

Univerzita Palackého v Olomouci

Filosofická fakulta

Katedra psychologie

**MOŽNÉ SOUVISLOSTI MEZI INTERNALIZOVANÝM STIGMATEM,
OSOBNOSTÍ A EFEKTIVITOU LÉČBY U ÚZKOSTNÝCH PORUCH**

POSSIBLE CONNECTIONS BETWEEN INTERNALIZED STIGMA,
PERSONALITY, AND TREATMENT EFFICACY IN ANXIETY DISORDERS



Disertační práce

Autorka:

PhDr. Marie Ocisková

Školitel:

prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.

Olomouc

2015

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem dizertační práci na téma: Možné souvislosti mezi internalizovaným stigmatem, osobností a efektivitou léčby u úzkostných poruch vypracovala samostatně pod odborným dohledem školitele a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

.....

Děkuji za podporu školiteli, rodině, přátelům a katedře, na jejíž půdě mi bylo umožněno práci realizovat. Tato práce patří vám.

OBSAH

ÚVOD.....	7
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1. STIGMA PSYCHICKÝCH PORUCH.....	10
1.1. Definice a dimenze stigmatu.....	10
1.2. Druhy stigmatu.....	16
1.3. Nálepkování a postoje společnosti vůči lidem s psychickými poruchami....	18
1.3.1. Postoje vůči jedincům s úzkostnými poruchami.....	23
1.4. Důsledky stigmatizace.....	25
1.5. Možnosti řešení stigmatizace.....	30
2. INTERNALIZOVANÉ STIGMA U OSOB S PSYCHICKOU PORUCHOU	35
2.1. Důsledky sebestigmatizace.....	38
2.2. Některé faktory zranitelnosti a odolnosti vůči sebestigmatizaci.....	48
2.3. Terapeutické možnosti zvládnání sebestigmatizace.....	53
2.3.1. Narativní přístup.....	54
2.3.2. Psychoedukace.....	56
2.3.3. Kognitivně behaviorální přístup.....	57
2.3.4. Rodinný přístup.....	59
3. ÚZKOSTNÉ PORUCHY.....	60
3.1. Prevalence úzkostných poruch a nejčastější komorbidity.....	63
3.2. Úzkostné poruchy v MKN-10.....	66
3.3. Úzkostné poruchy v DSM-V.....	73
3.4. Léčba úzkostných poruch.....	74
4. CLONINGEROVA TEORIE TEMPERAMENTU A CHARAKTERU.....	79
4.1. Obraz internalizovaného stigmatu v Cloningerově teorii osobnosti.....	87
4.2. Obraz úzkostných poruch v Cloningerově teorii osobnosti.....	89

II. EMPIRICKÁ ČÁST

5.	VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU A CÍLE VÝZKUMU.....	93
5.1.	Cíle výzkumu.....	93
5.2.	Hypotézy.....	93
5.3.	Praktický význam výzkumu.....	95
6.	POPIS ZVOLENÉHO METODOLOGICKÉHO RÁMCE A METOD.....	96
6.1.	Zvolený typ výzkumu.....	96
6.2.	Metody získávání dat.....	96
6.2.1.	Průběh sběru dat.....	97
6.2.2.	Mini mezinárodní neuropsychiatrické vyšetření (MINI).....	97
6.2.3.	Demografický dotazník.....	99
6.2.4.	Škála internalizovaného stigmatu psychických poruch (Škála ISMI).....	100
6.2.5.	Inventář temperamentu a charakteru, revidovaná verze (TCI-R).....	102
6.2.6.	Škála naděje (Adult Dispositional Hope Scale, ADHS)	104
6.2.7.	Škála celkového klinického dojmu.....	107
6.2.8.	Beckův inventář úzkosti (BAI).....	108
6.2.9.	Beckův inventář deprese (BDI).....	109
6.2.10.	Škála disociativních zkušeností (DES).....	111
6.3.	Metody zpracování a analýzy dat.....	113
6.4.	Etické problémy a způsoby jejich řešení.....	114
7.	VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	117
7.1.	Kritéria výběru pacientů do studie.....	117
7.2.	Charakteristiky souboru.....	118
8.	VÝSLEDKY.....	122
8.1.	Standardizace Škály ISMI.....	122
8.1.1.	Výzkumný soubor.....	122
8.1.2.	Překlad a administrace Škály ISMI.....	123
8.1.3.	Výsledky standardizace.....	123
8.1.4.	Vyjádření k hypotézám a komentář k výsledkům.....	128

8.2.	Sebestigmatizace a její vztahy k demografickým, klinickým a osobnostním charakteristikám pacienta.....	130
8.2.1.	Sebestigmatizace a demografická data.....	130
8.2.2.	Sebestigmatizace a klinická data.....	134
8.2.3.	Sebestigmatizace a osobnostní faktory.....	139
8.2.4.	Mnohonásobná regresní analýza faktorů ovlivňujících sebestigmatizaci	143
8.2.5.	Vyjádření k hypotézám a komentář k výsledkům.....	147
8.3.	Sebestigmatizace a účinnost léčby.....	149
8.3.1.	Popis léčby.....	150
8.3.2.	Klinické škály během léčby.....	151
8.3.3.	Relativní změna v průběhu terapie.....	157
8.3.4.	Dosažení remise.....	165
8.3.5.	Vyjádření k hypotézám a komentář k výsledkům.....	176
9.	DISKUZE.....	178
10.	ZÁVĚRY.....	195
	SOUHRN.....	198
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY.....	203
	PŘÍLOHY.....	232
Příloha č. 1	Seznam tabulek Seznam obrázků Seznam grafů Použité zkratky	
Příloha č. 2	Baterie metod	
Příloha č. 3	Anotace disertační práce Annotation of the thesis	

*Raději zpět než vpřed
Hlavu do písku proti pohledu vstříc dálavám
Úkryt proti pohybu
Umrtní proti životu*

ÚVOD

Seděla jsem v pracovně lékaře a třídila na stole štosy papírů. Byla jsem v místnosti sama. Vnímala jsem, jak stroze je vybavená a s mírnou nelibostí zhodnotila šero, které v ní panovalo kvůli stromům za oknem. Byla středa dopoledne a v jiné místnosti na druhé straně oddělení právě probíhala primářská vizita. Minulý týden jsem vyšetřila pacienty z oddělení a těm s úzkostnou poruchou nabídla k vyplnění dotazníky k disertačnímu výzkumu. Nyní jsem měla s každým zvlášť probrat jejich výsledky. Před rozhovorem jsem nestudovala anamnézy pacientů a raději rozhovor volně rozvíjela směrem od obecných zjištění z dotazníků k odhalování souvislostí a možností využití poznatků v jejich životě.

Rozhovor s jednou pacientkou se mi zapsal do paměti obzvláště výrazně a nyní mi připomíná, jaké břemeno může psychiatrickým pacientům přinášet jev označovaný jako *internalizované stigma* nebo *sebestigmatizace*, který zkoumám v této práci¹. Rozhodla jsem se jej uvést v úvodu disertace, protože se domnívám, že jeho zmínění může přispět k tomu, že se při čtení stránek o teorii a realizovaném výzkumu nevytratí uvědomění, že se za čísla a analýzami skrývají konkrétní lidé, kteří se potýkají se sebestigmatizací.

Příběh, který zde popíšu, tedy začal tím, že jsem seděla ve vyšetřovně lékaře. Čekala jsem, až přijde další pacient. Po chvíli téměř neslyšně zaklepala upravená žena středního věku, špitla pozdrav a posadila se do křesla. Seděla pouze na jeho kraji, viditelně napjatá. Jmenovala se Jana a pracovala jako úřednice na Finančním úřadě². Nervózně se zeptala, co jí „v těch psychologických testech vyšlo“, a následně mlčela a tčkala pohledem po místnosti. Zadržovala dech, ruce v klíně se jí chvěly. Na dotaz, jestli jí něco rozrušilo a chtěla by si o tom promluvit, neodpověděla. Chvíli jsem se jí snažila bez většího úspěchu uklidnit, poté jsem přistoupila k pozitivně laděnému sdělení výsledků metod, které vyplnila. Hovořila jsem o jejích preferovaných strategiích zvládnání stresu, občas přikývla,

¹ Sebestigmatizace je termín označující stav, kdy jedinec přijímá za své předsudky společnosti, souhlasí s nimi a vztahuje je na sebe samého (Corrigan, Rafacz, & Rüşch, 2011). Např. ve společnosti je rozšířené přesvědčení, že psychiatrickí pacienti jsou nebezpeční, a psychiatrický pacient, který sám sebe stigmatizuje, se proto začne domnívat, že i on je nebezpečný, ačkoliv tomu objektivně nic nenasvědčuje.

² Osobní údaje pacientky byly změněny tak, aby nemohlo dojít k její identifikaci.

že se ztotožňuje se sděleným. Poté jsem přistoupila ke Cloningerově inventáři a s uvolněným (marně jsem doufala, že i nakažlivým) smíchem jí sdělila, že zde není mnoho zajímavého, co bych jí mohla říct, protože téměř ve všech oblastech se její osobnostní rysy pohybují v pásmu průměru. Zmínila jsem několik výjimek, které byly, až na očekávaně zvýšené vyhýbání se poškození, veskrze pozitivní. Diskutovaly jsme také její větší závislost na hodnocení druhými a chatrnou sebedůvěru. Svěřila se s tím, jak byla jako dítě často kritizovaná matkou, která si přála syna a ne dceru, a šikanovaná dětmi ve škole, které se jí smály pro její neprůbojnost. Od malička se chtěla zavděčit, zasloužit si přízeň okolí. Jako dospělá zjistila, že ne vždy tato snaha padne na úrodnou půdu, řekla s pláčem. Jakmile jsme probraly její výsledky, viditelně se uvolnila, zhluboka se nadechla, „sesunula se“ do křesla a vydechla: „Takže nejsem psychopat?“

Chvíli jsem na ni nechápavě hleděla, a pak vydechla: „Ne. Jistě, že ne.“ Její napětí zmizelo. Úlevně si schovala hlavu do dlaní, po chvíli opět složila ruce do klína a začala hovořit. Jana byla zřejmě obětí bossingu, ačkoliv to tak sama příliš nevnímala. Bývala spolehlivá zaměstnankyně, oblíbená v kolektivu. Udržovala dobré vztahy i s klienty, lidé s ní rádi řešili vše potřebné a Jana jim vycházela vstříc. Před dvěma lety dostala novou nadřízenou. Ta ji od počátku nadměrně kritizovala, zásadně před ostatními a za prohřešky, jichž se, dle svých slov, nedopustila. Nemívala možnost se hájit. Nadřízená ji pomlouvala u personálu, takže se jí brzy začala vyhýbat většina kolegů. Podrobně kontrolovala její práci i docházku do zaměstnání. Jednou Janě řekla, že se postará o to, aby podala výpověď. Jana práci dříve milovala, mívala v ní přátele a těšila ji. Najednou neměla přátele a každodenní nepředvídatelné výtky a pomluvy jí zkazily radost z práce. Věděla, že většinu vytýkaných chyb neudělala, ale nadřízená tvrdila, že ano, a kolegové o tom také bývali přesvědčení. Začala o sobě pochybovat a přestávala se orientovat v tom, co je skutečné a co ne. Jednoho dne po ní nadřízená křičela, že je neschopná. Jana to nevydržela a rozplakala se. Nadřízená jí řekla: „Jsi psychopat. Jsi duševně nemocná a nemáš tu, co dělat.“ Jana nechápala, proč ji lidé v práci přestali mít rádi. Stále dokola to rozebírala s manželem, který toho už měl jednoho dne dost a okřikl ji, ať „se dá dohromady“, že „už toho má po krk“. Jana se cítila osamělá, nemilovaná. Začala přemýšlet o sebevraždě.

Uznala, že má potíže se zvládnutím situace, a navštívila ordinaci psychiatra, který jí předepsal antidepresiva a doporučil pobyt na psychoterapeutickém oddělení. Její diagnózou byla nejprve porucha přizpůsobení, následně byla změněna na smíšenou úzkostně depresivní poruchu. Před nástupem na oddělení se nadřízená dozvěděla, že se Jana léčí na psychiatrii, a zvýšila svůj nátlak. Říkala Janě, že „kdyby byla co k čemu,

uznala by, že si jako blázen nezaslouží mít toto pracovní místo a přenechala by ho někomu jinému – někomu slušnému, kdo není blázen.“ Jana začala být přesvědčená o tom, že je jako člověk trpící úzkostmi a navštěvující psychiatrii bezcenná a nezaslouží si kvůli tomu mít práci, ani rodinu. Nekriticky se domnívala, že je kvůli svým psychickým problémům méněcenná. Očekávala od budoucnosti jen to nejhorší, protože si myslela, že psychické poruchy nelze léčit, a proto vždy zůstane „odpadem společnosti“. Nemilovaná nikým.

Proto byla Jana napjatá při sdělování svých výsledků. Obávala se, že její „psychopatie“ vyjde najevo a znovu se pro ni někdo vysloví, tentokrát psycholožka za pomoci dotazníků. Když se tak nestalo, byl to pro ni úlevný zážitek. Ke konci rozhovoru plakala úlevou a děkovala mi za dobré zprávy. Během dalšího pobytu pak pracovala na vytvoření odstupů od tíživé životní situace, obnovovala sebeúctu a uvědomila si, co v dané životní situaci potřebuje. Rozhodla se podat výpověď s vědomím jistoty zaměstnání na jiném pracovišti, v čemž ji podpořili spolupacienti i personál kliniky. Při propuštění byla usměvavá, s mírnou anticipační úzkostí, ale jinak kompenzovaná, s úzkostnou poruchou v remisi.

Janin případ není výjimkou. Ve společnosti jsou stále přítomné předsudky o psychiatrických pacientech, které jsou součástí stigmatu psychických poruch. Dříve se předpokládalo, že stigmatizací trpí především pacienti se závažnou psychickou poruchou. Ukazuje se však, že stigma se zřejmě nevyhýbá žádné skupině osob s psychickou poruchou. Zároveň vychází najevo, že stigmatizace vykazuje nejtíživější následky tehdy, jsou-li společenské předsudky pacientem internalizované (Ritsher & Phelan, 2004).

Pacienti s úzkostnými poruchami tvoří značnou část psychiatrické populace a stejně jako pacienti se schizofrenií mnohdy trpí sebestigmatizací (Alonso et al., 2008). Není však známo, jestli u těchto jedinců sebestigmatizace ovlivňuje jejich psychoterapeutickou a farmakoterapeutickou léčbu, což může být jedním z nejzávažnějších dopadů sebestigmatizace. Zároveň ne každý pacient, který se setká s předsudky, je přijme za své a rozvine sebestigmatizaci (Camp, Finlay, & Lyons, 2002). Primárním cílem práce je proto zmapování vztahu mezi sebestigmatizací a efektivitou kombinované léčby u pacientů s úzkostnými poruchami. Druhotným cílem je identifikace některých osobnostních proměnných, které se u této skupiny osob statisticky významně pojí se sebestigmatizací. Nultým cílem je standardizace škály umožňující měření sebestigmatizace. Výsledky disertace mohou napomoci zefektivnění psychoterapeutické léčby zejména u pacientů s úzkostnou poruchou, kteří jsou rezistentní na farmakoterapii nebo psychoterapii.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. STIGMA PSYCHICKÝCH PORUCH

Postoje západní společnosti vůči lidem s psychickými potížemi jsou již po staletí příčinou jejich nerovného postavení ve společnosti. Předsudky o psychických poruchách a lidech, kteří jimi trpí, vedou mnohé jedince k diskriminaci osob s psychickými poruchami i k subtilnějším projevům jejich nepřijetí, jako jsou pomluvy nebo jejich nenápadné vyčlenění ze společnosti (Padurariu, Ciobica, Persson, & Stefanescu, 2011; Goffman, 1963). Tento mnohodimenzionální sociální jev je označován jako stigmatizace. V této kapitole jej vymežíme ve vztahu k jedné z nejvýrazněji zasažených skupin, jedincům s psychickými poruchami (Padurariu et al., 2011). Následně nastíníme možnosti snižování stigmatizace psychiatrických pacientů.

1. 1. Definice a dimenze stigmatu

Slovo „stigma“ lze přeložit jako „znak nebo stopu, která nese svědectví“. Termín má kořeny v antickém Řecku, v němž se užíval jako slovní označení tělesných znaků, které vypovídaly o méněcennosti, neobvyklosti nebo morální zavrženíhodnosti svého nositele (Clare, 2000). Stigma představovalo výraz užívaný pro značku udělovanou řeckým otrokům, která je vyčleňovala ze svobodné společnosti. Značky podobné těm, které byly udělovány otrokům, byly vypalovány nebo vyřezávány i do těl zločinců a zrádců. Značka byla dobře viditelná, a tak pomocí ní mohli být stigmatizovaní jedinci snadno identifikováni. Stigma tedy sloužilo jako rozlišovací znak mezi skupinou více a méně hodnotných osob, jako znak méněcennosti jedné skupiny obyvatel a symbol nerovnosti (Goffman, 1963).

V pozdějších letech se začalo hovořit o Kristových stigmatěch, která se objevovala na tělech svatých nebo hluboce věřících osob, a to na místech, na nichž byl poraněn Ježíš. Jednalo se zejména o zranění po bodnutí kopím a ta, která byla Ježíšovi způsobená ukřižováním. Stigmata se u některých křesťanů objevují dodnes a tradičně bývají vnímána jako známka silné víry. Takto pozitivní význam stigmatu je však výjimečný. Stigma obvykle představuje něco hanebného, nečistého a nehodnotného. Něco, čemu je vhodné se

vyhnout (Gray, 2002; Goffman, 1963). Již dávno jej také nepředstavuje pouze fyzický znak nebo viditelné znamení, podle něhož lze určit stigmatizovaného. Stigma se v dnešní době vztahuje k něčemu, za co je potřeba se stydět, a to bez ohledu na jeho rozpoznatelnost druhými (Goffman, 1963).

Goffmanovo pojetí

Goffman (1963, s. 7) definuje stigma jako „*situaci jedince vyloučeného z plného společenského přijetí*“ nebo jinde jako „*zvláštní druh vztahu mezi atributem a stereotypem*“ (ibid., s. 11). Poznává, že ve společnosti se přirozeně objevuje sklon kategorizovat své členy do různých skupin. Napomáhá tomu heuristická síla prvního dojmu, kdy si již při zběžném setkání s druhým jedincem vytváříme představu, o jakého člověka se jedná a co od něj můžeme očekávat. Na základě podnětů, které vnímáme, konstruujeme tzv. *virtuální sociální identitu* člověka, s nímž se setkáváme. Tento dojem (nebo přisuzovaná sociální identita) pak ovlivňuje naše očekávání a přístup k němu. Pokud vyhodnotíme, že je některý atribut, který u druhého člověka vnímáme, málo žádoucí, toto hodnocení ovlivní naši představu o něm. V krajním případě se nežádoucí atribut stane dominantní částí sociální identity jedince a my začneme jedince redukcionisticky vnímat jako člověka, který je méněcenný a poskvrněný právě kvůli dehonestujícímu atributu. Často se pak stává, že jsou stigmatizované osobě připisovány různé nedokonalosti, a to výhradně na podkladě jednoho původního nežádoucího atributu³ (Goffman, 1963).

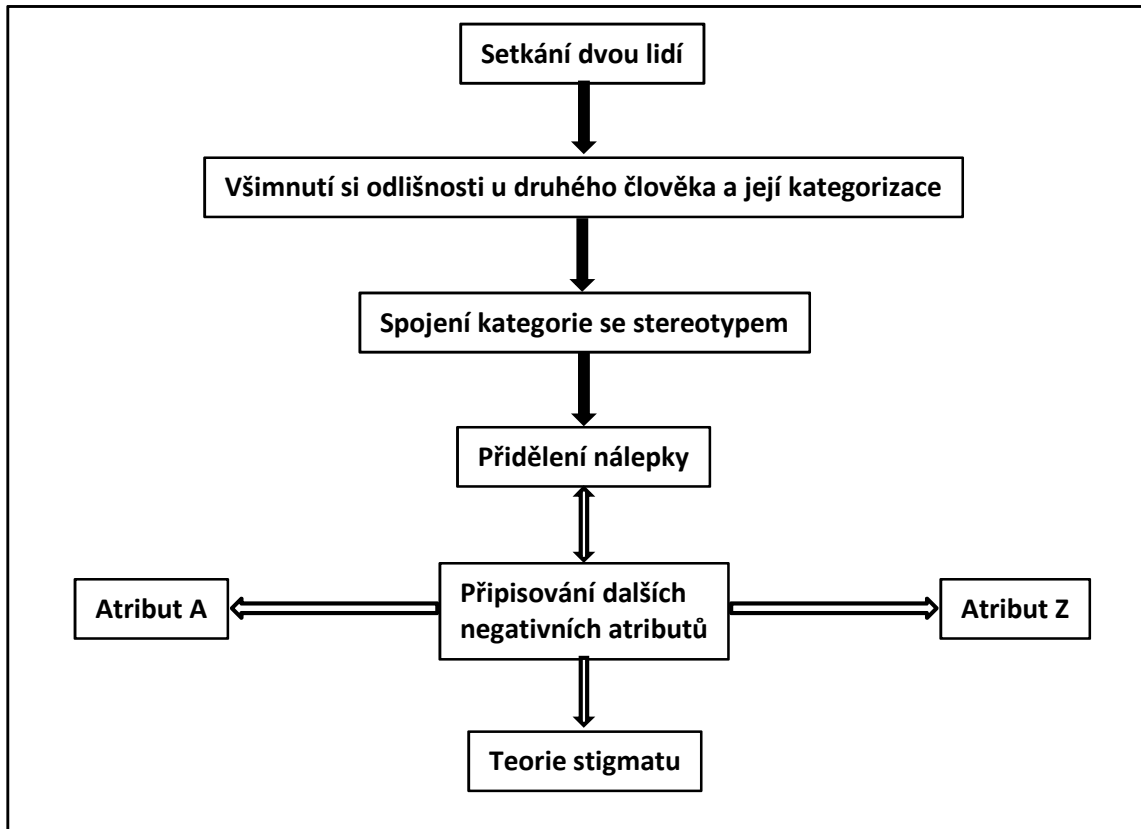
Z Goffmanova úhlu pohledu lze stigma nejlépe definovat jako „*silně diskreditující* (tj. stereotypy silně negativně zabarvený) *atribut*“ (Goffman, 1963, s. 11). Tento atribut může být tělesný (různé známky postižení těla), kmenový (vypovídající o příslušnosti jedince k určité rase, národu či náboženství) nebo charakterový (psychické poruchy, pozitivní kriminální historie, nezaměstnanost nebo radikální politické názory). Psychické poruchy bývají převážně vnímané jako známka charakterové vady nebo slabosti (Goffman, 1963).

Jakmile je jedinci připsáno stigma, začíná do určité míry „*žít vlastním životem*“. Okolí, které člověka stigmatizuje, začne vytvářet tzv. *teorii stigmatu*, tedy zdůvodnění

³ Příkladem může být situace ženy žijící na vesnici, která se vrátí domů po absolvované hospitalizaci na psychiatrii. Jakmile se o tom okolí dozví, mohou jí připsat řadu negativních atributů, které však ve skutečnosti *nemá*. Mohou o ní např. začít tvrdit, že neumí vychovávat děti, je nepořádná a líná, ačkoliv není reálný důvod si něco takového myslet. Tyto sekundární nežádoucí atributy pak dále zhorší postavení ženy mezi sousedy.

toho, proč je tato osoba méněcenná a nepatří do společnosti většiny. Součástí teorie je také objasnění nebezpečí, která stigmatizovaný člověk do společnosti přináší⁴ (Goffman, 1963). Základní schéma procesu uvádíme v obrázku č. 1.

Obr. 1: Příklad tvorby laické teorie stigmatu



Dimenze stigmatu v pojetí Jonese s kolektivem

Goffmanovy myšlenky dále rozvedli Jones s Farinou, Hastorfem a Frenchem (1984). Autoři konceptu hovoří o značce (*mark*), která je tím, co Goffman označuje jako negativně zabarvený atribut. Stigma se vynořuje tehdy, když značka spojuje svého nositele s nežádoucími charakteristikami, které ho diskreditují v očích společnosti. Jones s kolegy tak jinými slovy popisují jev, který vymezil již Goffman. Tématu však dávají větší strukturu tím, že vymezují šest dimenzí stigmatu (Jones et al., 1984).

1. **Utajitelnost** – Vypovídá o míře, v jaké je značka vedoucí ke stigmatizaci viditelná nebo zjevná. Některé atributy lze skrýt snáze než jiné. Příkladem může být homosexualita ve srovnání s tmavou barvou kůže.

⁴ Přestože se tato práce týká situace jedinců s psychickými poruchami, nemůžeme zde nezmínit značnou podobnost s narůstající radikalizací společnosti vůči Romům, kteří také bývají vnímáni jako méněcenní a nebezpeční (nebo vykořisťující tzv. slušnou většinu).

2. **Průběh** – Zabývá se tím, zda bude člověk disponovat stigmatizovaným atributem do konce života (jako je tomu v případě rasy), nebo lze očekávat, že časem vymizí (např. panická porucha). Podle autorů vyvolávají nezměnitelné značky silnější negativní postoje než změnitelné.
3. **Rušivost** – Míra, v jaké značka narušuje nebo omezuje komunikaci a sociální vztahy.
4. **Estetika** – Odkazuje na estetické hodnocení značky a vypovídá zejména o přítomnosti či míře pocitů odporu a znechucení, které atribut vyvolává.
5. **Původ** – Tato dimenze se zabývá odlišnostmi v původu stigmatu. Spadá sem i téma odpovědnosti za svůj stav. Hodnocení, že jedinec si sám zavinil svůj neblahý stav, vede okolí k negativnějším reakcím než v případě, kdy mu tuto odpovědnost nepřipisuje. Velmi negativní postoje se objevují např. ve vztahu k lidem závislým na návykových látkách.
6. **Nebezpečí** – Poslední dimenze stigmatu vypovídá o míře, v jaké okolí hodnotí stigmatizovaný jev jako ohrožující a nebezpečný. Nebezpečí může být v zásadě dvojího druhu – fyzické (např. nakažení chorobou) nebo vystavení se nepříjemným pocitům nepohody nebo viny (např. při pohledu na jedince s fyzickým handicapem, který se s nasazením sil snaží vyjít schody). Vnímané nebezpečí vede ke strachu ze stigmatizovaných jedinců.

Dimenze stigmatu Linka s Phelanem

Novější vymezení stigmatu nabízí Link s Phelanem. Ti reagovali na kritiku, podle níž se výzkum stigmatu příliš zaměřuje na kognitivní procesy související se stigmatizací a opomíjí výzkum jeho následků (Sayce, 1998; Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004). Podle Linka s Phelanem (2001, s. 377) „*Lze tedy o stigmatu hovořit tehdy, jakmile dojde ke značkování jedince, aplikaci stereotypů týkajících se této značky, sociálnímu vyčlenění označeného, ztrátě jeho společenského statutu a diskriminaci. To vše předpokládá situaci nerovného rozložení moci ve společnosti, které stigmatizaci umožňuje.*“ Jedná se o sociální proces s jasně danými složkami, který v každé části doprovází silné emoce na straně stigmatizujícího (např. hněv, podráždění, strach nebo lítost) i stigmatizovaného (tytéž emoce, navíc také stud, pocity odcizení nebo smutku). V souladu s Linkem a kolegy (2004) tedy stručně vymezíme jednotlivé body definice.

1. **Značkovací reakce** – Lidé se od sebe navzájem liší v mnoha drobných i větších charakteristikách. Většina z nich není sociálně významná, některé však ano. Část

z těchto sociálně relevantních vlastností je označena slovním spojením a stávají se z nich značky. Ty pak mohou mít různou konotaci, a to v závislosti na jejich interpretaci a spojení s konkrétními stereotypy.

2. **Aplikace stereotypů** – V případě stigmatizace jsou značky spojeny s předpokládanými výrazně nežádoucími charakteristikami jejich nositele⁵.
3. **Sociální vyčlenění** – Značky sloužily již ve starém Řecku k rozlišení mezi „námi“ a „jimi“ (Goffman, 1963). „Ti druzí“ jsou vnímáni jako odlišní a, v případě stigmatizace, méněcenní. V reakci na to se jich majorita straní nebo je aktivně vyčleňuje ze svého středu.
4. **Ztráta statutu a diskriminace** – Stigmatizovaný jedinec přestává být plnohodnotným členem společnosti. Kvůli značce může být doslova „společensky znemožněný“. Samotná diskriminace může být čtvero druhu (Link et al., 2004; Link & Phelan, 2001):
 - *Individuální* – Stav, kdy z určitého důvodu (např. kvůli nízké sebedůvěře) stigmatizuje jeden jedinec druhého.
 - *Strukturální* – Zde dochází k diskriminaci jedince na širší, institucionální úrovni. Jedním z projevů strukturální diskriminace je např. nedostatečné financování psychiatrické a klinicko-psychologické péče a výzkumu. Jiným příkladem může být bariéra, na níž narazí člověk se stigmatizujícím atributem při hledání zaměstnání. Může, ale také nemusí být diskriminovaný přímo samotným personalistou. O některých pracovních nabídkách se jednoduše nemusí dozvědět, protože „nezná ty správné lidi“. Zaměstnavatelé mohou dát na doporučení svých známých, kteří podpoří spíše někoho, koho sami osobně znají. Vzhledem k sociální izolaci stigmatizovaných pak tito jedinci těžko budují síť známých, kteří by jim dopomohli k zaměstnání. Jiným příkladem může být situace, kdy úředníci státní správy odkládají řešení problémů a žádostí osob s psychickými poruchami, berou je méně vážně a i jinak jim dávají najevo, že se jejich potřebami nechtějí zabývat.
 - *Plynoucí ze ztráty statutu* – Ztráta společenského statutu, které přináší stigmatizovaný atribut, vede také sama o sobě k diskriminaci⁶.
 - *Bojkotování sebe samého* – Doprovodným jevem je také sebestigmatizace, o níž pojednáváme v druhé kapitole.

⁵ Dítě se syndromem ADHD může být označeno jako nevychované a líné. V souladu se stereotypem nevychovaného a líného dítěte pak od něj učitelé mohou očekávat špatný prospěch, záměrné vyrušování a jiné kázeňské přestupky. Podle těchto očekávání k němu přistupují, a zpravidla tak vytváří bludný kruh.

⁶ Člověk s psychickou poruchou přijde kvůli stigmatizaci svého stavu o zaměstnání a je nezaměstnaný. Život na podpoře jej může dále ochudit o různé životní příležitosti. Značka a z ní plynoucí ztráta postavení mohou bok po boku vytvářet omezení, tvořit další značky a vést k diskriminaci stigmatizovaného.

5. **Závislost stigmatu na moci** – Stigma existuje pouze v situaci nerovného rozdělení moci, kdy skupina s větší společenskou, politickou nebo ekonomickou mocí značkuje nebo diskriminuje jedince s menší mocí⁷. Podle převládající společenské ideologie pak může být diskriminace přímá (jako byla např. v nacistickém Německu) nebo subtilnější (viz strukturální diskriminaci). Tlak na snížení diskriminace jedné formy pouze vede ke zvýšení diskriminace jinou cestou⁸. Stigma lze změnit pouze změnou smýšlení skupiny s větším podílem na moci.

Dimenze stigmatu podle jeho předpokládaných příčin

Posledním členěním stigmatu, o němž bychom se rádi zmínili, je rozlišení tří složek stigmatu podle předpokladu jeho vzniku a udržování. Oproti výše uvedeným klasifikacím je toto zaměřené spíše na příčinu a proces, než na následky, a více obrací pozornost k těm, kteří stigmatizují (Thornicroft, Rose, Kassam, & Sartorius, 2007). Autoři konceptu (Thornicroft et al., 2007) rozlišují mezi třemi příčinami a zároveň složkami stigmatu:

1. **Neznalost** – Jednou ze základních příčin stigmatizace je nedostatek faktických znalostí o stigmatizovaném jevu. V oblasti psychických poruch je společnost poměrně málo edukovaná o jejich podstatě a léčbě z odborného hlediska. Toto informační vakuum vyplňují stereotypy, resp. předsudky⁹ (Crips, Gelder, Goddard, & Meltzer, 2005). Jedním z přístupů ke snižování stigmatizace jedinců s psychickými poruchami je tedy edukace. Ukazuje se, že programy zacílené na zvyšování povědomí o psychických poruchách, zdůrazňující význam situačních příčin a stresu, snižují negativní postoje veřejnosti vůči lidem, kteří jimi trpí (Corrigan & Penn, 1999; Corrigan & O'Shaughnessy, 2007).
2. **Předsudky** – Podstatou stigmatizace není to, že se lidé navzájem v různých parametrech liší, ale skutečnost, že tato odlišnost může být negativně hodnocená. Předsudky se vyskytují ruku v ruce s nedostatkem znalostí, přesto je nelze chápat

⁷ Stigma tedy není situace, kdy psychiatričtí pacienti nálepkují a straní se svým lékařům. Stigmatem by však bylo, pokud by lékaři značkovali své pacienty a dávali jim najevo, že jsou „jiní“ nebo méněcenní.

⁸ Vzpomeňme např. společenské bouře, které vznikly poté, co byla Česká republika vyzvána ke snížení počtu romských dětí ve speciálních školách. Strukturální diskriminace se sice snižuje, přímá diskriminace a napětí ve společnosti se však zvyšují. Nedošlo totiž ke změně smýšlení skupiny s větší mocí.

⁹ Část zkresleného vnímání osob s psychickými poruchami leží na bedrech masových médií. Ta udržují stereotyp psychiatrického pacienta selektivním výběrem sdělených informací, kdy zpravidla neopomenou zmínit přítomnost psychické poruchy u pachatele závažné trestné činnosti, v jiných kontextech se však o nich příliš nezmiňují (např. Nawka et al., 2012). Tím umožňují udržování stigmatu psychických poruch a posilují negativní postoje veřejnosti vůči lidem, kteří jimi trpí (Angermeyer & Matschinger, 1996).

jako pouhý projev tohoto nedostatku. I odborníci na duševní zdraví mívají sklony stigmatizovat jedince s psychickou poruchou (Lauber, Nordt, Braunschweig, & Rössler, 2006). Předsudky jsou tedy samostatnou příčinou stigmatizace. Nejčastějšími předsudky o lidech s psychickými potížemi jsou přesvědčení o jejich nepředvídatelnosti, nespolehlivosti, nebezpečnosti a agresivitě (Graves, Cassini, & Penn, 2005; Nawka et al., 2012; Nawková et al., 2012). Možným řešením této příčiny stigmatizace může být edukace (Corrigan & Penn, 1999), problém předsudků je však širší než problém nedostatku znalostí (Thornicroft et al., 2007), proto i destigmatizační programy potřebují být komplexnější.

3. ***Diskriminace, problém odmítavého a vyhýbavého chování*** – Poslední příčina je zároveň následkem stigmatizace a vytváří další bludný kruh. Jedná se o klasický problém vyhýbavosti, která pouze posiluje iracionální přesvědčení a negativní emoce vůči tomu, čemu se jedinec vyhýbá (Praško et al., 2007). Čím více se jedinec vyhýbá kontaktu se stigmatizovanými, tím spíše a silněji může podléhat předsudkům a jiným negativním postojům, což dále posiluje stigmatizaci. Ne náhodou je osobní kontakt se stigmatizovanými nejúčinnější formou destigmatizace (Yamaguchi et al., 2013).

Koncept Thornicrofta s kolegy (2007), který člení stigma v závislosti na jeho příčině, může být užitečný pro účely snižování stigmatizace jedinců s psychickými poruchami a dalšími stigmatizovanými atributy. Stigma je složitý fenomén, jehož adresování by mělo být stejně komplexní (Link & Phelan, 2001). Teorie stigmatu mohou tomuto úsilí napomoci.

1. 2. Druhy stigmatu

V posledních dvou desetiletích se lze setkat se značným počtem studií zkoumajících stigma a jeho vliv na psychický stav a fungování stigmatizovaných jedinců. Tyto publikace lze rozlišit podle několika kritérií. Některé se zabývají dílčími složkami stigmatu, jako jsou např. předsudky u zdravotníků (Crips et al., 2005) nebo stereotypy vztahující se k lidem s psychickými poruchami, které kolují mezi širokou veřejností (Angermeyer & Matschinger, 2003). Jiné dělení studií stigmatu nabízí rozlišení podle základního úhlu pohledu. Goffman (1963) nebo Link s Phelanem (2001) nabízí teoretické uchopení problému, zatímco výzkumy zaměřené na efektivitu přístupů snižování stigmatizace jsou spíše aplikované (Corrigan & O'Shaughnessy, 2007). Při pohledu na tyto publikace nelze přehlédnout třetí kritérium, podle něhož se jednotlivé studie odlišují, a sice druh stigmatu.

Vzhledem k šíři a terminologické příbuznosti pojmů uvádíme identifikované druhy stigmatu v následující tabulce. Toto členění vzniklo na podkladě prací Livingstona s Boydovou (2010), Corrigan s Watsonem a Barrem (2006) a Lebela (2008).

Tab. 1: Druhy stigmatu a jejich základní charakteristiky

DRUH STIGMATU				
VEŘEJNÉ		OSOBNÍ		
Vztah veřejnosti ke stigmatizovaným lidem, společenská podpora předsudků a diskriminace.		Individuální zpracování společenských předsudků a diskriminace na úrovni stigmatizovaného		
Sociální	Strukturální	Vnímané	Zakoušené	Internalizované
Nastavení společnosti vůči minoritním skupinám. Spadá sem zejména téma předsudků, vtipů o stigmatizovaných nebo individuální diskriminace. Termín téměř totožný s veřejným stigmatem.	Vztah institucí ke stigmatizovaným. Pravidla, vnitřní normy nebo způsob financování institucí, které mají neblahý dopad na stigmatizované a omezují jejich práva a životní příležitosti.	Jinak také očekávané. Přesvědčení stigmatizovaného o postojích společnosti k němu a lidem s podobnými stigmatizovanými atributy. Stigma projevující se na úrovni teorie mysli.	Reálně prožívané stigma, setkání s nepřijetím nebo diskriminací kvůli stigmatizovanému atributu a vědomí toho, že k nerovnému zacházení došlo kvůli přítomnosti stigmatizovaného atributu.	Proces, během něhož jedinec přijme za své předsudky společnosti a začíná stigmatizovat sebe samého. Vyčleňuje se ze společnosti a považuje se za méněcenného.

Ujasnění, kterým druhem stigmatu se jednotliví výzkumníci zabývají, usnadňuje orientaci v tématu. Ještě před nedávnem se zkoumalo především veřejné stigma (např. Corrigan & Penn, 1999), později vnímané a zakoušené (např. Sirey et al., 2001). Ukázalo se však, že stigma přináší svému nositeli značnou zátěž¹⁰ především tehdy, jakmile je internalizované. Jedinec, který nesouhlasí s tím, že je členem stigmatizované skupiny, nesouhlasí s předsudky nebo jej naopak aktivizují ve snaze stigma překonat (Camp et al., 2002), nebývá stigmatem zatížený v takové míře jako člověk, který s předsudky souhlasí a vztahuje je i na sebe samého jako na příslušníka marginalizované skupiny (Corrigan et al., 2011). Z tohoto důvodu se i v této práci zabýváme internalizovaným stigmatem.

¹⁰ Pokud pomineme závažné sociální dopady stigmatu, jako jsou nezaměstnanost, sociální izolovanost nebo bezdomovectví stigmatizovaných.

1. 3. Nálepkování a postoje vůči lidem s psychickými poruchami

Jak jsme uvedli na předchozích řádcích, základem stigmatu je hodnotově neutrální proces, kdy jsou jedinci sdružováni do skupin podle určitého atributu, který je spojuje (Goffman, 1963). Tato kategorizace je sama o sobě adaptivní, protože člověku, který ji aplikuje, umožňuje rychlou orientaci v okolí. Každá vymezená kategorie dostává svůj název, tzv. značku. Problém nastává, je-li značka spojená s nežádoucími atributy, a následně vede k nerovnému zacházení s těmi, kdo značku obdrželi (Link et al., 2004). Jednou z nejednoznačně definovaných značek, které mohou mít neblahý vliv na svého nositele, je „psychická porucha“ (např. Goffman, 1963).

V případě značky „psychické poruchy“ je nálepkování (labelling) proces, během něhož je jedinec, který podle svého úsudku nebo podle mínění okolí vykazuje psychické potíže, označený jako „psychicky nemocný“ (Angermeyer & Matschinger, 2003). S nálepkou „psychické poruchy“ se pak pojí další, odvozené. Slovní spojení „psychicky nemocný člověk“ nebo „blázen“ jsou poměrně obecná a užívají se v různých konotacích. Existují však i specifitější nálepky. Žena může např. po hádce s manželem svému partnerovi říct, že je „psychopat“. Psychiatr může jedinci diagnostikovat „generalizovanou úzkostnou poruchu“. Ač je jedna diagnóza sdělená laikem a slouží nejspíše pro účely devalvace partnera, zatímco druhá je stanovená odborníkem na duševní zdraví, který zpravidla neusiluje o devalvací druhého, ale o jeho prospěch, oboje jsou nálepkami. V případě psychiatra se pravděpodobně jedná o neutrální oznámení, v případě ženy nikoliv. V tom se projevuje základní nesnáze psychiatrických diagnóz – jejich mnohočetná a potenciálně nelibá konotace¹¹.

Některé nálepky týkající se duševního zdraví jsou užívané spíše širokou veřejností než odborníky. Porucha přizpůsobení může být okolím vnímaná pod obrazem nálepky „zhroucení“. Porucha osobnosti může být označena jako „vada charakteru“ nebo „prostě taková povaha“. Jiné nálepky jsou společné odborné i laické veřejnosti, přestože zpravidla mívají pro obě populace odlišný význam (např. „deprese“). Vzhledem k mnohoznačnosti významu psychických poruch pro různé skupiny obyvatel se tak i neutrálně míněná psychiatrická diagnóza může stát nepříjemnou nálepkou, která je pro nositele stigmatem (Angermeyer & Matschinger, 2003).

¹¹ Představa, že by stejná žena v téže situaci oslovila partnera nikoliv „Ty psychopate!“, ale např. „Ty diabetiku!“ nebo „Ty jsi takový brunet, že to s tebou není k vydržení!“, vyvolává spíše pousmání. Psychiatrické diagnózy v pojetí široké veřejnosti jednoduše nebývají neutrální (Angermeyer & Matschinger, 2003).

Tuto ambivalentní povahu psychiatrických diagnóz ve smyslu nálepek vystihuje Chromý (1990), který píše o tom, že psychiatrická nálepka¹² může mít nápravný, ale také stabilizující vliv na chování označeného jedince. Nápravný vliv spočívá v tom, že je odborníkem určeno, že se jedná o psychické potíže, které je potřeba řešit. Psychiatr stanovuje konkrétní diagnózu psychické poruchy a zpravidla navrhuje její léčbu¹³. Stabilizující vliv nálepky spočívá v paradoxním zesílení duševního diskomfortu pacienta nastupujícího po diagnostikování psychické poruchy. Takový jedinec („označený člověk“) může pod vlivem sdělení diagnózy měnit své sebepojetí a celkové vyznění příběhu svého života¹⁴. Pro okolí může nálepka představovat negativně zabarvený atribut, na jehož podkladě se spouští stigmatizace.

V odborných kruzích tedy panuje určitá nejednotnost v pohledu na nálepkování. Zástupci klinických oborů zpravidla obhajují potřebu psychiatrické terminologie a psychiatrických diagnóz, ze kterých se však stávají nálepky. Diagnózy mohou umožňovat lepší orientaci psychiatrického pacienta a jeho blízkých v potížích, kterými trpí. Podle mínění kliniků mohou zprostředkovávat kvalitnější porozumění psychickému problému a jeho povaze. Nahrazují mnohdy chybná přesvědčení široké veřejnosti (např. zaměňujících poruchu pozornosti a hyperaktivity za nevychovanost). Edukace společnosti o psychických poruchách a možnostech jejich léčby může vést k tomu, že lidé budou obeznámeni, s jakým odborníkem a jakým způsobem lze psychickou poruchu léčit (Angermeyer & Matschinger, 2003). Pozitivním důsledkem nálepkování může být i změna pohledu na odpovědnost za své jednání. Pokud je určité jednání označeno jako nemoc, psychiatrický pacient za ně v očích společnosti nese zpravidla menší odpovědnost než v případě, kdy se předpokládá, že za své chování nese plnou odpovědnost a má nad ním kontrolu¹⁵ (Martin, Pescosolido, & Tuch, 2000). Na druhé straně zde máme potenciální nepříznivé následky psychiatrické diagnostiky (Chromý, 1990), jejichž dopad také nelze zlehčovat. Ostatně, také některé psychoterapeutické směry se k užitečnosti psychiatrických diagnóz staví velmi skepticky a opakovaně ve svých výzkumech poukazují

¹² V jeho pojetí totožná s termínem psychiatrické diagnózy

¹³ Diagnostikuje tak pacientovi např. paranoidní schizofrenii, navrhne krátkodobou hospitalizaci a předepíše antipsychotika.

¹⁴ Např. ve smyslu: „Byla mi diagnostikovaná psychická porucha, takže jsem slaboch. Vždycky jsem byl takový... Mámin mazánek. Táta měl pravdu, když mi říkal, že jsem k ničemu.“

¹⁵ Tento pozitivní důsledek vnímáme např. u rodin jedinců s bipolární afektivní poruchou. Příbuzní pacientovi vyčítají, jaké nadělal dluhy nebo jeho nevěru. Bývá obviňovaný z morální pokleslosti, nezájmu o rodinu nebo sobectví. Jakmile lékař edukuje pacienta a rodinu o bipolární afektivní poruše, rodina zpravidla proud výčitek zastaví, nebo alespoň omezí.

na roli diagnózy při udržování maladaptivního (zpravidla, ale ne vždy rodinného) systému (např. rodinná terapie – viz Watzlawick, Bavelasová, & Jackson, 1999).

Logickou úvahou pak je hypotéza, podle které bychom měli snížit nebo eliminovat stigmatizaci, podle přestaneme užívat nálepky – psychiatrickou terminologii (Gray, 2002). Ukazuje se však, že psychiatrické termíny jsou potřebné. Slouží ke komunikaci mezi odborníky v praxi i ve výzkumu a diagnostické jednotky jsou potřebné pro účely nastavení vhodné léčby, zvážení pravděpodobné prognózy do budoucna, zvažování handicapu pro přiznání invalidního důchodu a výzkumné účely (Pritchard & Ryan, 2004). To, že jsou psychiatrické diagnózy a terminologie užívané i pro jiné, méně bohublé účely (např. jako nadávky), je již druhá věc. Zbavením se psychiatrické terminologie bychom zřejmě vylili vaničku i s dítětem.

Podobného názoru je i Grayová (2002), která také podotýká, že nálepky nemohou být jedinou příčinou stigmatizace psychiatrických pacientů. Jako příklad pro své tvrzení uvádí situaci, kdy se po ulici vleče člověk, který chováním odpovídá stereotypu „chronicky psychicky nemocného člověka“, a kolemjdoucí se mu obloukem vyhýbají, případně si na něj ukazují a baví se o něm. Kolemjdoucí neznají konkrétní diagnózu jedince, a přesto se mu vyhýbají a i jinak jej odmítají. Grayová (2002) uzavírá sdělením, že každý jedinec zastává trochu odlišné stereotypy o psychických poruchách a lidech, kteří jimi trpí. Ne vždy jsou tyto stereotypy negativní a ne vždy vedou ke stejné behaviorální reakci svého nositele (posměchu, odvrácení tváře nebo jinému vyhýbavému a odmítavému chování). Je proto potřeba se zaměřovat na význam, které nálepce připisuje konkrétní jedinec, sociální skupina nebo daná společnost. Zastávat tento postoj v extrémní míře je však také chybné. Osoby s psychickou poruchou jsou totiž stigmatizované a diskriminované i tehdy, pokud nijak nevykazují chování, podle něhož by bylo možné usuzovat na psychickou poruchu, přestože jí trpí. Zde se skutečně projevuje vliv samotné nálepky (Link et al., 1997; Purvis, Brandt, Rouse, Wilfred, & Range, 1988). Stigma tedy nevyvěrá pouze z nálepkování nebo výhradně z dopadů neobvyklého chování některých osob s psychickou poruchou. Je výsledkem obojího (Gray, 2002).

Základní postoje vůči jedincům s psychickou poruchou se pravděpodobně vytváří v průběhu dětství. Děti se učí, co je ve společnosti, v níž žijí, považované za „normální“ a co nikoliv. Poznávají, jak se okolí chová k lidem, kteří jsou „jiní“, a co od těchto lidí očekávat. Jinými slovy si děti osvojují normy společnosti a vytváří základy laické teorie o psychických poruchách (Weiss, 1994). V dalším životě pak tato přesvědčení do určité míry utváří vztah člověka k lidem s psychickými potížemi. Je zajímavostí, že pak již

působí na předvědomé úrovni a, podobně jako jiné stereotypy, šetří pozornost, která může být věnovaná jiným podnětům (Link & Phelan, 2001). Část těchto postojů se utváří vlivem výchovy a obecně socializace jedince, část ovšem vyplývá z osobních zkušeností, které jsou jedincem zasazovány do kontextu společenských stereotypů a vlastní teorie o psychických poruchách (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve, & Pescosolido, 1999).

Někteří lidé jsou náchylnější ke stigmatizaci osob s psychickými poruchami než jiní. Corrigan s Watsonem (2007) uvádí, že muži mají větší sklony stigmatizovat než ženy. Menší sklony ke stigmatizaci vykazují vysokoškoláci oproti lidem s nižším stupněm vzdělání. Náchylnější ke stigmatizaci také mohou být Afroameričané, kteří bývají častěji přesvědčení o nebezpečnosti jedinců s psychickými poruchami (Anglin, Link, & Phelan, 2006). Mladé ženy afroamerického a asijského původu jsou také méně ochotny vyhledat služby odborníka na duševní zdraví (Alvidrez, 1999). Stigmatizující postoje nalezneme častěji u jedinců s protestantskou vírou, kteří mohou vnímat psychické poruchy jako Boží trest (Rüsch, Todd, Bodenhausen, & Corrigan, 2010).

Oproti možnému očekávání není ani odborná veřejnost imunní vůči stigmatizaci jedinců s psychickými poruchami, přestože závěry výzkumů na toto téma nejsou zcela jednoznačné (Peris, Teachman, & Nosek, 2008). Některé studie poukazují na větší pesimismus odborníků na duševní zdraví, co se týče prognózy stavu jedinců s psychickými poruchami. To může souviset se skupinou pacientů, s níž se setkávají. Odborníci pracující na odděleních pro jedince s chronickými psychickými poruchami mnohdy mívají pesimističtější pohled na vyhlídky psychiatrických pacientů než odborníci pracující v ambulanci (Horsfall, Cleary, & Hunt, 2010). Jiné výzkumy poukazují na to, že odborníci na duševní zdraví mají stejnou pohotovost ke stigmatizaci jako široká veřejnost (Lauber et al., 2006; Schulze, 2007). Další dokonce zjistily větší pohotovost ke stigmatizaci (Nordt, Rössler, & Lauber, 2006). To lze zčásti vysvětlit zásadou, která je se železnou pravidelností vštěpovaná především medikům, ale i studentům jiných zdravotnických oborů, podle níž je závažnou chybou, jestliže lékař, resp. zdravotník, přehlédne nemoc či poruchu, zatímco falešně pozitivní diagnóza je vnímaná jako menší chyba (Chromý, 1990). Stigmatizovat však mohou také psychiatrické sestry (Ross & Goldner, 2009), sociální pracovníci (Siebert, 2003) nebo psychoterapeuti, a to především jedince s diagnostikovanou poruchou osobnosti (Aviram, Brodsky, & Stanley, 2006; Kealy & Ogrodniczuk, 2010). Jednou z příčin stigmatizace osob s psychickými poruchami ze strany odborníků na duševní zdraví může být nezpracovaný protipřenos, který by měl být adresovaný v supervizi nebo intervizi (Praško et al., 2010b). Souvisejícím tématem je také

syndrom vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí, který rovněž vede ke stigmatizaci osob s psychickými poruchami (Siebert, 2003).

Postoje veřejnosti vůči lidem s psychickými poruchami se často týkají jejich stereotypně předpokládané nebezpečnosti. Starší studie Linka s Cullenem, Frankem a Wonziakem (1987) poukázala na sklon široké veřejnosti vnímat jedince s psychózou jako nebezpečné jedince. Zjistili také, že veřejnost považuje za nebezpečné „osoby s psychickou poruchou“, bez ohledu na její druh. Ve výzkumu pak byla přesvědčení o nebezpečnosti psychiatrických pacientů silným prediktorem odmítavého chování vůči nim. Stereotyp nebezpečného psychiatrického pacienta dále vedl ke snaze zvýšit sociální odstup od lidí, kterým byla diagnostikovaná psychická porucha. Tento trend byl patrný, přestože jedinec nevykazuje, ani nevykazoval násilné nebo jinak agresivní chování (Link et al., 1999).

I přes snahu o osvětu společnosti a narůstající počty lidí, kteří vyhledávají služby odborníků na psychické zdraví, se zároveň ukazuje, že přesvědčení o nebezpečnosti jedinců s psychickými poruchami v posledních padesáti letech roste, spíše než by se snižovalo (Phelan, Link, Stueve, & Pescosolido, 2000). Tento jev se objevuje i přesto, že během půlstoletí došlo k posunu ve vnímání veřejnosti toho, co je psychická porucha a co nikoliv. Zatímco dříve si společnost spojovala kategorii „psychických poruch“ především s psychózami, dnes je pojetí širší a lidé jsou ochotní označit jako psychickou poruchu i další stavy. Vnímají psychické poruchy méně často jako něco cizího a extrémního. Zdá se tedy, že přesvědčení o nebezpečnosti roste především u jedinců trpících psychózou (Phelan et al., 2000). Totéž zjištění potvrzují Heretik s Poluchovou (2009).

Phelan s kolegy (2000) se domnívají, že na nárůstu prevalence tohoto stereotypu se podílí zejména masmédiá šířící informace o lidech se schizofrenií, kteří spáchali násilný trestný čin, a deinstitucionalizace. Přestože rušení ústavů a posilování ambulantní a stacionární péče přineslo mnohé benefity lidem s psychickými poruchami i společnosti, některé následky byly méně příznivé. Ne vždy byla zajištěna následná péče o jedince propuštěné z ústavní péče. To vedlo k jejich chudobě a mnohdy bezprizornímu stavu (Mueser & Jeste, 2011). Podle Phelana s kolektivem (2000) je možné, že předsudky veřejnosti byly posílené tím, že se společnost častěji než dříve setkává s floridně psychotickými jedinci, kteří se mohou chovat bizarně. Tato hypotéza však nebyla uspokojivě potvrzená.

Je také potřeba zmínit, že ne každý jedinec, který je vedený s psychiatrickou diagnózou a případně podstupuje léčbu, je širokou veřejností považovaný za člověka

s psychickými potížemi, kterému je potřeba se vyhnout, protože je nebezpečný. Link s kolegy (1999) v dalším výzkumu zjistili, že zatímco 9 z 10 lidí označilo vinětu s popisem jedince se schizofrenií za příklad člověka s psychickou poruchou, v případě depresivní epizody (*major depression*) tak učinili pouze 3 lidé z 10. Zbytek se domníval, že je velmi nepravděpodobné, že by popis člověka s depresí představoval osobu s psychickou poruchou. Postoje společnosti tak mohou být příznivější vůči jedincům s určitými psychickými poruchami (Link et al., 1999). Také Phelan s kolegy (2000) uvádí, že poruchy nálady a úzkostné poruchy jsou dnes veřejností označovány jako psychické poruchy méně často než v minulosti. Přesto vychází najevo, že ani jedinci s těmito poruchami nejsou uchráněni stigmatu (Alonso et al., 2008). Jaké jsou tedy postoje západní společnosti vůči lidem s úzkostnými poruchami?

1. 3. 1. Postoje vůči jedincům s úzkostnými poruchami

Pozornost výzkumníků se dosud zaměřovala především na stigmatizaci jedinců se závažnými, chronicky probíhajícími psychickými poruchami, jako jsou psychózy (Yanos, Roe, Markus, & Lysaker, 2008; Brohan, Elgie, Sartorius, & Thornicroft, 2010a), deprese a bipolární afektivní porucha (Brohan, Gauci, Sartorius, Thornicroft, & GAMIAN-Europe Study Group, 2010b) nebo závislost na alkoholu (Link, Struening, Rahav, Phelan, & Nuttbrock, 1997). Stigma se však nevyhýbá ani relativně méně závažným, o to však rozšířenějším psychickým poruchám, jako jsou úzkostné poruchy (Alonso et al., 2008). Výzkum Alonsa s kolektivem pod záštitou Světové zdravotnické organizace byl prvním svého druhu. Cílem studie bylo zmapování rozsahu, v němž jedinci s úzkostnými nebo depresivními poruchami vnímají, že jsou okolím stigmatizováni. Měřilo se tedy vnímané stigma, které autoři definovali jako pocity studu a zahanbení kvůli svým psychickým potížím a zkušenosti s diskriminací. Na výzkumu se podílelo 16 států – Spojené státy americké, Mexiko, Kolumbie, Belgie, Francie, Německo, Itálie, Nizozemsko, Španělsko, Ukrajina, Izrael, Libanon, Nigérie, Japonsko, Čína a Nový Zéland. Celkově se zúčastnilo více než 80 000 jedinců. Výsledkem studie bylo několik zjištění. Ukázalo se, že vnímané stigma (určené jako pozitivní odpovědi v obou částech měřících vnímané stigma – tj. v diskriminaci a emočním doprovodu) bylo přítomné u 13,5 % oslovených jedinců s úzkostnou nebo depresivní poruchou. Výskyt vnímaného stigmatu byl vyšší v rozvojových zemích (22,1 %) než ve vyspělých státech (11,7 %). Přítomnost úzkostné nebo depresivní poruchy zvyšovala pravděpodobnost výskytu stigmatu více než dvojnásobně ve srovnání s neklinickou populací, přičemž nejrizikovější se ukázala být

komorbidita úzkostné poruchy s depresí (OR = 3,4, 95 % CI 2,7-4,2). Stigma bylo spojené s úzkostnými nebo depresivními poruchami výrazně těsněji než s chronickými somatickými zdravotními potížemi (cévní mozkovou příhodou, kardiovaskulárními chorobami, astmatem, chronickou obstrukční plicní nemocí, diabetem, ulcerózní kolitidou, HIV/AIDS, epilepsií, tuberkulózou nebo nádorovými onemocněními) (Alonso et al., 2008).

