve své délce pohyboval okolo 60 minut.

5.2 Metody zpracování dat

Po dokončení rozhovorů jsem začal s transkripcí zvukového záznamu. Následně jsem v programu Atlas.ti v rozhovorech vyhledával vzorce, významy a důležité informace. Po několikerém přečtení jsem postupně za pomoci otevřeného kódování zapisoval kódy do přepisu rozhovorů. Pro zpracování dat jsem zvolil metodu tematické analýzy, díky které

jsem postupně začal kódy skládat do subkategorií a následně do kategorií. Subkategorie jsem se pokusil naplnit kódy, které k sobě měly tematicky blízko. Některé kódy se prolínají ve více kategoriích, jelikož jejich význam je důležitý pro všechny tyto kategorie. Přehledovou tabulku s kategoriemi, subkategoriemi a kódy příkládám v příloze.

5.3 Výběr výzkumného vzorku

5.3.1 Kritéria pro výběr probandů

Na začátku výzkumu jsem si stanovil podmínky, které respondent musel splnit, aby se mohl zúčastnit výzkumu. Podmínky byly následující:

- 1) Naplnění symptomů deprese dle kritérii Mezinárodní klasifikace nemocí a zároveň proband nespadal do skupiny osob s bipolární poruchou
- 2) Probandovi byla deprese diagnostikována psychiatrem či psychologem
- 3) V době rozhovoru se proband nenacházel v akutní fázi a byl schopný reflexe situace

5.3.2 Získání účastníků výzkumu

Z počátku bylo náročné zvolit správný způsob oslovení probandů z důvodu citlivosti a závažnosti tématu. Při debatách ve svém okolí na téma mé bakalářské práce se ozývali lidé, kteří osobně znají možné respondenty, kteří si depresí prošli. Oslovením svého okolí jsem našel i další osoby, které si depresí prošli a byli ochotní o své zkušenosti hovořit. Počáteční reakce byla poměrně hojná a získal jsem pět možných probandů. Všichni potenciální probandi byli vždy nejdříve osloveni námi společnou osobou, zda jsou ochotni o této zkušenosti mluvit a až poté byl předán kontakt mně.

Než jsem však začal s prvními rozhovory, tři z pěti probandů se rozhodli, že nakonec o své zkušenosti nechtějí mluvit a setkání byla zrušena. Oslovil jsem tedy své okolí znovu, tentokrát skrze sociální síť Facebook. Díky velkému počtu sdílení mého příspěvku jsem získal dalších pět potenciálních probandů, které jsem opět kontaktoval skrze společné osoby, nebo se mi probandi ozvali sami. Z těchto pěti probandů jsem musel vyřadit dva. Jeden proband nesplňoval nastavenou podmínku č. 1 a druhý nesplňoval podmínku č. 2.

Celkem se výzkumu zúčastnilo 5 probandů. Všichni probandi splňovali předem nastavené podmínky a byli ochotni o své zkušenosti mluvit.

6 Výzkumný soubor

Všichni probandi si prošli depresí, kterou měli diagnostikovanou od psychologa či psychiatra. Všichni, kromě jednoho probanda, užívali antidepresiva. Celkem jsem do svého výzkumného souboru získal pět probandů, tři ženy a dva muže. Čtyři účastníci se nacházeli ve věku mladší dospělosti a jeden účastník byl v počátku střední dospělosti. V následující tabulce přikládám přehledná data. Jména, která jsou nadále uváděna, jsou pozměněna pro zachování anonymity.

Tabulka č. 1 Výzkumný soubor

Jméno	Věk	Pohlaví	Léčba
Kamil	28	Muž	Psychoterapie
Blanka	27	Žena	Antidepresiva + Psychoterapie
Veronika	31	Žena	Antidepresiva + Psychoterapie
Petr	22	Muž	Antidepresiva + Psychoterapie
Andrea	19	Žena	Antidepresiva

V následujících řádcích si detailněji popíšeme účastníky výzkumného souboru a jejich situaci, kterou si prošli a zažili.

Kamil – Kamil zažil více zátěžových životních situací najednou, kdy se musel vypořádávat s náročnou rodinnou, partnerskou a kariérní situací. Rozhodl se, že si chvíli od svých potíží odpočine a zůstane doma. Z krátkého odpočinku doma se rozvinula deprese a Kamil zůstal stále častěji doma. Kamil toto období popsal takto: „*Pak ze zevlení dvouměsíčního bylo zevlení půlroční a roční a tadyto období mám tak hrozně slitý dohromady. Tím, jak každé den byl opakující se to samý. Vstát, najíst se, jít si lehnout. Někdy ani nevstát a nenajíst se. Prostě ležet.*“ Nakonec za pomoci přátel zahájil léčbu formou psychoterapie.

Blanka – Blanka měla při svém zaměstnání velký počet aktivit navíc, do kterých byla zapojena a které ji svými povinnostmi zatěžovaly. Blanka měla náročný životní styl v podobě častého pobývání a popíjení ve společnosti. Po nějaké době došlo ke zhroucení

přímo v zaměstnání během pracovní doby. Tento nástup nemoci trval zhruba tři měsíce, než došlo ke zmíněnému zhroucení, poté následovala návštěva psychiatra a léčba v podobě antidepresiv a psychoterapie. Nejhorší období Blanka popsala jako: *„Já sem se vlastně léčila od ledna do léta intenzivně, tak um... v podstatě není zájem o nic. Tam je úspěch, když se člověk dokáže nějakým způsobem postarat sám o sebe, co se týká toho najíst se a umejt se jo.“*

Veronika – Veronika se v mladém věku pokusila o sebevraždu, což bylo vyústěním šikany doma a ve škole. Její druhý pokus o sebevraždu přišel při přesunu do Dánska za studiem, kde nezvládla adaptaci na novou zemi a kulturu. Často zde zažívala pocity samoty a náročnosti nového prostředí. Následně jí byla předepsána antidepresiva a doporučena psychoterapie. Antidepresiva s občasným přerušením bere až do současnosti, stejně jako stále v pravidelných intervalech navštěvuje psychoterapeutku.

