

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

STIGMATIZACE A SUICIDALITA  
U PACIENTŮ S DUŠEVNÍM  
ONEMOCNĚNÍM LÉČENÝCH NA  
PSYCHOTERAPEUTICKÉM DENNÍM  
STACIONÁŘI

STIGMATIZATION AND SUICIDALITY  
IN PATIENTS WITH MENTAL ILLNESS TREATED AT A  
PSYCHOTHERAPEUTIC DAY HOSPITAL



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Bc. Magdalena Bolenová**

Vedoucí práce: **PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.**

Olomouc

2024

Ráda bych poděkovala PhDr. Jan Šmahajovi, PhD. za vlídnou podporu a odborné vedení mé práce, podnětné připomínky i povzbuzení v krizových okamžicích. Stejně tak velké díky patří mé rodině, přátelům a naprosto neobyčejným kolegům z denního stacionáře, kteří jsou se mnou, stejně jako moje rodina, po celou dobu studia. Speciální díky patří mým dětem.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: Stigmatizace a suicidalita u pacientů s duševním onemocněním léčených na psychoterapeutickém denním stacionáři vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 23.3.2024

Podpis .....

# OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	<b>OBSAH</b> .....	<b>3</b>
	<b>ÚVOD</b> .....	<b>5</b>
	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>SEBEVRAŽDA</b> .....	<b>7</b>
1.1	Vymezení pojmu.....	7
1.2	Typologie sebevražd.....	8
1.3	Nebezpečné vzorce předcházející suicidum.....	9
1.4	Statistické ukazatele suicidia a suicidálního jednání v České republice.....	13
<b>2</b>	<b>Diagnostické vymezení syndromů s rizikem suicidality</b> .....	<b>14</b>
2.1	Afektivní poruchy F30-F39.....	18
2.2	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy.....	20
2.3	Poruchy osobnosti.....	22
2.3.1	Specifické poruchy osobnosti.....	22
<b>3</b>	<b>STIGMATIZACE</b> .....	<b>28</b>
3.1	Vymezení pojmu.....	28
3.2	Stigma a duševně nemocní.....	32
3.3	Sebestigmatizace.....	33
3.4	Destigmatizace.....	34
3.4.1	Destigmatizační aktivity v České republice.....	35
	<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>38</b>
<b>4</b>	<b>Výzkumný problém</b> .....	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>Typ výzkumu a použité metody</b> .....	<b>41</b>
5.1	Testové metody.....	41
5.1.1	Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS).....	41
5.1.2	Stupnice Stigma of Suicide Attempt (STOSA).....	43
<b>6</b>	<b>Sběr dat a výzkumný soubor</b> .....	<b>45</b>
6.1	Hlavní kritéria pro výběr výzkumného souboru.....	46
6.2	Etické hledisko a ochrana soukromí.....	46

<b>7</b>	<b>Práce s daty a její výsledky .....</b>	<b>48</b>
<b>8</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>51</b>
<b>9</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>55</b>
<b>10</b>	<b>Souhrn .....</b>	<b>56</b>
	<b>LITERATURA .....</b>	<b>59</b>

# ÚVOD

„Sebevražedné myšlenky, sebevražda, suicidální pokus, stigmatizace“. Témata, která v běžném životě nejsou na každodenní bázi tak obvyklá. Za zdmi psychiatrie je tomu právě naopak. Stigmatizace i suicidalita jsou častou součástí příběhů, které jsou sdíleny při psychoterapeutické léčbě.

Při své práci s klienty se s těmito tématy setkávám během psychoterapeutických skupin i mimo nich, na dalším programu. Proto ve mně vzniknul hlubší zájem tuto oblast více prozkoumat a hledat zda existují mezi lidmi vzhledem k tomuto existenciálnímu tématu nějaké shodné jevy nebo zákonitosti a více pochopit celý kontext událostí u jednotlivých klientů. Práce s člověkem, který má duševní problémy může být nezřídka velmi křehká a čím více informací máme k dispozici tím lépe se může péče o takového nemocného člověka dařit a napomáhat mu k zlepšení kvality života. Klienti na denní stacionář přicházejí po hospitalizaci nebo na doporučení ošetřujícího lékaře. Do programu denního stacionáře docházejí od pondělí do pátku nejčastěji po dobu osmi týdnů.

Cílem této práce je podrobněji prozkoumat vztah suicidality i stigmatizace u pacientů s depresí a hraniční poruchou osobnosti a více konkretizovat problémy a symptomy s nimiž se jedinci, kteří se zapojili do výzkumu, potýkají.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 SEBEVRAŽDA

Život člověka je ohraničen narozením a smrtí. Příchod na svět určili jiní a odchod z něj nám není známý. Nicméně se může – samozřejmě také nemusí – naplánovat. V každé době žili lidé, kteří se rozhodli všeho dosavadního vzdát a ukončit žití z vlastní vůle a vlastní rukou. Sebevražda je fenomén, který vzbuzuje mezi lidmi emoce, zájem, fascinaci, pochopení i odsouzení (Kučerová & Haškovcová, 2020).

Jakýkoliv člověk má možnost i svobodnou vůli svůj život ukončit. Zároveň je tu fakt, že zabít člověka je trestné. Protiargumentem sebevraždy může být například tvrzení, že jedinec je zde proto, aby sloužil společnosti. Vždyť o svém narození také nerozhodl. Teorie a definice jsou zde velmi proměnlivé, v závislosti na rozvoji filozofie i vědy. Počátkem 19. století převládal názor, že pouze duševně nemocný člověk si může sáhnout na život. Teprve pod vlivem zakladatele moderní sociologie Emila Durkheima se začal připouštět názor, že sebevraždu může spáchat i duševně zcela zdravý člověk (Monestier, 2003).

Jedná se o široké téma, které bylo a je častým námětem uměleckých děl. Bohužel není v možnostech rozsahu mé práce shrnout všechny informace, náměty a skutečnosti. Zpracování práce má dané limity. Pro zájemce o toto téma je zde několik zajímavých publikací: nedávno vydaná kniha Sebevraždy od Heleny Kučerové a Heleny Haškovcové, eventuálně již starší, ale stále přínosná a inspirativní publikace Dějiny sebevražd od Martina Monestiera.

## 1.1 Vymezení pojmu

Sebevražda, latinsky suicidium, je pojem odvozený ze slov sui – se, sebe a caedium – usmrcení. Je fenoménem vyskytujícím se napříč věky i kulturami. Alarmující je fakt, že navzdory rozšiřujícím se snahám o prevenci sebevražedného jednání ve společnosti (v rámci zdravotnictví, na školách atd.) počet dokonaných (tj. končících smrtí) sebevražd celosvětově stoupá. Sebevraždy se realizují celoročně, dle statistik je však nevyšší výskyt na jaře a na začátku léta. Volba způsobu je ovlivněna kulturním zázemím, pohlavím,

geografickým místem i dosažitelností nástrojů pro spáchání sebevraždy. Dále se ukazuje, že s věkem roste i nebezpečí realizace dobrovolného zabití. První incidenční vrchol se dle statistik připisuje věku mezi 15 a 24 lety, druhý (pozdní) je připisován jedincům starším 75 let (Orel, 2020).

## 1.2 Typologie sebevražd

Z hlediska motivace k sebevraždě lze didakticky rozlišit několik základních kategorií. **Sebevražda biická:** hlavní důvody pochází z reality, například zadlužení, rozvod, hrozba vězení. Člověk hodnotí realitu jako bezvýchodnou. **Sebevražda bilanční/plánovaná:** racionální zvažování situace a budoucnosti, často spojené s nevyléčitelnou chorobou. Hodnocení dosavadního života, ve kterém jedinec dál nechce pokračovat. Častější je u starších osob. **Sebevražda patická:** vychází z psychopatologického podkladu, tzn. kdy jedinec trpí duševním onemocněním, např. depresí, onemocněním z okruhu psychóz, které se mohou projevovat např. bludy či halucinacemi nabádajícími k sebevražednému jednání apod. (Orel, 2020). **Impulzivní/zkratkovitá:** myšlenka a následná realizace vzniká z předem nepredikovatelného impulzu. **Demonstrativní/předstíraná:** krajní způsob, jak na sebe upozornit, říci si o pomoc. Motivací osoby (vědomou či nevědomou) pro demonstrativní suicidální jednání může být mj. trest pro své okolí, o kterém si myslí, že se nechová dobře. **Rozšířená sebevražda:** sebevrah o život připraví sebe a nejčastěji i někoho ze svých nejbližších. Například děti či partnera. **Sebevražda coby forma protestu:** u nás je nejznámějším příkladem sebevražda upálením Jana Palacha v roce 1965, kdy byl tento čin politicky motivován. Tento druh sebevraždy vyjadřuje politická stanoviska a má podpořit veřejnost ke změně (Scheinostová, 2023). **Sebezabití:** smrt nebyla plánovaná, chyběl úmysl, nicméně člověk si ji přivodí sám. Například pád z výšky v ebrietě (Vágnerová, 2012). **Inspirovaná sebevražda:** někdy též nazývaná jako Wertherův efekt. Název odkazuje na epidemii sebevražd po vydání Goethova románu Utrpení mladého Werthera (1774), kdy zejména mladí lidé následovali hlavního hrdinu. V kontextu dnešní doby jsou problematická média, která hojně informují o sebevraždách známých osobností, kteří mohou být inspirací pro jiné, zvláště pak dospívající jedince (Scheinostová, 2023).

**Sebevražda v některých kulturách:** sebevražední atentátníci, sebeobětování jedinců určitého kulturního společenství. V současné době toto můžeme zaznamenat ve



formě teroristických agresí motivovaných islamistickou ideologií (Kučerová & Haškovcová, 2020).

**Z hlediska typologie závažnosti motivace rozlišujeme dvě varianty (Vodáčková, 2020):**

**Sebevražda jako záměr, cíl:** Jedinec se vyskytuje v nesnesitelné situaci. Nevidí jiné řešení svých problémů než se realitě vyhnout či jí uniknout. Chce tedy zemřít.

**Suicidání chování je použito jako prostředek:** Člověk se zabít nechce, jen používá suicidální chování k manipulaci s okolím. Například tímto chováním může jedinec oddalovat rozchod s partnerem. Záměrem může být i trest či pomsta.

### 1.3 Nebezpečné vzorce předcházející suicidum

Sebevražednému jednání a sebevražednému pokusu (lat. tentamen suicidii), event. dokonané sebevraždě v řadě případů předchází plíživý a postupný rozvoj kognitivně-afektivních a behaviorálních vzorců, které popisuje tzv. **Ringelův presuicidální syndrom** (Seifertová et al., 2008). Vyznačuje se izolací, kdy člověk s rozvíjejícími se suicidálními úmysly se stahuje z interpersonální sféry, opouští své dosavadní koníčky a zájmy na podkladě ztráty zájmu (abulie) či ztráty prožívané radosti z těchto činností (anhedonie), event. z nedostatku energie. Často je objevuje autoagrese v podobě výčitek, obviňování sebe sama, snižování vlastní sebehodnoty. Může nabývat i podoby sebepoškozování (Vágnerová, 2012).

Přítomné suicidální myšlenky lze posuzovat na základě intenzity, frekvence a kontrolovatelnosti (Seifertová et al., 2008). Sebevražedné myšlenky nebo nápady, je široký termín používaný k popisu řady úvah, přání a obav ze smrti a sebevraždy. Neexistuje žádná všeobecně přijímaná konzistentní definice, což vede k neustálým výzvám pro klinické lékaře, výzkumné pracovníky a pedagogy (Harmer et al., 2024). Dle závažnosti můžeme rozlišit několik typů suicidálních myšlenek uvedených níže (rozdělení dle klinicky administrovaného dotazníku CSSR-S, který je mj. využit v empirické části tohoto textu). **Pasivní suicidální ideace:** např. přání usnout a už se neprobudit. **Nespecifické suicidální ideace:** přemýšlení daného člověka nad tím, že by se chtěl zabít, ale bez promýšlení specifického způsobu, jakým by toho dosáhl. **Specifické suicidální ideace/tendence:** přemýšlení daného člověka nad tím, že by se chtěl zabít a zároveň přemýšlí o způsobu, jakým by toho dosáhl. **Suicidální tendence s konkretizacemi:** vedle

myšlenek na zabití a promyšlení způsobu je též přítomen minimálně částečný záměr na základě těchto úvah konat. **Suicidální tendence s plánem:** jedinec aktivně a konkrétně plánuje způsob, jakým vykoná sebevraždu, vč. času, místa apod. (Seifertová et al., 2008).

Člověk se suicidálními myšlenkami s nimi může nakládat s menšími či většími obtížemi, přičemž záleží na řadě proměnných vč. podpory z blízkého prostředí, hloubky psychických obtíží, socioekonomických faktorech atd. Pokud se ale osoba se suicidálním úmyslem identifikuje, zpravidla začne přemýšlet o nejvhodnějším způsobu, jak sebevraždu uskutečnit. Mnohdy ve fázi rozhodnutí a najití východiska nastane u osoby zklidnění, uvolnění, někdy se dokonce dostaví příval energie a projasnění nálady. Bohužel nejbližší okolí tuto změnu může mylně číst jako změnu k lepšímu (Orel, 2020).

Sebevražda je jedním z hlavních celosvětových problémů veřejného zdraví s téměř 800 000 úmrtími každý rok. Více než jedno ze 100 úmrtí je důsledkem sebevraždy. Sebevražda je 17. nejčastější příčinou úmrtí a je hodnocena jako čtvrtá nejčastější příčina úmrtí u lidí ve věku 15–29 let. Ještě znepokojivější je, že skutečná míra sebevražd může být ještě mnohem vyšší, než se uvádí, kvůli stigmatu, nesprávné klasifikaci a omezeným kontrolním systémům (Lovero et al., 2023).

V souvislosti s nedávnou pandemií COVID-19 rostou obavy ze zvýšeného rizika sebevraždy jako z možného následku infekce COVID-19. Tento fenomén zatím není blíže proskoumaný (An et al., 2023).

Téměř 80 % globálních úmrtí sebevraždou se vyskytuje v zemích s nízkými a středními příjmy. V těchto zemích se však provádí méně než 15 % výzkumu souvisejícího se sebevraždami, a proto je zde mnohem méně známo o epidemiologii a etiologii sebevražd. Kromě toho jsou lidské a finanční zdroje věnované duševnímu zdraví v těchto zemích extrémně omezené (Lovero et al., 2023).

Identifikace osob se sebevražednými myšlenkami a chováním může podpořit prevenci sebevraždy. Sebevražedné myšlenky jsou úvahy nebo touha ukončit svůj život a pohybují se od pasivních myšlenek (např. myšlenky chtít být mrtvý, usnout a už se neproбудit) k aktivní myšlence (např. chtít se zabít). Sebevražedné chování zahrnuje sebeřízené, potenciálně zraňující chování doprovázené úmyslem zemřít. Ačkoli postup od myšlenek k chování není vždy lineární, tradičně se teoreticky předpokládá, že se odehrává v kontinuu od myšlenek k pokusu nebo smrti sebevraždou (Lovero et al., 2023). Podle amerických národních studií 3,3 % Američanů aktivně zvažuje sebevraždu každý rok.

Naproti tomu pasivní sebevražedné myšlenky zahrnují obecnější touhu zemřít, ale s absencí přímých sebepoškozujících myšlenek a bez sebevražedného plánu jako takového. Touha po smrti s pasivními myšlenkami se uskutečňuje pomocí více "náhodných" prostředků, jako je například obecný nedostatek sebepečce, který by mohl vést k nehodám nebo nemoci. Existuje také výzkum, který naznačuje, že myšlenky a jejich rizikové faktory jsou odlišné od faktorů spojených s pokusy o sebevraždu. Deprese a beznaděj významně neodlišují sebevražedné pokusy od těch, kteří mají sebevražedné myšlenky (Griffin et al., 2022).

Montemarano a kol. (2018, citováno v Griffin et al., 2022) uvádějí, že 20 % jedinců se sebevražednými myšlenkami pokračuje v pokusu o sebevraždu, 34 % rozvíjí sebevražedný plán a 72 % lidí, kteří plánují, se pokusí o sebevraždu.

### **Genderový paradox**

Genderový paradox popisuje fenomén, kdy sebevražedné myšlenky i chování jsou častější u žen, zatímco úmrtnost je mnohem vyšší u mužů. Tento paradox může odrážet nedostatečné hlášení myšlenek u mužů a genderové rozdíly v chování při vyhledávání pomoci. Vyšší počet dokonaných sebevražd u mužů lze vysvětlit použitím smrtelnějších anebo agresivnějších metod, impulzivitou a zneužíváním návykových látek. V psychoterapeutickém kontextu je výše uvedené chování rozpoznáno jako reakce na nesnesitelné vnitřní stavy, které je třeba řešit, aby se zabránilo sebevraždě. Muži mohou mít silnější záměr zemřít, což vysvětluje smrtelnější chování při sebevraždě. Další důležité faktory, krom zvolené metody a impulzivity, jsou také tradiční mužské role a sociální izolace. Je pravděpodobné, že rozdíly v míře sebevražd vysvětlují spíše sociální než biologické rozdíly, což zdůrazňuje potřebu prozkoumat roli pohlaví. Zejména rigidní dodržování tradičních mužských norem soběstačnosti a emoční sebeovládání může být pro muže překážkou, aby vyhledali pomoc při prožívání duševních obtíží. Také díky těmto aspektům mohou muži suicidální myšlenky podceňovat (Griffin et al., 2022).

