

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Anna Žamberská

*Stigmatizace a její řešení u lidí s duševním
onemocněním*

Bakalářská práce

vedoucí práce: PhDr. Jan Vančura, Ph.D.

2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci dne 21.6. 2021

Anna Žamberská

Poděkování

Děkuji PhDr. Janu Vančurovi, Ph.D. za pomoc při vedení bakalářské práce. Mé poděkování patří též organizaci Dům sv. Vincence za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

Obsah

Úvod	11
Teoretická část	13
1 Duševní onemocnění	13
1.1 Bipolární afektivní porucha	15
1.1.1 Mánie	16
1.1.2 Deprese	17
1.2 Schizofrenie	17
1.3 Poruchy osobnosti	19
2 Stigmatizace	21
2.1 Stigmatizace u bipolární afektivní poruchy	23
2.2 Stigmatizace u schizofrenie	24
2.3 Stigmatizace u poruch osobnosti	26
3 Sebestigmatizace	29
4 Prvky vedoucí k destigmatizaci	31
4.1 Reforma psychiatrické péče	33
5 Praktická část	35
5.1 Cíl výzkumu a výzkumná otázka	35
5.2 Výzkumný vzorek	35
5.3 Výzkumná metoda – kvalitativní výzkum	36
5.3.1 Polostrukturovaný rozhovor	37
5.4 Způsob analýzy dat	38
5.4.1 Etické aspekty výzkumu	39
6 Interpretace dat	41
6.1 Stigmatizace	42

6.2 Diagnóza.....	44
6.3 Destigmatizace	45
7 Diskuse	47
Závěr	49
Bibliografie	51
Anotace	55

Úvod

Jako název své bakalářské práce jsem si zvolila Stigmatizace a její řešení u lidí s duševním onemocněním. K výběru tohoto tématu a této cílové skupiny mě inspirovala odborná praxe v rámci studia na CARITAS - Vyšší odborné škole sociální Olomouc v organizaci zaměřené na duševně nemocné. V této organizaci jsem po ukončení praxe uzavřela pracovní smlouvu, takže jsem měla ještě více zkušeností a informací týkajících se této cílové skupiny.

Ze zkušeností z mé praxe a práce jsem zjistila, že klienti docházející do této služby, velmi často řeší problémy týkající se stigmatizace ze strany společnosti. V této organizaci každý den probíhá ranní povídání, kterého jsem se měla možnost několikrát zúčastnit, a tak v komunitě lidí s duševním onemocněním rozvinout debatu na toto téma. Po zjištění, že ze strany klientů by byl zájem o účast na mém výzkumu, jsem se po rešerši tohoto tématu, rozhodla můj výzkum zrealizovat.

Při hledání literatury jsem našla velice málo odborných zdrojů v českém jazyce, které se zabývají touto problematikou. Nejobsáhlejší a nejvíce používaný odborný text týkající se tohoto tématu se jmenuje: Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch od Marie Ociskové a Jána Praška. Na tento jsem ve své práci často odkazovala. Dále jsem používala odborné články a zahraniční zdroje. Zahraniční odborná literatura se zabývá tímto tématem více než ta naše.

Cílem této práce je zjistit, jak lidé s duševním onemocněním vnímají stigmatizaci ze strany okolí a co jim ji pomáhá překonávat. K tomuto cíli realizuji čtyři polostrukturované rozhovory s duševně nemocnými jedinci. Díky těmto rozhovorům získávám odpovědi na své výzkumné otázky „Co pomáhá lidem s duševním onemocněním překonávat důsledky stigmatizace?“ a „Co lidé s duševním onemocněním považují jako příčinu vzniku stigmatizace ze strany okolí?“

Pro vypracování této práce jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. K realizaci tohoto výzkumu jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, který jsem provedla v prostředí organizace, do které jsem po dobu své dlouhodobé praxe docházela.

Práce je rozdělena na dvě části. Teoretickou část a praktickou část. V teoretické části jsou čtyři hlavní kapitoly. V první kapitole teoretické části se zabývám pojmy souvisejícími s duševním onemocněním. Definuji zde duševní onemocnění a konkrétní onemocnění, kterými dotazovaní respondenti trpí. Jedná se o bipolární afektivní poruchu, schizofrenii a o poruchu osobnosti. K definování těchto nemocí jsem používala nejčastěji Mezinárodní klasifikaci nemocí. Ve druhé kapitole se zabývám pojmem stigmatizace a jak se stigmatizace liší u výše uvedených

nemocí. S tímto souvisí třetí kapitola, která pojednává o sebestigmatizaci. V poslední kapitole teoretické části věnuji pozornost prvkům vedoucím k destigmatizaci. Uvádím zde různé programy a projekty, které přispívají k destigmatizaci.

Praktická část je poté rozdělena do tří hlavních kapitol. V první kapitole praktické části jsou vydefinovány pojmy související s kvalitativním výzkumem. Zabývám se tam metodologií výzkumu, kde jsem si stanovila výzkumnou metodu, výzkumnou otázku a cíl výzkumu. Poté jsou zde popsány konkrétní metody, které jsem používala při sběru dat a jejich následné analýze. Jedná se o polostrukturovaný rozhovor, otevřené kódování a doslovnou transkripci upravenou dle etických aspektů.

Další kapitola praktické části je interpretace dat, která je rozdělena do několika kategorií, které jsem získala díky kódování zrealizovaných rozhovorů. Jedná se o kategorie: stigmatizace, diagnóza a destigmatizace. Popis těchto kategorií je pro lepší pochopení doplněn přímými citacemi od respondentů.

V poslední kapitole praktické části, která nese název diskuse, poté shrnuji provedený výzkum s odbornou teorií a odpovídám na mé stanovené výzkumné otázky. Je zde tedy popsáno, co duševně nemocní vnímají jako vznik stigmatizace ze strany okolí a jak se s touto stigmatizací vyrovnávají.

Tento výzkum dává náhled na to, jak duševně nemocný jedinec vnímá stigmatizaci ze strany svého okolí a jak se jí dá, dle duševně nemocných, předcházet a překonat.

Teoretická část

Vzhledem ke zvolenému tématu bakalářské práce se první část práce zabývá vymezením pojmů, které se používají v této práci. Je zde vysvětlen pojem duševní onemocnění a poté konkrétní nemoci, kterými dotazovaní respondenti trpí. Na toto navazuje pojem stigmatizace a stigmatizace určitých nemocí. V neposlední řadě jsou zde popsány termíny sebestigmatizace a destigmatizace, které souvisí s pojmem stigmatizace. U destigmatizace jsou vypsány určité prvky, které mají pomoci k odstranění předsudků ze strany společnosti.

1 Duševní onemocnění

Pro lepší pochopení pojmu duševní onemocnění zde uvádím vymezení duševního onemocnění z několika pohledů. Ze strany profesorky, psychologa, laiků a ostatních odborníků.

Ve své knize „Encyklopedie sociální práce“ popsal Matoušek společně s Křišťanem (2013, s. 400) duševně nemocného člověka, jako jedince vykazující deficity, konflikty a problémy ve svém prožívání, chování a sociálním fungování. To může být způsobeno geneticky nebo nevhodným prostředím, v němž se člověk vyvíjí. Dále popisuje duševní nemoc jako nemoc, která zasahuje do psychiky člověka, jeho vnímání, psychických procesů, myšlení a emocí. Zasahuje také do vnímání vlastního těla či sociálního fungování jedince.

Z pohledu profesorky MUDr. Evy Češkové, CSc. vznikají duševní onemocnění na souhrnu více faktorů. Do faktorů pro vznik duševního onemocnění patří vnitřní zranitelnost, se kterou se člověk narodí. Dále příčiny psychosociální, což může být traumatická životní událost. V poslední řadě také faktory biologické. Každý z nás máme jiný metabolismus a biochemismus. (Bajer, 2008, s. 23)

Psycholog Radvan Banbouh vnímá duševní onemocnění jako jakoukoliv jinou nemoc, která ovlivňuje jedincův život. Říká, že člověk by se měl cítit dobře a neléčené duševní onemocnění jedinci brání v udržení si duševního zdraví. Zdůrazňuje důležitost toho, že i když se na první pohled může zdát jedinec zdravý, např. nekašle nebo nekýchá, nemusí to znamenat, že zdravý je. (Špagetková, 2021, s. 14)

Kopřivová a Bajer (2008, s. 45) se snažili zjistit jaké má veřejnost povědomí o duševně nemocných. Otázka byla „Co si představujete pod pojmem duševní nemoc?“ V následujících odstavcích uvádím odpovědi na tuto otázku od dvou dotazovaných.

Štěpánka Markvartová, 40 let, učitelka, si duševně nemocného představuje jako jedince, který nemá plně pod kontrolou své chování. Říká, že něco zevnitř mu brání plně a radostně prožívat život kolem. Má zúžené pole vnímání a jeho chování je neadekvátní.

Pavla Zatloukalová, 43 let, úřednice, si duševně nemocného představí jako člověka, který je určitým způsobem narušený a neschopný vnímat okolní svět, jak ho vnímá běžná populace. Je to někdo, kdo se pravděpodobně léčí a navštěvuje odborná zdravotnická zařízení.

Smith (2014, s. 39) popisuje duševní onemocnění jako nemoc, která ovlivňuje jedincovo chování, myšlenky a emoce. Tyto změny v životě jedince mají dopad na jeho kulturní či náboženské přesvědčení a jeho vlastní osobnost. Toto všechno má negativní dopad na život nemocného a jeho blízké okolí. Příznaky u duševních onemocnění mohou mít trvalé následky (např. změny v chování, změny v zájmech) a tyto velké a trvalé změny mohou zasahovat do obvyklého života jedince a jeho kulturního či náboženského přesvědčení, jeho vlastní osoby a jeho sociálního fungování ve společnosti. Toto Kaucký a Mužík (Bajer, 2008, s. 5) doplňují tím, že duševně nemocný se nepotýká jen se samotným duševním onemocněním, ale také se všemi sekundárními následky. Což jsou vedlejší účinky léků, nízké sebevědomí, narušené vztahy, ztráta praktických dovedností a motivace během hospitalizace.

Smith (2014, s. 42-43) dále identifikuje několik symptomů nejčastěji objevujících se u duševních onemocnění. Každá diagnóza má své vlastní specifické symptomy, ale tyto jsou ty nejčastěji vyskytující se u více duševních onemocnění. Jedná se o změnu celkového vzhledu (péče o sebe samotného), motorické chování (třes, neklid), změna při mluvení (pomalá a neslyšitelná mluva, koktání), změna nálad (agrese), reakce na události (otupělé a nepřiměřené reakce), negativní myšlenky (sebevražedné myšlenky), pomalejší reakce a vnímání spojené s halucinacemi, neschopnost dělat rozhodnutí (zmatenost, neschopnost rozlišení pravdy od bludů), jedinec není schopen či ochoten porozumět svému stavu, ztráta paměti (dlouhodobá i krátkodobá, blokáce událostí), změna výkonné funkce jedince a neschopnost soustředit se na určitou věc.

S tématem duševního onemocnění souvisí pojem recovery neboli zotavení. Slade a Longden (2015) popisují zotavení jako výsledný stav, do kterého se jedinec dostane pomocí hospitalizace. Jednoduše se dají duševně nemocní rozdělit na zotavené a nezotavené. Zotavení je ideální výsledek, kterého by měl jedinec dosáhnout díky hospitalizaci a péče o sebe samotného s pomocí odborníků a odborné péče. Jedinec se může řadit do skupiny zotavených, ale definitivně o zotavení rozhoduje pečující lékař.

Bipolární afektivní porucha, schizofrenie a poruchy osobnosti jsou následně popsané a pro definici těchto určitých onemocnění jsem používala hlavně Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize (dále jen MKN-10). V dnešní době už se používá Mezinárodní klasifikace nemocí 11. revize, ale jde stále pracovat se starší verzí. Z té jsem ve své práci čerpala.

1.1 Bipolární afektivní porucha

Matoušek (2003, s. 36) ji popisuje jako duševní poruchu, při níž se střídají stavy mánie se stavy depresivními. Střídání stavů nemusí být pravidelné. Stavy se můžou opakovat či předejít do opačného stavu bez nějakých příznaků.

Dle MKN-10 (2000, s. 121) je bipolární afektivní porucha charakterizována: „...opakovanými (tj. nejméně dvěma) epizodami, při nichž jsou hluboce narušeny pacientova nálada a úroveň činnosti. Tato porucha spočívá někdy v elaci a zvýšené energii a aktivitě (mánie nebo hypomanie), jindy zase ve skleslé náladě, energii a aktivitě (deprese).“

U bipolární afektivní poruchy jsou dvě hlavní fáze, které se střídají a prolínají. Jsou jimi manická fáze a depresivní fáze. Tyto fáze často přicházejí po nějaké stresové životní události nebo jinému traumatu, kterým si jedinec projde což může mít tendenci na jeho duševní zdraví. Trvání fází se liší. Manická fáze je obvykle náhlá a trvá od dvou týdnů do čtyř až pěti měsíců, na rozdíl od toho, deprese má delší trvání, okolo šesti měsíců. (MKN-10, 2000, s. 121)

Anderson, Haddad a Scott (2012, s. 1-2) charakterizují bipolární afektivní poruchu jako opakující se epizody mánie a deprese, které jsou doprovázeny změnou v aktivitě, náladě a energii spolu s fyzickými, behaviorálními a kognitivními příznaky doprovázející tuto nemoc. Popisují zvýšenou náladu (mánii) jako velice závažné a trvalé narušení chování a funkce jedince a deprese jako častěji vyskytující se epizodu, která ovšem trvá déle než ta manická. Říkají také, že výskyt dalších duševních onemocnění spolu s bipolární poruchou je velice časté a jedinci trpící touto nemocí se v mnoha případech obrací na návykové látky, např. alkohol. Považují za důležité také zmínit zvýšené riziko sebevražděného chování při depresivní epizodě.