Při pohledu na zahrnuté somatické choroby je zřejmé, že tvrzení o světově rozšířeném sklonu stigmatizovat osoby s úzkostnými nebo depresivními poruchami mnohem více než jedince s chronickými zdravotními problémy potřebuje další ověření. Lze se totiž domnívat, že společnost nepřístupuje srovnatelně k osobám se jmenovanými somatickými nemocemi. Není nám známo, že by např. lidé s hypertenzí byli skupinou příliš ohroženou stigmatizací. To samé však nelze tvrdit o lidech s HIV/AIDS, kteří naopak patří mezi nejvíce stigmatizované (Van Brakel, 2006). Významným zjištěním studie je především skutečnost, že i jedinci s „běžnými“ psychickými poruchami (abychom použili termínu autorů) trpí stigmatizací. Setkali se tedy s diskriminací a zažívají kvůli psychickým potížím pocitu studu a zahanbení (Alonso et al., 2008).

Stigmatizací v tomto výzkumu trpěl přibližně každý osmý proband s úzkostnou nebo depresivní poruchou (Alonso et al., 2008). To je výrazně nižší prevalence než u osob se schizofrenií, u nichž se může vnímané stigma nacházet až u 83,5 % populace (Biffu & Dachew, 2014). Přesto se Světové zdravotnické organizaci podařilo poukázat na skutečnost, které je potřeba věnovat pozornost. Nejen jedinci s nejzávažnějšími psychickými poruchami, ale také lidé s poruchami z okruhu tzv. malé psychiatrie trpí stigmatizací. Tento jev se objevuje častěji v rozvojových zemích, do určité míry se však vyskytuje celosvětově a je potřeba jej řešit (Alonso et al., 2008).

V další části výzkumu se Alonso s kolegy (2009) zaměřili na vnímané stigma u osob s úzkostnými nebo depresivními poruchami v několika evropských zemích – Belgii, Francii, Německu, Itálii, Nizozemsku a Španělsku. Z celkového souboru 815 probandů bylo vnímané stigma přítomné u 14,8 %, což je mírně vyšší procento než činil údaj z předchozího výzkumu (11,7 % ve vyspělých zemích, Alonso et al., 2008). Autoři výzkumu navíc zjistili, že vnímané stigma (tj. zažitá diskriminace a příslušný emoční doprovod) bylo statisticky významně častější u jedinců s nižším vzděláním, nezaměstnaných a u osob, které žily v partnerském svazku. Vnímané stigma bylo také spojeno s nižší kvalitou života a omezením v každodenním fungování, především v sociálních vztazích, vzdělání a zaměstnání (Alonso et al., 2009).

1. 4. Důsledky stigmatizace

Stigmatizace s sebou zpravidla nese nepříznivé následky. Psychiatrickí pacienti bývají kvůli stigmatu psychické poruchy, kterou trpí, diskriminováni při výběrových řízeních na pracovní pozice a mohou mít potíže s udržením zaměstnání. Přestože jejich psychický stav může být stabilizovaný a není na překážku výkonu pracovních povinností, stává se, že s nimi zaměstnavatel kvůli jejich psychiatrické diagnóze rozváže pracovní poměr (Huxley & Thornicroft, 2003). Jak jsme nastínili v úvodu disertace, přítomnost psychiatrické diagnózy u zaměstnance může posílit již dříve přítomnou diskriminaci, případně i šikanu, na pracovišti, která paradoxně mohla stát za rozhodnutím šikanovaného zaměstnance vyhledat péči psychiatra. Zjištění, že zaměstnanec navštěvuje psychiatra, pak pouze zvýší šikanu a tlak na zaměstnance k podání výpovědi.

Bez ohledu na konkrétní typ psychické poruchy se pacienti setkávají s komplikacemi při uzavírání pojištění. Není divu, že jsou často kvůli stigmatizaci spíše než pouze kvůli potenciálnímu handicapujícímu vlivu psychické poruchy ohroženi chudobou. Kromě toho se stigmatizovaní jedinci dostávají do sociální izolace, což také ztěžuje možnosti nalézt zaměstnání nebo se vymanit z bludného kruhu chudoby (Huxley & Thornicroft, 2003). Bývají také ohroženi bezdomovectvím. Jak podotýká Grayová (2002), pokud člověk s psychickou poruchou hledá pronájem, často je odmítnutý, pokud pronajímatel zjistí, že se daný jedinec léčí na psychiatrii. Současný duševní stav nebo konkrétní diagnóza při tomto zamítavém rozhodnutí nemusí hrát velkou roli. I plně kompenzovaný jedinec může od pronajímatele obdržet zamítavé stanovisko.

Stigmatizace psychických poruch se negativně odráží na duševním stavu psychiatrických pacientů. Vlastní zkušenost s diskriminací kvůli psychické poruše u stigmatizovaných osob zvyšuje sociální úzkost. Jedinci, kteří prožili diskriminaci nebo jiné stigmatizující jednání ze strany druhých, se obávají opětovného prožití podobné události, a proto se dobrovolně stahují ze společnosti (Lysaker et al., 2010), případně vynakládají množství energie na skrývání skutečnosti, že jim byla diagnostikována psychická porucha, trpí psychickými potížemi nebo podstupují léčbu u odborníka na duševní zdraví (Goffman, 1963). V některých případech nejsou o skutečnosti, že se léčí na psychiatrii, informovaní ani pacientovi nejbližší. Potenciálně stigmatizovaní jedinci¹⁶

¹⁶ Jedná se o tzv. *discreditable*s, potenciálně stigmatizovatelné jedince, kteří se mohou stát *discredited*s, jestliže vyjde najevo, že disponují společensky odsuzovaným nebo znevažovaným atributem, jako jsou psychické poruchy, pozitivní kriminální historie nebo třeba příslušnost k určitému náboženskému směru – v našich podmínkách např. k islámu. Toto rozdělení zavedl ve svém stěžejním díle o stigmatu psychických poruch Goffman (1963).

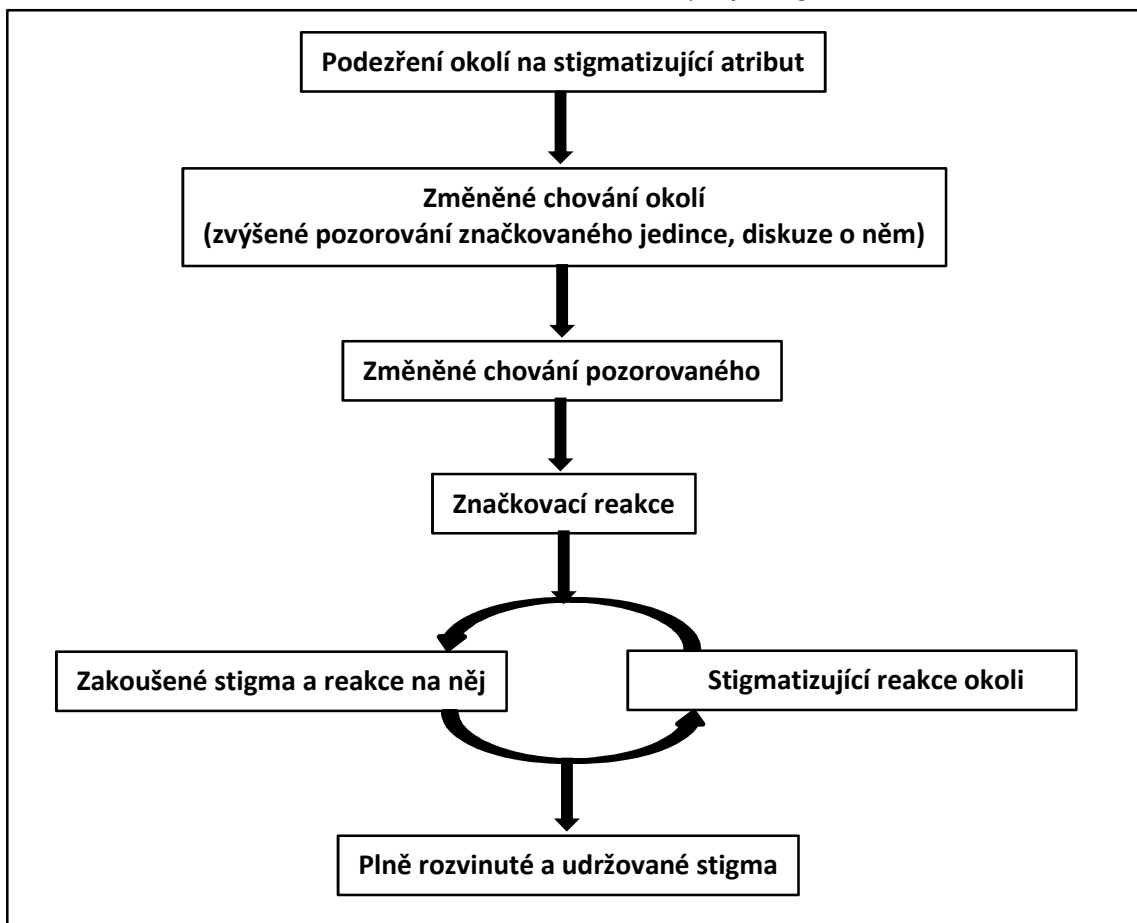
také často pečlivě rozlišují, komu se svěřit a komu ne. Zvažují možná rizika sebeotevření a mohou se svěřit se svým trápením až po dlouhých měsících či letech, co jsou s psychickou poruchou léčeni. Často jsou se svým trápením sami (Holmes & River, 1998).

Náročné období pak může nastat tehdy, když okolí zjistí, že se jedinec léčí na psychiatrii, přestože on sám si nepřál, aby o této skutečnosti byli informováni. Pokud např. kolegové zjistí, že se jejich spolupracovník potýká s psychickými problémy, mnohdy se jej automaticky začínají stranit a zvýšeně si všímají a komentují jeho chování, ačkoliv tak předtím nečinili (Corrigan & Penn, 1999). Pozorují kolegovy projevy (kromě komplexnějšího chování také mimiku, gestikulaci, pohyby nebo verbální projevy) a všímají si neobvyklého. Pokud něco takového zaregistrují, pak se to mnohdy bez ohledu na to, jak malicherná tato „odlišnost“ je, stává důvodem pro potvrzení závěru, že s kolegou „není všechno v pořádku“. Kolektiv pak může na základě atribuce příčin dojít ke konsenzu, že „se zhroutil, no jo, nedávno mu umřela máma, žena dělá ve třisměnném provozu a doma mají tři malé děti“, pokud je vyslovený předpoklad o situační příčině potíží. Jestliže kolegové dospějí k závěru, že je příčina psychických potíží osobnostní, kolega se pro ně stává např. „nervákem, takový byl vždycky, že? Vzpomínáte, jak tehdy...“, případně „psychopat. Od začátku se divně díval na lidi, hlavně když si myslel, že ho nevidí.“ Jak komentuje Chromý (1990), laickou populací stanovené situační příčiny usuzovaných psychických potíží bývají přijímané výrazněji lépe než osobnostní, se kterými bývají spojeny četné negativní konotace.

Netřeba se zřejmě zmiňovat o tom, že jedinec, který se léčí na psychiatrii, si mnohdy všimne změněného chování okolí (zaregistruje, že se o něm mluví více než dříve, kolegové ho pozorují, často si uvědomuje, že se druzí dozvěděli o jeho psychiatrické diagnóze) a reaguje na něj (Goffman, 1963). Koneckonců, psychické poruchy jsou senzace, které přitahují pozornost v masmédiích i v běžné mezilidské komunikaci. Informace o psychické poruše jedince se zpravidla poměrně rychle šíří okolím (Nawka et al., 2012; Nawková et al., 2012; Aisbett, Boyd, Francis, Newnham, & Newnham, 2007). Pokud se vrátíme k příkladu kolegy v práci, pak je možné, že se jednoho dne jednoduše zamračí na někoho z těch, kdo proti jeho vůli probírají jeho psychický stav. Přestože se v dané situaci jedná o poměrně pochopitelnou reakci, stává se, že kolegové tento situační kontext nezachytí a přijmou zamračení jako další důkaz psychického narušení jedince. Těžko zvolit takový způsob chování, který by okolí nevedl k potvrzení domněnky o jeho „šílenství“. Začátky (a nejen začátky) značkovacího procesu proto mohou být pro jedince podstupujícího léčbu na psychiatrii náročné. Závěry o příčině psychických potíží, k nimž okolí

během pozorování a diskuzí o identifikovaném pacientovi dospěje, pak přímo ovlivňují případnou intenzitu stigmatizace a její trvalost v čase (Chromý, 1990). Tíživý dopad stigmatizace na stigmatizovaného jedince je důvodem, proč Finzen (2000) označuje stigma psychických poruch za „druhou nemoc“, znásobující utrpení vlastní psychické poruchy. Celý proces pro větší jasnost uvádíme v následujícím obrázku.

Obr. 2: Návrh základního schématu vývoje stigmatizace



Při pohledu na interpersonální aspekty stigmatizace je vhodné se stručně vyjádřit k postoji antipsychiatrického hnutí, podle něhož je psychopatologie především výsledkem stigmatizace (např. Dain, 1994). V předchozím odstavci jsme popsali „no-win“ situaci, kdy pozorovaný jedinec téměř nemůže jednat tak, aby svým chováním nepotvrdil skutečnost, že je „narušený“. Pokud se bude chovat spontánně, může se v reakci na chování okolí zamračit nebo si promluvit s kolegy o pomluvách, které o něm kolují. Jestliže to udělá, kolegové si to mohou vyložit, a mnohdy také vyloží, jako důkaz jeho „přecitlivělosti“ nebo „paranoie“. Pokud se jedinec bude snažit chovat se „normálně“, bude nejspíše působit poměrně strnule a nepřírozně, což opět potvrdí závěr o jeho „narušení“. Další možností je udržovat si od kolegů odstup, jenže to je jen další důvod pro vyslovení závěru o jeho

diskutabilním psychickém stavu, a to zvláště, pokud se s nimi dříve družil. Možností je i to, že si jedinec vytvoří vnitřní odstup vůči postoji okolí k sobě a bude se chovat „tak, jako vždycky“. I tehdy však může jeho chování sloužit jako důkaz jeho psychické instability. Z určitého úhlu pohledu lze na tento typ situace nahlížet jako na příklad dvojné vazby v komunikaci¹⁷, projevující se v oblasti stigmatizace jedinců s psychickými poruchami.

Zdá se, že antipsychiatrie správně poukazuje na význam sociálních vztahů a prostředí na formování stereotypu „psychiatrického pacienta“ a fungování takto označených jedinců ve společnosti. Lze předpokládat, že se na udržování stigmatizace psychiatrických pacientů podílí také stále rozšířená základní atribuční chyba¹⁸, kterou nalézáme u hojného počtu zástupců široké veřejnosti i odborných kruhů. Při posuzování příčin chování druhých lidí pak zůstávají sociální a situační faktory nedocenené, zatímco „osobnostní“ faktory jsou přeceňované (Funder, 1987). Tento jev vede k omylům v úsudku a může se spolupodílet na stigmatizaci jedinců s psychickou poruchou. Příkladem základních atribučních chyb je celý výše zmíněný hypotetický případ muže s psychickou poruchou a jeho kolegů. Namísto toho, aby kolegové zasadili změněné chování muže s diagnostikovanou psychickou poruchou do kontextu situace, jeho chování slouží pokaždé jinak jako potvrzení psychické nestability. V podstatě „nemůže být nešléný“. Přesně, jak tvrdil Goffman (1963) – jakmile je jedinci připsáný jeden výrazný negativní atribut (stigma), další „se již nalézají samy“. Je nicméně potřeba poznamenat, že i přes relativní nedocenenost sociálních proměnných při formování lidského chování by bylo chybné je také přeceňovat. Koneckonců, dnes panuje střízlivý konsenzus, že psychické poruchy vznikají následkem multifaktoriálních, nikoliv pouze sociálních, faktorů¹⁹.

Přesto by bylo chybné snižovat přínos antipsychiatrického hnutí a dalších směrů, které kladou důraz na sociální faktory, které působí na naše jednání, myšlení a prožívání. Umožňují nám lépe pochopit, proč se mnozí jedinci s psychickými poruchami vyhýbají psychiatrické nebo psychologické léčbě a snaží se své psychické potíže řešit vlastními silami nebo oslovením somatických lékařů či léčitelů (Shape & Wessley, 2000). Polovina až dvě třetiny jedinců, kteří by mohli těžit z psychiatrické péče, se do ordinace psychiatra nedostaví, a to kvůli strachu ze stigmatizace (Corrigan, Larson, & Rüsche, 2009). Jedná se o značnou část populace, která se v důsledku negativního společenského nastavení

¹⁷ „Damned if you do, damned if you don't.“ Více o dvojné vazbě v komunikaci a jejích následcích pro psychický stav člověka viz např. publikaci Andersona, Baxtera a Cissny (2003).

¹⁸ Ve stručnosti, jedná se o připisování projevů jedince osobnostním příčinám spíše než situačním, které by je mnohdy mohly vysvětlit realističtěji (Follett & Hess, 2002)

¹⁹ Viz biopsychosociální model (Engel, 1977).

vůči psychickým poruchám a všemu, co se s nimi pojí (jedinci, kteří jimi trpí, jejich blízcí i samotná psychiatrie a její zaměstnanci), nedostane k adekvátní léčbě. Odkládání léčby psychických poruch pak může vést k jejich chronifikaci a nižší efektivnosti zpožděné psychiatrické a psychotherapeutické léčby (Wang et al., 2007).

Stigma zasahuje i samotnou psychiatrii. Mnozí se domnívají, že psychiatrie není lékařský obor v pravém slova smyslu (Kusá & Ondrejka, 2006). Na internetu lze nalézt množství vtípů na téma psychiatrů („fake doctors“), kteří, podle stereotypního přesvědčení některých kolegů lékařů, jenom vedou „psychořeči“ (např. věčné vtipy na Freudovu psychoanalýzu), vypadají jako stoupenci hnutí hippies a nejsou schopni diagnostikovat základní somatické nemoci nebo změřit krevní tlak. Také ve filmech nebo seriálech někdy bývají líčení jako „sami blázni“, kteří jsou „tak trochu odpojení od reality“ (Cuenca, 2001). Z léčebných metod je již tradičně nejvíce stigmatizovaná elektrokonvulzivní terapie, která v mnohých jedincích vyvolává představu experimentů Frankensteinova typu, v jejichž průběhu se z člověka stává zombie, které ztrácí svou osobnost. Stává se, že pacienti odmítají léčbu pomocí elektrokonvulzí, a to i přes obšírnou edukaci psychiatra a skutečnost, že pro daného jedince to mnohdy bývá jediná účinná metoda léčby. Důvodem odmítnutí léčby je opět strach plynoucí ze zakořeněných předsudků (Praško et al., 2012). Relativně méně stigmatizovaná je naopak psychoterapie (Libiger, 2001). Měli bychom také zmínit, že stigmatizace oboru (strukturální diskriminace) také stojí za nedostatečným financováním psychiatrie a příbuzných oborů, jako je klinická psychologie, a to v našich zemích i v zahraničí. Nedostatečné financování oboru se pak nepříznivě odráží na možnostech léčby jedinců s psychickými poruchami (Sartorius, 1998; Praško, 2010).

V poslední řadě se zmiňme o tom, že stigma zasahuje i blízké osoby jedinců, kteří trpí psychickou poruchou (Goffman, 1963; Čaplová & Žucha, 2007). Příbuzní se pak mohou předsudků a stigmatizace obávat natolik, že svého příbuzného odrazují od vyhledání nebo spolupráce při psychiatrické léčbě. Totéž platí pro psychoterapii. Někteří lidé s psychickou poruchou v reakci na nátlak rodiny předčasně vysazují léky, přestávají docházet k psychiatrovi nebo psychologovi, předčasně ukončují hospitalizaci nebo při léčbě spolupracují pouze formálně, což se projevuje na nízké efektivitě léčby a udržování psychické poruchy (Adamcová, Praško, & Raszka, 2010).

Příbuzní mohou být zároveň zdrojem stigmatizace. Samotná skutečnost, že někdo blízký trpí psychickou poruchou, může vést ke značnému distresu celé rodiny a měnit dynamiku rodinných vztahů, ne nezbytně k lepšímu (Stengler-Wenzke, Trosbach, Dietrich, & Angermeyer, 2004a; Stengler-Wenzke, Trosbach, Dietrich, & Angermeyer, 2004b).

Ve výzkumu Osmana a Kjellina (2002) se např. ukázalo, že 18 % příbuzných lidí se závažnou psychickou poruchou se vyslovilo, že by bylo lepší, kdyby jejich blízký s psychickou poruchou zemřel. Téměř 40 % z celkového počtu příbuzných také řeklo, že psychická porucha jejich blízkého vedla k jejich vlastním zdravotním problémům. V našich zemích je bohužel péče o rodiny (zejména, ale nejen dospělých) psychiatrických pacientů nedostatečně rozvinutá.

1. 5. Možnosti řešení stigmatizace

Stigma psychických poruch je problém, který je potřeba řešit. Je si toho vědomé i Ministerstvo zdravotnictví (2013), které na návrh Psychiatrické společnosti vymezilo destigmatizaci psychických poruch jako jeden ze strategických cílů připravované reformy psychiatrické péče v ČR. V této podkapitole uvádíme základní přístupy ke snižování stigmatizace, jejich účinnost a konkrétní příklady destigmatizačních aktivit v našich zemích. Již na počátku je potřeba zmínit, že neexistuje jeden ideální způsob, jak účinně snižovat stigma psychických poruch. Efektivní mohou být pouze projekty, které jsou zacílené na snižování stigmatu u konkrétních psychických poruch (nebo úzce vymezených skupin poruch, např. úzkostných) a které usilují o změnu konkrétních složek stigmatu, jak jsme jej rozčlenili v úvodu kapitoly, a ne stigmatu jako celého komplexního fenoménu (Link & Phelan, 2001). Některé iniciativy se tak mohou zaměřovat na snižování předsudků o schizofrenii, jiné na eliminaci diskriminace jedinců s bipolární afektivní poruchou. Konkrétnost je jedním z hlavních faktorů, které destigmatizaci přináší úspěch (Angermeyer & Matschinger, 2003; Thornicroft, Brohan, Kassam, & Lewis-Holmes, 2008; Gaebel, Baumann, & Zäske, 2005).

Zajímavý a poněkud vášnivě radikální příspěvek k diskusi o destigmatizaci přinesla Luhrmannová (2000). Podle ní psychiatrie ztratila svou duši. Podlehla diktátu konzumní společnosti a stala se příliš biologickou. Tento nadměrně biologický pohled může být, ruku v ruce se sebestavováním farmaceutických firem, příčinou udržování stigmatu psychických poruch. Jak jsme již zmínili, situační pohled na příčiny psychických poruch je vůči psychiatrickým pacientům zpravidla nejlaskavější (Chromý, 1990). Přesto nelze opomíjet ani biologickou stránku věci. Povědomí o tom, že určitá porucha má zčásti biologické kořeny, může vést ke snížení obviňování jedinců s psychickou poruchou za svůj stav. To může vést k častějšímu vyhledávání psychiatrické péče. Biologická vysvětlení psychických poruch tedy mohou být přínosná. Na tuto skutečnost poukázali Der-Yan, Sue,

Huei, Kwang-Kuo a Hai-Lang (2006), kteří se zaměřili na destigmatizaci osob s depresí. Zjistili, že informace o biologických příčinách a udržovacích faktorech deprese vede k nárůstu vyhledávání psychiatrické péče pro tuto poruchu. Stigma deprese se tím však nijak výrazně nesníží. Podle autorů tak dochází k destigmatizaci odborné péče, ale ne samotné deprese. Zároveň dochází k závěru, že destigmatizační kampaně mohou snižovat předsudky vůči lidem s depresí, nemusí však příliš zvyšovat ochotu vyhledat odbornou léčbu (Der-Yan et al., 2006). Zda se jedná o zjištění platná pouze pro čínskou společnost, nebo je lze vztáhnout i na západní, ukážou pouze další výzkumy.

Zprostředkování informací o biologické podstatě psychických poruch může paradoxně vést i k nárůstu strachu osob, které jimi trpí, ze sociálního vyloučení. Široká veřejnost totiž může tyto informace vnímat jako důkaz toho, že psychické poruchy jsou nevléčitelné. Z tohoto úhlu pohledu mohou být nosnější přístupy uvádějící i situační kontext vzniku psychických poruch a principy psychoterapeutické léčby. Díky nim se snižuje přesvědčení společnosti o nebezpečnosti jedinců s psychickými poruchami (Read & Law, 1999). Důležité také je, aby nestigmatizovaly ani samotné destigmatizační kampaně. Je potřeba vyhnout se nálepkování a klást důraz na to, že psychické potíže jsou pouze jedním z atributů (často navíc okrajových) člověka a nijak neovlivňují jeho hodnotu. Místo relativně hanlivých výrazů, jako je „panikář/ka“, je vhodné hovořit o „lidech s panickou poruchou“ nebo „prožívajících intenzivní úzkost“. Také termín „choroba“ by měl být nahrazovaný slovem „porucha“ (Read, Hasslam, Sayce, & Davies, 2006).

Odborná literatura vymezuje tři základní přístupy ke snižování stigmatu psychických poruch – edukaci, protest a kontakt (Alboreda-Flórez, 2005). Na předchozích řádcích jsme popisovali některé zásady vedení kampaně usilující o edukaci široké veřejnosti s cílem destigmatizace psychických poruch nebo zvýšení frekvence vyhledávání odborné péče. Jedná se o tradičně zavedený přístup, který vychází z předpokladu, že jednou ze základních příčin stigmatizace jedinců s psychickými poruchami je nedostatek odborných znalostí těch, kteří stigmatizují (Crips et al., 2005). To není nezbytně vždy pravda, protože stigmatizovat mohou i jedinci s kvalitním vzděláním v oblasti duševního zdraví (Nordt et al., 2006). Edukace nicméně prokazují svou účinnost (Corrigan & Penn, 1999), i když jejich účinek zpravidla nebývá dlouhodobý (Corrigan & O’Shaughnessy, 2007).

Druhý přístup je založený na protestu. Skrze otevřený konfrontační přístup tak mohou (především, ale nejen) patientské organizace vyjádřit svůj nesouhlas se zobrazováním jedinců s psychickými poruchami např. ve filmech, seriálech nebo reklamách. Příkladem takové společnosti může být organizace „Stigma Watch“, která svou veřejnost činnost

zakládá na kombinaci edukace a protestu (Corrigan & Watson, 2002). Rizikem tohoto přístupu je možný reaktivní přístup cílové populace, která může své předsudky a diskriminační chování nikoliv zeslabit, ale zesílit v reakci na konfrontační charakter protestu (Corrigan & O'Shaughnessy, 2007).

Nejefektivnějším přístupem ke snižování stigmatizace je kontakt (Yamaguchi et al., 2013). Tento přístup vychází z myšlenky, podle níž přímý kontakt s lidmi s psychickými potížemi vede u široké veřejnosti k vytvoření realističtějšího pohledu na ně, snížení strachu z nich a zvýšení empatie vůči nim (Corrigan & Watson, 2002; Song, Lim, & Chung, 2011). Účinnost tohoto přístupu prokázali na souboru jedinců se zdravotním postižením v kontaktu s vysokoškolskými studenty Falanga, de Caroli a Sagone (2011). Osobní kontakt vedl k poklesu předsudků o lidech se zdravotním postižením, jmenovitě o jejich neužitečnosti pro společnost a nemožnosti vést kvalitní život.

Specifickým přístupem ke snižování stigmatizace u zdravotnického personálu je zavedení změn v jejich pregraduální výuce. Základní zásady destigmatizační výuky psychiatrie (a lékařské psychologie) uvádí Sartorius s kolegy (2010). Pregraduální výuka studentů všeobecného lékařství by tak např. měla být více praktická. Studenti by si měli aktivně osvojovat praktické dovednosti, zejména komunikační (zásady vedení rozhovoru, vyjadřování empatie nebo asertivitu). Měli by být v přímém kontaktu s jedinci, kteří v minulosti trpěli psychickou poruchou, s nimiž by měli vést hovory a diskuze o tom, jaký byl život s psychickou poruchou a jak ji zvládli. Podobná setkání by měla probíhat i s jejich rodinami. Vhodné jsou také návštěvy zařízení specializujících se na péči o jedince s psychickými poruchami (kromě obligátních psychiatrických klinik také např. denní stacionáře). K destigmatizaci a zvýšení atraktivity oboru mohou přispět také přednášky, které by byly zaměřeny více interdisciplinárně. Poznatky psychiatrie by tak měly být více propojeny např. s neurovědami a psychologíí (Sartorius et al., 2010).

Příklady destigmatizačních aktivit v České republice

Na několika zbývajících řádcích kapitoly zmiňme alespoň některé destigmatizační aktivity probíhající v současnosti nebo minulosti na území České republiky. Vyjma již výše uvedené zmínky o reformě psychiatrické péče v ČR, která zahrnuje i úsilí o destigmatizaci, pochází výčet aktivit z publikace Beldiové s kolektivem (2012), který zahrnuje všechny české destigmatizační aktivity, které se také nám osobně podařilo nalézt. K jednotlivým organizacím a událostem jsme pro případ dalšího zájmu připojili odkazy na jejich domovské internetové stránky. Uvedené internetové stránky byly dostupné k 6. lednu 2015.

Jednou z nejvýznamnějších českých destigmatizačních aktivit jsou aktivity Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, které dlouhodobě usiluje o snižování stigmatizace osob s psychickými poruchami. Centrum vytvořilo stále aktualizované stránky projektu Stopstigma (<http://www.stopstigma.cz/>), které usilují o snižování diskriminace, mají edukační charakter a mohou sloužit jedincům s psychickými poruchami i široké veřejnosti. Organizace také od roku 2004 realizuje projekt Změna, který je součástí celosvětového destigmatizačního programu Světové psychiatrické asociace nesoucího název Open the Doors. V rámci projektu byly uskutečněny tiskové konference, televizní a rozhlasové diskuze nebo kampaň v pražském metru. Kromě toho se centrum účastnilo v letech 2010-2011 mezinárodního výzkumu Indigo, který se zaměřoval na problematiku stigmatu psychické poruchy (<http://www.cmhcd.cz/destigmatizacni.html>).

Další známou aktivitou je festival *Mezi ploty*. Jedná se o již tradiční událost, která probíhá od roku 1991, a to v pražských Bohnicích, brněnské černovické a plzeňské dobránské léčebně. Od roku 2014 probíhá aktivní spolupráce s Českou televizí a veřejnou sbírkou DSM. Obsahem festivalu je tradičně hudba a divadlo, v menší míře pak i další umělecké disciplíny, např. výtvarnictví. Kromě zmíněného jsou součástí programu také zábavný program pro děti a diskuze se známými osobnostmi, které se potýkaly s psychickými potížemi, nebo s odborníky na duševní zdraví. Na programu se podílí profesionální umělci i lidé s psychickými poruchami, kteří jsou i návštěvníky (<http://www.meziploty.cz/>).

Destigmatizací osob s psychickými poruchami se zabývá také Česká asociace pro psychické zdraví, která vznikla roku 1996, a jejíž členy jsou lidé s psychickými poruchami se svými rodinami, odborníci na duševní zdraví a zástupci široké veřejnosti. Základní program sdružení lze rozdělit do několika částí – edukace veřejnosti, snaha o snižování stigmatizace osob s psychickou poruchou, sociální rehabilitace osob se schizofrenií, poradenství, hájení zájmů jedinců s psychickými poruchami a výzkumné aktivity, které probíhají ve spolupráci s mezinárodními organizacemi GAMIAN a Mental Health Europe (<http://www.capz.cz/>).

Dalším významným činem, tentokrát zacíleným na populaci dospívajících a mladých dospělých a vycházejícím z aktivity organizace Fokus Praha, je projekt „Blázníš? No a!“ Cílem projektu je prevence výskytu psychických poruch a rozšíření povědomí o zásadách mentální hygieny. Projekt je především edukativní. Jeho základem je myšlenka, že odborné a vhodně předané informace o psychických poruchách snižují předsudky, které o nich ve společnosti kolují. Součástí projektu jsou i diskuze odborníků na duševní zdraví a lidí, kteří

trpěli psychickou poruchou, se studenty (<http://www.blaznis-no-a.cz/>).

Kromě těchto aktivit je potřeba zmínit každoroční podzimní Týdny duševního zdraví, které rovněž organizuje Fokus Praha. Během týdne probíhají různé umělecké události, jako jsou koncerty a výstavy, nebo diskuze a workshopy na téma edukace veřejnosti o psychických poruchách, možnostech jejich řešení a zásadách psychohygieny (<http://www.tdz.cz/>).

Mezi další společnosti, podílející se na destigmatizaci psychických poruch v České republice, patří např. Sympatheia (<http://www.sympatheia.cz/>), organizace vedená odborníky na duševní zdraví a příbuznými lidí s psychickými poruchami. Jinou společností je VIDA – Poradenství poskytované uživateli, v němž jedinci s psychickou poruchou poskytují poradenské služby v oblasti duševního zdraví, organizují kulturní a jiné společenské a skrze edukaci usilují o destigmatizaci lidí s psychickou poruchou (<http://www.vidacr.cz/>). Jako další uvedme ještě alespoň organizace Green Doors (<http://www.greendoors.cz/>), Práh, Lomikámen a ESET – HELP (<http://www.esethelp.cz/>).

2. INTERNALIZOVANÉ STIGMA U OSOB S PSYCHICKOU PORUCHOU

Internalizované stigma je termín označující stav, kdy jedinec s psychickou poruchou přijme za své předsudky týkající se osob s psychickými potížemi, které převládají ve společnosti, a vztahuje je na sebe samého (Corrigan et al., 2011). Podobnou definici nabízí i Yanos s kolegy (2008, s. 1438), kteří internalizované stigma vymezují jako „stav, kdy jedinec s psychickou poruchou ztrácí dříve ustavené nebo očekávané sebepojetí (já jako student, pracovník, rodič) a přejímá stigmatizující přesvědčení společnosti (já jako nebezpečný, neschopný člověk).“ Alternativním pojmem je sebestigmatizace, která vypovídá o aktivním procesu vztahování společenských předsudků na sebe samého. Oba termíny jsou často volně zaměňovány a pro větší variabilitu v textu tak činíme i my.

Zvnitřňování stigmatu psychických poruch je proces, který prochází několika stádii. V první fázi člověk vnímá předsudky, které ve společnosti existují a týkají se osob s psychickou poruchou. Ve druhé fázi internalizace s nimi souhlasí a ve třetí je vztáhne na sebe samého. Poslední fází internalizace společenských předsudků je vynoření negativních následků (Corrigan et al., 2006). Pro větší názornost uveďme příklad.

Petr se léčil na psychiatrii s hypochondrickou poruchou. Věděl, že jeho potíže jsou psychického původu, spolupracoval s psychiatrou při farmakoterapii, docházel na psychoterapeutická sezení k psychologu. Petr vyrůstal na vesnici, kde „se nic neutajilo“. Věděl, který soused nebo sousedka jsou „blázni“, slýchal, jak je druzí pomlouvají a pošklebují se jim. Jako chlapec se posmíval dětem, které byly potomky „bláznů“, a všelijak je trápil. V dospělosti se sám ocitl na psychiatrii. Byl si dobře vědomý předsudků, které ve společnosti panují, a souhlasil s nimi. Vždyť ti „blázniví“ sousedi opravdu „nebyli normální“ a „chovali se divně“. Dlouho se vyhýbal psychiatrii, protože by to podle něj znamenalo, že je stejně „vadný“ jako oni. Byl tak nezlomně přesvědčený o méněcennosti a zavrženíhodnosti lidí s psychickými potížemi, že pro něj léčba na psychiatrii, kterou nakonec přece jen vyhledal kvůli zhoršujícímu se psychickému stavu, představovala životní prohru. Po zahájení léčby na psychiatrii pohrdal sebou samým stejně, jako kdysi pohrdal sousedy s psychickými potížemi. Mluvil o sobě jako o „bláznovi“ a o tom, že je „nula, se kterou to půjde jen z kopce, jako to jde se všemi blázný“. Petr prošel všemi fázemi internalizace stigmatu. Uvědomoval si společenské předsudky týkající se osob s psychickými potížemi, souhlasil s nimi, a jakmile jej vlastní potíže přivedly na psychiatrii, automaticky a nekriticky vztáhl předsudky na sebe samého a začal trpět následky sebestigmatizace.

Uvedené fáze jsou součástí progresivního modelu sebestigmatizace, jehož validita byla ověřena ve výzkumu Corriganova s kolegy (2011) na souboru pacientů se schizofrenií a

potvrzená i ve studii pracující se souborem pacientů závislých na alkoholu (Schomerus et al., 2011). Corrigan s kolektivem (2011) ve své publikaci neuvádí přesné průměrné hodnoty skóre jednotlivých škál představujících fáze modelu a zaměřují se spíše na výsledky mnohonásobné regrese, z grafu v článku však lze vyčíst alespoň přibližné údaje, které zde mohou ilustrovat vnitřní logiku progresivního modelu. Na stupnici 10-90, kde skóre 10 označuje nejnižší možnou míru dané fáze internalizace a skóre 90 je nejvyšší možnou mírou, se ukázalo následující – průměrný skóre subškály hodnotící míru uvědomění společenských předsudků byl přibližně 65 bodů z max. skóre 90, což poukazuje na relativně vysokou míru obeznámenosti s předsudky mezi pacienty se schizofrenií. Míra souhlasu se společenskými předsudky byla nižší než míra obeznámenosti s nimi, průměrný skóre této subškály byl cca. 30 bodů, třetina maximální možné míry. Subškály vztáhnutí předsudků na sebe samého a negativních následků sebestigmatizace zaznamenaly téměř totožný průměrný skóre, který tvořil přibližně 23 bodů (Corrigan et al., 2011). V souladu s teoretickým modelem se ukázalo, že se společenskými předsudky týkajícími se osob s psychickými potížemi je obeznámena značná část psychiatrických pacientů. Menší část z nich s předsudky souhlasí a ještě menší je aplikuje na sebe samé, a kvůli tomuto zvnitřnění se pak potýká s negativními následky sebestigmatizace (Corrigan et al., 2011).

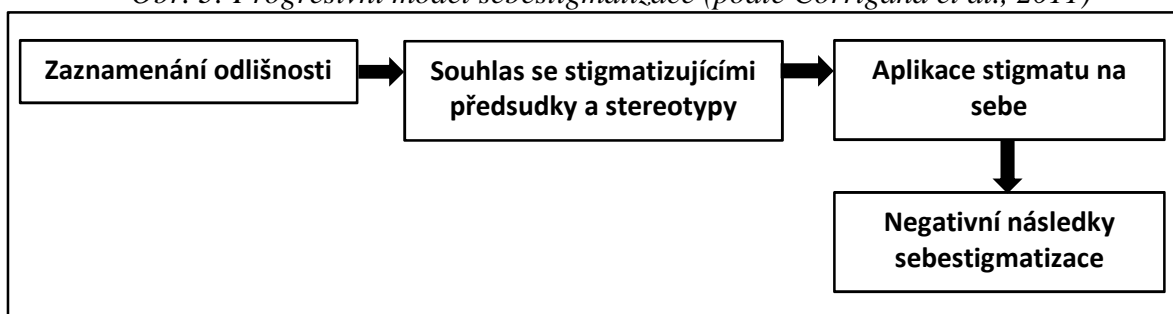
Z Corriganova modelu také vyplývá, že mnoho psychiatrických pacientů se zastavuje v určité fázi internalizace a dále nepokračuje. Důvody, proč dochází k zastavení internalizace, jsou četné a odvíjí se od fáze, v níž došlo k zastavení. Osoba s psychickými potížemi si např. nemusí uvědomovat společenské předsudky, a proto nerozvine sebestigmatizaci. Zastaví se tedy ještě před první fází internalizace stigmatu. Jindy je jedinec podstupující léčbu na psychiatrii obeznámený se společenskými předsudky, ale nesouhlasí s nimi. Protože nesouhlasí se společenskými předsudky, nestigmatizuje se. Zřejmě nejvýznamnějším předělem mezi fázemi, kterým je potřeba se zabývat, je přechod mezi druhou a třetí fází internalizace stigmatu. Jedná se o situaci, kdy si psychiatrický pacient uvědomuje předsudky o lidech s psychickými potížemi, souhlasí s nimi, a přesto je nevztáhne na sebe samého. Příčin, proč se takový jedinec „zastaví“ po druhé fázi internalizace a ke třetí fázi již nepokročí, je více. Některé z nich uvedeme v následujících dvou podkapitolách zaměřujících se mimo jiné na vlivy snižující pravděpodobnost internalizace stigmatu. Zmiňme zde alespoň dva důvody, které se nabízí.

Jedinec podstupující léčbu na psychiatrii si může uvědomovat, že psychiatrickým pacientům se mnozí lidé raději vyhýbají a může se s podobným jednáním souhlasit,

protože se domnívá, že lidé s psychickými obtížemi jsou skutečně nepředvídatelní a nebezpeční. Nevztahuje však tyto předsudky na sebe samého a netrpí sebestigmatizací. Proč? Jednoduše díky tomu, že sebe sama nepovažuje za duševně nemocného (Camp et al., 2002). Jeho léčba na psychiatrii nebo v péči klinického psychologa pak může být egodystonní, pokud ji podstupuje na vnější nátlak (např. ze strany zaměstnavatele nebo partnera), ale sám s ní není ztotožněný a nesouhlasí s její potřebou. V jiném případě může dojít k tomu, že se jedinec nevnímá jako „duševně nemocný člověk“ díky tomu, že příčiny svých potíží hodnotí jako převážně nebo pouze situačně dané. V takovém případě sice přijímá, že má psychické potíže, ale je přesvědčený, že „se mu to stalo“ kvůli vleklému stresu nebo náročným životním událostem, které by obtížně zvládal téměř každý. Rozlišuje mezi sebou – obětí vnějších okolností – a „skutečnými“ lidmi s psychickými poruchami, jejichž potíže mají „vnitřní příčiny“ – „onemocnění mozku, narušený charakter nebo slabou povahu“ (Chromý, 1990). Jakkoliv nerealistická a potenciálně maladaptivní mohou být tato přesvědčení, slouží jako ochrana před sebestigmatizací.

Důležitým závěrem výzkumu Corrigan a kolegy (2011) je také zjištění, že jakmile pacient vztáhne společenské předsudky na sebe samého, automaticky začíná trpět negativními následky sebestigmatizace. Tyto dvě fáze internalizace stigmatu se v podstatě slučují do jedné. To není zcela v souladu s původním modelem internalizace stigmatu a vyžádalo si to jeho přehodnocení. Progresivní model sebestigmatizace tedy sice můžeme stále vnímat jako čtyřfázový, ale podle empirických důkazů je spíše trojfázový. Na počátku stojí uvědomění předsudků a stereotypů, následně s nimi pacient souhlasí a v konečném stádiu je aplikuje na sebe a trpí negativními následky sebestigmatizace (Corrigan et al., 2011). Pro větší názornost uvádíme v obrázku na následující straně.

Obr. 3: Progresivní model sebestigmatizace (podle Corrigan et al., 2011)



Shrňme, že sebestigmatizace není statický a neměnný fenomén, ale jev, který se vyvíjí v čase a prochází několika fázemi. Negativní následky sebestigmatizace se vynořují teprve tehdy, jakmile pacient vztáhne společenské předsudky na sebe samého, dříve nikoliv.

Při měření sebestigmatizace nebo dopadu stigmatu psychické poruchy na jedince nestačí zhodnotit stupeň, v němž člověk vnímá společenské předsudky. Model rozšířený v dřívějších dobách, který bral v potaz pouze míru, v níž pacienti vnímají, že jsou stigmatizováni kvůli svým psychickým potížím, tedy potřebuje ustoupit do pozadí. Není schopen vysvětlit, proč někteří pacienti pod vlivem stigmatizace trpí, zatímco jiní jsou jí v podstatě nezasaženi (Corrigan et al., 2011).

Předtím, než se zaměříme na důsledky sebestigmatizace, uvedme alespoň poznámku k prevalenci sebestigmatizace v populaci psychiatrických pacientů. Předsudky o lidech trpících psychickými potížemi jsou ve společnosti tradičně značně rozšířené. Teoreticky by tedy měl téměř každý jedinec, který se ocitne v kontaktu s psychiatrií, rozvinout internalizované stigma. Přesto se tak neděje a, jak jsme již zmínili, sebestigmatizací trpí pouze část psychiatrických pacientů. Uvádí se, že společenské předsudky internalizuje přibližně polovina pacientů s psychózou (Brohan et al., 2010a) a pětina pacientů s afektivní poruchou (Brohan et al., 2010b). Prevalence u pacientů s úzkostnými, resp. neurotickými, poruchami dosud nejsou známy. Podle závěrů jednoho z našich výzkumů (Ocisková et al., 2014a) se pacienti s neurotickými poruchami stigmatizují přibližně stejně silně jako jedinci s ostatními psychickými poruchami (organickými poruchami, závislostmi, psychózami, afektivními poruchami a poruchami osobnosti). Nejsme však sto uvést procentuální údaj o prevalenci sebestigmatizace u této populace.

2. 1. Důsledky sebestigmatizace

Internalizované stigma se projevuje v první řadě na úrovni intrapsychické, kde ovlivňuje pohled na sebe samého, postoj vůči okolnímu světu a očekávání od budoucnosti. Jeho vliv lze vysledovat i v oblasti fungování v mezilidských vztazích a zapojení do léčby psychické poruchy, s níž se stigmatizující se jedinec léčí. Oblastí možného dopadu sebestigmatizace je poměrně mnoho. V této podkapitole se postupně zaměříme na nejvýznamnější intrapsychické i interpersonální pole vlivu.

V textu je reflektovaný současný stav poznání, který referuje výhradně o negativních dopadech internalizovaného stigmatu. V souladu s teorií např. kognitivně behaviorální terapie (Praško et al., 2007) však lze předpokládat, že sebestigmatizace přináší svému nositeli i určité pozitivní důsledky, díky nimž se udržuje. Goffman (1963) se např. domníval, že stigmatizace a z ní vyvěrající sebestigmatizace mohou sloužit jako omluva neúspěchů, které mají příčinu jinde než ve stigmatu. Vyhybativé chování, které

je spojované se sebestigmatizací, zase může krátkodobě přinášet úlevu, což ji zpevňuje (Praško et al., 2007). Vzhledem k absenci výzkumů však nejsme sto se k těmto možným pozitivům vědecky vyjádřit. Zároveň bychom měli podotknout, že tyto potenciální výhody sebestigmatizace nemohou kompenzovat její četné negativní dopady a nelze ji považovat za blahodárný jev nebo za něco, co pacient rozvíjí úmyslně, aby dosáhl určitých zisků.

Internalizované stigma a sebezpojetí

Zřejmě nejčastěji zmiňovaným následkem sebestigmatizace je její neblahý vliv na sebedůvěru a sebeúctu, šířeji na sebezpojetí. Přesvědčení o vlastní „vadnosti“ a „nedostačivosti“ kvůli zakoušené psychické poruše a léčbě na psychiatrii vede ke snížení sebedůvěry a sebeúcty. Člověk, který trpí sebestigmatizací, bývá neochvějně přesvědčený, že psychickými problémy trpí pouze lidé méněcenní nebo slabí, proto i on sám je méně hodnotný. Sám před sebou pak ztrácí na ceně (Corrigan et al., 2006; Yanos et al., 2008; Boyd, Adler, Otilingam, & Peters, 2014).

Podle Campa s kolegy (2002) je potřeba mít na paměti, že tento závěr vychází z výsledků mnohonásobných regresí, které samy o sobě nemohou stanovit kauzalitu jevu. Nelze tedy jednoznačně tvrdit, že snížená sebedůvěra a pokles sebehodnoty jsou výsledkem sebestigmatizace. Vztah mezi těmito prvky bude pravděpodobně obousměrný. Je možné, že jedinec, který se stigmatizuje, kvůli zvnitřněným předsudkům trpí i nízkou sebedůvěrou. Stejně tak je ale možné, že lidé, kteří mají již „premorbidně“ nízkou sebedůvěru, spíše rozvinou internalizované stigma, protože jsou závislejší na projevech přijetí, či nepřijetí ze strany okolí než jedinci, kteří mají přiměřeně vysokou a stabilní sebedůvěru (Nabors et al., 2014, Rüsche et al., 2009b). Camp s kolegy (2002) také upozorňují, že je obtížné zjistit, nakolik je pokles sebedůvěry u některých pacientů spojený se sebestigmatizací a nakolik souvisí s jinými jevy, které mohou provázet psychickou poruchu, jako je např. ztráta role, premorbidní míry fungování nebo samostatnosti.

Někteří psychiatričtí pacienti, kteří se stigmatizují, zažívají nejen pokles sebedůvěry a sebeúcty, ale prochází větší změnou sebezpojetí. Dřívější sebezpojetí, které bylo určováno subjektivně významnými vlastnostmi jedince, je nahrazeno sebezpojetím založeným na předsudcích o psychiatrických pacientech (Livingston & Boyd, 2010; Yanos et al., 2008). Uvedme na příkladu.

Věra trpěla panickou poruchou. Po několik měsíců byla při panických atakách opakovaně odvázená na pohotovost do místní nemocnice a i jindy obcházela ordinace lékařů, aby přišla na somatickou příčinu nepříjemných záchvatů. Výsledky všech vyšetření byly negativní. Lékaři proto doporučovali návštěvu

psychiatra. Věra odmítala. Když jí nepomohli somatičtí lékaři, hledala pomoc u léčitelů. Příznaky poruchy se však zhoršovaly, a tak jednoho dne překonala nechuť a dostavila se k psychiatrovi. Ten diagnostikoval panickou poruchu bez agorafobie, vysvětlil Věře podstatu poruchy a souvislost se stresem. Předepsal jí antidepresiva a zajistil psychoterapeutické vedení. Věra přišla do psychoterapie jako zlomená žena plná pocitů viny a pohrdání sebou samou. Při konzultaci s psychologičkou sdělila, že „je teď jiná“. Dříve věděla, kdo je, a docela si věřila – byla manželka, matka, úspěšná kadeřnice, holka do nepohody, která byla každou randu, a ráda sportovala. Najednou se dozvěděla, že je duševně nemocná. Nikdy si nemyslela, že je „blázen“, ale byla. Přestala si věřit, začala se vyhýbat kamarádkám, už s ní nebyla taková zábava. Přestože tomu objektivně nic nenasvědčovalo, začala být přesvědčená, že na svou práci nemá dostatečné schopnosti a vyhýbala se složitějším kadeřnickým kreacím. Kvůli tomu jí ztatečně poklesl obrat. Dříve si o sobě také myslela, že je docela silná osobnost, měla ale psychickou poruchu, takže musela být slaboch. Připadala si neschopná a jaksi vadná, protože jiní lidé mají v životě více stresu než ona a nezačnou být kvůli tomu duševně nemocní. Taky se styděla za své záchvaty a bála se, že se nikdy neuzdraví. Na dotaz, kdo je, odpověděla, že blázen. To, že je manželkou, matkou, kamarádkou, kadeřnicí a sportovkyní, přestalo být důležitými prvky jejího sebepojetí a roli hrálo pouze to, že jí byla diagnostikovaná psychická porucha.

Změna sebepojetí v důsledku sebestigmatizace přirozeně nenastává u každého jedince s psychickými potížemi. Pokud pro člověka není skutečnost, že trpí psychickou poruchou, příliš důležitá, jeho sebepojetí se s rozvojem psychické poruchy příliš nemění. Lidé, kteří jsou schopni vnímat sebe sama i jinak, než jako „duševně nemocného“, mívají pozitivnější sebepojetí a stabilnější sebedůvěru. Takoví lidé úspěšně odolávají dopadům případné stigmatizace ze strany okolí a nezřídka aktivně navíc usilují o to, aby okolí změnilo svůj úhel pohledu na osoby s psychickými poruchami (Camp et al., 2002).

Internalizované stigma a naděje a cílesměrné jednání

Internalizované stigma se projevuje i ve způsobu pohledu do budoucnosti. Jakmile pacient začne kvůli sebestigmatizaci trpět poklesem sebedůvěry a negativním sebehodnocením, projeví se to také na jeho schopnosti prožívat naději a být optimistický (Corrigan et al., 2011). Člověk, který ztrácí sebedůvěru, zpravidla nevěří, že je schopen řídit běh svého života, a nevěří v pozitivní budoucnost. Prožitky beznaděje pak dále snižují jeho sebeúctu a sebedůvěru (Yanos et al., 2008). Sebedůvěra a naděje jsou úzce provázané a vztah mezi nimi je obousměrný.

Jednou z možností, jak nahlížet na naději, je Snyderova teorie (2000). Podle tohoto konceptu se prožitek naděje objevuje tehdy, má-li jedinec stanovený cíl, kterého chce dosáhnout, identifikované cesty, jimiž se k cíli dostat (*pathway thinking*), a dostatečnou míru motivace (*agency*), aby se po cestách vydal. Snyderova teorie naděje souvisí

s vnímanou osobní zdatností a místem kontroly (Rotterova teorie internalismu-externalismu – viz např. Křivohlavý, 2009), ale není s nimi totožná (Snyder, 2000). Pokud se nepracuje pouze s konceptem beznaděje, bývá Snyderova teorie naděje teorií volby užívanou ve výzkumech zkoumajících vztah mezi ní a sebestigmatizací (např. Mashiach-Eizenberg, Hasson-Ohayon, Yanos, Lysaker, & Roe, 2013).

Corrigan s kolegy (2011) potvrdili, že existuje statisticky významná nepřímá úměra mezi sebestigmatizací u psychiatrických pacientů a nadějí, a to i tehdy, pokud je vyloučený vliv možných depresivních příznaků. Lysaker s Roem a Yanosem (2007) v podobném duchu zjistili, že internalizované stigma působí jako moderátor vztahu mezi náhledem a nadějí u osob se schizofrenií. Nejvyšší průměrnou míru naděje ve výzkumu vykazovali lidé, kteří měli uspokojivý náhled na svůj stav a nestigmatizovali se, zatímco nejnižší míru naděje zaznamenali jedinci, kteří disponovali podobně vysokým náhledem, a zároveň se stigmatizovali. Hasson-Ohayonová s kolegy (2009) tedy usuzují, že sebestigmatizace je faktorem, který určuje, zda je náhled na vlastní onemocnění břemenem vedoucím k beznaději, nebo přínosem zkvalitňujícím úspěšnost léčby a život pacienta se závažnou psychickou poruchou. Toto téma může být důležité především u jedinců, kteří trpí psychózami, otázka náhledu na vlastní psychické potíže je však relevantní pro všechny jedince s psychickými potížemi.

Naděje je ve Snyderově pojetí (více viz Snyder, 2000) úzce propojena s cíli. Představa o vlastní méněcennosti a neschopnosti ovlivnit běh svého života vede k rezignaci na snažení zvýšit kvalitu svého života a vydávání se napospas osudu. Jedinci, kteří se stigmatizují, často nevyužívají příležitostí, někdy i životních, které se jim nabízí, ačkoliv by o to zpravidla stáli. Důvodem je přesvědčení o marnosti takového počínání nebo sebe mařící postoj založený na přesvědčení, že „někdo jako já si nezaslouží mít dobrou práci/milujícího partnera apod.“ (Corrigan et al., 2009). Stigmatizující se psychiatričtí pacienti rezignují na aktivní postoj vůči životu, vzdávají se cílů, které pro ně byly dříve důležité a nestanovují si nové. Propadají beznaději a bezmoci. Beznaděj, která může být výsledkem sebestigmatizace, pak mimo jiné vede k nedostatečné spolupráci při léčbě, což snižuje její efektivitu (Yanos et al., 2008). Pokles naděje způsobený sebestigmatizací tedy mívá dalekosáhlé následky.

Internalizované stigma a negativní emoce

Životní příležitosti, jako jsou navázání partnerského vztahu, nalezení zaměstnání nebo více vyhovujícího ubytování, zůstávají stigmatizujícími se jedinci převážně nevyužívány. Tito

lidé propadají bezmoci a beznaději, naučené bezmocnosti. Corrigan s kolegy (2009) označují tento bludný kruh bezmoci a beznaděje termínem „*the why try effect*“, který zdařile vystihuje základní přesvědčení a emoční nastavení stigmatizujících se osob. Bezmoc a beznaděj jsou klíčovými složkami deprese (Henkel, Bussfeld, Möller, & Hegerl, 2002), která je u stigmatizujících se jedinců často přítomná (Livingston & Boyd, 2010; Ritsher & Phelan, 2004; Boyd et al., 2014). „*The why try effect*“ zřejmě propojuje sebestigmatizaci s depresí (Corrigan et al., 2009).

Kromě demoralizace plynoucí ze sebestigmatizace a na ni nasedající deprese je dalším frekventovaným negativním stavem objevujícím se u stigmatizujících se lidí anticipační úzkost. Mívají sklony stahovat se ze společnosti kvůli strachu ze stigmatizace. Obávají se, že okolí pozná nebo již předem bude vědět, že jedinec má nebo měl psychické potíže, a zachová se k němu kvůli tomu odmítavě nebo nepřátelsky (Corrigan et al., 2009). Toto vyhýbavé chování pak vytváří další bludný kruh, kterým se udržuje (Praško, 2005), a který zpevňuje a posiluje negativní emoce a vyhýbavé chování. Tentýž závěr potvrzují Vauth s kolegy (2007), kteří považují vyhýbavé chování za strategii zvládnání anticipační úzkosti u osob, které se stigmatizují.