Petr – Petr měl velké množství mimoškolních aktivit, které ho po nějaké době zahltily. Zlom nastal v době, kdy na týden odjel do zahraničí a setkal se s jiným typem chování vůči své osobě a ve svém okolí, než byl zvyklý. Po návratu nezvládl adaptaci zpět na prostředí, ve kterém pobýval, a aktivity s povinnostmi mu začaly přerůstat přes hlavu. Nástup byl pozvolný a Petr svojí situaci okomentoval slovy: *„Já jsem na začátku vlastně nevěděl, že je to nějaká nemoc, prostě jsem se cítil špatně. Tak to samozřejmě se občas každé cítí špatně a nevyhledává hned nějakýho doktora a tak. Takže jakoby pro mě to ze začátku takový jako neviditelný nebo prostě jako delší souvislejší doba, kdy jsem se necítil ideálně...“* Nakonec se Petr svým povinnostem začal vyhýbat úplně, zůstával stále častěji doma a postupně se u Petra rozvinula deprese. Petr poté začal brát antidepresiva a krátce také podstoupil psychoterapii.

Andrea – Andrea před necelým rokem prošla depresí, která se jí vyvinula na základě několika životních událostí, kterými prošla. Zprvu to byla náročná operace plicního onemocnění, které se vyžádalo téměř tříměsíční léčení v nemocni. Důsledkem léčby přibrala na váze a tím se nalomilo její sebehodnocení. Následně se ve škole nakupily povinnosti, které vznikly zameškáním a Andrea svou situaci zvládala stále hůře. To vyústilo ve zhroucení před vlastní matkou a následné řešení v podobě návštěvy odborné pomoci a nasazení antidepresiv.

7 Etické aspekty

Oblasti, které jsem ve své bakalářské práci zvolil, jsou pro participanty velmi citlivým tématem. Abych zachoval anonymitu respondentů, vystupují respondenti pod pseudonymy. Zároveň veškerá další jména, která byla zmíněna během rozhovorů, byla pozměněna. Všichni participanti byli před začátkem rozhovoru seznámeni s tím, že rozhovor bude nahráván. Se zaznamenáváním souhlasili. Zároveň byli ujištěni o mé mlčenlivosti a možnosti se seznámit s výsledky mé bakalářské práce. Z důvodu citlivosti dat, vztahů a jmen, které byly zaznamenány při rozhovorech, jsem se rozhodl přepsané rozhovory neuvést v příloze a přikládám tabulku s vytvořenými kódy, které plynou z rozhovorů.

8 Výsledky výzkumu

8.1 Veřejná stigmatizace

Kategorie veřejná stigmatizace vznikla na základě analýzy kódů a subkategorií. Obsahuje postoje, názory, stereotypy a chování lidí vůči respondentům. Kategorie veřejná stigmatizace obsahuje sedm subkategorií. Každá subkategorie se tematicky odlišuje a navazuje na tematické souvislosti kódů.

8.1.1 Přístup

Přístup k respondentům ze strany jejich okolí byl nejvíce zmiňovanou subkategorií. Respondenti se vyjadřovali k přístupu jejich rodiny, přátel, partnera nebo svého bližšího či vzdálenějšího okolí. Pravděpodobně i některé kódy z jiných subkategorií by se mohly zařadit do přístupu, přesto jsem se rozhodl kódy rozdělit tímto způsobem, aby spolu tematicky souvisely.

Všichni respondenti zažívali **podporu své rodiny** a v mnoha případech byla rodina právě tou esenciální pomocí pro zvládnutí deprese. Veronika podporu od svého otce popisuje takto: „*Když bylo potřeba, když mi bylo mizerně a potřebovala jsem nějakou dobu přerušit školu a on mi vždycky v tomhle podporoval a respektoval moje rozhodnutí.*“ Podobnou podporu zažívali i ostatní probandi od svých rodičů či sourozenců. Probandi ale také zažili přehlížení své nemoci vlastním otcem. Přístup otců byl ve všech případech méně nápomocný a chápavý oproti přístupu matek. Stejně jako respondenti zmiňovali podporu rodiny, shodovali se všichni probandi ohledně podpory a pomoci svých partnerů, pokud je v té době měli. Blanka to vystihuje slovy: „*...vždycky znova se mně snažil zvednout...*“ nebo „*...jako že to Marek (přítel Blanky, jméno bylo pozměněno) nevzdal, za to si ho hodně vážim... protože vim, že to bylo hodně těžký a vlastně jsem si na něm vylejvala věci, který... kdy mi ublížili jiný lidi... co s nim nemělo někdy vůbec co dělat...*“ Podporu probandi zažívali i od nejbližších přátel, kterým o svém onemocnění řekli. Kamil popsal zažívanou podporu následovně: „*Cítil sem od nich (přátel) obrovskou podporu.*“ Kromě podpory rodiny, přátel a partnera se objevil i podporující přístup ze strany kolegů v zaměstnání. „*...lidi v práci mne podrželi...*“, popsal Blanka.

Respondenti se shodovali v tom, že zažívali lepší přístup od několika skupin lidí. Jednou skupinou byli lidé, **kterí o onemocnění věděli**, oproti těm, kteří o onemocnění nevěděli. Tudíž část okolí na chování respondentů nebrala žádné ohledy. Dále zažívali

lepší přístup u osob, které měli **osobní zkušenost** s depresí nebo jiným duševním onemocněním. Osobní zkušeností je v tomto případě myšlena situace, kdy si sami onemocněním prošli nebo se objevilo v jejich blízkém okolí, v rodině nebo mezi přáteli. Lidé s osobní zkušeností měli navíc vůči respondentům lepší přístup než lidé, kteří o nemoci pouze věděli. Veronika tuto skutečnost popisuje slovy: „*Valná většina lidí, kteří buď nemají ty zkušenosti, nebo měli, ale jen krátkodobý, tak si neuvědomují, kolik úsilí to stojí.*“ Tím naznačuje, že někdy ani to, že lidé o onemocnění věděli, nestačilo k dostatečně empatickému přístupu vůči respondentovi. Probandi se také setkávali s lepším přístupem ze strany lidí, pokud měli vystudované humanitní obory, u kterých cítili větší empatii.

Participantů zažívali **stigmatizující přístup spíše od starších lidí** než od mladší generace. Starší lidé měli větší potřebu sdělovat své názory, hodnotit situaci a doporučovat své léčebné postupy. Se stigmatizujícím přístupem svého psychiatra se setkala respondentka Andrea. Její psychiatricka nevěřila, že Andrea neví, z jakého důvodu se jí deprese objevila. Na závěr subkategorie přístupu bych rád dodal, že se účastníci setkávali především se soucitným a také s pozitivním přístupem, který byl ale zmíněn především v souvislosti s lidmi v blízkém okolí. To pravděpodobně souviselo i s faktem, že blízcí lidé o problému věděli.