MKN-10 (2000, s. 122-124) uvádí několik rozdělení bipolární afektivní poruchy (označení F31) podle fází ve kterých se nachází. Jedná se o fázi hypomanickou (F31.0), fáze manická bez psychotických příznaků (F31.1), fáze manická s psychotickými příznaky (F31.2), fáze středně těžké nebo mírné deprese (F31.3), fáze těžké deprese bez psychotických příznaků (F31.4), fáze těžké deprese s psychotickými příznaky (F31.5) a fáze smíšená (F31.6). Tyto fáze se mohou

kdykoliv změnit či propojit. Je velice časté, že nastane střídání fází či jejich smíšený průběh při tomto onemocnění.

Anderson, Haddad a Scott (2012, s. 2-3) upozorňují na důležitost rozpoznání diagnóz s manickými příznaky. Mánie se vyskytuje i u schizofrenie a schizoafektivní poruchy, a proto je potřeba pečlivé vyšetření duševního stavu. Historie duševního zdraví jedince je důležitá při diagnóze nemoci, aby odborník pochopil jedincovo chování. Musí sledovat změny psychomotorické aktivity a chování, pohyby jedince a jeho řeč, změny nálad a jeho energii.

1.1.1 Mánie

Dle MKN-10 (2000, s. 119) jsou pro manickou fázi hlavní charakteristické rysy povznesená nálada a vyšší tělesná a duševní aktivita. Dále jsem patří zvýšená aktivita a energie spojená s energickou náladou a výraznými projevy emocí a výkonosti. Jedná se jak o tělesnou, tak duševní výkonost, spojené se zvýšenými sociálními kontakty a sexuální energií. Jedinec v mánii také nepotřebuje tolik spánku, jelikož pociťuje velký nával energie. Někdy, ale místo euforické nálady může nastat podrážděnost, domýšlivost, agrese či nevázané chování.

Miklowitz (2008, s. 24) říká, že pokud jedinec trpící bipolární afektivní poruchou je momentálně v manické fázi, může to znamenat několik věcí. Má určitě zvýšenou hladinu energie, pociťuje více nadšení a vykazuje známky impulzivního chování. Může se mu také velice rychle měnit nálada a myšlenkové pochody. Pro jedince je toto chování velice vzrušující, ale jeho blízcí mohou mít z této epizody právě největší strach, jelikož jedinec v manické epizodě je nepředvídatelný. Manická epizoda, ale nemusí být jen špatná, jelikož hyperaktivita (hypomanie) může vést ke kreativité a produktivitě.

Mánie se dá rozdělit do několika druhů. Je zde jednoduchá manická fáze (F30), která je velice často právě spojena s hypománií (F30.0), tedy velké změny nálad a chování, ale bez doprovodných halucinací a bludů. Dále se jedná o mánii bez psychotických příznaků (F30.1), která je plná elánu, bezstarostnosti a až téměř nekontrolovatelnému vzrušení či nadšení. V neposlední řadě se může jednat také o mánii s psychotickými příznaky (F30.2), kde jsou přítomny všechny znaky mánie, ale současně ji provází také bludy, halucinace a různé nepřiměřené myšlenky. (MKN-10, 2000, s. 119-120)

1.1.2 Deprese

MKN-10 (2000, s. 126-127) rozděluje depresivní fázi (F32) na tři stupně. Mírná depresivní fáze (F32.0), kde se vyskytuje hlavně ztráta zájmu a zvýšená únavnost. V této fázi by žádný se symptomů neměl být intenzivní. Další je středně těžká depresivní fáze (F32.1), kde se vyskytuje více znaků ve výraznějším stupni. Tato fáze by měla trvat alespoň dva týdny. Poslední dvě fáze jsou těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků (F32.3) a těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky (F32.4), kde už jsou příznaky nejvíce intenzivní.

National Institute of Mental Health (dále NIMH, 2007, s. 3) uvádí několik nejčastějších příznaků deprese mezi, které patří úzkost, smutek, pocit prázdnoty a beznaděje, pocity viny a bezcennosti, podrážděnost, únava, neklid a nespavost. Dále ztráta zájmu o věci, činnosti a zájmy, které před depresí naplňovaly jedince pocitem uspokojení a radosti. Patří sem dále neschopnost se soustředit, zhoršení paměti, nechut' k jídlu, fyzické bolesti jako bolest hlavy či křeče v břiše. Myšlenky na sebevraždu spojené s pokusem o sebevraždu se také řadí mezi příznaky deprese. NIMH dodává, že příznaky se mohou u každého jedince lišit, jelikož každý prožívá depresi jinak, ne každý bude mít všechny vyjmenované příznaky. Příznaky se liší hlavně u jiného pohlaví či jiné věkové skupiny.

NIMH (2007, s. 11) zmiňují, že i když v nějakých případech není jasná příčina výskytu deprese, je několik faktorů, které vznik deprese ovlivňují. Neexistuje jen jedna příčina deprese a nejčastěji k depresi dochází kvůli kombinaci několika věcí. Mezi tyto věci patří genetika jedince, jelikož některé typy deprese jsou v rodinách dědičné. Dále chemikálie, které se tvoří v mozku musí být na správné úrovni. Pokud nejsou tyto chemikálie, zvané neurotransmitery, ve správné úrovni v naší struktuře mozku, dochází ke vzniku deprese, jelikož u nervových buněk a mozku nedochází ke komunikaci a toto má za příčinu některé symptomy vyskytující se u deprese. V neposlední řadě se u vzniku deprese vyskytují sociální a psychologické faktory, jako je traumatický zážitek, ztráta milovaného člověka a další stresové situací, které mohou u člověka vyvolat depresi.

1.2 Schizofrenie

Dle MKN-10 (2000, s. 96) je schizofrenie charakterizována význačnými poruchami myšlení, vnímání, afektivitou a je nepřiměřená a otupělá. Uvádí, že: „*Osobnost je postižena ve svých*

nejpodstatnějších funkcích, které dávají normálnímu jedinci pocit individuality, jednotnosti a autonomie.“

Schizofrenie je jedno z nejčastějších závažnějších duševních onemocnění vyskytující se v naší populaci. Touto nemocí trpí okolo 1 – 1,5% populace, což znamená, že jeden člověk ze sta může být diagnostikován tímto onemocněním. Výskyt schizofrenie u mužů a žen se neliší počtem výskytu nemoci, pouze věkem výskytu. U žen se schizofrenií nejčastěji objevu mezi 25 až 35 lety. Na rozdíl od mužů, kdy se tato diagnóza objevuje dříve, nejčastěji mezi 16 až 25 lety. Toto jsou nejčastější věkové rozmezí, kdy se začnou objevovat symptomy schizofrenie. Zjištění této nemoci v dětství či ve starším věku je výjimečné. (Doubek, Praško, Herman a Hons, 2008, s. 12)

Matoušek a Křišťan (2013, s. 401) řadí toto onemocnění k nejzávažnějším psychickým onemocněním, u kterého se střídá období relativního klidu s období schizofrenních atak. V období schizofrenní ataky nemá člověk náhled na svou situaci a může se chovat nepřijatelně či nepochopitelně z hlediska společnosti. Mezi příčiny schizofrenie Doubek, Praško, Herman a Hons (2008, s. 15) uvádí několik důvodů. Zmiňují, že existuje mnoho teorií ohledně vzniku tohoto onemocnění, ale i přes intenzivní výzkum, není prozatím známá hlavní příčina vzniku u této diagnózy. Příčiny, které jsou způsobené řadou biologických a psychologických faktorů, se rozdělují na vrozené a zděděné, vlivy prostředí, ve kterém se jedinec vyskytuje a události, které jedince ovlivňují. Studie o dědičnosti schizofrenie uvádí, že pokud jeden z rodičů trpí schizofrenií, je asi 10% pravděpodobnost zdědění tohoto onemocnění. U obou rodičů diagnostikovanými tímto onemocněním se pravděpodobnost přenosu nemoci na potomka zvyšuje na 30-40%. Pokud jedinec žije či vyrůstá v neuspokojivém a nevyhovujícím prostředí, tato skutečnost spolu s traumatickým zážitkem či událostí, která jedince poznamenala, zvyšuje pravděpodobnost vzniku schizofrenie.

Smith (2014, s. 46) vyjmenovává několik charakteristických znaků vyskytujících se u tohoto onemocnění. Jedná se o pokles schopnosti se socializovat, tedy izolace jedince od ostatních, myšlenky jedince jsou nesrozumitelné, je zmatený, zpomalený, může mít výpadky paměti. Dále se vyskytují klamné myšlenky, jedná se o bludy a halucinace co jsou v rozporu s realitou, tím se zhoršuje i vnímání jedince. Člověk trpící schizofrenií může vykazovat neobvyklé emocionální projevy, jako pláč nad věcmi, které nejsou smutné či naopak, neprojevoval žádnou reakci na smutnou událost. Velice častá je taky ztráta zájmu a motivace jedince, může se zdát, že se změnil ze dne na den. Matoušek (2003, s. 199) řadí mezi takzvané pozitivními symptomy

halucinace, bludy, cizí hlasy v hlavě, rozpad řeči. Negativní symptomy jsou nedostatek zájmu, zanedbávání, izolace a otupení citů.

Dle MKN-10 (2000, s. 94) lze schizofrenii (F20) rozdělit do několika hlavních diagnostik, které mohou být propojené či se v průběhu času měnit. Jedná se o paranoidní schizofrenii (F20.0), hebefrenní schizofrenii (F20.1), katatonní schizofrenii (F20.2), nediferencovanou schizofrenii (F20.3), postschizofrenní schizofrenii (F20.4), reziduální schizofrenii (F20.5), simplexní schizofrenii (F20.6) a dále o schizofrenii nespecifikovanou. Při onemocnění schizofrenie se také mohou vyskytnout afektivní poruchy. Této kombinaci nemocí říkáme schizoafektivní porucha či psychóza.

1.3 Poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti se dají popsat jako přetrvávající vzorce chování a odchylky v chování zahrnující různé oblasti chování a psychologické projevy spojené s osobními a sociálními situacemi. Tyto duševní onemocnění se mohou objevit jak v dětství, tak i v dospívání s pokračováním v dospělosti. U každé diagnózy jsou specifické vlastnosti, ale změna osobnosti a deviantní chování je základem každé diagnózy týkající se poruchy osobnosti. Mezi příčiny vzniku změny osobnosti se řadí hlavně určitá událost v životě jedince, jako např. zážitek katastrofy, traumatická událost, dlouhodobý stres či jiné diagnostikované duševní onemocnění. Porucha osobnosti velmi často koexistuje s jinou duševní poruchou a vzájemně se prolínají. (MKN, 2000, s. 194-195)

Bliton, Dawood, Dowgwillo a Pincus (2017, s. 1) popisují poruchy osobnosti jako formu psychopatologie vznikající z narušení jedince samotného a jeho mezilidských vztahů, které následně vedou k problémům v životě jedince týkající se jeho identity a sociálního fungování. Spoustu diagnóz z tohoto spektra duševních onemocnění mají hlavní problém s identitou a sociálním chováním jedince spojených s úzkostí a změnou nálad. Toto je velice často doprovázeno depresivními stavy, poruchou příjmu potravy, sebepoškozováním a zneužíváním návykových látek.

Tyrer, Reed a Crawford (2015, s. 717) říkají, že poruchy osobnosti jsou velice běžné, všudypřítomné, a právě kvůli jejich častému výskytu je jejich pozorování důležité. I přes to, že existuje mnoho diagnóz, je možné, že kvůli nepřesné a nejasné stupnici dysfunkce osobnosti, nelze určit konkrétní diagnózu. Ve velkých případech je porucha osobnosti smíšená a koexistuje

spolu s jinými nemocí. To může mít negativní vliv na ostatní nemoci. Jedinec může trpět poruchou osobnosti, ale nemusí ji mít diagnostikovanou kvůli jiným duševním onemocněním. Je tedy velice časté, že lidé s poruchou osobnosti zůstávají v klinické péči nezajištěni a nemusí jim být poskytnuta ta správná léčba. Toto dále Tyrer, Reed a Crawford (2015, s. 719) rozvádějí tím, že poruchy osobnosti jsou vzhledem ke své složité klasifikaci a jejímu následnému hodnocení jedna z nejobtížnějších úkolů odborníků při práci s lidmi s duševním onemocněním. Identifikují několik problémů vyskytujících se u jedince s poruchou osobnosti. U těchto onemocnění neexistuje biologické vysvětlení či jiné nezávislé vysvětlení k určení diagnózy. Dále říkají, že jelikož tyto specifické poruchy ovlivňují mezilidské vztahy, velice často se stane, že jedinec trpící poruchou osobnosti nevidí problém u sebe, ale u jiných.