Vyhýbavé chování může u jedinců, kteří se stigmatizují a obávají se i vnější stigmatizace a zostuzení, nabývat různých rovin. Kromě stažení ze společnosti, které je jedním z nejtypičtějších znaků internalizovaného stigmatu (Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003), jde o utajování skutečnosti, že jedinec trpí psychickými potížemi, utajování projevů psychické poruchy (Vauth et al., 2007; Camp et al., 2002) nebo zvýšené užívání návykových látek jako strategie zvládnání stresu (Ocisková et al., 2014b).

Vyhýbavé chování je z krátkodobého hlediska účinné, protože přináší úlevu. Proto se také udržuje v repertoáru preferovaných strategií zvládnání stresu. Jako jiné typy vyhýbavého chování, i toto však přináší z dlouhodobého hlediska neprospěch spočívající především v dalším nárůstu úzkosti, ochuzení společenských kontaktů, postupujícího poklesu sebedůvěry a zpevnění maladaptivních přesvědčení o vlastní méněcennosti plynoucích ze sebepojetí ustaveném na roli psychiatrického pacienta (Praško et al., 2007).

Podle Vautha s kolektivem (2007) vede vyhýbavé chování mimo jiné k poklesu vnímané osobní zdatnosti, tedy přesvědčení o tom, že jedinec má kontrolu nad vlastním životem a může dosahovat stanovených cílů (Křivohlavý, 2009). Přesvědčení o nemožnosti zvládat život a náročné situace, které může přinést, vysvětlovalo ve výzkumu, kterého se zúčastnili ambulantně vedení jedinci se schizofrenií, 46 % rozptylu skóreů příznaků deprese a 58 % rozptylu skóreů vypovídajících o kvalitě života. Autoři výzkumu výsledky

interpretovali tak, že počáteční vyšší míra sebestigmatizace vede k vyhybavému chování, které zvyšuje hladiny úzkosti a deprese a snižuje vnímanou osobní zdatnost a kvalitu života. To pak zpětně posiluje vyhybavé chování i jiné maladaptivní způsoby zvládání stresu a zpevňuje sebestigmatizaci (Vauth et al., 2007, Cheng-Fang et al., 2009).

Jiný pohled na oblast vlivu sebestigmatizace na negativní emoce přináší výzkum Rüsche s kolegy (2009a). Podle autorů se stigma stává stresorem, pokud jedinec vnímá, že nepříznivé důsledky stigmatizace přesahují jeho schopnosti je zvládnout. Tento předpoklad je v souladu se současnými teoriemi stresu (např. Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986). Rüsche s kolektivem zkoumali u pacientů s psychózou kognitivní hodnocení stresu přinášeného stigmatizací a emoční reakce na tento stres (sociální úzkost, stud a bezmoc). Výsledky ukázaly, že vysoká míra stresu spojeného s obavami ze stigmatizace vedla k sociální úzkosti a studu. Tyto emoce pak predikovaly nižší sebedůvěru a prožitky bezmoci. Bezmoc byla spojena se zvládacím mechanismem externalizací, kdy pacienti, kteří prožívali bezmoc, měli sklony přisuzovat příčinu za vlastní „selhání“ diskriminaci (Rüsche et al., 2009a). Jedná se o příklad vnějšího místa kontroly, kdy je jedinec přesvědčený, že externí faktory (druzí lidé, instituce, osud nebo třeba smůla) ovlivňují jeho život a sám nad ním nemá velkou kontrolu. Je bezmocný (Křivohlavý, 2009).

Kromě bezmoci a beznaděje je pro zvýšenou sebestigmatizaci typický i stud. Ten se může objevit v reakci na zesměšnění nebo ponížení druhými, jakmile vyjde najevo, že daný člověk trpí psychickou poruchou (Rüsche et al., 2006). Objevuje se však i u osob, které veřejné zostuzení nezažily. Jedná se o projev internalizovaného stigma. Jedinec stigmatizuje sám sebe, vztahuje na sebe předsudky přetrvávající ve společnosti, a sám před sebou se pak stydí za svou „slabost a méněcennost“ (Corrigan, 1998).

Internalizované stigma a strategie zvládání stresu

Sebestigmatizace úzce souvisí s tématem strategií zvládání stresu. Tzv. copingové strategie (anglikanismus používaný v české literatuře, který se v tomto textu snažíme nahradit výrazem „strategie nebo způsoby zvládání stresu“) vymezuje Miller (2006) jako vědomé a záměrné formy seberegulace užívané v reakci na stresující podnět.

Obširnější definici nabízí Lazarus s Folkmanovou (1984, s. 141), kteří vymezují strategie zvládání stresu (*coping*) jako specifický typ „úsilí, které se projevuje na kognitivní a behaviorální úrovni a které směřuje ke zvládnutí určitých vnějších anebo vnitřních požadavků, které výrazně zatěžují nebo přesahují individuální zdroje“. Podle Lazara a Folkmanové (1984) je potřeba přistupovat ke strategiím zvládání stresu

jako k neustále se proměňujícímu procesu závislému na kontextu situace spíše než jako k trvalé osobnostní charakteristice jedince, ačkoliv lze předpokládat, že každý jedinec v průběhu života vytváří relativně stabilní soubor strategií zvládnání stresu, které se mu osvědčily, a proto je používá (Folkman et al., 1986). Autoři teorie kladou důraz na slovo *úsilí* – strategie zvládnání stresu nepředstavují automatické reakce na zátěžové situace, ale takové přístupy, které ke zvládnutí stresoru vyžadují účast vědomé vůle. Zároveň se autoři teorie vyhýbají hodnocení jednotlivých strategií jako dobrých, nebo špatných, protože v rozdílných situacích mohou být adaptivní různé strategie zvládnání. Rozlišují také tři typy kognitivního hodnocení situace, které jsou neoddelitelnou částí procesu zvládnání – primární (zvažování, zda se jedná o ohrožující stresor, nebo nikoliv), sekundární (uvažování, jak jej zvládnout) a nové hodnocení (při vstupu dalších proměnných, např. zhodnocení následku realizované strategie zvládnání). Na obecné rovině Lazarus s Folkmanovou rozlišují mezi strategiemi zvládnání zaměřenými na emoce a strategiemi zvládnání zaměřenými na řešení problému. Do první skupiny strategií řadí např. způsoby zvládnání stresu založené na vyhýbavosti, tvorbě odstavu od zatěžující situace, selektivní pozornosti nebo pozitivní reinterpretaci. Do druhé skupiny pak přiřazují strategie, které vedou k definici problému, tvorbě možných způsobů jeho řešení, výběru nejvhodnější a její aplikaci. Také mohou zahrnovat strategie, které směřují k posílení motivace ke zvládnutí stresoru nebo osvojení schopností, které mohou pomoci při zvládnání situace (Lazarus & Folkman, 1984).

Sebestigmatizace je spojovaná s upřednostňováním vyhýbavých strategií zvládnání stresu, případně strategií zaměřujících se na emoce před strategiemi zaměřenými na řešení problému. Tento vztah je posilovaný beznadějí, která také vede k vyhýbavému chování (Yanos et al., 2008). Zvýšené užívání vyhýbavých strategií postupem času snižuje již tak chatrnou sebedůvěru a vnímanou osobní zdatnost, což vyhýbavé jednání i úzkost ze stigmatizace také dále posiluje (Blalock & Joiner, 2000; Engin, 2006).

Snyder (2000) v teorii naděje poukázal na vývojové aspekty utváření naděje, když psal o tom, že je pro dítě důležité, aby bylo v průběhu vývoje (přibližně od předškolního věku) „přiměřeně frustrované“, učilo se ze svých chyb a mělo možnost zvyšovat svou autonomii a budovat vědomí, že svým jednáním má vliv na dění ve svém životě. Skrze to se v dítěti buduje základní míra naděje i sebedůvěra a pocit kontroly nad směřováním vlastního života. Jedná se o myšlenku, která není nová – nalezneme ji již např. u Adlera (1999), a je dodnes platná. Aktivní přístup k životu a překonávání překážek budují sebedůvěru a naději, vyhýbavé chování je podřívají a nejinak je tomu u dospělých. Pokud se dospělý člověk

opakovaně vyhýbá řešitelným problémům nebo situacím, které v něm vzbuzují úzkost, z dlouhodobého měřítka tím pouze zvyšuje svůj emoční diskomfort a snižuje kvalitu života. Upřednostňování vyhýbavého chování pak posiluje sebestigmatizaci a obavy ze stigmatizace (Kanter, Rüsche, & Brondino, 2008). Bezmoc, beznaděj, pocit méněcennosti a paralyzující úzkost – to vše jsou charakteristické následky zvýšené sebestigmatizace provázané s vyhýbavým chováním (Rudnicki, Graham, Habboushe, & Ross, 2001; Ottenbreit & Dobson, 2004).

Je však potřeba doplnit, že vyhýbavé strategie zvládnání stresu nejsou samy o sobě maladaptivní. Adaptivnost strategií zvládnání stresu nelze posuzovat mimo kontext situací, v nichž jsou používány (Lazarus & Folkman, 1984). Problémy s vyhýbavými strategiemi zvládnání stresu se objevují tehdy, jsou-li dlouhodoběji preferovány před jinými způsoby zvládnání stresu. Jedinec se pak vyhýbá i situacím nebo problémům, které je schopný řešit. Namísto aktivní snahy zvýšit kvalitu svého života se jim vyhne. Jedinci, kteří se stigmatizují, se pak třeba aktivně vyhýbají sociálním kontaktům i léčbě. Tento přístup dlouhodobě vede k větší závažnosti příznaků psychické poruchy a sociální izolaci (Yanos et al., 2008; Boyd et al., 2014).

Jedinci, kteří se nejvíce obávají stigmatizace, mívají nejchudší sociální vztahy. Jejich sociální síť je slabá a není schopna nabídnout korektivní emoční zkušenost, kdy by tito lidé snížili své obavy ze stigmatizace díky tomu, že zažijí přijetí, jakmile se někomu blízkému svěří s psychickými potížemi a jejich následky. Osoby, které se stigmatizují, se uzavírají do stále hlubší sociální izolace (Link et al., 1989).

Internalizované stigma a sociální izolace

Vyhýbání se společnosti druhých, zejména těch „nezasvěcených“, kteří nevědí o psychické poruše stigmatizujícího se jedince, a těch, kteří by jej mohli stigmatizovat, představuje způsob zvládnání stresu, snahu vyhnout se očekávanému zraňujícímu chování (Ritsher & Phelan, 2004). Sociální izolace však paradoxně dlouhodobě zvyšuje emoční diskomfort vyhýbajícího se jedince. Posiluje přesvědčení o vlastní nepřijatelnosti a nemilovatelnosti, zesiluje pocity osamělosti a beznaděje (Nairn, 1999).

Sociální izolace, o které zde hovoříme, může být trojího druhu. Prvním typem je faktická izolace, kdy se člověk reálně stahuje ze společnosti, nebo se mu druzí vyhýbají. Druhým typem je emocionální izolace, při níž jedinec může být v kontaktu s lidmi, nenavazuje však s nimi emocionálně intimní vztah. Nehovoří s nimi o svých pocitech, očekáváních, přáních nebo osobně významných zážitcích. Komunikace zůstává na úrovni

„hovorů o počasí“. Třetí typ sociální izolace je kognitivní, kdy člověk postrádá informace (např. kde se seznámit s dalšími lidmi) i vzory, s nimiž by se mohl ztotožnit (Davies & Neal, 1995). Ve výzkumu Heretika a Poluchové (2009) se potvrdilo zjištění zahraničních studií, podle nichž se jedinci s psychickými poruchami stahují ze společnosti kvůli obavě ze stigmatizace. Autoři studie také zjistili, že příčinou dobrovolné sociální izolace psychiatrických pacientů bývá zkušenost s výsměchem a pomluvami ze strany druhých. Vzácné nebylo ani primárně vyhýbavé chování od lidí z okolí, kdy druzí neprojevovali zájem o trápení pacienta (emocionální izolace) nebo jej ignorovali (faktická izolace). Sociální izolace pacientů se ve výzkumu Heretika a Poluchové (2009) netýkala pouze širších sociálních vazeb, jako jsou známí nebo sousedé, ale i blízkých vztahů. Více než polovina jedinců žila v době sběru dat bez partnerského vztahu a častá byla izolace v zaměstnání zapříčiněná pomluvami, výsměchem nebo diskriminačními poznámkami kolegů či nadřízených. Dobrovolná i nedobrovolná izolace (nejčastěji však obě zároveň) u stigmatizujících se osob s psychickou poruchou tedy obvykle nabývá podoby faktické nebo emocionální.

Internalizované stigma a léčba psychických poruch

Sebestigmatizace se promítá do účinnosti léčby – farmakoterapeutické, psychoterapeutické či kombinované. Beznaděj a vyhýbavé chování provázející internalizované stigma snižují adherenci při léčbě a tím se podílí na její nižší efektivitě (Yanos et al., 2008).

Lidé, kteří se potýkají s internalizovaným stigmatem, mohou v zásadě vykazovat dvojí maladaptivní chování související s léčbou psychických poruch, kterými trpí. Mohou se léčbě úplně vyhnout, nebo při ní spolupracovat méně, než je potřebné (Fung, Tsang, & Chan, 2010). Stigmatizující se psychiatři mají sklony vyhýbat se psychiatrické léčbě, protože se obávají, že budou stigmatizováni, pokud vyhledají odborníka na duševní zdraví. Proto vyhledání pomoci odkládají a zkouší, zda jim uleví jiná než psychiatrická řešení (Bathje & Pryor, 2011; Simonds & Thorpe, 2003). Mohou vyhledávat léčitele kvůli příznakům somatoformních poruch, zajišťovat se před úzkostí konzultacemi s kartáčkami, přizpůsobovat poruše svůj život a chování blízkých, domnívat se, že pomůže dovolená nebo „zvlnění tempa“. Jindy se medikují návykovými látkami. Opakovaně se setkáváme s pacienty, kteří namísto psychiatrické léčby nadměrně konzumují alkohol v marné snaze potlačit příznaky psychické poruchy. V oblasti neurotických poruch se jedná např. o pacienty s obsedantně kompulzivní poruchou (Mancebo et al., 2009) nebo posttraumatickou stresovou poruchou (Leeies et al., 2010). Jindy pacienti nadměrně a

dlouhodobě užívají hypnotika a anxiolytika, která psychickou poruchu také nevyléčí. Do léčby pak přichází stigmatizující se pacienti pozdě, často po letech, teprve když zjistí, že jiné než psychiatrické či psychologické intervence nepomohou. Odkládání léčby však vede ke chronifikaci potíží a léčba, která mohla být v začátcích poruchy poměrně rychlá a úspěšná, bývá po mnohaletém odkládání často méně efektivní (Praško, 2005).

Účinnost léčby snižují i sklony pacientů, kteří se stigmatizují, nedodržovat pokyny lékaře stran farmakoterapie a předčasně z vlastní vůle vysazovat medikaci (Cinculová et al., 2015; Kamarádová et al., v tisku). Tento vztah se projevuje napříč diagnostickým spektrem. Je patrný u pacientů s úzkostnými poruchami (Cinculová et al., 2015) i u jedinců se schizofrenií (Yanos et al., 2008), bipolární afektivní poruchou (Hajda et al., v tisku) nebo s depresemi (Cheng-Fang et al., 2005). U pacientů s internalizovaným stigmatem obvykle stojí za nedostatečnou spoluprací při farmakoterapii obava z toho, že vedlejší účinky navrhované medikace povedou k tomu, že budou okolím snáze identifikováni jako „duševně nemocní“, což zvýší pravděpodobnost výskytu obávané stigmatizace. Proto medikaci vysazují, užívají ji nepravidelně, z vlastní vůle užívají v jiný čas nebo v nižší dávce, než stanovil lékař, nebo ji hned zpočátku vehementně odmítají. Souvislost se sebestigmatizací je zřejmá. Jedinec, který nerozvinul internalizované stigma, snáší případné kritické reakce okolí s větším odstupem než jedinec, který se stigmatizuje a trpí pocity méněcennosti (Tsang, Fung, & Corrigan, 2009).

Fung s kolegy (2010) zjistili, že u jedinců se schizofrenií ovlivňuje sebestigmatizace také spolupráci při psychosociálních intervencích. Není to tedy pouze farmakoterapie, jejíž průběh a účinnost je ovlivňovaná sebestigmatizací, ale také nefarmakologické léčebné intervence. Podle autorů studie působí sebestigmatizace na adherenci v psychosociálních terapeutických aktivitách dvěma možnými cestami – přímo a nepřímo. Přímý vliv jsme již popsali – jedná se o vyhýbání se psychiatrické (nebo psychologické) léčbě kvůli obavám ze stigmatizace. Nepřímý vliv dávají Fung se spoluautory (2010) do souvislosti s transteoretickým modelem stádií změny (jedná se o známý model se stádií prekontemplace, kontemplace, příprava, akce a udržení změny) (Prochaska, Norcross, & DiClemente, 2013). Jedinci, kteří se potýkají s internalizovaným stigmatem, se obvykle pohybují ve fázi kontemplace a nepostupují do dalších stádií (přípravy, akce nebo udržení změny). Váhají, zda vyhledat pomoc, jsou nerozhodní, stagnují. Může trvat roky, než se rozhodnou vyhledat služby psychiatra nebo psychologa, a skutečně tak učiní (Fung et al., 2010). Vyhýbavé chování se však projevuje i během samotných psychosociálních intervencí. Pak vede u pacientů se schizofrenií k větší závažnosti příznaků psychózy a,

společně se sociální izolací plynoucí z obav ze stigmatizace, také k horšímu uplatnění na trhu práce (Yanos et al., 2008).

Pokles sebedůvěry a vnímané kontroly nad vlastním životem, který bývá výsledkem sebestigmatizace, vede kromě nižší spolupráce při farmakoterapeutické a psychoterapeutické léčbě také k přímé rezignaci na léčbu. Přesvědčení o vlastní bezmocnosti plynoucí z internalizovaného stigmatu tak např. snižuje přesvědčení jedinců závislých na alkoholu o zvládnutelnosti své poruchy a schopnosti odmítat alkohol. Tento vztah se ve výzkumu Schomera s kolegy (2011) potvrdil i poté, co z něj byl parciální korelací vyloučen vliv depresivních příznaků, závažnosti a délky trvání závislosti.

2. 2. Některé faktory zranitelnosti a odolnosti vůči sebestigmatizaci

V této podkapitole bychom se rádi zmínili o některých faktorech, které zvyšují, nebo naopak snižují pravděpodobnost vzniku sebestigmatizace u psychiatrických pacientů. Podotkneme, že některé z výše uvedených psychologických faktorů, jako jsou naděje, negativní emoce nebo strategie zvládnání stresu, mohou být faktory zranitelnosti, nebo odolnosti vůči vzniku sebestigmatizace. Protože je však většina studií korelační, nelze určit kauzalitu jevu. Uvádíme zde proto pouze psychologické proměnné, u nichž byla příčinnost ve vztahu k rozvoji sebestigmatizace skutečně určena. Kromě psychologických faktorů zmiňujeme i roli demografických a psychiatrických faktorů s tím, že stanovení kauzality v jejich případě je rovněž mnohdy sporné. Přesto by zde podle našeho názoru měly zaznít.

Rádi bychom se také na počátku alespoň rámcově vyjádřili ke vztahu mezi osobností a sebestigmatizací. Podle Schomera s kolektivem (2011) hraje osobnost pouze marginální úlohu při formování internalizovaného stigmatu. Sebestigmatizace je podle nich přímo spojená se stigmatizujícími přesvědčeními a chováním společnosti, v níž se jedinec s psychickou poruchou pohybuje. Faktory zranitelnosti nebo odolnosti vůči sebestigmatizaci na úrovni osobnosti stigmatizovaného nejsou podle Schomera s kolegy významné (2011). To však není v souladu se skutečností, že pouze část psychiatrických pacientů trpí sebestigmatizací (Alonso et al., 2008, Alonso et al., 2009). Např. většina pacientů trpící psychózou ví o předsudcích přítomných ve společnosti a část z nich zažila některou formu diskriminace, přesto trpí sebestigmatizací pouze relativně malá část z nich (Corrigan et al., 2011). Mnozí pacienti nepřijmou společenské předsudky za své a netrpí následky sebestigmatizace. Naopak jsou prožívaným protivěnováním posílení v tom dokázat okolí, že jejich předsudky nejsou založené na skutečnosti a že je potřeba je

změnit (Camp et al., 2002). Je zřejmě logické, že pacient, který je dlouhodobě vystaven diskriminaci a znevažujícím poznámkám kvůli své psychické poruše, může rozvinout silnější sebestigmatizaci než pacient, který se pohybuje v přijímajícím prostředí a jediné, co ví o společenských předsudcích a diskriminaci, je to, že existují. Zvažovat pouze vliv sociálních proměnných na sebestigmatizaci však podle všeho nestačí.

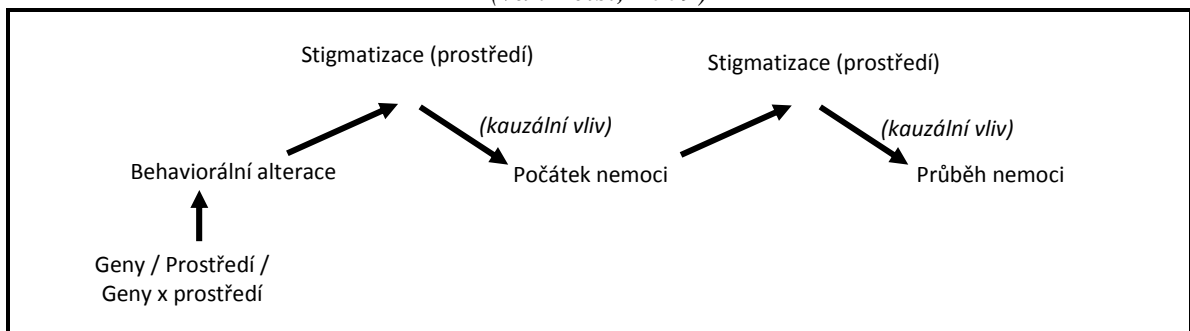
Ukazuje se, že některé osobnostní proměnné významně souvisí se vznikem a udržováním internalizovaného stigma. Pokud výzkumy vychází z komplexní teorie osobnosti a nezaměřují se pouze na některou její část (např. strategie zvládnání stresu nebo sebedůvěru), může být jejich základem psychobiologická teorie osobnosti Cloningera (viz Margetić, Jakovljević, Ivanec, Margetić, & Tošić, 2010). Touto teorií osobnosti se budeme podrobněji zabývat ve čtvrté kapitole, kde pro větší koherenci textu probereme i vztah mezi sebestigmatizací a osobností v Cloningerově pojetí.

Dosud jedinou meta-analýzu současného stavu poznání v oblasti internalizovaného stigma realizovali Livingston s Boydovou (2010). Co se týče demografických proměnných, autoři zjistili, že žádná z nich se významně nepojí se sebestigmatizací. Faktory, jako jsou pohlaví, věk, vzdělání, zaměstnání, partnerský stav, postavení na trhu práce, finanční příjem, ani příslušnost k rozdílným etnikům nehrají při vzniku sebestigmatizace větší úlohu. To je v souladu se závěry naší studie (Ocisková et al., 2014a), v níž se rovněž neprojevil statisticky významný vztah demografických proměnných se sebestigmatizací. Jediným nekonzistentním zjištěním Livingstona s Boydovou (2010) bylo, že faktor věku ve většině studovaných výzkumů sice signifikantně nekoreloval se sebestigmatizací, menší část publikací však určitý vztah nalezla. Přibližně 36,4 % výzkumů, které identifikovaly významný vztah mezi věkem a sebestigmatizací, zmiňovala, že s rostoucím věkem narůstá i sklon k sebestigmatizaci, zatímco 63,6 % výzkumů tvrdilo opak, a sice že sebestigmatizací trpí spíše mladší jedinci s psychickými poruchami. Autoři meta-analýzy proto uzavírají tvrzením, že význam spojení mezi demografickými proměnnými a sebestigmatizací je zanedbatelný.

Vztah mezi psychiatrickými proměnnými a sebestigmatizací je podle Livingstona a Boydové (2010) barvitější. Autoři zjistili, že sebestigmatizace pozitivně souvisí se závažností příznaků psychické poruchy. Není však příliš zřejmé, jaká je příčinnost tohoto jevu. Určité vysvětlení nabízí van Zelst (2009), který se zaměřil na vztah mezi stigmatizací a příznaky schizofrenie. Podle autora studie pacienti se schizofrenií vykazují již premorbidně chování, které je v určitém směru odchylné od očekávání společnosti. Může se jednat např. o sklony k sociální izolaci nebo užívání zvláštních

slovních obrátů v komunikaci. Okolí na tyto projevy často reaguje stigmatizací jedince, která může nabývat podoby šikany, pomluv nebo jeho odmítání. Stigmatizace je pak významným rizikovým faktorem pro vznik schizofrenie. Po propuknutí onemocnění další stigmatizace zhoršuje průběh nemoci (van Zelst, 2009). Schéma působení stigmatizace na vznik a průběh schizofrenie uvádíme v obrázku č. 4. Příčinnost vztahu mezi sebestigmatizací a větší závažností příznaků psychických poruch nicméně zůstává nevysvětlená.

Obr. 4: Model interakce zranitelnosti a stigmatizace na počátku a v průběhu schizofrenie (van Zelst, 2009)



Další psychiatrické faktory, mezi něž Livingston s Boydovou (2010) zařadili typ psychické poruchy, počet hospitalizací v psychiatrických zařízeních, dobu trvání psychické poruchy, náhled na ni, formu léčby (ambulantní, ve stacionáři nebo hospitalizace na psychiatrickém lůžkovém oddělení či v léčebně), vedlejší účinky medikace nebo úroveň fungování v běžném životě, nejsou významně spojeny s internalizovaným stigmatem. Závěry našich výzkumů (Kamarádová et al., v tisku; Ocisková et al., 2014a) rovněž nepotvrdily vztah mezi typem psychické poruchy a sklonem k sebestigmatizaci. Zaměřili jsme se přitom na pacienty trpícími základními kategoriemi psychických poruch – organickými poruchami, psychózami, závislostmi na návykových látkách, afektivními poruchami, neurotickými poruchami a poruchami osobnosti. Na druhou stranu jsme potvrdili existenci statisticky významné přímé úměry mezi úrovní sebestigmatizace a subjektivní i objektivní závažností příznaků psychických poruch (Ocisková et al., 2014a).

Livingston s Boydovou (2010) uvádí, že lze předpokládat, že vyšší hladiny internalizovaného stigmatu se u psychiatrických pacientů objevují v období krátce po diagnostikování a sdělení diagnózy psychické poruchy. S časem se pak mohou normalizovat. Ke zvýšení sklonu k sebestigmatizaci může dojít i po setkání se stigmatizujícím jednáním ze strany okolí. Faktory zranitelnosti vůči sebestigmatizaci jsou kromě toho počáteční nižší sebedůvěra, nižší sociální opora a stud pocíťovaný v souvislosti s psychickou poruchou, kterou jedinec trpí.

Významným faktorem zranitelnosti vůči sebestigmatizaci je i citlivost vůči odmítnutí a nepřijetí ze strany okolí. Podle Rüsche s kolegy (2009b) jsou lidé, kteří jsou zvýšeně závislí na projevech přijetí a ocenění ze strany okolí, více náchylní k internalizaci stigmatu. Jedinci, kteří jsou ve svém sebepojetí více autonomní, mívají nižší riziko vzniku internalizovaného stigmatu.

Zajímavým příspěvkem k tématu je starší publikace Crockerové s Majorem (1989) s novějším doplňkem Majora s kolegy (2003), která zkoumala způsoby, jakými mohou stigmatizovaní jedinci udržovat svou sebedůvěru navzdory devalvujícím poznámkám a chováním ze strany okolí. Autoři identifikovali tři strategie zvládnání tohoto stresu, které působí jako faktor chránící stigmatizované osoby před poklesem sebedůvěry, který by vedl k sebestigmatizaci a dalšímu snižování sebedůvěry. První strategie se zakládá na znehodnocení oblastí, v nichž se příslušníkovi stigmatizované skupiny (resp. celé stigmatizované skupině) nedaří. Může se jednat např. o fungování na školní nebo pracovní úrovni u osob s chronickou schizofrenií. Selhání v těchto oblastech nebo kritika a posměch okolí kvůli tomu, že člověk v tomto směru nepodává adekvátní nebo očekávaný výkon, mívá menší vliv na sebedůvěru, pokud stigmatizovaný jedinec začne zastávat názor, že mu na těchto oblastech nezáleží. Oblasti, v nichž jedinec selhává, nebo je pro (reálné i pouze očekávané) nedostatečné působení v nich devalvován, nejsou důležitými částmi jeho sebepojetí, proto na něj nemají větší dopad. Jedná o strategii zvládnání stresu, tedy o aktivní jednání pacienta směřující ke zvládnutí situace. Tuto strategii zvládnání užívají např. jedinci se schizofrenií, u nichž slouží jako obrana před poklesem sebedůvěry, ale také před vnímanou ztrátou kontroly nad vlastním životem (Lysaker, Clements, Wright, Evans, & Marks, 2001).

Druhou strategií sloužící k udržení sebedůvěry je srovnávání se s lidmi, kteří trpí toutéž psychickou poruchou, a ne s neklinickou populací. Jedinci s toutéž psychickou poruchou (např. paranoidní schizofrenií s postpsychotickým defektem) jsou spíše zasaženi podobnými omezeními, a tak je srovnávání se s nimi méně bolestné než v případě srovnávání se s lidmi, kteří podobnými handicapami netrpí. Tato selektivita při srovnávání se s lidmi z okolí také slouží jako prevence poklesu sebedůvěry (Crocker & Major, 1989).

Třetím způsobem zvládnání situace, při níž je ohrožená sebedůvěra stigmatizovaného jedince, je připisování negativních zpětných vazeb diskriminaci a ne vnitřním faktorům, jako jsou např. nedostatek schopností. Stigmatizovaný jedinec pak vidí v kritice nebo vlastním selhání projev diskriminace (Major et al., 2003; Goffman, 1963). Pokud tedy např. člověk se schizofrenií nezíská pracovní místo, o které se ucházel, bude to vnímat

jako důsledek diskriminace. Nenapadne ho, že příčinou mohlo být spíše nedostatečné vzdělání nebo málo zkušeností s prací v oboru.

Jedná se o strategii vzdáleně podobnou Seligmanově naučenému optimismu (2006). Podle Seligmana vnímají optimisté ve srovnání s pesimisty nepříznivé životní situace jako přechodné, ohraničené (např. neúspěch při schůzce s dívkou zůstane jedním milostným neúspěchem a ne známkou celkového životního selhání) a zapříčiněné situačně, nikoliv osobnostně. Optimisté připisují příčinu pozitivní události sobě (např. „Složil jsem zkoušku, protože jsem dobrý matematik.“) a negativní události situaci (např. „Martina se odmítla se mnou sejít, protože je unavená ze zkouškového období, ne proto, že jí na mě něco vadí nebo už mě nemá ráda.“). Proto také mají optimisté obecně větší sebedůvěru než pesimisté (Seligman, 2006). Obdobná strategie se projevuje i u třetího způsobu zvládání stresu spojeného s ohrožením sebedůvěry.

Zmíněné způsoby vyrovnání se s handicapem přinášenými psychickou poruchou a stigmatizací, resp. prevence proti sebestigmatizaci, mají pozitivní účinky na sebehodnotu a sebedůvěru stigmatizovaného jedince s psychickou poruchou. Jedná se však o strategie zvládání stresu, u nichž, podobně jako u ostatních, platí, že jejich nadměrná a jednostranná preference je maladaptivní. Rezignace na dříve významné hodnoty, srovnávání se pouze s lidmi disponujícími podobnými handicapem i externalizace posměchu, kritiky a selhání mohou dlouhodobě vést ke ztrátě motivace k práci na sobě a zvyšování kvality svého života, např. v podobě doplňování vzdělání nebo snahy nalézt zaměstnání. To samé platí pro vztahy s druhými. Při excesivní bagatelizaci významu společenských kontaktů a srovnávání se s lidmi, kteří také nevyhledávají společnost, jedinec sice dosáhne stabilizace sebedůvěry a sebehodnoty, avšak za cenu ochuzení vlastního života (hovoříme o jedincích, kteří dříve společnost vyhledávali, a jejichž způsobem prevence proti ztrátě sebedůvěry a změně sebepojetí se stala sociální izolace) (Rüsch et al., 2009a).

Kromě zmíněných strategií zvládání stresu, které snižují riziko vzniku sebestigmatizace, je potřeba zmínit i vliv přesvědčení o tom, že svět je spravedlivé místo a lidé dostávají, co si zaslouží (tzv. *belief in a just world*). Rüsch s kolegy (2010) zkoumali vztah mezi tímto přesvědčením a sebestigmatizací u lidí protestantské víry s psychózou. Zjistili, že jedinci, kteří zastávali toto přesvědčení, vykazovali celkově nižší míru sebestigmatizace než jedinci, kteří se k němu nehlásili. Zároveň však měli větší sklony k implicitním pocitům viny za svůj stav. Jedná se o zajímavé zjištění, které není snadné interpretovat. S vědomím toho, že se jednalo o věřící osoby, můžeme čekat, že jejich představa o spravedlnosti světa leží v rukou Božích spíše než lidských. Proto mohou být

lidé, kteří toto přesvědčení zastávají, poměrně imunní vůči předsudkům společnosti a jejich internalizaci. Zpovídají se však Bohu a v souvislosti s tím, že věří, že „jak si kdo ustele, tak si lehne“, mohou trpět pocity viny a věřit, že si své psychické potíže zaslouží, nebo že je psychická porucha výsledkem hříšného jednání.

Posledním zmiňovaným faktorem, který chrání jedince před sebestigmatizací, může být také, trochu paradoxně, i identifikace se skupinou „pacientů s psychickou poruchou“. Podle Watsonové, Corrigan, Larsona a Sellsové (2007) takové ztotožnění snižuje pravděpodobnost, že jedinec bude souhlasit s předsudky společnosti o lidech s psychickou poruchou. Protektivní roli hraje zejména osobní kontakt s dalšími osobami, které trpí stejnou psychickou poruchou a vzájemně se podporují. Kontakt s nimi snižuje pravděpodobnost sebestigmatizace a zabraňuje maladaptivní změně sebepojetí.

2. 3. Terapeutické možnosti zvládnání sebestigmatizace

Výzkumy zaměřující se na zjišťování efektivních způsobů práce se stigmatizací se tradičně zabývaly především sociálním hlediskem – intervencemi, které měly za cíl proměnu stereotypních postojů společnosti vůči stigmatizovaným skupinám. Při práci se sebestigmatizací je však potřeba pracovat s jedincem, který jí trpí. Výzkum zaměřující se na nalézání a ověřování efektivit intervencí k redukci sebestigmatizace se prolíná s výzkumem faktorů, které zvyšují, nebo snižují pravděpodobnost vzniku sebestigmatizace. Poznání toho, jací jedinci jsou náchylní k sebestigmatizaci a z jakého důvodu, umožňuje zvyšovat prospěšnost psychologických a psychoterapeutických intervencí. Z tohoto úhlu pohledu se téma této disertační práce nachází v oblasti výzkumů, které mohou mít potenciál přispět k tvorbě efektivnějších intervencí.

Mnozí psychologové pracující ve zdravotnictví a psychiatrii se při kontaktu s pacienty zabývají snižováním sebestigmatizace rutinně, bez vědomí toho, že pacienti trpí něčím, co se označuje jako internalizované stigma. Pracují tak třeba s introjekty (Černý & Hajduk, 2009) nebo schémata (Praško et al., 2007) a zasazují problematiku sebestigmatizace do širšího rámce pacientovy osobnosti a životní situace. Domníváme se však, že pokud téma sebestigmatizace není v terapii vědomě adresováno, může zůstat nezpracováno, protože jej pacient z různých důvodů sám nenabídne. V zahraničí se v současnosti užívají krátkodobé psychoterapeutické intervence, jejichž centrálním tématem je snižování sebestigmatizace. Tyto intervence se zaměřují na změnu stigmatizujících přesvědčení jedinců, kteří se potýkají s internalizovaným stigmatem, nebo snižují sebestigmatizaci

pomocí zvyšování sebedůvěry, pocitu kontroly nad směřováním vlastního života nebo schopnosti budovat funkční sociální síť (Mittal, Sullivan, Cheruki, Allee, & Corrigan, 2012). Efektivita těchto přístupů ke snižování sebestigmatizace je nicméně malá až středně velká (Mittal et al., 2012) a jiní autoři jejich účinnost dokonce negují (Griffiths, Carron-Arthur, Parsons, & Reid, 2014). Zřejmě je potřeba ověřovat efektivitu konkrétních intervencí spíše než všech dohromady anebo nalézat účinnější způsoby práce.

2. 3. 1. Narativní přístup

Využití narativního přístupu k práci s internalizovaným stigmatem se zdá přirozené. Jednou ze základních lidských potřeb je potřeba bezpečí (Praško et al., 2007), která může být naplněna mimo jiné tak, že jedinec nachází (např. Frankl, 2006) nebo vytváří (Yalom, 2006) smysluplný příběh své životní situace, resp. celého svého života. Nalezení smyslu je důležité zejména v náročných životních situacích, mezi které patří i zkušenost s psychickými poruchami nebo se stigmatizujícími jednáním druhých kvůli nim. Jedná se o známý poznatek, který se objevuje v odborné literatuře (např. u výše zmíněných existenciálních autorů) i v beletrii (např. v Harry Potterovi, kdy tomuto mladíkovi v jedné pasáži objasňuje ředitel Bradavic Albus Brumbál význam porozumění a smyslu zatěžujících událostí; Rowlingová, 2003). V oblasti psychoterapie byl zřejmě prvním, kdo se systematicky zabýval životním příběhem osob s psychickými potížemi, Sigmund Freud (Foucault, 1994). Od té doby je téma příběhu jednou ze základních složek většiny psychoterapeutických směrů, z nichž vyzdvihneme především rodinnou terapii (viz např. Gjuričová & Kubička, 2009).

Sebestigmatizace je sama o sobě maladaptivní změnou životního příběhu, kdy jedinec, který měl dříve vybudované určité sebepojetí a životní cíle, tyto ztrácí, mění se a tím se proměňuje i jeho životní příběh (Yanos et al., 2008; Lysaker, Buck, Taylor, & Roe, 2008). Změna životního příběhu je jevem, který pak souvisí s bezmocí, beznadějí i vnějším místem kontroly, nepříjemnými stavy provázejícími pacienty, kteří se stigmatizují (Livingston & Boyd, 2010; Schomer et al., 2011). Lysaker s Lancasterem a Lysakerem (2003) proto usuzují, že změna osobního příběhu je základním prvkem efektivní psychoterapeutické práce s internalizovaným stigmatem.

Člověk, který se potýká s internalizovaným stigmatem, má sklony vnímat svou minulost jako jeden velký důkaz vlastní méněcennosti a vadnosti (např. „Vždycky jsem byl divný, nezapadal jsem do kolektivu, matka mě neměla ráda.“). Budoucnost v něm vzbuzuje beznaděj (Lysaker, Buck & Roe, 2007). Cílem psychoterapie zaměřené na příběh je proto změna

pacientova příběhu tak, aby byl realističtější, což obvykle znamená i pozitivnější, a nezasazený stigmatem (Brown, Nolan, Crawford, & Lewis, 1996). Pacient by si měl vybudovat nebo obnovit vnitřní místo kontroly a přistupovat k psychickým potížím jako k výzvě nebo úkolu, ne jako k tragické ráně osudu. V ideálním případě by měla psychická porucha sloužit jako zdroj vnitřního růstu (Roberts, 2000). Důležitou změnou je i proměna sebepojetí. Pro stigmatizující se jedince je typické, že jejich sebepojetí je dominantně utvářeno stereotypem „duševně nemocného člověka“ (např. „já jako panikářka / schizofrenička / hraničářka“; Yanos et al., 2008). V průběhu práce se životním příběhem se pacient začíná vnímat realističtěji a rozlišuje mezi svým „zdravým já“ a psychickou poruchou. Nezaměňuje sebe sama za psychickou poruchu nebo stereotyp „typického“ psychiatrického pacienta (Davidson & Strauss, 1992). Zároveň roste jeho naděje a sebedůvěra a snižuje se frekvence vyhybavého chování (Pennebaker & Seagal, 1999).

Autoři nedávno publikované přehledové studie zabývající se prvky psychoterapeutické práce s příběhem u psychiatrických pacientů s internalizovaným stigmatem identifikovali několik společných faktorů. Nejčastěji vyskytujícím se prvkem psychoterapeutické práce byl důraz na propojení životních událostí tak, aby byly součástí smysluplného příběhu, nikoliv izolovanými incidenty bez většího propojení. Díky posunu k větší vnitřní provázanosti životních událostí se redukuje pacientovo uvažování typu „před a po“ (tj. např. „Můj život byl skvělý, dokud jsem ne onemocněl tou schizofrenií. Od té doby to nestojí za nic.“). Skutečnost, že pacient začal trpět psychickou poruchou, zůstává důležitým, ne však dominantním prvkem životního příběhu. Dalším společným prvkem psychoterapeutické práce je zaměření na budoucnost. Životní příběh se mění tak, aby v člověku vyvolával naději, optimismus a pocit kontroly nad směřováním vlastního života. Vynořuje se vědomí smyslu života a proměňuje se i sebepojetí. Jedinec upouští od stereotypu psychicky nemocného pacienta a vrací se sám k sobě, staví sebepojetí na individuálních silných stránkách (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011).

Jiný transteoretický přístup k práci s následky sebestigmatizace se zakládá na používání příběhů lidí, kteří se potýkali s protivenstvím, nevzdali se a své potíže nakonec překonali. Přestože se obvykle jedná o odlišné situace, než s jakými se potýká stigmatizovaný jedinec, vzor „člověka, který přežil“ (tzv. *survivor*) může sloužit jako zdroj inspirace a posílení (Snyder, 2000). Pro tento účel bývají nejčastěji využity knihy a filmy (Snyder, 2000) nebo osobní příklad kolegů ze skupiny (Roe, Hasson-Ohayon, Derhi, Yanos, & Lysaker, 2010).

Specifickým příkladem práce s příběhem zaměřené na snižování internalizovaného stigmatu u psychiatrických pacientů je Kognitivní terapie zaměřená na příběh (Narrative Enhancement and Cognitive Therapy) od Roeho s kolegy (2010). Rámec psychoterapeutického přístupu tvoří 20 hodinových skupinových sezení vedených dvěma psychoterapeuty. Součástí je počáteční vyšetření zjišťující pacientovu sebestigmatizaci a míru sebestigmatizace. Následuje psychoedukace, kognitivní restrukturalizace a práce s příběhy. Pacienti sepisují své životní příběhy, které následně předčítají před skupinou, která s nimi diskutuje a dává zpětnou vazbu. Při opakované dekonstrukci původního příběhu a jeho přepisu do adaptivnější podoby se příběhy stávají konzistentnějšími a méně bezvýchodnými. Podle Roeho s kolektivem (2010) se po absolvování této krátkodobé psychoterapeutické intervence statisticky významně snižuje míra sebestigmatizace, narůstá sebedůvěra, naděje, adaptivní strategie zvládání stresu a vnitřní odstup od možného stigmatizujícího jednání od okolí. Zůstává však nezodpovězenou otázkou, nakolik jsou nabyté změny dlouhodobě udržitelné.

2.3.2. Psychoedukace

Psychoedukace patří k nejčastějšímu způsobu práce na snižování sebestigmatizace (Mittal et al., 2012). Staví na předpokladu, že sklon ke stigmatizaci nebo sebestigmatizaci je kromě jiného založený na nedostatku faktických znalostí o psychických poruchách a jejich léčbě (Thornicroft et al., 2007). Psychoedukace může probíhat individuálně, v párech či rodinném uspořádání, skupinově nebo celospolečensky. Thornicroft, Rose a Mehta (2010) např. zdůrazňují význam společenské osvěty a apelují na odborníky na duševní zdraví, aby se stali aktivnějšími v médiích a srozumitelnou formou poskytovali nezkrácené informace o psychických poruchách a jejich léčbě. Význam psychoedukace však nelze přeceňovat. I kvalitně informovaní jedinci mívají tytéž, nebo ještě větší sklony ke stigmatizaci lidí s psychickými poruchami (Mistik & Turan, 2005).

Podobně jako u práce s příběhem, i psychoedukace může nabývat různých forem, a zároveň je obvykle spojuje několik společných prvků. V průběhu psychoedukace se předávají informace o psychické poruše a její léčbě, nacvičuje se efektivní řešení problémů, zvládání náročných životních situací a škodlivého chování (např. užívání návykových látek jako forma úniku před emoční zátěží), práce na užívaných způsobech zvládání stresu a schopnosti nalézat zdroje opory (Chan, 2011). Opora může mít formu informační (např. vědět, jakým způsobem a kde hledat zaměstnání), instrumentální (např. vyhledání místní charitativní organizace, která poskytuje zázemí osobám s tíživou

finanční situací), emoční (např. kontakt s přáteli a blízkými, kteří dávají najevo lásku a přijetí) a hodnoticí (např. kontakt s téže lidmi, kteří dávají najevo také uznání a podpoří pacientovu sebedůvěru) (Křivohlavý, 2002). Výstupem psychoedukace by mělo být v první řadě zvýšení informovanosti o psychické poruše a jejích způsobech léčby. Tato změna bývá provázena snížením stigmatizace a sebestigmatizace, nárůstem naděje, sebedůvěry a spolupráce při léčbě (Miklowitz, 2008).

Psychoedukace obvykle bývá realizovaná jako součást širšího léčebného programu. Může být doprovodným prvkem farmakoterapie nebo kombinovaná s dalšími psychosociálními přístupy, jako je např. již zmíněná Kognitivní terapie zaměřená na příběh od Roa s kolegy (2010). Dalším příkladem komplexnějšího psychoterapeutického programu na snižování sebestigmatizace u psychiatrických pacientů je projekt Funga s Tsangem a Cheungem (2011) určený pro lidi se schizofrenií. Součástí programu je kromě psychoedukace také motivační rozhovor, nácvik dosahování cílů, nácvik sociálních dovedností a jiné kognitivně behaviorální metody práce. Krátkodobý účinek programu se může projevat v oblasti zvýšení spolupráce při farmakoterapii, nárůstu sebedůvěry a ve změně maladaptivního chování. Jiné psychoedukační programy však mohou mít i dlouhodobější pozitivní účinek, jak ukázal výzkum Coloma s kolegy (2009), kteří realizovali psychoedukaci u jedinců s bipolární afektivní poruchou.

2. 3. 3. Kognitivně behaviorální přístup

Způsob práce se sebestigmatizací, který je založený na principech kognitivně behaviorální terapie, navrhl Praško (Ocisková & Praško, v tisku). Kognitivně behaviorální metody práce bývají součástí psychoedukace (např. u výše zmíněných Coloma et al., 2009), oba přístupy však nejsou totožné. Praško vymezuje následující obecné strategie práce se sebestigmatizací (Ocisková & Praško, v tisku):

1. Psychoedukace

- a) O poruše, jejích příčinách, udržovacích faktorech
- b) O možnostech léčby
- c) Zpochybnění negativních mýtů o léčbě
- d) Edukace o vyhýbavém a zabezpečovacím chování a jejich vztahu k udržování a posilování sebestigmatizace
- e) Edukace blízkých

2. Specifické strategie zaměřené na jednotlivé oblasti stigmatizačního procesu

- a) Zvládání stigmatizace ze strany druhých

- b) Zvládání vnímání stigmatu
- c) Zmírnění sebestigmatizace
- d) Návuk komunikačních strategií v rodině

Základem zvládání stigmatizace ze strany druhých je osvojení nebo zdokonalení komunikačních schopností, zejména návuk asertivního jednání. Poté se přistupuje k expozici situacím, v nichž pacient zažívá stigmatizující chování ze strany druhých. Jedinec nejdříve prochází expozicí v imaginaci, kdy si představuje situaci, v níž byl stigmatizovaný, a následně do představy vkládá vlastní, asertivnější jednání. Po snížení úzkosti a zpevnění tohoto scénáře postupuje s terapeutem ke hraní rolí, kdy terapeut hraje osobu, která při vybrané situaci klienta stigmatizovala, a klient se snaží projevat asertivně. Pokud se cítí nejistý, je možné začít nejdříve s obrácenými rolemi, kdy hraje toho, kdo jej v minulosti stigmatizoval, a terapeut hraje roli klienta. Po poklesu nejistoty a úzkosti se pokročí ke scénáři, kdy klient hraje sám sebe a terapeut představuje stigmatizující osobu. V další fázi návuku jedinec postupně vstupuje do reálných situací, v nichž trénuje schopnost sebeprosazení, a tím paralelně zvyšuje svou sebedůvěru a pocit kontroly nad směřováním vlastního života (Ocisková & Praško, v tisku).

Neméně významné je zvládání vnímání stigmatu. Ne každé chování, které člověk vnímá jako stigmatizující, totiž stigmatizující skutečně je. K rozlišení mezi stigmatizujícím a zdánlivě stigmatizujícím chováním napomáhá práce s bludnými kruhy, na ni navazující technika kognitivní restrukturalizace a behaviorální experimenty (Ocisková & Praško, v tisku).

Při kognitivně behaviorální práci na snižování sebestigmatizace je potřeba pracovat s celkovým sebepojetím. Je důležité zaměřit se na pocity méněcennosti, které obvykle vyplývají z obdobně laděných jádrových přesvědčení. Pokud je nám známo, dosud nebyla realizovaná studie zaměřená na objasnění vztahu mezi jádrovými přesvědčeními a rozvojem sebestigmatizace v pozdější době. Ačkoliv se jedná o hypotézu, kterou je teprve potřeba ověřit, můžeme se alespoň v teoretické rovině vyjádřit k možnostem práce se sebestigmatizací, která vychází ze změny základních přesvědčení. K tomu může sloužit schématerapie nebo narativní kognitivně behaviorální terapie (Ocisková & Praško, v tisku), která je rovněž založená na kognitivní restrukturalizaci a práci se schématy (Praško et al., 2010a). Tento bod práce se sebestigmatizací vyžaduje systematickou studii, která by ověřila jeho účinnost.

2. 3. 4. Rodinný přístup

Pro úplnost bychom rádi nastínili i možnosti práce s rodinou. Nepříznivé rodinné prostředí přispívá k udržování psychopatologie a sebestigmatizace pacienta (např. Stengler-Wenzke et al., 2004a; Stengler-Wenzke et al., 2004b). Rodinní příslušníci patří mezi skupiny osob, které jsou nejvíce náchylné ke stigmatizaci jedinců s psychickými poruchami. Toto jednání částečně plyne z neznalosti a zakořeněných stereotypů o nebezpečnosti a méněcennosti psychiatrických pacientů (Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel, & Parente, 2002). Kromě toho mohou příbuzní trpět sebestigmatizací, která bývá spojena s pocity studu a viny za duševní stav příbuzného, které mohou být posilovány i výčitkami ze strany okolí (Perlick et al., 2011). Sebestigmatizace příbuzných pak mívá neblahý vliv na efektivitu léčby jejich blízkých s psychickými poruchami (Girma et al., 2014).

Práce se stigmatizujícími se reakcemi příbuzných vychází především z psychoedukace a osvojení schopnosti rozlišit, kdy a komu z nepřibuzných a širší rodiny se svěřit s psychickými potížemi svého blízkého a jejich dopady na příbuzné a rodinný život. Častý přístup příbuzných, který spočívá v rigidní snaze tajit tuto skutečnost před ostatními, není ideální. Rodina se dostává do izolace. Příbuzní mají zúžené možnosti ulevit napětí, které často provází přítomnost psychické poruchy u blízkého člověka, a obvykle dříve či později začnou volit málo adaptivní způsoby vyrovnání se zátěží. Pak dochází ke stigmatizaci a obviňování příbuzného za jeho psychické potíže a zhoršuje se rodinné fungování. Opačný extrém, kdy rodina nemá přirozené hranice mezi sebou a vnějším světem, také není optimální. Neuvážené svěřování širokému okolí může vést ke stigmatizaci pacienta i jeho rodiny. Je proto potřeba, aby se naučili rozlišovat, kdy a v jakém rozsahu je vhodné sebeotevření, a kdy nikoliv (Mental Health First Aid, 2011).

Snižování rizika stigmatizace ze strany příbuzných napomáhá jejich edukace a začlenění do procesu léčby. Součástí psychoedukace, která může probíhat ve formě setkávání s rodinou nebo více rodinami s příbuznými, kteří trpí toutéž psychickou poruchou, je i práce s komunikací mezi příbuznými a snižování emoční expresivity (Chan, 2011). Práce s rodinou je v našich zemích poměrně opomíjená, v zahraničních výzkumech se však ukazuje, že je doplňkem léčby, který vede k lepší prognóze stavu lidí s psychickými poruchami (Rea et al., 2003, Angermeyer, Schulze, & Dietrich, 2003). Prospěšné mohou být i svépomocné skupiny pro rodiny osob s psychickou poruchou (Girma et al., 2014). Hnutí svépomocných skupin v našich zemích také teprve čeká na větší rozvoj.

3. ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Nepříjemné emoční stavy prožívá čas od času téměř každý. Úzkost je přirozenou součástí života. V přiměřené míře je adaptivní, stimuluje výkon. Emocí podobnou úzkosti je strach. Rozdíl mezi úzkostí a strachem lze vysvětlit několika způsoby. Zřejmě nejčastěji uváděné vysvětlení nabízí Raboch (2001), podle něhož spočívá rozdíl mezi úzkostí a strachem v objektu, na který jsou vázané. Zatímco úzkost nemá jasně definovanou příčinu, strach ano. Druhá zmíněná emoce navíc trvá pouze po dobu trvání nebezpečí. Podle Steimera (2002) spočívá rozdíl mezi úzkostí a strachem v tom, že první uvedená emoce je inhibující (vyvolává ustrnutí, případně necílenou zmatečnou aktivitu), zatímco strach je aktivující (vyvolává jasně zaměřenou činnost, která spočívá v úsilí vzdálit se nebo se jinak vyhnout zdroji ohrožení). Přestože tedy v běžném životě lidé oba termíny často užívají v téže významu, případně je zaměňují za kognitivní prvek spojený s úzkostí – obavy, existuje mezi nimi rozdíl.

Neurobiologické a kognitivní studie nabízí jasnější vysvětlení rozdílu mezi úzkostí a strachem (Praško 2005). Úzkost se pojí se starostmi nebo obavami z budoucí situace („Co se stane, když...?“). Je spojena s aktivací lůžkového jádra stria terminalis, předního cingula a mediálních prefrontálních oblastí, zatímco amygdala je inhibovaná. Proto se ve studiích opakovaně ukazuje, že úzkost souvisí s disociativními a derealizačními fenomény (např. van Ijzendoorn & Schuengel, 1996; Holtgraves & Stockdale, 1997). Vegetativní systém je nabuzený zvýšeným firing rate z locus coeruleus (noradrenergického jádra v kmeni), který drží v pohotovosti celé tělo pomocí zvýšeného tonu sympatiku. To vede ke zvýšenému napětí svalstva, třesu, sevření žaludku, průjmu, bledosti akraálních částí končetin, pocitům parestezie a dalším tělesným příznakům úzkosti. Vegetativní příznaky se objevují dlouhodobě, u úzkostných poruch prakticky během celého dne a často i ve spánku, ovšem nejsou výrazné. Osa hypothalamus-hypofýza-nadledvinky je inhibovaná – proto jsou typické nálezy snížené kortizolémie a hormonální reaktivita na nespecifické stresové podněty je paradoxně snižena. Jedinec bývá přesto, že je stále napjatý, unavený, snadno podrážděný a nevykonný. Jako by stále číhal na to, zda se nestane něco nebezpečného, na co by musel pohotově reagovat. Ostatní věci jej málo zajímají, je k nim nepozorný, nesoustředěný. To se týká i příjemných aktivit. Pokud se objeví obávaný podnět, úzkost téměř okamžitě přechází do strachu. Strach je z neurobiologického pohledu reakcí na aktuální ohrožení („Je to tady!“). Po zachycení ohrožujícího podnětu dochází

během setiny vteřiny k prudkému nabuzení amygdaly (což je typické při panickém záchvatu nebo při kontaktu s fobickým podnětem). Toto nabuzení, jak ukázal LeDoux (1996), je rychlejší, než si jedinec podnět vůbec kognitivně uvědomí, protože aktivace běží tzv. „rychlou cestou“, dráhou mezi thalamem a amygdalou. Uvědomění, které souvisí s aktivací příslušných korových asociačních oblastí (např. „Je to had a kousne mě!“), přichází 10x pomaleji, tedy za desetinu vteřiny. V té době však už amygdala spustila poplachovou reakci „boj nebo útěk“, která vede k hyperaktivaci locus coeruleus se silnou aktivací sympatického nervového systému v celém těle. Na rozdíl od úzkosti, kdy dochází ke kolísání v tepu a píchání u srdce, ve strachu srdce buší jako zvon, tepová frekvence dosahuje přes 130 tepů za minutu, svaly se prudce napínají a může dojít ke stuporu (emočnímu stuporu) nebo neúčelné panické aktivitě. Ta spočívá v neodbytné snaze utéct ze situace, prudkému zpotení, rychlému až bolestivému stažení žaludku s nevolností i zvracením. Na rozdíl od úzkosti dochází u strachu k prudkému poklesu aktivity prefrontálních laloků. Člověk není schopný mít obavy a starosti, protože ty vyžadují zvýšenou aktivitu prefrontálních laloků. Má zúžené myšlení zjednodušené na několik kognitivních povelů („Rychle pryč!“ nebo „Umírám!“). Osa hypothalamus-amygdala-nadledvinky a hormonální stresová reakce jsou plně spuštěny. Je to stav, který lidé zažívají při náhlém přepadení, při panickém záchvatu, flashbacku nebo při vystavení fobickému podnětu.