8.1.2 Izolace

Ve veřejné stigmatizaci respondenti zažívali kromě výše zmíněných pozitivních postojů a přístupů i ty negativní. Mezi ně patří i **izolace**. Často plynula z nerozpoznání depresivních symptomů. Okolí respondenty nepovažovalo za nemocné, a tak pouze vnímalo situace, ve kterých jsou na ně respondenti nepříjemní. Respondenti často zažívali situace, kdy **se jich širší okolí či přátelé stranili**. Tyto situace nastávaly například ve škole, při společenských akcích nebo kamarádských srazech. Andrea o situaci, kterou ve škole prožila, říká: „*Ty (spolužáci) většinou třeba přešli do jiné skupinky.*“ Stranění Andrea nezažila pouze od svého okolí, ale také v určitých chvílích od své rodiny, která nerozpoznala Andreiny problémy. Rodina přikládala jejím problémům jiné příčiny: „*když už jsem se s nima sešla, tak se oni izolovali ode mě, protože sem byla nepříjemná a protože cejtli, že je něco špatně, ale mysleli si, že sem na ně jenom hnusná. A to samý i v rodině, brácha se se mnou přestal bavit, a táta si myslel, že sem na něj sprostá. Mamka se to snažila zvládnout, protože cejtla, že je něco špatně, ale potom to skončilo, že na mě řvala a museli jsme obě jít pryč.*“ V určitých fázích onemocnění zažívali participantů izolaci i od svých nejbližších.

Probandi popisují, že se jim **zmenšil okruh přátel** a postupně je ztráceli. „...byli lidi, kteří vědomě postupně omezili kontakt. Bylo vidět, že to dělají vědomě a pak teda byly případy, kdy to vyloženě řekli do očí...“,“ hovoří Veronika o své situaci, kterou se svým okolím a přáteli zažívala. Andrea na otázku, jak se změnilly tvé vztahy, odpověděla: „Nejvíce asi tak, že úplně mizely. Což bylo takový, že se člověk cítil sám a byl čím dál víc doopravdy sám.“ Dále se Andrea při rozhovoru zmínila o sociálních vztazích: „Přichází se o hodně lidí a o hodně kamarádů, což je jeden aspekt, co ovlivnilo to onemocnění.“ Kamil se ocitl v podobné situaci, kterou popisuje Andrea, jelikož se Kamilovi rozpadla celá síť vztahů: „Představuju si osobní život jako síť vztahů, který si vybuduješ, ale já neměl žádný vztahy kolem sebe. Můj osobní život byl spojený s realitou, který mi nabízely příběhy na internetu.“

8.1.3 Komunikace

Komunikace se u probandů vyvíjela v některých aspektech podobně jako izolace. „...do očí ti řekli, že se s tebou nechtějí bavit...“,“ popisuje Veronika situaci, která je podobná té v minulé subkategorii. Dalšími problémy v komunikaci byly nátlaky v podobě pocitu provinilosti, při nichž se matka Kamilovi snažila naznačit, aby se sebou Kamil něco udělal, protože jeho sestře je to líto a je z toho smutná. Výjimkou nebyla slovní provokace, kdy lidé v okolí slovně provokovali Blanku ohledně jejího onemocnění. Ovšem největšími rozdíly byla ochota probandů o svém onemocnění a své situaci mluvit. Nejčastěji své potíže sdělili pouze svým nejbližším nebo lidem, u kterých očekávali, že jejich potížím porozumí. Petr tuto situaci vyjádřil takto: „Těm nejbližším kamarádům sem to řek, protože sem věděl, že ty to pochopíš a že by to bylo asi špatný, kdyby kamarádi, kterým věřím, že by to nepochopili a taky že jo a jako úplně v pohodě.“

8.1.4 Omezení

Respondenti zažívali **omezení v oblasti sebevědomí a ambicí**. Obě oblasti si ještě probereme v kategorii sebestigmatizace, ale zde se zaměříme na jejich omezení. Andrea zažívala problémy se sebevědomím kvůli své nemoci či stigmatizaci, ale okolí jí bránilo, aby ono ztracené sebevědomí mohla nabrat zpět. Také Andree její okolí kvůli nemoci tvrdilo, že určitých vytyčených cílů, které měla před onemocněním, již nemůže dosáhnout. Dokonce, že by měla své ambice a cíle změnit, protože už na ně nemá schopnosti.

8.1.5 Předsudky k depresi

Předsudky, které se týkaly deprese, se nejvíce objevovaly především ve formě celkového **zlehčování momentálního stavu respondenta**. Předsudky byly spojeny s neznalostí symptomů a znaků deprese. Respondenti se setkávali s přívlastky, jako je lenost, nestabilita, nebezpečnost pro okolí, slabé osobnosti nebo že nejsou schopní se postarat sami o sebe. Celkově je lidé v jejich okolí považovali za někoho nenormálního. Zde jsou některé citace, jak probandi popsali situace, ve kterých se ocitli: „...*na základě čeho mi vlastně řekl, že se se mnou nechce vidat, protože si se mnou nepřipadá úplně bezpečně.*“ Dalším popisem je: „...*že jako deprese není skutečná nemoc a že vlastně depku má občas každý*“ nebo „*Ten v tom vidí, že utíkám od problémů a že jsem línej.*“

Participantů se nesetkávali pouze s výše zmíněnými přívlastky, ale také se zlehčováním jejich onemocnění. Museli se vypořádat s postoji okolí, které jejich onemocnění nepovažovalo za onemocnění, nebo předpokládalo, že si vymýšlí. Andrea o přístupu okolí k jejímu onemocnění říká: „*(lidé) třeba říkali, že je to pseudoprobém, že si ho dělám sama... Jen špatná nálada. Že si myslí, že je to jen veliký přehánění...*“ S podobným názorem se musela Andrea vypořádat u i svého otce: „*Přisuzoval to obyčejným věcem, že se toho svalilo víc najednou, že to třeba bude do tejdne v pohodě. Nebo že to je puberťáčka, že s ní házou hormony a podobně a on si to odůvodňoval různě, ale nenapadlo ho, že by to mohlo být něco vážnějšího.*“

8.1.6 Duševní onemocnění

Probandi se také setkávali s celkovými názory na duševní onemocnění, a ne pouze na depresi. Někteří lidé se v blízkosti participantů tvářili, jako by žádná duševní onemocnění neexistovala, a tudíž jejich problémům nerozuměli nebo je nechtěli pochopit. Také vyjadřovali názory vzhledem k respondentům ohledně toho, že trpí duševní poruchou. „...*máš to duševní onemocnění a bereš nějaký léky, tak z toho neměli dobrý pocit,*“ popisuje Veronika. Názory okolí nemířily vždy přímo na onemocnění depresí, ale někdy také mířily k obecné nálepce, duševního onemocnění.