MKN (2000, s. 192-193) rozděluje poruchy osobnosti do několika určitých kategorií. Jelikož porucha osobnosti je velice široký pojem, jsou v každé kategorii popsány konkrétní duševní onemocnění týkající se poruchy osobnosti. Vyjmenuji zde jen základní kategorie. Jedná se o specifické poruchy osobnosti (F60), smíšené a jiné poruchy osobnosti (F61), přetrvávající změny osobnosti (F62), návykové a impulzivní poruchy (F63), poruchy pohlavní identity (F64), poruchy sexuální preference (F65), psychické a behaviorální poruchy spojené se sexuálním vývojem a orientací (F66) a jiné poruchy osobnosti (F68).

2 Stigmatizace

Když se před námi objeví cizí osoba, každý si na ni udělá nějaký první dojem. Předpovídáme její sociální status, kategorie a atributy související s rolí, kterou hraje ve společnosti. Člověk si nemusí ani uvědomit, že má předpokládané požadavky na cizí osobu, dokud nestojí před otázkou, zda jsou naplněny či ne. Poté může nastat situace, že atribut té osoby je ve společnosti nežádoucí, v krajním případě osobu činí špatnou, a tak ji naše mysl redukuje z obyčejné osoby na osobu jejíž hodnota klesla. (Goffman, 2003, s. 10)

Kaučský a Mužík (2008, s. 6) uvádí, že stigma duševního onemocnění je charakteristické tím, že se jej nelze fakticky zbavit. I po několika letech, kdy je klient ve stabilizovaném stavu se o něm nemluví jako o zdravém člověku, ale o člověku, který je ve fázi remisi onemocnění. Toto Matoušek (2003, s. 116) doplňuje tím, že nálepka neboli stigmatizace, předurčuje, jak bude s člověkem jednáno ve společnosti. Stává se pro svého nositele stejně významným jako porušení normy, které k jejímu užití vedlo.

Corrigan (2007, s. 34) upozorňuje, že i když diagnóza je nutná u jedince s duševním onemocněním, velmi často může jeho situaci ještě zhoršit spolu s jeho postavením ve společnosti. Bez diagnózy ztrácejí hanlivé nálepky význam, ale pokud jsou podloženy jasnou diagnózou, zvyšují stereotypy, které působí jako narážky na diagnózu. Ocisková a Praško (2015, s. 23) zmiňují, že nálepkovací reakci máme v sobě už od dětství. Když vyrůstáme, slýcháváme kolem sebe „Neblázni!“, „Nejsi na hlavu?“ a podobné označení, které se vztahuje na duševně nemocného. Označení jako „hysterka“ a „maniak“ se také běžně v naší společnosti používají, a přitom pro lidi trpící duševní poruchou, toto označení může být velice hanlivá a odsuzující nálepka.

Corrigan (2007, s. 31) dále uvádí, že nálepka, související s diagnostikou duševního onemocnění, vede k sociálnímu pohoršení, které může způsobit ztrátu zaměstnání, bydlení a zapříčinit spoušť negativních reakcí od okolí nemocného. Nemocný kvůli negativním reakcím možná nebude chtít podstoupit léčbu, aby se vyhnul zhoršení své nálepky, kterou mu přidělilo okolí. Corrigan (2007, s. 31-32) rozděluje tři směry, které stigma a následný život jedince ovlivňují nejvíce. Jedná se o neustálou snahu vyhnout se nálepce, zablokované životní cíle a sebestigmatizaci. U jedince, kterému byla diagnostikována závažná duševní nemoc je velká pravděpodobnost, že nebude chtít absolvovat léčbu v psychiatrické léčebně či jakoukoliv jinou léčbu, aby mu k nálepce „duševně nemocný“ nebyla přidělena nálepka „pacient v psychiatrické léčebně“. Někteří lidé s vážnou duševní chorobou postrádají sociální a základní

dovednosti, aby mohli uspokojit požadavky pro vykonávání práce a samostatné bydlení. Problémy mnoha lidí s duševním onemocněním jsou způsobeny stigmatizací a šitky, které jim okolí přiděluje. Proto často nejsou schopni si udržet stálou práci či najít vhodné bydlení kvůli předsudkům od zaměstnavatele a pronajímatele. Toto také zhoršuje sebestigmatizace, kvůli které jedinec přispívá do nálepkování od společnosti, jelikož sám sobě říká „Ano, jsem slabý, nedokážu mít dlouhodobou práci či samostatně bydlet.“ Tím si jedinec situaci jen zhoršuje.

Čermáková (Bajer, 2008, s. 16) zmiňuje několik předsudků, které jsou používány v souvislosti s duševně nemocnými. Jedná se o mýtu jako duševní onemocnění je neléčitelné, duševní poruchu vyvolala zlá nebo špatná rodičovská výchova či člověk s duševním onemocněním je jako dítě, a tak k němu musíme přistupovat. Corrigan a Bink (2016, s. 230) určují jako nejhorší stereotyp vůči lidem s duševním onemocněním nařknutí z nebezpečného, nepředvídatelného a agresivního chování. Tento strach ze strany okolí vede k následnému problematickému a diskriminačnímu chování ze strany společnosti, zejména vyhýbavosti, separace a desocializace. Většina společnosti se z tohoto strachu izoluje od této cílové skupiny, aby se „vyhnula jejich násilí“. Jedinci trpící duševním onemocněním jsou proto velice diskriminováni, hlavně ze strany zaměstnavatelů. Zaměstnavatel nemusí najmout jedince s duševním onemocněním kvůli strachu způsobeným z předsudků, aby zaměstnanec s vážnou duševní chorobou náhodou „neublížil“ ostatním zaměstnancům.

Postoj veřejnosti k duševně nemocným je ovlivněn zakotvenými a iracionálními předsudky spolu s nedostatkem informací veřejnosti o lidech s duševním onemocněním a jejich povaze. Společnost na duševně nemocného pohlíží jako na osobu nesvéprávnou, která je neschopna jakéhokoliv vlastního rozhodnutí. (Bártlová, 2003, s. 62)

Corrigan a Bink (2016, s. 231) rozdělují stigma na několik kategorií. Jedná se o: veřejné stigma, sebestigmatizaci, vyhýbání se nálepkám a strukturální stigma. Veřejné stigma vzniká z předsudků a stereotypů vytvořených společností, které si okolí jedince přebírá a využívá je k nepřímé či přímé diskriminaci. Sebestigmatizace je projekce veřejné stigmatizace na jedince samotného od sebe samého. Vyhýbání se nálepkám je velice časté u lidí s duševním onemocněním. Pokud někdo uvidí jedince vycházet z psychiatrické léčebny, hned si řeknou „To je blázen.“. Přesně kvůli tomuto chování mnoho lidí s duševním onemocněním nevyhledává pomoc, jelikož nechtějí být spatřeni u určité organizace či léčebny, která pracuje s touto cílovou skupinou. Strukturální stigma je spojené s legislativou a politickým nastavením každé země, kdy některé nařízení či zákony jsou omezující pro lidi s duševním onemocněním.

Byrne (2000, s. 65) říká, že i když v této době jsme si již prošli stoletím učení o duševních nemocích, tato cílová skupina je stále terčem urážek a diskriminace. Jedinci pocítují hanbu kvůli chování společnosti. Být duševně nemocný je stále vnímáno jako slabost a ostuda. Duševně nemocný je často vnímán jako tajemství a jako „černá ovce rodiny“. Prožívá izolaci, sociální vyloučení a obviňování ze strany svého okolí spolu s předsudky a stereotypy od společnosti.

2.1 Stigmatizace u bipolární afektivní poruchy

Praško, Buliková a Sigmundová (2009, s. 12) uvádí několik mýtů a předsudků týkajících se deprese. Tyto předsudky a mýty jsou převzaty od společnosti, kde mezi lidmi koluje mnoho falešných předsudků, které lidem s duševním onemocněním ubližují, jelikož nejsou podloženy reálnými fakty. Jeden z mýtů je, že duševně nemocný může kdykoliv depresi ukončit a „dát se dohromady“. O toto se samozřejmě velká většina jedinců trpících depresí snaží, ale není to tak jednoduchý proces, jelikož okolí na duševně nemocného naléhá, což mu jen škodí. Další z předsudků označuje jedince trpící depresí jako slabého a méněcenného. Deprese je jako každá jiná nemoc. Má jistou léčbu spojenou s medikací a nejsou žádné podložené důkazy, že deprese vede k poklesu inteligence. Poslední ze zmíněných předsudků se týká zavinění deprese. Kolují falešné mýty o zavinění deprese a lidé velice často hledají viníky.

Ocisková a Praško (2015, s. 80) říkají, že stigma spojené s bipolární afektivní poruchou je specifické nálepkou „maniak“. Tato nálepka je v naší společnosti velice častá, ale u této diagnózy je to více zranitelné pro jedince, jelikož opravdu trpí manickými epizodami.

Dle Miklowitze (2008, s. 188) se jedinci trpící bipolární afektivní poruchou bojí svým blízkým a svému okolí o nemoci říct, jelikož mají strach z odmítnutí, z odloučení, z vyhazovu z práce či bytu. U této nemoci velmi často rodina, někdy i jedinec, věří, že se jednalo jen o jednorázový výskyt (např. u depresivní epizody) a již se to nikdy nebude opakovat. Proto necítí potřebu sdílet diagnózu se svým okolím. Je velice důležité připravit jedince a rodinu na opakovanost manických a depresivních epizod a na reakci jejich okolí. Milkowitz zmiňuje důležitost dobrého vztahu mezi jedincem a jeho rodinou, jelikož duševně nemocný člověk potřebuje podporu od svých blízkých. Hlavně tedy při jednání s okolím, když velice oprávněně, jedinec čeká na negativní reakci ze strany svého okolí. Milkowitz (2008, s. 189) uvádí několik otázek, které by si rodina spolu s duševně nemocným měla položit před oznámením nemoci svému okolí. Jedná se o otázky: „Komu říct o této poruše? Jak moc jim říct? Jaká je pravděpodobnost, že budou negativně reagovat? Jak jim můžeme pomoci destigmatizovat tuto poruchu, aby se jí nebáli?“

Ocisková a Praško (2015, s. 83) uvádí, že u bipolární afektivní poruchy jedinec spolu s rodinou často čekají, zda příznaky nemoci neodezní spontánně. Například, pokud si jedinec na chvíli odpočine, deprese odezní. Toto se může několikrát opakovat a přispívat ke stigmatu, jelikož jedinec nechce vyhledávat odbornou pomoc. Viní sám sebe za nemoc a za to, že se sám nemoci nedokáže „zbavit“.

Ocisková a Praško (2015, s. 90) zmiňují, že lidé mají tendenci stigmatizovat depresi a její průběh. Označují jedince jako slabocha, který není schopný zvládnout překážky ve svém životě. Říkají, že nemají dostatečně silnou vůli či je označují za neschopné. Společnost označuje jedince v depresi jako nebezpečného pro sebe samotného i pro své okolí. Toto souvisí se sebevražednými sklony, které se u deprese mohou objevit. Ocisková a Praško (2015, s. 92) toto doplňují několika případy předsudků, které jsou v naší společnosti nejčastější. Lidé říkají, aby se člověk „vzchopil“ či „dal se dohromady“. Naléhají na duševně nemocného a tímto mu prohlubují jeho pocit viny či pocit neschopnosti, který duševně nemocný může prožívat. Další nepravdivý předsudek ohledně této diagnózy je, že depresi musel někdo zavinit. Rodina a okolí jedince často hledá vinu u sebe a toto vede ke konfliktům, což přidává na stresu a zranitelnosti nemocného.

2.2 Stigmatizace u schizofrenie

Ocisková a Praško (2015, s. 56) uvádějí, že kvůli změnám v jejich chování, má společnost tendenci jedince trpící schizofrenií společensky izolovat od zbytku společnosti. Popisují je jako neschopné, nebezpečné, nepředvídatelné a nespolehlivé. Jedinec, který začíná vykazovat známky tohoto onemocnění se poté bojí někomu svěřit a vyhledávat odbornou pomoc, jelikož se obává stigmatizace a nálepek ze strany svého okolí.

Jedinci trpící schizofrenií čelí nejen výzvě zotavení a jeho udržení, ale také výzvě, jaká bude reakce jejich okolí na tuto určitou diagnózu. Běžná laická populace není vzdělaná o tématu duševních onemocnění. Mýty a předsudky, které nevzdělaná společnost vytváří, zasahuje nemocného jedince a jeho blízké. Tyto mýty a předsudky, které jsou falešné a nepodložené fakty jsou hlavní příčinou stigmatizace jedince ze strany jeho okolí. Toto vede k izolaci jedince, neschopnosti najít a udržet si práci či bydlení, obracení se k alkoholu a drogám a nadměrné snaze vše vyřešit v psychiatrické léčebně. Všechny tyto věci snižují šanci na vyléčení jedince. (Doubek, Praško, Herman a Hons, 2008, s. 37)

Ocisková a Praško (2015, s. 57) zmiňují to, že média vykreslují jedince trpící schizofrenií jako „šílence“ a „blázna“. Toto přispívá ke předsudkům od společnosti, že duševně nemocný se schizofrenií je nebezpečný. Pokud duševně nemocný jedinec spáchá trestný čin, jedná se o výjimečný jev, jelikož páchaní trestných činů u této cílové skupiny není tak časté. Proto novináři a média ihned použijí nálepkovou reakci, aby na svou stranu dostali publikum, tedy společnost. Trestné činy způsobené „psychicky zdravým“ jedincem se dějí neustále, ale pokud duševně nemocný spáchá trestný čin, je to mnohem více medializováno. Tyto články a reportáže vrhají negativní světlo na všechny duševně nemocné.