Prožívání úzkosti je evolučně výhodné. Úzkost je spojená se signalizací nebezpečí nebo ohrožení a její fyziologický doprovod pomocí nabuzení organismu je přípravou na akci, tak, aby člověk mohl uniknout z ohrožující situace nebo ji zvládnul jinou cestou (Raboch, 2001). Pokud dojde ke spouštěcí situaci, objevuje se strach. To je užitečné v situacích, kdy reálně hrozí nebezpečí, před nímž je potřeba utéct, nebo s ním bojovat – podle základní stresové reakce *fight, flight or fright*²⁰ (Křivohlavý, 2009). V přiměřené míře je úzkost přínosem i v situacích, kdy stimuluje k mentálnímu výkonu²¹. Problém nastává, jakmile je úzkost příliš intenzivní, trvá neúměrně dlouho (jako např. vleklá úzkost u generalizované úzkostné poruchy), objevuje se nadměrně často nebo se vynořuje v situacích, v nichž výrazně omezuje, nebo znemožňuje přiměřené každodenní fungování jedince. Pak hovoříme o úzkostných poruchách (MKN, 1996, zde citujeme aktualizaci z roku 2013).

²⁰ Boj, útěk nebo znehybnění. Příkladem může být situace, kdy běžec v lesoparku narazí na psa nakaženého vzteklinou a nával úzkosti mu umožní mobilizovat síly ke skoku na strom.

²¹ Student, který se obává nadcházejících zkoušek, může být úzkostí ponoukán k učení, a spíše pak zkoušky úspěšně složí, než pokud by byl ve vztahu k nim laxní.

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (aktualizace z roku 2013) rozlišuje mezi několika typy úzkosti. Prvním z nich je spontánní úzkost nebo spontánní panika, která se objevuje nečekaně. Jejím typickým korelátem je na úrovni psychiatrické diagnostiky panická porucha, může se však objevovat např. i u generalizované úzkostné poruchy. Pokud je možné předvídat, za jakých, konkrétně definovaných situací se úzkost projeví, hovoříme o situační nebo fobické úzkosti nebo „úzkosti ze strachu“. Jakmile jedinec trpí úzkostí při pomyšlení na určitou konkrétní situaci, která by mohla nastat, jedná se o anticipační úzkost. Ta se může objevovat u všech úzkostných poruch. U všech úzkostných poruch se můžeme setkat s úzkostí (vztahující se ke konkrétní budoucí situaci, tedy anticipační úzkostí, nebo různorodým a difuzním situacím, což je pak generalizovaná úzkost) i se strachem (aktuálním ohrožením tady a teď). S oběma jevy se však běžně setkáváme také u neklinické populace. Pouhé vědomí jejich existence u daného jedince tedy nestačí ke stanovení diagnózy úzkostné poruchy (Praško, 2005). Další charakteristikou, která je však již typická pro úzkostné poruchy, je to, že úzkost anebo strach jsou nadměrné, velmi časté, nepřiměřené podnětům a narušují fungování v životních rolích (MKN-10, 2013).

Dalším typickým projevem úzkostných poruch jsou meta-úzkosti. Meta-úzkosti se projevují úzkostí z toho, že člověk prožívá nebo bude zažívat úzkost nebo strach a důsledky toho budou pro něj negativní (Wells, 2002). Člověk se obává svých projevů úzkosti, protože věří, že povedou k naplnění určitého katastrofického scénáře nebo jsou známkou jeho selhání (např. „Když budu mít úzkost, nezvládnou ji.“ nebo „Mít úzkost je hanba.“ „Budu se červenat a ostatní mnou budou pohrdat.“).

Úzkost i strach se projevují jako komplexní fenomény na třech úrovních – tělesné, behaviorální a kognitivní, k nimž připojujeme i neodmyslitelnou emoční (Barlow, Allen, & Choate, 2004). V tabulce 2 na následující stránce shrnujeme na podkladě několika zdrojů (Smolík, 2001; Praško, 2005; Ocisková & Praško, v tisku; Rholes, Simpson, & Oriña, 1999) základní příznaky úzkosti a strachu. Platí, že lidé prožívající úzkost nebo strach zpravidla vykazují pouze některé z nich, ne všechny.

Tab. 2: Základní příznaky úzkosti a strachu

DIMENZE ÚZKOSTI A STRACHU			
SOMATICKÁ	EMOČNÍ	KOGNITIVNÍ	BEHAVIORÁLNÍ
Třes, cukání	Úzkost	Selektivní výběr	Automatické reakce
Napětí ve svalech	Strach	podnětů	na úzkost podle jejich
Bolesti svalů	Stud	Kognitivní zpracování	základních typů
Zkrácení dechu	Bezmoc	podnětů	Útok
Hyperventilace	Beznaděj	Katastrofické scénáře	Útěk
Zvýšená unavitelnost	Hněv na sebe samého	Děsivé živé představy	Úlek
Parestázie	Pocity viny	Kognice spojené	Ustrnutí
Obtíže s polykáním	Hněv na druhé	s předpokládaným	Behaviorální strategie
Vegetativní hyperaktivita	Strategie zacházení	nezvládnutím situace	zvládnání nebo
Červenání, blednutí	s emocemi	Kognitivní vyhýbání a	prevence úzkosti
Tachykardie	Potlačování emocí	tlumení	Vyhýbavé chování
Pocení	Vytěšňování emocí	Kognice spojené	Ujišťování
Studená akra	Popírání emocí	s hrozivými důsledky	Kontrolování
Sucho v ústech	Disociace	Kognice spojené	Performační chování
Nevolnost		s nedůvěrou v pomoc	
Časté močení		zvenčí	
Průjem nebo zácpa		Kognice facilitující	
Víření v žaludku		zabezpečovací a	
Sevření na hrudi		vyhýbavé chování	
Píchání u srdce			
Snížené libido			

3. 1. Prevalence úzkostných poruch a nejčastější komorbidity

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychické poruchy (Raboch, 2001). Starší údaje založené na diagnostice podle manuálu DSM-III-R uvádí, že úzkostné poruchy se během života objeví u čtvrtiny americké populace (Kessler et al., 1994). Podle novějších zdrojů činí celoživotní prevalence úzkostných poruch 28,8 %, následované impulsivními (24,8 %) a depresivními poruchami (20,8 %). Celoživotní prevalence výskytu jakékoliv psychické poruchy se u americké populace pohybuje okolo 46,4 %, úzkostné poruchy tedy tvoří jejich značnou část (Kessler et al., 2005). Evropské údaje jsou obdobné. Během života začne trpět některou psychickou poruchou přibližně 38,2 % Evropanů. Nejčastější jsou úzkostné poruchy (14 %), následované diagnózou nespavosti (7 %) a depresivní poruchou (6,9 %) (Wittchen et al., 2011). Alonso s kolegy (2004) uvádí, že celoživotní prevalence úzkostných poruch je 13,6 %. Přibližně každý sedmý Evropan tedy během života rozvine některou z úzkostných poruch. Podle Wittchena s kolegy (2011) se s úzkostnou poruchou ročně potýká přibližně 61,5 milionů Evropanů.

Roční prevalence jednotlivých úzkostných poruch je nejvyšší u specifických fobií (6,4 %), následovaných sociální fobií (2,3 %), agorafobií (2 %) a panickou poruchou (1,8 %). Generalizovaná úzkostná porucha (GAD) se objevuje významně častěji u osob starších 65 let (3,4 %) než u mladších kohort (1,7 %) (Wittchen et al., 2011; Michael, Zetsche, & Margraf, 2007).

Průměrný věk nástupu úzkostných poruch je pak 11 let (Kessler et al., 2005). U naprosté většiny jedinců s úzkostnou poruchou (80-90 %) se první příznaky projeví mezi 10. a 25. rokem. Specifické a sociální fobie často začínají v dětství nebo pubertě a jen vzácně se poprvé objeví až po 20. roku věku. GAD, panická porucha a agorafobie se obvykle rozvíjí v adolescenci a mladé dospělosti. Průměrný věk nástupu prvních příznaků těchto poruch se pohybuje mezi 20. až 30. rokem (Michael et al., 2007).

Úzkostné poruchy se vyskytují častěji u žen než u mužů. Někteří autoři hovoří o poměru 2:1 (Alonso et al., 2004). Jiní jsou v odhadu a zjištěních střízlivější a uvádí, že celoživotní prevalence výskytu úzkostné poruchy je u žen 30,5 % a u mužů 19,2 % (Kessler et al., 1994). Úzkostnou poruchu častěji rozvinou lidé, kteří jsou svobodní, rozvedení nebo ovdovělí. Nezaměstnaní a ženy v domácnosti jsou další rizikovou skupinou, stejně jako lidé s nízkým vzděláním nebo nízkým finančním příjmem (Michael et al., 2007). Panická porucha, fobie i GAD se častěji vyskytují také u příbuzných prvního stupně (Michael et al., 2007).

Výskyt úzkostných poruch je v různých kulturách a společnostech velmi podobný (Wittchen et al., 2011). Napříč odlišným sociokulturním zázemím bývají nejčastějšími diagnostikovanými úzkostnými poruchami specifické a sociální fobie, zatímco panická porucha a agorafobie bývají zastoupené podstatně méně (Michael et al., 2007). Wittchen s kolegy (2011) také oproti možnému očekávání uvádí, že mezi lety 2005 a 2011 nedošlo ke statisticky významnému nárůstu prevalence úzkostných poruch v evropské populaci.

Komorbidity

Úzkostné poruchy bývají komorbidní, a to mezi sebou i mezi dalšími psychickými poruchami, jako jsou afektivní poruchy nebo poruchy osobnosti (Sartorius et al., 1996). Komorbidity je pravidlem spíše než výjimkou. Panická porucha je komorbidní s jinou psychickou poruchou až v 92,2 % případů. Úzkostné poruchy jsou komorbidní s další psychickou poruchou průměrně v 86 % (Michael et al., 2007).

Poměr šancí (odds ratio, OR) je nástrojem pro vyjádření těsnosti vztahu mezi dvěma proměnnými, zde komorbiditami. Představuje poměr mezi pravděpodobnostmi výskytu

určité proměnné („následku“) po expozici jiné proměnné ve srovnání s pravděpodobností výskytu této proměnné (výše zmíněného „následku“) bez této expozice (Szumilas, 2010). V našem případě svědčí hodnoty OR vyšší než 1 o tom, že úzkostná porucha je rizikovým faktorem vůči rozvoji komorbidní poruchy (nebo naopak, určitá porucha je rizikovým faktorem pro vznik úzkostné poruchy, pokud tak uvádíme). Jednoduše, čím vyšší číslo, tím rizikovější je daný faktor pro vznik další poruchy.

Úzkostné poruchy jsou často komorbidní již mezi sebou samými. Poměr šancí (OR) je u těchto komorbidit v průměru 6,2. Nejtěsněji spolu souvisí GAD a panická porucha (OR = 12,3) a panická porucha a agorafobie (OR = 11,9). V obou případech je první poruchou, zvyšující pravděpodobnost rozvoje druhé, panická porucha. Relativně slabé je spojení mezi sociální fobií a dalšími úzkostnými poruchami (OR = 3,8-4,8) (Michael et al., 2007).

Poměr šancí je vyšší u komorbidit mezi úzkostnými a afektivními poruchami, kde činí 6,6. Obzvláště silné spojení lze nalézt mezi panickou poruchou, nebo GAD a afektivními poruchami. U více než dvou třetin jedinců se nejdříve rozvine úzkostná porucha a až následně afektivní. Pouze 15,4 % rozvíjí úzkostnou poruchu sekundárně, po primární afektivní poruše. Existuje zde také méně výrazná, ale přesto přítomná spojitost mezi úzkostnými a návykovými poruchami, kde úzkostné poruchy také zpravidla předchází rozvoji návykové poruchy (Michael et al., 2007).

Úzkostné poruchy se objevují u četných somatických stavů, zejména u chronických onemocnění. Časté jsou komorbiditity s kardiovaskulárními, plicními, cerebrovaskulárními, gastrointestinálními a dermatologickými chorobami (Stoudemire, 1996). Pokud zůstanou komorbidní úzkostné poruchy u těchto chorob neodhalené, ztěžují léčbu somatických stavů. U nemocí srdce komorbidní úzkostné poruchy významně zvyšují morbiditu (Praško 2005). Totéž platí v případě komorbiditity mezi úzkostnými a jinými psychickými poruchami (Overbeek, Vermetten, & Griez, 2001).

Zátěž a vliv úzkostných poruch na fungování

Kromě zátěže, kterou úzkostné poruchy přináší ve spojení s komorbiditami, představují také samy o sobě velkou zátěž kladenou na jedince i systém, v němž se pohybuje. Pokud jsou neléčené, mívají úzkostné poruchy chronický průběh, a mohou být stejně zneschopňující jako mnohé somatické choroby (Lépine, 2002; Wittchen et al., 2011).

Lépine (2002) se také vyjadřuje k zátěži, kterou tyto poruchy kladou také na systém. Lidé s úzkostnými poruchami často vyhledávají služby lékařů (psychiatrů i dalších lékařů, včetně praktických lékařů a služeb pohotovosti), mohou podstupovat četné hospitalizace a

užívat značné množství léků (ne nezbytně účinných na snižování úzkosti). Jako významnou zátěž pro systém uvádí Lépine (2002) také sníženou produktivitu a práceschopnost jedinců s úzkostnými poruchami a zvýšené riziko suicidia.

Úzkostné poruchy a sebestigmatizace

Zmiňme také problematiku stigmatu a internalizovaného stigmatu. Lidé s úzkostnými zpravidla nejsou v centru zájmu výzkumníků zabývajících se dopadem stigmatu psychických poruch na jedince s poruchami z okruhu tzv. malé psychiatrie. Přitom vychází najevo, že také oni jím bývají zasaženi a že se jedná o problém, který je potřeba řešit (více v podkapitole 1. 3. 1.) (Alonso et al., 2008; Alonso et al., 2009). Kromě současné činnosti našeho pracoviště a Alonsoových výzkumů dosud zřejmě nebyla realizovaná studie, která by se zabývala vlivem stigmatizace nebo sebestigmatizace na osoby s úzkostnými poruchami. To je také důvodem, proč jsme pro náš výzkum vybrali právě tuto skupinu jedinců. Podle výsledků námi realizované standardizace škály ISMI se zdá, že lidé trpící úzkostnou poruchou mají stejně velký sklon k sebestigmatizaci jako lidé trpící jinými psychickými poruchami, jako jsou afektivní, psychotické, návykové nebo poruchy osobnosti (Ocisková et al., 2014a). Shape s Wessleym (2000) zmiňují, že jedinci s panickou poruchou nebo GAD často odmítají nálepku psychické poruchy. Proto se upínají k somatickým příznakům úzkosti a popírají nebo vytěsňují emoce s nimi spojené. Mohlo by se jednat o jeden ze způsobů, jak předejít stigmatizaci ze strany okolí nebo sebestigmatizaci. Nic bližšího, co by se týkalo internalizovaného stigmatu u lidí s úzkostnou poruchou, však v současnosti není známo. Také na základě námi realizovaných studií o vztahu mezi sebestigmatizací a adherencí k farmakoterapii u jedinců s úzkostnými poruchami (Cinculová et al., 2015) nebo jejich příznakům deprese a celkové závažnosti příznaků psychických poruch (Ocisková et al., 2014a) však můžeme konstatovat, že část této populace trpí negativními následky sebestigmatizace.

3. 2. Úzkostné poruchy v MNK-10

V současnosti platná Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2013) rozlišuje mezi fobickými úzkostnými poruchami a jinými úzkostnými poruchami. Fobické úzkostné poruchy jsou v klasifikaci (2013, s. 214) definované jako:

Skupina poruch, kde je úzkost vyvolána pouze nebo převážně v určitých dobře definovaných situacích, které nejsou za běžných okolností nebezpečné. Pacient se těmito

situacím vyhýbá, a pokud tak neučiní, trpí v nich strachem. Zájem pacienta se soustředí na jednotlivé příznaky, jako je palpitace nebo pocit na omdlení, a často jsou spojeny s druhotným strachem ze smrti, ztráty sebeovládání nebo zešlivení. Myšlenky na účast ve „fobické“ situaci vzbuzují u pacienta anticipační úzkost. Fobická úzkost a deprese často existují vedle sebe. Zda jsou nutné obě diagnózy, fobická úzkost a depresivní epizoda nebo pouze jedna z nich, je určeno časovým průběhem obou poruch a terapeutickou úvahou při lékařské konzultaci. Do této skupiny poruch jsou řazeny agorafobie, sociální fobie, specifické fobie a „zbytkové kategorie“ – jiné anxiózně fobické poruchy a anxiózně fobická porucha nespecifikovaná (MKN-10, 2013).

Druhou skupinu – jiné úzkostné poruchy – klasifikace (2013, s. 215) vymezuje jako „poruchy, kde je hlavním příznakem manifestní úzkost, která není omezena na nějakou zvláštní situaci. Depresivní a obsedantní příznaky a někdy i prvky fobické úzkosti se také mohou objevit, ale musí být nepochybně sekundární nebo méně závažné.“ Do kategorie jiných úzkostných poruch spadá panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně-depresivní porucha, jiné smíšené úzkostné poruchy a „zbytkové“ kategorie jiné určené úzkostné poruchy a úzkostná porucha nespecifikovaná (MKN-10, 2013). Pro přehlednost uvádíme v tabulce č. 3. V souladu s diagnostickými kritérii pro výzkum (WHO, 1993) pak stručně vymezujeme základní úzkostné poruchy.

Tab. 3: Úzkostné poruchy podle MKN-10 (2013)

DIAGNOSTICKÝ KÓD	NÁZEV PORUCHY
F40	FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY
F40.0	Agorafobie
F40.1	Sociální fobie
F40.2	Specifické fobie
F40.8	Jiné anxiózně fobické poruchy
F40.9	Anxiózně fobická porucha nespecifikovaná
F41	JINÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY
F41.0	Panická porucha
F41.1	Generalizovaná úzkostná porucha
F41.2	Smíšená úzkostně-depresivní porucha
F41.3	Jiné smíšené úzkostné poruchy
F41.8	Jiné určené úzkostné poruchy
F41.9	Úzkostná porucha nespecifikovaná

F40.0 Agorafobie

Agorafobie je úzkostná porucha, která je založená na intenzivním strachu z veřejných prostor, pobytu v davu lidí, pobytu mimo domov nebo cestování o samotě. Na strach nasedá vyhýbavé chování. Lidé, kteří poruchou trpí, se tedy zpravidla s postupem času stále více vyhýbají obávaným situacím, což může vést k jejich izolaci a odkázanosti na příbuzné a jiné blízké osoby. Nezbytnými diagnostickými kritérii jsou fyziologické projevy strachu a úzkosti a emoční diskomfort spojený s fobickými situacemi nebo vyhýbavostí, který je pacientem hodnocený jako nadměrný nebo přehnaný. Příznaky fobie jsou omezené na prožívání konkrétních situací, které spouští strach, nebo přemýšlení o nich. Specifický kód F40.01 odkazuje na diagnózu agorafobie s komorbidní panickou poruchou (WHO, 1993).

Celoživotní prevalence poruchy se pohybuje v rozmezí 2,9-5,3 %, roční prevalence pak mezi 1,9 až 2,5 % (Kessler et al., 2005; Wittchen et al., 2008). Porucha se vyskytuje přibližně dvakrát častěji u žen (7 %) než u mužů (3,5 %) (Ginsberg, 2004).

Agorafobie nejčastěji vzniká v mladé dospělosti, okolo 25. roku věku (Goodwin et al., 2005). Rozvoji může předcházet panická porucha, není to však pravidlem. Průběh bývá bez léčby chronický, následky poruchy mohou být pro jedince vysoce zatěžující a významně snižovat kvalitu jeho života (Fava, Rafanelli, Tossani, & Grandi, 2008). Kromě častého spojení mezi agorafobií a panickou poruchou jsou dalšími frekventovanými komorbiditami jiné úzkostné poruchy, posttraumatická stresová porucha a deprese (Kessler, Chiu, Demler, Walters, 2005).

F40.1 Sociální fobie

Sociální fobie se projevuje intenzivním strachem z toho, že se jedinec stane centrem pozornosti nebo se zachová tak, že to povede k jeho zahanbení nebo zostuzení. Proto se vyhýbá situacím, v nichž by toto mohlo nastat (WHO, 1993). Vyhýbavé chování však časem narůstá a člověk se vyhýbá stále více společenským situacím. Může se tak dostat až do úplné sociální izolace nebo trpět mutismem (Praško et al., 2007). Častými situacemi spouštějícími příznaky sociální fobie jsou projev před více lidmi, jezení s nebo před dalším člověkem nebo lidmi, komunikace na veřejném prostranství nebo zapojování se do sociálních skupin, např. na oslavách, při jednáních nebo do školních či pracovních kolektivů. Diagnostickými kritérii jsou dále fyziologické příznaky úzkosti, zejména pak červenání a potřeba jít na toaletu. Příznaky fobie musí vést k výrazné emoční nepohodě, která je jedincem hodnocená jako nadměrná nebo přehnaná. Stejně jako u agorafobie, i

kritéria pro sociální fobii vyžadují, aby byly fobické příznaky specifické pro určitý okruh situací – zde spojené s pobytem ve společnosti nebo obecněji s druhými lidmi (WHO, 1993).

Celoživotní prevalence poruchy se pohybuje mezi 5,0-12,1 % (Grant et al., 2005; Kessler et al., 2005). Míra roční prevalence se nachází okolo 2,8 % (Grant et al., 2005). Porucha se vyskytuje přibližně stejně často u žen jako u mužů, nicméně diskuze o roli pohlaví při vzniku a průběhu poruchy a její léčby je stále nedořešená (Fehm, Pelissolo, Furmark, & Wittchen, 2005).

Sociální fobie obvykle vzniká v pubertě a adolescenci, případně dětství nebo mladé dospělosti. Jen vzácně vzniká později (Fehm et al., 2005; Brunello et al., 2000). Porucha mává chronický průběh. Spontánní remise jsou vzácné (Yonkers, Dyck, & Keller, 2001). Člověku, který jí trpí, způsobuje značnou zátěž. Ta může být zhoršená komorbiditou s agorafobií, depresí nebo s poruchami spojenými se zneužíváním nebo závislostí na alkoholu (Bruce et al., 2005; Fehm et al., 2005). Pouze malá část lidí, kteří trpí sociální fobií, však vyhledá pomoc odborníka. Kvůli absenci adekvátní léčby se pak zpravidla dále zhoršuje jejich stav. Těžká sociální fobie může vést k úplné izolaci jedince, nezaměstnanosti, chudobě a sebevraždě (Fehm et al., 2005; Stein & Kean, 2000).

F40.2 Specifické fobie

Specifické fobie jsou svým charakterem podobné ostatním fobickým úzkostným diagnózám, pouze se vztahují k jiným fobickým situacím. To znamená, že i pro ně je typické fyziologické nabuzení při kontaktu s určitým podnětem, výrazný emoční diskomfort a vyhýbavé chování spojené s fobickým podnětem nebo myšlenkami na něj. Pro diagnostiku je potřeba, aby člověk trpící některou ze specifických fobií hodnotil, že jeho strach je nadměrný nebo přehnaný či nesmyslný (WHO, 1993). Specifické fobie se mohou vztahovat na nejrůznější věci, situace a jevy a zřejmě není podnět, který by se nemohl stát předmětem specifické fobie. Nejčastější předměty strachu u specifických fobií uvádíme níže.

Specifické fobie jsou relativně běžné a během života je rozvine přibližně 9,4-12,5 % jedinců (Kessler et al., 2005; Stinson et al., 2007). Roční prevalence činí 7,1 % (Stinson et al., 2007). Uvádí se, že u žen je pravděpodobnost výskytu dvakrát častější než u mužů (Stinson et al., 2007).

Specifické fobie obvykle začínají v dětství nebo dospívání, není to však pravidlem (Stinson et al., 2007). Nejčastější fobie se týkají strachu ze zvířat, specifických situací

(z použití výtahu, letu letadlem nebo řízení) a strachu spojeného se zdravím (z lékařů, zvracení, injekčního odběru krve nebo nákazy) (Becker et al., 2007). Fobie ze zvířat a některých přírodních prvků a jevů (např. bouřek nebo vody) obvykle vznikají v předškolním věku, situační fobie se většinou rozvíjí v pokročilejším věku – během dospívání nebo v období mladé dospělosti (Becker et al., 2007). Většina fobií časem spontánně vymizí, některé však přetrvávají. V takových případech pak průběh zpravidla bývá chronický a dále jej mohou ztěžovat komorbidní poruchy (Choy, Fyer, & Lipsitz, 2007). Mezi nejčastější komorbidity dospělé populace patří jiné úzkostné poruchy, afektivní nebo somatoformní poruchy a poruchy příjmu potravy (Becker et al., 2007). Přítomnost komorbidní poruchy, intenzita samotné specifické fobie, jejich specifita a obávaný objekt, jev nebo situace jsou faktory, které se podílí na míře, v jaké budou zatěžující pro jedince, kteří jimi trpí (Becker et al., 2007). Pouze malé procento jedinců se specifickými fobiemi však vyhledá péči odborníka na duševní zdraví (Stinson et al., 2007).

F41.0 Panická porucha

Panická porucha je charakterizovaná opakovanými záchvaty masivní úzkosti, které nejsou vázané na konkrétní situaci nebo objekt. Záchvaty jsou spontánní a nelze je předvídat (WHO, 1993). Panický záchvat, jinak také ataka, se obvykle projevuje některými z následujících příznaků – náhlým začátkem, masivní, časově ohraničenou úzkostí, která obvykle trvá v řádu minut (výjimečně déle), a příznaky nabuzení autonomního nervového systému. Ty obvykle zahrnují palpitace, pocení, třes a sucho v ústech. Další příznaky panické ataky zahrnující oblast hrudi a břicha jsou obtížné dýchání, bolest na hrudi, nevolnost nebo žaludeční obtíže. Panický záchvat se může projevovat na psychické a neurologické úrovni vertigem, derealizací nebo depersonalizací a sekundárním intenzivním strachem ze ztráty kontroly, omdlení, úmrtí nebo zešléní. Časté jsou rovněž pocity slabosti, návaly horka nebo chladu a mravenčení v končetinách, které úzce souvisí s hyperventilací vycházející z pocitu dechové nedostatečnosti (Praško et al., 2007; WHO, 1993). Panická porucha, která zahrnuje nejméně 4 záchvaty masivní úzkosti v posledních čtyřech týdnech, je označovaná jako středně těžká. Panická porucha, během níž došlo alespoň ke čtyřem panickým atakám každý týden po dobu čtyř týdnů, je hodnocená jako těžká (WHO, 1993).

Kessler s kolegy (2006) uvádí, že ojedinělou ataku panické úzkosti během života zažije 22,7 % jedinců, jedná se tedy o relativně častý jev. Celoživotní prevalence poruchy

je však nižší. Jedná se přibližně o 2,2-4,7 % osob (Kessler et al., 2005; Carlbring, Gustaffson, Ekselius, & Andersson, 2002). Dvanáctiměsíční prevalence je pak 1,6-2,2 % (Kessler et al., 2006; Carlbring et al., 2002). Porucha se vyskytuje více dvakrát častěji u žen (5-5,6 %) než u mužů (1-2 %) (Ginsberg, 2004; Carlbring et al., 2002). Přibližně jedna až dvě třetiny osob s panickou poruchou současně trpí agorafobií (Kessler et al., 2006; Kikuchi et al., 2005).

Panická porucha obvykle začíná na prahu dospělosti (Weissman et al., 1997). Její další vývoj je poměrně individuální – porucha může chronifikovat, jsou však také známé případy spontánních remisí nebo opakujících se relapsů s přechodnými obdobími klidu (Faravelli & Paionni, 2001). Lidé s panickou poruchou se mnohdy vyhýbají situacím, v nichž k panice došlo. Tak se může rozvinout agorafobie, která dále zhorší kvalitu života a fungování jedince a obvykle zatíží i jeho blízké, na které je jedinec stále více odkázaný (Goodwin et al., 2005). Dalšími komorbiditami, které také přináší zátěž, bývají deprese, jiné neurotické poruchy, poruchy související se zneužíváním nebo závislostí na návykových látkách nebo poruchy osobnosti (Roy-Byrne et al., 2000; Goodwin et al., 2005). Panická porucha může výrazně snižovat kvalitu života pacientů a vést až k sebevraždě (Goodwin et al., 2005).

F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)

Generalizovaná úzkostná porucha je do určité míry opakem panické poruchy, ačkoliv je obě diagnózy vzájemně nevylučují. Zatímco se panická porucha projevuje krátkými stavy masivní úzkosti, úzkost u GAD je spíše volně plynoucí, stále přítomná, neodcházející. Člověk, který trpí touto poruchou, má sklony nadměrně se strachovat a dělat si starosti v běžných situacích, které samy o sobě nejsou ohrožující. Takový jedinec si např. dělá starosti kvůli financím, přestože jejich nedostatkem netrpí a nejsou zde známky toho, že by mohl trpět. Obává se o zdraví svých blízkých i své vlastní, i když jsou všichni zdraví, v pořádku a zjevně jim nic nehrozí. Pro diagnózu GAD je potřeba, aby tento stav trval nejméně po dobu půl roku. Neodmyslitelným kritériem jsou vegetativní příznaky úzkosti, které jsou totožné jako u panické poruchy, pouze se obvykle projevují v nižší intenzitě (a o to déle). Kromě těchto příznaků mohou pro tuto diagnózu svědčit také projevy napětí – svalová ztuhlost, neschopnost odpočívat nebo stálý neklid. Častými projevy jsou také stížnosti na subjektivně (a nezdědká i objektivně) nedostatečný stav kognitivních funkcí, zejména pozornosti a paměti, nespavost a zvýšená iritabilita (WHO, 1993).

Celoživotní prevalence poruchy se pohybuje okolo 5,7 % (Kessler et al., 2005). Roční prevalence se uvádí v širokém rozmezí 1,9-5,1 % (Wittchen, 2002). Stejně jako většina jiných úzkostných poruch, i tato se objevuje přibližně dvakrát častěji u žen (6,6 %) než u mužů (3,6 %) (Wittchen, 2002; Wittchen, Zhao, Kessler, & Eaton, 1994).

Generalizovaná úzkostná porucha zřídka kdy začíná před 25. rokem věku. S vyšší incidencí se setkáváme spíše u jedinců starších 35 let. Průběh poruchy se s časem zhoršuje, bývá kolísavý a vede k viditelnému narušení kvality života a fungování v každodenních záležitostech (Wittchen & Hoyer, 2001). Podle Rubia s López-Iborem (2007) se po padesátém roku věku výskyt GAD snižuje a do jisté míry se u této věkové kohorty přeměňuje v somatoformní poruchy. Jiné výzkumy však naopak poukazují na vyšší výskyt poruchy u starších osob (Wittchen & Hoyer, 2001). GAD bývá komorbidní s depresivními poruchami nebo jinými úzkostnými poruchami (Wittchen & Hoyer, 2001; Stein, 2001). Časté komorbidity pak psychický stav a kvalitu života jedinců s GAD dále zhoršují. Mnozí lidé trpící GAD vyhledají odborníka na duševní zdraví po letech až desetiletích trvání poruchy (Wittchen, 2002). Léčba pak může být náročnější a méně efektivní než v případě, pokud by jedinec dorazil v začátcích trvání poruchy. Úspěšnost léčby snižuje také komorbidita s depresí (Wittchen & Hoyer, 2001).

F41.2 Smíšená úzkostně depresivní porucha

Smíšená úzkostně depresivní porucha je v podstatě předělem mezi úzkostnými a depresivními poruchami. Tato diagnóza by měla být stanovená v případě, kdy se u pacienta objevují příznaky úzkosti i deprese, ale žádný není vyjádřený natolik, aby mohl být samostatně diagnostikován (např. jako GAD nebo depresivní porucha). Příznaky úzkosti i deprese jsou zároveň vyvážené, ani jedna složka nepřevažuje. Jedinec, který trpí touto poruchou, tedy zažívá úzkost, která mnohdy mívá rysy GAD, a zároveň může mít negativní sebehodnocení, prožívat beznaděj, anhedonii nebo tíživý smutek, které svědčí pro depresi (MKN-10, 2013). Porucha nemá pevně stanovená výzkumná kritéria (WHO, 1993).

Údaje o prevalenci nejsou dosud příliš známé. Podle některých autorů je současná prevalence poruchy v západní společnosti přibližně 1,8 %, měsíční prevalence však může představovat až 8,8 % (Das-Munshi et al., 2008; Balestrieri, Isola, Quartaroli, Roncolato, & Bellantuono, 2010). Tito vědci se zpravidla domnívají, že se jedná o jednu z nejčastějších psychických poruch (Stansfeld, Rasul, Head, & Singleton, 2011). Podle jiných činí roční prevalence pouze 0,6 %, což je jedním z důvodů, proč zpochybňují

její existenci jako specifické diagnostické jednotky, ačkoliv v MKN-10 je samostatně vymezená (Spijker, Batelaan, de Graaf, & Cuijpers, 2010; Batelaan, Spijker, de Graaf, & Cuijpers, 2012; MKN-10, 2013). Jedná se o poruchu, jejíž vymezení je stále předmětem výzkumu a pokračujících debat (MKN-10, 2013). Vyskytuje se častěji u žen než u mužů, a to v přibližném poměru 1,5:1 (Jenkins, 2001; Balestrieri et al., 2010).

Porucha se častěji vyskytuje u lidí starších 45 let, ovdovělých nebo nezaměstnaných (Balestrieri et al., 2010). Průběh je individuální – vyskytují se spontánní remise i chronifikace stavu (Spijker et al., 2010; Balestrieri et al., 2010).

3. 3. Úzkostné poruchy v DSM-V

Nedávno publikovaná pátá verze amerického Diagnostického a statistického manuálu (DSM-V) vymezuje následující úzkostné poruchy:

- Panickou poruchu
- Agorafobii
- Sociální fobii
- Generalizovanou úzkostnou poruchu
- Specifické fobie
- A separační úzkostnou poruchu (Stein & Sareen, 2014).

Tím se odlišuje od předchozího manuálu, DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), v němž se mezi úzkostné poruchy řadily také posttraumatická stresová porucha a obsedantně-kompulzivní porucha. Posttraumatická stresová porucha byla vyřazena především kvůli rozdílům v klinickém obrazu, které porucha vykazuje ve srovnání s úzkostnými poruchami, a expozici traumatu, která je pro tuto poruchu stěžejní (Jones & Cureton, 2014). Ne všichni však s tímto krokem souhlasí a zdůrazňují podobnost mezi touto poruchou a úzkostnými poruchami (Zoellner, Rothbaum, & Feeny, 2011). Obsedantně kompulzivní porucha rovněž tradičně spadala mezi úzkostné poruchy. Stejně jako MKN-10, i DSM-V ji vyčlenilo do samostatné kategorie poruch. Důvodem byly narůstající důkazy o tom, že podstatou poruchy není úzkost, ale repetitivní myšlenky a chování, které jsou důsledkem narušené regulace bazálních ganglií. Také další neurofyziologické koreláty poukazují na rozdíly mezi jedinci s úzkostnými poruchami a obsedantně kompulzivní poruchou (Rasmussen & Wilhelm, 2012). Vyjma separační úzkostné poruchy, o níž se v evropském kontextu uvažuje především jako o poruše objevující se u dětí a která je řazená mezi psychické poruchy se začátkem v dětství a

dospívání (Koutek, 2010), jsou kritéria pro ostatní úzkostné poruchy velmi podobná těm, které se nachází v MKN-10.

3. 4. Léčba úzkostných poruch

Tradovaný mýtus, podle něhož jsou úzkostné poruchy relativně málo závažné poruchy s dobrou léčitelností, se ukázal jako chiméra. Celá řada studií z posledních 20 let ukazuje, že jde o poruchy s dlouhodobým, velmi často celoživotním průběhem, kdy během léčby plné remise dosáhne u farmakoterapie mezi 40-60 % pacientů, částečné úlevy dalších 20 % pacientů a kolem 20-40 % pacientů bývá na léčbu rezistentní (přehledy Praško, 2005; Praško et al., 2008a, b, c, d, e, f). Výsledky psychoterapie nejsou o nic lepší. 20-40 % pacientů zůstává navzdory intenzivní léčbě nadále významně symptomatických, se zhoršenou adaptací a sníženou kvalitou života, a zpravidla jsou invalidizováni. Nedostatečná odpověď na farmakologickou léčbu může souviset s biologickými mechanismy (např. krátkými alelami na genu pro serotoninergní transportér, horším vstřebáváním ve střevě nebo rychlým metabolismem v játrech) i s nevyřešenými zevními nebo vnitřními konflikty, které navozují chronický stres (např. Charney, 2004; Hettema et al., 2006; Yonkers et al., 2000). Podobně může nedostatečná odpověď na psychoterapii souviset s kognitivním deficitem, ale častěji s celou řadou neřešených konfliktů, které si pacient nemusí uvědomovat kvůli vysoké míře disociace (a pak je není schopen s terapeutem nebo skupinou sdílet a řešit), s komorbiditou nebo vlastní motivací k léčbě (Hansen, Vogel, Stiles, & Götestam, 2007; Yonkers et al., 2000; Katerndahl, 2003). Je možné, že nedostatečná odpověď na léčbu souvisí mj. se sebestigmatizací, která vede k nízké adherenci k farmakoterapii, jak ukázala Cinculová s kolegy (2015) v oblasti farmakoterapie úzkostných poruch. Jedná se však o oblast, v níž je potřeba mnohem více zjištění, abychom mohli vyslovit závěr o vztahu mezi sklonem ke stigmatizaci sebe samého a nedostatečnou odpovědí na psychoterapeutickou nebo kombinovanou léčbu.

Funkční postižení pacientů s úzkostnými poruchami dosahuje, a v řadě případů i přesahuje, míru postižení při chronickém tělesném onemocnění (Rodrigues, Brase, Pagano, & Keller, 2005). Suicidalita pacientů s úzkostnými poruchami je rovněž vysoká, podobná jako u pacientů se schizofrenií, a podle některých studií dosahuje až výše afektivních poruch (např. Schmidt, Woolaway-Bickel & Bates, 2001; Karam et al., 2012). Situaci dále zhoršuje skutečnost, že pouze menšina lidí s úzkostnou poruchou je odeslaná k odborníkovi na duševní zdraví (Stein & Sareen, 2014).

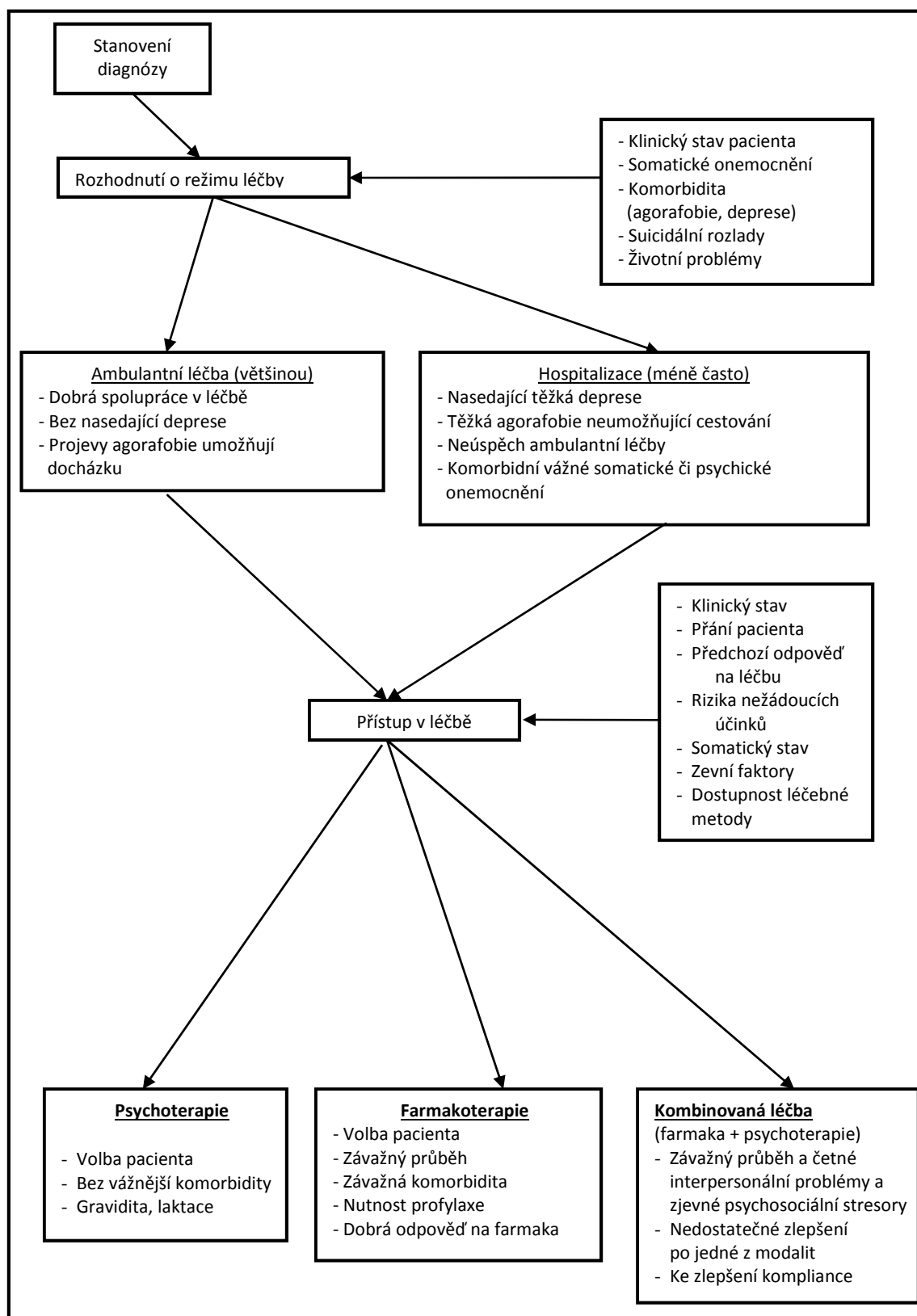
Probrání všech zásad léčby úzkostných poruch přesahuje možnosti této práce, proto bude v dalším textu zdůrazněno pouze to nejdůležitější, co bylo shrnuto v posledních přehledných pracích a Doporučených postupech psychiatrické péče (Praško et al., 2008a,b,c,d,e,f; Praško, Janů & Junek, 2014).

Na počátku rozhodování o léčbě stojí důkladné vyšetření pacientových příznaků, jejich tíže a vlivu na fungování v životě, diferenciální diagnostika a zhodnocení přítomnosti psychiatrických nebo somatických komorbidit. Rozhodnutí o způsobu léčby vychází také z pacientových preferencí. Může např. odmítat léky a preferovat pouze psychoterapii nebo naopak, může vítat oboje nebo usilovat o výhradně ambulantní vedení nebo hospitalizaci. Při zvažování přirozeně hraje roli také dostupnost zvažované péče (Stein & Sareen, 2014; Praško, Látalová, Ticháčková, & Stárková, 2011). Základní algoritmus při rozhodování o léčbě uvádíme v tabulce na následující straně.

Přítomnost komorbidit, jako jsou např. deprese nebo porucha osobnosti, ovlivňuje průběh léčby a je potřeba brát je v potaz. Pokud tedy pacient trpí příznaky některé úzkostné poruchy a zároveň středně těžké deprese, je nezbytné simultánně léčit obě komorbidity. Totéž platí pro komorbiditu s bipolární afektivní poruchou a závislosti na návykových látkách (Stein & Sareen, 2014).

Roy-Byrne s kolegy (2010) uvádí, že většina lidí s úzkostnou poruchou v Německu při léčbě upřednostňuje psychoterapii nebo psychoterapii kombinovanou s farmakoterapií. Navzdory tomu je většina pacientů v celém světě léčená pouze pomocí léků. I v případě, kdy je pacient vedený pouze farmakoterapeuticky, by však měl od svého praktického lékaře, psychiatra nebo lékaře jiné specializace obdržet základní edukaci o poruše a některých možnostech její nefarmakoterapeutické léčby, např. o relaxacích (Stein & Sareen, 2014). Praško s kolegy (2014) v Doporučených postupech psychiatrické péče-IV uvádí, že psychoterapie je základní metodou léčby úzkostných poruch. Samotná psychoterapie může být pro řadu pacientů nejvhodnější, její účinky jsou totiž dlouhodobé a stabilnější ve srovnání se samotnou farmakoterapií. Je však také pravda, že kombinovaná psychoterapeutická a farmakoterapeutická léčba umožňuje počáteční rychlejší krátkodobé zlepšení (Praško et al., 2011). Nicméně, lehčí formy úzkostných poruch by měly být léčeny psychoterapií a pouze těžší formy kombinací psychoterapie a farmakoterapie (Kasper, Zohar, & Stein, 2002).

Obr. 5: Rozhodnutí o přístupu v léčbě (upraveno podle Praška et al., 2008a,b,c,d,e,f)



Praško s kolektivem (2011, s. 321) rozdělují léčbu na dvě fáze:

1. **Akutní fáze léčby** (6 týdnů – 3 měsíce) – Cílem je léčba příznaků akutní poruchy, odstranění vyhýbavého chování, zlepšení adaptace v životních rolích a řešení životních problémů, které s poruchou souvisí.
2. **Pokračovací fáze léčby** (12-18 měsíců) – Cílem druhé fáze je prevence relapsu, zvýšení odolnosti vůči stresu a prevence rozvoje komorbidních poruch (především deprese nebo závislosti na návykových látkách).

Následně alespoň v krátkosti vymežíme základní principy farmakoterapeutické a psychoterapeutické práce s jedinci s úzkostnými poruchami.

Farmakoterapie

Ve farmakoterapii úzkostných poruch jsou první volbou antidepresiva, zejména ze skupiny SSRI nebo SNRI. Hlavním mechanismem jejich účinků je zvýšení neurotransmise serotoninu na nervových zakončeních směřujících do limbického systému a prefrontálního kortexu, což vede ke stabilizaci amygdaly (přestává její zvýšená reaktivita na strachové podněty) a zlepšení fungování prefrontálních oblastí při podnětech zvyšujících úzkost nebo strach, takže léčený je schopný relevantně přemýšlet o reálnosti ohrožení a vlastních možnostech je zvládat (přehled: Praško 2005). Jsou to léky velmi vhodné i kvůli minimu nežádoucích vedlejších účinků, bezpečnosti při předávkování a absenci potenciálu k rozvoji závislosti. Relativní nevýhodou podávání antidepresiv je delší nástup účinku léků (Praško et al., 2011).

Oproti častému přesvědčení široké veřejnosti (a bohužel i některých praktických a somatických neúplně informovaných lékařů) nejsou pro léčbu úzkostných poruch příliš vhodná anxiolytika. Úzkostné poruchy zpravidla mívají chronický průběh, a proto je nevhodné stavět farmakoterapii na anxiolytikách, na které při delším užívání vzniká tolerance a u nichž hrozí riziko rozvoje závislosti. Pokud lékař usiluje o pacientovu rychle dostupnou úlevu, měl by zvolit spíše nebenzodiazepinová anxiolytika, jako je buspiron.

Psychoterapie

Obecné psychoterapeutické postupy práce s lidmi s úzkostnými poruchami se odvíjí od směru, který psychoterapeut praktikuje, případně od konkrétní poruchy, kterou klient trpí, nebo komorbiditami. V zahraničí je často praktikovaná kognitivně behaviorální terapie (KBT), která se stala léčbou první volby u úzkostných poruch prakticky ve všech doporučených postupech na celém světě, včetně naší země (např. APA, 2006; NICE, 2011;

Raboch, Uhlíková, Hellerová, Anders & Šusta, 2014). KBT je založená na předpokladu, že úzkostné poruchy jsou udržované naučenými kognitivními faktory a emocionálními procesy, které jsou posilovány maladaptivním chováním. O změnu stavu se usiluje skrze práci kognitivní (jako jsou kognitivní restrukturalizace a behaviorální experimenty) a behaviorální (skrze expozice, plánování, nácvik sociálních dovedností nebo řešení problémů), nebo skrze přímé zpracování emocí (nácvikem relaxace, nácvikem v imaginaci nebo reskripcí zátěžových situací v imaginaci). Úspěšnost KBT v léčbě úzkostných poruch byla prokázána ve stovkách kontrolovaných studií a meta-analýz (Hofmann & Smits, 2008; Praško et al., 2007; Praško et al., 2008a,b,c,d,e,f).

Účinná může být i podpůrná psychoterapie jako doplněk farmakoterapie, kdy může úzkost poklesnout v důsledku kontaktu s psychoterapeutem, který klientovi aktivně naslouchá a vcit'uje se do něj, přijímá jej a je v projevu autentický. Účinnost podpůrné psychoterapie pravděpodobně spočívá i v řešení životních problémů klienta. Tento přístup je však vhodný spíše pro lehčí formy úzkostných poruch (Praško et al., 2011).

Zřejmě neexistuje psychoterapeutický směr, který by se nezaměřoval na práci s lidmi trpícími nadměrnou úzkostí. Přesto byly v této oblasti prováděny kontrolované studie pouze u kognitivně-behaviorálních přístupů, krátké dynamické psychoterapie (vždy však v kombinaci s psychofarmaky) a interpersonální psychoterapie (blíže v Praškovi, 2005). Účinnost jiných psychoterapeutických směrů není známá.

4. CLONINGEROVA TEORIE TEMPERAMENTU A CHARAKTERU

Cloningerova psychobiologická teorie osobnosti patří mezi nejvlivnější teorie osobnosti současnosti (Hrubý, Ondrejka & Nosál'ová, 2007). Vznikla na podkladě výsledků výzkumů rodin, longitudinálních vývojových studií, psychometrických výzkumech zabývajících se strukturou osobnosti (především výzkumech založených na faktorové analýze) a na závěrech psychofarmakologických, neuroanatomických a neurofyziologických studií u lidí i zvířat (Cloninger, 1987). Podle Koseho (2003) zpočátku autor teorie neusiloval o tvorbu všeobjímající teorie osobnosti, ale pouze se snažil vytvořit obecný model, který by umožňoval znázornit a vysvětlit osobnostní rozdíly mezi jedinci se somatizační poruchou a osobami s generalizovanou úzkostnou poruchou. Ze své klinické zkušenosti Cloninger usuzoval, že lidé trpící úzkostí projevující se převážně na úrovni těla (tzv. *somatic anxiety*, nejbliže zřejmě panické poruše) mívají impulzivní a agresivní osobnostní rysy, zatímco lidé s generalizovanou úzkostnou poruchou (tzv. *cognitive anxiety*) vykazují spíše anankastické rysy. Postupem času se Cloninger rozhodl vytvořit takový model osobnosti, který by byl použitelný pro klinickou i neklinickou populaci, a jehož možnosti využití by přesahovaly specifickou oblast klinicko-psychologické a psychiatrické (diferenciální) diagnostiky. V inspiraci Eysenckovým konceptem neuroticismu a extraverte vytvořil první nástin struktury temperamentu. Poté dospěl k závěru, že tyto dva na sobě nezávislé faktory k uspokojivému vysvětlení temperamentu nestačí, a doplnil k nim třetí a po čase i čtvrtou dimenzi. Zároveň se zabýval charakterem, u něhož vymezil tři složky (Kose, 2003).

Na následujících řádcích stručně popíšeme Cloningerovo pojetí temperamentových a charakterových rysů osobnosti. Dříve, než tak učiníme, chtěli bychom se krátce vyjádřit k platnosti psychobiologické teorie osobnosti napříč rozdílnými společnostmi a kulturami. Cloninger formuloval svou teorii osobnosti na souboru Američanů. Teorie je však přinejmenším přenositelná i na evropskou společnost. Poukázali na to např. Svrakić s Przybeckem a Cloningerem (1991). Potvrdili na souboru Američanů a Jugoslávčů předpoklad, podle něhož jsou Cloningerova teorie, rozdělení temperamentu i charakteru a jejich dílčích rysů i psychometrické charakteristiky překladu Cloningerova inventáře TCI (Inventář temperamentu and charakteru) přenositelné na jihoslovanské sociokulturní zázemí. Podobných výsledků dosáhli i Hansenová, Delhezová a Cloninger (2005) u Belgičanů nebo Preiss s Klosem u české populace (2001).

Temperament

Cloninger uvažuje o temperamentu jako o emocionálním jádru osobnosti. To zahrnuje vrozené neurobiologické dispozice k prožívání základních emocí (jako jsou strach, hněv nebo bazální náklonnost) a automatické chování (inhibice, aktivace nebo pokračování v určitém chování), které vzniká jako reakce na určité okolní podněty působící na jedince (Svrakić et al., 2002). Temperament je převážně vrozený a nepříliš ovlivnitelný zkušeností (Svrakić, Svrakić & Cloninger, 1996). Přibližně 50 % rozptylu celkového skóru temperamentu měřeného Inventářem temperamentu a charakteru je vysvětlitelných dědičnými a vrozenými faktory (Cloninger, 1994b). Proto také temperament zůstává během života poměrně stabilní a nepodléhá větším změnám (Svrakić et al., 1996).

Cloninger zpočátku vytvořil třífaktorový model temperamentu zahrnující tyto dimenze – vyhledávání nového, vyhýbání se poškození a závislost na odměně, které byly měřeny pomocí Třídímenzionálního dotazníku osobnosti (Tridimensional Personality Questionnaire, TPQ) (Cloninger, 1986). Postupem času pak vyčlenil část položek rysu závislosti na odměně a vytvořil tak čtvrtou temperamentovou dimenzi – vytrvalost (Cloninger, 1994a). Zároveň u tří ze čtyř temperamentových rysů identifikoval neurotransmitery, s nimiž mohou být významně spojené (Cloninger, 1986). Je zajímavostí, že každý z temperamentových rysů přibližně odpovídá starověké teorii rozlišující čtyři typy temperamentu – typ cholera je podobný rysu vyhledávání nového, melancholik připomíná charakteristiky rysu vyhýbání se poškození, sangvinik je nejvíce podobný člověku s vysokými skóry závislosti na odměně a flegmatik do určité míry odpovídá jedinci s vyšší mírou vytrvalosti. Na rozdíl od těchto čtyř temperamentů jsou však Cloningerovy dimenze součástí jedné teorie temperamentu. To znamená, že je dimenzionální spíše než kategorická. V souladu s psychobiologickou teorií osobnosti nelze tvrdit, že určitý člověk je melancholik, protože důraz je kladený na stupeň, v němž jsou u něj vyjádřené všechny čtyři temperamentové rysy (Kose, 2003). Vzájemné kombinace stupňů vyjádření temperamentových rysů pak mohou predisponovat k určitému typu prožívání nebo riziku rozvoje některé psychické poruchy (Cloninger, 1986; 1988).

Vyhledávání nového (Novelty Seeking; NS)

Dílčí dimenze: Vzrušení z objevování nového (NS1), Impulsivita (NS2), Extravagance (NS3), Neukázněnost (NS4)

Rys vyhledávání nového je prvním z evolučně významných osobnostních vlastností. Představuje vrozený sklon k průzkumné aktivitě jedince, kterou doprovází vzrušení

z objevování nového. Tento rys je spojený s nízkou bazální hladinou dopaminergní aktivity (Cloninger, 1986).

Typické chování a prožívání, které je spojené s vyšší mírou vyhledávání nového, se odvíjí od míry rozvoje dílčích dimenzí rysu. Lidé, kteří prožívají vzrušení při objevování nového, mohou být hledači adrenalinových zážitků stejně jako zapálení vědci. Jindy může vyšší hladina vyhledávání nového vyplývat především z impulsivního nastavení jedince (Kose, 2003). Pak může vést k vyššímu riziku vzniku některých psychických poruch, jako jsou závislosti (např. na nikotinu – Pomerleau, Pomerleau, Flessland, & Basson, 1992) nebo bulimie, pro kterou je také typická zvýšená míra vyhýbání se poškození (Waller et al., 1993). Lidé s vysokou mírou vyhledávání nového mohou být také extravagantní jedinci, které nudí všednost a průměrnost, zároveň však mohou kvůli častému vyhledávání nových podnětů ulpět v povrchním poznání. Mohou mít potíže s kázní. Pozitivem vysoké míry tohoto rysu je nadšení a zapálení pro věc, s nimiž se pouští do aktivit, které se pojí s něčím novým a potenciálně odměňujícím. Negativy jsou sklon k prožívání hněvu a nízká frustrační tolerance, které způsobují potíže ve vztazích, což může souviset především s impulsivitou (Kose, 2003).

Jedinci s významně nižší mírou vyhledávání nového jsou popisováni jako lhostejní, bez zájmu a nadšení pro věc, málo emotivní a hloubaví. Ve vztazích s druhými mohou být rezervovaní, mají smysl pro řád, dobře snáší monotónnost a nejen při práci jsou systematičtí (Kose, 2003).

Vyhýbání se poškození (Harm Avoidance; HA)

Dílčí dimenze: Obavnost a pesimismus (HA1), Strach z nejistoty (HA2), Nesmělost (HA3), Unavitelnost (HA4)

Vyhýbání se poškození je další evolučně významnou osobnostní vlastností. Je vrozeným sklonem k intenzivní reakci na averzivní podněty. Díky tomuto rysu je možné učit se z neúspěchu, poučit se z trestu a v budoucnu se mu vyhnout (Cloninger, 1986).

Jedinci s vyšší mírou vyhýbání se poškození mohou být nesmělí a stydliví v sociálním kontaktu. Ve společnosti prožívají úzkost, a proto se z ní mnohdy raději stahují, přestože mohou stát o sociální kontakty. Vzhledem k citlivosti na averzivní podněty často potřebují více podpory a ujištění ze strany druhých, aby vytrvali v určité aktivitě nebo překonali vlastní obavy (Kose, 2003). Dělávají si starosti, bývají značně ustaraní, přestože k tomu nemusí mít větší důvody. Málokdy jsou klidní a mívají pesimistický pohled do budoucna. Často se potýkají s rychlou unavitelností (Cloninger, 1987). Tento temperamentový rys je

spojený s vysokou hladinou serotonergní aktivity a jeho vyšší hladina zvyšuje pravděpodobnost rozvoje úzkostných a depresivních poruch (Ampollini et al., 1999; Cloninger, 1986; Wachleski et al., 2008). Pozitivem vyšší hladiny tohoto rysu je adaptivní potenciál spočívající v opatrnosti a obezřetnosti v předvídání možného nebezpečí a z toho vyplývající pečlivé plánování (Kose, 2003).