**Tabulka 1.1 Sebevraždy podle pohlaví v letech 1951–2021 dle ČSÚ**

Období	Průměrný roční počet sebevražd			Podíl na celku (%)		Počet sebevražd mužů na 1 sebevraždu ženy
	celkem	muži	ženy	muži	ženy	
1951–1955	2133	148	649	69,6	30,4	2,3
1956–1960	2407	1665	742	69,2	30,8	2,2
1961–1965	2419	1657	762	68,5	31,5	2,2
1966–1970	2731	1893	838	69,3	30,7	2,3
1971–1975	2574	1805	768	70,1	29,9	2,3
1976–1980	2284	1601	684	70,1	29,9	2,3
1981–1985	2162	1542	620	71,3	28,7	2,5
1986–1990	1995	1416	579	71,0	29,0	2,4
1991–1995	1883	1383	500	73,4	26,6	2,8
1996–2000	1621	1274	348	78,6	21,4	3,7
2001–2005	1605	1287	318	80,2	19,8	4,0
2006–2010	1425	1178	247	82,7	17,3	4,8
2011–2015	1540	1268	272	82,3	17,7	4,7
2016–2020	1296	1046	251	80,7	19,3	4,2
2017–2021	1277	1027	250	80,4	19,6	4,1

*(SEBEVRAŽDY V ČESKÉ REPUBLICE 2011 až 2020)*

Za rok 2022 si v České republice vzalo dobrovolně život 1 302 osob. Stoupající tendence byla zaznamenána především v nižších věkových kategoriích. Mezi lety 2019–2021 bylo zaznamenáno zhruba 1 200 případů za rok. Zvýšení celkového počtu sebevražd za rok 2022 je o 6,5 % v souhrnném počtu sebevražd na rozdíl od klesající tendence z předešlých let. K nárůstu počtu sebevražd došlo především ve věkových skupinách 15–19, 20–24, 30–34 let. Kategorii 45–49 let přísluší nejvyšší množství sebevražd, kde tímto způsobem život ukončilo 148 lidí. U skupiny lidí mezi lety 40–44, 55–58 a 65–69 zemřelo více než 100 jedinců (NÚDZ, 2023).

Fenomén sebevraždy zpracovávám v kontextu denního stacionáře pro dospělé osoby. Proto uvádím informace pouze o dospělé populaci. Klienti denního stacionáře se

účastní skupinové psychoterapie ve frekvenci 5x týdně v rámci programu „červené<sup>1</sup> skupiny“, zaměřené na obtíže ze spektra afektivních, neurotických, stresových a somatoformních psychických onemocnění a poruch osobnosti.

## 1.4 Statistické ukazatele suicidia a suicidálního jednání v České republice

Dle Českého statistického úřadu bylo mezi lety 2011-2020 zjištěno:

Ve sledovaném období byl měsíc **duben** čtyřikrát nejčastějším měsícem pro páchaní sebevraždy, třikrát červen, jednou březen, květen a listopad. Zatímco je sebevraždnost nejvyšší na jaře a počátkem léta, naopak výskyt úmrtí v ČR je pravidelně nejvyšší v zimních měsících a v březnu. Maximum je častokrát v únoru. Nejnižší počet všech úmrtí pak vychází na období od června do září. Dnem, kdy docházelo k největším počtům sebevražd bylo **pondělí**. A to mezi lety 2011-2020, podobně jako v předešlém desetiletí. Naopak nejnižší hodnoty jsou připisovány sobotě. Jako krizový den se jeví Nový rok, kdy je počet sebevražd 1,5krát vyšší na rozdíl od průměrného denního počtu. Naopak podprůměrné se počtem sebevražd ukázaly vánoční svátky (ČSÚ, 2023).

Nejčastějším způsobem realizace sebevraždy bylo oběšení, tento způsob si zvolila více než polovina sebevrahů. Na druhém místě se umístil způsob zastřelením (s průměrným podílem 11,7 %). V roce 2016 se druhým nejčastějším způsobem suicidia stal skok z výšek (10,3 %), který byl v posledním desetiletí na třetí pozici s výjimkou let 2014-2018, kdy byla frekventovanější sebevražda otravou. Páté místo patří skoku či položení se před pohybující se objekt (např. vlak). Zabití ostrým předmětem se na celkovém množství podílí 3,7 %, utopení 1,4 % (ČSÚ, 2023).<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Na denním stacionáři se vyskytují skupiny dvě, červená a modrá. Klienti jsou rozděleni do skupin po indikačním pohovoru nejen podle diagnostických kritérií, ale i podle aktuálního stavu a situace, ve které se nachází.

<sup>2</sup> Na stránkách českého statistického úřadu, byly údaje o sebevraždách aktualizovány k datu 9.1.2024. Vzhledem k časovému harmonogramu a stavu této práce, přidávám jen odkaz pro zájemce o tyto informace.  
[Sebevraždy | ČSÚ \(czso.cz\)](https://www.czso.cz)

## 2 DIAGNOSTICKÉ VYMEZENÍ SYNDROMŮ S RIZIKEM SUICIDALITY

Posouzení sebevražedných myšlenek je u psychiatrických pacientů prioritou. Vyjádření sebevražedných myšlenek u psychiatrických pacientů by mělo vést k zavedení strategií sekundární prevence, aby se snížilo jejich podstatně zvýšené riziko sebevraždy (Hubers, 2018).

V klasifikačních systémech duševních poruch se standardně používá desátá verze Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN-10, v angličtině se označuje jako International Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD. Tato klasifikace je v Evropě používána od roku 1992 a byla vydána Světovou zdravotnickou organizací – World Health Organisation – WHO (Orel, 2020).

WHO připravila 11. revizi MKN schválenou v květnu 2019 na 72. Světovém zdravotnickém zasedání. MKN-11 vstoupila v platnost 1. 1. 2022, avšak s pětiletým přechodným obdobím. Pro přípravu a koordinaci zavedení nejnovější verze MKN v rámci implementace byla sestavena mezirezortní komise, která zajišťuje např. přenos informací od jednotlivých institucí, příslušná školení klíčových osob, zpracování potřeb jednotlivých zařízení apod. (ÚZIS, 2023).

Současně s MKN-10 se používá 5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické společnosti (DSM-5). Používá se v zemích Severní a Jižní Ameriky, Austrálii a na Novém Zélandu. Česká verze této klasifikace je k dispozici od roku 2015. Z hlediska porovnání těchto dvou klasifikačních systémů DSM-5 akcentuje řadu specifických faktorů. Za zmínku stojí například pozornost věnovaná genderovým rozdílům, což dokládají nové pojmy, např. genderová dysforie (Orel, 2020).

V tabulce jsou uvedeny hlavní diagnostické okruhy duševních poruch pro dospělé jedince dle MKN-10 a dále jsou pro účely práce podrobněji popsány jen určité kapitoly.

**Tabulka 2.1 Přehled diagnostických kategorií**

<b>Organické duševní poruchy včetně symptomatických F00-F09</b>	
F00	Demence u Alzheimerovy choroby
F01	Vaskulární demence
F02	Demence u chorob klasifikovaných jinde
F03	Nespecifikovaná demence
F04	Organický amnestický syndrom jiný než vyvolaný alkoholem a jinými drogami
F05	Delirium jiné než vyvolané alkoholem a jinými drogami
F06	Jiné duševní poruchy vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku, nebo následkem somatického onemocnění
F07	Poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku
F09	Nespecifikované organické nebo symptomatické duševní poruchy

<b>Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek F00-F19</b>	
F10	Poruchy vyvolané požíváním alkoholu
F11	Poruchy vyvolané požíváním opioidů
F12	Poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů
F13	Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik
F14	Poruchy vyvolané požíváním kokainu
F15	Poruchy vyvolané požíváním jiných stimulantů (včetně kofeinu)
F16	Poruchy vyvolané požíváním halucinogenů
F17	Poruchy vyvolané užíváním tabáku
F18	Poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel
F19	Poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek

<b>Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy</b>	
F20	Schizofrenie
F21	Schizotypní porucha
F21	Trvalé duševní poruchy s bludy
F23	Akutní a přechodné psychotické poruchy
F24	Indukovaná porucha s bludy
F25	Schizoafektivní poruchy
F28	Jiné neorganické psychotické poruchy
F29	Nespecifická neorganická psychóza

<b>Poruchy nálady (afektivní poruchy) F30-F39</b>	
F30	Manická fáze
F31	Bipolární afektivní porucha
F32	Depresivní fáze
F33	Periodická (rekurentní) depresivní porucha
F34	Trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy)
F38	Jiné poruchy nálady (afektivní poruchy)
F39	Nespecifikovaná porucha nálady (afektivní porucha)

<b>Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy</b>	
F40	Fobické úzkostné poruchy

F41	Jiné úzkostné poruchy
F42	Obsedantně kompulzivní porucha
F43	Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení
F44	Dissociativní (konverzní) poruchy
F45	Somatoformní poruchy
F48	Jiné neurotické poruchy

<b>Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory F50-F59</b>	
F50	Poruchy příjmu potravy
F51	Neorganické poruchy spánku
F52	Sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí
F53	Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělním neklasifikované jinde
F54	Psychické a behaviorální faktory spojené s poruchami nebo chorobami klasifikovanými jinde
F55	Abúzus látek nevyvolávající závislost
F59	Nespecifikované behaviorální syndromy spojené s fyziologickými dysfunkcemi

<b>Poruchy osobnosti a chování u dospělých F60-F69</b>	
F60	Specifické poruchy osobnosti
F61	Smíšené a jiné poruchy osobnosti
F62	Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit hrubému poškození nebo nemoci mozku
F63	Návykové a impulzivní poruchy
F64	Poruchy pohlavní identity
F65	Poruchy sexuální preference
F66	Psychické a behaviorální poruchy spojené se sexuálním vývojem a orientací
F68	Jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých
F69	Nespecifikovaná porucha osobnosti a chování u dospělých

<b>Mentální retardace (duševní opožďení) F70-F79</b>	
F70	Lehká mentální retardace
F71	Středně těžká mentální retardace
F72	Těžká mentální retardace
F73	Hluboká mentální retardace
F78	Jiná mentální retardace
F79	Nespecifikovaná mentální retardace

Hlavní psychiatrické stavy spojené se sebevraždností jsou poruchy nálady, poruchy spojené s užíváním alkoholu a jiných návykových látek, emočně nestabilní porucha osobnosti a schizofrenie (Wasserman et al., 2021). Sebevražedné myšlenky a pokusy o ni jsou komplexní multifaktoriální jevy (Wiebenga et al, 2021). Příčinou je zřejmě kombinace více faktorů, jako je inflace, dostupnost podpory a péče o duševní zdraví, kvalita osobních vztahů a sociálního zázemí, celospolečenské ovzduší a další. Obvykle za rozhodnutím dobrovolně ukončit svůj život nestojí pouze jeden důvod (NÚDZ, 2023). Komorbidita mezi různými poruchami je často spojena s vyšším rizikem suicidia.



Historie pokusů o sebevraždu, pocity beznaděje, impulzivita a agrese, nepříznivé zážitky z dětství, závažná psychopatologie a somatické poruchy jsou běžnými rizikovými faktory pro sebevraždu u psychiatrických pacientů. Stresující životní události a mezilidské problémy, včetně interpersonálního násilí, jsou často spouštěči (Wasserman et al., 2021). Hubers (2018) ve svém výzkumu dochází k závěru, že riziko dokonané sebevraždy je zřetelně vyšší u lidí, kteří vyjádřili sebevražedné myšlenky ve srovnání s lidmi, kteří sebevražedné myšlenky neměli, s podstatnými rozdíly mezi různými populacemi.

Komplexní a opakované hodnocení rizika sebevraždy představuje první krok k účinné prevenci sebevražd. Zvláštní pozornost by měla být věnována během hospitalizace, ale i po ní, přičemž první dny a týdny po propuštění představují nejkritičtější období. Bylo prokázáno, že farmakologická léčba poruch nálad a schizofrenie má antisuicidální účinek. Na významné snížení sebevražedných myšlenek a chování má také vliv terapie. Krátké intervence, včetně psychoedukace a následných opatření, jsou spojeny s poklesem sebevražedných úmrtí (Wasserman et al., 2021). Popisuje se také pozitivní ovlivnění kognitivně behaviorální terapií. Nejrozsáhleji zkoumanou léčbou v souvislosti s hraniční poruchou osobnosti je dialektická behaviorální terapie, jejíž účinnost byla potvrzena randomizovanými klinickými studiemi (Paris, 2019).

Rozvoj prevence sebevražd u psychiatrických pacientů bude vyžadovat lepší pochopení dalších rizikových a ochranných faktorů, jako je role rozhodovací schopnosti a sociální podpory člověka, role duchovních a náboženských intervencí a zmírnění nedostatků v léčbě v péči o duševní zdraví. V některých částech světa je základní psychiatrická porucha hlášena až u 90 % lidí, kteří zemřou na sebevraždu. Navzdory tomuto silnému vztahu je třeba poznamenat, že většina lidí s psychiatrickými poruchami neumírá sebevraždou. Přítomnost psychiatrického onemocnění není dostatečným důvodem k vysvětlení sebevražedného chování, přesto je to jeden z nejdůležitějších rizikových faktorů ovlivňujících sebevražedný proces (Wasserman et al., 2021). Prevalence sebevražedných myšlenek a pokusů je nejvyšší u komorbidní deprese a úzkosti a sebevražedné myšlenky se opakují u téměř čtvrtiny respondentů s tímto onemocněním (Wiebenga et al, 2021).

Mýtus, že kdo o sebevraždě mluví, ten ji nespáchá, byl již vyvrácen. Ať již jedinec o sebevražedných tendencích a představách mluví přímo či obšírně, byla by chyba toto téma neoslovit. Profesionál by se měl tomuto tématu věnovat a nebát se ho oslovit – samozřejmě k němu přistupovat s úctou, empatií a respektem. Na začátku by se mělo

otevřeně označit, o co se jedná a dále postupně pokračovat ve zmapování situace. Určit, v jaké fázi se klient nachází, zda jde o nekonkrétní myšlenky nebo zda již přemýšlí o konkrétním plánu. Nebo zda dokonce už jsou realizovány přípravy k ukončení života. Důležitý je celý kontext situace, copingové strategie daného člověka a zázemí, ve kterém žije. Základem je citlivě zjistit, jaké jsou hlavní motivace k ukončení života. Zda podobný stav zná z minulosti a případně jaké druhy podpory a pomoci mu dříve pomohli (Orel, 2020).

Nebezpečí uskutečnění sebevraždy je obzvláště vysoké, pokud již existuje plán a prostředky pro realizaci jsou dostupné. Reálnost hrozby můžeme zhodnotit na základě několika aspektů. Jak moc je plán na uskutečnění konkrétní, zda jsou dostupné prostředky a jakou letalitu má zvolený způsob. Prioritou je vždy ochrana života, proto je někdy nutná i nedobrovolná hospitalizace na uzavřeném psychiatrickém oddělení. Až po prvořadém ochránění před sebezníčením je na místě pokračovat v celkovém zlepšení stavu. Zmírnění beznaděje, úzkosti a dalších obtíží (Orel, 2020).

Práce se zaměřuje na klienty, kteří docházejí do skupiny, která je koncipovaná mimo jiné na základě diagnostických kritérií. Z těchto důvodů přibližuji jen vybrané diagnózy, které se přímo týkají výzkumného vzorku a lidí, kteří do dané skupiny dochází.

## **2.1 Afektivní poruchy F30-F39**

Podstatou těchto poruch jsou změny nálady nebo afektu ve smyslu snížení (deprese), nebo zvýšení (mánie, v mírnější podobě hypománie). Typickou vlastností těchto poruch je tendence k periodicitě a její vznik je často spojen se zátěžovými situacemi (Smolík, 1996).

### **Deprese F32**

MKN-10 rozlišuje čtyři typy depresivních epizod – lehkou, středně těžkou, těžkou a těžkou s psychotickými příznaky, u které se vykytují bludy a halucinace (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Je třeba upozornit na to, že deprese může probíhat různě intenzivně a může být vyjádřena somatickými obtížemi. Deprese se často projevuje fyzickými příznaky, především únavou, bolestí nebo poruchami spánku (Fava, 2002).

## **Diagnostická kritéria**

Epizoda musí trvat alespoň dva týdny, kdy depresivita trvá po většinu dne a to téměř každý den. Přítomna je ztráta zájmu při aktivitách, které jedince dříve bavily a současně se objevuje pokles energie nebo zvýšená unavitelnost. U jedince se nikdy neobjevila hypomanická či manická epizoda. Ke vzniku deprese nepřispělo užívání psychoaktivních látek ani nebyla způsobena jinou organickou poruchou ztráta důvěry, která je prezentována např. bezdůvodnými výčitkami, pocitem viny, sebevražednou proklamací, bradypsichismem, poruchami spánku a sníženou chutí k jídlu (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015)

## **Mánie F30**

Manická fáze či epizoda je charakterizována chorobně zvýšenou náladou, která je velmi dobrá, skvělá, přímo fantastická, nabitá optimismem. Nálada se nemusí projevovat pouze jako euforická, ale může být i podrážděná až zlostná a pak hovoříme o rezonantní mánii, kdy je jedinec nerudný, podrážděný, rezonantní (Dušek et al., 2015, Orel, 2020). Mírnější formu mánie označujeme jako hypománii. Většinou je předstupněm mánie a také se objevuje při jejím odeznívání. Někteří autoři hypománii považují jako součást mánie, nevnímají ji jako samostatnou kategorii (Dušek & Večeřová – Procházková, 2015; Smolík, 1996).