Doubek, Praško, Herman a Hons (2008, s. 22-23) uvádí několik nejčastějších mýtů kolujících ve společnosti týkajících se tohoto onemocnění. Naše společnost velice často nemá dostatek informací o duševních onemocněních a vytváří falešné tvrzení. Jedná se o tvrzení jako: schizofrenie je nejhorší léčitelné duševní onemocnění, kterým onemocní především lidé s nízkým intelektem, kteří jsou nebezpeční, nevypočitatelní a také lidí s nechutí k práci. Toto jsou všechno nepravdivá a falešná tvrzení. V dnešní době již existuje několik rehabilitačních programů a výzkumů ohledně léčby a medikace, díky kterým se léčitelnost tohoto onemocnění neustále zlepšuje. Schizofrenie se může vyskytnout u kohokoliv, takže prohlášení, že schizofrenie se vyskytuje u lidí s nízkým intelektem je falešné a nepodložené fakty. Pokud se jedná o chování jedince trpící schizofrenií, záleží to na jeho léčbě, zotavení a udržování léčby. Pokud jedinec dodržuje pravidla své léčby a neustále přispívá ke svému zotavení, může se vrátit do svého normálního režimu před onemocněním (např. návrat do školy či práce). Pokud se jedná o lenost jedince trpící schizofrenií, je to opravdu jeden z příznaků onemocnění, ale nemusí se vyskytovat u každého schizofrenika a po zotavení může tato lenost vymizet.

Návrat jedince trpící schizofrenií do společnosti představuje velice nejisté a těžké období. Chtěl by se navrátit na své původní místo v rodině a ve společnosti a zaujmout předešlé role, ale někdy to prostě není možné. Jeho sociální vztahy mohou být ukončeny či omezeny nedobrovolně, tedy kvůli psychické poruše a jejími důsledky. Právě kvůli jedincově duševní poruše je předmětem neustálé pozornosti, kritiky a kontroly a všechno jeho vybočující chování z pohledu okolí je připisováno jeho duševnímu onemocnění. (Ocisková a Praško, 2015, s. 60)

Ocisková a Praško (2015, s. 56) upozorňují na důležitost správného jednání s duševně nemocným trpícím schizofrenií. Tento jedinec je velice zranitelný a pokud ho rodina a společnost sociálně izoluje, vede k to pocitům smutku, osamělosti a neužitečnosti což vede ke zhoršení zdravotního stavu nemocného.

2.3 Stigmatizace u poruch osobnosti

Ocisková a Praško (2015, s. 196) upozorňují na to, že jelikož jsou poruchy osobnosti tak specifické, zahrnují několik oblastí, kde se nemoc projevuje nejvíce. Jedná se o projevování emocí, pochopení a správné vnímání věcí, ovládnání svého chování a přístupu k ostatním. Tyto vzorce chování vedou ke konfliktům s jedincovým okolím. Rodina a okolí často nechápu duševní onemocnění kvůli nedostatku informovanosti, takže jedinci odchylky v chování jsou pro ně nepochopitelné a trvá jim déle zvyknout si na jiné či nové chování, které jedinec vykazuje.

Beck a Freeman dle Ocisková a Praško (2015, s. 199-200) uvádí několik přesvědčení, které jedinec vnímá kvůli stigmatizaci ze strany okolí. Jedná se o strach z odmítnutí či negativní reakce. Jedinec je přesvědčen, že je zranitelný, bezmocný a osamělý. Nechá se ovládat ostatními, jelikož je mu řečeno, že je slabý a nedokáže si udržet kontrolu. Také si kvůli své zranitelnosti myslí, že je méně, než druzí a nevidí se na stejné úrovni jako lidé mu blízcí. Při neustálém snižování či ubližování ranitelnými nálepkami si duševně nemocný začne myslet, že je vadný a hledat chybu v sobě samém. Nevěří lidem a cítí se ohrožen ostatními.

U jedince s touto diagnózou je pravděpodobnější, že bude terčem stigmatu než u jedince trpící jiným duševním onemocněním. Poruchy osobnosti jsou velice osobité a pro okolní svět nápadné. Jednání duševně nemocného s poruchou osobnosti je často nepřehlédnutelné a společnost má tendenci reagovat velmi negativně. Nálepkuje jedince jako „hysterku“ či „blázna“. Změny chování, které jedinec prožívá při tomto onemocnění zhoršují reakci od jeho okolí a prohlubují stereotypy dané společností. (Ocisková a Praško, 2015, s. 216)

U této diagnózy je také specifické, že stigmatizace ze strany společnosti je doplněná i stigmatizací ze strany odborníků. Poruchy osobnosti se potýkají s přesvědčením o neléčitelnosti a určité příznaky pacienta jsou přehlíženy. Odborníci jsou také ostražití kvůli předsudkům spojených s manipulativností a sebepoškozováním jedince trpící touto poruchou. Odborníci jsou taky lidé zvyklí na určité standartní chování dané společností a nemusí reagovat tak empaticky, jak by měli či přijímat chování a myšlenky pacientů s poruchou osobnosti. Rozpor v hodnotách jedince a společnosti může být překážkou při práci s touto cílovou skupinou. Někteří odborníci mají sklony se distancovat od jedinců trpící poruchou osobnosti. (Ocisková a Praško, 2015, s. 220)

Aviram, Brodsky a Stanley (2006, s. 250) toto doplňují tím, že jelikož pro jedince s touto diagnózou je těžké navazování mezilidských kontaktů, ztěžuje to jejich sociální vztahy a spolupráci s odborníky. Lékaři mohou na duševně nemocného s poruchou osobnosti reagovat negativně i nevědomky. Někteří lékaři také vnímají chování jedince trpící touto poruchou jako dobrovolné a přehnané. Myslí si, že dokážou své chování v určitých situacích kontrolovat a dokáže jej využívat ve svůj prospěch. Toto tvrzení se autorům nepotvrdilo.

3 Sebestigmatizace

V momentě, kdy si člověk začne všimnout, že se vůči němu jeho blízcí a společnost začínají chovat jinak, uvědomí si následky předsudků vůči lidem s duševním onemocněním. Lidé se k duševně nemocnému začnou chovat méně přívětivě a odtažitě. Důsledkem tohoto chování ze strany svého okolí, začne jedinec věřit, že negativní postoj společnosti je oprávněný a ztrácí sebevědomí a sebedůvěru v sebe samého. (Ocisková a Praško, 2015, s. 59-60)

Praško, Buliková a Sigmundová (2009, s. 69-72) uvádí několik věcí, které mohou jedinci pomoci při srovnávání se se svou diagnózou. Mezi hlavní zmíněné body patří ujasnění si své vlastní diagnózy, dohledání dodatečných informací, sdělení svých problémů a pocitů svému doktorovi či člověku, kterému jedinec věří (peer group). Důležité je důvěřovat svému doktorovi, sdělovat mu své potíže a brát léky dle předpisu, jakékoliv vedlejší a negativní příznaky hlásit svému doktorovi. Důležité je, aby duševně nemocný bral ohled na své zdraví, dával si realistické cíle, nedělal žádné závažné rozhodnutí, pomalu se snažil získat zpět kontrolu nad svým životem, dělat to co jedinec chce, a to co ho momentálně naplňuje, nesrovnávat svůj život před nemocí a při nemoci. Zájmy, a to co dělá jedince šťastným se mohou neustále měnit, snažit se tedy najít to pravé pro současnou situaci jedince. Duševně nemocný by se neměl ukryvat a distancovat od ostatních, neměl by poslouchat své negativní myšlenky a „hlasy ve své hlavě“, neměl by na sebe být moc tvrdý, ale zároveň se o sebe starat, např. nepít alkohol spolu s léky. Jedinec by si měl pomoci svého okolí, odborníků a sebe samého uvědomit svou jedinečnost a uvědomit si, že není jediný, kdo trpí tímto onemocněním.

Ocisková a Praško (2015, s. 35-36) upozorňují na to, že jedinec může na stanovení diagnózy reagovat všelijak, často velice negativně. Tato negativní reakce může ovlivnit celý proces léčby, jelikož jedinec začne přemýšlet o své nemoci a říkat si, že život nebude už nikdy takový jako předtím. Kvůli tomuto může nastat blok bránící jedinci v jeho vlastním zotavením a přijmutí nemoci. Nastává obava ohledně užívání psychofarmak a schůzek s psychiatrem.

Corrigan a Watson (2002, s. 38) uvádí několik hlavních rozdílů mezi stigmatizací a sebestigmatizací. Stigmatizace úzce souvisí se sebestigmatizací, jelikož si jedinec přebírá názory společnosti, které se týkají větší skupiny. Tyto stereotypy a předsudky zasahují do jedincova života, jeho způsobu žití, kvality života a životních cílů. U stigmatizace společnost vytváří předsudky, kterým poté jedinec u sebestigmatizace uvěří a aplikuje je na sebe samotného. Pokud společnost nazývá jedince hanlivými jmény či nálepkami, jedinec si na ně může zvyknout a poté je používat při mluvení o své osobě. Tímto se může hanlivě urážet a

shazovat před svým okolím. Kvůli stigmatizaci ze strany společnosti také vzniká diskriminace související s nedostatkem nabídek na trhu práce pro duševně nemocné. Toto poté ovlivňuje jedince, když si nemůže najít práci a dává si to za vinu. To přispívá ke sebestigmatizaci jedince.

Ocisková a Praško (2015, s. 39) dále uvádí, že nejčastější problémy, se kterými se jedinec trpící duševním onemocněním potýká je sociální izolace, útlum emocí a reakcí způsobený užíváním psychofarmak spojených s přibíráním na váze. Toto vše může na jedince velice negativně působit a zahájit proces sebestigmatizace. Jedinec může mít v sobě prvky stigmatizace vůči duševně nemocným již před onemocněním a jeho diagnóza spolu s jeho subjektivním pohledem ovlivňují, jak jedinec vnímá sám sebe. Toto je také spojené s nedostatečnou informovaností.

Watson, Corrigan, Larson a Sells (2007, s. 1314) říkají, že sebestigmatizace vzniká, jelikož jedinec podporuje stereotypní chování ze strany svého okolí. Nereaguje na předsudky a stereotypy, ale bere si je k srdci a tímto si snižuje svou sebeúctu. Neustále musí poslouchat zranitelné předsudky od ostatních, jako například „lidé s duševním onemocněním jsou slabí“, a pokud se mu něco nepovede nebo se necítí nejlépe, začne nad těmito předsudky přemýšlet a aplikovat je na své vlastní přesvědčení o duševně nemocných lidech, tedy o sobě samém. Začne si říkat „jsem slabý, protože mám duševní poruchu“. To vede k poklesu sebevědomí, sebeúcty a činností, které jedinec vykonává. Začne na sebe pohlížet z negativního pohledu a toto ovlivní celý jeho myšlenkový proces.

4 Prvky vedoucí k destigmatizaci

Corrigan a Bink (2016, s. 321-322) upozorňují na to, že destigmatizace je těžká výzva a dosáhneme ji jen díky neustálému úsilí při využívání účinných prostředků vedoucích k vymazání stigmatizace. K tomuto Ocisková a Praško (2015, s. 253) dodávají, že stigma představuje velkou překážku při léčbě a zotavení jedince, proto je nutno vyvinout určité programy, které by pomohly snížit dopad stigmatizace na jedince. Dříve si odborníci mysleli, že stigma zmizí postupem času, ale to se nestalo. Stigma ze strany společnosti stále trvá a v některých případech, po mediálních kauzách, se i zhoršilo. Proto je nutné vyvíjet programy a činnosti vedoucí k destigmatizaci.

Corrigan a Watson dle Ocisková a Praško (2015, s. 258) uvádí tři přístupy dosáhnutí destigmatizace v naší společnosti. Jedná se o edukaci společnosti, kdy tvrdí, že za stigmatizaci ze strany společnosti stojí nedostatek edukace. Toto je potřeba změnit prostřednictvím zpráv, rozhlasu či filmů. Dalším přístupem je protest. Zde se jedná o otevřené bojkotování a nepodporování urážlivých filmů a mediálních kauz, které mohou být zranitelné pro lidi s duševním onemocněním. Posledním přístupem je kontakt, který je založen na předpokladu, že pokud člověk nepřišel do přímého kontaktu s duševně nemocným, nechápe jej a tedy stigmatizuje. Různými projekty a akcemi by se mohla laická společnost seznámit s touto cílovou skupinou.

Alžběta Holcová (2021, s. 17) ve své zповědi o depresi uvádí online festival s názvem „Na hlavu“ jako jeden z mála sdělovacích prostředků, který může pomoci k edukaci společnosti.

Tento festival pořádá Národní ústav duševního zdraví, přední české vědecko-klinické centrum v oblasti výzkumu duševního zdraví a onemocnění a neurověd. Chtějí obohacovat veřejný prostor o odborná témata úzce související s duševním zdravím a napomáhají zlepšovat kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Tento festival je realizován prostřednictvím filmů, přednáškami a semináři od odborníků. (Festival na hlavu, [online])

Dále zde uvádím další příklady programů a projektů, které napomáhají k boji proti stigmatizaci lidí s duševním onemocněním v naší společnosti.