Jedinci s nízkými skóry vyhýbání se poškození bývají naopak bezstarostní, uvolnění, odvážní a někdy až příliš smělí. Zůstávají optimističtí i v situacích, které by zneklidnily většinu lidí. Bývají sebevědomí a plní energie. Na druhé mohou působit jako energičtí jedinci, pro které nic není problém. Nevýhodou nízké míry vyhýbání se poškození může být přehlédnutí nebezpečí nebo problému, kterým by bylo potřeba věnovat pozornost (Kose, 2003).

Závislost na odměně (Reward Dependence; RD)

Dílčí dimenze: Sentimentalita (RD1), Otevřenost vůči vřelé komunikaci (RD2), Náklonnost (RD3), Závislost (RD4)

Závislost na odměně je posledním temperamentovým rysem, u něhož byl s jistotou identifikovaný neurotransmitter, který se s ním těsně pojí. Podle Cloningera (1986; 1988) souvisí s noradrenergí aktivitou. Jedná se o vysoce adaptivní temperamentový rys, který působí protektivně vůči rozvoji poruchy osobnosti (Svrakić et al., 2002). Oproti vyhýbání se poškození je rysem, který je projevem vrozeného sklonu k reakci na odměnu a jiné pozitivní podněty. Umožňuje svému nositeli učit se ve vztahu k odměnám. Základní behaviorální reakcí u tohoto rysu je pokračování v chování, které je odměňované (Cloninger, 1986).

Jedinci s vyšší mírou závislosti na odměně zpravidla vytváří vřelé sociální vztahy a prožívají úzkost, pokud nabydou dojmu, že je druzí nepřijímají, nebo se nachází v sociální izolaci. Vykazují zvýšenou citlivost vůči sociálním projevům druhých (Cloninger, 1994b). Sami bývají vřelí, milující a společenští. Vyhledávají sociální kontakty a snadno navazují vztahy. Takřka všude, kam přijdou, naleznou jedince, které mají rádi. Ve vztazích jsou také oddaní a mohou být až závislí na projevech přijetí okolím. Tato závislost je jednou z nevýhod vysoké míry závislosti na odměně. Další je jejich zpravidla snadná ovlivnitelnost. Snadno přejímají názory a pocity druhých, snadno ztrácí autonomii, nadhled a svůj názor (Kose, 2003).

Na druhé straně škály se nachází lidé s nízkou mírou závislosti na odměně. Bývají okolím vnímaní jako prakticky spíše než na vztahy orientovaní jedinci, kteří jsou chladní,

necitliví a sociálně neobratní. Někteří bývají sociálně stažení, nepotřebují být v kontaktu s druhými, a pokud s nimi komunikují, pak převážně na pragmatické a ne citové úrovni. Mohou si od druhých udržovat odstup a domnívat se, že s nimi nemají mnoho společného. Výhodou nízké závislosti na odměně je relativní objektivita a možnost úsudku nezkriveného city, přáními nebo snahou zavděčit se druhým. Může však vést k sociální izolaci (Kose, 2003).

Vytrvalost (Persistence; PS)

Dílčí dimenze: Snaživost (PS1), Pracovitost (PS2), Ambicióznost (PS3), Perfekcionismus (PS4)

Rys vytrvalosti původně vznikl vyčleněním některých položek Cloningerova dotazníku ze subškály závislosti na odměně (Cloninger, 1994a). Jako jediná temperamentová dimenze dosud nemá jasně identifikovaný neurotransmitter, který s ní významně souvisí.

Jedinci s vyšší mírou vytrvalosti bývají cílevědomí a odhodlaní lidé, kteří se mohou snažit dosáhnout více, než je jejich kapacita (tzv. *overachievers*) (Cloninger, 1994b). V tom také spočívá potenciální riziko vysokého stupně vytrvalosti, protože je potřebné umět rozeznávat, kdy má aktivita smysl a kdy je již další úsilí bezpředmětné a pouze vede ke ztrátě energie a zápalu pro věc (Cakirpaloglu, 2012). Vytrvalost je jinak velmi adaptivním rysem, a to především tehdy, je-li alespoň průběžně odměňovaná. Jedincům, kteří disponují vyšší vytrvalostí, stačí k udržení motivace pro pokračování v dříve odměňovaném chování méně průběžných odměn než lidem, kteří jsou méně vytrvalí. To znamená, že jsou schopní pokračovat v aktivitě i přesto, že cesta k cíli není příliš odměňující nebo naplňující²² (Cloninger, 1994b). Vytrvalé jedince lze obvykle snadno identifikovat při práci. Často se sami ochotně uchází o pracovní činnost, která potřebuje být vykonaná. Práci zpravidla neodkládají, ale rychle s ní začínají. Neúspěch a překážky berou jako výzvu, která je motivuje ke zvýšení aktivity ve snaze zvládnout situaci. Někteří vytrvalí lidé jsou perfekcionističtí, což je jedna z potenciálních nevýhod vytrvalosti (Kose, 2003). V oblasti psychopatologie jsou vysoké hladiny vytrvalosti časté např. u jedinců trpících anorexií (Brewerton, Hand, & Bishop, 1993).

Osoby s nízkou mírou vytrvalosti jsou okolím posuzované v závislosti na charakteru situace, v níž jsou hodnocené. Pokud je situace potenciálně odměňující za vynaložené úsilí

²² Domníváme se, že vytrvalost je velmi nosnou temperamentovou dimenzí. Je však potřeba brát v potaz cíl, k němuž vytrvalé úsilí jedince směřuje. To pak určuje adaptivnost, nebo maladaptivnost projevu vytrvalosti. Příkladem mohou být jedinci hrající poker, kteří v hazardní hře pokračují, i když mnohem častěji prohrávají, než vyhrávají. S nižší hladinou vytrvalosti by své úsilí spíše nasměřovali k jiné, potenciálně více odměňující aktivitě. Je samozřejmě otázkou, o kolik by náhradní aktivita byla adaptivnější.

a jedinec přesto nevynaloží snahu vykonat určitou činnost, bývá okolím vnímán jako neaktivní, nespolehlivý, nevypočitatelný a líný²³. Takoví lidé uvádí, že málokdy vynaloží úsilí, když je potřeba něco zvládnout nebo vykonat, a nemotivuje je ani vyhlídka na odměnu. Zřídka dobrovolně nabídnou, že udělají něco navíc, a práci odkládají, i když není namáhavá. Při setkání s překážkou, neúspěchem, kritikou nebo při únavě rychle rezignují na snahu pokračovat v činnosti. Obvykle jim stačí to, čeho už dosáhli, a nemívají větší cíle. Nízká vytrvalost je adaptivní strategií v situacích, kdy odměny přichází nahodile (Kose, 2003). Může být také relativně adaptivní reakcí na dlouhodobě nekontrolovatelnou situaci a projevem naučené bezmocnosti, která zde slouží k úspoře zbývajících energie (Maier & Seligman, 1976).

Charakter

Charakter je druhou částí osobnosti, kterou Cloninger rozlišil. Je tím, co vysvětluje rozdíly mezi lidmi, které se týkají jejich cílů, hodnot a způsobu, jakým se vztahují k sobě samému, druhým lidem²⁴ a celku – vesmíru, Bohu apod. (Cloninger, Svrakić, & Przybeck, 1993). Jedná se o komplexní témata, jejichž uchopení mj. závisí na stavu vyšších kognitivních funkcí, jako jsou logické a abstraktní myšlení nebo vynalézavost (Svrakić et al., 2002). Kromě kognitivní složky jsou pro charakter typické i vyšší emoce – především naděje, láska a víra (Cloninger et al., 1993). V souladu s tím jsou třemi základními charakterovými dimenzemi sebeřízení, spolupráce a sebezpřesah (Svrakić et al., 1996).

Charakter se utváří odlišně než temperament. Zatímco temperament je do určité míry vrozený, charakter se převážně buduje během života, a to nejen v dětství a dospívání, ale v průběhu celého života (Cloninger, 1994b). Není tedy dominantně vrozený, ale vyvíjí se s narůstajícím věkem a postupujícím zráním osobnosti (Svrakić et al., 1996; Svrakić et al., 2002). Samotné utváření charakteru probíhá nelineárně. Svou roli sehrávají specifické genové vlivy, sociální učení i životní události (Svrakić et al., 2002). Důležitým faktorem vývoje je také vztah mezi temperamentem a charakterem, mezi nimiž probíhá neustálá interakce (Cloninger, 1994b). Charakter usměrňuje aktivitu temperamentu, a tak snižuje pravděpodobnost výskytu potenciálně maladaptivního chování, které by nastalo, pokud by

²³ Příkladem může být dlouhodobě nezaměstnaný člověk, který dostává nabídky k zaměstnání a opakovaně je odmítá, protože se mu nechce vstávat do práce nebo jezdit městskou hromadnou dopravou.

²⁴ Na kognitivně i emočně vyšší úrovni než v případě temperamentového rysu závislosti na odměně.

jedinec dal volný průchod puzení temperamentu²⁵. Temperament naopak do značné míry určuje, čemu bude jedinec věnovat pozornost (odměně, trestu, přítomnosti druhých, frustraci). Charakter pak dává vnímaným podnětům smysl a podílí se na výsledném chování (Svrakić et al., 2002).

Sebeřízení (Self-Directedness; SD)

Dílčí dimenze: Zodpovědnost (SD1), Cílevědomost (SD2), Vynalézavost (SD3), Sebeřízení (SD4), Sebedisciplína (SD5)

Dimenze sebeřízení je první ze tří charakterových rysů vymezených Cloningerem. Lidé s vyšší hladinou sebeřízení jsou obvykle vnímáni jako zralí jedinci. Jsou zodpovědní a schopní identifikovat cíle, kterých by chtěli dosáhnout. Následně mohou za pomoci vynalézavosti nalézt kroky k jejich dosažení a realizovat je. Kromě tohoto výkonového aspektu se sebeřízení projevuje v sebepojetí. Lidé s vyššími skóry se zpravidla přijímají i se svými nedostatky a v projevu jsou autentičtí (Cloninger, 1994b). Důvěřují svým schopnostem a bývají sebevědomí (Kose, 2003). Můžeme si všimnout podobnosti s nadějí ve Snyderově pojetí, jak jsme jej popsali v kapitole o sebestigmatizaci (Snyder, 2000). Podobně jako lidé s vyšší hladinou naděje, jsou i osoby s vysokými skóry v sebeřízení autonomní jedinci, kteří disponují vnitřním místem kontroly a prožívají duševní pohodu častěji než jedinci s nízkou mírou sebeřízení anebo prožívající beznaděj (Snyder, 2000; Cloninger et al., 1993). Nevýhodou vysokých skóru sebeřízení mohou být okamžiky, kdy jedinec neuposlechne příkazu autority k vykonání určité činnosti, protože není v souladu s jeho hodnotovým nastavením a cíli nebo jej nechce přijmout bez uspokojivého vysvětlení potřeby jejího vykonání. Od lidí s vysokou mírou sebeřízení nelze očekávat slepou poslušnost, spíše se setkáme se zpochybňováním autorit či nadřizených. Proto mohou být vnímáni jako rebelové a potíživí a dostávat se do mezilidských konfliktů (Kose, 2003).

Nízká míra sebeřízení nebývá adaptivní. Lidé s málo rozvinutým sebeřízením bývají okolím vnímáni jako nezralí a nezodpovědní jedinci, kteří „žijí okamžikem“ spíše než by usilovali o dosažení dlouhodobějších cílů a mysleli na zítřek. Mohou trpět poruchou osobnosti (Cloninger et al., 1993). Nelze však tvrdit, že každý člověk s nízkým sebeřízením má poruchu osobnosti. Sebeřízení je poměrně závislé na stavu exekutivních funkcí (Cloninger, 1994b). Proto nižší míru sebeřízení nalezneme také u dospělých jedinců

²⁵ Jedinec třeba může prožívat nadšení a vzrušení při objevování nového. Charakter je tím, co dominantně určuje, zda tento člověk např. bude vyhledávat adrenalinovou či hazardní zábavu nebo se stane vědcem (Kose, 2003).

s poruchou pozornosti anebo hyperaktivity, u nichž může být zrání charakteru pomalejší (Shue & Douglas, 1992; Svrakić et al., 2002).

Spolupráce (Cooperativeness; CO)

Dílčí dimenze: Přijetí druhých lidí (CO1), Empatie (CO2), Ochota pomáhat (CO3), Soucit (CO4), Úmysly čistého srdce (CO5)

Spolupráce je částí charakteru, která vypovídá o způsobu, jakým se jedinec vztahuje k druhým lidem. Zahrnuje osobnostní vlastnosti, jako jsou tolerance vůči druhým, soucit, schopnost empatie, ochota pomáhat druhým a morální zásadovost. Lidé s vyšší mírou spolupráce jsou vždy ochotní pomoci druhému, je-li třeba. Přijímají lidi takové, jací jsou, a jsou shovívaví vůči jejich přešlapům a nedostatkům. Stejně soucitní a přijímající bývají i vůči sobě samému (Cloninger, 1994b). Cloninger zde neuvádí potenciální nevýhody vysokého stupně tohoto rysu. Konkrétní způsob vztahování se k druhým lidem je určovaný i temperamentem (Svrakić et al., 2002). Můžeme tedy předpokládat, že např. jedinci s vysokou mírou závislosti na druhých a spoluprací bude mít sklony k nadměrnému sebeobětování.

Jedinci s nízkým skórem v této dimenzi bývají vnímání jako sobečtí a necitliví v komunikaci s druhými. Mohou být pomstychtiví a prospěchářští. Tento přístup může v některých situacích zvyšovat pravděpodobnost přežití jedince, může tedy být adaptivní²⁶. Většinou je však maladaptivní. Nízkou míru spolupráce často nalezneme např. u osob s disociální poruchou osobnosti (Cloninger, 1994b; Kose, 2003).

Sebepřesah (Self-Transcendence; ST)

Dílčí dimenze: Schopnost zapomenout na sebe samého (ST1), Transpersonální identifikace (ST2), Spiritualita (ST3)

Sebepřesah je poslední složkou charakteru. Vyjadřuje vztah jedince k tomu, co jej přesahuje – celku, životu, vesmíru, Bohu, přírodě, „buddhovské přirozenosti“ nebo lidstvu. Vlastní já je součástí celku, přitaká životu, jeho rozmanitosti, vnímá životní smysl přes hranice vlastních potřeb, potřeby druhých se mohou stát důležitějšími bez nároků na zisky pro sebe. Součástí této osobnostní dimenze mohou být např. pocit splynutí s okolním světem nebo neobvyklé spirituální prožitky. Jedinci s vysokými skóry mnohdy

²⁶ Jako příklad můžeme uvést situaci, kdy je ohrožený život člověka a jeho egocentrismus a neochota pomoci druhým, podobně ohroženým, mu zachrání život. Z pohledu evoluce se jedná o adaptivní chování, z pohledu etiky je morálně značně pochybné. Zároveň se jedná o natolik extrémní situaci, že nás nenapadá konkrétní příklad, kdy by podobný přístup skutečně mohl být považovaný za výhodný.

uvádí, že spontánně zažívají pocit sjednocení s celkem, který provází poklidná radost a štěstí. Podle Cloningera (1994b) je vysoká míra sebepřesahu spojená se schopností moudrého úsudku, pokorou a nesobeckou spiritualitou. Tito lidé bývají tvořiví, zdroj kreativity však nespátřují v sobě, ale v inspiraci něčím vyšším nebo něčím z okolí (Cloninger et al., 1993). Ve východních společnostech jsou označováni jako osvícení a moudří, západní společnost je někdy může hodnotit spíše jako naivní snílky. Tolerují nejistotu a žijí v souladu se zásadou „cesta je důležitější než cíl“. Nepotřebují mít velkou kontrolu nad směřováním života. Vysoká míra sebepřesahu je podle Cloningera užitečná především při setkání s utrpením, kterému se nelze vyhnout. Jedná se především o závažné nemoci, úrazy, stárnutí a umírání (Kose, 2003).

V protikladu vůči osobám s vysokou mírou sebepřesahu bývají lidé s nízkou mírou poměrně racionálně materialističtí a egocentričtí (Cloninger et al., 1993). Bývají hrdí na své úspěchy, které připisují sobě a svým schopnostem spíše než výsledku interakce mezi svou snahou a schopnostmi a vnějšími faktory (např. spoluprací s druhými a pomocí od nich, náhodou, Boží pomocí). Mohou to být netrpěliví pragmatici (Kose, 2003) bez většího vztahu ke spirituálním i nespirtuálním věcem, které ve většině lidí vzbuzují úžas a schopnost zapomenout na sebe samého, jako jsou umění nebo příroda (Frankl, 2006). Mohou usilovat o kontrolu nad každým aspektem svého života a bývají nespokojení s tím, co mají. Západní společnost jedince s nízkou mírou sebepřesahu poměrně oceňuje a má sklony vnímat je jako racionální, vědecky založené a úspěšné (Kose, 2003).

Pro větší názornost shrnujeme základní charakteristiky rysů v tabulce na následující straně.

4. 1. Obraz internalizovaného stigmatu v Cloningerově teorii osobnosti

Jak jsme uvedli v druhé kapitole, ne každý jedinec, který se léčí s psychickými potížemi, rozvíjí internalizované stigma. Vzhledem k potenciálním tíživým následkům sebestigmatizace se proto zdá být důležité identifikovat proměnné, které teoreticky působí jako faktory ovlivňující pravděpodobnost vzniku internalizovaného stigmatu (Camp et al., 2002). Výzkumné úsilí, které si klade za cíl porozumět vztahu mezi internalizovaným stigmatem a osobností (jako komplexního fenoménu a ne pouze dílčích složek, jako jsou sebedůvěra nebo naděje), je však v počátcích a v době psaní této práce se nám podařilo nalézt pouze dvě studie, které se týkají tohoto tématu. Význam podobných výzkumů

přítom může být poměrně zásadní pro tvorbu účinných intervencí snižujících sebestigmatizaci jedinců s psychickými poruchami.

Tab. 4: Základní charakteristiky temperamentu a charakteru podle Cloningera (in Svrakić et al., 2002)

SLOŽKY OSOBNOSTI		VYSOKÁ MÍRA	NÍZKÁ MÍRA
TEMPERAMENT	Vyhledávání nového	Zvídavý Impulsivní Extravagantní Popudlivý	Rezervovaný Rozvážný Hospodárny Stoický
	Vyhýbání se poškození	Pesimistický Obavný Nesmělý Rychle unavený	Optimistický Smělý Společenský Energický
	Závislost na odměně	Sentimentální Otevřený Vřelý Vděčný	Nezaujatý Odažitý Chladný Nezávislý
	Vytrvalost	Pracovitý Odhodlaný Nadšený Perfekcionistický	Netečný Rychle rezignující Lhostejný Pragmatický
CHARAKTER	Sebeřízení	Zodpovědný Cílevědomý Vynalézavý Přijímající sebe samého Disciplinovaný	Obviňující Bez větších cílů Málo schopný Domýšlivý Nedisciplinovaný
	Spolupráce	Laskavý Empatický Nápomocný Soucitný Spravedlivý	Netolerantní Necitlivý Nepřátelský Pomstychtivý Oportunistický
	Sebepřesah	Intuitivní Tolerantní Spirituálně orientovaný	Nepřirozený Kontrolující Materialistický

Prvním výzkumem, který máme na mysli, je studie Margeticové s kolegy z roku 2010, která si položila za cíl zjistit souvislost mezi mírou sebestigmatizace měřenou škálou ISMI a osobnostními rysy v pojetí Cloningera u skupiny pacientů s diagnózami psychotického spektra. Internalizované stigma v tomto výzkumu významně korelovalo s osobnostními rysy vyhýbání se poškození ($r = 0,44$, $p < 0,01$), vytrvalostí ($r = -0,29$, $p < 0,01$) a sebeřízením ($r = -0,42$, $p < 0,01$). Po aplikaci mnohonásobné regrese se ukázalo, že nejvýraznějším prediktorem sebestigmatizace bylo vyhýbání se poškození, které

vysvětlovalo 13,6 % rozptylu celkového skóru škály ISMI. Druhý nejvýznamnější rys, sebeřízení, vysvětloval pouze 3,3 % rozptylu. Vliv vytrvalosti byl v jednotlivých krocích regrese eliminován. Autoři interpretovali výsledky v souladu s teoretickým základem Cloningerovy teorie osobnosti, kdy uzavírají, že vyšší míra dimenze vyhybání se poškození vypovídá o citlivosti vůči nepřijetí ze strany druhých a jiným projevům stigmatizace, což tyto jedince činí zranitelnější vůči internalizaci zažívaného nebo předpokládaného stigmatu. Vyšší skóry v dimenzi sebeřízení naopak mohou působit jako protektivní faktor vůči rozvoji sebestigmatizace. Osoby s vyšší mírou sebeřízení jsou organizovaní jedinci, kteří mají ve svém životě cíle, o jejichž naplnění usilují. Jsou relativně autonomní a tzv. „nezávislí na poli“. To je může činit odolnějšími vůči nepříznivým stigmatizujícím vlivům z prostředí (Margetić et al., 2010).

Druhý výzkum na téma vztahu mezi sebestigmatizací a osobností opět realizovala Margetićová s kolegy (2014). Studie se také zúčastnili jedinci s diagnózami psychotického spektra. Autoři zjistili, že osobnostní dimenze vyhybání se poškození moderuje vztah mezi sebestigmatizací a depresivními příznaky. Zdá se tedy, že internalizované stigma nemá přímý vliv na depresivní příznaky, ale pouze nepřímý, zprostředkovaný temperamentem. Interpretovat tento výsledek může být poměrně obtížné a bez dalších výzkumů na podobné téma mohou být jakékoliv interpretace spíše neurčitými úvahami než hypotézami, které přinesou užitečnou inspiraci a vnesou větší světlo do problematiky. Je také potřeba realizovat studie, které by objasnily vztah mezi sebestigmatizací a osobností u jedinců s jinými psychickými poruchami, nejen s psychózami.

4. 2. Obraz úzkostných poruch v Cloningerově teorii osobnosti

Opakovaně se vynořující statistiky vypovídající o těsné spojitosti mezi úzkostnými poruchami a poruchami osobnosti (např. Albert et al., 2006; Marchesi et al., 2006) vedou některé výzkumníky k závěru, že určité osobnostní dispozice zvyšují pravděpodobnost vzniku úzkostné poruchy (Wachleski et al., 2008). Jednou z nejužívanějších teorií je v klinickém výzkumu Cloningerova teorie osobnosti (např. Wachleski et al., 2008; Ampollini et al., 1999; Kennedy, Schwab, & Hyde, 2001; Jylhä & Isometsä, 2006; Tanaka, Sakamoto, Kijima, & Kitamura, 1998). Cloninger usiloval již ve svých raných výzkumech (1986; 1988) o identifikaci osobnostních proměnných, které jsou spojeny s rizikem vzniku úzkostné poruchy. Zpočátku vymezil dvě kombinace temperamentových vlastností, které mohou vést k tomu, že jedinec, který jimi disponuje, nerozlišuje příliš spolehlivě

mezi bezpečnými a nebezpečnými situacemi. Trpí pak úzkostí i v situacích, v nichž k ní není důvod. První kombinací predisponující k patologické úzkosti je vysoká míra vyhledávání nového, nízký stupeň vyhýbání se poškození a vysoká míra závislosti na odměně. Tento typ temperamentu označuje Cloninger jako histriónský. Druhou kombinací temperamentových vlastností zvyšujících zranitelnost vůči úzkosti je nízká míra vyhledávání nového, vysoká míra vyhýbání se poškození a nízká závislost na odměně. Jedná se o osobnostní typ, který Cloninger označuje jako anankastický (*obsessional personality*) (Cloninger, 1986).

Po vymezení těchto dvou temperamentových struktur se Cloninger zaměřil na vztah mezi jednotlivými temperamentovými rysy a charakterem úzkosti (Cloninger, 1986). Vyšší hladina rysu vyhledávání nového může predisponovat k zažívání především somatického (fyziologického) stavu úzkosti. Chronická úzkost se podle něj projevuje u jedinců s vyšší mírou vyhledávání nového všeobjímajícím úzkostným nabuzením (*uneasiness or alarm*), působícím bez ohledu na vnější podněty, nižším prahem pro prožívání bolesti a jiných nepříjemných sensorických podnětů a nízkou unavitelností. Jedinci s vyšší mírou vyhýbání se poškození naopak prožívají spíše kognitivní než somatickou složku úzkosti (Cloninger, 1988). Chronická úzkost se u těchto jedinců projevuje přetrvávající obavností, která má příčiny v podnětech zvenčí²⁷. Podle Cloningera je pro tento typ úzkosti typický i vysoký práh pro prožívání bolesti a rychlá únava. Třetí temperamentovou vlastností, kterou autor komentuje, je závislost na odměně. Jedinci s vyšší hladinou tohoto rysu zpravidla prožívají úzkost v reakci na nepřijetí okolím nebo kvůli sociální izolaci. V takové situaci se podle Cloningera začíná projevovat nadměrná kompenzační noradrenergická aktivita, která vede k prožitkům akutního nebo opakovaně se objevujícího stavu agitované dysforie. Ta může vést k vyhledání náhradního uspokojení, jako jsou přejídání nebo zvýšená sexuální aktivita (Cloninger, 1986).

Další výzkumy pátrající po spojení mezi osobností a nadměrnou úzkostí se zaměřily na konkrétní úzkostné poruchy a jejich koreláty na úrovni osobnosti. Wachleski s kolegy (2008) např. zjistili, že pacienti s panickou poruchou s možnou komorbidní agorafobií mívají ve srovnání s neklinickým kontrolním souborem významně vyšší průměrný skóre vyhýbání se poškození a nižší míru sebeřízení. Autoři uzavírají, že tyto dva rysy osobnosti

²⁷ Např. žena se dočte v novinách, že během dne klesne teplota a bude se pohybovat okolo bodu mrazu. Několik hodin si pak dělá starosti a vytváří katastrofické scénáře o tom, že bude náledí, děti na něm uklouznou a sklouznou pod projíždějící auto. Proto také dětem opakovaně telefonuje a ujišťuje se, že budou dávat pozor na cestě ze školy, pečlivě si zavážou boty nebo že se po cestě nebudou počítchat. Ženina úzkost i přes ujišťování stále přetrvává.

jsou pro jedince s panickou poruchou typické. Vyšší hladina vyhybání se poškození může být temperamentovým znakem predikujícím zvýšenou pravděpodobnost vzniku úzkostné, zde panické, poruchy, a nižší sebeřízení může být základním charakterovým rysem odlišujícím populaci jedinců s panickou poruchou od neklinické populace. Je však potřeba zmínit, že vyšší stupeň vyhybání se poškození nalzáme i u jedinců s depresí (Ampollini et al., 1999; Jylhä & Isometsä, 2006) a nižší míra sebeřízení se běžně vyskytuje např. u lidí s poruchami osobnosti (Kennedy, Schwab, & Hyde, 2001). Jedná se tedy o podnětné zjištění spíše než o diferenciálně diagnostický znak sloužící k rozlišení mezi jednotlivými psychickými poruchami.

K podobným závěrům dospěl i výzkum Neryho s kolektivem (2008), kterého se zúčastnili pacienti s bipolární afektivní poruchou a jehož cílem bylo zjistit, zda se od sebe navzájem liší osobnostní rysy pacientů s bipolární afektivní poruchou bez komorbidit, s komorbidní úzkostnou poruchou, nebo komorbidní závislostí na alkoholu. Autoři studie zjistili, že jedinci s bipolární afektivní poruchou a komorbidní úzkostnou poruchou vykazují významně vyšší skóry v temperamentovém rysu vyhybání se poškození a významně nižší skóry v dimenzi sebeřízení než pacienti s bipolární afektivní poruchou bez této komorbidity. Stejně tak i Jylhä s Isometsou (2006) identifikovali vyhybání se poškození a sebeřízení jako osobnostní faktory související s úzkostnými a depresivními příznaky u obecné populace. Rozptyl příznaků úzkosti měřenými Beckovým inventářem úzkosti zde navíc zčásti vysvětlovaly i další osobnostní vlastnosti – vytrvalost a sebezpřesah. Sebezpřesah souvisel s úzkostí i ve výzkumu Wachleského s kolektivem (2008), jeho vliv však byl eliminován v regresi, zatímco ve studii Jylhy s Isometsou (2006) přetrvával. Wachleski s kolegy (2008) interpretují vyšší hladiny sebezpřesahu v souvislosti s nižšími skóry sebeřízení jako projev zranitelnosti vůči magickému a katastrofizujícím myšlením, které jsou jedním z typických znaků úzkostných poruch (Praško et al., 2007). Podle Jylhy a Isometsy (2006) však může být těsná souvislost mezi úzkostnými příznaky a vytrvalostí se sebezpřesahem nežádoucím projevem multikolinearity v regresi. Pak by nemělo větší význam tento výsledek interpretovat.

Zajímavé zjištění přinesl výzkum Tanaky s kolegy (1998), kteří se pokusili nalézt specifické osobnostní faktory, které predikují depresivní a úzkostné příznaky u neklinické populace studentů. Zjistili, že těsný vztah mezi úzkostnými příznaky a vyhybáním se poškození mizí poté, co je vyloučen vliv depresivních příznaků. Vyhybání se poškození by tedy mohlo být specifické pouze pro depresi. Příznaky úzkosti ve studii Tanaky s kolektivem (1998) byly v regresi spojeny pouze s nižší hladinou sebeřízení a spolupráce.

Dimenze sebeřízení byla společná pro úzkostné i depresivní příznaky a podle autorů výzkumu se jedná o obecný faktor zranitelnosti vůči psychickým poruchám, s čímž souhlasí i Cloninger se Zoharem, Hirschmannem a Dahanovou (2011). Jedná se zřejmě o jednu ze dvou studií, v nichž se spolupráce ukázala být specifickým faktorem souvisejícím s úzkostnými příznaky (Tanaka et al., 1998). Druhým výzkumem, který poukázal na možnou roli charakterového rysu spolupráce, byla studie Samochowiece, Kucharské-Mazurové, Hajduka, Wojciechovského a Samochowiece (2005). Autoři uvádí, že kromě předpokládaného vlivu rysu vyhýbání se poškození a sebeřízení hrají roli při formování úzkostné poruchy i nižší vyhledávání nového u žen a nižší vytrvalost a spolupráce u obojího pohlaví.

Zdá se, že s příznaky úzkosti nebo úzkostnými poruchami může, s trochou nadsázky, souviset kterýkoliv rys Cloningerovy teorie osobnosti. Výzkumníky nejčastěji zmiňovanými osobnostními dimenzemi jsou vyhýbání se poškození a sebeřízení (viz výše). Síla vlivu jednotlivých osobnostních dimenzí na intenzitu a frekvenci úzkostných příznaků a průběh úzkostných poruch zůstává nezodpovězeným podnětem pro další výzkum.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

5. VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU A CÍLE VÝZKUMU

Internalizované stigma je stále aktuální téma klinické psychologie a psychiatrie. Dosavadní výzkumy se zabývaly především sebestigmatizací u jedinců se závažnými psychickými poruchami, jako jsou psychózy nebo afektivní poruchy (např. Corrigan et al., 2011; Camp et al., 2002; Boyd et al., 2014). Zjišťovaly, jaký vliv má sebestigmatizace na účinnost farmakoterapeutické nebo psychosociální léčby (Yanos et al., 2008). Jindy se zabývaly identifikováním osobnostních a demografických proměnných, které zvyšují pravděpodobnost výskytu sebestigmatizace (Margetić et al., 2010). Málo je však známo o sebestigmatizaci u osob s poruchami z okruhu tzv. malé psychiatrie, a to i přesto, že se stigma nevyhýbá ani jim (Alonso et al., 2008). Výzkumy na téma sebestigmatizace u osob s úzkostnými poruchami prakticky chybí. Výzkumným problémem této práce je proto prozkoumání problematiky sebestigmatizace u jedinců s diagnostikovanými úzkostnými poruchami.

5. 1. Cíle výzkumu

Výzkumná práce měla postupně tři na sebe navazující základní cíle:

1. Standardizovat v české populaci Škálu ISMI hodnotící míru sebestigmatizace u jedinců s psychickými poruchami.
2. Zjistit, se kterými demografickými, klinickými a osobnostními charakteristikami souvisí sebestigmatizace u osob s úzkostnými poruchami.
3. Zjistit, zda sebestigmatizace pacientů s úzkostnými poruchami snižuje efektivitu jejich kombinované psychoterapeutické a farmakoterapeutické léčby.

5. 2. Hypotézy

V souladu s cíli práce byly stanoveny tři základní hypotézy, které byly konkretizovány do dílčích hypotéz. U hypotéz bodu dva a tři uvádíme v poznámkovém aparátu výzkumné zdroje, na jejichž podkladě byly formulovány.

I. H-1: ČESKÝ PŘEKLAD ŠKÁLY ISMI MÁ VYHOVUJÍCÍ PSYCHOMETRICKÉ VLASTNOSTI V ČESKÉ POPULACI JEDINCŮ S DIAGNOSTIKOVANÝMI PSYCHICKÝMI PORUCHAMI.

Konkretizace do dílčích hypotéz:

H-1a: Celková reliabilita škály hodnocená pomocí Cronbachovy alfy je dostatečně vysoká, tj. její hodnota je alespoň 0,7.

H-1b: Celková reliabilita hodnocená pomocí metody split-half je dostatečně vysoká, tj. činí alespoň 0,7.

H-1c: Celková reliabilita škály hodnocená pomocí metody test-retest v časovém odstupu tří týdnů je dostatečně vysoká, hodnota koeficientu tedy činí alespoň 0,7.

II. H-2: CELKOVÁ MÍRA SEBESTIGMATIZACE SOUVISÍ S VYBRANÝMI DEMOGRAFICKÝMI, KLINICKÝMI A OSOBNOSTNÍMI RYSY PACIENTŮ S ÚZKOSTNÝMI PORUCHAMI.

Konkretizace do dílčích hypotéz:

H-2a: Míra sebestigmatizace (Škála ISMI) narůstá se závažností psychopatologie (objCGI)²⁸.

H-2b: Existuje přímá úměra mezi mírou sebestigmatizace (Škála ISMI) a mírou disociativních příznaků (DES)²⁹.

H-2c: Existuje přímá úměra mezi mírou sebestigmatizace (Škála ISMI) a mírou příznaků deprese (BDI)³⁰.

H-2d: Existuje přímá úměra mezi mírou sebestigmatizace (Škála ISMI) a mírou příznaků úzkosti (BAI)³¹.

H-2e: Pacienti s vyšší mírou vyhýbání se poškození (TCI-R) dosahují vyšší míry sebestigmatizace (Škála ISMI)³².

H-2f: Pacienti s nižší mírou sebeřízení (TCI-R) dosahují vyšší míry sebestigmatizace (Škála ISMI)³³.

²⁸ Hypotéza má oporu v meta-analýze Livingstona a Boydové (2010), u nás ve výzkumu Cinculové s kolegy (2015).

²⁹ Pro tuto hypotézu je opora ve výzkumu Ociskové s kolektivem (2014b).

³⁰ Tato hypotéza se zakládá na závěrech meta-analýzy Boydové s kolegy (2014).

³¹ Hypotéza je založena na výzkumu Corrigana s kolegy (2009).

³² Hypotéza se zakládá na výsledcích výzkumu Margetičové s kolegy (2010).

³³ Také tato hypotéza se zakládá na výsledcích studie Margetičové s kolegy (2010).

H-2g: Pacienti s nižší mírou naděje (Škála naděje) vykazují vyšší míru sebestigmatizace (Škála ISMI)³⁴.

III. H-3: PACIENTI S ÚZKOSTNÝMI PORUCHAMI S VYŠŠÍ MÍROU SEBESTIGMATIZACE DOSAHUJÍ MENŠÍ ZMĚNY PSYCHICKÉHO STAVU V PRŮBĚHU LÉČBY³⁵.

Konkretizace do dílčích hypotéz:

H-3a: Míra pozitivní změny psychického stavu v léčbě hodnocená relativním poklesem ve stupnici objCGI je nižší u pacientů, kteří se více stigmatizují (Škála ISMI).

H-3b: Míra pozitivní změny psychického stavu v léčbě hodnocená relativním poklesem ve stupnici BAI je nižší u pacientů, kteří se více stigmatizují (Škála ISMI).

H-3c: Pacienti, kteří na konci léčby dosáhnou remise (druhé měření objCGI se skórem 1 nebo 2), se stigmatizují méně než pacienti, kteří nedosáhnou remise poruchy (druhé měření objCGI se skórem 3 a více).

5. 3. Praktický význam výzkumu

Disertace by měla mít především následující dva praktické přínosy, z nichž jeden již byl naplněn v průběhu výzkumu:

- Standardizaci celosvětově používaného nástroje k posuzování sebestigmatizace pro českou populaci. Tento dotazník může sloužit dalším výzkumníkům pohybujícím se v oblasti psychologie a psychiatrie. První práce s jeho dalším využitím už byly publikovány nebo jsou v tisku (Kamarádová et al., v tisku, Cinculová et al., 2015, Hajda et al., v tisku).
- Porozumět tomu, jak se sebestigmatizace podílí na léčebném účinku u pacientů s úzkostnými poruchami, což vytváří základ pro vytváření terapeutických strategií vhodných ke snížení sebestigmatizace, použitelných v klinické praxi.

³⁴ Hypotéza má oporu v meta-analýze Livingstona a Boydové (2010).

³⁵ Celá hypotéza má oporu v meta-analýze Livingstona a Boydové (2010) a studiích Yanose s kolegy (2008) a Funga s kolegy (2010).

6. POPIS ZVOLENÉHO METODOLOGICKÉHO RÁMCE A METOD

V následující kapitole je uvedený základní popis design výzkumu. Následně vymezujeme metody, které byly použity ke sběru dat a proces zpracování a analýzy dat. Diskutovaná je také etická stránka výzkumu.

6. 1. Zvolený typ výzkumu

Téma sebestigmatizace u psychických poruch je obvykle spojené s výzkumy vycházejícími z kvantitativní metodologie. Vzhledem k nedostatečné probádanosti problematiky sebestigmatizace u lidí s jinými psychickými poruchami, než jsou psychózy a deprese, jsme se rozhodli tento trend následovat, a také realizovat výzkum založený na kvantitativní metodologii. Tento přístup mj. umožní srovnat dosažené výsledky se závěry jiných studií, které pracovaly s odlišným souborem probandů. Konkrétním typem výzkumu je korelační studie realizovaná skrze dotazníkové šetření. I v tomto bodě následujeme postupy často realizované v zahraničí. Statistické metody, které jsme zvolili pro ověření hypotéz, tvoří kromě korelací řada dalších výpočtů, které uvádíme v podkapitole 6. 3. Metodou získávání dat jsou dvě objektivní metody, realizované výzkumníkem a ošetřujícím lékařem, a baterie dotazníků a škál, která byla nabídnuta zájemcům o účast na výzkumu. Konkrétní psychodiagnostické metody, které jsme zvolili, popisujeme v následující podkapitole. Soubor účastníků studie, jedinců hospitalizovaných na psychoterapeutickém oddělení Kliniky psychiatrie Fakultní nemocnice v Olomouci, byl vybrán na základě dostupnosti. Více informací o výběrovém souboru uvádíme v kapitole 7.

6. 2. Metody získávání dat

Metody, které jsme zvolili, byly vybrány v souladu s designem výzkumu a stanovenými hypotézami. Pro účely měření sebestigmatizace jsme zvolili v současnosti nejvíce doporučovanou metodu, Škálu internalizovaného stigmatu psychických poruch (Stevelinková, Wu, Voorend, & van Brakel, 2012). Psychodiagnostickými metodami posuzujícími přítomnost a tíži příznaků psychických poruch a úzkosti byly screeningový diagnostický rozhovor MINI a škály CGI, BAI, BDI a DES. Metody zvolené k posouzení osobnostních vlastností tvořily revidovaná verze Cloningerova Inventáře temperamentu a charakteru a Snyderova Škála naděje.

6. 2. 1. Průběh sběru dat

Sběr dat jsem realizovala na psychoterapeutickém oddělení 32C nacházejícím se na Klinice psychiatrie Fakultní nemocnice v Olomouci. Na tomto oddělení probíhá šestitýdenní skupinový program založený na kombinované léčbě psychoterapií a farmakoterapií, který blíže popisujeme v osmé kapitole. V rámci sběru dat jsme respektovali přirozený chod oddělení a postupovali tak, aby nedošlo k narušení běžného fungování oddělení. První středu pobytu jsem se většinou účastnila ranních komunit, představila se, nabídla možnost spolupráce na výzkumu, objasnila jeho podstatu, význam a prospěch, který může přinést jim samotným i lidem, kteří se potýkají s úzkostí, podstupují léčbu na psychiatrii a trpí kvůli tomu sebestigmatizací nebo se setkávají se stigmatizací ze strany okolí. Stručně jsem vysvětlila, co je sebestigmatizace, a seznámila pacienty s dalším průběhem sběru dat. Všichni oslovení měli možnost zúčastnit se výzkumu a jejich účast byla dobrovolná. Pokud jsem na první komunitě nebyla přítomná, informaci stejného obsahu o výzkumu podala staniční sestra Bc. Hana Pizúrová ve spolupráci s ošetřujícím lékařem, MUDr. Alešem Grambalem.

Pacienti, kteří měli zájem o účast na výzkumu, podstoupili mnou vedený diagnostický rozhovor MINI (více o něm uvádíme níže). V průběhu sběru dat tuto možnost odmítli tři lidé. Jedinci, kteří podle MINI naplňovali kritéria pro diagnózu některé z úzkostných poruch, dostali nabídku k vyplnění baterie metod. V případě zájmu ji na místě obdrželi a do pondělí následujícího týdne odevzdali na sesterně oddělení. Data jsem vyhodnotila, srovnala s normami, pokud byly k dispozici, a následující středu s účastníky diskutovala jejich výsledky. Tuto možnost přivítala většina probandů, pouze jeden člověk odmítl s tím, že dotazníky rád vyplnil, ale nemá o konzultaci zájem. Diskuze o výsledcích probíhala individuálně a většinou trvala přibližně 15 minut. S každým jedincem jsme výsledky zasadili do kontextu jeho současné životní situace a zakázky, se kterou přišel na oddělení. Výsledky byly podány podpůrně a byly pozitivně orientované.

6. 2. 2. Mini mezinárodní neuropsychiatrické vyšetření (MINI)

MINI je krátký strukturovaný diagnostický rozhovor, který vznikl jako výsledek spolupráce amerických a evropských lékařů. Metoda slouží ke screeningové diagnostice základních psychických poruch osy I podle kritérií DSM-IV a MKN-10. Jedná se o diagnostický nástroj, který je často užívaný v epidemiologických a psychofarmakologických studiích. Základní verze MINI slouží ke screeningu základních psychických poruch u dospělé populace, existuje však také verze pro dětskou populaci

(MINI-Kid) a další modifikace, jako je MINI-Plus, která zpřesňuje diagnostiku psychotických a afektivních poruch (Sheehan et al., 1998; Amorim, 2000).

Diagnostický rozhovor probíhá mezi lékařem (případně psychologem nebo jiným zaškoleným odborníkem) a probandem, kdy jedinec odpovídá na předem dané otázky podle toho, zda u sebe pozoruje popisované příznaky, nebo nikoliv, a nakolik jsou intenzivní (např. neschopnost se rozhodovat nebo cestovat dopravními prostředky). Rozhovor trvá přibližně 15-20 minut (Amorim, 2000; Pinninti, Madison, Musser, & Rissmiller, 2003). Monitoruje míru příznaků u následujících psychických poruch:

- Depresivní epizody
- Dystymie
- Hypomanické/manické epizody
- Panické poruchy
- Agorafobie
- Sociální fobie
- Obsedantně kompulzivní poruchy
- Generalizované úzkostné poruchy
- Psychických poruch spojených s užíváním alkoholu (závislost, zneužívání)
- Psychických poruch spojených s užíváním jiných návykových látek (závislost, zneužívání)
- Psychotických poruch
- Anorexie nervosy
- Bulimie
- A hodnotí také riziko suicidálního jednání (Sheehan et al., 1998).

Podobně, jako je tomu v klinické psychiatrické diagnostice, také u MINI se hodnotí, které a kolik z hodnocených kritérií pacient naplňuje. Na základě toho pak výzkumník zaznamená, zda jedinec splňuje, nebo nesplňuje podmínky pro konkrétní diagnózu psychické poruchy. Každá porucha má také stanovený jiný časový rámec, v němž je posuzovaná. Zatímco u depresivní epizody se odborník ptá na příznaky v posledních dvou týdnech, u dystymie se jedná o příznaky, které by měly převažovat po většinu doby během posledních dvou let, a v případě psychóz pokrývá časový rámec celý život jedince (Sheehan et al., 1998).

Amorimová (2000) uvádí, že psychometrické charakteristiky anglické a francouzské verze MINI jsou uspokojivé. Metoda vykazala podobně uspokojivé hodnoty při měření formou test-retest a shody mezi nezávislými posuzovateli jako jiné metody sloužící k témuž účelu (CIDI, SCID). Zároveň se ukázalo, že výsledky screeningu zpravidla

odpovídají expertnímu hodnocení jedinců. Metoda je tedy v diagnostice psychických poruch poměrně přesná. Výhodou MINI je především nízká časová náročnost, která je oproti podobným metodám až poloviční (Amorim, 2000). Zároveň je však potřeba zmínit, že ve srovnání s klinickým hodnocením vede k diagnostice více komorbidních psychických poruch. V průměru se jedná o dvě komorbidity u jednoho posuzovaného jedince, zatímco při nestrukturovaném diagnostickém rozhovoru jde v průměru o 0,5 poruchy – tedy o jednu komorbiditu u dvou diagnostikovaných pacientů. Týká se to především komorbidních úzkostných poruch a závislostí (Pinninti et al., 2003).

6. 2. 3. Demografický dotazník

Součástí baterie metod, kterou obdrželi zájemci o účast na studii a kterou uvádíme v příloze, byl demografický dotazník. Zahrnoval následující položky:

- *Jméno*
- *Věk*
- *Nejvyšší dosažení vzdělání*
 - Základní
 - Střední odborné
 - Středoškolské
 - Vysokoškolské – VOŠ a VŠ
- *Aktuální zaměstnání*
 - Student
 - Zaměstnaný
 - Živnostník
 - Nezaměstnaný
 - Pobírající invalidní důchod
 - Pobírající starobní důchod
- *Rodinný stav*
 - Svobodný
 - Ženatý/vdaná
 - V registrovaném partnerství
 - Rozvedený
 - Vdovec/vdova
 - Jiné
- Pokud jedinec v předchozí položce zaškrtnl jinou možnost než „ženatý/vdaná“ nebo „v registrovaném partnerství“, v poslední položce odpovídal, *zda má v současnosti partnera*.

Položky týkající se zaměstnání a rodinného stavu potenciálně zahrnovaly více odpovědí. Bylo tedy možné, aby účastník zaznamenal, že pobírá invalidní důchod, a zároveň je zaměstnaný, nebo je vedený na úřadu práce a pobírá invalidní důchod. Základní identifikace probandů byla nezbytná pro pozdější spárování dat z baterie metod s dalšími škálami, které pacienti a lékaři vyplňovali v průběhu léčby. Po spárování dat byly veškeré údaje anonymizované.

6. 2. 4. Škála internalizovaného stigmatu psychických poruch (Škála ISMI)

Škála internalizovaného stigmatu psychických poruch je sebesposuzovací metoda, kterou vytvořila Ritsherová s kolegy (2003). Škála byla vyhodnocená jako v současnosti nejlepší metoda určená k měření sebestigmatizace jedinců s psychickými poruchami (Stevelinková et al., 2012).

Základem procesu tvorby metody bylo studium problematiky stigmatu a sebestigmatizace, na které navazovaly diskuzní skupiny s lidmi trpícími psychózami nebo depresemi, kteří se vyjadřovali k vlastním zkušenostem se stigmatizací a sebestigmatizací, a následně komentovali navržené znění položek. Přestože se na tvorbě škály podíleli lidé se závažnými psychickými poruchami, metoda je určená pro všechny jedince, kterým byla diagnostikovaná psychická porucha. Škálu tvoří 29 položek spadajících do 5 subškál (Ritsher et al., 2003):

1. **Odcizení** – Subškála obsahuje položky č. 1, 5, 8, 16, 17 a 21. Vypovídá o míře, v jaké proband hodnotí, že kvůli diagnostikované psychické poruše není plnohodnotným členem společnosti, a je z ní proto vyčleněný.
2. **Souhlas se stereotypy** – Položky č. 2, 6, 10, 18, 19, 23 a 29. Subškála slouží k hodnocení stupně, v němž jedinec souhlasí se společenskými předsudky o lidech s psychickou poruchou.
3. **Vnímaná diskriminace** – Tuto subškálu tvoří položky č. 3, 15, 22, 25 a 28. Zaměřuje se na míru, v níž vyplňující hodnotí, že je okolím diskriminovaný kvůli psychické poruše, která mu byla diagnostikovaná.
4. **Stážení ze společnosti** – Položky č. 4, 9, 11, 12, 13 a 20. Subškála hodnotí stupeň, v jakém se člověk stahuje ze společnosti, aby unikl předpokládané stigmatizaci, nezatěžoval druhé psychickými potížemi nebo ze strachu z odmítnutí poté, co by se okolí dozvědělo o jeho psychických potížích.
5. **Odolnost vůči stigmatu** – Zahrnuje položky č. 7, 14, 24, 26 a 27. Odolnost vůči stigmatu měří míru, v jaké jedinec nepodléhá stereotypům a diskriminaci ze strany okolí a nerozvíjí internalizované stigma.

Podobně jako u jiných sebesuzovacích škál, i u této metody jedinci hodnotí výroky spadající do některé ze subškál. Ve Škále ISMI uvádí míru, v jaké souhlasí, nebo nesouhlasí s popsány výroky, k čemuž slouží čtyřbodová Likertova škála (1 = rozhodně nesouhlasím, 4 = rozhodně souhlasím). Položky odolnosti vůči stigmatu se při výpočtu celkového skóru invertují. Původní verze metody nedisponuje normami. Pro účely interpretace uvádí autoři číslo 2,5 jako průměrnou hodnotu položky (Ritsher et al., 2003).

Ritsherová s kolegy (2003) ověřovali validitu svého nástroje pomocí korelací se zavedenými metodami, s nimiž těsně souvisí jiné škály měřící stigma. Ukázalo se, že sebestigmatizace souvisí s negativním sebehodnocením, nízkou mírou vnímané kontroly nad směřováním svého života (tzv. *empowerment*) nebo vyšší mírou příznaků deprese (Ritsher et al., 2003). Značná část výzkumů zmíněných v druhé kapitole byla realizovaná právě pomocí této škály.

Psychometrické vlastnosti a české znění Škály ISMI

Jak ukazuje tabulka uvedená na následující straně, většina psychometrických charakteristik původní verze Škály ISMI je vynikající. Výjimkou je faktorová analýza, do níž Ritsherová s kolegy (2003) zařadili pouze 4 subškály a vynechali odolnost vůči stigmatu. Tento krok zdůvodnili nízkým počtem jedinců účastnících se studie. Výzkumný soubor tvořilo 127 jedinců, z nichž většinu tvořili muži ($n = 117$) s průměrným věkem 49,5 let, kteří trpěli psychózou nebo depresí (Ritsher et al., 2003).

Standardizace škály byla prvním cílem disertačního výzkumu. Průběh realizace tohoto kroku proto více komentujeme ve výsledkové části disertace.

Tab. 5: Psychometrické vlastnosti Škály ISMI (Ritscher et al., 2003)

	PŮVODNÍ VERZE
Cronbachova alfa	0,90
Split-half (Spearman-Brown)	-
Test-retest (korelace)	0,92 (měřeno po 6 týdnech)
Explorační faktorová analýza (metoda maximum likelihood s rotací varimax)	„Správný“ faktor sytilo 13 položek z 24 zařazených, zbývajících 11 spadalo do jiného, ale druhý nejsilnější byl ten „správný“.

6. 2. 5. Inventář temperamentu a charakteru, revidovaná verze (TCI-R)

Inventář temperamentu a charakteru je psychodiagnostickou metodou vycházející z Cloningerovy teorie osobnosti, kterou jsme popsali ve čtvrté kapitole. Inventář podstoupil poměrně dlouhý vývoj a jeho nynější znění je založené na dvou předchozích verzích. Cloninger nejdříve vytvořil dotazník TPQ. Stopoložková metoda monitorovala tři temperamentové dimenze – vyhledávání nového, vyhýbání se poškození a závislost na odměně, která zahrnovala i později rozlišenou dimenzi vytrvalosti. Faktorová analýza výsledků vedla Cloningera k přehodnocení teorie struktury temperamentu a vyčlenění vytrvalosti jako čtvrté temperamentové dimenze (Kose, 2003).

Další verze inventáře metody – TCI – již zahrnovala čtyři temperamentové a tři charakterové vlastnosti. Součástí inventáře bylo 29 subškál sdružujících se do sedmi osobnostních rysů. Celkový počet položek byl 226. Faktorová analýza TCI potvrdila základní strukturu metody, nebyla již tedy potřeba větší revize. Cloninger přesto vytvořil poslední verzi inventáře – TCI-R. V poslední modifikaci metody se změnil způsob hodnocených reakcí na položky. Zatímco v TCI se probandi vyjadřovali k tomu, zda pro ně daný výrok platí, nebo neplatí, odpovědi v TCI-R jsou založené na pětibodové Likertově škále, v níž jedinci zaznamenávají stupeň, v jakém pro ně daný výrok platí (1 = rozhodně platí, 5 = rozhodně neplatí). Zvýšila se tak přesnost měření osobnostních rysů. Druhou změnou bylo posílení položek vytrvalosti, která nyní zahrnuje 35 výroků ve čtyřech

subškálách. Třetí změnou bylo zařazení subškály otevřenosti vůči vřelé komunikaci, která spadá do rysu závislosti na odměně (Hansenne et al., 2005).

TCI-R tedy zahrnuje 235 položek sdružujících se do sedmi měřených osobnostních rysů ve 29 subškálách. Součástí metody je také pět validizačních položek (Kose, 2003). Proband má za úkol zhodnotit, nakolik pro něj platí jednotlivé výroky. Jedinec by měl odpovídat podle toho, co je pro něj typické v běžných, neextrémních situacích (Preiss & Klose, 2001). Osobnostními dimenzemi i jejich subškálami jsme se zabývali ve čtvrté kapitole, proto zde uvádíme pouze výčet měřených rysů (Kose, 2003):

1. *Temperamentové dimenze*

- a) Vyhledávání nového
- b) Vyhýbání se poškození
- c) Závislost na odměně
- d) Vytrvalost

2. *Charakterové dimenze*

- a) Sebeřízení
- b) Spolupráce
- c) Sebepřesah

Metoda je vhodná pro měření osobnostních rysů u klinické i neklinické populace. V oblasti zdravotnictví může být použita nejen pro výzkumné účely, ale také pro diagnostiku a diferenciální diagnostiku psychických poruch (Kose, 2003; Cloninger et al., 2011). Pomocí tohoto inventáře bylo např. zjištěno, že některé osobnostní dimenze se významně pojí s rizikem vzniku závislosti na návykových látkách (Pomerlau et al., 1992), poruch příjmu potravy (Waller et al., 1933; Brewerton et al., 1993), úzkostných poruch a deprese (Cloninger, 1986; Wachleski et al., 2008) nebo poruch osobnosti (Cloninger et al., 1993; Cloninger, 1994b). Vyšší míra vyhýbání se poškození a nízký stupeň vytrvalosti a sebeřízení se také nachází u jedinců s psychózami, kteří trpí sebestigmatizací (Margetić et al., 2010). Ženy dosahují vyšších skóre v dimenzích vyhýbání se poškození, závislosti na odměně a spolupráci (Hansenne et al., 2005).

Faktorová struktura TCI-R odpovídá teoretickému základu, na němž je metoda založena (Hansenne et al., 2005). Míra vnitřní konzistence je vyšší u TCI-R než u předchozího inventáře TCI (Brändström, Richter, & Nylander, 2003). Belgická verze poukázala na relativně nižší hodnotu Cronbachovy alfy u dimenze vyhledávání nového ($\alpha = 0,78$), jejíž hodnota je však přesto uspokojivá. Co se týče korelace mezi opětovnými měřeními po dvou týdnech od prvního snímání dat, v belgickém souboru se korelace

pohybovaly v rozmezí 0,69-0,94. Vyhýbání se ohrožení a sebepřesah byly v druhém měření nižší než v prvním a vyhledávání nového dosahovalo naopak vyšších hodnot (Hansenne et al., 2005).

Česká verze TCI-R

Česká verze inventáře je spojená především se jménem Marka Preisse, který s metodou dlouhodobě pracuje v oblasti výzkumu poruch osobnosti (Preiss, Klose, Španiel, 2000). Nejnovější revidovaná verze inventáře navazuje na předchozí inventář TCI, který u nás zaváděli Kožený s Tišanskou (1998).

Metoda není plně standardizovaná, Preiss však ověřil její vnitřní konzistenci a faktorovou analýzu a u předchozí verze inventáře TCI stanovil percentilové normy. Na ověření některých psychometrických vlastností překladu pracoval Preiss s Kuchařovou, Novákem a Štěpánkovou (2007). Této studie se zúčastnilo 200 jedinců z neklinické populace, kteří vyplnili TCI-R. Autoři realizovali explorační faktorovou analýzu metodou analýzy hlavních komponent a zjistili, že faktory odpovídající temperamentu jsou poměrně robustní. To platilo především pro rys vytrvalosti. Faktorová struktura charakteru však byla méně jasně ohraničená. Autoři dále uvádí, že míra vnitřní konzistence jednotlivých subškál byla vysoká a revidovaná verze inventáře byla z psychometrického pohledu kvalitnější než její předchůdce (Preiss et al., 2007).