8.1.7 Léčba

Poslední subkategorií je léčba. Účastníci se setkávali s názory nejen na jejich léčbu, ale také se někteří z nich setkávali s **názory samotného okolí, jakým způsobem by léčba měla probíhat** a co by pro svoje dobro měli dělat. „*Musíš jít ven, jít se projít. Že se rozhodli to vzít do vlastních rukou, aniž bych je o to žádala, a rozhodli se, že budou lepší,*

než doktoři a vyřeší to sami,“ a *„Že bych měla chodit častěji ven a když se dobiju vitamínem D, tak ta deprese zmizí. To sem slyšela asi 3x,*“ vylíčila Andrea přístup některých lidí ve svém okolí na její léčbu. Přístup k antidepresivům popsala v předchozí subkategorii Veronika. Lidé, kteří věděli, že Veronika prochází léčbou duševního onemocnění, a užívá antidepresiva, neměli dobrý pocit z její přítomnosti. Názor na léčbu antidepresivy vyjádřili i lidé v okolí Andrey: *„Některý lidi si mysleli, že sem to nebyla já, že potlačovaly mě. Že na mě nasadili někoho usměvavýho. Ale ty deprese tam furt byly, si mysleli. Že mě to zdrogovává ty antidepresiva. Nebo že je to špatný pro moje tělo, že jakmile je vysadím, tak se ty deprese vrátí, že to není řešení. To byly asi nejčastější.*“ Souvislost léčby s antidepresivy vyvolává v okolí participantů nejasné a spíše negativní pocity.

8.2 Očekávaná stigmatizace

V druhé kategorii se podíváme na postoje a názory, které respondenti očekávali od lidí v jejich okolí. Čeho se dopředu obávali, jaký očekávali přístup lidí k nim samotným, k depresi nebo k léčbě. Kategorie očekávaná stigmatizace obsahuje čtyři subkategorie. Obavy, přístup, předsudky k depresi a léčba.

8.2.1 Obavy

Respondenti měli nejčastěji obavy, jak jejich okolí bude reagovat na stav, ve kterém se momentálně nachází. Participantů měli obavy, že je jejich okolí bude hodnotit hůře. Zároveň se **obávali nepochopení** i přes snahu jim svou situaci vysvětlit a popsat. Obavu z nepochopení předjímal nejen u cizích lidí, ale také u lidí, kteří byli pro respondenty blízcí. *„Bál bych se nepochopení. To bych se bál,*“ odpověděl Kamil na otázku, jaký by měl pocit, kdyby měl někomu cizímu vysvětlit svojí situaci. Podobné obavy zažíval Petr při vysvětlování situace svému okolí: *„Musel sem si počkat, u každýho sem si počkal na vhodnou dobu, že tam nikdo jinej nebude, protože ten zase mě tolik nezná a nemusel by to tak pochopit.*“

Obavy respondenti nezažívali pouze při objasnění své situace, ale i při řešení otázky zaměstnání. Zisk pracovní pozice souvisel s obavou, že kdyby zaměstnavatel věděl o probandovo onemocnění, nemusel by jej do zaměstnání přijmout nebo by to mohlo ohrozit šance, které při přijetí má. Zároveň pokud zaměstnání měl, tak to mohlo zhoršit jeho momentální situaci. Kamil o svém přijímacím řízení říká: *„Ale vybral sem si takovou*

pravdu, abych nekles v očích zaměstnavatele, kterej mě přijímá, protože se mu líbí můj životopis, a ještě neměl šanci mě poznat.“

8.2.2 Přístup

Očekávání měla souvislost především se **změnou pohledu** na respondenty ze strany svého okolí. Nejvíce se respondenti obávali, že by na ně lidé mohli pohlížet hůře, kdyby o jejich onemocnění věděli. Své obavy ze změny přístupu popisuje Petr: *„No očekával jsem, že to bude takový, že se v tom budou chtít pořád vrtat a že... čekal jsem, že na mě budou koukat skrz prsty.“* Zajímavou reflexí byl Andrey popis situace, ve které někteří o onemocnění věděli a někteří ne: *„U některých asi kdybych to řekla, že určitě by asi chápali líp, co se děje, než když nevěděli, co se děje.“* Andrea tím pravděpodobně chtěla vyjádřit, že kdyby některým lidem o svém onemocnění řekla, mohli by se začít chovat lépe, než tomu bylo doteď. To by mohl být zajímavý poznatek, jak s postoji lidí v budoucnu pracovat.

8.2.3 Předsudky k depresi

V počátku onemocnění neznali znaky deprese ani samotní respondenti. Jejich **názory ohledně depresivního onemocnění se ne vždy zakládaly na pravdě**, a proto dotyční očekávali, že se k nim na základě jejich vlastního přesvědčení budou lidé i takto chovat. Za zmínku stojí přesvědčení, že je ostatní lidé na základě deprese budou považovat za šílence. Také očekávali, že se deprese považuje za slabost jedinců. Náзор na slabost jedince vysvětluje Petr slovy: *„Že se to prostě jako by, měl jsem dojem, že se to bere jako za slabost.“* Petr tak očekával, že se k němu budou lidé v jeho okolí chovat jako k někomu slabému.

8.2.4 Léčba

V subkategorii léčba se jednalo především o **nedůvěru k jakékoliv odborné pomoci**. Někteří respondenti nevěřili, že by jim mohl psycholog či psychiatr pomoci a tím pádem to mohlo ovlivnit jejich přístup k léčbě, popřípadě výsledek jejich léčby. Očekávali, že jim odborná pomoc nedokáže pomoci. Také nechtěli začít navštěvovat psychiatra či psychologa. *„...to že bych měl jet k nějakýmu odborníkovi, ta představa se mi nelíbila“* a *„jak by mi mohl někdo pomoci, když nemůže přece rozumět tomu problému, když mu nerozumím já,“* říká Petr a Kamil o své nedůvěře k odborné pomoci.

8.3 Self-stigmatizace

Kategorie self-stigmatizace opět vznikla na základě tematického sloučení kódů a analýzy subkategorií. Podobně jako obě předchozí kategorie i tato kategorie odpovídá kapitole, která byla zmíněna v teoretické části. Respondenti se v rozhovorech zmiňovali o hodnocení sebe samotných ve vztahu k jejich onemocnění. Dále se vyjadřovali k izolaci, komunikaci a léčbě. Některé kódy se opakují a byly zmíněny již v předešlých kategoriích. Ovšem v této kategorii si ony postoje a názory vytvářeli respondenti vůči sobě a je tedy důležité mít na paměti, že v této kategorii nejsou zahrnuty samotné názory okolí vůči participantům. Přesto mohly některé názory a postoje plynout z veřejné či očekávané stigmatizace.