„Týdny pro duševní zdraví“ jsou osvětovou kampaní o duševním zdraví, které se v České republice pořádají už 30 let. Jejím zakladatelem je nezisková organizace Fokus ČR. Cílem tohoto projektu je seznámit veřejnost s tématy spojenými s duševním zdravím a s lidmi

s duševním onemocněním. Díky tomuto přispívají ke zlepšení vnímání lidí s duševním onemocněním ze strany společnosti. (Týdny pro duševní zdraví, [online])

Projekt „Destigmatizace lidí s duševním onemocněním“, který také nese jméno „Na rovinu“ řeší nutnost zajištění efektivního poznání lidí s duševním onemocněním založené na destigmatizaci. Vytváří prostředí, kde se na rovinu mluví o duševním zdraví a o duševních onemocněních. Nedělá rozdíly mezi lidmi s duševním zdravím a duševním onemocněním a vytváří tak rovnoprávný vztah mezi těmito dvěma skupinami. Cílem je přispívat ke zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním v naší společnosti. (Na rovinu, [online])

Dalším aktérem v boji proti destigmatizaci je nestátní nezisková organizace „Green Doors“, která pomáhá lidem s duševním onemocněním na cestě zpět do zaměstnání. Podporuje je v úsilí překonat krizi způsobenou nemocí, aby co nejlépe zvládli pracovní zátěž a znovu získali pracovní a sociální dovednosti. Provozují tři podniky, z toho dvě kavárny a jednu restauraci, ve kterých pracují lidé s duševním onemocněním, a tak boří předsudky společnosti, že lidé s duševním onemocněním nemohou pracovat. Díky vytváření profesionálního, partnerského, aktivního a individuálního přístupu pomáhají zapojovat tuto cílovou skupiny zpátky do společnosti. (Greendoors, [online])

U nás v České republice na stanici Českého rozhlasu Radio Wave je vysílán pořad Diagnóza F. Tento pořad otevřeně řeší témata týkající se duševních onemocnění. Hosté tohoto pořadu jsou odborníci jako psychiatři a psychologové, ale i lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, kteří zde mají možnost vyprávět svůj příběh. Díky možnosti poslechnout si pravdivý a přirozený životní příběh od jedince trpící duševním onemocněním, dostává společnost možnost jiného pohledu na tuto skupinu lidí. Tento pořad se vysílá každý čtvrtek v odpoledních hodinách a autorkou a moderátorem tohoto pořadu je Adéla Paulík Lichková. Tento pořad se vysílá již od roku 2011. (Radio Wave, [online])

Další festival, který přispívá k boji proti stigmatizaci lidí s duševním onemocněním, nese název „Mezi ploty“. Tento festival funguje již 20 let a přináší nový pohled na život lidí s duševním onemocněním, jelikož se pořádá v areálu psychiatrické nemocnice Bohnice. Tohoto festivalu se každý rok účastní velká řada slavných umělců, kteří propagují právě tento festival a tím napomáhají k destigmatizaci lidí s duševním onemocněním. Výtěžek z festivalu putuje na podporu terapeutických aktivit pro pacienty psychiatrické nemocnice Bohnice. (Mezi ploty, [online])

4.1 Reforma psychiatrické péče

S bojem proti stigmatizaci lidí s duševním onemocněním také velmi úzce souvisí reforma psychiatrická péče. Stručně zde popisují, o co reforma psychiatrická péče usiluje.

Psychiatrická společnost ČLS JEP vydala průvodce reformou psychiatrické péče ve spolupráci s Regionální úřadovnou WHO pro Evropu a Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Psychiatrickou společnost ČLS JEP v publikaci zastupuje její předseda doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.

Anders (2017, s. 5) zde uvádí, že reforma psychiatrické péče je systémová změna, která probíhá několik let díky financování z evropských fondů. Cílem reformy celého systému péče o lidi s duševním onemocněním je zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Hlavními nástroji při plnění tohoto cíle jsou restrukturalizace služeb, vytvoření funkční sítě zařízení poskytující péči této cílové skupině spolu se změnou přístupu a myšlení pracovníků v tomto systému služeb spojené s předsudky ze strany společnosti. Dále Anders (2017, s. 7) oznamuje, že základní změnou v systému péče o lidi s duševním onemocněním bude zaměření na klientovo zotavení pomocí koordinované, propojené péče, kterou bude poskytovat multidisciplinární tým.

Dle Anderse (2017, s. 4) reforma psychiatrické péče zahrnuje podporu nových služeb, jako ambulantní péče, akutní lůžková péče, následná a specializovaná lůžková péče a centra duševního zdraví. Dále reforma psychiatrické péče plánuje zapojit nové technologie, přístupy a prostředí při péči o lidi s duševním onemocněním.

Teoretická část sloužila k nastínění pojmů týkajících se stigmatizace, duševního onemocnění a destigmatizace. Bylo zde popsáno, co vlastně stigmatizace znamená a jak se liší u různých duševních onemocnění. Definice konkrétních onemocnění poté sloužily k porozumění uvedených specifických diagnóz jako např. bipolární afektivní porucha. Prvky vedoucí k destigmatizaci úzce souvisí s pojmem stigmatizace, a proto zde byly uvedeny určité projekty a programy vedoucí k destigmatizaci lidí s duševním onemocněním. Teoretická část fungovala jako podání informací o stigmatizaci, určitých diagnóz a destigmatizaci.

5 Praktická část

Metodologie neboli praktická část práce navazuje na předchozí teoretickou část, v níž jsou popsána teoretická východiska a vydefinované pojmy související s touto prací. Jelikož se v této práci jedná o porozumění jisté věci, zvolila jsem si proto za výzkumnou metodu kvalitativní výzkum. Je zde proto popsán pojem kvalitativní výzkum. Jako způsob sběru dat jsem si zvolila polostrukturovaný rozhovor, který je zde také vydefinován. Ke své práci jsem zrealizovala rozhovory se čtyřmi respondenty. Dále je popsána analýza dat, kterou jsem ve své práci použila. Jedná se o doslovnou transkripci spojenou s kódováním a v neposlední řadě, interpretací dat a diskusi.

5.1 Cíl výzkumu a výzkumná otázka

Cíl práce byl na začátku výzkumu stanoven takto: „Cílem práce je zjistit, jak lidé s duševním onemocněním vnímají stigmatizaci ze strany okolí a co jim ji pomáhá překonávat.“ Cílem mého výzkumu v podobě kvalitativního výzkumu je tedy odpovědět na výzkumné otázky, které byly na začátku výzkumu stanoveny takto: „Co pomáhá lidem s duševním onemocněním překonávat důsledky stigmatizace?“ a „Co lidé s duševním onemocněním považují jako příčinu vzniku stigmatizace ze strany okolí?“ Ke zodpovězení těchto otázek jsem zrealizovala rozhovory s lidmi s duševním onemocněním.

Šedová in Švaříček, Šedová a kol. (2014, s. 62) vyzdvihuje jisté důležitosti při stanovení cíle, nad kterými je potřeba se zamyslet před nastavením samotného cíle se kterým bude výzkumník pracovat. Jedná se o ujasnění, zda je výzkum a jeho cíl dostatečně významný, a zda vůbec stojí za to tento výzkum provádět. Je dobré si uvědomit a nastavit pro koho budeme práci psát a zda je práce relevantní pro vybraný okruh lidí se kterými budeme práci sdílet. Při nastavování cíle výzkumu je důležité zamyslet se na jeho aplikaci a relevantnost. Plánovaný výzkum by měl obohatit určenou skupinu o nové znalosti a získané informace.

5.2 Výzkumný vzorek

Hendl (2005, s. 150-151) upozorňuje na důležitost výběru vzorku při kvalitativním výzkumu. Pokud se rozhodneme, že při výzkumu budeme používat rozhovory jako způsob sběru dat,

musíme si předem určit z jaké skupiny budou dotazovaní jedinci pocházet. Na každého dotazovaného se díváme individuálně, jakoby na „nový experiment“. Data, která jsme posbírali z rozhovorů s jedinci jsou pro nás extrémně důležité v dalších fázích výzkumu, proto je správný výběr výzkumného vzorku jedna s nejdůležitějších věcí v našem kvalitativním výzkumu.

Při procesu výběru tématu mé bakalářské práce jsem se inspirovala klienty, kteří docházeli do služby, kde jsem vykonávala praxi. Po předchozí komunikaci s těmito klienty a pracovníci fungujícími v této organizaci jsem po rešerši tohoto tématu, došla k závěru, že je nedostatečně výzkumně zpracováno, a proto vidím možnost přispět k tomuto tématu touto prací.

Své rozhovory jsem realizovala s klienty, kteří navštěvují Středisko sv. Vincence pro lidi s duševním onemocněním. Je to služba ambulantního charakteru, která je poskytována dospělým lidem s duševním onemocněním. Jejich cílová skupina jsou dospělí lidé s psychotickými a afektivními poruchami, kteří musí být starší 18 let, v péči psychiatra a ve stabilizovaném psychickém stavu. Hlavní cíle této služby jsou podpora při sociálním začleňování a udržení duševní pohody. Mezi hlavní cíle organizace patří pozitivní změna a stabilizace životního stylu uživatele spojená se samostatností a prevencí zhoršení zdravotního stavu uživatele. (Charita Olomouc, [online])

Tato služba je zřizována Charitou Olomouc, což je katolická nezisková organizace, která je evidovaná na ministerstvu kultury České republiky. Byla zřízena olomouckým arcibiskupem v roce 1993. Jejím posláním je poskytovat pomoc potřebným lidem na území olomouckého regionu. (Charita Olomouc, [online])

5.3 Výzkumná metoda – kvalitativní výzkum

Hendl (2005, s. 157-159) uvádí stručný návrh struktury projektu provádění kvalitativního výzkumu, který rozdělil do tří hlavních kapitol. Kapitola jedna nese název: Určení problému. Tato kapitola slouží jako úvod práce s určením oblasti a problém, který bude jedinec zkoumat spolu s definicí pojmů. Další kapitola je přehled literatury, kde výzkumník seznámí čtenáře blíže s tématem, popřípadě využije výzkumy uskutečněné ohledně tématu v minulosti. Další informace dodá z odborné literatury. Poslední kapitola se nazývá metodologie, která se zabývá otázkami ohledně výzkumu samotného, jako jsou výzkumné otázky, účel výzkumu, sběr dat a analýza dat.

Švaříček (2014, s. 24) nazývá podstatou kvalitativního výzkumu to, že výzkum jde do hloubky daného jevu, a proto je hlavní metodou při sběru dat využíván rozhovor. Přesně kvůli tomuto nejsou předem stanoveny hypotézy a výzkum není závislý na teorii. Jde hlavně o to získat co nejvíce informací od vybraného subjektu ohledně vybraného tématu. Až po sběru dat začíná výzkumník porovnávat teorii se získanými informacemi. Při procházení a kódování rozhovorů hledá jisté pravidelnosti, které se v těchto posbíraných datech vyskytují. Výzkumník poté formuluje předběžné závěry spolu s odbornou literaturou k jejich podpoření.

Disman (2002, s. 285-287) popisuje kvalitativní výzkum jako nenumerické šetření vedené s menším počtem jedinců, které je doplněno silnou sledovaností a redukcí s cílem odkrýt význam sdělovacích informací pomocí testování hypotéz. Dále upozorňuje na to, že i když má kvalitativní výzkum velkou validitu díky formě sběru dat (nejčastěji rozhovor), kde je větší pravděpodobnost k získání více užitečných informací, tak právě kvůli tomuto má nízkou reliabilitu. Kvalitativní výzkum není z pravidla vykonáván ve velkých číslech, jak tomu je u výzkumu kvantitativního. Proto je velmi důležité vědět, jak se získanými daty pracovat.

5.3.1 Polostrukturovaný rozhovor

Švaříček (2014, s. 159) zařazuje polostrukturovaný rozhovor do jednoho z rozhovorů, které se používají při hloubkovém rozhovoru, což je nejčastěji používaná metoda sběru dat v kvalitativním výzkumu. Právě díky hloubkovému rozhovoru, který je složený s otevřených otázek lze lépe porozumět pohledu jiných lidí na jistou věc bez toho, aby byli omezeni uzavřenými otázkami. Výzkumník při tomto rozhovoru většinou pracuje se seznamem témat a otázek, které může libovolně upravovat, měnit či doplňovat. Tento seznam je dobré mít předpřipravený, jelikož dotazovaný může od tématu odbočit, ale výzkumník by měl mít určenou alespoň nějakou základní strukturu ke které se může vrátit. Je také možné, že nějaké otázky nebudou použity nebo na ně výzkumník dostane odpověď u jiné otázky, proto by výzkumník měl mít předpřipravené body, které si může např. odtrhávat.

K realizaci polostrukturovaných rozhovorů jsem sestavila 13 otázek, které byly tvořeny nesugestivně a s tematickou posloupností. K těmto otázkám jsem si vytvořila poznámky pro případné doptání, jelikož se jednalo o polostrukturovaný rozhovor. Tyto otázky zní:

- S jakou nemocí jste byl/a diagnostikována? (Můžete upřesnit?)
- Jak dlouho žijete s touto nemocí? Vnímál/a jste, že se to, jak Vás vnímá veřejnost měnilo v průběhu času? (Vnímál/a jste změnu i sám v sobě? Můžete uvést příklad?)