Zdá se, že některé subškály TCI-R úzce souvisí s demografickými proměnnými. Preiss s kolegy (2007) zmiňují především vztah mezi věkem a vyhledáváním nového, kdy s věkem míra tohoto rysu klesá. Významnou souvislost uvádí i se závislostí na odměně a sebeřízením, které s věkem naopak narůstají. Češi vykazují ve srovnání s americkou populací nižší mírou vyhledávání nového a sebepřesahu. Zároveň dosahují vyšších skóre v subškálách závislosti na odměně a sebeřízení (Preiss & Klose, 2001).

6. 2. 6. Škála naděje (Adult Dispositional Hope Scale, ADHS)

Škála naděje je metoda, kterou vytvořil v devadesátých letech Charles Snyder (2000). Jedná se o sebesuzovaci škálu, která vychází z autorovy teorie naděje. Podle Snydera se prožitek naděje objevuje, jakmile si člověk stanoví cíl, kterého by chtěl dosáhnout, cesty k jeho naplnění a disponuje dostatečnou mírou motivace a snahy k následování těchto cest. Struktura škály odpovídá tomuto základnímu vymezení. Možnosti využití škály jsou široké. Snyder (2000) uvádí, že je vhodná pro jedince starší 15 let. Lze ji použít ve výzkumu, ale také v rámci psychoterapeutické nebo poradenské činnosti.

Škálu tvoří 12 položek s osmibodovou škálou, kdy proband u každé položky uvádí číselný údaj podle toho, nakolik souhlasí s uvedeným tvrzením (1 = naprosto nepravdivé, 8 = naprosto pravdivé). Položky jsou rozdělené do tří kategorií:

1. Položky měřící *cestu* (*pathway thinking*) – Položky č. 1, 4, 6 a 8. Subškála měří schopnost jedinec nacházet způsoby, jak dosáhnout vytyčeného cíle.
2. Položky měřící *snahu* (*agency*) – Položky 2, 9, 10 a 12. Tato subškála se zaměřuje na míru motivace, snahy nebo vnitřní energie, kterou člověk vynakládá na cestě k cíli.
3. **Distraktory** – Položky č. 3, 5, 7 a 11 se nevyhodnocují. Slouží pouze k odvedení pozornosti od jinak poměrně zjevného zaměření škály ve snaze zvýšit reliabilitu výsledků (Snyder, 2000).

Při vyhodnocování metody se sčítají skóry obou subškál, celkové skóre se pak získá součtem všech osmi relevantních položek. Maximální celkové skóre je 64 bodů, nejvyšší možný skór je pro každou subškálu 32 bodů. Čím vyššího skóru jedinec dosáhne, tím větší mírou naděje disponuje. Normy nejsou stanoveny, Snyder (2000) však uvádí, že průměrné celkové skóre je u neklinické populace 48 bodů. V původní verzi nebyly zjištěny významné rozdíly mezi pohlavím nebo různými etniky (Snyder, 1995).

Naděje v pojetí Snydera souvisí s oblastmi zájmu pozitivní psychologie, psychologie zdraví i psychoterapie a poradenství. Kwon (2000) zjistil, že celková míra naděje predikuje strategie zvládání stresu, které jedinec použije v odstupu několika týdnů. Lidé s vyšší mírou naděje používají významně méně často vyhýbavé strategie zvládání stresu a při vyrovnávání se stresem spíše volí proaktivní přístup, jako jsou aktivní zvládání nebo vyhledání sociální opory. Naděje souvisí s osobní pohodou, jejímž je také prediktorem (Michael & Snyder, 2005). Kromě toho mívají jedinci s vyšším stupněm naděje zvýšenou toleranci vůči bolesti (Snyder, 2000). V oblasti zdravotnictví hraje naděje významnou roli např. při procesu přijímání přítomnosti psychotického onemocnění, a to u jedinců, jimž bylo diagnostikované (Perry, Taylor, & Shaw, 2007), i u jejich blízkých (Bland & Darlington, 2002). Naděje je obecným faktorem působícím v průběhu psychoterapie bez ohledu na směr, ke kterému se hlásí psychoterapeut. Přispívá k úspěšnosti psychoterapie a zčásti je jejím prediktorem (Snyder, 2000). Jak jsme popsali v druhé kapitole, naděje se v neposlední řadě pojí i se sklonem k sebestigmatizaci lidí s psychózou (Mashiach-Eizenberg et al., 2013; Corrigan et al., 2011).

Psychometrické vlastnosti Škály naděje

V tabulce č. 6 uvádíme některé psychometrické vlastnosti původní verze škály, Halamova překladu do slovenštiny z roku 2001, který zveřejnil v Československé psychologii, a našeho českého překladu. Psychometrické charakteristiky škály jsou vesměs uspokojivé. Ačkoliv by se mohlo zdát, že Cronbachova alfa nabývá poměrně nízkých hodnot, je potřeba mít na paměti, že se jedná o malou škálu. Výsledný skór se počítá z osmi položek. Reliabilita metody je tedy uspokojivá až dobrá. Stejně tak vnitřní konzistence odpovídá teoretickému zakotvení metody.

Halama vytvořil slovenský překlad Škály naděje, který ověřil na souboru 206 vysokoškoláků. Na základě výsledných údajů o psychometrických vlastnostech překladu pak znění upravil a administroval souboru 334 středoškolských a vysokoškolských studentů. Jím naměřené údaje o míře vnitřní konzistence a faktorové struktuře slovenského překladu také uvádíme v následující tabulce.

*Tab. 6: Psychometrické vlastnosti Škály naděje
(Snyder, 2000; Halama, 2001; Ocisková et al., nepublikovaná data)*

	PŮVODNÍ VERZE	SLOVENSKÝ PŘEKLAD	NAŠE PŘEDBĚŽNÉ ÚDAJE
Cronbachova alfa	0,74-0,84	0,71	0,79
Split-half (Spearman-Brown)	-	-	0,78
Test-retest (Pearsonův korelační koeficient)	0,8 (měřeno po 10 týdnech)	-	-
Explorační faktorová analýza	Všechny položky odpovídaly svým faktorům. (Metoda maximum likelihood, rotace varimax)	Všechny položky odpovídaly svým faktorům. (Metoda alpha factoring)	Všechny položky odpovídaly svým faktorům, vyjma položky č. 9, která zčásti sytila i faktor cesty. (Metoda maximum likelihood, rotace varimax)

Standardizace české verze Škály naděje

V rámci rigorózní práce jsem se zabývala vztahem mezi nadějí ve Snyderově pojetí, smyslem života a osobní pohodou (Ocisková, 2013). Pro účely sběru dat jsem tehdy přeložila Škálu naděje, přičemž jsem vycházela z původní verze metody a slovenského překladu, který realizoval Halama (2001). Psychometrické vlastnosti vlastního překladu

byly uspokojivé, faktorová analýza však poukázala na položky č. 4 a 10, které kromě „svého“ faktoru sytily i vlastní třetí, a položku č. 9, která více sytila faktor cesty než snahy, do něhož měla spadat. V téže době paralelně zpracovala český překlad škály i paní docentka Irena Sobotková, která jej vytvořila na podkladě dvou nezávislých překladů od profesionálních lingvistů. Diskutovaly jsme kvalitu obou překladů a možnosti zlepšení psychometrických vlastností české verze. Na podkladě zjištění z rigorózní práce pak paní docentka vytvořila konečné znění českého překladu Škály naděje. V současnosti pracujeme na standardizaci metody.

Standardizace se prozatím zúčastnilo 312 jedinců z neklinické populace s převahou žen ($n = 237$; 76,0 %) a průměrným věkem $22,4 \pm 4,8$ let. V souboru se nachází především svobodní ($n = 284$; 91 %) vysokoškolští studenti ($n = 270$; 86,5 %). V budoucnu se zaměříme na sběr dat u starší populace, lidí vyučených nebo se základním vzděláním a rozvedených či ovdovělých. Mezi pracujícími se budeme snažit získat data od variabilních skupin. Podle průběžných výsledků se zdá, že vnitřní míra konzistence překladu je dobrá a spadá do rozmezí zjištěného Snyderem (2000). Výsledek aplikace metody split-half je také uspokojivý. Ověření reliability formou test-retest budeme realizovat v budoucnu. Faktorová analýza opět poukázala na devátou položku, která spadala i do faktoru cesty, jemuž neměla připadat, z větší míry však sytila faktor snahy. Tuto verzi Škály naděje používáme v disertačním výzkumu.

6. 2. 7. Škála celkového klinického dojmu (CGI)

Škála celkového klinického dojmu (dále CGI) je krátká posuzovací a sebeposuzovací metoda, která slouží k posouzení míry psychopatologie u pacienta a zhodnocení účinnosti léčby (Guy, 1976). Na rozdíl od jiných psychiatrických škál neslouží k určení stupně závažnosti příznaků konkrétní poruchy nebo skupiny poruch, ale zaměřuje se na celkový stav jedince. Metodu vytvořil tým Guye (1976), který usiloval o tvorbu jednoduchého nástroje, který by sloužil k hodnocení účinnosti antipsychotik. Postupem času začalo být CGI používané i při hodnocení úspěšnosti psychofarmakologických studií zaměřujících se na jiné lékové skupiny a konečně také pro hodnocení účinnosti psychoterapeutických intervencí. V oblasti výzkumu léčby úzkostných poruch patří CGI mezi základní metody hodnocení změny v průběhu léčby (Zaider, Heimberg, Fresco, Schneier, & Liebowitz, 2003).

Metoda se používá ve dvou verzích – objektivní, kterou vyplňuje ošetřující lékař (*objCGI* nebo *oCGI*), a subjektivní, kterou vyplňuje samotný pacient (*subjCGI* nebo

sCGI). V případě objektivní verze metody je zdrojem informací pro hodnocení pacientovo chování. Technikou získávání dat jsou rozhovor a získávání dalších údajů z okolí pacienta. Sebeuposuzovací verze škály je založená na osobní výpovědi jedince. Při vyplňování je úkolem lékaře i pacienta zaznamenat intenzitu psychických potíží na sedmibodové škále (1 = normální, bez známek nemoci, 7 = prožívá/m extrémně silné příznaky nemoci), na níž má každá úroveň svůj slovní doprovod. V rámci našeho výzkumu vyplňuje lékař objCGI na počátku a konci léčby a pacient každý týden pobytu, včetně prvního a posledního týdne. Při propouštění pacient vyplňuje CGI znovu a hodnotí, zda zaznamenal změnu celkového stavu psychopatologie v průběhu léčby a pokud ano, pak v jakém směru proběhla a jak byla výrazná. K tomuto hodnocení opět slouží sedmibodová škála (1 = velmi výrazné zlepšení, 7 = velmi výrazné zhoršení), na níž má každý bod své jasně stanovené slovní hodnocení. V našem výzkumu lékař opětovně hodnotil závažnost psychopatologie, a to kvůli někdy předčasným dimisím pacientů (Guy, 1976; Busner & Targum, 2007).

Co se týče interpretace skóre, pak skór 1 nebo 2 v druhém měření na konci léčby vypovídá o pozitivní reakci na léčbu, remisi. Jedinci, kteří dosáhnou jednoho z těchto dvou skóre, mohou být vnímání jako respondéři. Lidé s hodnotou 3 jsou parciální respondéři a jedinci s vyššími skóry (4-7 bodů) pak bývají označování jako non-respondéři (Zaider et al., 2003).

O psychometrických vlastnostech CGI není známo příliš mnoho. Někteří autoři kritizují závislost druhého hodnocení (změny stavu psychopatologie v průběhu léčby realizované na konci léčby) na paměti lékaře a pacienta, která může snižovat validitu hodnocení, proto může být vhodnější prosté hodnocení závažnosti stavu psychopatologie. CGI vykazuje dobrou reliabilitu hodnocenou pomocí míry shody mezi nezávislými posuzovateli a mezi hodnocením lékaře a pacienta (Zaider et al., 2003).

6. 2. 8. Beckův inventář úzkosti (BAI)

Beckův inventář úzkosti patří mezi sebeuposuzovací metody zachycující příznaky úzkosti a jejich intenzitu. Podnětem pro tvorbu škály byla snaha Becka s kolegy vytvořit nástroj, který by umožnil rozlišení mezi behaviorálními, emočními a fyziologickými příznaky u jedinců s úzkostnými poruchami a osob s depresí. Autoři škály se proto snažili identifikovat fyziologické a kognitivní příznaky, které se nachází pouze u úzkosti, a na jejich základě vytvořit sebeuposuzovací metodu měřící příznaky úzkosti (Leyfer, Ruberg, Woodruff-Borden, 2006).

První verze škály vznikla na podkladě studia tří dříve hojně užívaných škál – The Anxiety Checklist, The Physician's Desk Reference Checklist a The Situational Anxiety Checklist. Zahrnovala 86 položek. Po sérii statistických analýz byla vytvořena konečná verze obsahující 21 položek (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988).

Položky zahrnují rozličné příznaky úzkosti. Proband u každé z nich zaznamenává, zda se s nimi setkal v období posledního týdne a pokud ano, pak nakolik byly intenzivní a nepříjemné. Hodnocení je založené na čtyřbodové škále, kdy číslo 0 znamená „vůbec jsem se s příznakem nesetkal/a“ a číslo 3 představuje stav, kdy se s příznakem jedinec setkával často a velmi ho to zatěžovalo (Leyfer et al., 2006). Výsledné skóre vypovídá o míře vnímaných příznaků úzkosti (Beck et al., 1988). Je určena především pro klinickou populaci, ale lze se setkat i s aplikací u jiných skupin (Beck et al., 1988).

Pro interpretaci výsledků se doporučují následující cut-off skóry (Julian, 2011):

- *0-9 bodů* – žádná až běžná hladina úzkosti
- *10-18 bodů* – mírná až středně silná úzkost
- *19-29 bodů* – středně silná až těžká úzkost
- *30-63 bodů* – těžká úzkost

Metoda vykazuje kvalitní psychometrické vlastnosti (Steer, 2009; Beck & Steer, 1991; Beck et al., 1988). Má vynikající vnitřní konzistenci a dobrou reliabilitu měřenou formou test-retest po pěti týdnech od prvního snímání dat. Oproti názorům některých vědců, podle nichž BAI monitoruje především příznaky panické poruchy (Cox, Cohen, Dorenfeld, & Swinson, 1996), se ukazuje, že BAI pro tuto poruchu není specifická a monitoruje několik rozdílných složek úzkosti (de Beurs, Wilson, Chambless, Goldstein, Feske, 1997). Jedná se o čtyři dimenze měřené úzkosti – neurofyziologickou, subjektivní, panickou a projevy autonomního nervového systému (Beck & Steer, 1991). Výhodou inventáře je citlivost vůči změnám v úzkostných příznacích dosažených v průběhu psychoterapeutické nebo farmakoterapeutické léčby (de Beurs et al., 1997).

Český překlad vytvořil Praško s Možným (in Praško et al., 2007). Na standardizaci metody v současnosti pracuje Kamarádová s kolektivem.

6. 2. 9. Beckův inventář deprese (BDI)

Beckův inventář příznaků deprese je další známou sebesuzovací metodou vytvořenou Aaronem Beckem. Jedná se jeden z celosvětově nejužívanějších nástrojů k měření depresivních příznaků. Konstrukce metody začala roku 1961 a pokračovala několik

desetiletí až do současné podoby BDI-II (Beck, Steer, Carbin, 1988). Vývoj metody prošel několika fázemi. Jako první byla vytvořena škála BDI-I, která byla roku 1978 zrevidovaná a používaná pod názvem BDI-IA. Posledním krokem byla další revize, jejímž výsledkem je metoda BDI-II (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996).

Škálu tvoří 21 položek, v nichž jsou uvedené nejčastější příznaky deprese. Výčet příznaků je v souladu s klasifikací DSM-IV, metoda samotná je ateoretická (Wang & Gorenstein, 2013). Úkolem probanda je vybrat pro každou z 21 položek jedno ze čtyř nabídnutých tvrzení nacházejících se na čtyřbodové škály pohybující se v rozmezí 0 až 3 bodů, které pro něj nejvíce platí. Např. v položce týkající se smutku jedinec vybírá možnost podle toho, jak hodně se cítí smutný. Při hodnocení se bere v potaz období posledních dvou týdnů (Preiss & Vacíř, 1999).

Metoda slouží k určení míry závažnosti příznaků deprese, kdy vyšší skóry značí větší závažnost příznaků. Podle některých autorů by měla celková hodnota 17 bodů představovat cut-off skór pro záchyt depresivní poruchy. To znamená, že vyšší hodnoty nalezneme s největší pravděpodobností u osob, které trpí depresí (Veerman, Dowrick, Ayuso-Mateos, Dunn, & Barendregt, 2009). Starší údaje (Spreeen & Strauss, 1991) uvádí následující cut-off skóry pro hodnocení škály:

- *0-9 bodů* – norma
- *10-15 bodů* – minimální známky deprese
- *16-19 bodů* – mírná až střední deprese
- *20-29 bodů* – střední až těžká deprese
- *30-63 bodů* – těžká deprese

Škála bývá užívána u klinické populace (Preiss & Vacíř, 1999), setkáme se s ní však i ve výzkumech s neklinickou populací, jako jsou např. vysokoškolští studenti (Richter, Werner, Heerlein, Kraus, & Sauer, 2004). Podobně jako BAI, i BDI je schopné citlivě reagovat na změnu stavu v průběhu léčby (Beck & Beamesderfer, 1974).

Škála vykazuje uspokojivé psychometrické vlastnosti. Faktorová analýza dat od vysokoškolské populace poukázala na dva faktory tvořící metodu – kognitivně-afektivní a somatické příznaky deprese (Dozois, Dobson, & Ahnberg, 1998). Metoda rovněž vykazuje vysokou míru vnitřní konzistence (Richter et al., 2004). Průměrná alfa činí 0,86 pro populaci psychiatrických pacientů a 0,81 pro nepsychiatrickou populaci (Storch, Roberti, & Roth, 2004). Škála zároveň vysoce koreluje s dalšími metodami měřícími příznaky deprese, jako je např. Hamiltonova škála deprese (Richter et al., 2004; Storch et

al., 2004; Beck et al., 1988). I přes vyšší korelace s metodami hodnotícími příznaky úzkosti je faktorová struktura BDI specifická pro měření příznaků deprese (Storch et al., 2004). Nevýhodou použití škály může být její nižší stabilita v čase, na kterou poukázal samotný Beck s kolegy (1988).

V České republice vydalo metodu brněnské nakladatelství Psychodiagnostika. Převod a standardizaci na české prostředí realizoval Marek Preiss s Karlem Vacířem (1999).

6. 2. 10. Škála disociativních zkušeností (DES)

Škála disociativních zkušeností (Dissociative Experiences Scale) je sebesupozovací škála vytvořená roku 1986 Eve Bernsteinovou a Frankem Putnamem, která slouží k hodnocení míry a typu prožívaných disociativních zkušeností především u klinické, ale také u neklinické populace, u níž je však interpretace méně validní. Škála vznikla na podkladě rozhovorů s lidmi, kteří trpí disociativními poruchami, a odborníky na toto téma (Wright & Loftus, 1999).

Škálu tvoří 28 zkušeností, které označujeme jako disociativní. Jedná se o nepatologické formy disociace, jako je absorpce, i patologické, pro něž je určený subskór DES-T. Úkolem probanda je vyznačit na deseticentimetrové úsečce bod podle toho, jak často zažívá popisovanou zkušenost, přičemž minimum tvoří 0 % a maximum 100 % času (Wright & Loftus, 1999). Výsledkem je souhrnný skór škály, a zpravidla také skór pro patologickou úzkost (Bernstein & Putnam, 1986). Hodnotit však lze také další typy disociace:

- *Amnézie* – Položky 3-6, 8, 10, 25 a 26. Subškála se týká disociativních stavů amnézie.
- *Absorpce a fantazie* – Položky 2, 14-18, 20, 22 a 23. Jedná se o převážně nepatologickou formu disociace, která je běžná také u neklinické populace.
- *Zážitky depersonalizace a derealizace* – Položky 7, 11-13, 27 a 28. Tato subškála se zabývá prožitky, během nichž má jedinec pocit, že z nějakého důvodu není sám sebou (Např. „Jsem jen tělo, kus masa, nic víc ve mně není, nejsem to já.“, případně „Mám pocit, že jsem robot.“) nebo vnímá své okolí nebo čas jako podivně cizí, nereálné (Např. „Všechno je cizí, jako by věci kolem mě byly nějak umělé nebo jako by všechno byl sen.“).
- *Patologická úzkost (DES-T)* – Položky 3, 5, 7, 8, 12, 13, 22 a 27. Patologická úzkost je tvořená některými položkami ze zbývajících tří subškál, zejména z těch, které se týkají amnézie a depersonalizace a derealizace (Bernstein & Putnam, 1986).

Ross (1990) se zabýval rozdíly mezi výslednými hodnotami škály měřenými u obecné populace. Nezjistil statisticky signifikantní rozdíly mezi pohlavím, finanční situací jedinců,

jejich pozicí na trhu práce, vzděláním, místem narození, příslušností k určitému náboženství nebo počtem lidí obývajících domácnost. Autor výzkumu dále uvádí, že míra disociace klesá s věkem, nicméně tento vztah je poměrně slabý. Uzavírá pak sdělením, že disociativní zážitky jsou běžné i v neklinické populaci a jsou běžnou součástí každodenního života. Zároveň však podotýká, že také samotné disociativní poruchy, tj. patologické formy disociace naplňující příslušná diagnostická kritéria, mohou být ve společnosti rozšířené více, než jsme se dosud domnívali (Ross, 1990). K podobným zjištěním dospěli i další autoři (van Ijzendoorn & Schuengel, 1996).

Metoda je schopná poměrně spolehlivě rozlišit mezi jedinci bez disociativní poruchy a jedinci, kteří jimi trpí. Zatímco průměrný skór neklinické populace se pohybuje v širokém rozpětí a normou je i hodnota 23,8 bodů, lidé s mnohočetnou poruchou osobnosti dosahují průměrné skóru 55 bodů a jedinci s nespécifikovanou disociativní poruchou průměrně zaznamenávají 40,8 bodů (Frischholtz et al., 1990; van Ijzendoorn & Schuengel, 1996). Autoři studie proto doporučují cut-off skór 45 až 55 bodů, který má minimalizovat falešně pozitivní případy a maximalizovat úspěšný záchyt lidí, kteří trpí disociativními poruchami (Frischholtz et al., 1990).

Co se týče psychometrických vlastností škály, Bernsteinová s Putnamem (1986) uvádí údaje o stabilitě testu v průběhu času. Hodnota testu-retestu u klinické populace činila pro celou škálu 0,93, amnézii 0,95, depersonalizaci a derealizaci 0,89 a absorpci 0,82. Ačkoliv autoři neuvádí, v jakém časovém odstupu realizovali druhé měření, lze předpokládat, že tyto údaje jsou validní a stabilita metody v čase je tedy dobrá až vynikající. Škála také vykazuje vynikající hodnoty vnitřní konzistence. Cronbachova alfa pro celou škálu činí 0,96 (Bernstein & Putnam, 1986). Jedná se o metodu, kterou tvoří jeden faktor, přestože autoři rozlišují mezi několika typy disociace (Holtgraves & Stockdale, 1997). Autoři metody také úspěšně ověřili konstruktovou validitu nástroje, kterou potvrdili i další výzkumníci (Bernstein & Putnam, 1986; Holtgraves & Stockdale, 1997). Je zajímavostí, že škála významně koreluje nejen s obdobnými sebesuzovacími škálami měřícími stupeň disociace, ale ještě těsněji je spojená s posuzovacími rozhovory, jako je SCID-D (van Ijzendoorn & Schuengel, 1996). Výsledný skór škály mimo jiné významně pozitivně koreluje s úzkostí, neuroticismem, prožitým traumatem, mírou deprese nebo sklonem k somatizaci (Holtgraves & Stockdale, 1997; van Ijzendoorn & Schuengel, 1996).

Českou verzi metody uvedli Radek Ptáček s Petrem Bobem a Ivem Pacltem (2006), kteří ověřili psychometrické charakteristiky překladu u souboru neklinické populace a osob

s epilepsií a depresí. Ptáček s kolegy (2006) na toto konto uvádí, že reliabilita, faktorová struktura i validita odpovídají původní verzi metody, a doporučují ji k měření subjektivně vnímané míry disociativních příznaků.

6. 3. Metody zpracování a analýzy dat

Proces zpracování získaných dat volně navazuje na proces sběru dat popsany v předchozí podkapitole. Poté, co účastníci odevzdali vyplněné baterie metod na sesterně oddělení, začali jsme s daty pracovat. Byly vytvořeny tři základní tabulky. V první se zaznamenávaly hrubé skóry položek ISMI a Škály naděje. Tato tabulka sloužila k práci na standardizaci obou metod. Druhá tabulka obsahovala většinu potřebných demografických údajů a dílčích výpočtů. Jednalo se o:

- Všechny údaje z demografického dotazníku uvedeného v podkapitole 6. 2.
- Škálu ISMI – Celkový skór a hodnoty pěti subškál
- Škálu naděje – Celkový skór a hodnoty jejích dvou subškál
- Inventář TCI-R – Skóry sedmi měřených osobnostních rysů
- Škálu BAI – Skóry naměřené v každém týdnu pobytu pacienta
- Škálu BDI – Skóry naměřené v každém týdnu pobytu pacienta
- Škálu DES – Skóry naměřené v prvním a posledním týdnu pobytu pacienta
- Škálu subjCGI – Skóry naměřené na začátku a konci pobytu pacienta

V dokumentaci účastníků pak byla s jejich vědomím vyhledána další data. Jednalo se o údaje, které probandi opomněli vyplnit – zejména ty, které se týkaly zaměstnání a vzdělání. Po propuštění pacientů byly do tabulky vypsány jejich diagnózy, medikace a doplněno objektivní CGI, které vyplnil ošetřující lékař při příjmu a propuštění pacienta.

Třetí tabulka zahrnovala data účastníků, kteří souhlasili s účastí na studii, obdrželi baterie metod, ale následně je nevyplnili a neodevzdali. Pro účely zjištění možných rozdílů mezi touto skupinou a participanty jsme vypsali také jejich demografické údaje, diagnózy a skóry v BAI, BDI a CGI. Pacienti byli o tomto kroku informováni a souhlasili s ním.

Ošetřující lékaři a přednosta stanovili u každého účastníka primární (hlavní) diagnózu a sekundární diagnózy. Další práce s daty probíhala za využití statistických programů SPSS 17.0 (SPSS Inc, 2008) a G*Power 3 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007).

Základní deskriptivní statistika zahrnovala výpočet četností, průměrů, minima, maxima a směrodatných odchylek. Tyto údaje byly zjištěny u demografických a klinických údajů i u použitých metod. Zároveň byla ověřena normalita rozložení dat.

Realizovali jsme výpočet potřebné velikosti vzorku pro jednotlivé statistické analýzy. Pro účely těchto analýz jsme určili základní hladinu významnosti 5 %, požadovanou sílu výsledků (power; $1 - \beta$ err prob = 0,95) a velikost efektu (effect size $|p|$). Poslední zmíněná veličina nemohla být určena „z čistého listu papíru“. Při jejím určení jsme vycházeli z výsledků jiných studií na toto téma. Pro rozsáhlost jednotlivých výpočtů zde pouze uvedme, že největší nároky kladla mnohonásobná regrese s celkovým skórem ISMI jako závislou proměnnou a vybranými nezávislými proměnnými včetně dvou Cloningerových dimenzí – vyhýbání se ohrožení a sebeřízení, která vyžadovala údaje nejméně od 87 osob. V sedmé kapitole popisujeme soubor, který se zúčastnil studie. Jednalo se o 109 jedinců. Dosáhli jsme tedy minimálního potřebného počtu probandů pro získání validních výsledků.

Ze srovnávacích testů byly použity nepárové t-testy, výpočet χ^2 , Fisherův přesný test, Mann-Whitneův U test a v případě více srovnávaných skupin a pro účely dalších analýz jednocestná ANOVA s možnou aplikací Tukeyova nebo Dunneho mnohočetného srovnávacího testu a dvoucestná ANOVA pro opakovaná měření, použita byla také Bonferroniho korekce. Rozdíl mezi druhým a prvním měřením některých použitých škál byl realizovaný výpočtem absolutní a relativní změny. Pro zjištění souvislosti mezi dvěma proměnnými byl použit Pearsonův, nebo Spearmanův korelační koeficient. Využili jsme také jednoduchou lineární regresi, mnohonásobnou lineární regresi a logistickou regresi. Zjištění velikosti efektu ve výpočtech byl proveden a realizován v souladu s Cohenovými ukazateli (1988). Jako základní hladina statistické významnosti byla ve všech případech stanovena míra 5 %.

V rámci standardizace Škály ISMI bylo, kromě deskriptivní statistiky, provedeno zhodnocení reliability nástroje pomocí analýzy vnitřní konzistence škály a aplikace metody split-half s interpretací podle Spearman-Browna koeficitu pro rozdílně velké části analyzovaného nástroje. Ověřili jsme také stabilitu nástroje v časovém odstupu tří týdnů. Normy byly vytvořeny ve formě T-skórů pro celkový skór škály a stenů pro jednotlivé subškály.

6. 4. Etické problémy a způsoby jejich řešení

V průběhu výzkumu jsme postupovali v souladu s etickými normami, jejichž základy vymezili Kolařík s kolegy (2013), a snažili se citlivě reagovat na individuální potřeby účastníků studie. Studie byla schválená etickou komisí Fakultní nemocnice v Olomouci a

proběhla v souladu s poslední verzí Helsinské deklarace a Zásadami pro dobrou praxi (EMA, 2002). V následujících bodech se stručně vyjadřujeme k aplikaci základních principů etiky výzkumu v psychologii.

Střet zájmů a empatická neutralita

Po dobu sběru dat jsem působila na Klinice psychiatrie Fakultní nemocnice v Olomouci jako ambulantní psycholožka, od července 2014 jsem však také částečně pracovala na psychoterapeutickém oddělení, na kterém probíhal výzkum. Na oddělení jsem působila jako terapeut a koterapeut skupin kognitivně behaviorální terapie, plánovala jsem expozice s pacienty a příležitostně realizovala individuální sezení zaměřená na práci s traumaty. Většina dat byla sesbíraná v období do nástupu na oddělení, dvojí roli psychologa a výzkumníka, kterou jsem zastávala v období od července do listopadu 2014, je však potřeba zmínit. Snažila jsem se situaci ošetřit tím, že pacienti byli informovaní o dobrovolnosti účasti a podstatě výzkumu. Čas, který jsem věnovala vlastní práci na oddělení a sběru dat, byl oddělený. V prostoru, během něhož jsem s pacienty diskutovala jejich výsledky, jsem se vyvarovala diskuzi o jejich medikaci, programu na oddělení nebo individuálních tématech probíraných na skupinových sezeních. Diskuze o výsledcích probandů nebyly psychoterapeutickým setkáváním, pouze snahou přinést probandům alespoň malý prospěch z jejich účasti na výzkumu.

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Všichni probandi podepsali souhlas s účastí na výzkumu. Byli informovaní o dobrovolnosti své účasti, možnosti kdykoliv odstoupit bez udání důvodu nebo vyslovit nesouhlas s použitím dat. Byli obeznámeni písemně i ústně o podstatě výzkumu, jeho průběhu, nárocích, které by na ně účast kladla, a výhodách, které by přinesla jim i výzkumníkům.

Ochrana soukromí a osobních údajů

Vzhledem k potřebě spárování dat z dokumentace s výsledky dotazníků byly vyžadovány osobní údaje, jako jsou jméno účastníka a věk. Tato data byla zanesena do výsledných tabulek, po doplnění potřebných údajů však byla anonymizovaná. Probandi byli o tomto postupu informovaní a byli obeznámeni se skutečností, že k údajům bude mít přístup doktorandka se školitelem.

Posouzení rizik a možnosti jejich prevence

Téma disertace se týká citlivé oblasti stigmatizace osob s psychickými poruchami a jejich vlastní sebestigmatizace. Součástí Škály ISMI jsou také potenciálně rozrušující otázky

typu „Duševně nemocní lidé nemohou žít dobrý a naplňující život“, které monitorují míru souhlasu se společenskými předsudky. Abychom snížili možnost citového zranění některého z účastníků výzkumu, byli pacienti již ve fázi nabídky účasti na výzkumu stručně informováni o tom, co je sebestigmatizace a jak vzniká. Uvedli jsme také, že se v rámci výzkumu ptáme i na míru souhlasu s předsudky, které mohou někteří jedinci zastávat vůči lidem, kteří se potýkají s psychickými potížemi. V případě jakékoliv nejasnosti nebo diskomfortu navozeného vyplňováním baterie dotazníků zde byla možnost otevřít je s výzkumníky.

7. VÝZKUMNÝ SOUBOR

V této kapitole popisujeme kritéria výběru pacientů do souboru a charakteristiky oslovené skupiny jedinců a konečného souboru probandů.

7.1. Kritéria výběru pacientů do studie

Po přijetí pacienta na oddělení byla provedena diagnostika podle kritérií MKN-10 (1996), kterou realizoval přijímající psychiatr, a diagnóza byla následně potvrzena dvěma dalšími nezávislými psychiatry (ošetřujícím lékařem a přednostou kliniky). Po komplexním vyšetření psychiatrem a stanovení klinické závažnosti poruchy (objCGI) pacienti na počátku hospitalizace vyplnili škály subjCGI, BAI, BDI a DES. Druhý den po přijetí bylo provedeno strukturované diagnostické interview MINI (Lecrubier et al. 1997) k potvrzení, nebo vyvrácení diagnózy stanovené přijímajícím lékařem a zhodnocení přítomnosti komorbidních poruch. Pacienti byli po podrobné instrukci požádaní, aby vyplnili baterii metod zahrnující Škálu ISMI, Škálu naděje, TCI-R a Cope Inventory, které však nebylo zařazeno do analýz.

V průběhu léčby probíhalo každý týden sebehodnocení pomocí škály BDI a BAI. Na konci léčby byla zhodnocena prostá změna stavu psychopatologie v průběhu léčby, a to pomocí subjektivního CGI (druhé měření subjCGI), a pacienti znovu vyplnili DES. Lékaři pak zhodnotili míru psychopatologie (objCGI). V následující tabulce uvádíme kritéria zařazení do studie.

Tab. 7: Kritéria zařazení do studie

VSTUPNÍ KRITÉRIA	VYLUČOVACÍ KRITÉRIA
<ul style="list-style-type: none">▪ MKN-10 výzkumná kritéria pro úzkostnou poruchu (panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, sociální fobie, agorafobie nebo smíšená úzkostně depresivní porucha) potvrzená třemi nezávislými posuzovateli▪ Naplnění kritérií MINI pro některou z úzkostných poruch▪ Věk 18-65 let▪ Podepsán informovaný souhlas	<ul style="list-style-type: none">▪ Organická psychická porucha▪ Psychotická porucha aktuální nebo v anamnéze▪ Aktuální závislost nebo zneužívání návykových látek▪ Disociální porucha osobnosti▪ Suicidální tendence (index suicidality v MINI vyšší než 2)▪ Částečná, nebo úplná negramotnost

Do studie nebyli zařazení pacienti, kteří kromě úzkostné poruchy trpěli také organickou psychickou poruchou nebo psychózou. Zařazení nebyli ani jedinci aktuálně závislí nebo zneužívající návykové látky a lidé s diagnostikovanou disociální poruchou osobnosti. Konzultace s jedinci se suicidálními tendencemi byly podpůrné, nikoliv výzkumně orientované, a data těchto pacientů nebyla zařazena do studie. Účast na výzkumu vyžadovala dostatečnou úroveň gramotnosti. Pokud byla zároveň s úzkostnou poruchou diagnostikovaná mírná nebo středně závažná depresivní porucha, nebo pokud pacienti trpěli komorbidní poruchou osobnosti, byli do výzkumu zařazení. Pacienti se závažnou klinickou depresí zařazení nebyli.

7. 2. Charakteristiky souboru

Sběr dat probíhal od listopadu 2012 do listopadu 2014. Z celkového počtu 442 osob přijatých na psychotherapeutické oddělení v daném období byla úzkostná porucha na počátku léčby diagnostikovaná u 184 pacientů. Jednalo se o pacienty farmakorezistentní v ambulantní psychiatrické léčbě, kteří byli odesláni se žádostí o systematickou psychotherapii. Z tohoto počtu souhlasilo s vyplněním dotazníků 145 jedinců. Studii pak dokončilo 109 pacientů, kteří absolvovali nejméně 4týdenní hospitalizaci. Ze studie bylo vyřazeno 36 původně začleněných participantů, a to z následujících důvodů: 11 pacientů předčasně ukončilo léčbu, jedna paní se nemohla zúčastnit kvůli částečné nigramotnosti a 24 jedinců bylo v průběhu pobytu reidiagnostikováno, a poté již nenaplnovali kritéria pro zařazení do výzkumu. Z tohoto počtu 24 lidí byla v průběhu léčby diagnóza změněna následovně:

- Dva jedinci byli diagnostikováni s komorbidní závislostí na návykových látkách.
- Dva participantů zároveň trpěli organickou psychickou poruchou.
- Dvěma lidem byla k původní úzkostné poruše diagnostikovaná také těžká depresivní porucha.
- Dalším dvěma osobám byla původní diagnóza úzkostné poruchy změněna na disociativní.
- Podobný proces nastal u čtyř pacientů, kterým byla diagnóza změněna na somatoformní poruchu.
- U 12 jedinců byla primární psychickou poruchou obsedantně kompulzivní porucha, nikoliv úzkostná porucha.

Tito lidé byli ze studie vyřazení, nicméně pokračovali v léčbě na psychotherapeutickém, nebo na doléčovacím oddělení, pokud bylo pro pacienta vhodné změnit léčebný režim. Počty celého souboru pacientů podstupujících během dvou let léčbu

na psychoterapeutickém oddělení i výběru zařazeného do následné analýzy je popsán v tabulce 8.

Tab. 8: Výběr pacientů a jejich vyřazování

Pacienti hodnocení pomocí MINI	442
Pacienti, kteří splňovali vstupní kritéria	184
Pacienti, kteří souhlasili se zařazením do studie	145
Pacienti, kteří byli ze studie vyřazení	36
Pro částečnou negramotnost	1
Pro změnu diagnózy	24
Pro předčasné ukončení pobytu	11
Pacienti, kteří studii dokončili	109

Pacienti, kteří byli vyřazení ze studie, se v základních demografických, ani klinických charakteristikách významněji nelišili od výběru pacientů, u kterých jsme hodnotili efektivitu léčby (viz tabulku č. 9 na následující straně). Jedinými výjimkami byla rodinná psychiatrická zátěž, která se vyskytovala významně častěji u skupiny, která dokončila studii, a zastoupení různých typů vzdělání, kde byl vyšší poměr vysokoškolských pacientů ve skupině, která nebyla zařazená do konečného souboru probandů (tab. 9).

Co se týče konečného souboru, který představoval 109 jedinců, z tabulky vyplývá několik základních údajů. Mezi probandy převažovaly ženy ($n = 73$), přičemž poměr mezi pohlavím odpovídá přibližnému poměru výskytu úzkostných poruch mezi pohlavím uváděným např. Alonsem s kolegy (2004) v míře 2:1. Průměrný věk souboru byl $40 \pm 12,1$ let. Minimum představovalo 18 let, maximum pak 70 let, medián činil 39 let. Výzkumu se tedy zúčastnili lidé, kteří se většinou nacházeli v období střední dospělosti. Průměrný věk, kdy se u pacientů objevily první příznaky úzkostné poruchy, byl přibližně 31 let, což je mírně později, než uvádí zahraniční literatura, podle níž úzkostné poruchy většinou vznikají v širokém období od 10. do 30. roku věku (Michael et al., 2007).

Tab. 9: Demografická a klinická data u všech oslovených pacientů, konečného souboru a participantů vyřazených ze studie

	Celý soubor (n=145)	Konečný soubor (n=109)	Vyřazení (n=36)	Statistické porovnání konečného souboru a vyřazených pacientů
Věk	38,99 ± 12,08	39,72 ± 12,14	36,75 ± 11,78	nepárový t-test: t=1,284 df=143; n.s.
Věk počátku poruchy	29,92 ± 14,17	31,14 ± 14,35	25,88 ± 12,97	nepárový t-test: t=1,885 df=140; n.s.
Trvání poruchy	8,636 ± 8,573	8,45 ± 8,08	9,25 ± 10,15	Mann Whitneyův test: MW U=1758; n.s.
Pohlaví (Muži : Ženy)	46 : 99	36 : 73	10 : 26	Fisherův přesný test: n.s.
Psych. heredita Ano: Ne	79 : 66	53 : 56	26 : 10	Fisherův přesný test: p < 0,05
Vzdělání ZŠ: SOU: SŠ: VŠ	20 : 36 : 63 : 26	14 : 30 : 51 : 14	6 : 6 : 12 : 12	χ ² test: 9,035, df=3: p < 0,05
Zam. (Stud.) : Bez práce	76 : 69	62 : 47	15 : 21	Fisherův přesný test: n.s.
Bez ID (SD) : S ID (SD)	118 : 27	87 : 22	31 : 5	Fisherův přesný test: n.s.
Manželský stav S: Ž: R: V	59 : 47: 32 : 7	40 : 39 : 23 : 7	19 : 8 : 9 : 0	χ ² test: 5,753, df=3: n.s.
BAI	24,52 ± 12,05	25,06 ± 12,34	22,73 ± 11,01	nepárový t-test: t=0,9759 df=140; n.s.
BDI	24,93 ± 10,33	25,00 ± 10,30	24,70 ± 10,59	nepárový t-test: t=0,472 df=140; n.s.
ObjCGI	4,39 ± 1,07	4,34 ± 1,10	4,56 ± 0,98	Mann Whitneyův test: MW U=1567; n.s.
SubjCGI	4,50 ± 1,27	4,44 ± 1,26	4,81 ± 1,38	Mann Whitneyův test: MW U=1461; n.s.
DES	15,03 ± 13,60	14,50 ± 12,58	17,01 ± 17,00	nepárový t-test: t=0,8811 df=135; n.s.
ISMI celkový skór	65,98 ± 14,83	65,10 ± 11,54	69,39 ± 23,64	nepárový t-test: t=1,371 df=135; n.s.
Škála naděje	34,35 ± 11,62	34,20 ± 12,04	34,86 ± 10,19	nepárový t-test: t=0,2702 df=128; n.s.
Antidepresiva: Na dávku paroxetinu	46,29 ± 30,46 (n=117)	46,26 ± 31,24 (n=93)	46,38 ± 27,92 (n=24)	nepárový t-test: t=0,01592 df=115; n.s.
Anxiolytika: Na dávku alprazolamu	0,83 ± 0,78 (n=43)	0,13 ± 0,82 (n=38)	0,50 ± 1,00 (n=5)	Mann Whitneyův test: MW U=68; n.s.
Antipsychotika: Na dávku risperidonu	1,39 ± 1,42 (n=31)	1,29 ± 1,23 (n=29)	3,00 ± 5,5 (n=2)	nepárový t-test: t=1,708 df=29; n.s.
Komorbidita Bez : S	53 : 92	37 : 72	16 : 20	Fisherův přesný test: n.s.
Deprese Bez : S	114 : 31	83 : 26	31 : 5	Fisherův přesný test: n.s.
Porucha osobnosti Bez : S	106 : 39	78 : 31	28 : 8	Fisherův přesný test: n.s.

Psych. heredita – psychiatrická heredita, Zam. – zaměstnaní, stud. – studenti, ID – invalidní důchod, SD – starobní důchod, Manželský stav: S – svobodní, Ž – ženatí, vdané, R – rozvedení, V – ovdovělí

V souboru převažovali zaměstnaní nebo studující (n = 62) středoškoláci (n = 51) a vyučení (n = 30). Probandi byli také nejčastěji svobodní (n = 40) nebo v manželském svazku (n = 39). Přibližně polovina jedinců uvedla, že některý z jejich příbuzných trpěl psychickou poruchou. Komorbidní diagnostické spektrum bylo široké. Jakákoliv

komorbidní psychiatrická porucha byla stanovena u 66,1 % pacientů, kteří dokončili studii. Nejčastějšími komorbidními diagnózami byla porucha osobnosti, která byla diagnostikována u 28,4 % jedinců. Nejčastější poruchou osobnosti byla emočně nestabilní poruchou osobnosti – hraniční typ, která byla diagnostikována u 19,3 % pacientů, kteří dokončili studii. Rovněž častou komorbiditou byla depresivní porucha, která se objevila u 23,9 % těch, kteří studii dokončili.

Míra úzkosti na počátku léčby odpovídala středně těžkému až těžkému stupni (Julian, 2011), stejnou intenzitu vykázal i průměrný stupeň počátečních příznaků deprese (Spreen & Strauss, 1991). Průměrná závažnost příznaků psychické poruchy byla středně těžká, což vypovídá o stavu, kdy jsou příznaky psychické poruchy zjevné a narušují každodenní fungování jedince (Busner & Targum, 2007). Hodnocení lékařem a sebesouzení pacienta ve škále CGI se od sebe navzájem významně nelišily. Průměrná míra disociativních příznaků byla 14,5 bodu, což spadá do oblasti normy, která se pohybuje mezi 4,4-23,8 bodu (Frischholz et al., 1990). Míra sebestigmatizace souboru byla ve srovnání s českými normami průměrná (T-skór 51; Ocisková et al., 2014a). Průměrná míra naděje, která činila přibližně 34 bodu, byla ve srovnání se Snyderovou středovou hodnotou u neklinické populace (48 body) výrazně nižší (Snyder, 2000). Pacienti tedy na počátku léčby prožívali znatelně více beznaděje než neklinická populace.

Devadesát tři pacientů (85,3 %) užívalo antidepresiva o průměrné dávce $46,26 \pm 31,24$ mg paroxetinového ekvivalentu, což odpovídá doporučovaným dávkám antidepresiv u úzkostných poruch (Praško et al., 2014). Třicet osm pacientů (34,9 %) zároveň užívalo medikaci anxiolytiky ve velmi nízké průměrné dávce $0,13 \pm 0,82$ mg ekvivalentu alprazolamu. Dvacet devět pacientů (26,6 %) užívalo velmi nízké dávky atypických antipsychotik o nízké průměrné dávce $1,29 \pm 1,23$ mg ekvivalentu risperidonu, což odpovídá augmentačnímu podávání antipsychotik u farmakorezistentních pacientů s úzkostnou poruchou (Praško et al., 2014).

8. VÝSLEDKY

V osmé kapitole prezentujeme výsledky dílčích kroků studie. Některé průběžné výsledky byly publikovány v minulém roce nebo jsou aktuálně v tisku. Zde jsou představeny konečné výsledky výzkumu.

8.1. Standardizace Škály ISMI

Prvním cílem výzkumu byla standardizace Škály ISMI. Na podkladě této standardizace pak byly uskutečněny další kroky k naplnění ostatních cílů výzkumu. V rámci tohoto kroku disertačního výzkumu jsme přeložili škálu do češtiny, ověřili psychometrické kvality překladu a vytvořili normy pro interpretaci dílčích skóre i výsledného skóre metody.

Škála ISMI byla poprvé přeložená do češtiny pro účely výzkumu organizace GAMIAN, která se zabývala internalizovaným stigmatem u osob s depresí nebo bipolární afektivní poruchou. V této studii byla ověřena vnitřní konzistence překladů do různých evropských jazyků, další psychometrické vlastnosti však nebyly zjišťovány. Autoři také neuvedli konkrétní hodnoty Cronbachovy alfy pro překlady do jednotlivých jazyků (Brohan et al., 2010b). Vzhledem k úmrtí českého odborníka, který se na výzkumu podílel, a nemožnosti spojit se s evropskou centrálou organizace GAMIAN jsme český překlad vytvořili vlastními silami. Standardizace metody byla publikovaná v České a slovenské psychiatrii (Ocisková et al., 2014a).

8.1.1. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor pacientů účastnících se standardizace tvořilo 369 jedinců, kteří docházeli do psychiatrické ambulance Kliniky psychiatrie Fakultní nemocnice v Olomouci nebo podstoupili hospitalizaci na psychoterapeutickém nebo doléčovacím oddělení na téže klinice v období mezi listopadem 2012 a únorem 2014. Jednalo se tedy o osoby vedené ambulantní cestou i jedince, jejichž psychický stav vyžadoval hospitalizaci na otevřeném, nebo uzavřeném psychiatrickém oddělení.

V souboru převažovaly ženy ($n = 210$, tj. 56,6 %). Výzkumu se zúčastnili dospělí jedinci ve věku 18-85 let, kdy průměrný věk činil $41,5 \pm 13,3$ let. Podobně jako ve výzkumném souboru jedinců, kteří se zúčastnili celé této studie, a který jsme popsali v předchozí kapitole, i u tohoto souboru převládali středoškoláci ($n = 139$, tj. 37,7 %) a vyučení ($n = 108$, tj. 29,3 %) nad lidmi se základním ($n = 39$, tj. 10,5 %), nebo

vysokoškolským vzděláním (n = 83, tj. 22,5 %). Stejně jako ve výzkumném souboru popsaném v kapitole 7, i zde tvořili největší skupinu zaměstnanci nebo osoby samostatně výdělečně činné (n = 171, tj. 46,3 %), méně bylo nezaměstnaných (n = 97, tj. 26,3 %). Část pacientů pobírala invalidní důchod – zpravidla, ale ne vždy z psychiatrické indikace (n = 50, tj. 13,6 %). Třicet osob (tj. 8,1 %) pobíralo starobní důchod a pouze 16 lidí mělo v době sběru dat status studenta (tj. 4,3 %). Pět osob (tj. 1,4 %) nevyplnilo údaj o svém postavení na trhu práce a nepodařilo se jej dohledat ani v dokumentaci.

Pacienti byli diagnostikováni v souladu s kritérii Mezinárodní klasifikace nemocí, desáté revize (2013). Stav pacientů byl v době sběru dat stabilizovaný, nevyžadoval změnu léčebného přístupu nebo medikace, pacienti diagnostikováni s psychózou nebyli floridně psychotičtí. Největší část pacientů byla vedena s neurotickou poruchou (n = 171, tj. 46,1 %) nebo afektivní poruchou (n = 68, tj. 18,4 %). Následovali lidé s některou z poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek (n = 49, tj. 13,3 %), jedinci s psychotickou poruchou (n = 40, tj. 10,8 %) a poruchou osobnosti (n = 35, tj. 9,5 %). Nejmenší skupinu tvořili lidé s organickou psychickou poruchou, jichž bylo pouze šest (tj. 1,6 %).

8. 1. 2. Překlad a administrace Škály ISMI

Překlad škály byl výsledkem práce dvou nezávislých překladatelů. První překlad vytvořila magistra Lenka Dostálová, druhý a zpětný překlad realizoval magistr Pavel Kurfürst. Zpětný překlad byl odeslán autorce škály, Jennifer Boydové, která navrhla několik změn ve znění. Po jejich zahrnutí pak schválila konečné znění škály a souhlasila s její publikací.

Sběr dat jsme realizovali ve spolupráci s lékaři kliniky. Pacienti byli v průběhu kontrolního ambulantního vyšetření nebo hospitalizace (zejména na počátku, pokud se jednalo o pobyt na psychoterapeutickém oddělení, nebo na konci, pokud se jednalo o pobyt na doléčovacím oddělení) požádáni o spolupráci na standardizaci metody. Zájemci podepsali informovaný souhlas a vyplnili Škálu ISMI, BDI a subjektivní CGI.

8. 1. 3. Výsledky standardizace

Deskriptivní analýza

Základní deskriptivní údaje uvádíme v tabulce č. 10. Nezaznamenali jsme významné rozdíly v žádném z demografických údajů. V míře sebestigmatizace se mezi sebou nelišili muži se ženami, lidé rozdílného stáří, s odlišným stupněm nejvyššího dosaženého vzdělání nebo postavení na trhu práce. V oblasti klinických proměnných se od sebe navzájem významně lišili jedinci s různými psychickými poruchami. Jedinci s neurotickými

poruchami vykázali nejvyšší odolnost vůči stigmatu, zatímco osoby s afektivními poruchami dosáhly ze všech vymezených skupin pacientů nejnižší odolnost vůči stigmatu. To znamená, že přestože se od sebe navzájem jednotlivé skupiny nelišily v celkové míře sebestigmatizace (tj. pacienti s různými poruchami se stigmatizovali přibližně stejně výrazně), lidé s neurotickou poruchou vykázali oproti jedincům s jinými psychickými poruchami relativně nejvyšší odolnost vůči vzniku sebestigmatizace. Spočítali jsme však také velikost rozdílu pomocí výpočtu tzv. velikosti efektu. Cohenův koeficient f činil 0,22, což poukazuje na malý rozdíl mezi skupinami (interpretace podle Cohena, 1988). Průměrný rozdíl v odolnosti vůči rozvoji sebestigmatizace u jedinců s neurotickými a afektivními poruchami byl tedy malý, poměrně nevýznamný. To se také odrazilo na tvorbě norem, které jsme vytvořili pro populaci jedinců s psychickými poruchami, bez ohledu na jejich demografické nebo klinické charakteristiky.

Reliabilita Škály ISMI

Nejdříve jsme analyzovali míru vnitřní konzistence (tab. 11). Hodnota Cronbachovy alfy celé škály byla vynikající. Míra vnitřní konzistence subškál odcizení, vnímané diskriminace a stažení ze společnosti byla dobrá. Alfa subškály souhlasu se stereotypy byla uspokojivá a hodnota odolnosti vůči stigmatu diskutabilní (více k interpretaci Cronbachovy alfy např. v Georgovi a Mallerym, 2003). Měření reliability formou test-retest proběhlo 3 týdny od prvního měření. Výsledné korelace byly, s výjimkou diskutabilního výsledku odolnosti vůči stigmatu, velmi dobré až vynikající. Poslední aplikovanou metodou byl výpočet split-half reliability při rozdělení škály na sudé a liché položky, jejíž výsledek byl také vynikající (Spearman-Brownův koeficient = 0,93).

Tab. 11: Reliabilita české verze Škály ISMI

		VNITŘNÍ KONZISTENCE		TEST-RETEST	
		N	α	N	r
CELÁ ŠKÁLA		352	0,91	17	0,90***
SUBŠKÁLA	Odcizení	369	0,85	17	0,94***
	Souhlas se stereotypy	368	0,75	17	0,86***
	Vnímaná diskriminace	367	0,87	17	0,92***
	Stažení ze společnosti	368	0,87	17	0,91***
	Odolnost vůči stigmatu	354	0,60	17	0,57*

* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Tab. 10: Aritmetické průměry škály ISMI a jejích subškál pro celý soubor a dílčí skupiny a rozdíly mezi nimi

	Celkový skór	Odcizení	ISMI			Odobnost vůči stigmatu
			Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Stažení ze společnosti	
Všichni pacienti	63,55 ± 14,36	13,81 ± 4,22	13,69 ± 5,55	10,16 ± 3,33	12,95 ± 4,00	12,40 ± 2,65
POHLAVÍ						
Muži	62,97 ± 13,79	13,55 ± 3,90	13,65 ± 3,42	9,94 ± 3,28	12,87 ± 4,00	12,62 ± 2,46
Ženy	63,88 ± 14,75	13,99 ± 4,44	13,69 ± 3,64	10,30 ± 3,36	12,98 ± 4,00	12,22 ± 2,78
Nepárový t-test	t = -0,599 df = 364; n.s.	t = -0,979 df = 364; n.s.	t = -0,116 df = 365; n.s.	t = -1,054 df = 365; ns	t = -0,270 df = 365; ns	t = 1,498 df = 365; ns
VĚK						
Korelace: Spearman. koeficient	0,02; n.s.	0,04; n.s.	0,001; n.s.	0,05; n.s.	0,004; n.s.	-0,08; n.s.
DIAGNOSTICKÁ KATEGORIE						
Organické poruchy	67,14 ± 11,19	14,43 ± 2,26	14,71 ± 3,30	10,71 ± 3,20	14,14 ± 3,63	12,00 ± 3,06
Návykové poruchy	63,65 ± 13,61	13,65 ± 4,07	13,60 ± 3,04	10,27 ± 3,55	12,98 ± 3,48	12,75 ± 2,66
Psychózy	65,73 ± 12,32	14,13 ± 3,63	14,80 ± 3,20	11,03 ± 3,19	13,40 ± 3,43	12,38 ± 1,84
Afektivní poruchy	61,90 ± 14,20	13,31 ± 4,50	13,25 ± 3,28	9,82 ± 3,25	12,75 ± 4,42	11,66 ± 2,53
Neurotické poruchy	63,21 ± 15,44	13,77 ± 4,32	13,52 ± 3,85	10,01 ± 3,42	12,79 ± 4,24	12,76 ± 2,69
Poruchy osobnosti	65,03 ± 13,24	14,71 ± 4,31	13,97 ± 3,51	10,31 ± 2,92	13,31 ± 3,41	11,71 ± 3,04
Srovnání rozdílů mezi skupinami	Welchova ANOVA: F = 0,723 df = 5; n.s.	Welchova ANOVA: F = 0,643 df = 5; n.s.	Kruskal-Wallisova ANOVA: $\chi^2 = 2,155$ df = 5; n.s.	Welchova ANOVA: F = 1,024 df = 5; n.s.	Welchova ANOVA: F = 0,556 df = 5; n.s.	Welchova ANOVA: F = 2,405 df = 5; p < 0,05
VZDĚLÁNÍ						
Základní	64,51 ± 13,41	14,28 ± 4,35	13,64 ± 3,56	11,08 ± 3,53	13,28 ± 3,35	12,23 ± 2,22
Vyučení	63,42 ± 14,71	13,78 ± 4,37	13,61 ± 3,60	9,98 ± 3,42	12,74 ± 3,86	12,95 ± 2,56
SŠ	63,97 ± 14,76	14,00 ± 4,32	13,87 ± 3,63	10,09 ± 3,22	13,10 ± 4,23	12,09 ± 2,70
VŠ	62,55 ± 13,82	13,31 ± 3,77	13,49 ± 3,38	10,08 ± 3,29	12,82 ± 4,13	12,29 ± 2,78
Srovnání rozdílů mezi skupinami	Welchova ANOVA: F = 0,232 df = 3; n.s.	Kruskal-Wallisova ANOVA: $\chi^2 = 0,994$ df = 3; n.s.	Kruskal-Wallisova ANOVA: $\chi^2 = 0,886$ df = 3; n.s.	Kruskal-Wallisova ANOVA: $\chi^2 = 2,988$ df = 3; n.s.	Kruskal-Wallisova ANOVA: $\chi^2 = 0,875$ df = 3; n.s.	Kruskal-Wallisova ANOVA: $\chi^2 = 5,842$ df = 3; n.s.
ZAMĚŠTNÁNÍ						
Zam. + OSVČ	63,96 ± 14,34	13,94 ± 4,21	13,74 ± 3,43	10,13 ± 3,25	13,13 ± 3,99	12,43 ± 2,86
Nezam.	64,02 ± 13,03	14,19 ± 4,06	13,66 ± 3,33	10,27 ± 3,00	12,99 ± 3,67	12,28 ± 2,45
Invalidní důchod	65,41 ± 15,34	13,94 ± 4,36	14,20 ± 4,14	10,92 ± 3,88	13,18 ± 4,19	12,82 ± 2,40
Studenti	62,63 ± 13,22	13,44 ± 3,60	14,31 ± 3,16	9,81 ± 3,08	12,50 ± 4,31	12,44 ± 2,19
Starobní důchod	57,53 ± 16,86	12,00 ± 4,54	12,30 ± 4,00	9,10 ± 3,97	11,90 ± 4,66	11,70 ± 2,44
Srovnání rozdílů mezi skupinami	Welchova ANOVA: F = 1,607 df = 4; n.s.	Welchova ANOVA: F = 1,675 df = 4; n.s.	Welchova ANOVA: F = 1,545 df = 4; n.s.	Welchova ANOVA: F = 1,463 df = 4; n.s.	Welchova ANOVA: F = 0,688 df = 4; n.s.	Welchova ANOVA: F = 0,891 df = 4; n.s.