8.3.1 Sebehodnocení

Nejvíce popisovanou a zmiňovanou kategorií bylo sebehodnocení. Respondenti v tomto případě často hovořili o pohledu na ně samotné v souvislosti s jejich onemocněním. Jelikož ve svém okolí participantů často slýchávali názory na jejich onemocnění nebo přímo na osobnost participantů, **ovlivňovalo to jejich sebehodnocení**. Nejčastěji se objevovala snížená důvěra ve své schopnosti, pocit méněcennosti, pocit selhání, pocit hlouposti nebo snížené mínění o sobě. Andrea o sobě říká: „...protože sem se potom fakt cítila taková, že si o mě nemůžou lidi dělat starosti, protože za to nestojím a tak.“ Veronika popisuje pocity méněcennosti následovně: „...pak bylo období, poměrně nedávný, kdy já jsem se dostala do takovýho stavu, že já jsem měla pocit, že jsem vlastně bezcenná...“ Podobné pocity méněcennosti a zhoršeného náhledu na sebe provázely všechny respondenty.

Výjimkou nebyly pocity studu nebo domněnky, že si reakce, které zažívají, zaslouží. V některých případech dokonce **participantů přestali mít rádi sami sebe**. Pro participanty bylo velmi náročné udržet o sobě dobré mínění, jelikož stigmatizující názory slýchávali ve svém okolí. Následně názory okolí přebírali sami na sebe. Kamil svůj pocit, kdy se neměl rád, popisuje: „Byl sem člověk, kterej se měl vždycky rád. A teď už se zase rád mám. V té době jsem se neměl rád.“ Respondenti se také potýkali s vlastním názorem na depresi a Andrea o své depresi říká: „...prostě jsem se bála, že ten pseudoproblém mám a že to ve skutečnosti není problém.“ Respondenti se museli vypořádávat nejen se stigmatizujícími postoji ze svého okolí, ale také s vlastními pochybami.

8.3.2 Izolace

Izolace měla **spojitost s vlastním náhledem participantů na sebe sama** a s postoji, které si v sobě vytvořili. Veronika nechtěla vycházet ven, jelikož měla o sobě špatné mínění a necítila by se mezi lidmi dobře. Veronika začala sama omezovat kontakt se svým okolím, jelikož jí bylo příjemnější nevysvětlovat každému svou situaci a proč se v této situaci nachází. Líčí svůj stav slovy: *„Ještě mě napadla jedna věc k tomu, jak jsem omezila ten kontakt. Svým způsobem mi to i bylo příjemný, ta izolace. Ne ve smyslu, tak teďka se přestanu vídat s lidma, ale to že vlastně jsem díky tý izolaci jsem mohla fungovat, tak jak mě bylo pohodlný řekněme. Nemusela jsem se starat, jestli někam chodím včas. Došla jsem si na konkrétní místo svým tempem a vždycky když mi bylo hůř a měla jsem třeba míň energie. Nemusela jsem rušit schůzky. Nemusela jsem se na nic vymlouvat. To je další věc, většinou lidí, když už jsem musela rušit schůzku, tak jsem si musela vymyslet důvod proč tu schůzku ruším. Nebylo to, že bych jim napsala...promiň je mi mizerně, nemůžu přijít... vždycky sem musela mít buď chřipku nebo sem se musela zdržet v práci nebo nějaké takovejhle běžnej důvod.“* Kamil svou izolaci vysvětluje: *„...nechtěl sem to vysvětlovat ven jiným lidem, proto sem nevycházel ven.“* Andrea dodává: *„Potom sem byla mnohem míň osobní a snažila jsem se distancovat.“*

8.3.3 Komunikace

Také komunikace je během onemocnění ovlivněna sebestigmatizací ze strany respondentů. Nejčastěji se pojí se situací, kdy se respondenti **vyhýbají vysvětlení lidem ve svém okolí nebo částečně skrývají pravdu**. Vyhýbají se vysvětlení nejen cizím lidem, se kterými se potkají, ale také kamarádům. Kamil naznačuje problematiku vysvětlování slovy: *„Nemusí mě vnímat celýho, ale asi jo. Je to o tom, že jim to nechci vysvětlovat.“* Také svoji komunikaci participantů vůči svému okolí celkově omezují. Andrea o své komunikaci říká: *„Nemluvila jsem o osobních věcech. Nebo sem mluvila míň, že sem spíš poslouchala, ale sama sem skoro nic neřekla.“* Komunikace je pro respondenty často obtížná a mohou se jí vyhýbat, aby se neocitali v nekomfortních situacích.

8.3.4 Léčba

Poslední subkategorií, jako v obou předešlých kategoriích, je léčba. Respondenti užívající antidepresiva z počátku o svém onemocnění a léčbě měli málo znalostí a z toho plynuly i jejich **postoje k léčbě a lékům**. Petr svůj názor na antidepresiva popisuje: *„Ze začátku jsem proti těm lékům bojoval, vůbec jsem to nechtěl, protože jsem si představoval lidi, co berou silný antidepresiva a jsou prostě utlumený, pomalu o sobě neví, jsou to*

zombíci...“ Petr pokračuje o jeho přístupu k odborné péči následovně: *„Oni mi řekli, že bych to měl řešit s odborníkem a pro mě to vlastně byla potupa.“* Pro některé respondenty není jednoduché začít s léčbou, protože jí sami nevěří. Nevěří nejen léčbě, která jim byla nastavena, ale také psychologům či psychiatrům, kteří jim léčbu nastavili.

8.4. Destigmatizace

V této kategorii bych rád popsal některé přístupy, které respondenti zvolili, aby reagovali na stigmatizaci nebo jí ve svém okolí předešli. Objevily se tři přístupy v souvislosti s destigmatizací, o které se participanti pokusili. Byly jimi **konfrontace, otevřenost a vysvětlení**. O konfrontaci se pokusila Blanka, když se setkala s reakcí svého okolí na její depresi: *„...někdo řekl, že jako deprese není skutečná nemoc a že vlastně depku má občas každý...takovýto, co když řekneš člověku, co má jako depresi, tak...tak mu vlastně trochu ublíží...ale nebylo to od přátel... a já jsem šla toho člověka s tím konfrontovat...“* Blanka se také řídila otevřeností vůči svému okolí, aby předcházela stigmatizaci: *„...já jsem to nastavila u sebe tak, že ty lidi jako nemaj na to ani prostor...jo, já jsem udělala...tim, že jsem o tom já od začátku vlastně, co jsem mohla nějak, mluvila tak otevřeně, o tý svojí léčbě práškama, o tom, co se stalo, co říkám teďka tobě, já takhle mluvím s každým...“* Andrea při diskuzi o svých přátelích řekla: *„Blízkým sem to řekla, to nebyl problém.“*