- Komplikuje Vám vaše diagnóza život? Můžete uvést příklad? (Dá se tomu nějak předejít? Jak jste se s tím naučil/a žít?)
- Cítil/a jste se někdy stigmatizovaný/á kvůli Vašemu onemocnění? Můžete popsat konkrétní příklad, kdy jste byl/a stigmatizována? (Proč si myslíte, že to ten člověk udělal? Je na to nějaké vysvětlení? Napadá Vás, jak tomu předejít?)
- Byl/a jste někdy stigmatizovaný/á ve své vlastní rodině? Můžete uvést příklad? (Proč si myslíte, že to ten člověk udělal? Je na to nějaké vysvětlení?)
- Byl/a jste někdy stigmatizovaný/á na veřejnosti? Můžete uvést Vaši nejhorší zkušenost? (Proč si myslíte, že to ten člověk udělal? Je na to nějaké vysvětlení?)
- Máte nějakou dobrou zkušenost, která se pojí s lidmi reagující na Vaše onemocnění? (Jak jste se cítil/a v tomto momentě? Proč si myslíte, že ten konkrétní člověk měl jinou reakci?)
- Sebestigmatizoval/a jste se někdy? (Proč to tak bylo? Myslíte, že by tento moment mohl nastat? V jaké situaci?)
- Jak jste se cítil/a při projevení stigmatizace od okolí? (Pozitivní i negativní emoce? Jak jste se cítil/a poté?)
- Myslíte si, že se stigmatizace dá nějak předejít či zabránit? A jak? (Můžete zkusit uvést nějaký příklad?)
- Co si myslíte, že se musí změnit, aby se zabránilo stigmatizaci ze strany okolí? (Proč tomu tak je? Můžete uvést nějaký příklad?)
- Jak se Vy sám/sama bráníte vůči stigmatizaci? (Co Vám pomáhá? Proč tomu tak je? Můžete uvést nějaký příklad? Jak jste se naučil/a bránit proti stigmatizaci?)
- Co si myslíte, že lidé s duševním onemocněním považují jako příčinu vzniku stigmatizace ze strany okolí? (Proč to tak je? Existuje nějaké vysvětlení?)

5.4 Způsob analýzy dat

Pro sběr dat byla využita technika polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Tyto rozhovory jsem stihla zrealizovat při vykonávání mé praxe, takže jsem nebyla omezena pandemickou situací COVID-19. Na začátku každého rozhovoru byl respondentům vysvětlen účel rozhovoru a skutečnost jeho nahrávání, následné přepsání, anonymizování a odstranění nahrávek. K tomuto také sloužil informovaný souhlas, který byl respondentům představen a měli zde dobrovolnou možnost rozhodnutí, zda chtějí rozhovor podstoupit či ne.

V informovaném souhlasu je také stanoveno, že respondent může kdykoliv rozhovor přerušit či ukončit z jakéhokoliv důvodu.

Tyto vykonané rozhovory jsem poté přepsala do textové podoby pomocí doslovné transkripce. Doslovná transkripce je jeden z procesů používajících se při přepisu mluveného slova do písemné podoby. Toto je velmi časově náročná procedura, ale je podmínkou pro následné podrobné vyhodnocení výzkumu. Text je možno převést do spisovného jazyka s tím, že se očišťuje od chyb a upravuje stylisticky. To se dělá hlavně tehdy, když se soustředíme na obsahovou rovinu textu. (Hendl, 2005, s. 208)

Všichni dotazovaní byli informováni o tom, že nikde nebude uvedeno jejich jméno. Pokud někdo z dotazovaných uvedl jméno či cokoli co by je mohlo identifikovat, z etických aspektů jsem jej zaměnila za jiné slovo, tak aby se shodovalo s tématem a nevedlo k identifikaci jedince. Dále jsem při doslovné transkripci vynechala pauzy, opakovaná slova či odmlky, které někdo z dotazovaných při rozhovoru použil. Pro zachování autenticity jsem zanechala nespisovnou mluvu respondentů. Znamená to tedy, že ne všechna slova jsou napsána pravopisně.

Podle Hendla (2005, s. 247) je otevřené kódování fáze, která vede k vytvoření seznamu dat, s nimiž výzkumník nadále pracuje v podobě třídění, kombinování, doplňování a organizování do různých témat a kategorií. Toto se provádí při prvním průchodu posbíranými daty, jelikož otevřené kódování odhaluje v posbíraných datech seznam určitých témat, se kterými výzkumník bude následně pracovat. Otevřené kódování lze provádět slovo po slovu, po celých odstavcích anebo podle celých případů, které v textu výzkumník objeví a zvolí.

5.4.1 Etické aspekty výzkumu

Hendl (2005, s. 155) upozorňuje na důležitost etických aspektů při provádění výzkumu. Při jednání s dotazovaným jedincem je důležité získat informovaný souhlas, který jedinec, pokud bude chtít, podepíše a odsouhlasí před zahájením rozhovoru. Zde se může dotazovaný svobodně rozhodnout, zda chce výzkum podstoupit či ne. Musí být také informován o skutečnostech týkajících se konkrétního výzkumu. Důležité je zmínění anonymity a její následné dodržení. Pokud se dotazovaný jedinec rozhodne výzkum z jakéhokoliv důvodu svou účast na výzkumu ukončit či odmítnout, výzkumník musí jeho rozhodnutí respektovat.

Základní zásadou je získání poučeného souhlasu od respondentů na podílení se na daném výzkumu a zároveň nutnost obeznámit respondenta s cíli a okolnostmi výzkumu. Respondenti tohoto výzkumu byli předem seznámeni s účelem výzkumu a s následným zpracováním dat. Jedna kopie informovaného souhlasu zůstala v jejich vlastnictví a další mám uschovanou u sebe. V informovaném souhlasu je jasně napsáno, že tyto data, kde jedinci sdílejí své soukromé informace, jsou jen pro mé vlastní použití.

Další zásadou je soukromí respondentů a emoční zabezpečení respondentů. Rozhovory byly vykonány ve službě, kde respondenti fungují jako klienti a je to pro ně známé prostředí. Se všemi respondenty jsem se již znala díky praxi a dobrovolnictví, takže bylo vytvořeno příjemné a známé prostředí.

V této kapitole je podle odborných textů popsána metodologie výzkumu. Při realizaci mého výzkumu jsem použila kvalitativní výzkum, a proto jde zde popsán. K získání potřebných dat jsem použila polostrukturovaný rozhovor, který zde byl také popsán. Na něj jsem navázala způsobem analýzy dat, kam patřila doslovná transkripce a otevřené kódování. Díky kódování jsem získala z rozhovorů kategorie, které jsou uvedeny v následující kapitole.

6 Interpretace dat

Kapitola je zaměřena na rozbor jednotlivých kategorií vzniklých na základě získaných dat a metody kódování. Získané kategorie jsou rozděleny do tří hlavních a poté blíže definovány v podkapitolách. Ke zvýšení validity získaných výzkumných dat jsou jejich rozbor doplněny o doslovné citace. Díky těmto rozborům lze odpovědět i na výzkumné otázky práce, které zní:

„Co pomáhá lidem s duševním onemocněním překonávat důsledky stigmatizace?“

„Co lidé s duševním onemocněním považují jako příčinu vzniku stigmatizace ze strany okolí?“

Pro přehlednost jsou níže graficky znázorněny jednotlivé kategorie, do nichž výsledky výzkumu spadají. Tyto kategorie jsou rozděleny do tří hlavních a poté do kategorií, které s nimi souvisí.

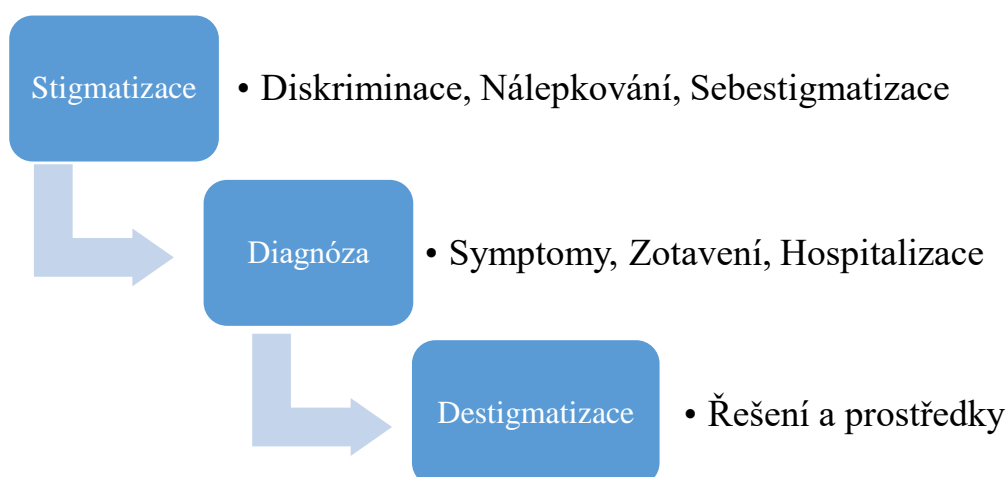


Schéma 1 Grafické znázornění výsledků

Do grafického znázornění jsou zahrnuty tři hlavní kategorie, které se v rozhovorech nejčastěji vyskytovaly. Ty mají poté vedle sebe uvedeny další kategorie získané díky kódování, které se jich týkají.

První kategorie nese název stigmatizace. Jelikož mým hlavním cílem bylo zkoumat, jak lidé s duševním onemocněním vnímají stigmatizace ze strany okolí, vytvořila jsem podle tohoto otázky (viz. kap. 5) ve kterých byla stigmatizace velmi často zmiňována. Proto o ní respondenti

mluvili nejčastěji. S tématem stigmatizace souvisely i další témata, jako diskriminace, nálepkování a sebestigmatizace. Když respondenti mluvili o diskriminaci, velmi často zmiňovali nerovnost ve společnosti, toto také souvisí s nálepkováním, které se jim dostalo kvůli předsudkům ze strany společnosti. Na toto navazuje sebestigmatizace, jelikož velká většina jedinců se začne sebestigmatizovat po prožité stigmatizaci ze strany okolí.

Další kategorie nese název diagnóza. Respondenti velice často mluvili o své diagnóze. Tyto uvedené nemoci jsem definovala v teoretické části v kapitole č. 1. S tématem duševního onemocnění jedince souvisí jeho hospitalizace a následné zotavení. Všichni respondenti, se kterými jsem rozhovory uskutečnila si prošli hospitalizací a zotavením. S určenou diagnózou souvisí také příčiny a symptomy určité nemoci (viz. kap. 1).

Poslední kategorie je destigmatizace. Se stigmatizací je spojená i její následná destigmatizace. Respondenti velice často uvádí možnosti řešení tohoto problému a mluví o přijetí, které chtějí v budoucnu získat od společnosti. U destigmatizace zmiňují různé programy a projekty vedoucí k destigmatizaci spolu s probíhající reformou psychiatrické péče (viz. kap. 4).

6.1 Stigmatizace

Ve svém polostrukturovaném rozhovoru jsem měla otázky týkající se stigmatizace ze strany společnosti i ze strany rodiny. Zkoumala jsem, jak se jedinci cítili při projevení stigmatizace a proč si myslí, že stigmatizace vůbec v naší společnosti existuje.

Všichni dotazovaní respondenti uvedli, že se cítili stigmatizovaní kvůli jejich onemocnění. Dva ze čtyř dotazovaných se setkali s přímou stigmatizací ze strany společnosti a další dva uvedli, že nejspíše byli stigmatizovaní, ale nepocíťovali to či to nevnímali.

Jeden z dotazovaných uvedl, že: „*Necítil jsem se stigmatizovaný, ale jako je možnost...ale jako důsledek té nemoci a ten neustálý vývoj je může znovu nepříjemně překvapit, nemůžou přijít na to, že nechápou...*“ (R3)

Jedna z dotazovaných uvedla přímý příklad stigmatizace ze strany svého okolí: „*Dříve jsem uklízela v nemocnici a jednou jsem seděla na chodbě a odpočívala a jedna sestra prošla kolem za další sestrou a říká: To je ta, co má ty papíry na hlavu.*“ (R1)

Ohledně stigmatizace ze strany rodiny jsem měla různé odpovědi. Dva z mých respondentů uvedli, že se neseťkali s přímou stigmatizací, ale spíše je rodina litovala. Jedna z respondentek

říká následovně: „*Nebyla to úplně negativní reakce, ale spíše mě litovali. Byla to babička...babička se snažila mě podporovat, prostě jako zašla do nemocnice a udělala buchtu a tak, ale bylo na ní vidět, že mě lituje.*“ (R2). Další respondentka uvedla, že nikdy nepocítila předsudky ze strany rodiny, ale říká, že neví, co se děje za „zavřenými dveřmi“. Poslední respondent uvedl, že se mu dostávalo a stále dostává stigmatizace ze strany rodiny. „*Tak třeba táta, který mě velmi přísně vedl, řekl třeba mé partnerce: „Tobě nevadí, že budeš žít s klukem, který je nemocný?“ Takže táta mě bere furt jako nemocného.*“ (R4)

Na otázku „Byl/a jste někdy stigmatizovaný/á na veřejnosti?“, všichni respondenti uvedli, že ano. Stigmatizace na veřejnosti ze strany společnosti byla v jejich případech častější než ze strany rodiny. Jeden z respondentů uvedl následovně: „*No jako příklad bych mohl říct, že my tady pořádáme všelijaké akce, ale pořád se musí počítat s tím, kam jít a kdy, protože ti další klienti samozřejmě taky mají svoje různé slabé chvíle a člověk nikdy neví, co se stane a musí počítat s tím okolím. Stačí pohled jenom, ale člověk si všimne. Nejvíc v tramvaji třeba, když jezdíme do Prahy.*“ (R3)

Když jsem se při dotazování pomocí polostrukturovaného rozhovoru respondentů ptala, jak se při projevení stigmatizace cítili, všichni z dotazovaných uvedli, že to není hezký pocit. Jedna z respondentek uvádí: „*Cítila jsem se hrozně. Prostě hrozně.*“ (R1) Všichni uvádí, že to, co jim pomohlo je neřešit, co říkají ostatní a neposlouchat je. Jak uvádí jeden z respondentů: „*Nejdřív jsem to bral vztekle, ale potom jsem pochopil, že ten, kdo se směje, má nejvíc. Tak jsem si říkal, klidně se smějte. Já jsem ten, kdo se bude smát naposled.*“ (R4). Je tedy nejlepší přenést se přes tyto předsudky a urážlivé poznámky a brát to s nadsázkou.