Faktorová analýza Škály ISMI

Faktorovou strukturu škály jsme analyzovali pomocí explorační faktorové analýzy. Pro tento účel jsme zvolili metodu maximální věrohodnosti a rotaci varimax s Kaiserovou normalizací. Touto cestou jsme identifikovali čtyři faktory, které vysvětlovaly 49,8 % rozptylu hodnot. Subškály odolnosti vůči stigmatu, souhlasu se stereotypy a vnímané diskriminace vytvořily vždy jeden „svůj“ faktor, do něhož spadaly. Subškály odcizení a stažení do společnosti se sloučily do jednoho faktoru. Celkem 22 položek z celkových 29 spadalo do faktoru, do něhož podle teoretického zakotvení měly patřit. Sedm položek dominantně sytilo jiný faktor, než mělo, nicméně druhý nejsilnější koeficient již měly u „svého“ faktoru. Tři z těchto sedmi položek pocházelo ze subškály souhlasu se stereotypy, zbývající čtyři pak ze subškály vnímané diskriminace.

Validita Škály ISMI

Vzhledem k tomu, že v České republice dosud neexistuje metoda podobná Škále ISMI, ověřovali jsme validitu pomocí korelací s jevy, s nimiž by podle výsledků zahraničních studií měla souviset (např. Ritsher et al., 2003). Korelovali jsme tedy výsledné skóry škály se škálou BDI měřící míru depresivních příznaků a subjektivní verzí CGI měřící závažnost příznaků psychické poruchy. Výsledné skóry uvádíme v tabulce č. 12. Míra sebestigmatizace podle předpokladu úzce souvisí s oběma hodnocenými jevy. Celkový stupeň sebestigmatizace koreluje středně silně s mírou depresivních příznaků i se závažností psychické poruchy. Nejslabší korelace zaznamenala subškála odolnosti vůči stigmatu, jejíž síla vztahu je v obou případech pouze slabá (korelační koeficienty jsme v textu interpretovali podle Danceyho a Reidy, 2004).

Tab. 12: Korelace mezi BDI, CGI a Škálou ISMI

	ISMI					
	Celkový skór	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Stažení ze společnosti	Odolnost vůči stigmatizaci
	BDI					
Korelace: Spearmanův koeficient	0,61***	0,52***	0,58***	0,46***	0,51***	-0,35***
	CGI-S					
Korelace: Spearmanův koeficient	0,41***	0,44***	0,35***	0,34***	0,40***	-0,22***

*** $p < 0,001$

Normy

Posledním krokem standardizace byla tvorba norem. Vytvořili jsme normy pro celkový skóre škály, které jsou založené na T-skórech, a normy pro subškály, při jejich konstrukci jsme vycházeli ze stenů. Normy pro celkový skóre škály jsou uvedeny v tabulce č. 13, normy pro subškály pak v tabulce č. 14. T-skóre pohybující se mezi 40. až 60. bodem značí průměrnou míru sebestigmatizace ve srovnání s výzkumným souborem českých psychiatrických pacientů, sten mající hodnotu 4-6 rovněž značí průměrnou míru jevu měřeného danou subškálou.

Tab. 13: Normy pro celkový skóre škály ISMI

CELKOVÝ SKÓR ŠKÁLY ISMI					
HRUBÝ SKÓR	T-SKÓR	HRUBÝ SKÓR	T-SKÓR	HRUBÝ SKÓR	T-SKÓR
29	26	59	47	89	68
30	27	60	48	90	68
31	27	61	48	91	69
32	28	62	49	92	70
33	29	63	50	93	71
34	29	64	50	94	71
35	30	65	51	95	72
36	31	66	52	96	73
37	32	67	52	97	73
38	32	68	53	98	74
39	33	69	54	99	75
40	34	70	54	100	76
41	34	71	55	101	76
42	35	72	56	102	77
43	36	73	57	103	77
44	36	74	57	104	78
45	37	75	58	105	79
46	38	76	59	106	80
47	38	77	59	107	80
48	39	78	60	108	81
49	40	79	61	109	82
50	41	80	61	110	82
51	41	81	62	111	83
52	42	82	63	112	84
53	43	83	64	113	84
54	43	84	64	114	85
55	44	85	65	115	86
56	45	86	66	116	87
57	45	87	66		
58	46	88	67		

Tab. 14: Normy pro subškály Škály ISMI

SUBŠKÁLY									
ODCIZENÍ		SOUHLAS SE STEREOTYPY		VNÍMANÁ DISKRIMINACE		STAŽENÍ ZE SPOLEČNOSTI		ODOLNOST VŮČI STIGMATU	
HRUBÝ SKÓR	STEN	HRUBÝ SKÓR	STEN	HRUBÝ SKÓR	STEN	HRUBÝ SKÓR	STEN	HRUBÝ SKÓR	STEN
6	1	7	1	5	1	6	2	5	1
7	2	8	2	6	2	7	2	6	1
8	2	9	2	7	2	8	3	7	1
9	3	10	3	8	3	9	3	8	2
10	3	11	3	9	4	10	4	9	2
11	4	12	4	10	5	11	4	10	3
12	4	13	5	11	6	12	5	11	4
13	5	14	5	12	6	13	5	12	5
14	5	15	6	13	7	14	6	13	5
15	6	16	6	14	7	15	6	14	6
16	6	17	7	15	8	16	7	15	7
17	7	18	7	16	9	17	7	16	8
18	7	19	8	17	9	18	8	17	8
19	7	20	9	18	10	19	8	18	9
20	8	21	9	19	10	20	9	19	10
21	8	22	10	20	10	21	9	20	10
22	9	23	10			22	10		
23	10	24	10			23	10		
24	10	25	10			24	10		
		26	10						
		27	10						
		28	10						

8. 1. 4. Vyjádření k hypotézám a komentář k výsledkům

Prvním cílem výzkumu bylo převedení zahraniční metody měřící sebestigmatizace do českého prostředí. Překlad vytvořili profesionální lingvisté a byl posvěcený autorkou škály. Data, na jejichž podkladě byly ověřeny psychometrické charakteristiky a vytvořeny normy, pocházely především od pacientů vedených v ambulantní psychiatrické péči, méně pak od hospitalizovaných. Interpretace škály je tedy nespolehlivější u této části českých psychiatrických pacientů.

K ověření psychometrických kvalit překladu se vázalo několik hypotéz, k nimž se zde v krátkosti vyjádříme. Hypotézy se vztahovaly k reliabilitě metody, realizovali jsme však také hodnocení dalších vlastností škály. Znění souhrnné hypotézy bylo následující:

H-1: ČESKÝ PŘEKLAD ŠKÁLY ISMI MÁ VYHOVUJÍCÍ PSYCHOMETRICKÉ VLASTNOSTI V ČESKÉ POPULACI JEDINCŮ S DIAGNOSTIKOVANÝMI PSYCHICKÝMI PORUCHAMI.

První dílčí hypotéza se vztahovala k míře vnitřní konzistence škály a zněla takto:

H-1a: Celková reliabilita škály hodnocená pomocí Cronbachovy alfy je dostatečně vysoká, tj. její hodnota je alespoň 0,7.

Vnitřní konzistence škály se ukázala být vynikající ($\alpha = 0,91$). Také většina subškál přesáhla minimální hranici spolehlivosti stanovenou hodnotou alfy 0,70. Výjimkou je odolnost vůči stigmatu, jejíž vnitřní konzistence byla slabá. Používání této subškály v budoucnu necháváme na vlastním uvážení každého zájemce o výzkum internalizovaného stigmatu. Hypotézy jsme formulovali pouze pro hodnoty celé škály, nikoliv subškál, proto **hypotézu H-1a přijímáme.**

H-1b: Celková reliabilita hodnocená pomocí metody split-half je dostatečně vysoká, tj. činí alespoň 0,7.

Druhá hypotéza souvisela s reliabilitou hodnocenou pomocí metody split-half, kdy byly položky škály rozděleny na sudé a liché. Spearman-Brownův koeficient činil 0,93, což je vynikající údaj. **Hypotézu H-1b tedy přijímáme.**

H-1c: Celková reliabilita škály hodnocená pomocí metody test-retest v časovém odstupu tří týdnů je dostatečně vysoká, hodnota koeficientu tedy činí alespoň 0,7.

Český překlad se ukázal být stabilní v čase, kdy korelace mezi prvním a druhým měřením nabývala koeficientu 0,90 pro skór celé škály, a také subškály se v této míře příliš nelišily. Výjimkou se opět stala odolnost vůči stigmatu, jejíž stabilita v čase byla velmi slabá. **Hypotézu H-1c nicméně přijímáme.**

Zabývali jsme se také faktorovou strukturou škály, kdy se ukázalo, že 22 z 29 položek škály sytí správný faktor a zbývajících sedm položek nejvíce sytí jiný a teprve druhý nejsilnější vztah mají vůči správnému faktoru. Je však potřeba zmínit, že jsme namísto konfirmační faktorové analýzy realizovali explorační, která pro tento účel není nejvhodnější. To se také projevilo na výsledcích analýzy.

Následně jsme ověřili validitu pomocí identifikace významnosti vztahu mezi celkovou mírou sebestigmatizace a stupněm deprese (BDI) a celkové závažnosti příznaků psychické poruchy (subjCGI). Obě metody statisticky významně pozitivně korelovaly se sebestigmatizací, což je v souladu se závěry zahraničních studií (Boyd et al., 2014).

Nakonec jsme vytvořili normy pro celkový skóre škály i subškály.

Škála ISMI se zdá být vhodným nástrojem k měření internalizovaného stigmatu psychických poruch v České republice. Standardizace nicméně poukázala na některé nedostatky překladu, resp. samotné škály. Toto téma dále rozvádíme v Diskuzi.

8. 2. Sebestigmatizace a její vztahy k demografickým, klinickým a osobnostním charakteristikám pacienta

V následující části se zabýváme identifikací vybraných demografických, klinických a psychologických proměnných, které významně souvisí se sklonem k sebestigmatizaci jedinců s úzkostnými poruchami. V analýzách jsme většinou pracovali se skóre celé škály i subškál. Hlavními výsledky jsou údaje uvedené u celé škály a subškály zde slouží spíše pro dokreslení tématu. Zároveň se zabýváme větší množstvím jevů, z nichž pouze některé, jejichž vztah se sebestigmatizací již byl dříve výzkumně podložený, byly formulovány do hypotéz. V první části se zabýváme možným vztahem mezi demografickými proměnnými a sebestigmatizací, v dalších částech pak přistupujeme k ověření souvislostí s klinickými faktory a osobnostními charakteristikami. V poslední části podkapitoly realizujeme mnohonásobnou regresní analýzu.

8. 2. 1. Sebestigmatizace a demografická data

Věk

Průměrný věk zkoumaného souboru byl $39,72 \pm 12,14$ let. Průměrný věk pacientů statisticky významně nekoreluje s celkovou mírou sebestigmatizace (Pearsonovo $r = -0,11$; n.s.). Nekoreluje významně ani s jednotlivými subškálami. Korelace s odcizením činí $r = -0,15$ (n.s.), koeficient vztahu se souhlasem se stereotypy $r = 0,05$ (n.s.), vnímanou diskriminací $r = -0,18$ (n.s.), stažením ze společnosti $r = -0,04$ (n.s.) a odolností vůči stigmatu $r = -0,07$ (n.s.). Podle našich výsledků tedy věk nesouvisí s mírou sebestigmatizace, a to ani s celkovou, ani se žádnou z jejích složek.

Pohlaví

Ve výzkumném souboru bylo 36 mužů a 73 žen. Průměrné skóre sebestigmatizace ve Škále ISMI byly u mužů $62,92 \pm 11,88$ a u žen $66,18 \pm 11,30$. Ženy se tedy stigmatizovaly více, nicméně při porovnání pomocí nepárového t-testu nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ($t = 1,393$ df = 107; n.s.). Zdá se tedy, že muži a ženy vykazují podobnou tendenci k sebestigmatizaci.

Počátek poruchy

Udávaný průměrný věk počátku poruchy byl ve zkoumaném souboru $31,14 \pm 14,35$ let. Také věk počátku nemoci nevykazuje statisticky významný vztah s celkovým skórem Škály ISMI (Pearsonovo $r = -0,16$; n.s.), ani se subškálami souhlasu se stereotypy (Pearsonovo $r = -0,04$; n.s.), stažením ze společnosti (Pearsonovo $r = -0,09$; n.s.) nebo odolností vůči stigmatu (Pearsonovo $r = -0,004$; n.s.). Významně negativně však souvisí s odcizením (Pearsonovo $r = -0,19$; $p < 0,05$) a vnímanou diskriminací (Spearmanovo $r = -0,21$; $p < 0,05$). Přestože věk počátku poruchy signifikantně nekoreluje s celkovou mírou sebestigmatizace probandů, výsledky naznačují, že čím dříve se v životě vznikla úzkostná porucha, tím více se jedinci cítí odcizení od druhých a častěji vnímají, že jsou kvůli psychické poruše diskriminováni druhými. Vztah mezi odcizením nebo vnímanou diskriminací a věkem počátku poruchy však je pouze slabý.

Délka trvání poruchy

Průměrná délka trvání poruchy byla ve sledovaném souboru $8,45 \pm 8,08$ let. Podobně jako dříve zmíněné faktory, ani délka trvání poruchy významněji nekoreluje s celkovým skórem Škály ISMI (Spearmanovo $r = 0,15$; n.s.), ani se subskóry odcizení (Spearmanovo $r = 0,15$; n.s.), vnímané diskriminace (Spearmanovo $r = 0,15$; n.s.), stažení ze společnosti (Spearmanovo $r = 0,11$; n.s.) nebo odolnosti vůči stigmatu (Spearmanovo $r = -0,13$; n.s.). Délka trvání úzkostné poruchy však statisticky významně koreluje se souhlasem se stereotypy (Spearmanovo $r = 0,19$; $p < 0,05$). Čím déle tedy úzkostná porucha trvá, tím více mají pacienti sklony souhlasit se stigmatizujícími stereotypy o lidech s psychickými poruchami, které kolují ve společnosti. I tento vztah je nicméně slabý.

Počet hospitalizací

Průměrný počet hospitalizací ve sledovaném souboru byl $2,1 \pm 1,5$, přičemž 51 pacientů bylo hospitalizováno poprvé v životě a jeden účastník byl hospitalizovaný desetkrát. Počet hospitalizací statisticky významně nesouvisí s celkovou mírou sebestigmatizace (Spearmanovo $r = 0,16$; n.s.), ani s mírou odcizení (Spearmanovo $r = 0,18$; n.s.), souhlasu se stereotypy (Spearmanovo $r = 0,04$; n.s.) a odolností vůči stigmatu (Spearmanovo $r = -0,14$; n.s.). Významně však koreluje se vnímanou diskriminací (Spearmanovo $r = 0,20$; $p < 0,05$) a stažením ze společnosti (Spearmanovo $r = 0,19$; $p < 0,05$). Jedinci, kteří v životě podstoupili více hospitalizací na psychiatrii, tedy mohou mít větší sklony

k sociální izolaci a vnímat, že jsou kvůli úzkostné poruše diskriminováni. Vztah mezi proměnnou a dílčími složkami sebestigmatizace je také slabý.

Vzdělání

V souboru převažovalo středoškolské vzdělání. Další početnou skupinu tvořili jedinci s nejvyšším stupněm vzdělání na úrovni střední odborné školy bez maturity. V tabulce č. 15 na následující straně jsou uvedeny výsledky jednocestné ANOVY, do níž vstoupila nejvyšší úroveň vzdělání a sebestigmatizace se svými složkami. Významné rozdíly se objevily pouze v subškále vnímané diskriminace, kdy jsme zaznamenali signifikantní rozdíl mezi pacienty se základním vzděláním a pacienty vyučenými nebo se středoškolským vzděláním (Turkeyův mnohočetný srovnávací test, obojí: $p < 0,05$). Pacienti se základním vzděláním tedy vnímají častěji než probandi se středoškolským vzděláním nebo vyučením, že jsou kvůli úzkostné poruše diskriminováni. Velikost rozdílu zde činila $f = 0,71$, což vypovídá o statisticky velkém rozdílu (Cohen, 1988). Zběžný pohled na normy nicméně ukazuje, že tento rozdíl nemusí být příliš relevantní. Hrubý skóre 10 totiž odpovídá stenu 5 a pro skóre 12 je hodnota stenu 6.

Tab. 15: Sebestigmatizace a dosažené vzdělání

	Základní (n = 14)	Vyučení (n = 30)	Středoškolské (n = 51)	Vysokoškolské (n = 14)	Statistika
Celkový skóre ISMI	71,29 + 10,56	63,83 + 11,94	63,75 + 12,32	66,57 ± 6,24	jednocestná ANOVA: F=0,1948, df=108; n.s.
Odcizení	16,64 ± 4,03	14,73 ± 4,22	15,24 ± 4,55	15,93 ± 2,09	jednocestná ANOVA: F=0,773, df=108; n.s.
Souhlas se stereotypy	14,14 ± 3,99	13,97 ± 3,62	13,76 ± 3,51	13,36 ± 1,91	jednocestná ANOVA: F=0,1469, df=108; n.s.
Vnímaná diskriminace	12,71 ± 3,45	10,20 ± 2,64	10,02 ± 3,01	10,86 ± 2,14	jednocestná ANOVA: F=3,412, df=108; p < 0,05
Stažení ze společnosti	15,36 ± 3,84	13,37 ± 3,67	13,71 ± 4,19	14,71 ± 3,12	jednocestná ANOVA: F=1,1, df=108; n.s.
Odolnost vůči stigmatu	12,43 ± 2,98	11,57 ± 2,39	11,02 ± 2,99	11,71 ± 2,49	jednocestná ANOVA: F=1,046, df=108; n.s.

Partnerský stav

V souboru bylo 40 pacientů svobodných, 39 ženatých nebo vdaných, 23 rozvedených a 7 ovdovělých. Podle výsledku jednocestné ANOVY, kterou uvádíme v tabulce č. 16, partnerský stav nesouvisí s mírou sebestigmatizace hodnocenou celkovým skóre Škály ISMI, ani s jednotlivými subskóre.

Tab. 16: Sebestigmatizace a partnerský stav

	Svobodní (n = 40)	Ženatí/vdané (n = 39)	Rozvedení (n = 23)	Ovdovělí (n = 7)	Statistika
Celkový skóre ISMI	65,78 ± 10,95	64,30 ± 11,98	66,50 ± 12,59	61,43 ± 10,06	jednocestná ANOVA: F=0,7202, df=108; n.s.
Odcizení	15,98 ± 4,38	15,13 ± 3,87	15,27 ± 4,46	13,57 ± 3,31	jednocestná ANOVA: F=0,7683, df=108; n.s.
Souhlas se stereotypy	13,65 ± 3,54	13,75 ± 3,22	14,45 ± 3,56	13,14 ± 3,81	jednocestná ANOVA: F=0,3773, df=108; n.s.
Vnímaná diskriminace	10,88 ± 3,12	10,25 ± 2,84	10,68 ± 3,11	9,57 ± 2,64	jednocestná ANOVA: F=0,552, df=108; n.s.
Stažení ze společnosti	13,88 ± 3,54	14,75 ± 4,30	14,77 ± 3,93	13,00 ± 3,06	jednocestná ANOVA: F=0,5071, df=108; n.s.
Odolnost vůči stigmatu	11,40 ± 3,10	11,43 ± 2,80	11,32 ± 2,26	12,14 ± 2,67	jednocestná ANOVA: F=0,1625, df=108; n.s.

Další analýza se zabývala hodnocením vztahu mezi sebestigmatizací a prostým faktem, zda pacient v době sběru dat měl partnera, nebo nikoliv. V celém výzkumném souboru bylo 67 pacientů v partnerském vztahu a 42 jedinců nebylo. Skutečnost, zda pacient měl aktuálně partnera, nebo neměl, se neodrazila v celkové míře sebestigmatizace, ani v jednotlivých subškálách. Výjimkou byla vnímaná diskriminace, která se přiblížila hranici statistické významnosti (tabulka č. 17). V případě, že by byl výsledek statisticky významný, rozdíl mezi skóre by byl malý (Cohenovo $d = 0,39$; interpretace v textu vždy podle Cohena, 1988).

Tab. 17: Sebestigmatizace a přítomnost partnerského vztahu

	Bez partnera (n = 42)	S partnerem (n = 67)	Statistika
Celkový skóre ISMI	64,74 ± 10,98	64,07 ± 11,85	nepárový t-test: $t=1,174$ $df=107$; n.s.
Odcizení	15,60 ± 4,13	15,22 ± 4,18	nepárový t-test: $t=0,4533$ $df=107$; n.s.
Souhlas se stereotypy	14,17 ± 3,77	13,60 ± 3,18	nepárový t-test: $t=0,8468$ $df=107$; n.s.
Vnímaná diskriminace	11,21 ± 3,24	10,09 ± 2,73	nepárový t-test: $t=1,946$ $df=107$; n.s. ($p = 0,054$)
Stažení ze společnosti	14,26 ± 3,45	13,76 ± 4,12	nepárový t-test: $t=0,6566$ $df=107$; n.s.
Odolnost vůči stigmatu	11,50 ± 2,93	11,40 ± 2,70	nepárový t-test: $t=0,1765$ $df=107$; n.s.

Zaměstnaní

Pokud jsme pacienty rozdělili na ty, kteří pracují nebo studují, a ty, kteří z různých důvodů nechodí do práce, ani nestudují (pobírají invalidní důchod, starobní důchod nebo jsou nezaměstnaní), bylo v první skupině 47 pacientů a ve druhé 62. Podle výsledků

znázorněných v tabulce č. 18 se zdá, že to, zda pacient pracuje, či nikoliv, nemá významný vliv na míru jeho sebestigmatizace.

Tab. 18: Sebestigmatizace a zaměstnání

	Nepracují (n = 47)	Pracují nebo studují (n = 62)	Statistika
Celkový skór ISMI	65,68 ± 11,29	64,66 ± 11,80	nepárový t-test: t=0,4550 df=107; n.s.
Odcizení	15,57 ± 4,36	15,21 ± 4,00	nepárový t-test: t=0,4531 df=107; n.s.
Souhlas se stereotypy	13,94 ± 3,49	13,73 ± 3,38	nepárový t-test: t=0,3173 df=107; n.s.
Vnímaná diskriminace	10,91 ± 3,06	10,23 ± 2,89	nepárový t-test: t=1,200 df=107; n.s.
Stažení ze společnosti	14,04 ± 3,45	13,89 ± 4,18	nepárový t-test: t=0,2071 df=107; n.s.
Odolnost vůči stigmatu	11,21 ± 2,81	11,61 ± 2,77	nepárový t-test t=0,7426 df=107; n.s.

8. 2. 2. Sebestigmatizace a klinická data

Sebestigmatizace a hlavní diagnóza

Pacienti byli rozčleněni do tří skupin podle hlavní diagnózy, pro kterou byli na oddělení léčeni. Do první skupiny byli zařazeni pacienti s diagnózou panická porucha a/nebo agorafobie, do druhé s diagnózou sociální fobie a do třetí s diagnózou generalizovaná úzkostná porucha nebo smíšená úzkostně depresivní porucha. Toto rozdělení bylo přijato kvůli tomu, že rozdělení na menší skupiny podle jednotlivých diagnóz by vytvořilo skupinky tak malé, že by statistické hodnocení ztratilo význam, a také kvůli tomu, že diagnózy uvnitř jednotlivé skupiny představují okruhy poruch, které se léčí stejným způsobem, mají podobnou symptomatologii, průběh a prognózu (Seifertová, Praško & Höschl, 2008). Jak je vidět z níže uvedené tabulky, mezi těmito skupinami neexistuje významný rozdíl v jejich průměrné míře sebestigmatizace, ani v jejích složkách.

Tab. 19: Sebestigmatizace a diagnostické skupiny

	Panická porucha / agorafobie (n = 39)	Sociální fobie (n = 26)	Generalizovaná úzkostná porucha / Smíšená úzkostně depresivní porucha (n = 44)	Statistika
Celkový skór ISMI	66,72 ± 10,69	65,19 ± 10,49	63,61 ± 12,85	jednocestná ANOVA: F= 0,7452, df=108; n.s.
Odcizení	16,10 ± 4,08	15,00 ± 3,35	14,93 ± 4,61	jednocestná ANOVA: F= 0,9568, df=108; n.s.
Souhlas se stereotypy	14,51 ± 3,30	13,31 ± 2,89	13,50 ± 3,75	jednocestná ANOVA: F= 1,297, df=108; n.s.
Vnímaná diskriminace	10,59 ± 2,58	10,42 ± 2,58	10,52 ± 3,53	jednocestná ANOVA: F= 0,02406, df=108; n.s.
Stažení ze společnosti	14,33 ± 3,96	14,38 ± 4,19	13,36 ± 3,59	jednocestná ANOVA: F= 0,8606, df=108; n.s.
Odolnost vůči stigmatu	11,18 ± 2,64	12,08 ± 2,83	11,30 ± 2,88	jednocestná ANOVA: F= 0,9114, df=108; n.s.

Komorbidity s depresivní poruchou

Následně jsme soubor rozdělili na skupinu jedinců s úzkostnými poruchami, kterým byla diagnostikována komorbidní depresivní porucha, a na ty, kterým nebyla. Zjišťovali jsme, zda přítomnost této komorbidity ovlivňuje míru sebestigmatizace probandů. Ukázalo se, že pacienti s úzkostnou poruchou s depresí, nebo bez ní se od sebe navzájem významně neodlišují (tab. 20).

Tab. 20: Sebestigmatizace a komorbidity s depresivní poruchou

	Bez depresivní poruchy (n = 83)	S depresivní poruchou (n = 26)	Statistika
Celkový skór ISMI	64,77 ± 11,85	65,91 ± 10,92	nepárový t-test: t=0,4679 df=107; n.s.
Odcizení	15,23 ± 4,12	15,69 ± 4,25	nepárový t-test: t=0,5184 df=107; n.s.
Souhlas se stereotypy	13,58 ± 3,46	14,38 ± 3,29	nepárový t-test: t=1,102 df=107; n.s.
Vnímaná diskriminace	10,61 ± 3,16	10,31 ± 2,49	nepárový t-test: t=0,4745 df=107; n.s.
Stažení ze společnosti	13,74 ± 3,85	14,47 ± 3,91	nepárový t-test: t=0,8955 df=107; n.s.
Odolnost vůči stigmatu	11,60 ± 2,69	11,06 ± 3,01	nepárový t-test t=0,9140 df=107; n.s.

Komorbidity s další úzkostnou poruchou

Zkoumali jsme také, zda přítomnost komorbidní úzkostné poruchy ovlivňuje míru sebestigmatizace. Opět jsme zjistili, že mezi těmito pacienty a pacienty bez komorbidní úzkostné poruchy není významný rozdíl v celkové míře sebestigmatizace, ani v jejích

subškálách (tab. 21). Komorbidita s další úzkostnou poruchou tedy nemá významný vliv na míru sebestigmatizace.

Tab. 21: Sebestigmatizace a komorbidita s další úzkostnou poruchou

	Bez další komorbidní úzkostné poruchy (n = 42)	S další komorbidní úzkostnou poruchou (n = 67)	Statistika
Celkový skór ISMI	64,17 ± 12,19	65,69 ± 11,17	nepárový t-test: t=0,6673 df=107; n.s.
Odcizení	15,71 ± 4,09	15,15 ± 4,20	nepárový t-test: t=0,6906 df=107; n.s.
Souhlas se stereotypy	13,76 ± 3,51	13,85 ± 3,38	nepárový t-test: t=0,1316 df=107; n.s.
Vnímaná diskriminace	10,26 ± 3,19	10,69 ± 2,84	nepárový t-test: t=0,7239 df=107; n.s.
Stažení ze společnosti	13,60 ± 3,94	14,18 ± 3,83	nepárový t-test: t=0,7662 df=107; n.s.
Odolnost vůči stigmatu	10,83 ± 2,83	11,82 ± 2,79	nepárový t-test t=1,824 df=107; n.s.

Komorbidita s poruchou osobnosti

Poslední zkoumanou komorbiditou byly poruchy osobnosti. Zde nastala odlišná situace a ukázalo se, že míra sebestigmatizace u pacientů s komorbidní poruchou osobnosti je významně vyšší než u pacientů bez této komorbidity (tab. 22). Tyto dvě skupiny se signifikantně odlišují také mírou, v jaké se cítí odcizení od společnosti, souhlasí se stereotypy o lidech s psychickými poruchami a vnímají, že jsou kvůli psychiatrické diagnóze diskriminováni. V těchto subškálách vykazují jedinci s komorbidní poruchou osobnosti významně vyšší průměrné skóry ve srovnání s lidmi, kterým tato komorbidita nebyla diagnostikována. Pacienti s poruchou osobnosti zároveň vykazují nižší odolnost vůči stigmatu. Jediná složka internalizovaného stigmatu, v níž se skupiny neliší, je stažení ze společnosti.

Lidé s úzkostnou poruchou, kteří mají diagnostikovanou komorbidní poruchu osobnosti, se tedy stigmatizují více než jedinci, kteří trpí úzkostnou poruchou, ale nikoliv již poruchou osobnosti. Zajímá nás tedy, jak velký je tento rozdíl. Co se týče celkové míry sebestigmatizace, rozdíl mezi pacienty s, nebo bez poruchy osobnosti je středně velký (Cohenovo $d = 0,56$). Zatímco průměrná míra sebestigmatizace jedinců bez poruchy osobnosti je vzhledem k normám zcela průměrná (T-skór 50), sebestigmatizace osob s komorbidní poruchou osobnosti je nepatrně vyšší (T-skór 54). Nejvýraznější rozdíl mezi skupinami je zaznamenaný u odcizení, kde se jedná o velký rozdíl (Cohenovo $d = 0,84$). Také pohled na normy ukazuje, že rozdíl mezi skupinami je významný. Pacienti bez této komorbidity totiž průměrně dosáhli stenu 4, což lze interpretovat jako slabší

průměr, tedy spíše slabší pocity odcizení ve srovnání s normativním souborem. Pacienti s komorbidní poruchou osobnosti však již dosáhli stenu 7, což již může odpovídat nadprůměrné míře pocitů odcizení. V míře odolnosti vůči stigmatu je rozdíl středně velký (Cohenovo $d = 0,5$), podle norem však méně významný – sten u souboru pacientů s touto komorbiditou byl 4, u pacientů bez ní pak 5. Připomeňme, že hodnocení subškály je opačné vůči ostatním. Platí tedy, že čím vyššího stenu jedinec dosáhne, tím více je odolný vůči zvnitřňování stigmatu (Ritsher et al., 2003). Další rozdíly – v míře vnímané diskriminace a souhlasu se stereotypy, jsou pouze malé (postupně Cohenovo $d = 0,33$; $0,39$), což vždy odpovídá stenů 5 a 6, kdy vyšších skóre dosahují lidé s komorbidní poruchou osobnosti. Tato komorbidita je tedy jedním z faktorů zvyšujících míru sebestigmatizace u osob s úzkostnými poruchami.

Tab. 22: Sebestigmatizace a komorbidita s poruchou osobnosti

	Bez poruchy osobnosti (n = 78)	S poruchou osobnosti (n = 31)	Statistika
Celkový skór ISMI	63,47 ± 12,05	69,19 ± 9,11	nepárový t-test: $t=2,384$ $df=107$; $p < 0,05$
Odcizení	14,65 ± 4,16	17,17 ± 3,59	nepárový t-test: $t=2,947$ $df=107$; $p < 0,05$
Souhlas se stereotypy	13,38 ± 3,42	14,90 ± 3,19	nepárový t-test: $t=2,129$ $df=107$; $p < 0,05$
Vnímaná diskriminace	10,12 ± 3,03	11,55 ± 2,59	nepárový t-test: $t=2,315$ $df=107$; $p < 0,05$
Stažení ze společnosti	13,54 ± 4,10	15,00 ± 3,01	nepárový t-test: $t=1,800$ $df=107$; n.s.
Odolnost vůči stigmatu	11,78 ± 2,65	10,58 ± 2,95	nepárový t-test: $t=2,066$ $df=107$; $p < 0,05$

Vztah sebestigmatizace a závažnosti poruchy

Dále jsme hodnotili vztah mezi sebestigmatizací a závažností příznaků psychických poruch. Jak je vidět v tabulce č. 23, celková míra sebestigmatizace i její složky signifikantně korelují se všemi použitými škálami, které měří závažnost psychických poruch. Sebestigmatizace tak významně souvisí s mírou subjektivně prožívané úzkosti hodnocené stupnicí BAI, deprese hodnocené stupnicí BDI a subjektivně i objektivně hodnocenou závažností psychických poruch v subjCGI a objCGI. V souladu s teoretickým základem Škály ISMI korelují se závažností poruch subškály odcizení, souhlasu se stereotypy, vnímané diskriminace a sociální stažení pozitivně, zatímco odolnost vůči stigmatu vykazuje nepřímou úměru.

Celkový stupeň internalizovaného stigmatu nejtěsněji souvisí se závažností fenoménů deprese, a to na středně silné úrovni. Korelace se závažností úzkosti a celkovou tíží příznaků psychické poruchy je pak slabá. Závažnost úzkostných příznaků nejvíce souvisí s vnímanou diskriminací, těsnost vztahu je však pouze slabá. Tíže depresivních příznaků

nejvíce souvisí s pocitů odcizení a tento vztah je středně silný. Subjektivní hodnocení závažnosti příznaků psychické poruchy nejvíce koreluje se souhlasem se stereotypy, kde se jedná o slabou závislost. Objektivní hodnocení téhož pak nejvíce souvisí se souhlasem se stereotypy a stažením ze společnosti a opět se jedná o slabý vztah. Subškálou, která souvisí s metodami hodnotícími závažnost příznaky psychických poruch nejméně, je odolnost vůči stigmatu. Výsledky tedy nasvědčují tomu, že míra sebestigmatizace souvisí se závažností psychopatologie. Sebestigmatizace vykazuje nejtěsnější vztah vůči závažnosti příznaků deprese.

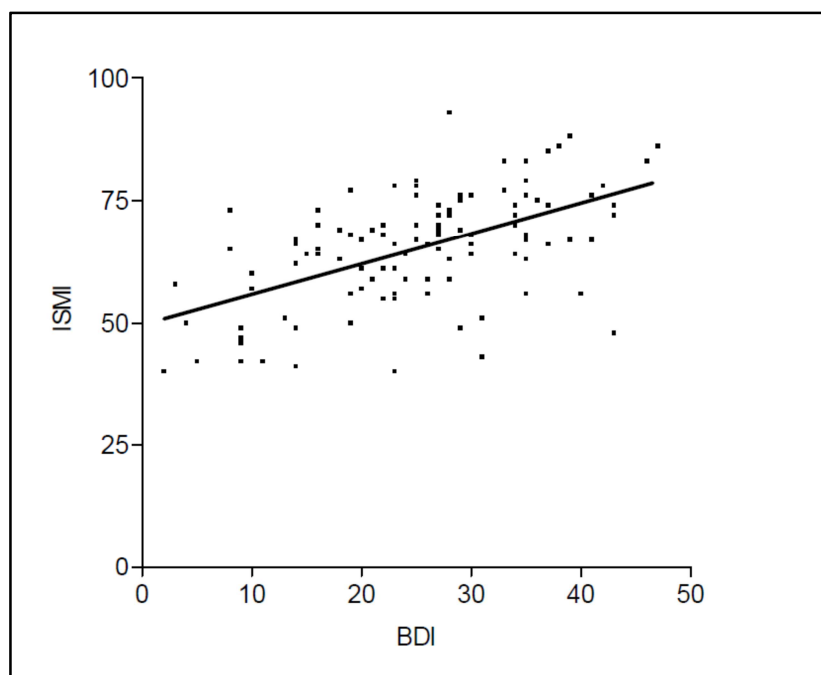
Tab. 23: Korelace mezi sebestigmatizací a závažností poruchy

	BAI	BDI	subjCGI	objCGI
Celkový skór ISMI	0,33 ^{P****}	0,55 ^{P****}	0,30 ^{S**}	0,31 ^{S**}
Odcizení	0,29 ^{P**}	0,56 ^{P****}	0,28 ^{S**}	0,28 ^{S**}
Souhlas se stereotypy	0,29 ^{P**}	0,50 ^{P****}	0,32 ^{S****}	0,31 ^{S**}
Vnímaná diskriminace	0,33 ^{P****}	0,45 ^{P****}	0,29 ^{S**}	0,24 ^{S*}
Stažení ze společnosti	0,29 ^{P**}	0,52 ^{P****}	0,22 ^{S*}	0,31 ^{S**}
Odolnost vůči stigmatu	-0,20 ^{P*}	-0,35 ^{P****}	-0,22 ^{S*}	-0,27 ^{S**}

P = Pearsonovo r; S = Spearmanovo r; * p < 0,05; ** p < 0,01; **** p < 0,001

Pro větší názornost nabízíme grafické znázornění lineární regrese mezi celkovou mírou sebestigmatizace (ISMI) a závažností příznaků deprese (BDI) (graf 1).

Graf 1: Lineární regrese mezi celkovým skórem Škály ISMI a BDI



Lineární regrese: F=47,42 DF_n,DF_d 1000, 107.%; p < 0,0001

Rodinná psychiatrická zátěž

Rodinná psychiatrická zátěž prvního stupně se objevila téměř u poloviny pacientů v souboru. To znamená, že téměř polovina jedinců z výzkumného souboru měla mezi nejbližšími příbuznými někoho, komu byla diagnostikovaná psychická porucha. Při rozdělení souboru na pacienty s udávanou rodinnou psychiatrickou zátěží prvního stupně a pacienty bez této heredity se ukázalo, že hereditární zátěž v rodině nemá signifikantní vliv na celkovou závažnost sebestigmatizace, ani na její subskóry (tab. 24). Zdá se tedy, že rodinná psychiatrická zátěž s mírou sebestigmatizace u naší skupiny pacientů nesouvisí.

Tab. 24: Sebestigmatizace a rodinná psychiatrická zátěž

	Bez rodinné zátěže (n = 56)	S rodinnou zátěží (n = 53)	Statistika
Celkový skór ISMI	64,59 ± 12,70	65,64 ± 10,27	nepárový t-test: t=0,4740 df=107; n.s.
Odcizení	15,55 ± 4,60	15,17 ± 3,64	nepárový t-test: t=0,4812 df=107; n.s.
Souhlas se stereotypy	13,55 ± 3,69	14,09 ± 3,10	nepárový t-test: t=0,8255 df=107; n.s.
Vnímaná diskriminace	10,52 ± 3,20	10,53 ± 2,74	nepárový t-test: t=0,01824 df=107; n.s.
Stažení ze společnosti	13,48 ± 4,17	14,45 ± 3,48	nepárový t-test: t=1,315 df=107; n.s.
Odolnost vůči stigmatu	11,48 ± 2,97	11,40 ± 2,60	nepárový t-test: t=0,1605 df=107; n.s.

8. 2. 3. Sebestigmatizace a osobnostní faktory

Sebestigmatizace a rysy temperamentu a charakteru

Poté, co jsme se zabývali analýzou vztahu mezi demografickými a klinickými proměnnými, postoupili jsme k ověření vztahu mezi osobnostními faktory a sebestigmatizací. Nejdříve jsme se zabývali vztahem mezi temperamentovými a charakterovými proměnnými pacientů a sebestigmatizací. Výsledné korelační koeficienty a jejich hladiny významnosti uvádíme v tabulce č. 25.

Celková míra internalizovaného stigmatu významně koreluje s pěti ze sedmi měřených osobnostních rysů. Subškála vyhýbání se poškození koreluje se sebestigmatizací pozitivně. To znamená, že internalizované stigma souvisí se sociální úzkostí, anticipační úzkostí, nízkou tolerancí vůči nejistotě anebo rychlou unavitelností. Vztah mezi touto subškálou a sebestigmatizací je středně silný. Další významné osobnostní faktory, závislost na odměně, vytrvalost, sebeřízení a spolupráce, jsou vůči sebestigmatizaci v nepřímé úměře. Jedinci, kteří se více stigmatizují, tedy příliš netouží po společnosti druhých, mívají sklony rychle se vzdávat při setkání s frustrací nebo neúspěchem, bývají pasivní a trpí negativním sebehodnocením. Mohou mít také potíže s vcítěním se do druhých. Internalizované stigma

souvisí nejvýrazněji s vyhýbáním se ohrožení a sebeřízením, obě spojení jsou středně silná, téměř silná. Další korelace jsou pak slabé, i když jsou statisticky významné.

Pokud se ve stručnosti zaměříme na jednotlivé složky sebestigmatizace, vidíme, že se všechny, s výjimkou odolnosti vůči stigmatu, nejvíce vztahují k osobnostním dimenzím vyhýbání se poškození a sebeřízení. Tradičně nejméně silné korelace zaznamenáváme u odolnosti vůči stigmatu. Zajímavostí je rys závislosti na odměně, který souvisí pouze se stažením ze společnosti (záporně) a odolností vůči stigmatu (kladně). Potřeba udržovat s druhými vřelé vztahy nebo otevřenost vůči kontaktu s druhými jsou do značné míry opakem toho, co měří subškála sociální stažení. Zároveň se ukazuje, že určitá, i když malá souvislost existuje mezi odolností vůči stigmatu a prosociální dimenzí závislosti na odměně. Vzhledem k tomu, že jsme oba konstrukty měřili v jednom čase, a následně data korelovali, se však nemůžeme vyjádřit ke kauzalitě jevu. Tedy k tomu, zda jsou emocionálně uspokojivé blízké vztahy protektivním faktorem vůči sebestigmatizaci, nebo zda je tato korelace vyjádřením skutečnosti, že člověk, který se stigmatizuje, se stahuje ze společnosti nejen fakticky, ale také emocionálně.

Tab. 25: Korelace mezi sebestigmatizací a osobnostními rysy v TCI-R

	NS	HA	RD	PS	SD	CO	ST
Celkový skór ISMI	0,041	0,66 P***	-0,21 P*	-0,36 P***	-0,60 P***	-0,27 P**	0,10
Odcizení	0,06	0,59 P***	-0,17	-0,28 P**	-0,65 P***	-0,23 P*	0,01
Souhlas se stereotypy	0,09	0,52 P***	-0,16	-0,46 P***	-0,53 P***	-0,36 P***	0,11
Vnímaná diskriminace	0,12	0,50 S***	-0,18	-0,31 S**	-0,53 S***	-0,17	0,09
Stažení ze společnosti	-0,04	0,69 P***	-0,33 P***	-0,39 P***	-0,51 P***	-0,24 P*	0,15
Odolnost vůči stigmatu	-0,09	-0,27 P**	0,23 P*	0,29 P**	0,36 P***	0,22 P*	-0,05

P = Pearsonovo r; S = Spearmanovo r; * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Sebestigmatizace a naděje

Dále jsme se zabývali vztahem mezi sebestigmatizací a nadějí, kterou jsme měřili pomocí Snyderovy dispoziční škály naděje. Výsledky v níže uvedené tabulce ukazují, že naděje signifikantně koreluje s celkovou mírou sebestigmatizace i se všemi jejími složkami. Významně s ní souvisí celkový skór škály naděje i obě subškály – cesta a snaha. Vztah mezi jednotlivými proměnnými je středně silný, pouze korelace odolnosti

vůči stigmatu jsou slabé, i když se blíží hranici středně silného vztahu. Korelační koeficienty i hladiny významnosti obou složek naděje se pojí se sebestigmatizací velmi podobně. Internalizované stigma koreluje s oběma měřenými složkami naděje vyrovnaně. Sebestigmatizace tedy souvisí se schopností nalézat cesty k dosažení vytyčených cílů stejně jako k základní úrovni motivace nebo energizace organismu k uskutečnění naplánovaného postupu a vytrvání při nezdaru.

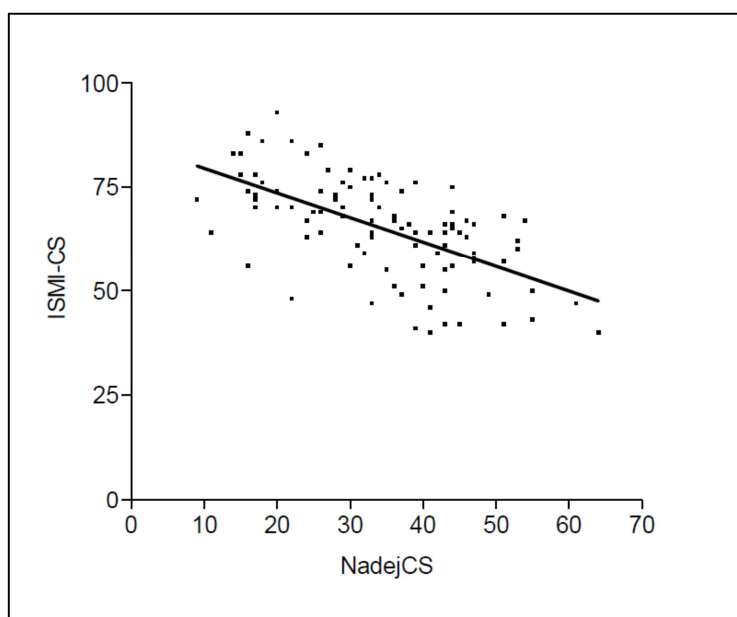
Tab. 26: Korelace mezi sebestigmatizací a Škálou naděje

	CELKOVÝ SKÓR	CESTA	SNAHA
Celkový skór ISMI	-0,60 ^{p***}	-0,56 ^{p***}	-0,57 ^{p***}
Odcizení	-0,58 ^{p***}	-0,56 ^{p***}	-0,53 ^{p***}
Souhlas se stereotypy	-0,53 ^{p***}	-0,49 ^{p***}	-0,51 ^{p***}
Vnímaná diskriminace	-0,52 ^{S***}	-0,45 ^{S***}	-0,50 ^{S***}
Stažení ze společnosti	-0,63 ^{p***}	-0,57 ^{p***}	-0,60 ^{p***}
Odolnost vůči stigmatu	0,38 ^{p***}	0,36 ^{p***}	0,37 ^{p***}

P = Pearsonovo r; S = Spearmanovo r; * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

V grafu č. 2 uvádíme lineární regresi mezi celkovou mírou sebestigmatizace a výsledným skórem naděje. Lze si všimnout výrazné nepřímé úměry, kdy s narůstající mírou internalizovaného stigmatu klesá naděje.

Graf 2: Lineární regrese mezi Škálou ISMI a celkovým skórem Škály naděje



Lineární regrese: F= 56,17 DF_n,DF_d 1.000, 99.00; p < 0,0001

Sebestigmatizace a disociace

Disociaci jsme měřili pomocí Škály DES, kdy jsme do analýzy zanesli celkový skóre škály (DES) i skóre vypovídající o míře patologické disociace (DES-T). Výsledky analýzy základního vztahu mezi ní a sebestigmatizací uvádíme v tabulce č. 27. Ukázalo se, že disociace významně koreluje s celkovou sebestigmatizací i subškálami. Výjimkou jsou opět nejslabší korelace odolnosti vůči stigmatu, jejíž korelace s celkovým skórem DES nedosahuje statistické významnosti a korelace s patologickou disociací zůstává na úrovni slabého vztahu. Síla vztahu mezi disociací – celkovou i patologickou, a Škálou ISMI je na úrovni středně silné. Výjimkami jsou již zmíněná odolnost vůči stigmatu a odcizení, které souvisí s disociací pouze slabě. Lze konstatovat, že disociace signifikantně souvisí se sebestigmatizací.

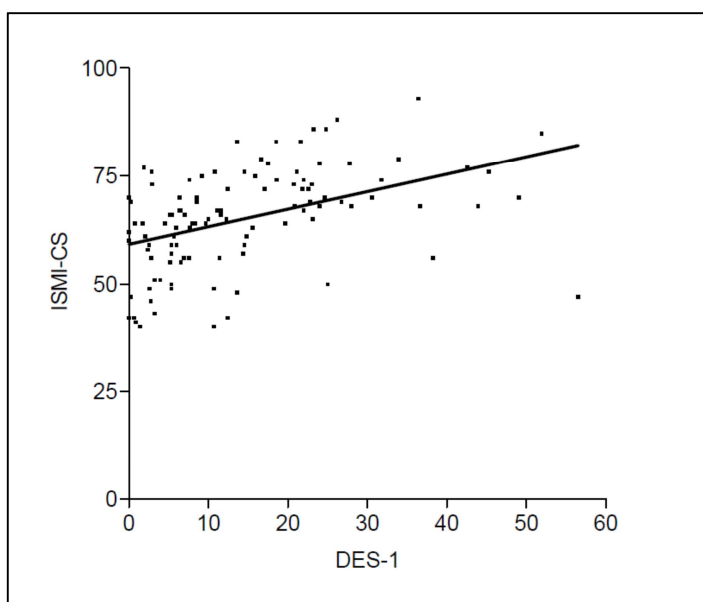
Tab. 27: Korelace mezi sebestigmatizací a disociací

	DES	DES-T
Celkový skóre ISMI	0,44^{P***}	0,43^{S***}
Odcizení	0,32^{P***}	0,35^{S***}
Souhlas se stereotypy	0,42^{P***}	0,41^{S***}
Vnímaná diskriminace	0,42^{S***}	0,40^{S***}
Stažení ze společnosti	0,42^{P***}	0,40^{S***}
Odolnost vůči stigmatu	-0,16	-0,21^{S*}

P = Pearsonovo r; S = Spearmanovo r; * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Pro větší názornost zkoumaného jevu znovu uvádíme graf lineární regrese mezi celkovou mírou sebestigmatizace a disociací, resp. celkovým skórem Škály DES.

Graf 3: Lineární regrese mezi Škálou ISMI a DES



Lineární regrese: $F= 25,517$ DFn,DFd 1.000, 106; $p < 0,0001$

8. 2. 4. Mnohonásobná regresní analýza faktorů ovlivňujících sebestigmatizaci

Na předchozích stránkách jsme realizovali množství drobných analýz, které poukázaly na existenci, nebo naopak neexistenci statisticky významného vztahu mezi sebestigmatizací a vybranými demografickými, klinickými a psychologickými fenomény. Dospěli jsme k mnoha zjištěním a některé proměnné se ukázaly být signifikantně spojené s internalizovaným stigmatem. Pro dokreslení tématu jsme analyzovali vztah nejen mezi těmito faktory a celkovou mírou sebestigmatizace, ale také mezi nimi a dílčími složkami internalizovaného stigmatu. Pokud se zaměříme na celkový stupeň sebestigmatizace, který je centrálním tématem výzkumu, zjistíme, že statisticky významně koreluje s následujícími proměnnými:

- Přítomností poruchy osobnosti
- Mírou úzkosti měřenou pomocí BAI
- Mírou deprese měřenou pomocí BDI
- Závažností příznaků psychických poruch měřených pomocí subjCGI a objCGI
- Rysem vyhýbání se poškození (HA)
- Rysem závislosti na odměně (RD)
- Rysem vytrvalosti (PS)
- Rysem sebeřízení (SD)
- Rysem spolupráce (CO)
- Nadějí

- A disociací – celkovou (DES) i pouze patologickou (DES-T)

Zdalo se tedy být vhodné realizovat mnohonásobnou regresní analýzu, která by umožnila identifikovat proměnné, které jsou ve vztahu k sebestigmatizaci skutečně významné, tj. zůstávají statisticky signifikantní i přes možný rušivý vliv dalších proměnných zařazených do analýzy. Pro tento účel jsme zvolili mnohonásobnou lineární regresi, konkrétně zpětnou krokovou regresi. Vzhledem k blízkosti některých proměnných jsme nemohli zařadit všechny zmíněné faktory. Při rozhodování mezi hodnocením psychického stavu lékařem (objCGI) nebo pacientem (subjCGI) jsme zvolili hodnocení lékařem, a to z toho důvodu, že vztah mezi tímto měřením a sebestigmatizací byl nepatrně výraznější a kvůli tomu, že se jedná o posuzovací stupnici, jejíž data mohou být v záplavě použitých sebesposuzovacích metod zvláště užitečná. Další výběr se uskutečnil při rozhodování mezi DES a DES-T, kdy jsme upřednostnili obecnou míru disociace nad výhradně patologickou. Důvodem byl nepatrně těsnější vztah se sebestigmatizací. Konečnými proměnnými, které byly zařazeny do regrese, se tedy staly přítomnost poruchy osobnosti, BAI, BDI, objCGI, vyhýbání se poškození, závislost na odměně, vytrvalost, sebeřízení, spolupráce, naděje a disociace.

Při přípravě dat k této analýze jsme odhalili multikolinearitu mezi nadějí a faktory deprese (BDI), vyhýbání se poškození (HA) a sebeřízením (SD). To znamená, že hodnota tolerance mezi těmito proměnnými se blížila kritické hranici 0,20 (Allison, 1999). Museli jsme tedy přistoupit k realizaci dvou regresních analýz, kdy do první byly zařazeny všechny faktory uvedené v předchozím odstavci kromě naděje, a do druhé analýzy pak spadaly všechny jmenované faktory kromě míry deprese, vyhýbání se poškození a sebeřízením. V obrázku č. 6 uvádíme znázornění jednotlivých kroků regrese, kdy byly s postupujícími kroky eliminovány jednotlivé nedostatečně významné proměnné. Číselný údaj označuje hodnotu standardizované bety, která je pokusem o znázornění objektivní síly vztahu mezi nezávislou a závislou proměnnou (kterou je zde celkový skóre sebestigmatizace). Koeficient bety znázorňuje, o kolik se změní hodnota závislé proměnné (zde sebestigmatizace), pokud hodnota nezávislé proměnné (např. BDI) vzroste o jednu standardní odchylku při zachování konstantních hodnot nezávislých proměnných regrese (Nathans, Oswald, & Nimon, 2012). Teoreticky tedy ukazuje, která nezávislá proměnná má největší vliv na závislou proměnnou. Přestože je potřeba stavět se k podobným analýzám kriticky a interpretovat skóre bety s rozvážností, lze podle nich usoudit na určitou těsnost vztahu mezi nezávislou a závislou proměnnou (Nathans et al., 2012).

Obr. 6: Výsledky krokové regrese se závislou proměnnou celkovým skórem Škály ISMI – bez Škály naděje

1. krok	2. krok	3. krok	4. krok	5. krok	6. krok	7. krok	8. krok
BAI - 0,001							
objCGI 0,003	objCGI 0,003						
DES 0,070	DES 0,70	DES 0,71	DES 0,67	DES 0,69	DES 0,76	DES 0,75	
Por. os. - 0,012	Por. os. - 0,012	Por. os. - 0,012					
HA 0,406 ***	HA 0,406 ***	HA 0,406 ***	HA 0,408 ***	HA 0,402 ***	HA 0,406 ***	HA 0,382 ***	HA 0,408 ***
RD 0,025	RD 0,025	RD 0,024	RD 0,025				
PS 0,075	PS 0,075	PS 0,076	PS 0,075	PS 0,081	PS 0,077		
SD - 0,271 **	SD - 0,271 **	SD - 0,271 **	SD - 0,269 **	SD - 0,275 **	SD - 0,292 **	SD - 0,270 **	SD - 0,277 **
CO - 0,66	CO - 0,66	CO - 0,65	CO - 0,66	CO - 0,52			
BDI 0,200 *	BDI 0,200 *	BDI 0,201 *	BDI 0,199 *	BDI 0,198 *	BDI 0,189 *	BDI 0,197 *	BDI 0,197 *
Adj R ² 0,509	Adj R ² 0,514	Adj R ² 0,520	Adj R ² 0,525	Adj R ² 0,529	Adj R ² 0,532	Adj R ² 0,532	Adj R ² 0,533

Vysvětlivky

Proměnná
beta
sign.

Por. os. =
porucha
osobnosti

Obrázek č. 6 ukazuje, že jedinými proměnnými, které obstály ve zpětné krokové regresi, jsou míra deprese (BDI), která souvisí se sebestigmatizací pozitivně. Stejný směr vztahu vykazuje také rys vyhýbání se poškození (HA). Sebeřízení (SD) se pojí se sebestigmatizací negativně. To znamená, že internalizované stigma úzce souvisí s vyšší mírou depresivních příznaků, sklonu k vyhýbání se možnému poškození a nízkou schopností sebeřízení.