### **Mánie bez psychotických příznaků F30.1**

Jedná se o výrazně elevovanou náladu, která přetrvává minimálně jeden týden a jsou u ní přítomny nejméně tři z následujících příznaků: psychomotorický neklid, nadměrná slovní produkce, myšlenkový trysk, nadměrná sociabilita, malá potřeba spánku, zvýšená sebedůvěra, sebevědomí až pocity vlastní výjimečnosti, porucha pozornosti, roztěkanost a snížená zodpovědnost projevující se v myšlení i chování, zvýšená sexuální aktivita až promiskuita. Nejsou přítomny psychotické projevy a porucha není způsobená psychoaktivními látkami (Dušek & Večeřová – Procházková, 2015; Smolík, 1996).

### **Mánie s psychotickými příznaky F30.2**

Projevy jsou totožné s projevy mánie bez psychotických příznaků, navíc jsou zde však přítomné bludy, nejčastěji o výjimečnosti, nadpřirozených schopnostech apod. Případně jsou přítomné halucinace, nemají však stejný charakter jako např. u schizofrenie,

kdy mohou pacienta podněcovat, nabádat a vést dialog. Epizoda není způsobena psychoaktivními látkami (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; Smolík, 1996).

### **Hypománie F30.0**

Elevovaná či podrážděná nálada, která je po dobu alespoň čtyř dnů. Přítomny by měly být alespoň tři z následujících znaků: psychomotorický neklid, překotný slovní projev, zhoršení koncentrace a pozornosti, snížená potřeba odpočinku a spánku, zvýšení sexuální aktivity, nezodpovědné nakládání s finančními prostředky, zvýšená sociální družnost, výrazná společenskost. O hypománii nehovoříme, pokud splňuje kritéria manické epizody, bipolární afektivní poruchy, cyklotýmie či je způsobena užíváním psychoaktivních látek či organickou duševní poruchou (Dušek et al. 2015, Smolík, 1996).

### **Bipolární afektivní porucha F31**

Je charakterizována výše popsanými fázemi, jejichž společným znakem je významné narušení úrovně aktivity pacienta. Směrem nahoru hovoříme o mánii, v opačném směru pak o depresi. Pokud se anamnesticky u pacienta objeví, byť jedenkrát, epizoda manická, nicméně ostatní epizody jsou depresivní, splňuje tím kritéria bipolární afektivní poruchy (Dušek et al. 2015, Smolík, 1996).

## **2.2 Neurotické, stresové a somatiformní poruchy**

Základním projevem pro tyto poruchy je obzvláště úzkost a somatické příznaky odlišné kvality a četnosti. Vyskytují se velmi často, subjektivní prožívání jednotlivých příznaků je mnohdy velmi intenzivní a mohou mít negativní dopad na kvalitu života (Orel, 2020).

### **Fobické úzkostné poruchy F40**

Fobie zasahuje do mnoha oblastí života člověka, který je jí zasažen. Ovlivňuje především prožívání a chování. Vyznačuje se výrazným, iracionálním strachem. Doprovázejícím úkazem jsou tělesné symptomy (Orel, 2020).

### **Agorafobie F40.0**

Agorafobie se vyznačuje strachem ze stísněných či otevřených míst. Pacient je vnímá jako ohrožující, např. nákupní centrum, náměstí, ale i třeba výtah či hromadnou dopravu, kdy nelze prostor kdykoliv svobodně opustit. K agorafobii se může připojit panická ataka a pak hovoříme o Agorafobii s panickou poruchou (MKN-10, 1992).

### **Sociální fobie F40.1**

Sociální fobie je vysilující porucha, která postihuje poměrně velké procento populace. Jedinec se vyhýbá kontaktům s lidmi z důvodu obav, že ho ostatní lidé budou soudit, pozorovat či hodnotit. Sociální fobie u mnoha jedinců předchází také několika dalším vysilujícím poruchám, jako je deprese či zneužívání návykových látek. Jedinec s touto poruchou často pociťuje snížené sebehodnocení, iracionální strach ze selhání či kritiky (Orel, 2020, Rapee & Spence, 2004).

### **Jiné anxiózní úzkostné poruchy F41.0**

Úzkostná porucha se nemusí rozvinout pouze na základě konkrétních podnětů a situací. Může se projevovat v podobě paniky, generalizované úzkosti nebo v souvislosti s depresivním laděním (Orel, 2020).

### **Generalizovaná úzkostná porucha F41.1**

Generalizovaná úzkostná porucha je převládající a vysoce invalidizující stav duševního zdraví. Je to přetrvávající a častá porucha, při které má pacient nesoustředěné obavy a úzkost, které nejsou spojeny s nedávnými stresovými událostmi, i když mohou být některými situacemi zhoršeny. Tato porucha je dvakrát častější u žen než u mužů. Tato porucha je charakterizována pocitem ohrožení, neklidem, podrážděností, poruchami spánku, napětím a příznaky, jako je bušení srdce, sucho v ústech a pocení. Generalizovaná úzkostná porucha má recidivující průběh a intervence zřídka vede k úplnému vymizení (Tyrer & Baldwin, 2006).

### **Smíšená úzkostná a depresivní porucha F41.2**

Pacienti vykazují úzkostné i depresivní symptomy periodicky nebo dlouhodobě. V omezeném počtu či intenzitě, nicméně příznaky nedosahují takové závažnosti, aby splňovaly kritéria pro konkrétní diagnózu depresivní nebo úzkostné poruchy. Epidemiologické průzkumy ukázaly, že tito pacienti mohou vykazovat významnou úroveň funkčního poškození, mají nevysvětlitelné somatické příznaky a vysoké využívání lékařské péče mimo obor psychiatrie (Orel, 2020; MKN-10, 1992).

### **Obsedantně kompulzivní porucha F42.0**

Obsedantně kompulzivní porucha (OCD) je běžná, typicky přetrvávající porucha vyznačující se vtíravými a znepokojivými myšlenkami (obsesemi) a opakujícím se chováním (nutkáním), ke kterému se osoba cítí vedena. Nutkání se jedinec cítí nucen provádět v reakci na obsese. Je to běžná heterogenní psychiatrická porucha. Heterogenita

zde zahrnuje témata obsesí, typů rituálů, přítomnosti či nepřítomnosti tiků a tísňe. Komplikace OCD zahrnují mezilidské potíže, nezaměstnanost, zneužívání návykových látek a fyzická zranění. Pacienti s touto poruchou mívají symptomy deprese a obráceně, jedinci s depresivní epizodou mohou zažívat obsedantní myšlenky. Výskyt OCD bývá stejně častý u mužů i žen (MKN-10, 1992).

## **2.3 Poruchy osobnosti**

Dle Praška (2015) je osobnost souborem tělesných a duševních vlastností člověka. Tyto vlastnosti jsou utvářeny v průběhu vývoje jedince a projevují se v sociálních vztazích. Vrozené a získané vlastnosti osobnosti jsou pro každého jedince charakteristické. Vrozené dispozice (temperament) jsou během individuálního vývoje člověka obohacovány vlastnostmi získanými (charakter). Poruchy osobnosti lze tedy chápat jako odchylky od rysů patrných u většiny lidí. V tomto případě se tyto rysy vyznačují opakujícími a zvnitřněnými behaviorálními vzorci v osobních a sociálních situacích.

Etiologie poruch osobnosti vychází z multifaktoriálního modelu, v němž se kombinují vlivy genetické, kulturní, vlivy výchovy atd. (Dušek, 2015)

Prevalence poruch osobnosti se odhaduje v rozmezí 2-13 % v populaci. Vyskytují se přibližně ve stejném poměru u mužů i u žen, s tím, že některé poruchy osobnosti převažují u mužů (disociální porucha osobnosti) a jiné u žen (histriónská porucha osobnosti) (Dušek, 2015). Genetické faktory mají významný vliv na osobnostní rysy dospělých a představují 30–60 % rozptylu. Dědičnost je také důležitá pro většinu forem psychopatologie a hraje hlavní roli v několika teoriích, které spojují osobnost s psychopatií (Carey et al., 1994).

Pro účely této kvalifikační práce jsou vybrány k detailnější charakteristice následující specifické poruchy osobnosti.

### **2.3.1 Specifické poruchy osobnosti**

Klasifikace nemoci DSM-5 nabízí praktické pojetí v podobě třídění poruch osobnosti do tří skupin, označující se jako tzv. trsy (klastry). Tyto skupiny mají určité společné a podobné charakteristiky. Zásadním rozdílem mezi DSM-5 a MKN-10 je klasifikace schizotypální poruchy – zatímco DSM-5 ji řadí mezi poruchy osobnosti (a tedy jako stabilní pervazivní vzorec), MKN-10 řadí schizotypální poruchu jako epizodickou

poruchu v sekci F2. Klastř A zahrnuje podivíny, excentriky (typy: paranoidní, schizoidní a schizotypní poruchu osobnosti). Klastř B zařtiřuje emotivní, dramatizující a nestálí jedince (typy: disociální, hraniční, histriónskou a narcistickou poruchu osobnosti. Klastř C pojímá úzkostné, vyhýbavé, bázlivé a zahrnuje typ: závislou, anankastickou poruchu osobnosti (v DSM-5 se označuje jako obsedantně kompulzivní porucha osobnosti (Orel, 2020).

### **Emočně nestabilní porucha osobnosti F60.3**

V symptomatologii dominuje nestabilní emotivita a sklony k impulzivnímu jednání, při kterém si jedinec neuvědomuje jeho následky. Toto často ústí do konfliktních situací s druhými lidmi. Tato porucha má dvě formy, a to emočně nestabilní poruchu impulzivního typu a hraničního typu. V prvním případě jsou typické tendence k impulzivnímu jednání, emočním výbuchům a neočekávaně dochází ke změně nálad. Autoregulace popsaného jednání je u takové osoby značně snížena (Orel, 2020). Emočně nestabilní porucha osobnosti způsobuje výrazně narušené fungování osobnosti, včetně pocitu prázdnoty, nedostatku identity, nestabilní nálady a vztahů, intenzivního strachu z opuštění a separační úzkost. Nebezpečí impulzivního chování spočívá v závažných epizodách sebepoškozování (Gamlin, 2019).

### **Hraniční porucha osobnosti F60.31**

Hraniční porucha osobnosti je psychická porucha charakterizovaná všudypřítomným vzorcem nestability v regulaci afektů, kontrole impulzů, v mezilidských vztazích a sebepojetí. Hraniční porucha osobnosti může být přítomna až u 6,4 % návštěv primární péče u dospělých, což je čtyřikrát více než v běžné populaci. Hraniční porucha osobnosti je poddiagnostikována a většina pacientů, kteří ji mají, má také další psychiatrické stavy. Jedinci s hraniční poruchou osobnosti mají základní zranitelnost vůči emočním hypervzrušením a sociálním a interpersonálním stresorům. Klinicky mohou mít tyto pacienti vysoké využití zdravotní péče, chování sabotující zdraví, chronické nebo vágní somatické obavy, agresivní výbuchy, vysoce rizikové sexuální chování a užívání návykových látek. Obezita a poruchy příjmu potravy jsou častými komorbiditami u osob s diagnózou hraniční poruchy osobnosti. Existuje prokázaná korelace mezi hraniční poruchou osobnosti a zvýšeným rizikem sebevraždy (Leichsenring et al., 2023). U hraniční poruchy osobnosti je typické sebevražedné chování i sebepoškozování a až 10 % pacientů zemře sebevraždou. Nižší míry (3–6 %) však byly hlášeny v prospektivně sledovaných

skupinách. Tyto nesrovnalosti by mohly odrážet méně závažnou sebevražednost u pacientů, kteří souhlasí s tím, že budou sledováni ve výzkumných studiích. Patnáctiletá studie zjistila, že průměrný věk sebevraždy klientů s hraniční poruchou osobnosti je 30 let (Paris, 2019).

#### **Histriónská porucha osobnosti F60.4**

Tato porucha se vyznačuje zvýšenou potřebou pozornosti, kdy pacient má výrazné teatrálně dramatické a afektované projevy. Ty bývají egocentricky směřované. Emocionální vyjádření je nadměrně prožívané a neadekvátně silné. Typické pro ně bývá tvoření koalic, zapojování se do konfliktních vztahů a strhávání pozornosti na svůj projev i vzhled, který mnohdy může být až erotizován (Praško, 2015). Koncept histriónské poruchy osobnosti je jediným přímým (v názvu reflektovaným) odkazem ke staršímu pojetí hysterie. Hysterie (resp. hysterická osobnost) coby diagnostická jednotka byla opuštěna v DSM-III pro svůj pejorativní nádech a stigmatizaci, které s sebou nesla. Symptomatické projevy a vzorce původně popsáné na přelomu 19. a 20. století autory jako byl Charcot, Janet, Breuer a Freud jsou nadále částečně zachycené v pojetí histriónské poruchy osobnosti, somatizační poruchy, somatoformních poruch a jiných neurotických poruch v MKN a DSM. V současném diagnostickém diskurzu se vedou debaty o užitečnosti diagnostické entity „histriónská porucha osobnosti“, přičemž někteří autoři navrhují její zrušení a zařazení coby subtypu v rámci kategorií narcistické či emočně-nestabilní poruchy osobnosti (Novais et al., 2015).

#### **Narcistní porucha osobnosti F60.8**

Projevem je velikášská představa o své vlastní důležitosti, jedinečnosti se značnou potřebou nekonečného obdivu (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). U pacientů s narcistickými rysy nebo s narcistní poruchou osobnosti je důležité věnovat pozornost dvěma stránkám fungování charakteru, které zahrnují jak samoučelné a sebeposilující projevy, tak přecitlivělost, kolísání sebeúcty a vnitřní bolest a křehkost (Ronningstam, 2011).

Etiologii a možnostem léčby dominantně narcistické osobnostní patologie se věnovali zejména psychoanalytičtí autoři. K nejvýznamnějším pojetím patří objektně-strukturální přístup O. Kernberga a self-psychologie H. Kohuta. Kernberg na základě své klinické i teoretické práce vnímal lidi s primárně narcistickou patologií osobnosti jako křehké a zranitelné osobnosti, které využívají kompenzační mechanismy idealizace



a devalvace pro udržení svého křehkého sebepojetí; Kohut se domníval, že v případě narcisticky strukturovaných lidí došlo k selhání významných mechanismů zrcadlení a podpory v raném dětství ze strany důležitých pečujících (především matky). Zatímco Kernberg navrhuje důkladnou interpretaci obran narcistického člověka, Kohut doporučoval empatii a dosycování chybějících zdrojů (Kernberg, 1975; Kohut, 1971).

### **Disociální porucha osobnosti F60.2**

Disociální (resp. antisociální dle DSM) porucha osobnosti se vyznačuje pervazivními vzorci porušování sociálních a zákonných norem, chybějící empatie a hostility. Někteří autoři (Huprich & Hopwood, 2018) kritizují současnou konceptualizaci disociální poruchy osobnosti, která silně tíhne k primárním behaviorálním kritériím a nepostihuje tzv. psychopatické jádro osobnosti. Jinými slovy – termín psychopatie a disociální poruchy osobnosti se nepřekrývají. V rámci klinického kontaktu se s lidmi s disociální poruchou osobnosti nejčastěji potkáme ve vězeňských a nápravných zařízeních. Z hlediska psychodiagnostiky osobnosti se problematice disociálních rysů a psychopatie v širším měřítku věnovali především autoři Gacono a Meloy, kteří studovali tuto problematiku v rámci vyšetření projektivními metodami – ROR. (Gacono & Meloy, 1994).

### **Paranoidní porucha osobnosti F60.0**

Lidé s paranoidní poruchou osobnosti se charakteristicky málo vyskytují v klinickém prostředí, jelikož jsou nedůvěřiví k procesu terapie i psychologického či psychiatrického vyšetření. Lidé s kverulujícími tendencemi se často mohou obracet na právní služby, lidé s megalomaničtými tendencemi zakládají nebo se přidávají k sektám. Vyšší podíl výskytu paranoidní poruchy osobnosti nalezneme též mezi lidmi usvědčenými ze stalkingu, domácího násilí apod. (Praško, 2015).

Z psychodynamického hlediska je dominantním obranným mechanismem lidí s PPO projekce. Kognitivní funkce jsou jinak často intaktní, neobvyklý není ani vysoký index globální inteligence. Základním diagnostickým kritériem paranoidní poruchy osobnosti je pervazivní nedůvěra v druhé lidi, pocit, že chtějí dotyčnému ublížit, mají vůči němu špatné záměry a podobně. Paranoidní porucha osobnosti má vysokou komorbiditu s narcistickou a antisociální poruchou osobnosti. Z diferenciálně diagnostického hlediska může být jejich odlišení obtížné a často se vyskytují v „mixu“. Lidé s PPO jsou též velmi zranitelní k osobnostní dekompenzaci, která má tendenci být více dramatická než u jiných

poruch osobnosti – s možným výskytem bludného vnímání a halucinací. V anamnéze lidí s PPO je častá historie traumatu – proto je zde výskyt hypervigilance a iratibility v mezilidských vztazích. Vnitřně se člověk s PPO zabývá otázkami vůle, kontroly; mívá vysoké standardy. Pod tlakem se brání hyperrigiditou, obdivem a zároveň rozhořčením vůči autoritám. (Huprich & Hopwood, 2018; Millon, 1981).