Kromě těchto přístupů, o které se respondenti pokoušeli, se také probandí setkávali s obecnými vzorci, o kterých jsme již částečně mluvili. Jsou jimi skutečnosti, že lidé s osobní zkušeností s depresivním onemocněním nebo s jinou duševní nemocí ve svém okolí měli lepší přístup k respondentům. Také pro ně měli větší pochopení. Lepší přístup se objevil také v momentě, kdy okolí o nemoci vědělo, než když o nemoci nevědělo vůbec. Na závěr bych porovnal dvě skupiny. První skupinou jsou lidé, kteří o onemocnění participanta věděli a zároveň měli osobní zkušenost s duševním onemocněním a druhou lidé, kteří o onemocnění pouze věděli. Z tohoto srovnání vychází lidé s osobní zkušeností lépe a zastávají méně stigmatizující postoje. Zároveň mají pro osoby s depresí větší pochopení.

9 Diskuze

Cílem mého výzkumného šetření bylo zjistit, zda se v životech lidí s depresí objevuje stigmatizace. Pokud se v životech nemocných objevuje, usiloval jsem o zmapování, jakých oblastí se stigmatizace týká a jaký druh stigmatizace zažívají. V diskuzi se pokusím propojit některá data získaná z provedeného výzkumu s teoretickými poznatky. Také v diskuzi zhodnotím limity a možné nedostatky výzkumu, které se mohly ve výsledcích projevit.

Je velmi náročné a ani nebylo mým cílem přinést jasné odpovědi na otázku stigmatizace deprese. Toto omezení plyne z velikosti souboru, při kterém je obtížné obsáhnout velkou variabilitu stigmatizace v životech nemocných a zjistit tak všechna úskalí, která jsou se stigmatizací propojena. Pokusil jsem se tedy alespoň přinést hlubší vhled do situací a oblastí, kde by stigmatizace mohla zatěžovat životy jedinců a zjistit, zda mezi sebou mají druhy stigmatizací nějakou souvislost. Nepopíratelným limitem v mém výzkumu je věk respondentů. Vzhledem k tomu, že nejstaršímu respondentovi je 31 let, nejsou příliš obsaženy názory starší populace, které by se jinak častěji pohybovaly v životech jedinců ve starší dospělosti nebo ve staří. S věkem může být také spojena míra stigmatizace. O duševních onemocněních se v dnešní době mluví více, než tomu bylo dříve a názory mladších generací jsou otevřenější. Z toho plyne, že stigmatizace může být vyšší, než se z výsledků může zdát, především u starší populace. Bylo by zajímavé zjistit, jaký vliv má věk osob na stigmatizující postoje vůči lidem procházejícím si depresí.

Usiloval jsem o zjištění souvislostí mezi očekávanou stigmatizací, veřejnou stigmatizací a self-stigmatizací. Z výsledků výzkumu se zdá být patrné, že očekávání nemocných nemá vliv na veřejnou stigmatizaci. Tedy na postoje a názory, které zastává společnost. Větší souvislost ukazuje očekávaná stigmatizace se self-stigmatizací. Objevily se situace, kde lidé očekávali zhoršený pohled a nepochopení od lidí ze svého okolí. Tato očekávání mohou mít následky v podobě stranění se okolí, rušení zálib nebo nevycházení ven. Jelikož nemocní očekávají nepochopení od lidí, začnou se izolovat od svého okolí. Další spojitost očekávané stigmatizace se self-stigmatizací může být očekávaný pohled na jejich onemocnění ze strany společnosti. Nemocní očekávají, že jejich okolí zastává názor, že mít depresi, znamená mít slabou osobnost. To může plynout v odkládání začátku léčby, jelikož nemocní nechtějí být nálepkováni a být považováni za slabé osobnosti. Tyto výsledky korespondují s výsledky, které zjistil Barney et al. (2006) ve své studii.

Zásadním rozdílem, který se oproti teoretické části objevil ve výsledcích výzkumu, je zjištění, že se lidé s depresí obávají stigmatizace od psychologů či psychiatrů, která byla zmíněna ve studii z roku 2006 (Barney et al.). Ve výsledcích mého výzkumu se žádné takové obavy neobjevily. Respondenti spíše projevovali nedůvěru vůči odborné pomoci. Ovšem rozdíl může plynout z rozdílné kultury, rozdílné metody zkoumání a početnosti vzorku. Barney et al. prováděl výzkum v Austrálii, kde se mohou objevovat kulturní rozdíly v pohledu na odbornou pomoc. Zároveň vzhledem k nízkému počtu respondentů nelze určit, zda se tato skutečnost vůbec neobjevuje nebo je to pouze způsobeno výzkumným souborem.

Pokud bychom se přesunuli od spojitosti self-stigmatizace s očekávanou stigmatizací a podívali se na souvislost self-stigmatizace s veřejnou stigmatizací, můžeme též vidět určité spojitosti, které vyplývají na povrch. V tomto případě jsou souvislosti zřetelnější, než tomu bylo v předchozím případě. Názory a postoje okolí výrazně ovlivňují sebehodnocení osob s depresí. Respondenti zažívali podobné názory ze svého okolí, jako tomu bylo ve výzkumu, který uskutečnili Wang a Lai (2008), kde veřejnost považovala lidi s depresí za nepředvídatelné, nebezpečné nebo za slabé jedince. S podobnými přívlastky se setkávali také respondenti a zároveň přiznali, že měli tendence tyto názory od svého okolí přebírat, přestože je dříve o sobě nezastávali. Je tedy pro respondenty velmi náročné zachovat si o sobě dobré mínění a udržet si důvěru ve své schopnosti.

Stigmatizační postoje a chování okolí se nejčastěji projevují ve snížené či ukončené komunikaci s nemocným. Někdy není omezená pouze komunikace, ale také celkový kontakt s nemocným. Okolí se od nemocného straní, což plyne ve ztrátu přátel a sociálních vztahů. Pro nemocného může být velmi náročné se s nemocí vypořádat, jelikož mu okolí situaci neulehčuje a uvádí nemocného do samoty. Ze stranění okolí plynou pro nemocného i další obtížné situace. Nemocný začíná pochybovat sám nad sebou a uvažuje, zda je chování jeho okolí vůči němu oprávněné a reakce, které zažívá, si zaslouží. To může vyústit v přebírání názoru od svého okolí, a i následnému sebestigmatizování.