S tématem stigmatizace také souvisí sebestigmatizace. Všichni z dotazovaných respondentů uvedli, že se v minulosti nebo přítomnosti sebestigmatizovali. Sebestigmatizace je něco co vzniká v důsledku stigmatizace. Ne každý jedinec toto prožívá, ale je to velice časté u této cílové skupiny. Všichni z dotazovaných uvedli, že se spíše sebestigmatizovali v minulosti než v přítomnosti, jelikož už se cítí se svou nemocí vyrovnání. Toto doplňuji citacemi od respondentů: „*...já se mám rád. Uvědomil jsem si svoje chyby a já se mám rád.*“ (R4) a „*...měla jsem problémy se s tou nemocí vyrovnat. Na tom vlastně pořád pracuji. A víš, jak poznáš, když jsem vyrovnaná? Že je právě člověk klidný a má nadhled nad věci.*“ (R1)

Jeden z dotazovaných popisuje svůj proces boje se sebestigmatizací následovně: „*Pamatuju si dřívější doby, když jsem byl takovej odtážitej a chtěl jsem být neviditelný. Takže asi jo. Musel jsem to sám pochopit...já jsem si určitě myslel, že já jsem špatný a pak, když se mi to spojilo s tím, že je to nemoc, tak z kategorie špatný jsem mohl tak trochu přejít do kategorie nemocný a*

to je rozhodně mnohem lepší kategorie. Takže ty nálepky, co jsem si dával sám sobě, tak pomalinku odešly.“ (R3)

6.2 Diagnóza

Diagnóza jednotlivých respondentů se neustále objevovala a zmiňovala v rozhovorech, které mi duševně nemocní respondenti poskytli. Dva z respondentů mají diagnostikovanou schizofrenii, další respondentka trpí bipolární afektivní poruchou a poslední z respondentů má diagnostikovanou smíšenou poruchu osobnosti.

Někteří z respondentů uvedli, že se jejich nemoc měnila v průběhu let. Například: „...jsem měl diagnostikovanou paranoidní schizofrenii. Poté po těch tak jako šesti letech se objevily taky problémy s náladou. Takže mi bylo sděleno, že by to potom už spíše byla schizoafektivní porucha. Ale tu oficiální mám stále tu první.“ (R3)

Každý z dotazovaných si také prošel hospitalizací, jelikož spolu se zotavením je to jedna z podmínek pro přijetí do služby, ze které jsem vybírala svůj výzkumný vzorek. Někteří z dotazovaných byli hospitalizováni pouze jednou, někteří víckrát, někteří již dávno a někteří nedávno. Více respondentů bylo hospitalizováno dávno v minulosti a nyní už zvládají svou nemoc bez hospitalizace. Jedna z respondentek byla hospitalizovaná v psychiatrické léčebně po dobu deseti let.

Jeden z respondentů ohledně hospitalizace říká: „...před nástupem na vysokou školu jsem byl poprvé hospitalizován...byl jsem tři roky za sebou hospitalizovaný...No a poté jsem šestnáct roků stoupal na vrchol, šestnáct let mi to trvalo. Potom se mi to ještě dvakrát opakovalo a od té doby už jsem nebyl hospitalizovaný, a to už bude jedenáct roků.“ (R4)

Všichni z dotazovaných si prošli zotavením. Někteří se s jejich nemocí a symptomy stále vyrovnávají, ale všichni pracují na svém zotavení. Jedna z respondentek uvádí následovně: „Já se s tím pořád snažím vyrovnat. Samozřejmě vlastně nejtěžší je být s myšlenkami 24 hodin denně...Když mě napadnou třeba nějaké myšlenky z dřívějšíka nebo nějaké obavy, tak začít myslet na něco jiného. Hodně mi pomáhá práce s mojí paní psycholožkou. Udělala jsem hodně práce na sobě.“ (R2)

Jeden z respondentů dokonce mluví o své nemoci jako daru, za který je vděčný. Uvádí následující: „...díky tomu mému onemocnění jsem poznal nehorázně úžasné lidi. Hodné lidi, talentované lidi, chytré lidi. Za to jsem vděčný.“ (R4)

6.3 Destigmatizace

Všichni dotazovaní respondenti se shodli na tom, že destigmatizace duševně nemocných jedinců je nesmírně důležitá pro budoucí vývoj společnosti. Vidí důležitost v destigmatizaci, aby se zlepšil pohled společnosti na tuto cílovou skupinu. Jedna z respondentek uvádí: „...*můj názor je, že lidi nás budou brát pořád stejně, dokud nevyjde o nás nějaký dokument nebo zpráva, která bude působit hezky a nebudou to pořád jenom špatné zprávy.*“ (R2)

Při realizování mých polostrukturovaných rozhovorů se téma destigmatizace řešilo v mnoha oblastech. Bylo zmiňováno, jak předejít a zabránit stigmatizaci, jakým způsobem přispět k destigmatizaci a jaké prostředky je možné využít. Mezi uvedené prostředky k boji proti destigmatizaci byly uvedeny:

- povídky, které budou napsány z pohledu duševně nemocného
- film, který bude ukazovat jak hezky, tak špatnou stránku duševního onemocnění
- dokument, založený podle pravdy, ne podle zkresleného myšlení
- rozhovory do rádií s duševně nemocnými i s odborníky
- přednášky od odborníků a peer pracovníků
- exkurze do psychiatrických léčeben

Nejčastější odpovědi týkající se řešení stigmatizace ze strany společnosti byla uváděna edukace společnosti. Každý z respondentů zmínil potřebu provést určitou edukaci či osvětu celé společnosti.

To, co bylo zmiňováno v každém rozhovoru, byla potřeba jedince vidět duševně nemocného na vlastní oči. Nejen to, co vidí v televizi, mediálních kauzách nebo to co slyší od ostatních. Je potřeba to zažít na vlastní oči a poté si udělat svůj vlastní názor. Jedna z respondentek uvádí následující: „*Podle mě je nejlepší si to prožít. To, co jsem prožila já nebo ostatní. To je nejlepší probuzení, nejlepší léčba. Ať vidí, jaké to je.*“ (R1)

Jedna z dotazujících uvádí, že je rozdíl mezi jedincem, co nezná nikoho s duševním onemocněním a s jedincem, který má duševního nemocného ve svém okolí. Říká, že: „*Jak se to postupně objevuje v těch rodinách, tak si ty lidi na to zvykají a už nejsou tak vystrašení jako na začátku, protože to viděli u té rodiny. Vlastně tím, že v rodině si někdo projde tím, že jde k psychologovi nebo k psychiatrovi, tak ta rodina zmírní náhled na tu věc. Vidět to na vlastní oči prostě.*“ (R2)

Destigmatizace souvisí se vznikem stigmatizace a tím, jak jí předejít, aby k tomuto už nenastávalo. Všichni z dotazovaných uvedli, že jako příčinu vzniku stigmatizace ze strany společnosti vidí nedostatek edukace. Jeden z respondentů k tomuto uvádí následovně: „*Kdyby opravdu ti skuteční odborníci, ti psychiatři...s tím okolím popřípadě, aby jim mohli podávat tady to poradenství. Jako kdyby byli ti peer konzultanti třeba. Že to poradenství by bylo dobrý, tam je vlastně ta vlastní zkušenost. Že jako běžný člověk si může i několikrát pročíst tu souhrnnou příručku, ale třeba potřebuje získávat zkušenosti. Slyšet to od někoho jiného. Od těch odborníků nebo peer pracovníků. Ať tam mluví i o špatnejch i o dobrejch věcech.*“ (R3)

Dotazovala jsem se respondentů, jak se oni sami brání proti stigmatizaci ze strany společnosti. Uvádím zde odpovědi od každého respondenta.

R1: „*Většinou prostě mlčím. Nic neříkám a říkám si, že to přejde. A mám takové sebevědomí. Prostě to neřeším...Říkám si, že nejsem jiná než oni. Dokážu to stejně, co oni. Nejsem méněcenná.*“

R2: „*No, jak jsem říkala, nejlepší obrana je, když jsem vyrovnaná. Teď jsem v pohodě, opravdu se mi daří, protože, i když by mě třeba někdo odsuzoval a já budu nad věcí, tak si to ani nepřipustím.*“

R3: „*Takže v první řadě je důležitý, abych si nedělal hlavu z toho, že prostě zas někde a stále znovu mě prostě třeba chytá nějaká ta menší paranoia. Někdy čas od času se stane. Až mě to přejde, tak je to zase dobrý.*“

R4: „*Já se snažím to nevnímat. Víte, když budete někoho poslouchat, který Vás bude urážet, tak prostě ne. Ignorujte ho. Člověk, který Vás má rád, pozdraví, usměje se a takoví lidi jsou potřeba. Ne někdo, s kým se budete hádat. Postupem času jsem si toho přestal všímat.*“

7 Diskuse

Poslední kapitola práce je věnována diskusi nad výsledky provedeného výzkumu. Odpovídám zde na výzkumné otázky práce, které zní: Co pomáhá lidem s duševním onemocněním překonávat důsledky stigmatizace?“ a „Co lidé s duševním onemocněním považují jako příčinu vzniku stigmatizace ze strany okolí?“

Jeden z důsledků stigmatizace je nálepková reakce, se kterou se jedinec potýká ze strany společnosti. O této nálepkové reakci mluví Ocisková a Praško (2015, s. 23) a zmiňují, že nejčastějšími hanlivými označeními jsou „blázen“, „hysterka“ či „maniak“. (viz. kap. 2). S určitou urážlivou nálepkou se duševně nemocný jedinec setká několikrát ve svém životě. Při vykonávání a analyzování rozhovorů, vyplynulo, že dotazovaní respondenti tyto urážky na jejich osobu ignorují. Uvádějí, že nejlepší, co člověk může udělat je neřešit to a neprojevat žádný zájem. Pokud jedinec, který tuto hanlivou nálepkou používá, uvidí, že si z toho duševně nemocný nic nedělá, eventuálně tuto nálepkou přestane používat, protože zjistí, že není účinná. Může ovšem přejít na jiné urážlivé chování, ale dle respondentů by reakce měla být stále stejná. Nevšímat si toho a znát svou vlastní hodnotu a vědět, že to, co říká okolí, není pravdivé.

Ze zrealizovaných rozhovorů vyplynulo, že zotavení a uvědomění si své vlastní hodnoty je základní pro posunutí sebe samotného. Dotazovaní uváděli, že jakmile se srovnali se svou vlastní nemocí, dokázali rozpoznat předsudky a myšlenky společnosti od pravdivých a od falešných. Říkají, že je důležité si uvědomit, že je to nemoc. Není to nějaká velká překážka v jejich životě, ale je to nemoc, která se dá určitým způsobem léčit a dá se při ní fungovat ve společnosti. Nejspíše omezeně, ale dá. Toto potvrzuje několik projektů (např. Green Doors zaměřujících se na návrat duševně nemocného do sociálního a pracovního života. (viz. kap. 4)

Když jsem se s respondenty bavila o různých příkladech řešení stigmatizace duševně nemocných ve společnosti, všichni se shodli na potřebě udělat edukaci společnosti. K tomuto uváděli různé formy prostředků, které by vedly k dosažení tohoto cíle. Jedná se o: povídky, které budou napsány z pohledu duševně nemocného, film, který bude ukazovat jak hezkou, tak špatnou stránku duševního onemocnění, dokument, založený podle pravdy, ne podle zkresleného myšlení, rozhovory do rádií s duševně nemocnými i s odborníky, přednášky od odborníků a peer pracovníků, exkurze do psychiatrických léčeben.

Pokud je řeč o povídkách, téma duševního onemocnění se řeší v několika časopisech jako například Sociální práce/Sociální práca, který se v určitých dílech či článcích zabývá touto

problematikou. Dále časopis, který vydává třikrát do roka Dům sv. Vincence s názvem „Domeček“, kde klienti mohou napsat cokoliv co chtějí, ať už se jedná o vtipy, básně či povídky a tyto publikace jsou jim poté dostupné k následnému předání do svého okolí.