### **Schizoidní porucha osobnosti F60.1**

Pro tuto poruchu osobnosti je charakteristický odstup, a to jak v oblasti emocionální, tak sociální. Alexitimie, introspektivní zdrženlivost a preferování aktivit o samotě je pro takové jedince typické (MKN-10). Zvýšenou pozornost věnují dennímu snění a fantazírování. Současně se vyskytuje snížený zájem o sex (Orel, 2020).

Koncept schizoidních fenoménů rozpracovali především zástupci psychodynamické tradice, kteří si všímali strukturálních a konfliktních aspektů lidí s predominancí schizoidních rysů osobnosti. Autoři jako Masud Khan, Harry Guntrip nebo Ronald Fairbairn popsali dilema schizoidního člověka jako neustálé balancování mezi přílišnou blízkostí (a souvisejícím rizikem zaplavení a ztracení sebe sama) a přílišnou vzdáleností (a souvisejícím rizikem izolace a ztracení vazeb) v interpersonálních vztazích (Guntrip, 1968). Psychoanalytička Nancy McWilliams (2011) upozornila na vysokou citlivost až hypersenzitivitu schizoidních lidí, které se svojí intenzitou mohou podobat citlivosti histrionsky organizovaných lidí – na rozdíl od nich ale silněji preferují strategii odklonu od lidí než příklonu k nim. McWilliams si také povšimla, že schizoidně a hystericky strukturovaní lidé mají tendenci se přitahovat v partnerských vztazích (tzv. „schizoidně-hysterická romance“), kdy schizoidně strukturovaného člověka fascinuje živost a spontánnost hystericky organizovaného člověka, kterému imponuje schopnost zdrženlivosti a regulace afektů u prvně jmenovaného.

Současný model manuálů MKN a DSM si více všímá deskriptivně–behaviorálních rysů schizoidní osobnosti. V 80. letech došlo v anglo-americkém prostoru v rámci vydání DSM-III k rozdělení schizoidního spektra na dva celky – schizoidní poruchu osobnosti charakterizovanou spíše celkovým nezájmem, pasivitou a stažením se, a vyhýbavou (anxiózní) poruchu osobnosti, charakterizovanou více strachem a obavami z mezilidských vztahů než převažujícím nezájmem o ně (Smolík, 1996).

## **Schizotypální poruchy/schizotypální porucha osobnosti**

Pro lidi se schizotypální poruchou (MKN-10)/schizotypální poruchou osobnosti (DSM-5) jsou charakteristické distorze v kognici a vnímání (např. ideje reference a somatické bizarní prožitky, které ale nedosahují bludné hloubky). Termín poprvé použil v 50. letech psychoanalytik S. Radó, který se zabýval fenoménem schizotypie coby jednoho z možných genotypických projevů na schizofrenním spektru. Pro lidi se schizotypální poruchou je dále typické excentrické a podivné chování, opakující se problémy v mezilidských vztazích (neschopnost jejich navázání a udržení). Celkově má schizotypální porucha blízko k schizoidní poruše – rozdíl je v celkové excentričnosti a hruběji narušeném kontaktu s požadavky sociální reality. V pojetí T. Millona i O. Kernberga je schizotypální porucha osobnosti vnímána jako nejzávažnější na osobnostním spektru z hlediska blízkosti k psychózám (tzv. prepsychotická osobnost) (Millon, 1981).

## 3 STIGMATIZACE

Stigma je termín pocházející z Řecka. Lze jej přeložit jako stopu nebo znak, který poukazuje na něco neobyčejného, nedostačujícího, tělesně či morálně. Obecně se dá říct, že vyjadřuje znehodnocující charakteristiku, která může být důvodem pro diskriminaci jejího vlastníka (Ocisková & Praško, 2015).

Jak dále uvádí Ocisková a Praško (2015), původ slova stigma můžeme najít v historickém kontextu, konkrétně se jednalo o cejch, který byl vypalován otrokům v dolech starověkého Řecka.

Osoby s duševním onemocněním se často setkávají s veřejným stigmatem a mohou trpět i sebestigmatizací. Stigma má pro osoby s duševním onemocněním zásadní význam, a to jak z hlediska toho, jak prožívají svou nemoc a její důsledky, tak z hlediska toho, zda využívají dostupné zdravotnické služby (Rüsch et al., 2005).

### 3.1 Vymezení pojmu

Sociolog a sociální psycholog Erving Goffman upozorňoval na to, že stigmatizovaný jedinec je pokládán za někoho méněcenného, druhořadého. Měl hypotézu, že proto, aby lidé ospravedlnili svoje diskriminační chování, vytvářejí různé teorie jako alibi. Stigma chápe jako situaci, kdy je jedinec vyřazen a plnohodnotně nepřijímán společností (Ocisková & Praško, 2015).

Goffman definuje stigma jako atribut, který člověka zbavuje důvěryhodnosti a jako něco, co redukuje svého nositele z celistvého a obyčejného člověka na poskvrněného, nesoběstačného. Link a Phelan (2004, citováno v Andersen et al., 2022) nabízejí následující konceptualizaci: Stigma existuje, když se sbíhají následující vzájemně propojené komponenty:

**1. Značkování (labelling)** - lidé rozlišují a označují lidské rozdíly, odlišnosti. Aby mohlo existovat stigma, musí existovat sociální selekce lidských rozdílů. Mezi lidmi je nespočet rozdílů např. v barvě očí, v majetku a, nebo například v tom, zda člověk rád jí

brambory. Takové rozdíly se zdají být neškodné. Jiné rozdíly jsou však nějakým způsobem vybrány tak, aby na nich záleželo, jsou sociálně selektované pro nápadnost. Některé rozdíly jsou vybrány tak, aby byly relevantní, důležité nebo významné (Andersen et al., 2022; Ocisková & Praško, 2015).

**2. Stereotypie (stereotyping)** – v kontextu dominantního kulturního přesvědčení jsou označované osoby spojovány s nežádoucími vlastnostmi – s negativními stereotypy. Propojování znaků a osob pravděpodobně využíváme všichni v rámci kognitivní efektivity. Děláme rychlé úsudky na základě indukce. Když vidíme čtyři opilé bezdomovce, máme tendenci spojovat bezdomovectví se zneužíváním alkoholu. Je otevřenou otázkou, kdy jsme v takovém induktivním uvažování ospravedlnění. Nicméně to důležité je účinek na bezdomovce, pokud si je automaticky spojíme se zneužíváním alkoholu, stejně tak, pokud si automaticky duševně nemocného spojíme s nedůvěryhodností apod. Základ stigmatu tedy spočívá v propojování označených odlišností se stereotypy; to také odpovídá Goffmanově definici. Ne všechny stereotypy bývají negativní, nicméně pozitivní stereotypy nemohou být součástí stigmatu (Andersen et al., 2022). Dále autoři Link a Phelan (2004, citováno v Andersen et al., 2022) jasně prohlašují, že charakteristiky, které stereotyp vytvářejí, musí být nežádoucí. Pro přehlednost uvádějí, že by to mělo být chápáno jako nežádoucí podle převládajících společenských norem a přesvědčení. Pojem stigma tedy obsahuje nepříjemnou věc, alespoň pro ty, kteří jsou jejími oběťmi.

**3. Separace (separating)** – dochází k rozřazení na „my“ a „ti druzí“, kteří jsou zařazeni do odlišných kategorií, aby bylo dosaženo určitého stupně oddělení. Spojování nálepek s nežádoucími atributy se stává důvodem pro přesvědčení, že negativně označené osoby se zásadně liší od těch, které tuto nálepku nesdílejí. Důkazy o snahách oddělit nás od nich jsou někdy přímo dostupné v samotné povaze udělených označení. Někteří lidé například mluví o lidech jako o "epilepticích" nebo "schizofrenicích", místo aby je popisovali jako osoby s epilepsií nebo schizofrenií. Rozdíl mezi tím, když máme X jako atribut a když jsme X, je rétoricky velmi silný. Pojmenovávání označených rozdílů spojených s negativními stereotypy se zdá být důkazem, že na označených rozdílech skutečně záleží. Ti, kteří kouří, nejsou terčem potenciálního stigmatu, ale kuřáci ano.

**4. Ztráta pozice a diskriminace** - ve čtvrtém případě označené osoby zažívají ztrátu statusu a diskriminaci, což vede k nerovným výsledkům. Tento předpoklad je možná stále předmětem diskuze, zda je opravdu podmínkou uskutečnění stigmatizace. Faktická ztráta statusu je za jinak stejných podmínek buď nutným důsledkem (logickou implikací),

nebo pouhým podmíněným důsledkem úspěšného negativního nálepkování a stereotypizace. Pokud však existují případy stigmatu, které nemají v důsledku toho ztrátu statusu, pak ztráta statusu není pro stigma nutná. Není to součástí toho, co je stigma. Aby byla diskriminace relevantní, měla by to být diskriminace, která je morálně (nebo právně) špatná nebo nepřijatelná. Případem diskriminace není například situace, kdy lidé nemohou pobírat dávky v nezaměstnanosti, když jsou výdělečně činní; příkladem diskriminace je, když muži a ženy na stejné úrovni kvalifikace dostávají za stejnou práci nestejnou odměnu. Toto rozlišení platí i pro jinak stigmatizované. Je však otázkou, co morálka přesněji vyžaduje, a tedy které diskriminační jednání by se považovalo za morálně špatné nebo závadné. Pokud naše pojetí stigmatu závisí na naší shodě na tom, kdy je diskriminace morálně nepřijatelná a kdy ne, zdá se být orientace v této problematice náročná.

**5. Závislost na síle** - stigmatizace je zcela závislá na přístupu k sociální, ekonomické a politické moci, která umožňuje identifikaci odlišnosti, konstrukci stereotypů, rozdělení označených osob do odlišných kategorií a plné provedení nesouhlasu, odmítnutí, vyloučení a diskriminace. Každá složka je nutnou podmínkou stigmatizace. Zatímco ve společenské hierarchii může docházet k nálepkování a stereotypizaci směrem nahoru, mělo by se to považovat za stigma pouze tehdy, když jde dolů. Například duševně nemocní pacienti mohou označovat lékaře za "tlačitele pilulek" a spojovat je se stereotypy chladu, paternalistiky a arogance. Kliničtí lékaři však nebudou stigmatizovanou skupinou. I když se zdá být správné, že duševně nemocní jako skupina nemohou stigmatizovat psychiatry kvůli mocenské asymetrii, nevyplývá z toho, že psychiatr nemůže patřit ke stigmatizované skupině a být tak stigmatizován duševně nemocnými osobami a dalšími. Například pokud je obezita stigmatizována, pak budou stigmatizováni i obézní psychiatři (Andersen et al, 2022).

Stigma je společenský jev, je nebezpečný, protože velmi často, ale ne z definice, vede k negativním individuálním emocionálním reakcím, například k pohrdání, vzteku, strachu a nenávisti (Andersen et al., 2022 □ Ocisková & Praško, 2015).

### **Možné zdroje stigmatizace**

Knihy od autorů Höschl, Libiger a Švestka (2004) poukazují na průzkumy v různých částech světa. Velmi systematickým způsobem autoři prezentují skutečnosti, které jsou základem pro fenomén stigmatizace. Pro přehlednost jsou zde vypsány v několika bodech.

**1. Odtržení psychiatrie** od ostatní medicíny (zejména prostorové). Psychiatrie byla v minulém století zařazována do vlastních budov v odlehlých místech.

**2. Teoretická nejednotnost** v pohledu na modely duševních poruch. Například lze uvést jedince s obsedantně kompulzivní poruchou, který může být lege artis považován za nositele neurotransmitterové poruchy a následně léčen psychofarmaky

- za jedince fixovaného v anální fázi a podroben analýze
- za jedince vykazujícího nevhodné vzorce chování podstupujícího kognitivně behaviorální terapii

**3. Nevědecký charakter** oboru, s historickými kořeny. Autoři používají termín fenomén šílenství, který představuje jisté dědictví. Laikům je představovaný jasný obraz o duševních poruchách, který nevzbuzuje např. oproti imunologii tak složitou problematiku.

**4. Malé terapeutické úspěchy** – proti tomuto tvrzení lze operovat příznivými statistickými údaji. Je však důležitější laické veřejnosti prezentovat duševní poruchy jako převážně chronická onemocnění, u nichž není typické trvalé vyléčení.

**5. Údajná velká moc příslušníků oboru** – psychiatři bývají stigmatizováni tím, že mají oprávnění zbavovat pacienty svobody, např. nedobrovolnou hospitalizací.

**6. Prezentace příslušníků oboru na veřejnosti** – lékař, nejen psychiatr, by měl potvrdit svoji kvalifikaci v oboru, a to nejen skrze média. Ty mnohdy skandálně prezentují duševně nemocné i psychiatrii jako obor.

Jako jedna z nejsilnějších a nejpodstatnějších forem masové komunikace je film. Má velmi významný vliv na vnímání publika, zejména ve vztahu k otázkám duševních chorob. A toto vnímání je velmi zastřeno dezinterpretací populistů a nedostatečným povědomím o problémech, kterým čelí osoby trpící duševními poruchami. Filmy jako Psycho, Přelet nad kukaččím hnízdem, Vymítač ďábla a další byly sice cenné v uměleckém smyslu, nicméně bohužel potvrzovaly a podněcovaly zmatek a podkopávaly jasnost a jistotu týkající se tenké hranice oddělující duševní zdraví od duševní nemoci. Moderní filmaři a filmoví teoretici se snaží tato omezení, která často vznikají využíváním stereotypů a mýtů o duševně nemocných lidech, překonat (Damjanović, 2009).

## 3.2 Stigma a duševně nemocní

Stigmatizace duševně nemocných pacientů má formu negativního nálepkování, marginalizace a vylučování lidí ze společnosti jen proto, že mají duševní onemocnění. Stigma má negativní důsledky pro jednotlivce a jeho rodinu, stejně tak, jako pro psychiatrii a celou společnost. Stigma oslabuje duševně nemocné, posiluje pocit odcizení, což má negativní důsledky na průběh nemoci. Nejen média mohou informovat veřejnost o léčbě duševně nemocných pacientů tím, že zprostředkují správné informace, které pak mohou pozitivně přispět ke zlepšení kvality léčby. Stigma a sebestigmatizace vytvářejí pocit nízkého sebevědomí a strach z odmítnutí. Stigmatizováni bývají nejvíce pacienti s bipolární afektivní poruchou a schizofrenií (Babić et al., 2017 □ Ocisková & Praško, 2015).

Média mohou tento fenomén značně ovlivnit. Vztah psychiatrie k médiím a zejména opačný vztah musí být mimořádně korektní a profesionální, založený na faktech, a ne na honbě za mediální senzaci. Média mohou adekvátním a korektním informováním výrazně snížit současnou míru stigmatizace duševně nemocných, a tím usnadnit jejich roli v rodině a společnosti. Nedostatek znalostí a porozumění duševních onemocnění přispívá ke stigmatizaci. Vzdělávání pacientů, jejich rodin a novinářů je klíčové, pokud chceme lépe porozumět lidem s duševním onemocněním a snížit stigma (Babić et al., 2017).

Stereotypy a stigma spojené s duševními poruchami jsou často hlavními překážkami, které brání včasné a úspěšné léčbě, zejména v případě schizofrenie, při které vede břemeno stigmatizace často k chronickému sociálnímu zatížení. Data z několika evropských zemí ukázala, že pacienti trpící schizofrenií a jejich rodiny se nezdá se setkávají se sociálním distancováním, vyloučením a odmítnutím nejen ze strany široké veřejnosti, ale také ze strany odborníků na duševní zdraví. Postoje veřejnosti mají tendenci charakterizovat lidi trpící schizofrenií jako nebezpečné, nepředvídatelné, nespolehlivé apod. Data dále potvrdila zjištění stigmatizujících postojů oproti duševně nemocným lidem. Tyto negativní postoje představují pejorativní a urážlivé označení, odmítání a sociální distancování. Také diskriminaci v dosažení vzdělání, k získání pracovních příležitostí apod. (Jackowska, 2009).

B. Wciórka et J. Wciórka (2008) srovnávali výsledky průzkumu dynamiky postojů polské společnosti k duševně nemocným v odstupu devíti let, 1999-2008.



Z prezentovaných výsledků lze uvést, že v roce 1999 uznalo 62 % a v roce 2008 61 % respondentů pejorativní označení duševně nemocných – „cvok“, „blázen“, „šílenec“, „magor“, „psychopat“ apod.

Nordt, Rössler et Lauber (2006) přednesli výsledky výzkumu, který se týkal postoje odborníků v oblasti duševního zdraví k jedincům se schizofrenií a těžkou depresí. Respondenti byli z řad psychiatrů (201 respondentů), zdravotních sester (679 respondentů), fyzioterapeutů a sociálních pracovníků (116 respondentů). Hodnoceno bylo 10 atributů na pětibodové Likertově škále. Hodnocení závažnosti připisovaných rysů u schizofrenie a těžké deprese ukázalo jasné negativní postoje typu nebezpeční, nepředvídatelní, hloupí apod. Průměrná intenzita daného rysu byla označena číslem 3. Tento údaj (3,38) se prokázal i u běžné populace představované reprezentativním vzorkem 1 743 dospělých respondentů. Na škále sociální distance projeví všichni respondenti odstup k pacientům se schizofrenií, který byl vyšší než u pacientů trpících depresí. Distancování se od pacientů se schizofrenií prokázal i průzkum veřejného mínění realizovaný mezi obyvateli velkých měst v Německu. Konkrétně se jednalo o 7 246 respondentů.