Dobrá zpráva, která z výsledku vyplývá, je relativně častý výskyt podpory partnera, blízkých přátel a rodiny. Stále však mějme na paměti četnost vzorku a charakter kvalitativního výzkumu, který může hrát zásadní roli. Stigmatizace z okruhu přátel, rodiny a partnera tak byla minimální. Rodina a partner byli důležitými články při zvládnutí onemocnění. U své rodiny a partnera měli participanti jistotu, že zde až na výjimky

naleznou bezpečné prostředí, bez stigmatizačních postojů a názorů. Z výsledků plynulo, že pokud se objevily stigmatizační postoje z rodiny, objevily se u otců, kteří buď neměli dostatek empatie, nebo se pokoušeli přehlížet, že jejich potomek by mohl mít depresi. Partneři byli pro respondenty vždy velkými oporami a neměli vůči nim stigmatizující postoje. Míra soucitu, podpory a pomoci od okolí se shodují s výzkumy, které provedl Peluso a Blay (2009) a Angermeyer a Matschinger (2003b), kde se nemocní setkávali se soucitnými a nápomocnými reakcemi ze svého okolí.

Stigmatizace ohledně léčby se pojila se všemi druhy stigmatizace. Ze strany veřejnosti se objevovaly předsudky vůči antidepresivům. Nemocní pod antidepresivy byli považováni za někoho jiného. Sami nemocní měli k antidepresivům zhoršená očekávání a měli obavy, co s nimi antidepresiva způsobí. Zároveň cítili potupu v případě, že odbornou pomoc využili. S léčbou a léky se u duševních onemocnění může pojit velká stigmatizace, která může plynout v neochotu zahájit léčbu.

V neposlední řadě bych se rád věnoval kategorii destigmatizace, která vyplynula během rozhovorů a analýzy dat. Z výsledků výzkumu bylo viditelné, že lidé zažívali lepší postoje od osob, které měli osobní zkušenost s duševním onemocněním ze svého okolí nebo si onemocnění sami prošli. Tento předpoklad pro snížení stigmatizace je sice hůře realizovatelný, přesto díky stávajícímu trendu edukace s pomocí peer-konzultantů, je stále reálnější. Dalším předpokladem pro lepší postoje bylo vědomí nemoci. Lidé, kteří o onemocnění respondenta věděli, měli méně stigmatizující postoje a byli schopni vyjít nemocnému vstříc. Také měli pro jeho chování více pochopení.

Respondenti se sami pokusili o některé destigmatizační postupy, které se shodují s těmi, které zmínili Corrigan et al. (2000). Corrigan et al. popsali jako destigmatizační postupy edukaci, protest a kontakt. Nemocní se skrze vysvětlení vlastní situace pokoušeli edukovat své okolí o svém onemocnění. Zároveň s nimi byli v kontaktu, čímž lidé v jejich okolí zažívali, jaké to je, být v běžném kontaktu s duševně nemocným. Někteří se pokoušeli přímo o konfrontaci s lidmi, kteří vůči nim měli stigmatizující postoje. Všechny tyto použité strategie participantům téměř vždy pomohli ke zlepšení jejich situace.

Na závěr diskuze bych souhlasil s tvrzením, které ve své práci popsali Corrigan et al. (2004), ve kterém duševní onemocnění popisují jako dvousečný meč. Toto tvrzení si troufám na základě výsledků potvrdit, jelikož se lidé museli vypořádávat nejen s příznaky

a dopady deprese, ale také se stigmatizačními názory a postoji, které zažívali ze svého okolí.

I přes veškeré limity tohoto výzkumu, je zřejmé, že lidé s depresí ve svých životech zažívají stigmatizaci a často ji také očekávají. Otázkou tak stále zůstává, jakým způsobem se stigmatizací co nejefektivněji pracovat a lidem s depresí od stigmatizace co nejvíce ulehčit.

10 Závěr

V teoretické části této bakalářské práce jsem představil komplexní informace o depresivním onemocnění. Popsal jsem příznaky a dopady deprese na život nemocných. Dále jsem se věnoval stigmatizaci, která je spojená s duševním onemocněním. V této kapitole jsem se zaměřil na druhy stigmatizace, vznik stigmatizace a také její dopady na život duševně nemocných. Na závěr teoretické části jsem propojil poznatky obou zmíněných kapitol. Všechny tyto kapitoly dávají teoretický podklad pro praktickou část této bakalářské práce.

V empirické části práce jsem představil provedený výzkum. Stanovil jsem tři výzkumné otázky, které se týkaly očekávané stigmatizace, self-stigmatizace a veřejné stigmatizace. Mým cílem bylo zjistit, zda se tyto druhy stigmatizace objevují v životech osob s depresí. Pokud se stigma objevilo, bylo mým cílem zjistit, jak jejich život stigmatizace ovlivňuje.

Výsledky výzkumu korespondovaly se značnou částí teoretických poznatků. Přestože výsledky nelze zobecnit na celou skupinu osob s depresí, tak je z výsledků výzkumu zřejmé, že lidé s depresí zažívají potíže se stigmatizací ze svého okolí. Veřejná stigmatizace se nadále může u některých osob vyvinout do sebestigmatizace. Ze získaných dat nelze jednoznačně říci, která stigmatizace ovlivňuje životy nemocných nejvíce. Výsledky tak daly podklad pro hlubší vhled do života jedinců s depresí ve spojitosti se stigmatizací duševních onemocnění. Tento vhled může přinést nové poznatky do problematiky stigmatizace osob s depresí a pomoci pro stanovení budoucích destigmatizačních kroků.

Přílohy

Příloha č.1 - Kategorie kódů

KATEGORIE	SUBKATEGORIE	KÓDY
Veřejná stigmatizace	Přístup	Lepší přístup (humanitní obory)
		Osobní zkušenost > vědomí nemoci
		Osobní zkušenost s nemocí (lepší přístup)
		Podpora partnerem
		Podpora přáteli
		Podpora rodinou
		Podpora v zaměstnání
		Pochopení mladšími
		Pozitivní přístup okolí
		Přecházení nemoci otcem
		Přijetí přáteli
		Přijetí rodinou
		Soucit blízkých
		Stigmatizace psychiatrem
		Stigmatizace staršími
		Strach o nemocného
		Vědomí nemoci (lepší přístup)
		Vědomí nemoci (nedostatečný vhled)
	Izolace	Okolí se strnilo
		Snížení okruhu přátel
		Ukončení kontaktu
		Ztráta přátel
	Komunikace	Blízkým ochota vysvětlit
		Nátlak do provinilosti
		Provokace
		Ukončení komunikace
	Omezení	Omezení návratu sebevědomí
		Snížené ambice (od okolí)
	Předsudky k depresi	Nebezpečnost pro okolí
		Nenormálnost
		Neschopnost se o sebe postarat (okolí)
		Nestabilitnost (od okolí)