U tématu pořadů v rádiích a rozhovorech s odborníky v této oblasti, lze zde zmínit pořad „Diagnóza F“ (viz. kap. 4), který se touto problematikou zabývá. Tento pořad funguje pod Českým rozhlasem. Ten má další podobné pořady zmiňující tuto tematiku, jako pořad „Balanc“ či „Moje terapie“.

Je spousta organizací, projektů a programů, které napomáhají při boji proti stigmatizaci lidí s duševním onemocněním, určitá část z nich je uvedena v kapitole č. 4. Spousta těchto projektů vede či nese určitý podíl na realizaci nezisková organizace „Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví“. Tato organizace se podílela či podílí například na: budování center pro zotavení, podporu neformálních pečovateli o duševně nemocné, podporu peer konzultant nebo na vzdělávání pracovníků pracujících s lidmi s duševním onemocněním. (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, [online])

Při zkoumání zpracovaných rozhovorů vyplynulo, že dotazovaní respondenti, tedy lidé s duševním onemocněním, považují za příčinu vzniku stigmatizace ze strany okolí nedostatek vědomostí. Toto navazuje na předchozí edukaci společnosti pomocí různých programů a projektů.

Bártlová (2003, s. 62) uvádí, že tento stigmatizující postoj od společnosti nastává kvůli zakotveným a iracionálním předsudkům spojených s nedostatkem informací veřejnosti o lidech s duševním onemocněním a jejich povaze. Toto dotazovaní respondenti potvrzují tím, že jako příčinu vzniku stigmatizace ze strany společnosti považují nedostatek informovanosti o lidech s duševním onemocněním. Uvádí, že většina z těchto jedinců, kteří mají předsudky o této cílové skupině lidí, nikdy neviděla duševně nemocného na vlastní oči a má pouze předaný předsudek od zbytku společnosti či z televize a médií.

Dotazovaní respondenti říkají, že nejlepší by bylo, aby každý člen naší společnosti poznal, jaké to je být duševně nemocný na vlastní oči. Ať už formou exkurzí do psychiatrických léčeben či získáním informací od odborníků a duševně nemocných (např. od peer pracovníků). Zmiňují to, že pokud má jedinec v blízkosti duševně nemocného a pozná jaký je, že není nebezpečný a nepředvídatelný, začnou na něj pohlížet jinak, pozitivněji. A toto by bylo potřeba udělat u každého jedince, který má určité předsudky vůči duševně nemocným.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak lidé s duševním onemocněním vnímají stigmatizaci ze strany okolí a co jim ji pomáhá překonávat. Z uskutečněných rozhovorů jsem získala lepší náhled do této problematiky a mohla jsem si doplnit své vlastní znalosti, které jsem ohledně této cílové skupiny na základě praxe a práce měla.

Pro vypracování této práce jsem si zvolila metodu kvalitativního výzkumu. K jeho realizaci jsem použila polostrukturovaný rozhovor. Na základně získaných polostrukturovaných rozhovorů a jejich následné analýze pomocí otevřeného kódování, jsem získané kategorie popsala a doplnila citacemi z provedených rozhovorů.

Práce byla rozdělená na dvě části. Teoretickou část a praktickou část. V teoretické části byly popsány pojmy týkající se duševního onemocnění, stigmatizace, sebestigmatizace a destigmatizace. Pojmy, na které jsem se v této části soustředila byly: stigma, sebestigma, předsudky, prvky vedoucí k destigmatizaci. Dále jsem definovala pojmy související s duševním onemocněním, což byly určité diagnózy: bipolární afektivní porucha, schizofrenie a poruchy osobnosti.

V praktické části byla poté popsána metodologie výzkumu týkající se kvalitativního výzkumu. V metodologii jsem si stanovila výzkumnou metodu, výzkumnou otázku a cíl výzkumu. Dále byly v této části popsány pojmy související se sběrem dat, potřebných k realizaci výzkumu. To se týkalo polostrukturovaného rozhovoru, otevřeného kódování, doslovné transkripce a popisu následné analýzy dat.

Rozdělené kategorie jsem poté popsala a propojila s citacemi od respondentů pro lepší náhled do zkoumané problematiky. Díky propojení dřívější teoretické části, informací od dotazovaných respondentů a svých vlastních postřehů jsem popsala mé výsledky do poslední kapitoly práce, tedy do diskuse. Zde odpovídám na výzkumné otázky: „Co pomáhá lidem s duševním onemocněním překonávat důsledky stigmatizace?“ a „Co lidé s duševním onemocněním považují jako příčinu vzniku stigmatizace ze strany okolí?“

V práci vnímám naplnění cíle, jelikož je zde popsáno, jak dotazovaní jedinci s duševním onemocněním vnímají stigmatizaci ze strany okolí a jmenují prostředky vedoucí k destigmatizaci a způsob, jak překonat stigmatizaci ze strany svého okolí. Díky přímým citacím od dotazovaných respondentů se naskýtá lepší pohled a pochopení této problematiky.

Tato bakalářská práce by mohla sloužit k přiblížení problematiky stigmatizace lidí s duševním onemocněním. Službám, organizacím a pracovníkům fungujícím s touto cílovou skupinou by mohla přinášet nový a ucelený vhled do této problematiky, jelikož díky přímým citacím od lidí s duševním onemocněním může napomoci k lepšímu pochopení, jak člověk s duševním onemocněním vnímá stigmatizaci ze strany okolí. Také může tyto služby, organizace a pracovníky seznámit s pojmy a organizacemi, které doposud neznali.

Nabízí pohled duševně nemocných na to, jak s nimi velká část společnosti zachází. A jelikož zde dotazovaní jedinci trpící duševním onemocněním uváděli různé prostředky vedoucí k odstranění stigmatizace, mohly by organizace přemýšlející o zahájení programu či projektu v boji proti destigmatizaci, použít tuto práci jako jeden z podkladů pro nastavení tohoto programu nebo projektu. Práce samotná může také přispět k destigmatizaci ze strany společnosti vůči lidem s duševním onemocněním.

Bibliografie

ANDERSON Ian, HADDAD Peter a Jan SCOTT. 2012. Bipolar disorder, clinical review. *British medical journal*, č. 345, s. 1-10.

ANDRES, Martin. 2017. Malý průvodce reformou psychiatrické péče. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP. Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/> či stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky.

AVRIM B. Ron, BRODSKY S. Beth a Barbara STANLEY. 2006. Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harvard Review of Psychiatry*, s. 249-256.

BAJER, Pavel. 2008. Fokus usiluje o komplexní, koordinované, individuálně zaměřené a dlouhodobé služby. *Sociální práce/Sociální práce*, č. 1, s. 4-6. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. ISSN: 1213-6204.

BAJER, Pavel. 2008. Liga za duševné zdravie vytvořila motivačné centrum Nezábudka. *Sociální práce/Sociální práce*, č. 1, s. 14-16. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. ISSN: 1213-6204.

BAJER, Pavel. 2008. U řady duševně nemocných můžeme dosáhnout návratu do běžného života, tvrdí přednostka psychiatrické kliniky. *Sociální práce/Sociální práce*, č. 1, s. 23-24. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. ISSN: 1213-6204.

BÁRTLOVÁ, Sylva. 2003. Sociologie medicíny a zdravotnictví. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-391-0.

BLITON Chloe, DOWGWILLO Emily, DAWOOD Sindes a PINCUS Aaron. 2017. Personality Disorder. In: ZEIGLER-HILL Virgil a Todd SHACKELFORD (eds). *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, Springer, Cham. ISBN: 978-3-319-28099-8.

BYRNE Peter. 2000. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, č. 6, s. 65–72. Royal College of Psychiatrists. ISSN: 1472-1481.

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. *Co děláme*. [online]. [cit. 2021-06-17]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz>

CORRIGAN W. Patrick a Amy C. Watson. 2002. The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical psychology: science and practice*, č. 9, s. 35-53.

- CORRIGAN, W. Patrick. 2007. How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness Author(s). *Social work*, č. 52, s. 31-39. Oxford University Press.
- CORRIGAN W. Patrick a Andrea B. BINK. 2016. The Stigma of Mental Illness. Elsevier.
- DISMAN Miroslav. 2002. Jak se vyrábí sociologická znalost, příručka pro uživatele. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN: 80-246-0139-7.
- DOUBEK Pavel, PRAŠKO Ján, HERMAN Erik a Jaromír HONS. 2008. Psychóza v životě – život v psychóze, příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny. Praha: MAXDORF. ISBN: 978-80-7345-156-1.
- FESTIVAL NA HLAVU. [online]. [cit. 2021-06-16]. Dostupné z: <https://festivalnahlavu.cz/>
- GREEN DOORS. *O nás*. [online]. [cit. 2021-06-18]. Dostupné z: <https://www.greendoors.cz/>
- GOFFMAN, Erving. 2003. Stigma - poznámky k problému zvládnutí narušené identity. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-21-0.
- HENDL Jan. 2005. Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace. Praha: Portál. ISBN: 80-7367-040-2.
- HOLCOVÁ Alžběta. 2021. Deprese je reálná nemoc, z těch duševních se, ale léčí nejlépe. *Nový prostor*, č. 570, s. 1. ISSN: 1213-1911.
- CHARITA OLOMOUC, Dům sv. Vincence. *O nás*. [online]. [cit. 2021-03-15]. Dostupné z: <https://www.olomouc.charita.cz>
- KOPŘIVOVÁ, Jana a Pavel BAJER. 2008. Otazníky duševní nemoci. *Sociální práce/Sociální práce*, č. 1, s. 45. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. ISSN: 1213-6204.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2003. Slovník sociální práce. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN. 2013. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ 10. REVIZE. 2000. Duševní poruchy a poruchy chování, popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: World Health Organization Geneva, Psychiatrické Centrum Praha. ISBN: 80-85121-44-1.
- MEZI PLOTY. [online]. [cit. 2021-06-16]. Dostupné z: <https://meziploty.cz/>
- MILKOWITZ David. 2008. Bipolar disorder, a family-focused treatment approach. USA: New York: The Guilford Press. ISBN 978-1-59385-655-7.

NA ROVINU. *Projekt destigmatizace*. [online]. [cit. 2021-06-16]. Dostupné z: <https://narovinu.net/>

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. 2007. *Depression – easy to read*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, NIH Publication.

OCISKOVÁ Marie a Ján PRAŠKO. 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-9906-3.

PRAŠKO Ján, BULIKOVÁ Barbora a SIGMUNDOVÁ Zuzana. 2009. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén. ISBN: 978-80-7262-656-4.

RADIO WAVE, *Diagnóza F. O pořadu*. [online]. [cit. 2021-06-16]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/diagnoza-f>

SLADE Mike a Eleanor LONGDEN. 2015. *Empirical evidence about recovery and mental health*. *BMC Psychiatry*, č. 15.

SMITH Pamela. 2014. *Mental Health Care in Settings Where Mental Health Resources Are Limited: An Easy-Reference Guidebook for Healthcare Providers in Developed and Developing Countries*. USA: Bloomington: Archway Publishing. ISBN: 978-1-4808-0488-3.

ŠPAGETKOVÁ Šárka. 2021. *Starejme se o sebe*. *Nový prostor*, č. 570, s. 14-15. ISSN: 1213-1911.

ŠVAŘÍČEK Roman, ŠVEDOVÁ Klára a kol. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN: 78-80-262-0644-6.

TÝDNY PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. *O Týdnech pro duševní zdraví*. [online]. [cit. 2021-06-16]. Dostupné z: <http://www.tdz.cz/>

TYRER Peter, REED Geoffrey a Mike CRAWFORD. 2015. *Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder*. *World Health Organization*, č. 9969, s.717-726.

WATSON C. Amy, CORRIGAN Patrick, LARSON E. Jonathon a Molly SELLS. 2007. *Self-Stigma in People With Mental Illness*. *Schizophrenia Bulletin*, č. 33, s. 1312-1318. Oxford University Press.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá tématem stigmatizace lidí s duševním onemocněním. Cílem je zjistit, jak lidé s duševním onemocněním vnímají stigmatizaci ze strany okolí a co jim ji pomáhá překonávat. V práci jsou popsány pojmy týkající se stigmatizace a duševního onemocnění, kde jsou definovány určité diagnózy. Na téma stigmatizace úzce navazují témata sebestigmatizace a destigmatizace. Zvolená metoda pro realizaci této práce je kvalitativní výzkum. K získání dat jsem používala polostrukturovaný rozhovor, který byl realizován se čtyřmi lidmi s duševním onemocněním.

Klíčová slova: stigmatizace, sebestigmatizace, destigmatizace, duševní onemocnění, kvalitativní výzkum

This bachelor thesis deals with the topic of stigmatization of people with mental illness. The aim of this work is to find out how people with mental illness perceive stigma from the people around them and what helps them overcome it. This work describes the concepts related to stigma and mental illness, where certain diagnoses are defined. The topic of stigmatization is related to the topics of self-stigmatization and destigmatization. The chosen method for the implementation of this work is qualitative research. To obtain data, I used a semi-structured interview, which was conducted by four people with mental illness.

Key words: stigmatization, self-stigmatization, destigmatization, mental disorder, qualitative research