### **3.3 Sebestigmatizace**

Stigmatizace a sebestigmatizace lidí trpících duševními poruchami jsou odsuzovány již několik let, nicméně stále ovlivňují léčbu a budování identity. Vzdělávání, sociální sdílení a institucionální angažovanost jsou intervence, které zpochybňují veřejné stigma. Intervence založené na individuálních nebo skupinových terapiích, které se staví proti sebestigmatizaci, se ukázaly jako účinné (Favre & Richard-Lepouriel, 2022).

Existuje řada sociálních faktorů, které mohou ovlivnit proces zotavení a zároveň mohou být za určitých okolností zdrojem stigmatizace. Například sdílení své zkušenosti s bližším okolím či veřejností, navštěvování specializovaných center atd. Duševně nemocní v sobě mohou najít sílu bojovat proti nemoci nebo naopak – mohou internalizovat negativní postoje společnosti a stát se sebestigmatizovanými. Rodina pacienta je na jedné straně často jediným zdrojem sociální podpory, na druhé straně může zažívat destruktivní vliv zdvořilostního stigmatu (Podogrodzka–Niell & Tyszkowska, 2014).

Duševně nemocní mohou čelit společenské neochotě, která je posilována stereotypní mediální reprezentací duševních poruch (Oexle et al., 2020). Sociální síť pacientů není vždy dostačující a často bývá omezena na rodinný systém. Negativní názory

na osoby s duševním onemocněním jsou nejvíce patrné na trhu práce. Pacienti zažívají mnoho druhů diskriminace v práci, je zde patrná nižší míra zaměstnanosti a nižší průměrná mzda. V procesu uzdravování byla zdůrazněna role osobního zapojení pacienta do znovuzískání vlády nad svým životem a odolávání stigmatu. V průběhu znovuzískání kompetencí může jedinec v sobě najít sílu zdolávat úskalí duševní nemoci. Pacienti však často o duševních chorobách uvažují stereotypně. Pravděpodobně ještě před propuknutím nemoci je pacient v rámci socializace konfrontován s různými předsudky vůči duševně nemocným. Patrně proto se lze domnívat, že po diagnostice duševní poruchy se snadno sebestigmatizují a internalizují negativní sociální postoje. Většina duševně nemocných očekává negativní reakce od společnosti (např. strach nebo diskriminaci), což se nemusí nutně shodovat se zažitou diskriminací. Sebestigmatizace vede ke snížení sebeúcty a je hlavní překážkou v udržení sociálních rolí v práci i v osobním životě jedince. Pacienti s větším sebestigmatem přijímají diskriminační postoje společnosti, což dále snižuje jejich sebevědomí a vede k vyhýbání se jakékoliv sociální výzvě (např. žádost o zaměstnání). Zvláště alarmující je, jak sebestigmatizace ovlivňuje mladé lidi. Po první epizodě nemoci, na začátku své cesty k uzdravení, se místo rozvíjení naděje a posílení internalizují negativní stereotypy (Podogrodzka–Niell & Tyszkowska, 2014).

Sebevražednost je tabu a často je držena v tajnosti ze studu a strachu z negativních důsledků, což podporuje sociální stažení a vyhýbání se terapii. To platí nejen pro lidi, kteří zažili akutní sebevražedné sklony, ale také pro ty, kteří přežili pokus o sebevraždu. Pozůstali jsou navíc po sebevraždě příbuzných zatíženi i stigmatem sebevraždy, což může proces truchlení komplikovat. Stejně jako stigmatizace duševních nemocí i stigma sebevraždy často vede k odsouzení a diskriminaci postižených, brání vyhledání pomoci a přispívá k sebedevalvací, studu, sociálnímu stažení a skrývání „suicidální minulostí“ (Oexle & Rüsche, 2018; Mayer, 2020).

### **3.4 Destigmatizace**

Bojovat proti stigmatizaci se dá v zásadě třemi cestami: kontaktem, vzděláním a odporem. Jako nejúčinnější strategie se ukazuje přímý sociální kontakt. Bezprostřední kontakt s pacientem zvyšuje kladný subjektivní pohled na něj. Stává se obsáhlejší, bez redukce pouze na nemoc a souvislosti s ní (Ocisková & Praško, 2015).

Simon a Verdoux (2018) ve své studii zaměřené na studenty medicíny uvádí, že stigmatizující postoje studentů k psychiatrii a psychiatrickým poruchám jsou snižovány

vzdělávacím programem v psychiatrii, přičemž pozitivní dopad je výraznější, pokud je vzdělávací program souběžný s klinickou stáží na psychiatrii. Studenti medicíny jsou klíčoví ve strategii pro snížení stigmatu vůči duševním poruchám. Je proto velmi důležité podporovat klinickou přípravu na psychiatrických odděleních během studia medicíny pro všechny budoucí lékaře bez ohledu na jejich budoucí specializaci.

Přístup proti stigmatizaci formou odporu, nebo také protestu, se jeví jako obrana proti lživé medializaci a inzerování duševních poruch v negativním světle. Viz kapitola 3.3.

### **3.4.1 Destigmatizační aktivity v České republice**

V rámci Psychiatrické reformy pod záštitou Ministerstva zdravotnictví vznikl v roce 2017 projekt s názvem **Destigmatizace**. Účelem bylo podpořit proces destigmatizace osob s duševním onemocněním a podpořit je ve zotavení z psychického onemocnění. Projekt je zaštiťován Národním ústavem duševního zdraví a financován ze zdrojů EU, ESF: Operační program Zaměstnanost.

Iniciativa **NA ROVINU** je nedílnou součástí tohoto projektu, který byl dokončen v listopadu 2022. Jejím hlavním úsilím je mluvit o duševním zdraví na rovínu, a to, že duševní zdraví má stejnou hodnotu jako zdraví fyzické. Na webových stránkách této iniciativy lze nalézt početné množství materiálů o duševním zdraví se zaměřením na destigmatizaci. Cílovou skupinou nejsou pouze osoby s duševním onemocněním, ale také jejich rodiny a lidé, kteří s touto skupinou nejčastěji přicházejí do kontaktu, např. zdravotníci, pracovníci v sociálních službách atd.

V roce 1992 byl založen festival **MEZI PLOTY** a tím se otevřela brána Psychiatrické nemocnice v Bohnicích. Již třicet let zde vystupují na stejném podiu jak profesionální umělci, tak nespočet umělců s rozdílnými podobami postižení – tělesnými i duševními. Nemocní účinkující nejsou pouze místní. V době populizmu a častého kategorizování společnosti, které vede k jejímu rozdělování, má tento festival/akce spojovat všechny lidi bez rozdílu pohlaví, věku, vzdělání, zdravotního stavu apod. Festival se snaží dílčími segmenty cílit na rozdílné skupiny lidí, a mimo jiné od roku 2014 spolupracuje s přibližně šedesáti neziskovými organizacemi (Mezi ploty, 2023).

**Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030**, dále již pouze NAPDZ, je dokumentem, který obsahuje další tři strategické dokumenty. Stanovuje konkrétní postupy pro naplňování Strategie reformy psychiatrické péče (2013-2023), u kterých existují zjevné

implementační deficity. NAPDZ byl tvořen ve stejné době jako dva souběžně vznikající akční plány: Národní akční plán pro Alzheimerovu demenci a Národní akční plán prevence sebevražd. Je třeba zdůraznit fakt, že akční plán odpovídá doporučením Světové zdravotní organizace (MZČR, 2020).

### **Dle MZČR (2020) se uvádí tři hlavní důvody vytvoření NAPDZ:**

První reaguje na pojetí bio–psycho–sociálního modelu zdraví. Klade se důraz na význam prostředí (např. zaměstnání, vzdělávací systém), které může být zdrojem rizik duševního zdraví, a které ohrožuje, či přímo se stává příčinou duševního onemocnění. Je tedy nutné zaměřit se na udržení duševního zdraví celé populace, ke kterému přispívá aspekt prevence a časné intervence.

Druhým důvodem se stala potřeba aktivní meziresortní spolupráce v naplňování záměrů NAPDZ. Meziresortní spolupráce je nezbytně důležitá pro poskytování péče v oblasti duševního zdraví a také jejího zkvalitňování. To s sebou nese značnou finanční podporu např. formou Evropských strukturálních fondů.

Třetím důvodem byla reflexe vyvstalých otázek ze Strategie reformy psychiatrické péče. Akcentovány byly především otázky vysokého rizika chudoby u lidí se závažnými duševními nemocemi a stejně tak změna systému poskytování péče o děti v riziku nebo již s rozvinutými duševními obtížemi. Zde se potvrzuje výše uváděná meziresortní spolupráce (MZČR, 2020).

### **Byly definovány tyto cíle:**

- přesunout dlouhodobě hospitalizované pacienty ze zdravotnických zařízení – oboru psychiatrie – do komunit, a tím i snížit počet lůžek následné péče v zařízeních zdravotních služeb
- do roku 2022 vytvořit 30 Center duševního zdraví (CDZ) a zajistit terénní týmy, které osobám s duševním onemocněním mimo instituce budou poskytovat zdravotní i sociální péči a rehabilitaci
  - pro tyto klienty zabezpečit bydlení v komunitě, např. chráněné bydlení
  - objasnit, jak budou obstarané kompetence pro zdravotní a sociální služby, včetně spolupráce mezi Ministerstvem sociálních věcí a zdravotnictvím. Vhodné instituce by měly konkretizovat, jak budou regiony, samostatně poskytující sociální služby, zapojeny do procesu (MZČR, 2020).

V daném projektu je mezi specifickými cíli uváděna realizace celostátní destigmatizační iniciativy. Plánovaný termín plnění je v letech 2021 až 2025. Realizace spočívá v zachování destigmatizačních programů pro dané cílové kategorie. Týká se především zdravotníků, pracovníků v sociálních službách, lidí s duševním onemocněním a dalších. Pro novináře, pedagogy, politiky či vězeňskou službu je nutné zajistit návrh, ověření a realizaci destigmatizačních činností. Důležité je také zaručit uskutečnění, počínaje financováním vhodných destigmatizačních činností v letech 2022—2030, které mohou plánovat a realizovat různé organizace v rámci celé ČR a kde Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ) bude vystupovat jako odborný garant a bude realizovat evaluaci celého procesu (MZČR, 2020).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

V teoretické části byly popsány základní poznatky z nichž vychází tato práce, na kterých se může stavět daná problematika z hlediska empirického. Tato práce se zabývá kvantitativním výzkumem a pozornost byla primárně zaměřena na možný vztah mezi suicidalitou a stigmatizací, a také na vzájemný vliv či predikovatelnost jiných skutečností, které by přispěly v praxi ke zlepšení péče o klienty s duševními problémy. Do výzkumného vzorku byli zahrnuti pacienti s diagnózou hraniční poruchy osobnosti a depresivní poruchou. Proto se nabízejí hypotézy srovnávající tyto dvě skupiny. Klienti z těchto kategorií se často setkávají v rámci psychiatrických a psychoterapeutických oddělení. Jaké rozdíly tedy můžeme v rámci témat suicidality a stigmatizace čekat? Lze některé aspekty předvídat a díky získaným informacím zlepšit k těmto lidem přístup?

Mnohdy se z medií dozvídáme informace o stigmatizaci duševně nemocných a o lidech, kteří se pokusili o sebevraždu. Dle Carpiniella a Pinna (2017) stigma může být příčinou suicidality, protože lidé se sebevražednými sklony jsou často vnímáni negativně, označují je za slabé a neschopné se vyrovnat se svými problémy. Jedinci, kteří se pokusili o sebevraždu, jsou vystaveni podobným procesům stigmatizace.

Utajování suicidálních tendencí a zkušeností se sebevražedným pokusem může vést k zvýšení diskriminace, stigmatu, a zároveň tato strategie může vést k sebevražedným sklonům. K prevenci sebevražd by proto mohly přispět programy na podporu lidí po nepodařených suicidálních pokusech, stejně jako intervence ke snížení škodlivých aspektů veřejného stigmatu sebevraždy (Mayer et al., 2020). Tato intervence nemusí být součástí velké kampaně pod záštitou Psychiatrické reformy nebo pod Světovou zdravotnickou organizací. Prevence spojená se suicidalitou a stigmatizací může probíhat v rámci prvokontaktu na pohotovosti v rámci nemocnice, na krizových linkách, psychiatrických odděleních nebo v rámci terapeutických sezení. Právě zde se mnohdy poprvé člověk osmělí svěřit a ventiluje skutečnosti, které v rámci svého běžného sociálního okruhu nechce nebo nemůže sdílet. Lze tedy prevenci sebevražedného chování posílit i bez

zapojení se do speciálního programu? Můžeme napomoci jedinci snížit pocit stigmatizace, aniž by o stigmatu apriori mluvil?

Vzdělávání, sociální sdílení a institucionální angažovanost jsou intervence, které zpochybňují veřejné stigma (Favre & Richard-Lepouriel, 2022). Tyto intervence založené na individuálních nebo skupinových terapiích, které se staví proti sebestigmatizaci, se ukázaly jako účinné.



## 5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Pro realizaci těchto výzkumných záměrů byl použit kvantitativní směr výzkumu. Jde o podrobnější prozkoumání souvislostí stigmatizace a suicidality pomocí dvou testových metod. Pro využití v praxi, v péči o klienty, nás také zajímají informace ohledně těchto fenoménů. Následující podkapitoly podrobněji popisují metody, které byly ve výzkumu použity.

### 5.1 Testové metody

Obě použité testové metody byly získány na odborném pracovišti, kde výzkum probíhal. Stupnice závažnosti rizika sebevraždy i škála měřící stigma je popsána v následujících podkapitolách.

#### 5.1.1 Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

Stupnice závažnosti rizika sebevraždy Columbia (C-SSRS) byla vyvinuta výzkumníky na Kolumbijské univerzitě, konkrétně v rámci oddělení Columbia University Medical Center. Tento nástroj je široce uznáván a používán pro screening a hodnocení rizika sebevražedného chování. Zatímco sebevražedné myšlenky a chování byly dříve chápány jako jednorozměrné, s pasivními myšlenkami postupujícími k aktivnímu záměru a poté k sebevražednému chování, C-SSRS se pokusila oddělit myšlenky a chování pomocí 4 konstruktů (závažnost myšlenek, intenzita myšlenek, chování a letalita) na základě faktorů identifikovaných v předchozích studiích jako prediktivní pro pokusy o sebevraždu a dokonanou sebevraždu (Salvi, 2019).

V roce 2011 přijala Centra pro kontrolu a prevenci nemocí definice protokolu pro sebevražedné chování a doporučila použití Kolumbijského protokolu pro sběr dat. V roce 2012 prohlásil Úřad pro kontrolu potravin a léčiv Kolumbijský protokol za standard pro měření sebevražedných myšlenek a chování v klinických studiích. Dnes se Kolumbijský protokol používá v klinických studiích, na veřejnosti a v každodenních situacích, například

ve školách, nemocnicích, v sociální péči a armádě, aby identifikoval, kdo potřebuje pomoc – zachraňuje životy ve 45 zemích na šesti kontinentech (C-SSRS Columbia, 2016).

Skóre Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) je založeno na odpovědích pacienta na screeningové otázky, ale umožňuje také integraci informací z jiných zdrojů. Např. od rodiny a přátel, zdravotnických pracovníků či z nemocničních záznamů (Salvi, 2019).

Kladení správných otázek k určení rizika sebevraždy by mělo být stejně rutinní jako kontrola krevního tlaku. S dotazníkem Columbia-Suicide Severity Rating Scale je to podobně rychlé. Také pomáhá optimalizovat zdroje zdravotní péče tím, že lidi nasměruje na správnou úroveň péče a je ideálním nástrojem pro hodnocení rizik ve zdravotnickém prostředí, především pro jeho jednoduchost. Všechny otázky lze položit během několika minut, aniž by bylo potřeba školení v oblasti duševního zdraví. Tato metoda je univerzální a tedy vhodná pro všechny věkové kategorie a zvláštní skupiny obyvatelstva v různých prostředích (C-SSRS Columbia, 2016).

Sebevražedné myšlenky a chování byly tradičně chápány jako jednorozměrný konstrukt s pasivní ideou, aktivním záměrem a chováním existujícím paralelně (Posner et al., 2011). C-SSRS však byl navržen tak, aby rozlišoval oblasti sebevražedných myšlenek a sebevražedného chování. Je to komplexní nástroj pro hodnocení sebevražedného rizika, který obsahuje několik subškál zaměřených na různé aspekty sebevražedného myšlení a chování. Tyto subškály umožňují odborníkům získat podrobný pohled na sebevražedné myšlenky a chování jedince, což je klíčové pro určení úrovně rizika a vhodné intervence (Flores-Kanter et al., 2023).