		Neznalost deprese (okolí)
		Považován za líného
		Slabost (od okolí)
		Zlehčení deprese
	Léčba	Předsudky k antidepresivům
		Snaha o léčbu od okolí
		Žádný vliv okolí na léčbu
	Duševní onemocnění	Neznalost duševních onemocnění
		Pohled na duševní poruchy
Předstírání neexistence duševních onemocnění		
Očekávaná stigmatizace	Obavy	Obava z nepochopení
		Obava ze zhoršení pozice v práci
		Strach z nepochopení cizími
		Strach z nepřijetí do práce
		Strach z hodnocení
	Přístup	Očekávání špatného vnímání
		Očekávání změny pohledu
		Vědomí nemoci (očekávání lepšího přístupu)
	Předsudky k depresi	Duševní nemoc je slabost
		Považován za šílence ostatními
	Léčba	Nedůvěra k odborné pomoci
	Self-stigmatizace	Sebehodnocení
Neměl rád sebe		
Pocit hlouposti		
Pocit méněcennosti		
Pocit selhání		
Pocit vlastní nepříjemnosti (toxicity)		
Snížené ambice		
Snížené mínění o sobě		
Snížené sebevědomí		
Stud		
Zasloužená reakce		
Zlehčení deprese		
Izolace		
		Příjemnosti stranění se okolí
		Rušení zálib

		Stranění se okolí
	Komunikace	Omezení komunikace
		Vyhýbání se vysvětlení cizím
		Vyhýbání se vysvětlení kamarádům
	Léčba	Odborná pomoc je slabost
		Potupa využit odbornou pomoc
		Předsudky k antidepresivům
	Nezařazeno	Přijetí názoru okolí
		Skrývání pravdy
		Větší soucit
Destigmatizace		Blízkým ochota vysvětlit
		Konfrontace
		Osobní zkušenost > vědomí nemoci
		Osobní zkušenost s nemocí (lepší přístup)
		Otevřenost
		Větší informovanost

Seznam literatury

1. Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003a). Public beliefs about schizophrenia and depression: Similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9), 526-534.
2. Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003b). The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 304-309.
3. Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Corrigan, P. W. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: Testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, 69(2-3), 175-182.
4. Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163-179.
5. Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J., & Wahlbeck, K. (2011). Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in finland. *BMC Psychiatry*, 11
6. Baddeley, A. D. (1982). Domains of recollection. *Psychological Review*, 89(6), 708-729.
7. Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 51-54.
8. Benazon, N. R., & Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology*, 14(1), 71-79.
9. Berkow, R. (1996). *Merck manual: kompendium klinické medicíny*. 1. vyd. Praha: X-Egem.
10. Bischkopf, J., Wittmund, B., & Angermeyer, M. C. (2002). Everyday life with the depression of one's spouse. [Alltag mit der depression des partners] *Psychotherapeut*, 47(1), 11-15.
11. Blehar, M. C., Weissman, M. M., Gershon, E. S., & Hirschfeld, R. M. A. (1988). Family and genetic studies of affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 45(3), 289-292.

12. Burt, D. B., Zembar, M. J., & Niederehe, G. (1995). Depression and memory impairment: A meta-analysis of the association, its pattern, and specificity. *Psychological Bulletin*, 117(2), 285-305.
13. Busby Grant, J., Bruce, C. P., & Batterham, P. J. (2016). Predictors of personal, perceived and self-stigma towards anxiety and depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(3), 247-254.
14. Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma or severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 201-222.
15. Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., Campion, J., Mathisen, J., . . . Kubiak, M. A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, 28(1), 91-102.
16. Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, 1(1), 16.
17. Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481-491.
18. Corrigan, P. W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 179-190.
19. Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177(JUL.), 4-7.
20. Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: The feelings and experiences of 46 people with mental illness - qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 184(FEB.), 176-181.
21. Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185(OCT.), 342-349.
22. Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry*, 8
23. Guze, S. B., & Robins, E. (1970). Suicide and primary affective disorders. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 117(539), 437-438.
24. Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.

25. Henriques, J. B., & Davidson, R. J. (2000). Decreased responsiveness to reward in depression. *Cognition and Emotion*, 14(5), 711-724.
26. Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2004). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
27. Chromý, K. (1990). *Duševní nemoc: sociologický a sociálně psychologický pohled*. Praha: Avicenum.
28. Jacob, M., Frank, E., Kupfer, D. J., & Carpenter, L. L. (1987). Recurrent depression: An assessment of family burden and family attitudes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48(10), 395-400.
29. Keitner, G. I., & Miller, I. W. (1990). Family functioning and major depression: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 147(9), 1128-1137.
30. Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 71(12), 2150-2161.
31. Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 167-195.
32. McKenzie, K., & Máša, J. A. (2001). *Deprese*. Praha: Grada Publishing.
33. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing
34. Novák, T., & Lásková, H. (2016). *Peklo v duši: deprese a mánie*. Praha: Grada.
35. Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing.
36. Peluso, É. d. T. P., & Blay, S. L. (2009). Public stigma in relation to individuals with depression. *Journal of Affective Disorders*, 115(1-2), 201-206.
37. Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). "A disease like any other"? a decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1321-1330.
38. Praško, J. (1999). *Co je to deprese a jak se léčí: příručka pro pacienty*. Praha: Triton.
39. Pyne, J. M., Kuc, E. J., Schroeder, P. J., Fortney, J. C., Edlund, M., & Sullivan, G. (2004). Relationship between perceived stigma and depression severity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(4), 278-283.
40. Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.

41. Rahn, E., & Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing.
42. Roeloffs, C., Sherbourne, C., Unützer, J., Fink, A., Tang, L., & Wells, K. B. (2003). Stigma and depression among primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 25(5), 311-315.
43. Rüsç, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539.
44. Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(5), 298-306.
45. Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 479-481.
46. Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese (Vyd. 3., rozš. a přeprac)*. Praha: Portál.
47. Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40-50.
48. Wang, J., & Lai, D. (2008). The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *Journal of Affective Disorders*, 110(1-2), 191-196.
49. Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318.
50. Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. -, . . . Yeh, E. -. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276(4), 293-299.
51. Wittmund, B., Wilms, H. -, Mory, C., & Angermeyer, M. C. (2002). Depressive disorder in spouses of mentally ill patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(4), 177-182.