V C-SSRS jsou měřeny čtyři konstrukty. **Závažnost představy**, která je hodnocena na pěti bodové ordinální stupnici, ve které 1=přání být mrtvý, 2=nespecifické aktivní sebevražedné myšlenky, 3=sebevražedné myšlenky s metodami, 4 = sebevražedný záměr a 5 = sebevražedný záměr s plánem. **Intenzita představ**, která se skládá z 5 položek, z nichž každá je hodnocena pěti body ordinální stupnice: frekvence, trvání, ovladatelnost, odstrašující faktory a důvod představitelství. Třetí subškála měří **chování**, která je hodnocena na nominální stupnici, která zahrnuje skutečné, přerušované pokusy, přípravné chování, a nesebevražedné sebepoškozující chování. Nakonec hodnocení **letalita**, která posuzuje skutečné pokusy. Letalita je hodnocena na šestibodové ordinální stupnici, a pokud skutečná letalita je nulová, potenciální letalita pokusů je hodnocena na třibodovém

ordinální škále. Položky hodnotící sebevražedné sklony chování byly rozšířeny tak, aby zahrnovaly nejen skutečné, ale také přerušované pokusy, protože jsou prediktivní pro sebevraždu, a neúspěšné pokusy, protože jsou spojeny se skutečným sebevražedným pokusem (Posner et al., 2011).

### 5.1.2 Stupnice Stigma of Suicide Attempt (STOSA)

Stupnice Stigma of Suicide Attempt, dále jen STOSA, je specializovaný nástroj určený k měření stigmatu spojeného s pokusy o sebevraždu. Stupnice STOSA, kterou vyvinul s kolegy Paolo Scocco, se zaměřuje na potřebu systematické a kvantifikovatelné metody hodnocení společenského a osobního stigmatu, kterému mohou čelit jednotlivci, kteří se pokusili o sebevraždu (Scocco et al., 2012).

Jedním z obzvláště bolestivých a destruktivních účinků stigmatu je, že lidé s duševním onemocněním mají pocit, že nejsou plnohodnotnými členy společnosti. Bez ohledu na objektivní úroveň diskriminace, které je jedinec vystaven, je to subjektivní vnímání devalvace a marginalizace, které přímo ovlivňuje pocit sebeúcty a míru úzkosti člověka (Ritsher et al., 2003).

Škála STOSA je obvykle administrována prostřednictvím dotazníku, kde jsou respondenti požádáni, aby ohodnotili svůj souhlas nebo frekvenci zážitků na Likertově škále (např. od „Rozhodně nesouhlasím“ přes „Rozhodně souhlasím“ nebo „Nikdy“ po „Vždy“). Škála je navržena pro použití v různých prostředích, včetně klinického, výzkumného a komunitního prostředí, aby se usnadnilo široké pochopení stigmatu souvisejícího se sebevraždou. Položky byly rozděleny do dvou faktorů, z nichž jeden seskupoval položky pro měření podpurných, respektujících a pečujících postojů, druhý seskupoval položky zaměřené na stigmatizující postoje a přesvědčení (Scocco et al., 2012).

STOSA obvykle obsahuje několik komponent. **Vnímané stigma:** Měří úroveň stigmatu, o kterém se jednotlivci domnívají, že existuje ve společnosti vůči těm, kteří se pokusili o sebevraždu. To by mohlo zahrnovat posouzení přesvědčení o negativních stereotypech, diskriminaci a sociálním distancování. **Osobní stigma:** Hodnotí osobní postoje jednotlivců k ostatním, kteří se pokusili o sebevraždu, včetně úrovně empatie, porozumění a podpory. **Internalizované stigma:** Posuzuje, do jaké míry si jednotlivci, kteří se pokusili o sebevraždu, internalizují společenské stigma, které může ovlivnit jejich sebevědomí, sebehodnotu a proces zotavení. **Vliv stigmatu na hledání pomoci:** Zkoumá, jak stigma ovlivňuje ochotu jednotlivců vyhledat pomoc v případě problémů s duševním

zdravím nebo sebevražedných myšlenek, včetně vnímaných překážek v přístupu k péči (Scocco et al., 2012).

## 5.2 Formulace hypotéz ke statistickému testování

S nasbíranými daty jsme se rozhodli ověřit tři hypotézy.

- **H1:** Různé skóre suicidality budou mít lidé trpící depresí a hraniční poruchou osobnosti.
- **H2:** S nárůstem skóru v testu měřící suicidální tendence Columbia narůstá skóre v testové metodě měřící stigmatizaci – STOSA.
- **H3:** Různé skóre stigmatizace budou mít lidé trpící depresí a hraniční poruchou osobnosti.

## 6 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Potřebná data byla získána na psychiatrické klinice v rámci denního stacionáře pro dospělé. Před zahájením docházky do programu denního stacionáře je nutné absolvovat indikační pohovor s vedoucím lékařem-psychiatrem, který určí základní diagnózu. Ta se může změnit jen v případě, že během docházky proběhne vyšetření klinickým psychologem. Kontraindikací léčby na stacionáři jsou psychické stavy vyžadující péči na akutním oddělení, závislost na psychoaktivních látkách a neurologické onemocnění. Pokud anamnesticky má pacient zkušenost se závislostí, musí alespoň šest měsíců abstinovat.

Klienti jsou do skupiny přiřazeni dle diagnostických kritérií, ale také podle aktuální problematiky a psychického stavu. Klienti byli o spolupráci požádáni přibližně v polovině pobytu, z důvodu již proběhlé adaptace na prostředí, personál i spoluúčastníky v komunitě.

Administrace dotazníku STOSA byla klientem prováděna samostatně, stupnice závažnosti rizika sebevraždy COLUMBIA byla administrována formou strukturovaného rozhovoru. Na vyplnění dotazníků bylo vyhrazeno soukromí a dostatek času. Po administraci metody Columbia následoval s klientem rozhovor o tom, jak se cítí, jak jsou suicidální myšlenky aktuální a bylo dostatek prostoru pro ventilaci jakýchkoliv myšlenek či obav.

Finální výzkumný soubor obsahuje 82 respondentů, data, která nesplňovala stanovená kritéria nebyla použita a budou případně zpracována v jiné, např. magisterské práci. Vzhledem k počtu účastníků, dle diagnostického zastoupení jsme finální soubor rozdělili do dvou skupin. První skupina je reprezentována pacienty s afektivním onemocněním – depresivní poruchou, (celkový počet 40), druhá je zastoupena účastníky s hraniční poruchou osobnosti, (celkový počet 42).

## 6.1 Hlavní kritéria pro výběr výzkumného souboru

Data byla získána ve skupině pacientů docházejících do denního stacionáře. Hlavními požadavky pro konečný výzkumný soubor byla věková hranice 18 až 64 let, tedy věkové rozmezí, které je dáno pro indikaci do denního stacionáře pro dospělé osoby. Věkové rozhraní ve výzkumném souboru je popsáno níže v tabulce č.6.1.

Dalším, možná nejdůležitějším kritériem byla diagnóza hraniční poruchy osobnosti nebo afektivní poruchy v depresivní fázi. Exkluzivní kritéria byly závislosti na alkoholu a psychoaktivních látkách a neurologická onemocnění. Účast v něm byla zcela dobrovolná a nebyla přislíbena jakákoliv forma odměny.

**Tabulka 6.1** Deskriptivní charakteristiky souboru mužů a žen z hlediska věku

skupina	počet	průměr	sm. odch.	minimum	maximum
ženy	56	34,14	12,26	20	64
muži	26	33,96	9,66	20	60
celý soubor	82	34,08	11,44	20	64

V rámci ambulantní léčby na denním stacionáři se vyskytují pacienti s celou škálou rozmanitých diagnóz. Skupina má kapacitu dvanácti účastníků, kteří se ale nemění v pravidelných intervalech. Skupina je otevřená a počet účastníků se mění a doplňuje dle kapacitních možností stacionáře. Maximální doba léčby ve skupině je 12 týdnů.

## 6.2 Etické hledisko a ochrana soukromí

Účast na výzkumu byla dobrovolná na základě informovaného souhlasu a respondenti byli předem seznámeni s důvodem sběru dat. Také byli ujistěni, že i v průběhu mohou výzkum přerušit, data budou anonymizována a kdykoliv mohou klást otázky.

Získaná data byla uložena v počítači, který je chráněn heslem. Vyplněné metody v papírové formě neobsahovaly osobní údaje, dle kterých by bylo možné respondenty identifikovat. Dále je soukromí účastníka ošetřeno mlčenlivostí, která je dána nejen z pohledu realizace výzkumu, ale i z pozice zdravotníka a práce ve zdravotnickém zařízení. Zachování mlčenlivosti trvá i po dokončení výzkumu a ukončení spolupráce.

Vzhledem k práci s klienty, kteří se potýkají s psychickými obtížemi a i k danému tématu, je na místě obezřetnost a prioritně dbát na nepoškození respondenta. Vyvarovat se

zapříčinění zhoršení jeho duševního stavu a pokud se tak stane, tak aktuální situaci ošetřit. Pokud klient stacionáře nebyl stabilní a např. hrozila hospitalizace na lůžkovém oddělení, účast ve výzkumu mu nebyla ani nabídnuta. Také pokud během administrace suicidální škály Columbia byla evidentní aktuální tendence k sebepoškozování či k suicidálním myšlenkám přesahující hranici k plánu či chování, byla situace řešena. S klientem byl vedený další rozhovor, probíhalo zmapování závažnosti aktuálního stavu a v některých případech byl přivolán lékař – psychiatr, aby s klientem promluvil a vyhodnotil závažnost situaci. Vždy, u každého respondenta bylo preventivně rozhovorem zjišťováno jak se cítí a zda aktuální stav nevyžaduje další intervenci. I po ukončení výzkumného šetření se respondent mohl na mě obrátit. Ať už s možností odstoupení z výzkumu či s žádostí o rozhovor.

## 7 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

Pro zpracování byl z důvodu charakteru dat, která nevykazují normální rozdělení, použita neparametrický Mann-Whitney test nicméně pro úplnost z hlediska některých deskriptivních ukazatelů uvádíme také výsledky parametrického t-testu. Obě metody s vysokou statistickou významností potvrzují rozdíly mezi skupinami depresivních pacientů a pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Výsledky (viz tabulka 7.1. a 7.2.) ukazují, že obě skupiny se významnou měrou liší, pokud jde o suicidální tendence měřené prostřednictvím Columbia Suicide Rating Scale. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti dosahují průměrného skóru 57,17 a pacienti se depresí dosahují průměrné hodnoty skóru 28,04, obě skupiny se také odlišují, pokud jde o průměrný věk, ale nevykazují statisticky významnou odlišnost, pokud jde o hodnoty stigmatizace měřené prostřednictvím dotazníku STOSA.

Pokud jde o vztah korelace mezi STOSA a Columbia Suicide Rating Scale, nebyly v rámci skupiny pacientů s hraniční poruchou osobnosti ani u skupiny pacientů s depresí zjištěny významné korelace, prostřednictvím výpočtu neparametrického Spearmanova korelačního koeficientu v tabulce 7.3 a 7.5. ani prostřednictvím parametrického výpočtu Pearson Product Moment korelačních koeficientů v tabulce 7.4. a 7.6. Jediná významná korelace v rámci této korelační analýzy byla zjištěna u pacientů s hraniční poruchou osobnosti, která ukazuje na vztah mezi věkem a sebevražednými tendencemi měřenými prostřednictvím Columbia Suicide Rating Scale, výsledkem je záporná korelace, která ukazuje na to, že u hraniční poruchy osobnosti se s věkem snižují suicidální tendence (tabulky 7.3 a 7.4.).



Tabulka 7.1. Výsledky Mann-Whitney testu srovnávajícího skupinu 42 pacientů s hraniční poruchou osobnosti (HPO) se skupinou 40 pacientů s depresivní poruchou (svazek 80) pokud jde o jejich tendence k suicidalitě měřené prostřednictvím Columbia Suicide Rating Scale a jejich míru stigmatizace měřené prostřednictvím STOSA (svazek 80)

	<b>Součet pořadí HPO</b>	<b>Součet pořadí Deprese</b>	<b>U</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
<b>Věk</b>	1207,500	2195,500	304,5000	-4,96771	0,000001
<b>STOSA</b>	176,500	1637,500	817,5000	0,20873	0,834661
<b>Columb.</b>	2355,000	1048,000	228,0000	5,67739	0,000000

Tabulka 7.2. Výsledky t-testu srovnávajícího skupinu 42 pacientů s hraniční poruchou osobnosti (HPO) se skupinou 40 pacientů s depresivní poruchou pokud jde o jejich tendence k suicidalitě měřené prostřednictvím Columbia Suicide Rating Scale a jejich míru stigmatizace měřené prostřednictvím STOSA. Výsledky se vztahují k hypotéze H1 a k hypotéze H3 (svazek 80)

	<b>Průměr HPO</b>	<b>Průměr Deprese</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>Sm.odch. HPO</b>	<b>Sm.odch. Deprese</b>
<b>Age</b>	28,047	40,425	-5,797	0,000000	7,786	11,306
<b>Stosa</b>	31,119	31,800	-0,515	0,607678	5,562	6,389
<b>Columb.</b>	57,166	33,800	6,933	0,000000	9,283	19,664

Tabulka 7.3. Vztah korelace mezi STOSA, Columbia Suicide Rating Scale a věkem u skupiny pacientů s hraniční poruchou osobnosti prostřednictvím výpočtu neparametrického Spearmanova korelačního koeficientu u skupiny pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Výsledky se vztahují k hypotéze H2

	<b>Věk</b>	<b>STOSA</b>	<b>Columb.</b>
<b>Věk</b>	1	-0.108	<b>-0.361</b>
<b>STOSA</b>	-0.108	1	-0.015
<b>Columb.</b>	<b>-0.361</b>	-0.015	1

Tabulka 7.4. Vztah korelace mezi STOSA, Columbia Suicide Rating Scale a věkem u skupiny pacientů s hraniční poruchou osobnosti prostřednictvím výpočtu parametrického Pearson Product Moment korelačního koeficientu. Výsledky se vztahují k hypotéze H2

	<b>Věk</b>	<b>STOSA</b>	<b>Columb.</b>
<b>Věk</b>	1.00	-0.08	<b>-0.37</b>
<b>STOSA</b>	-0.08	1.00	-0.03
<b>Columb.</b>	<b>-0.37</b>	-0.03	1.00

Tabulka 7.5. Vztah korelace mezi STOSA, Columbia Suicide Rating Scale a věkem u skupiny pacientů s depresí prostřednictvím výpočtu neparametrického Spearmanova korelačního koeficientu u skupiny pacientů s depresí

	<b>Věk</b>	<b>STOSA</b>	<b>Columb.</b>
<b>Věk</b>	1	-0.156	-0.022
<b>STOSA</b>	-0.156	1	-0.045
<b>Columb.</b>	-0.022	-0.045	1

Tabulka 7.6. Vztah korelace mezi STOSA, Columbia Suicide Rating Scale a věkem u skupiny pacientů s depresí prostřednictvím výpočtu parametrického Pearson Product Moment korelačního koeficientu. Výsledky se vztahují k hypotéze H2

	<b>Věk</b>	<b>STOSA</b>	<b>Columb.</b>
<b>Věk</b>	1	-0.13	-0.03
<b>STOSA</b>	-0.13	1	0.02
<b>Columb.</b>	-0.03	0.02	1

- **Hypotézu H1** předpokládající že různé skóre suicidality budou mít lidé trpící depresí a hraniční poruchou osobnosti na základě uvedených výsledků může být přijata.
- **Hypotéza H2** předpokládající, že s nárůstem skóru v testu měřící suicidální tendence Columbia narůstá skóre v testové metodě měřící stigmatizaci – STOSA na základě uvedených statistických výsledků potvrzena a přijata není.
- **Hypotéza H3** předpokládající, že různé skóre stigmatizace budou mít lidé trpící depresí a hraniční poruchou osobnosti rovněž na základě uvedených statistických výsledků potvrzena a přijata není.

## 8 DISKUZE

Výsledky (viz tabulka 7.1. a 7.2.) ukazují, že skupina pacientů s hraniční poruchou osobnosti (HPO) a skupina s depresivní poruchou se významnou měrou liší, pokud jde o suicidální tendence, měřené prostřednictvím dotazníku Columbia Suicide Rating Scale. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti dosahují průměrného skóru 57,17 a pacienti se depresí dosahují průměrné hodnoty skóru 28,04. Tento rozdíl znamená, že pravděpodobnost suicidálních tendencí, případně dokonané sebevraždy, je u pacientů s hraniční poruchou osobnosti ve srovnání se skupinou pacientů s depresivní poruchou významně větší. Přibližně s dvojnásobným rizikem výskytu. Tyto poznatky získané sběrem a analýzou dat v této práci potvrzují hypotézu H1, která předpokládá, že budou různé skóry suicidalit u lidí trpících depresí a u jedinců s hraniční poruchou osobnosti.

Tento poznatek odpovídá nálezům několika studií o tom, že dysfunkce ve vztazích, impulzivita, agresivita a tendence k sebepoškození mohou představovat důvody, proč jsou tendence k suicidalitě větší u HPO než u depresivní poruchy, nicméně jak dosavadní studie uvádějí tyto výsledky vyžadují další výzkum (Watt-McMahon et al., 2023).

V souladu se dříve publikovanými výzkumnými výsledky aktuální zjištění ukazují na to, že interpersonální spouštěče pokusů o sebevraždu mohou být významně častější u HPO než u deprese, kde významnou roli z hlediska sebevražedných tendencí hraje porušená schopnost sociální adaptace a míra traumatizace z dětství, které mají velký vliv na etiopatogenezi HPO ve srovnání s depresivní poruchou. Tyto faktory vykazují epidemiologicky nižší stupeň závažnosti. V tomto kontextu představují tendence k sebepoškození u HPO z hlediska potenciální sebevražednosti velmi důležitý faktor, který se u depresivní poruchy vyskytuje menší měrou (Brown et al., 2002; Sansone 2004; Brodsky et al., 2006; Brooke & Horn, 2010;).

Jak naznačují dosavadní výzkumné výsledky, to, co odlišuje HPO od depresivní poruchy ve vztahu k sebevražedným tendencím je také větší míra agresivního chování a impulzivita (Brodsky et al., 2006; Chesin, 2013; Ducasse et al., 2019; Watt-McMahon et al., 2023). Dalšími velmi důležitými faktory, které ovlivňují sebevražedné jednání

a zároveň se významnou měrou odlišují u HPO ve srovnání s depresivní poruchou, jsou také značné poruchy identity a bolestivě prožívaný pocit prázdnoty a ztráty smyslu (Stringer et al., 2013; Zeng et al., 2016; Podlogar a kol., 2018; Yen et al., 2021; Watt-McMahon et al., 2023).

Další rozdíl, pokud jde sebevražedné tendence u HPO ve srovnání s depresivní poruchou spočívá v tom, že suicidální tendence u depresivní poruchy mají především akutní charakter a naproti tomu sebevražedné tendence u HPO vykazují dlouhodobé trvání, kdy suicidální představy představují těžiště zájmu pacienta po delší dobu, než tomu obvykle bývá u depresivní poruchy (Rao et al., 2017; Rao & Broadbear, 2019; Yen et al., 2021; Watt-McMahon et al., 2023). Přesto zmíněný poznatek, že charakteristiky sebevražednosti u HPO vykazují ve srovnání s depresivní poruchou dlouhodobý charakter, vyžaduje další výzkum. V něm bude důležité porovnat různé věkové skupiny pacientů a to zejména pokud jde o rozdíly z hlediska suicidálních tendencí a chování u adolescentů a dospělých osob (Watt-McMahon et al., 2023).

Na základě uvedených poznatků z literatury je první hypotéza zkoumaná v této práci v souladu s nálezy obsaženými v dosud publikovaných výzkumných studiích s tím, že další výzkum je nezbytný k tomu, aby byly potvrzeny dosud známé vlivy, které mají za následek odlišnost míry sebevražedných tendencí u HPO ve srovnání s depresivní poruchou.

Naproti tomu hypotéza H2 předpokládající, že s nárůstem skóru v testu měřící suicidální tendence Columbia narůstá skóre v testové metodě měřící stigmatizaci – STOSA se v tomto výzkumu nepotvrdila. I když jak je známo a z dosavadních výzkumů vyplývá, že sebevražednost je často příčinou stigmatizace, i opačný vliv se zmiňuje jako možný. Stigmatizace může přispívat k sebevražednému jednání. V tomto kontextu dosavadní dostupné informace dokládají, že lidé se sebevražednými sklony jsou často vnímáni negativně a ti, kteří se pokusili o sebevraždu, se často za své chování stydí a mají tendenci tuto svojí zkušenost před druhými skrývat. Tyto stigmatizující postoje k sebevražednému jednání ve společnosti jsou stále přítomny.

Z doposud zjištěných informací přesto vyplývá, že aktivity proti stigmatizaci, mají z hlediska snížení počtu sebevražd pozitivní dopady, i když přímé důkazy o příčinném vztahu mezi stigmatizací a sebevražedností ve stávajícím výzkumu doloženy nebyly (Favre & Richard-Lepouriel, 2022).

Hypotéza nebyla potvrzena a přijata také pokud jde o hypotézu H3, předpokládající, že různé skóre stigmatizace budou mít lidé trpící depresí a hraniční poruchou osobnosti. Tento negativní výsledek se neshoduje s některými publikovanými poznatky o tom, že pacienti s hraniční poruchou osobnosti ve srovnání s pacienty s jinými diagnózami jako například ADHD, bipolární porucha vykazují větší měrou internalizaci stigmatizujících pocitů a myšlenek spolu s nízkým sebehodnocením, deficitem v interpersonálních vztazích a poruchám emoční regulace, které jsou pak v přímém vztahu k ukazatelům nízké kvality života (Quenneville et al., 2020; Pyszkowska et al., 2023). Nicméně žádná z těchto studií nepoužila pro získání výsledků dotazník stigmatizace STOSA. Studie Quenneville et al., (2020) byla zaměřena na vztah internalizace stigmatu u pacientů s hraniční poruchou osobnosti, ADHD a bipolární poruchou a získala s tímto účelem psychometrická data od 39 pacientů s hraniční poruchou osobnosti, 136 pacientů s ADHD a 69 s bipolární poruchou. V tomto výzkumu byla použita škála Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI). Výsledky této studie ukazují, že pacienti s hraniční poruchou osobnosti ve srovnání s pacienty s ADHD a bipolární poruchou vykazují větší skóre na škále ISMI. Další zmíněná studie autorů Pyszkowska et al. (2023) ukazující na větší míru stigmatizace u pacientů s hraniční poruchou osobnosti ve srovnání s pacienty s diagnózou depresivní poruchy rovněž použila škálu ISMI a provedla toto srovnání mezi skupinami u 102 pacientů s hraniční poruchou osobnosti a 86 pacientů s diagnózou depresivní poruchy. Výsledky této studie také ukazují, že internalizace stigmatu vykazuje souvislost s emoční dysregulací a maladaptivním denním sněním. Dosavadní výsledky, pokud jde o zjišťování rozdílů v míře stigmatizace u různých diagnostických skupin proto vyžadují další výzkum, který by podrobněji zohlednil také rozdíly mezi použitými psychometrickými metodami.

Z obecného hlediska omezení získaných výsledků výzkumu spočívají v metodologickém přístupu a dále pak závisejí na povaze výzkumného vzorku. Z tohoto důvodu jsou limitami studie použité metody pokud jde o možnosti jejich reliability a validity a to je v tomto konkrétním případě omezení pokud jde o použití dotazníku STOSA. Ve stávající literatuře dosud nebyla publikována studie zabývající se stigmatizací, která by použila dotazník STOSA u těchto diagnostických skupin a z těchto důvodů nelze nyní porovnat výsledky z této práce s jinými studiemi. Dotazník STOSA navíc není dosud standardizovaný v českém jazyce, nicméně výsledky tohoto výzkumu budou v budoucnu pro účely této standardizace použity. Pokud jde o charakter výzkumného vzorku jako

limitující v této práci shledáváme to, že oproti jiným dosud publikovaným výzkumům, výzkumný vzorek obsahuje menší počet respondentů v celkovém souboru. V tomto ohledu existují limity také z hlediska znalosti statistického rozdělení dat a v souvislosti s tím také volba validních statistických metod použitých pro zpracování dat, které mohou vést k neoprávněnému zamítnutí hypotézy. V tomto ohledu jsou neparametrické statistické metody spolehlivé pokud jde o falešné potvrzení hypotézy poněvadž nejsou závislé na rozdělení dat. Na straně druhé tyto metody mohou vést k odmítnutí testované hypotézy, která v případě větších souborů, které umožňují dostatečnou znalost rozdělení dat a volbu vhodnějších statistických metod potvrzena být může. Z těchto důvodů byly také ve výsledcích této práce uvedeny porovnání výsledků běžně používaných parametrických a neparametrických metod. Jelikož cílem výzkumu bylo porovnání pacientů s depresí a hraniční poruchou osobnosti může být také určitým omezením pro výsledky výzkumu skutečnost, že psychiatrická diagnóza není někdy zcela přesně stanovená a v průběhu léčby někdy dochází z tohoto hlediska ke změnám z hlediska toho co je vlastně dominantní syndrom a co je komorbidní symptomatika.

Hlavní význam této práce spočívá ve výzkumu epidemiologické závažnosti výskytu sebevražedných tendencí u různých diagnostických skupin a v souvislosti s tím naléhavost některých preventivních opatření u různých diagnostických skupin. Tento výzkum ve větším epidemiologickém měřítku je velmi významný proto, že včasné zjištění sebevražedných tendencí představuje život zachraňující poznatek umožňující včasná preventivní opatření a léčebnou intervenci. Důležitým směrem pro další výzkum jsou proto vedle detailních zjištění epidemiologické závažnosti u jednotlivých diagnostických skupin také detailnější souvislosti mezi sebevražednými tendencemi a stresujícími životními událostmi spolu s některými kognitivními a afektivními faktory ovlivňujícími riziko dokonání sebevraždy. O těchto faktorech se můžeme nejvíce dozvědět u psychiatrických pacientů u nichž je riziko sebevraždy nejzávažnější a získat tak poznatky, které mohou být užitečné pro prevenci sebevraždnosti u ostatních psychiatrických pacientů a také u jedinců, kteří psychiatricky léčeni nejsou.

## 9 ZÁVĚR

V empirické části této práce jsme pracovali se třemi hypotézami. První hypotéza zkoumající zda se skupina pacientů s hraniční poruchou osobnosti (HPO) a skupina s depresivní poruchou od sebe významnou měrou liší, pokud jde o suicidální tendence, měřené prostřednictvím dotazníku Columbia Suicide Rating Scale se v tomto výzkumu potvrdila. Tento rozdíl znamená, že pravděpodobnost suicidálních tendencí, případně dokonané sebevraždy, je u pacientů s hraniční poruchou osobnosti ve srovnání se skupinou pacientů s depresivní poruchou významně větší. Riziko je přibližně dvojnásobné. Výsledky tohoto výzkumu jsou v souladu s jinými studiemi, přičemž panuje shoda, že toto téma je potřeba dále zkoumat. Výsledky tohoto výzkumu ukazují také, že suicidální tendence osob s hraniční poruchou osobnosti s rostoucím věkem klesá.

Druhá hypotéza, že s nárůstem skóru v testu měřící suicidální tendence Columbia narůstá skóre v testové metodě měřící stigmatizaci – STOSA se v tomto výzkumu nepotvrdila i když z některých dosavadních výzkumů naproti tomu vyplývá, že sebevraždnost je často příčinou stigmatizace. V souvislosti s tím, že stigmatizující postoje k sebevražednému jednání ve společnosti stále přetrvávají ze stávajících výzkumů vyplývá, že antistigmatizační intervence mají z hlediska snížení počtu sebevražd pozitivní dopady, i když přímé důkazy o příčinném vztahu mezi stigmatizací a sebevražedností v dosavadní odborné literatuře doloženy nebyly.

Třetí hypotéza testovaná v této práci rovněž nebyla potvrzena pokud jde o srovnání míry stigmatizace u depresivní poruchy a hraniční poruchy osobnosti. Rozdílná míra stigmatizace u těchto kategorií se nám nepotvrdila, byť některá data v odborných člancích uvádějí, že pacienti s HPO pociťují větší míru stigmatizace, v porovnání s pacienty s jinými diagnózami. Z dosavadních poznatků, je zřejmé, že jak suicidalita, tak stigmatizace si zaslouží naši pozornost a u pacientů s jakoukoliv diagnózou je vhodné nebrat je na lehkou váhu.

## 10 SOUHRN

Předmětem této bakalářské práce bylo prozkoumání vztahu mezi stigmatizací a suicidalitou u pacientů léčených v denním stacionáři. Data použita pro výzkumné šetření pocházejí od respondentů, kteří se léčí s hraniční poruchou osobnosti a depresivní poruchou. Posouzení sebevražedných myšlenek je u psychiatrických pacientů život zachraňující prioritou a diagnostika sebevražedných tendencí u psychiatrických pacientů je spojeno se strategií sekundární prevence, s cílem snížit riziko sebevraždy (Hubers, 2018).

Výzkumná část se zabývá kvantitativním výzkumem a pozornost byla primárně zaměřena na tři stanovené hypotézy. H1: Různé skóry suicidality budou mít lidé trpící depresí a hraniční poruchou osobnosti. H2: S nárůstem skóru v testu měřící suicidalní tendence Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) narůstá skór v testové metodě měřící stigmatizaci – Stupnice Stigma of Suicide Attempt (STOSA). H3: Různé skóry stigmatizace budou mít lidé trpící depresí a hraniční poruchou osobnosti. Pro měření stigmatizace byla použita stupnice Stigma of Suicide Attempt (STOSA) a pro měření suicidalních tendencí byla využita Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS).

Pro zpracování byl z důvodu charakteru dat, která nevykazují normální rozdělení, použita neparametrický Mann-Whitney test nicméně pro úplnost z hlediska některých deskriptivních ukazatelů uvádíme také výsledky parametrického t-testu. Obě metody s vysokou statistickou významností potvrzují rozdíly mezi skupinami depresivních pacientů a pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Výsledky ukazují, že obě skupiny se významnou měrou liší, pokud jde o suicidalní tendence měřené prostřednictvím Columbia Suicide Rating Scale. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti dosahují průměrného skóru 57,17 a pacienti se depresí dosahují průměrné hodnoty skóru 28,04, obě skupiny se také odlišují, pokud jde o průměrný věk, ale nevykazují statisticky významnou odlišnost, pokud jde o hodnoty stigmatizace měřené prostřednictvím dotazníku STOSA.

Pokud jde o vztah korelace mezi STOSA a Columbia Suicide Rating Scale, nebyly v rámci skupiny pacientů s hraniční poruchou osobnosti ani u skupiny pacientů s depresí zjištěny významné korelace, prostřednictvím výpočtu neparametrického Spearmanova



korelačního koeficientu, ani prostřednictvím parametrického výpočtu Pearson Product Moment korelačních koeficientů. Jediná významná korelace v rámci této korelační analýzy byla zjištěna u pacientů s hraniční poruchou osobnosti, která ukazuje na vztah mezi věkem a sebevražednými tendencemi měřenými prostřednictvím Columbia Suicide Rating Scale, výsledkem je záporná korelace, která ukazuje na to, že u hraniční poruchy osobnosti se s věkem snižují suicidální tendence.

Výsledky ukazují, že skupina pacientů s hraniční poruchou osobnosti (HPO) a skupina s depresivní poruchou se významnou měrou liší, pokud jde o suicidální tendence, měřené prostřednictvím dotazníku Columbia Suicide Rating Scale. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti dosahují průměrného skóru 57,17 a pacienti se depresí dosahují průměrné hodnoty skóru 28,04. Tento rozdíl znamená, že pravděpodobnost suicidálních tendencí, případně dokonané sebevraždy, je u pacientů s hraniční poruchou osobnosti ve srovnání se skupinou pacientů s depresivní poruchou významně větší. Přibližně s dvojnásobným rizikem výskytu. Tyto poznatky získané sběrem a analýzou dat v této práci potvrzují hypotézu H1, která předpokládá, že budou různé skóry suicidality u lidí trpící depresí a u jedinců s hraniční poruchou osobnosti.

Tento poznatek odpovídá nálezům v několika studiích a to v tom, že dysfunkce ve vztazích, impulzivita, agresivita a tendence k sebepoškozování mohou představovat důvody, proč jsou tendence k suicidalitě větší u HPO než u depresivní poruchy, nicméně jak dosavadní studie uvádějí tyto výsledky vyžadují další výzkum (Watt-McMahon et al., 2023). V souladu se dříve publikovanými výzkumnými výsledky aktuální zjištění ukazují na to, že interpersonální spouštěče pokusů o sebevraždu mohou být významně častější u HPO než u deprese, kde významnou roli z hlediska sebevražedných tendencí hraje porušená schopnost sociální adaptace a míra traumatizace z dětství, které mají velký vliv na etiopatogenezi HPO ve srovnání s depresivní poruchou. Tam tyto faktory vykazují epidemiologicky nižší stupeň závažnosti. V tomto kontextu představují tendence k sebepoškozování u HPO z hlediska potenciální sebevražednosti velmi důležitý faktor, který se u depresivní poruchy vyskytuje menší měrou (Brown et al., 2002; Sansone 2004; Brodsky et al., 2006; Brooke & Horn, 2010).

Na základě uvedených poznatků z literatury je druhá hypotéza zkoumaná v této práci v souladu s nálezy obsaženými v dosud publikovaných výzkumných studiích s tím, že další výzkum je nezbytný k tomu, aby byly potvrzeny dosud známé vlivy, které mají za

následek odlišnost míry sebevražedných tendencí u HPO ve srovnání s depresivní poruchou.

Naproti tomu hypotéza H2 předpokládající, že s nárůstem skóru v testu měřící suicidální tendence Columbia narůstá skóre v testové metodě měřící stigmatizaci – STOSA se v tomto výzkumu nepotvrdila. I když jak je známo a z dosavadních výzkumů vyplývá, že sebevražednost je často příčinou stigmatizace, i opačný vliv se zmiňuje jako možný. Stigmatizace může přispívat k sebevražednému jednání. V tomto kontextu dosavadní dostupné informace dokládají, že lidé se sebevražednými sklony jsou často vnímáni negativně a ti, kteří se pokusili o sebevraždu, se často za své chování stydí a mají tendenci tuto svoji zkušenost před druhými skrývat. Tyto stigmatizující postoje k sebevražednému jednání ve společnosti jsou stále přítomny. A ze stávajících poznatků přesto vyplývá, že aktivity proti stigmatizaci, mají z hlediska snížení počtu sebevražd pozitivní dopady, i když přímé důkazy o příčinném vztahu mezi stigmatizací a sebevražedností ve stávajícím výzkumu doloženy nebyly.

Potvrzení hypotézy na základě těchto výsledků rovněž nebylo možné pokud jde o hypotézu H3 předpokládající, že různé skóre stigmatizace budou mít lidé trpící depresí a hraniční poruchou osobnosti. Tento výsledek se neshoduje s některými publikovanými poznatky o tom, že pacienti s hraniční poruchou osobnosti ve srovnání s pacienty s jinými diagnózami jako například ADHD nebo bipolární porucha vykazují větší měrou internalizaci stigmatizujících pocitů a myšlenek spolu s nízkým sebehodnocením, deficity v interpersonálních vztazích a poruchám emoční regulace, které jsou pak v přímém vztahu k ukazatelům nízké kvality života (Quenneville et al., 2020; Pyszkowska et al., 2023).

Limitující v této práci shledávám, oproti jiným vyhledaným výzkumům, především menší počet respondentů v celkovém souboru. Ve stávající literatuře dosud nebyla publikována studie zabývající se stigmatizací, která by použila dotazník STOSA u těchto diagnostických skupin a z těchto důvodů nelze nyní porovnat výsledky z této práce s jinými studiemi.

# LITERATURA

An, S., Sungju, L., Kim, H. -W., Kim, H. -S., Lee, D., Tae Sik, G., Kim, T. W., Goh, T. S., Kim, K., & Lim, S. (2023). Global prevalence of suicide by latitude: A systematic review and meta-analysis. *Asian of Psychiatry*, 2023(81).

<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103454>

Andersen, M. M., Varga, S., & Folker, A. P. (2022). On the definition of stigma. *Journal of evaluation in clinical practice*, 28(5), 847–853.

<https://doi.org/10.1111/jep.13684>

Babić, D., Babić, R., Vasilj, I., & Avdibegović, E. (2017). Stigmatization of Mentally Ill Patients through Media. *Psychiatria Danubina*, 29(Suppl 5), 885–889.

Brodsky, B. S., Groves, S. A., Oquendo, M. A., Mann, J. J., & Stanley, B. (2006). Interpersonal Precipitants and Suicide Attempts in Borderline Personality Disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 313-322.

<https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.3.313>

Brooke, S., & Horn, N. (2010). The meaning of self-injury and overdosing amongst women fulfilling the diagnostic criteria for 'borderline personality disorder'. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 113-128.

<https://doi.org/10.1348/147608309X468211>

Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198-202. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.1.198>

C-SSRS Columbia. (2016). The Columbia lighthouse project. Retrieved February 11, 2024, from <https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/about-the-scale/>

Carey, G., & DiLalla, D. L. (1994). Osobnost a psychopatologie: Genetické perspektivy. *Časopis abnormální psychologie*, 103(1), 32–43.

<https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.1.32>

Carpiniello, B., & Pinna, F. (2017). The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. *Frontiers in psychiatry*, 8, 35. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00035>

Chesin, M. S. (2013). Pathways to high-lethality suicide attempts. City University of New York.

Český statistický úřad. (2023, 8. srpna). Sebevraždy. [Sebevraždy | ČSÚ \(czso.cz\)](https://www.czso.cz)

Damjanović, A., Vuković, O., Jovanović, A. A., & Jasović-Gasić, M. (2009). Psychiatry and movies. *Psychiatria Danubina*, 21(2), 230–235.

Ducasse, D., Lopez-Castroman, J., Dassa, D., Brand-Arpon, V., Dupuy-Maurin, K., Lacourt, L., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2020). Exploring the boundaries between borderline personality disorder and suicidal behavior disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270(8), 959-967. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-00980-8>

Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). Diagnostika a terapie duševních poruch (2., přepracované vydání). Grada Publishing.

Fava, M. (2002). Somatic Symptoms, Depression, and Antidepressant Treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(4), 305-307. <https://doi.org/10.4088/JCP.v63n0406>

Favre, S., & Richard-Lepouriel, H. (2022). Stigmatisation et autostigmatisation dans les maladies psychiatriques: enjeux et pratiques actuels. *Revue Médicale Suisse*, 18(796), 1749-1752. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2022.18.796.1749>

Flores-Kanter, P. E., Alesandrini, C., & Alvarado, J. M. (2023). Columbia Suicide Severity Rating Scale: Evidence of Construct Validity in Argentinians. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 13(3), 198. <https://doi.org/10.3390/bs13030198>

Gacono, C. B., & Meloy, J. R. (1994). The Rorschach assessment of aggressive and psychopathic personalities. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Gamlin, C., Varney, A., & Agius, M. (2019). Emotionally Unstable Personality Disorder in Primary Care: A Thematic Review and Novel Toolkit. *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 3), 282–289.

Griffin, L., Hosking, W., Gill, P. R., Shearson, K., Ivey, G., & Sharples, J. (2022). The Gender Paradox: Understanding the Role of Masculinity in Suicidal

Ideation. *American Journal of Men's Health*, 2022(16).  
<https://doi.org/10.1177/15579883221123853>

Guntrip, H. (2018). *Schizoid phenomena, object relations and the self*. Routledge.

Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2004). *Psychiatrie* (1st ed.). Tigris.

Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A. (2024). Suicidal Ideation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Hubers, A. A. M., Moaddine, S., Peersmann, S. H. M., Stijnen, T., van Duijn, E., van der Mast, R. C., Dekkers, O. M., & Giltay, E. J. (2018). Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), 186-198.  
<https://doi.org/10.1017/S2045796016001049>

Huprich, S. K. & Hopwood, C. J. (2018). *Personality Assessment in the DSM-5*. London: Routledge.

Jackowska E. (2009). Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenie--przeгляд badań i mechanizmy psychologiczne [Stigma and discrimination towards people with schizophrenia--a survey of studies and psychological mechanisms]. *Psychiatria polska*, 43(6), 655–670.

Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.

Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.

Kučerová, H., & Haškovcová, H. (2020). *Sebevraždy*. Galén.

Leichsenring, F., Heim, N., Leweke, F., Spitzer, C., Steinert, C., & Kernberg, O. F. (2023). Borderline Personality Disorder. *JAMA*, 329(8), 156-161.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2023.0589>

Lovero, K. L., Dos Santos, P. F., Come, A. X., Wainberg, M. L., & Oquendo, M. A. (2023). Suicide in Global Mental Health. *Current Psychiatry Reports*, (25), 255–262.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201823000084?via%3Dihub>

Mayer, L., Rüsche, N., Frey, L. M., Nadorff, M. R., Drapeau, C. W., Sheehan, L., & Oexle, N. (2020). Anticipated Suicide Stigma, Secrecy, and Suicidality among Suicide

Attempt Survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(3), 706-713.  
<https://doi.org/10.1111/sltb.12617>

Mezi ploty. (2023). <https://meziploty.cz>. Retrieved October 31, 2023, from <https://meziploty.cz/otazky-a-odpovedi/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky MZČR. (2020). Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030. [Mzcr.cz](https://www.mzcr.cz). Retrieved October 31, 2023, from <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>

McWilliams, N. (2015). Psychoanalytická diagnóza. PORTÁL

Millon, T. (1981). *Disorders of Personality*. John Wiley and Sons.

Monestier, M. (2003). Dějiny sebevražd: dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti. Dybbuk.

Národní ústav duševního zdraví. (2023, 6. září). V České republice loni přibylo sebevražd. V předchozích letech jejich počet naopak klesal. [TZ- V Ceske republice loni pribylo sebevrazd. V predchozich letech jejich pocet naopak klesal .pdf \(nudz.cz\)](#)

Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia bulletin*, 32(4), 709-714.

Novais, F., Araújo, A., & Godinho, P. (2015). Historical roots of histrionic personality disorder. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01463>

Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch* (1st ed.). Grada Publishing.

Oexle, N., & Rüsche, N. (2018). Stigma – Risikofaktor und Konsequenz suicidalen Verhaltens. *Nervenarzt*, 2018(89), 779–783. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00115-017-0450-8>

Oexle, N., Mayer, L., & Rüsche, N. (2020). Suizidstigma und Suizidprävention [Sebevražedné stigma a prevence sebevražd]. *Der Nervenarzt*, 91(9), 779–784. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00961-6>

Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3., aktualizované a doplněné vydání). Grada.

Paris, J. (2019). Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina*, 55-56. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/medicina55060223>

Podlogar, M. C., Rogers, M. L., Stanley, I. H., Hom, M. A., Chiurliza, B., & Joiner, T. E. (2018). Anxiety, depression, and the suicidal spectrum: a latent class analysis of overlapping and distinctive features. *Cognition and Emotion*, 32(7), 1464-1477. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1303452>

Podogrodzka-Niell, M., & Tyszkowska, M. (2014). Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych - czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym [Stigmatizace na cestě k uzdravení u duševních nemocí - faktory spojené se sociálním fungováním]. *Psychiatria polska*, 48(6), 1201-1211. <https://doi.org/10.12740/PP/20364>

Praško, J. (2015). *Poruchy osobnosti* (Vydání třetí). Portál.

Pyszkowska, A., Celban, J., Nowacki, A., & Dubiel, I. (2023). Maladaptive daydreaming, emotional dysregulation, affect and internalized stigma in persons with borderline personality disorder and depression disorder: A network analysis, 30(6), 1246-1255. <https://doi.org/10.1002/cpp.2923>

Quenneville, A. F., Badoud, D., Nicastro, R., Jermann, F., Favre, S., Kung, A. -L., Euler, S., Perroud, N., & Richard-Lepouriel, H. (2020). Internalized stigmatization in borderline personality disorder and attention deficit hyperactivity disorder in comparison to bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 262, 317-322. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.053>

Rao, S., & Broadbear, J. (2019). Borderline personality disorder and depressive disorder. *Australasian Psychiatry*, 27(6), 573-577. <https://doi.org/10.1177/1039856219878643>

Rao, S., Broadbear, J. H., Thompson, K., Correia, A., Preston, M., Katz, P., & Trett, R. (2017). Evaluation of a novel risk assessment method for self-harm associated with Borderline Personality Disorder. *Australasian Psychiatry*, 25(5), 460-465. <https://doi.org/10.1177/1039856217707390>

Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 24, pp. 737-767). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.06.004>

Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>

Ronningstam, E. (2011). Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 17(2), 89-99. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000396060.67150.40>

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiatrische Praxis*, 32(5), 221-232. <https://doi.org/10.1055/s-2004-834566>

Salvi J. (2019). Calculated Decisions: Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *Emergency medicine practice*, 21(5), CD3–CD4.

Sansone, R. A. (2004). Chronic Suicidality and Borderline Personality. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 215-225. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.215.35444>

Scocco, P., Castriotta, C., Toffol, E., & Preti, A. (2012). Stigma of Suicide Attempt (STOSA) scale and Stigma of Suicide and Suicide Survivor (STOSASS) scale: two new assessment tools. *Psychiatry research*, 200(2-3), 872–878. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.06.033>

SEBEVRAŽDY V ČESKÉ REPUBLICE 2011 až 2020. Retrieved October 3, 2023, from

Seifertová, D., Praško, J., Horáček, J., & Höschl, C. (Eds.). (2008). *Postupy v léčbě psychických poruch* (2nd ed.). Medical Tribune CZ.

Scheinostová, A. (2023). *Sebevražda... a jak dál?!: rozhovory, články, vzpomínky, kontakty. Cesta domů.*

Simon, N., & Verdoux, H. (2018). Impact de la formation théorique et clinique sur les attitudes de stigmatisation des étudiants en médecine envers la psychiatrie et la pathologie psychiatrique. *L'Encéphale*, 44(4), 329-336. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.05.003>



Smolík, P. (1996). Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací : nástin nozologie : diagnostika. Maxdorf-Jessenius.

Stringer, B., van Meijel, B., Eikelenboom, M., Koekkoek, B., M.M Licht, C., Kerkhof, A. J. F. M., Penninx, B. W. J. H., & Beekman, A. T. F. (2013). Recurrent suicide attempts in patients with depressive and anxiety disorders: The role of borderline personality traits. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.038>

Survivors. Suicide and Life-Threatening Behavior, 50(3), 706-713. <https://doi.org/10.1111/sltb.12617>

Tyrer, P., & Baldwin, D. (2006). Generalised anxiety disorder. *The Lancet*, 368(9553), 2156-2166. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69865-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69865-6)

Vágnerová, M. (2012). Psychopatologie pro pomáhající profese (Vyd. 5). Portál.

Vodáčková, D. (2020). Krizová intervence (4., aktualizované vydání). Portál.

Wasserman, D., Carli, Iosue, M., Javed, A., & Herrman, H. (2021). Suicide prevention in psychiatric patients. *Asia Pac Psychiatry*, (13). <https://doi.org/10.1111/appy.12450>

Wiebenga, J. X. M., Dickhoff, J., Mérelle, S. Y. M., Eikelenboom, M., Heering, H. D., Gilissen, R., van Oppen, P., & Penninx, B. W. J. H. (2021). Prevalence, course, and determinants of suicide ideation and attempts in patients with a depressive and/or anxiety disorder: A review of NESDA findings. *Journal of Affective Disorders*, 283, 267-277. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.053>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2023). 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). Retrieved March 2, 2024, from <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>

Watt-McMahon, K., Mildred, H., King, R., Craigie, G., Hyder, S., & Hall, K. (2023). Understanding chronic suicidality in borderline personality disorder through comparison with depressive disorder: a systematic review. *Clinical Psychologist*, 27(2), 232-258. <https://doi.org/10.1080/13284207.2023.2190879>

Wciórka, B., & Wciórka, J. (2008). Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań.

Yen, S., Peters, J. R., Nishar, S., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Shea, M. T., Zanarini, M. C., McGlashan, T. H., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2021). Association of Borderline Personality Disorder Criteria With Suicide Attempts. *JAMA Psychiatry*, 78(2). <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3598>

Zeng, R., Cohen, L. J., Tanis, T., Qizilbash, A., Lopatyuk, Y., Yaseen, Z. S., & Galynker, I. (2015). Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric inpatients with bipolar disorder, major depression and schizoaffective disorder. *Psychiatry Research*, 226(1), 361-367. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.01.020>

# Přílohy

## **Seznam příloh:**

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce

# ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

**Název práce:** Stigmatizace a suicidalita u pacientů s duševním onemocněním léčených na psychoterapeutickém denním stacionáři

**Autor práce:** Bc. Magdalena Bolenová

**Vedoucí práce:** PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 66 stran, 105 676 znaků

**Počet příloh:** 2

**Počet titulů použité literatury:** 76

## **Abstrakt:**

Předmětem této práce bylo prozkoumání vztahu mezi stigmatizací a suicidalitou u pacientů s hraniční poruchou osobnosti a depresivní poruchou, kteří byli léčeni v denním stacionáři. Sebevražda je jedním z hlavních celosvětových problémů veřejného zdraví s téměř 800 000 úmrtími každý rok. Pro měření stigmatizace byla použita stupnice Stigma of Suicide Attempt (STOSA) a pro měření suicidálních tendencí byla využita Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). Výsledky ukazují, že obě skupiny se významnou měrou liší, pokud jde o suicidální tendence měřené prostřednictvím Columbia Suicide Rating Scale. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti (N=42), dosahují průměrného skóru 57,17 a pacienti se depresí (N=40), dosahují průměrné hodnoty skóru 28,04, obě skupiny se také odlišují, pokud jde o průměrný věk, ale nevykazují statisticky významnou odlišnost, pokud jde o hodnoty stigmatizace měřené prostřednictvím dotazníku STOSA. Tento poznatek odpovídá také nálezům několika dalších studií o tom, že zvýšené tendence k sebepoškozování u hraničních poruch osobnosti mohou představovat důvody, proč jsou také tendence k suicidalitě větší u hraničních poruch osobnosti než u depresivní poruchy, nicméně stávající poznatky jsou založeny na výsledcích několika málo studií a vyžadují další výzkum.

**Klíčová slova:** stigmatizace, suicidalita, hraniční porucha osobnosti, deprese

## ABSTRACT OF THESIS

**Title:** Stigmatization and suicidality in patients with mental illness treated at a psychotherapeutic day hospital

**Author:** Bc. Magdalena Bolenová

**Supervisor:** PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 66 pages, 105 676 characters

**Number of appendices:** 2

**Number of references:** 76

### **Abstract:**

Main topic of the thesis was to examine a relationship between stigmatization and suicidality in patients with borderline personality disorders and depressive disorders, were treated in daily treatment center. Suicide is one of the main problems of public health worldwide with at about 800 000 fatalities each year. For measurement of stigmatization was used Stigma of Suicide Attempt questionnaire (STOSA) and for measurement of suicide tendencies was used Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). Results show significant differences between the groups as for the suicide tendencies measured by Columbia Suicide Rating Scale. Patients with borderline personality disorders (N=42), have the mean score 57.17 and patients with depression (N=40), have the mean score 28.04, both groups have different average age but have not statistical significant differences in their values of stigmatization are measured by STOSA. Results of the thesis are in agreement with findings of few published studies indicating that increased tendencies self-mutilation in borderline personality disorder may present a reason why suicidal tendencies in borderline personality disorder are increased in comparison to depressive disorders. Nevertheless recent findings are based on results of few studies and need further research.

**Key words:** stigmatization, suicidality, borderline personality disorder, depression