Tab. 28: Výsledky krokové regrese se závislou proměnnou celkovým skórem Škály ISMI – bez Škály naděje

PROMĚNNÁ	B	STD. CHYBA	B	VÝZNAMNOST	ADJ R ²
Osmý krok					0,533
HA	0,248	0,052	0,408	0,0001	
SD	- 0,162	0,051	- 0,277	0,002	
BDI	0,217	0,095	0,197	0,024	

Jak blíže rozvádíme v tabulce č. 28, která znázorňuje poslední krok regrese, internalizované stigma nejvíce souvisí s vyhýbáním se poškození a následně se sebeřízením a příznaky deprese. Model vysvětluje 53,3 % rozptylu skóre Škály ISMI, což je značně vysoké číslo, a také výpočet síly vztahu ($f^2 = 1,13$) vypovídá o velmi silném vztahu mezi modelem a sebestigmatizací. Protože jsme však do analýzy nezařadili naději, realizovali jsme další výpočet, do něhož byla zařazena, a zároveň byly vyřazeny všechny tři kolineární faktory – BDI, HA a SD. Výsledky druhé regrese uvádíme v tabulce č. 29.

Obr. 7: Výsledky krokové regrese se závislou proměnnou celkovým skórem Škály ISMI – bez BDI, HA a SD

1. krok	2. krok	3. krok	4. krok	5. krok	6. krok
BAI 0,033					
objCGI 0,041	objCGI 0,057				
DES 0,235 *	DES 0,243 *	DES 0,266 **	DES 0,267 **	DES 0,285 ***	DES 0,329 ***
Por. os. 0,110	Por. os. 0,109	Por. os. 0,116	Por. os. 0,119	Por. os. 0,118	
RD 0,105	RD 0,109	RD 0,103			
PS 0,168	PS 0,172	PS 0,182	PS 0,195	PS 0,195	PS 0,186
CO - 0,130	CO - 0,135	CO - 0,127	CO - 0,076		
Naděje - 0,654 ***	Naděje - 0,654 ***	Naděje - 0,654 ***	Naděje - 0,654 ***	Naděje - 0,654 ***	Naděje - 0,654 ***
Adj R ² 0,457	Adj R ² 0,463	Adj R ² 0,466	Adj R ² 0,465	Adj R ² 0,465	Adj R ² 0,459

Jakmile jsme z analýzy vynechali kolineární proměnné, které byly shodou okolností těmi proměnnými, které se sebestigmatizací souvisely v první analýze nejtěsněji, ukázalo se, že se sebestigmatizací úzce souvisí také naděje a disociace. Druhý model vysvětluje méně rozptylu skóre Škály ISMI než první model, a sice 45,9 %. Přesto se jedná o úctyhodný údaj, a také výsledek analýzy síly vztahu ($f^2 = 0,84$) poukazuje na velmi silný vztah. Se sebestigmatizací velmi silně souvisí naděje, která vůči ní vykazuje vůbec nejtěsnější vztah (více v tab. 29). Vzhledem k multikolinearitě lze očekávat, že Snyderův koncept naděje se částečně prolíná se sebeřízením, vyhýbáním se poškození a příznaky deprese (které vzájemně multikolineární nebyly), což vysvětluje pozadí části faktorů.

Samostatně se pak nachází disociace, která je dosud neprozkoumaným, a přesto významným faktorem souvisejícím s internalizovaným stigmatem. Vytrvalost, která je od začátku krokové regrese v nevýznamném vztahu k sebestigmatizaci, sice přetrvala do posledního kroku regrese, její vliv na internalizované stigma však zůstává nevýznamný.

Tab. 29: Výsledky krokové regrese se závislou proměnnou celkovým skórem Škály ISMI – bez BDI, HA a SD

PROMĚNNÁ	B	STD. CHYBA	B	VÝZNAMNOST	ADJ R ²
Šestý krok					0,459
DES	- 0,048	0,075	0,329	0,0001	
PS	0,220	0,054	0,186	0,084	
Naděje	49,464	0,101	- 0,658	0,0001	

Můžeme tedy konstatovat, že sebestigmatizace pozitivně souvisí s mírou příznaků deprese (nikoliv však s diagnózou deprese), vyhýbáním se ohrožení a sklonem k disociaci. Negativně se pak pojí s nadějí a sebeřízením. Nejvýraznějšími proměnnými jsou naděje, následovaná vyhýbáním se poškození, disociací, sebeřízením a mírou depresivních příznaků.

8. 2. 5. Vyjádření k hypotézám a komentář k výsledkům

Druhým cílem dizertace bylo zjištění některých klinických, demografických nebo osobnostních faktorů, které souvisí se sebestigmatizací osob s úzkostnými poruchami. K tomu se vázala tato souhrnná hypotéza, která byla rozdělena do několika dílčích hypotéz:

H-2: CELKOVÁ MÍRA SEBESTIGMATIZACE SOUVISÍ S VYBRANÝMI DEMOGRAFICKÝMI, KLINICKÝMI A OSOBNOSTNÍMI RYSY PACIENTŮ S ÚZKOSTNÝMI PORUCHAMI.

Zabývali jsme se množstvím faktorů, které potenciálně mohly statisticky významně souviset se sklonem k sebestigmatizaci, ne všechny však měly formulovanou doprovodnou hypotézu. Jediná hypotéza vztahující se k demografickým proměnným se vztahovala k předpokládané nepřímé úměře mezi internalizovaným stigmatem a věkem počátku poruchy. Zněla následovně:

H-2a: Míra sebestigmatizace (Škála ISMI) narůstá se závažností psychopatologie (objCGI).

Druhá hypotéza se vztahovala k předpokládané přímé úměře mezi mírou sebestigmatizace a závažností psychopatologie hodnocenou lékařem. První měření objCGI

skutečně korelovalo statisticky významně pozitivně, i když slabě, s celkovou mírou sebestigmatizace. **Hypotézu H-2a proto přijímáme.**

H-2b: Existuje přímá úměra mezi mírou sebestigmatizace (Škála ISMI) a mírou disociativních příznaků (DES).

Třetí hypotéza předpokládala existenci signifikantní přímé úměry mezi celkovou mírou sebestigmatizace a zkušenostmi s disociací. Ukázalo se, že toto spojení je statisticky významné a středně silné, a to ve vztahu k celkové míře disociace i k pouze patologické disociaci. **Hypotézu H-2b tedy přijímáme.**

H-2c: Existuje přímá úměra mezi mírou sebestigmatizace (Škála ISMI) a mírou příznaků deprese (BDI).

Dále jsme se zabývali souvislostí mezi sebestigmatizací a mírou příznaků deprese. Na tento vztah jsme poukázali již ve standardizačním výzkumu Škály ISMI a nyní jej potvrdili. Síla spojení mezi internalizovaným stigmatem a mírou deprese je střední. **Hypotézu H-2c přijímáme.**

H-2d: Existuje přímá úměra mezi mírou sebestigmatizace (Škála ISMI) a mírou příznaků úzkosti (BAI).

Pátá hypotéza se vztahovala k předpokládanému vztahu mezi intenzitou úzkosti a sebestigmatizací. Také tuto **hypotézu jsme přijali**, je však potřeba zmínit, že síla tohoto spojení byla pouze slabá.

H-2fe Pacienti s vyšší mírou vyhýbání se poškození (TCI-R) dosahují vyšší míry sebestigmatizace (Škála ISMI).

Následně jsme se zaměřili na osobnostní proměnné a jejich vztah k sebestigmatizaci. Zjistili jsme, že rys vyhýbání se poškození statisticky významně pozitivně souvisí s internalizovaným stigmatem a tento vztah je téměř silný. **Hypotézu H-2e tedy přijímáme.**

H-2f: Pacienti s nižší mírou sebeřizení (TCI-R) dosahují vyšší míry sebestigmatizace (Škála ISMI).

Druhá hypotéza zaměřující se na Cloningerovy osobnostní rysy se týkala sebeřizení. Stejně jako rys vyhýbání se poškození, i sebeřizení spojuje se sebestigmatizací téměř silný vztah. Je inverzní, což znamená, že pacienti s úzkostnými poruchami, kteří disponují nižší

mírou sebeřízení, vykazují větší sklon k sebestigmatizaci než pacienti, jejichž míra rysu je vyšší. **Hypotézu H-2f také přijímáme.**

H-2g: Pacienti s nižší mírou naděje (Škála naděje) vykazují vyšší míru sebestigmatizace (Škála ISMI).

Poslední hypotéza vztahující se k této části práce se zabývala předpokládanou nepřímou úměrou mezi sebestigmatizací a nadějí. Tuto souvislost jsme potvrdili a **hypotézu H-2g přijali.** Celková míra naděje i obě její složky souvisí se sebestigmatizací a tento vztah je středně silný. Nejtěsnější souvislost jsme zaznamenali mezi celkovou mírou naděje a stažením ze společnosti, kdy lidé se s klesající mírou naděje stále více izolují od druhých.

Pokud bychom měli shrnout zjištění této části disertace, potvrdili jsme existenci statisticky signifikantního vztahu mezi předpokládanými faktory, jako jsou míra úzkosti, deprese, závažnost příznaků psychické poruchy, disociace, vyhýbání se poškození, sebeřízení a naděje. Oproti očekávání jsme identifikovali významný pozitivní vztah mezi komorbiditou s poruchou osobnosti a sebestigmatizací a negativní souvislost mezi závislostí na odměně, vytrvalostí, spoluprací a sebestigmatizací. Vzhledem k vyššímu počtu faktorů, které statisticky signifikantně souvisely se sebestigmatizací, jsme se rozhodli realizovat mnohonásobnou regresi, která by umožnila protřídit výsledky a určit proměnné, které jsou skutečně nejvýznamnějšími prvky spojenými s internalizovaným stigmatem u pacientů s úzkostnými poruchami. S určitou rezervou lze konstatovat, že sebestigmatizace nejtěsněji souvisí s nadějí. Sestupně pak následuje vztah s vyhýbáním se poškození, disociací, sebeřízením, a nakonec s mírou příznaků deprese. Naděje se částečně překrývá s depresí, vyhýbáním se poškození a sebeřízením. Relativně samostatně od ostatních signifikantních proměnných se pak nachází disociace.

8. 3. Sebestigmatizace a účinnost léčby

V poslední části výsledků se zabýváme vztahem mezi sebestigmatizací a účinností kombinované psychoterapeutické a farmakoterapeutické léčby. Nejdříve popisujeme charakteristiky realizované farmakoterapie a stručně nastiňujeme psychoterapeutický program, který pacienti podstoupili. Zaměřujeme se také na souhrnné ukazatele změny psychického stavu pacientů v průběhu léčby. Následně se zabýváme vztahem mezi sebestigmatizací a několika indikátory účinnosti terapie. Hlavním ukazatelem je relativní změna tíže příznaků psychické poruchy hodnocená lékařem, další indikátory

slouží pro dokreslení problematiky. Vztah sebestigmatizace a účinnosti léčby zkoumáme s přihlédnutím k možnému vlivu dalších demografických, klinických a osobnostních proměnných. Můžeme tak lépe zhodnotit, zda a nakolik je sebestigmatizace významným prediktorem efektivity léčby.

8. 3. 1. Popis léčby

Farmakoterapie

Pacienti byli léčeni obvyklými dávkami antidepresiv, zpravidla stejnou medikací, se kterou byli na oddělení doporučeni. Ve farmakoterapii nebyly prováděny podstatnější změny. Výjimkami bylo postupné vysazování benzodiazepinů u pacientů, kteří je dlouhodobě užívali, augmentace antipsychotikem druhé generace nebo valproátem v případě vhodnosti a optimalizace dávky antidepresiv u pacientů, u nichž byla subnormní. Průměrné dávky léků pacientů, které jsou přepočtené na indexovou dávku základního léku, uvádíme v tabulce č. 30. Z tabulky vyplývá, že během léčby nedošlo k významné změně průměrných dávek antidepresiv, přičemž u dvou pacientů, kteří na počátku hospitalizace antidepresiva neužívali, byla nasazena. Naopak u skupiny anxiolytik došlo k postupnému vysazení u 22 pacientů a u zbylých 19 byla dávka anxiolytika snížena. Rozdíl mezi počáteční denní dávkou a denní dávkou na konci léčby však nedosahuje statistické významnosti. Antipsychotika byla v nízké dávce nově nasazena u 6 pacientů jako náhrada původní anxiolytické léčby, celková denní dávka se však významně nezvýšila. Antikonvulzivum valproát byl podáván na počátku hospitalizace u jednoho pacienta a u dalšího byl v průběhu léčby nasazený, opět jako náhrada za původní anxiolytickou medikaci.

Tab. 30: Průměrné dávky léků na den na počátku a konci léčby

	Počátek léčby	Konec léčby	Statistika
Antidepresiva Index paroxetinu	46,11 ± 30,95 (n=97)	42,79 ± 27,90 (n=99)	Mann Whitneyův test: MW U=4520; n.s.
Anxiolytika Index alprazolamu	0,80 ± 0,81 (n=41)	0,49 ± 0,38 (n=19)	Mann Whitneyův test: MW U= 303,5; n.s.
Antipsychotika Index risperidonu	1,29 ± 1,23 (n=29)	1,14 ± 0,91 (n=35)	párový t-test: t=0,5436 df=62; n.s.
Antikonvulziva Valproát	1000 ± 0,00 (n=1)	1000 ± 0,00 (n=2)	Průměrná dávka je stejná

Psychoterapeutické přístupy

Pacienti se účastnili každodenní skupinové psychoterapie. Část pacientů absolvovala skupinový kognitivně behaviorální program, část podstoupila krátkodobou psychodynamickou terapii, vycházející především z Gestalt terapie. Výběr pacientů do skupin nebyl randomizovaný, ale založený na úsudku přijímajícího lékaře ohledně prospěšnosti jednoho, či druhého přístupu pro konkrétního jedince. Hospitalizace trvala 6 týdnů a během této doby proběhlo 30 dvouhodinových skupinových sezení. Kognitivně behaviorální program se skládal z psychoedukace, plánování aktivity, kognitivní restrukturalizace, expoziční léčby (v případě komorbidní OCD navíc se zábranou odpovědi), strategií řešení problémů a práce s kognitivními schématy. Součástí celého programu bylo pět individuálních sezení, při nichž pacienti plánovali terapeutické činnosti vykonávané ve volném čase nebo na komunitách, jako jsou expozice, plánování aktivity nebo psaní a čtení terapeutických dopisů. Komunity probíhaly dvakrát denně, ráno a večer. Při ranní komunitě byl přítomen personál oddělení a realizovaly se expozice související se sociální fobií (nejčastěji čtení zadaného textu před ostatními nebo krátká promluva na zadané nebo volně zvolené téma). Večerní komunita probíhala pod vedením pacientů. Ve středu byl vždy společenský večer, taktéž v režii pacientů. Všichni jedinci měli dále v programu základní nácvik asertivity, ergoterapii, dramaterapii nebo prožitkovou terapii, relaxace, řízené imaginace a sport. Práce byla jednou týdně supervidovaná zkušenými terapeuty.

8. 3. 2. Klinické škály během léčby

Klinické škály v průběhu léčby

V průběhu léčby došlo k významnému poklesu celkové závažnosti psychických poruch pacientů (subjCGI a objCGI). Tento pokles lze označit jako velký (pro subjCGI činilo Cohenovo d 0,83, pro objCGI pak dokonce 2,4). Zatímco počáteční míra psychopatologie (objCGI i subjCGI) se průměrně pohybovala na úrovni středně výrazné až výrazné, kdy příznaky psychické poruchy mírně až středně závažně narušovaly každodenní fungování pacientů, konečné hodnocení psychického stavu (objCGI) se průměrně nacházelo v oblasti hraničního nálezu až mírných příznaků psychické poruchy. Pacienti sami pak v průměru vnímali, že jejich psychický stav je mírně lepší než na začátku hospitalizace (druhé měření subjCGI; interpretace skóru podle Busnerové a Targuma, 2007).

Statisticky signifikantní je také pokles v celkových skórech škál úzkosti a deprese (BAI a BDI, tab. 31, graf 5 a 6). Pacienti zaznamenávali větší pokles v míře příznaků

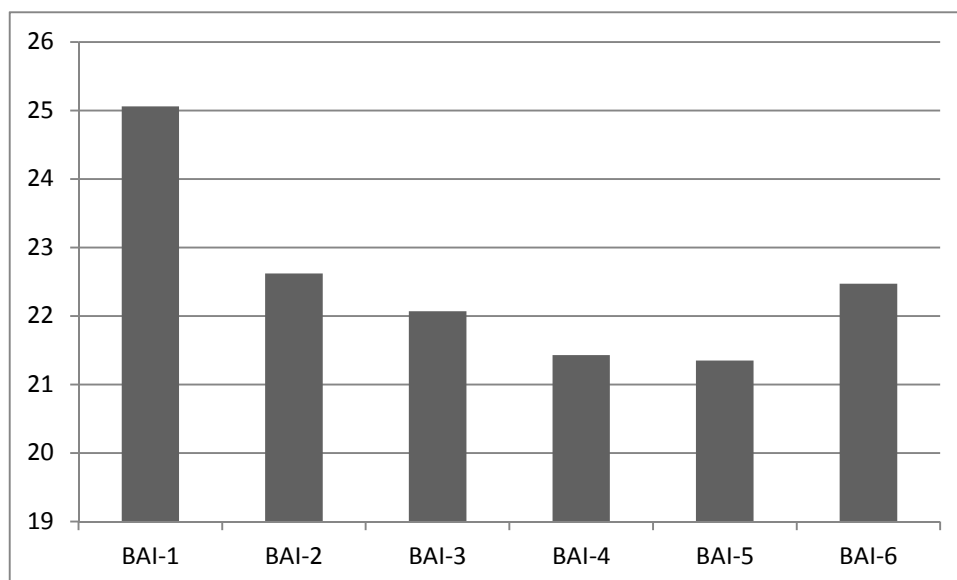
deprese, kde byl rozdíl na úrovni středně velké ($d = 0,66$), než v poklesu úzkosti, kde byl rozdíl mezi prvním a posledním měřením pouze malý ($d = 0,28$). V průběhu hospitalizace tedy došlo spíše k poklesu depresivního ladění než k poklesu samotné úzkosti. Po léčbě zůstala průměrná míra úzkosti pacientů na úrovni středně silné (interpretace podle Juliana, 2011) a stupeň příznaků deprese klesl na hranici mírných až středně silných (interpretace podle Spreena & Strausse, 1991). Pokles příznaků úzkosti v průběhu léčby nicméně nebyl, na rozdíl od poklesu míry deprese, lineární (graf 4). Průměrná míra úzkosti klesala po celou dobu léčby, poslední týden se však opět zvýšila.

Tab. 31: Průměrné skóry v posuzovacích stupnicích na počátku a konci léčby

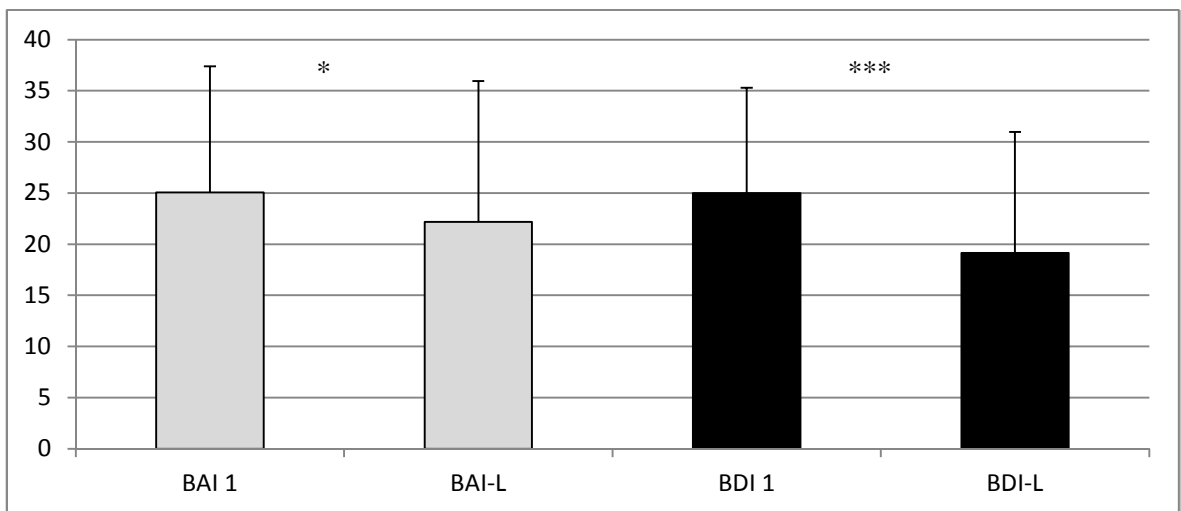
	BAI	BDI	objCGI	subjCGI
Počátek léčby	25,06 ± 12,34	25,00 ± 10,30	4,34 ± 1,10	4,44 ± 1,26
Konec léčby	22,19 ± 13,77	19,13 ± 11,85	2,65 ± 1,18	3,06 ± 1,46
Statistika	nepárový t-test: t=2,666 df=108; p < 0,01	nepárový t-test: t=6,454 df=108; p < 0,0001	nepárový t-test: t=12,19 df=108; p < 0,0001	nepárový t-test: t=10,62 df=108; p < 0,0001

BAI = Beckův inventář úzkosti; BDI = Beckův inventář deprese; objCGI = Celkový klinický dojem-závažnost poruchy, hodnocení lékařem, subjCGI = Celkový klinický dojem-závažnost poruchy, hodnocení pacientem

Graf 4: Průměrné skóry v BAI měřeném každý týden pobytu

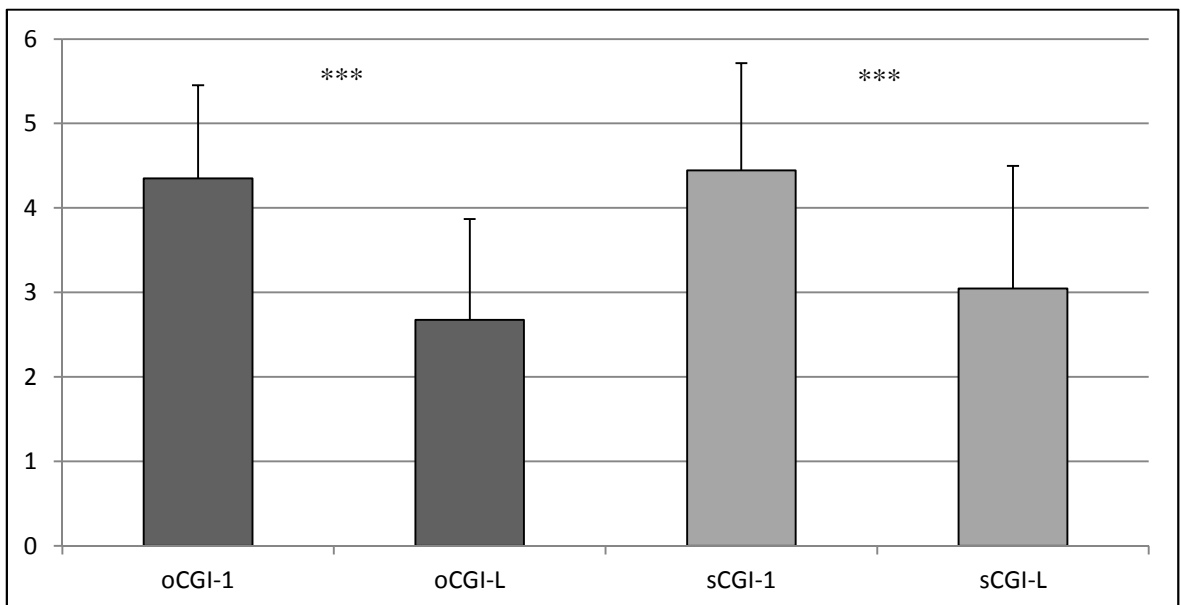


Graf 5: Průměrné skóry v BAI a BDI na počátku a na konci léčby



*nepárový t-test: $p < 0,05$; ***nepárový t-test: $p < 0,0001$

Graf 6: Průměrné skóry v objCGI a subjCGI na počátku a na konci léčby



*** nepárový t-test: $p < 0,0001$

Klinické škály na počátku a konci léčby podle demografických a klinických dat

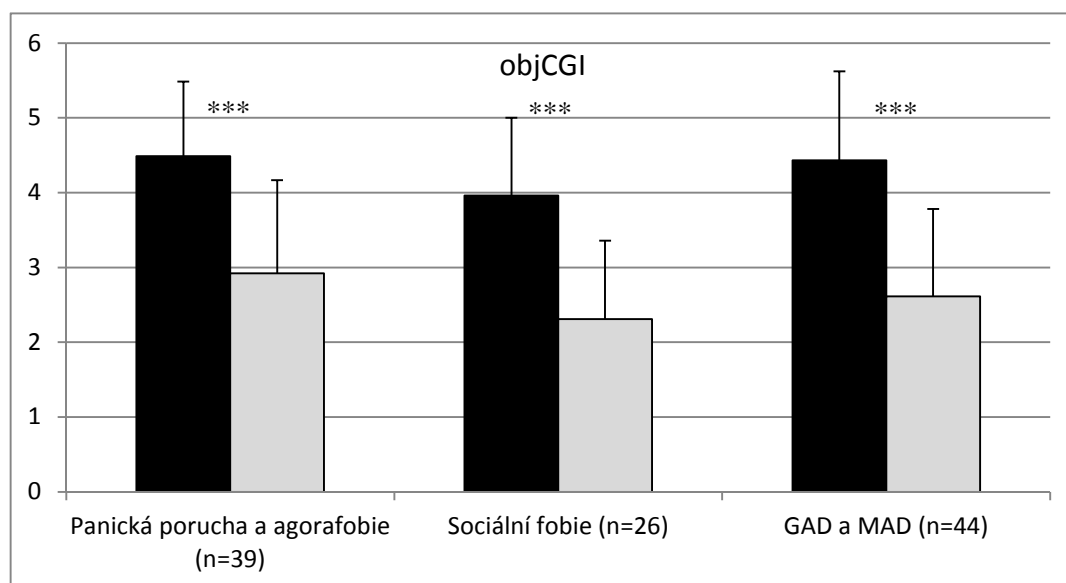
Jak znázorňuje tabulka č. 32, pokles skóru v BAI a objCGI, tedy v hlavních posuzovaných kritériích této části práce, nesouvisí s pohlavím, i když na počátku i konci léčby byly skóry u žen statisticky nevýznamně vyšší ve všech posuzovacích stupnicích. Podobně se pokles průměrných hodnot v jednotlivých posuzovaných stupnicích neliší podle typu vzdělání, pozice na trhu práce, pobírání, nebo nepobírání důchodu, rodinného stavu či přítomnosti partnera nebo psychiatrické heredity v rodině. Poznámka: BAI-L v následující tabulce označuje poslední měření škály BAI a obdobně toto písmeno značí poslední měření u ostatních posuzovaných škál, zkratka „zam.“ znamená „zaměstnaní“.

Tab. 32: Průměrné hodnoty BAI a objCGI na počátku a konci léčby podle kvalitativních demografických parametrů

	BAI-1	BAI-L	objCGI-1	objCGI-L
Muži (n=36)	22,5 ± 11,3	19,2 ± 13,5	3,92 ± 1,13	2,28 ± 1,34
Ženy (n=73)	26,3 ± 12,7	23,7 ± 13,7	4,55 ± 1,03	2,84 ± 1,17
Statistika	dvoucestná ANOVA: F= 0,3299 Df=72; interakce: n.s. čas: n.s. pohlaví: n.s.		dvoucestná ANOVA: F= 0,253 Df=72; interakce: n.s. čas: p < 0,001 pohlaví: n.s.	
Základní (n=14)	34,6 ± 7,3	27,4 ± 16,4	4,6 ± 1,1	2,79 ± 1,19
Vyučení (n=30)	22,7 ± 11,3	21,4 ± 10,7	4,3 ± 1,0	2,47 ± 1,14
SŠ (n=51)	26,0 ± 13,0	22,6 ± 14,6	4,5 ± 1,2	2,80 ± 1,23
VŠ (n=14)	16,9 ± 9,6	17,4 ± 13,0	3,7 ± 0,9	2,36 ± 1,08
Statistika	dvoucestná ANOVA: F= 0,1922 Df=116; interakce: n.s. čas: n.s. vzdělání: n.s.		dvoucestná ANOVA: F= 0,2789 Df=116; interakce: n.s. čas: p<0,0001 vzdělání: p<0,05	
Zam. (n=62)	24,1 ± 12,7	21,6 ± 13,2	4,31 ± 1,0	2,52 ± 1,20
Nezam. (n=47)	26,4 ± 11,9	23,0 ± 14,6	4,38 ± 1,23	2,83 ± 1,15
Statistika	dvoucestná ANOVA: F= 0,3084 Df=94; interakce: n.s. čas: n.s. zaměstnání: n.s.		dvoucestná ANOVA: F= 0,3112 Df=94; interakce: n.s. čas: p<0,0001 zaměstnání: n.s.	
Bez důchodu (n=87)	24,0 ± 12,2	21,5 ± 13,2	4,22 ± 1,04	2,54 ± 1,12
S důchodem (n=22)	29,3 ± 12,2	25,1 ± 16,0	4,82 ± 1,22	3,09 ± 1,38
Statistika	dvoucestná ANOVA: F= 0,366 Df=44; interakce: n.s. čas: n.s. důchod: n.s.		dvoucestná ANOVA: F= 0,3539 Df=44; interakce: n.s. čas: p < 0,001 důchod: n.s.	
Svobodní (n=40)	26,7 ± 13,1	23,6 ± 15,5	4,20 ± 1,13	2,60 ± 1,19
Ženatí (n=39)	23,5 ± 10,5	20,2 ± 12,7	4,43 ± 0,93	2,55 ± 1,18
Rozvedení (n=23)	24,3 ± 13,4	22,2 ± 14,1	4,55 ± 1,30	2,96 ± 1,21
Vdovci (n=7)	27,4 ± 15,7	25,3 ± 8,7	4,00 ± 1,16	2,57 ± 1,13
Statistika	dvoucestná ANOVA: F= 0,3704 Df=138; interakce: n.s. čas: n.s. stav: n.s.		dvoucestná ANOVA: F= 0,3803 Df=138; interakce: n.s. čas: p < 0,0001 stav: p < 0,05	
Bez partnera (n=42):	23,7 ± 12,7	22,1 ± 14,0	4,10 ± 1,21	2,71 ± 1,15
S partnerem (n=67)	25,9 ± 12,1	22,3 ± 13,8	4,49 ± 1,01	2,61 ± 1,21
Statistika	dvoucestná ANOVA: F= 0,3941 Df=84; interakce: n.s. čas: n.s. partnerství: p < 0,01		dvoucestná ANOVA: F= 0,4001 Df=84; interakce: n.s. čas: p < 0,0001 partnerství: p < 0,01	
Bez heredity (n=56) :	24,3 ± 11,6	21,5 ± 14,3	4,34 ± 1,08	2,71 ± 1,19
S hereditou (n=53)	25,9 ± 13,1	23,0 ± 13,3	4,34 ± 1,13	2,59 ± 1,18
Statistika	dvoucestná ANOVA: F= 0,3434 Df=106; interakce: n.s. čas: n.s. heredita: p < 0,05		dvoucestná ANOVA: F= 0,3642 Df=106; interakce: n.s. čas: p < 0,0001 heredita: p < 0,05	

Při rozdělení na podskupiny podle hlavních diagnóz, druhu přítomné komorbidity a typu psychoterapie nebyl mezi skupinami zjištěn signifikantní rozdíl v poklesu v žádné posuzované stupnici (tab. 33). Zkoumaný psychický stav pacientů všech tří základních diagnostických okruhů se tedy v léčbě mění v posuzovacích stupnicích podobně. Komorbidita s depresivní poruchou, ani typ terapie nemají statisticky významný vliv na pokles hodnocené symptomatologie. Pacienti s komorbidní poruchou osobnosti měli na počátku i konci léčby subjektivně více závažné příznaky psychické poruchy, velikost zlepšení jejich stavu v průběhu léčby však odpovídá velikosti změny u pacientů bez této komorbidity. Podobný trend se ukázal také u jedinců s komorbidní úzkostnou poruchou. Pro větší názornost uvádíme v grafu pod číslem 7, v nichž je znázorněný počáteční a koncový skór objCGI u tří základních skupin pacientů. Poznámka – GAD je zkratka pro generalizovanou úzkostnou poruchu, MAD pro smíšenou úzkostně depresivní poruchu.

Graf 7: Pokles v objCGI v různých diagnostických skupinách



* párový t-test: $p < 0,05$; ** párový t-test: $p < 0,01$; *** párový t-test: $p < 0,001$

Tab. 33: Výsledky ve škálách podle hlavních diagnóz, komorbidit a druhu terapie

	BAI-1	BAI-L	objCGI-1	objCGI-L
Panická porucha a agorafobie (n=39)	28,1 ± 12,9	25,9 ± 13,1	4,49 ± 0,99	2,92 ± 1,24
Sociální fobie (n=26)	20,8 ± 10,9	17,6 ± 10,7	3,96 ± 1,04	2,31 ± 1,05
GAD a MAD (n=44)	24,9 ± 12,1	21,6 ± 15,2	4,43 ± 1,19	2,61 ± 1,17
Statistika	dvoucestná ANOVA: F= 0,2432Df=130; interakce: n.s. čas: n.s. diagnóza: n.s.		dvoucestná ANOVA: F= 0,4144Df=130; interakce: n.s. čas: p < 0,0001 diagnóza: p < 0,05	
Bez deprese (n=83)	24,6 ± 12,6	22,8 ± 13,9	4,34 ± 1,13	2,66 ± 1,17
S depresí (n=32)	26,2 ± 11,7	20,6 ± 13,4	4,35 ± 1,04	2,63 ± 1,12
Statistika	dvoucestná ANOVA: F= 0,2778 Df=64; interakce: n.s. čas: n.s. deprese: n.s.		dvoucestná ANOVA: F= 0,2995 Df=64; interakce: n.s. čas: p < 0,0001 deprese: n.s.	
Bez komorbidní úzkostné poruchy (n=42)	23,8 ± 11,0	21,6 ± 13,4	4,21 ± 1,20	2,55 ± 1,13
S komorbidní úzkostnou poruchou (n=67)	25,9 ± 13,1	22,6 ± 14,1	4,42 ± 1,03	2,72 ± 1,22
Statistika	dvoucestná ANOVA: F= 0,4087 Df=84; interakce: n.s. čas: n.s. komorbidita: p < 0,005.		dvoucestná ANOVA: F= 0,2711 Df=84; interakce: n.s. čas: p < 0,0001 komorbidita: n.s.	
Bez poruchy osobnosti (n=78)	23,7 ± 12,4	20,4 ± 13,3	4,18 ± 1,03	4,74 ± 1,18
S poruchou osobnosti (n=31)	28,5 ± 11,7	26,7 ± 14,1	2,41 ± 1,12	3,25 ± 1,26
Statistika	dvoucestná ANOVA: F=0,5571 Df=62; interakce: n.s. čas: n.s. (p < 0,06) por. osobnosti: p < 0,001		dvoucestná ANOVA: F= 0,4047 Df=62; interakce: n.s. čas: p < 0,0001 por. osobnosti: p < 0,01	
Dynamická skupina (n=64)	26,0 ± 12,2	22,1 ± 12,8	4,30 ± 1,09	2,75 ± 1,14
Kognitivně behaviorální skupina (n=45)	23,8 ± 12,7	22,4 ± 12,8	4,40 ± 1,12	2,51 ± 1,24
Statistika	dvoucestná ANOVA: F=0,3482 Df=90; interakce: n.s. čas: n.s. diagnóza: n.s.		dvoucestná ANOVA: F=0,2842 Df=90; interakce: n.s. čas: p < 0,0001 diagnóza: n.s.	

8. 3. 3. Relativní změna v průběhu terapie

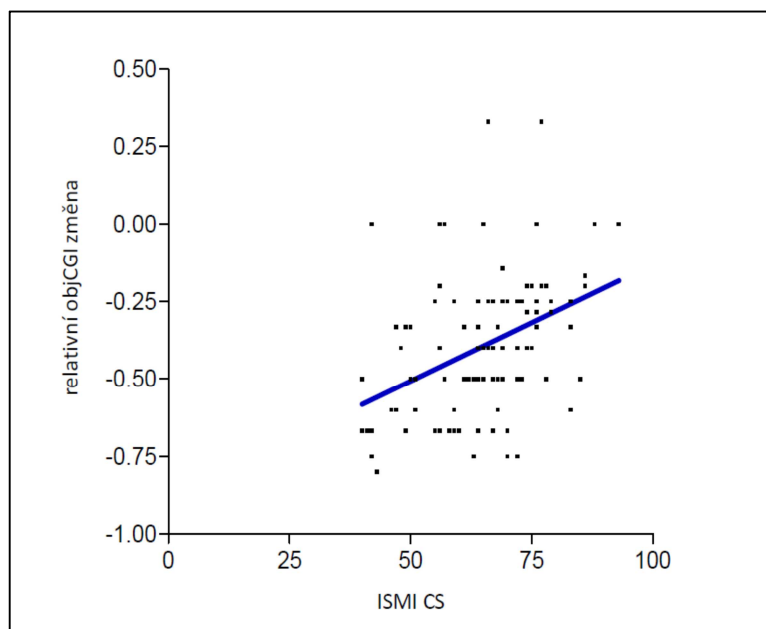
Relativní změna v průběhu terapie podle demografických a klinických dat

Hlavním kritériem hodnocení změny stavu v průběhu hospitalizace byla relativní změna v hodnocení psychického stavu lékařem (objCGI). Tabulka č. 34 ukazuje, že toto kritérium zlepšení nesouvisí statisticky významně s žádným z demografických nebo klinických faktorů – věkem, počátkem úzkostné poruchy, délkou trvání psychické poruchy, počtem hospitalizací, dávkami medikace, ani se závažností poruchy na počátku léčby hodnocenou pomocí BAI, subjCGI, objCGI či BDI.

Toto kritérium však statisticky významně pozitivně koreluje s mírou sebestigmatizace hodnocenou celkovým skórem ISMI (graf č. 8, tab. 34) a stupněm disociace měřeným pomocí DES i patologickým DES-T. Signifikantně negativně pak koreluje s celkovou mírou naděje a osobnostními rysy vyhýbáním se poškození a sebeřízením (tab. 34). Síla všech významných korelací je slabá, pouze vztah relativní změny v objCGI se sebestigmatizací se blíží středně silnému.

Druhotným kritériem hodnocení míry zlepšení byl relativní pokles úzkostnosti v dotazníku BAI. Zjistili jsme, že s relativní změnou v BAI souvisí pouze sebestigmatizace (tab. 34). Síla vztahu mezi těmito proměnnými je nicméně slabá.

Graf 8: Lineární regrese relativní změny v objCGI a sebestigmatizace



Lineární regrese: $F=18,84$ DFn,DFd 1000, 109; $p < 0,0001$

Tab. 34: Korelace relativní změny BAI a relativní změny objCGI s demografickými a klinickými daty

	<u>BAI-L – BAI-1</u>	<u>objCGI-L-objCGI-1</u>
	BAI-1	objCGI-1
Věk	-0,02 ^S	0,03 ^P
Počátek poruchy	0,02 ^S	0,01 ^P
Délka trvání poruchy	-0,06 ^S	0,02 ^S
Počet hospitalizací	-0,01 ^S	0,14 ^S
BAI počátek	-0,15 ^S	0,18 ^P (p = 0,056)
BDI počátek	0,04 ^S	0,16 ^P
objCGI počátek	-0,0005 ^S	0,13 ^S
subjCGI počátek	-0,04 ^S	0,07 ^S
DES	0,018 ^S	0,23^{P*}
DES-T	-0,03 ^S	0,27^{S**}
ISMI	0,26^{S***}	0,38^{S***}
Škála naděje	-0,14 ^S	-0,23^{P*}
NS	-0,05 ^S	0,17 ^P
HA	0,11 ^S	0,22^{P*}
RD	0,01 ^S	-0,09 ^P
PS	-0,06 ^S	-0,06 ^P
SD	-0,10 ^S	-0,26^{P**}
CO	-0,05 ^S	-0,12 ^P
ST	0,10 ^S	0,10 ^P
Index antidepresiva	-0,07 ^S	0,02 ^S
Index anxiolytika	-0,25 ^S	-0,12 ^S
Index antipsychotika	-0,04 ^S	0,08 ^P

P = Pearsonovo r; S = Spearmanovo r; * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Kvalitativní demografická data významněji neovlivňují míru relativního zlepšení v BAI, ani v objCGI (tab. 35). Proměnné, mezi které patří pohlaví, vzdělání, skutečnost, zda pacient pobírá důchod, pozice na trhu práce, rodinný stav, partnerství (které se však u relativní změny objCGI blíží statistické významnosti), ani heredita nemají statisticky významný vliv na zlepšení příznaků úzkosti nebo celkových příznaků psychické poruchy v průběhu kombinované léčby úzkostných poruch (tab. 35).

Tab. 35: Průměrné hodnoty relativní změny v BAI a objCGI mezi počátkem a koncem léčby podle kvalitativních demografických parametrů

	BAI-L – BAI-1		objCGI-L-objCGI-1	
	BAI-1		objCGI-1	
Muži (n=36)	-0,174 ± 0,430	Mann Whitneyův test: MW U= 1100; n.s.	-0,413 ± 0,235	nepárový t-test: t=0,7227 df=107; n.s.
Ženy (n=73)	0,082 ± 0,926		-0,380 ± 0,221	
Základní vzdělání (n=14)	-0,229 ± 0,390	Kruskal-Wallisův test: KW stat= 5,42; n.s.	-0,401 ± 0,163	jednocestná ANOVA: F= 0,2235 df=108; n.s.
Vyučení (n=30)	0,261 ± 1,247		-0,415 ± 0,284	
Středoškolské (n=51)	-0,114 ± 0,578		-0,381 ± 0,192	
Vysokoškolské (n=14)	0,057 ± 0,441		-0,363 ± 0,263	
Zaměstnaní (n=62)	0,080 ± 0,987	Mann Whitneyův test: MW U= 1352; n.s.	-0,424 ± 0,230	nepárový t-test: t=1,801 df=107; n.s.
Bez zaměstnaní (n=47)	-0,111 ± 0,454		-0,347 ± 0,212	
Bez důchodu (n=87)	0,034 ± 0,879	Mann Whitneyův test: MW U= 921; n.s.	-0,398 ± 0,220	nepárový t-test: t=0,6207 df=107; n.s.
S důchodem (n=22)	-0,148 ± 0,369		-0,364 ± 0,248	
Svobodní (n=40)	-0,091 ± 0,501	jednocestná ANOVA: F= 1,12 df=108; n.s.	-0,387 ± 0,209	jednocestná ANOVA: F= 0,4887 df=108; n.s.
Ženatí (n=40)	-0,019 ± 0,871		-0,421 ± 0,267	
Rozvedení (n=22)	0,02724 ± 0,736		-0,351 ± 0,177	
Vdovci (n=7)	0,507 ± 1,679		-0,367 ± 0,203	
Bez partnera (n=42):	0,102 ± 0,918	Mann Whitneyův test: MW U= 1333; n.s.	-0,338 ± 0,201	nepárový t-test: t=1,976 df=107; n.s. (p = 0,051)
S partnerem (n=67)	-0,068 ± 0,724		-0,4241 ± 0,234	
Bez heredity (n=56) :	-0,022 ± 0,794	Mann Whitneyův test: MW U= 1416; n.s.	-0,3652 ± 0,253	nepárový t-test: t=1,225 df=107; n.s.
S hereditou (n=53)	0,018 ± 0,824		-0,418 ± 0,190	

Relativní změna podle hlavních diagnóz, komorbidit a druhu terapie

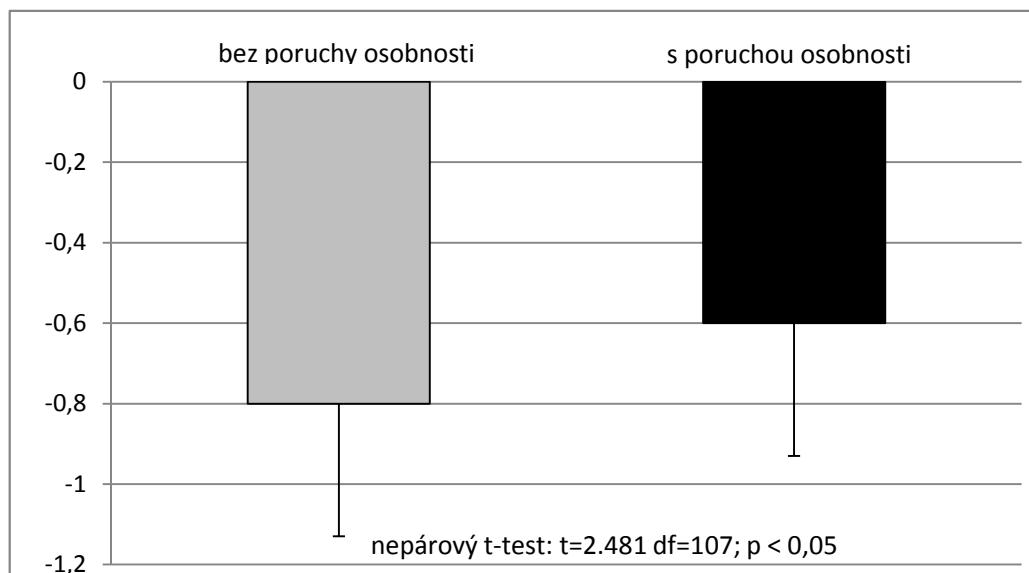
Následně byli pacienti rozčleněni do tří skupin podle hlavní diagnózy, pro kterou byli na psychoterapeutickém oddělení léčeni. Jak jsme již zmínili v předchozím textu, do první skupiny byli zařazeni pacienti s diagnózou panická porucha a/nebo agorafobie, do druhé s diagnózou sociální fobie a do třetí s diagnózou generalizovaná úzkostná porucha nebo smíšená úzkostně depresivní porucha (tab. 36).

Při rozdělení podle druhu komorbidity byl zjištěn statisticky významný rozdíl pouze v relativní míře zlepšení v objCGI u pacientů s poruchou osobnosti a bez poruchy osobnosti (tab. 36, graf 8). Základní diagnostická skupina, ani psychiatrická komorbidita s depresivní poruchou nebo s další úzkostnou poruchou nemají signifikantní vliv na relativní snižování úzkostných příznaků a celkových známek psychické poruchy. Roli však hraje přítomnost diagnózy poruchy osobnosti, kdy jedinci s touto komorbiditou

dosahují v průběhu léčby významně menšího zlepšení než jedinci bez této komorbidity (tab. 36). Zatímco psychický stav pacientů s poruchou osobnosti se zlepšil v průměru o 60 %, u pacientů bez této komorbidity se jednalo o 80 % (graf 9). Pokud výsledek analyzujeme pomocí hodnocení velikosti efektu, zjistíme, že se jedná o středně velký rozdíl mezi skupinami ($d = 0,66$).

Co se týče srovnání změny podle terapeutických skupin (psychodynamická psychoterapie, nebo kognitivně behaviorální terapie), pacienti nebyli randomizovaní. Nelze tedy hovořit o vzájemném porovnávání efektivity přístupů, a není to ani naším cílem. Tato proměnná však může také být faktorem ovlivňujícím změny stavu v průběhu léčby, proto jsme se jej rozhodli zařadit. Z tabulky je patrné, že mezi terapeutickými přístupy nebyl zjištěný statisticky významný rozdíl v míře změny úzkostných příznaků v průběhu léčby. Pacienti podstupující kognitivně behaviorální terapii však oproti kolegům z psychodynamické skupiny průměrně zaznamenali statisticky významně větší zlepšení celkového psychického stavu (tab. 36, graf 10). Velikost tohoto rozdílu byla, podobně jako u rozdílu v komorbiditě s poruchou osobnosti, střední ($d = 0,5$).

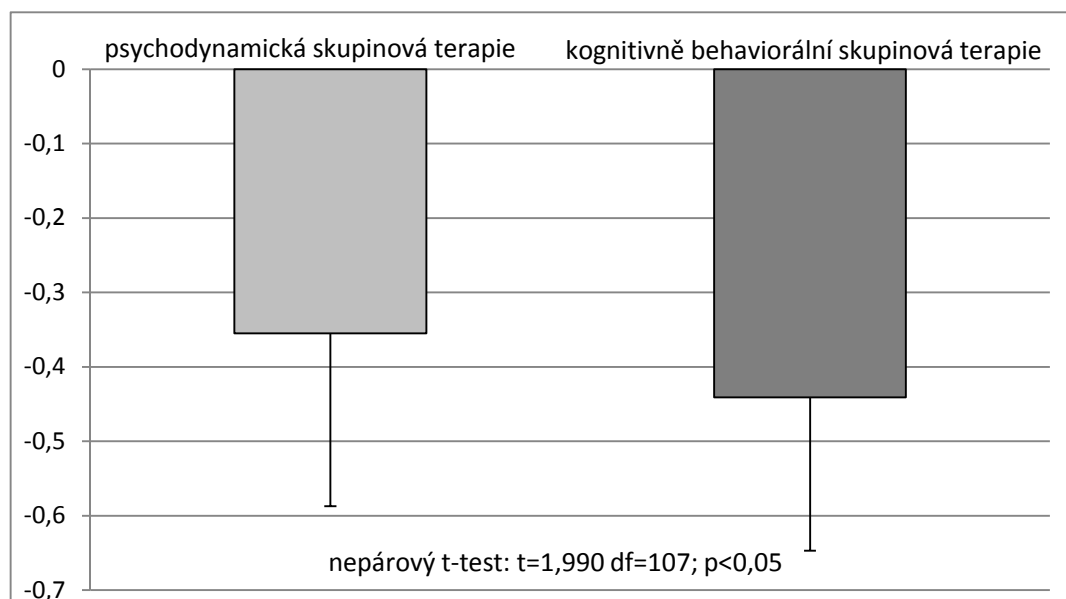
Graf 9: Průměrné hodnoty relativní změny v objCGI mezi počátkem a koncem léčby u pacientů bez komorbidní poruchy osobnosti a s poruchou osobnosti



Tab. 36: Průměrné hodnoty relativní změny v BAI a objCGI mezi počátkem a koncem léčby podle diagnostických skupin, komorbidit a druhu terapie

	<u>BAI-L – BAI-1</u>		<u>objCGI-L-objCGI-1</u>	
	BAI-1		objCGI-1	
Panická porucha a agorafobie (n=39)	0,238 ± 1,158		-0,361 ± 0,208	
Sociální fobie (n=26)	-0,127 ± 0,399	Kruskal-Wallisův test: KW stat= 1,074; n.s.	-0,4251 ± 0,200	jednocestná ANOVA: F= 0,6465 df=108; n.s.
GAD a MAD (n=44)	-0,141 ± 0,515		-0,397 ± 0,252	
Bez deprese (n=77)	0,084 ± 0,912	Mann Whitneyův test: MW U=1032; n.s.	-0,386 ± 0,232	nepárový t-test: t=0,3668 df=107; n.s.
S depresí (n=32)	-0,211 ± 0,387		-0,403 ± 0,209	
Bez komorbidní úzkostné poruchy (n=42)	0,058 ± 0,966	Mann Whitneyův test: MW U=1265; n.s.	-0,388 ± 0,235	nepárový t-test: t=0,1124 df=107; n.s.
S komorbidní úzkostnou poruchou (n=67)	-0,040 ± 0,698		-0,393 ± 0,220	
Bez poruchy osobnosti (n=78)	0,01 ± 0,91	Mann Whitneyův test: MW U=1082; n.s.	-0,80 ± 0,33	nepárový t-test: t=2,481 df=107; p < 0,05
S poruchou osobnosti (n=31)	-0,02 ± 0,48		-0,60 ± 0,33	
Psychodynamická skupina (n=64)	-0,064 ± 0,788	Mann Whitneyův test: MW U=939 n.s.	-0,355 ± 0,232	nepárový t-test: t=1,990 df=107; p < 0,05
Kognitivně behaviorální skupina (n=45)	-0,039 ± 0,545		-0,441 ± 0,206	

Graf 10: Průměrné hodnoty relativní změny v objCGI mezi počátkem a koncem léčby u pacientů léčených psychodynamickou a kognitivně behaviorální terapií



Mnohonásobná regresní analýza faktorů ovlivňujících změnu stavu psychopatologie v průběhu léčby

Relativní pokles příznaků úzkosti souvisel pouze se sklonem k sebestigmatizaci, kdy u jedinců s úzkostnými poruchami, kteří se více stigmatizují, dochází k významně menšímu poklesu úzkosti v průběhu léčby než u probandů, kteří sebe samé stigmatizují méně. Jejich prožitky úzkosti jsou tedy více rezistentní vůči terapeutickému zásahu. Vzhledem k absenci dalších významných proměnných predikujících pokles příznaků úzkosti v průběhu léčby jsme proto realizovali mnohonásobnou regresní analýzu pouze se závislou proměnnou – relativní změnou v celkové závažnosti příznaků psychické poruchy (objCGI). Na předchozích stránkách jsme realizovali řadu drobných výpočtů, z nichž vyšlo najevo, že tento indikátor změny stavu souvisí s následujícími proměnnými:

- Úzkosti hodnocenou inventářem BAI, a to blízko hranici statistické významnosti
- Disociací měřenou škálou DES i patologickou disociací měřenou skórem DES-T
- Sebestigmatizací měřenou celkovým skórem Škály ISMI
- Nadějí hodnocenou celkovým skórem Škály naděje
- Vyhýbáním se poškozením (HA)
- Sebeřízením (SD)
- Komorbiditou s poruchou osobnosti
- Přítomností partnerského vztahu, také na hranici statistické významnosti
- Podstoupeným typem skupinové psychoterapie (kognitivně behaviorální terapie versus krátká psychodynamická terapie)

Podobně jako u předchozí mnohonásobné regrese, i zde nás zajímalo, které z identifikovaných proměnných se ukážou být statisticky významné, pokud je zařadíme do společné analýzy a neanalyzujeme je pouze každou zvlášť. Čelili jsme stejnému rozhodovacímu procesu jako v minulém případě, a také v něm postupovali totožně. Upřednostnili jsme tedy celkový skóre škály DES před čistě patologickou disociací hodnocenou pomocí DES-T. Zároveň jsme byli nuceni realizovat dvě oddělené regrese, a to kvůli vysoké kolinearitě mezi nadějí a vyhýbáním se poškození a sebeřízením. Nezávislými proměnnými, které vstoupily do regrese, tedy byly počáteční míra úzkosti a disociace, sebestigmatizace, naděje, vyhýbání se poškození, sebeřízení, komorbidita s poruchou osobnosti, typ podstoupené psychoterapie a přítomnost partnerského vztahu. V následujícím obrázku uvádíme jednotlivé kroky první regresní analýzy, do níž vstoupily všechny zmíněné proměnné kromě naděje. Čísla u jednotlivých faktorů představují hodnoty standardizované bety.

Obr. 8: Výsledky krokové regrese se závislou proměnnou relativní změnou v objCGI – bez Škály naděje

1. krok	2. krok	3. krok	4. krok	5. krok	6. krok
BAI 0,092	BAI 0,092	BAI 0,081			
DES -0,037	DES -0,036				
ISMI 0,339 *	ISMI 0,349 *	ISMI 0,345 **	ISMI 0,358 **	ISMI 0,300 **	ISMI 0,312 ***
HA -0,109	HA -0,104	HA -0,113	HA -0,090		
SD -0,023					
Partner -0,142	Partner -0,145	Partner -0,143	Partner -0,135	Partner -0,130	
Ter. -0,192 *	Ter. -0,198 *	Ter. -0,195 *	Ter. -0,203 *	Ter. -0,195 *	Ter. -0,189 *
Por. os. 0,197	Por. os. 0,20*	Por. os. 0,191*	Por. os. 0,197 *	Por. os. 0,190 *	Por. os. 0,200 *
Adj R ² 0,150	Adj R ² 0,159	Adj R ² 0,167	Adj R ² 0,170	Adj R ² 0,174	Adj R ² 0,165

Vysvětlivky

Proměnná beta	Por. os. = Porucha osobnosti	Ter. = Psychote- rapie
------------------	------------------------------------	------------------------------

Z první krokové regrese vyplývá, že jedinými statisticky signifikantními prediktory zlepšení psychického stavu v průběhu léčby podle ukazatele relativní změny v hodnocení lékařem jsou počáteční míra sebestigmatizace, komorbidita s poruchou osobnosti a absolvování skupinové kognitivně behaviorální terapie. S narůstající mírou sebestigmatizace a přítomností komorbidní diagnózy poruchy osobnosti se snižuje účinnost kombinované léčby úzkostných poruch. Ukazuje se také, že podstoupení skupinové kognitivně behaviorální psychoterapie predikuje větší zlepšení psychického stavu ve srovnání s krátkou psychodynamickou terapií. Je však potřeba znovu připomenout, že výběr pacientů do psychotherapeutických skupin nebyl randomizovaný, a tento výsledek tak pravděpodobně nelze zobecňovat mimo rámec psychotherapeutického programu probíhajícího na psychotherapeutickém oddělení Kliniky psychiatrie Fakultní nemocnice v Olomouci. Nejvýznamnějším prediktorem účinnosti léčby podle daného kritéria je sebestigmatizace, následovaná komorbiditou poruchy osobnosti a podstoupením kognitivně behaviorální terapie. Jak dále rozvádíme v tabulce č. 37, tento model vysvětluje

16,5 % rozptylu dat relativní změny objCGI. Síla vlivu výsledných prediktorů na závislou proměnnou činí $f^2 = 0,20$, což lze interpretovat jako středně silný vztah. V obrázku č. 9 pak popisujeme další regresi, do níž jsme zařadili Škálu naděje a vyřadili rysy vyhýbání se ohrožení a sebeřízení.

Tab. 37: Výsledky krokové regrese se závislou proměnnou relativní změnou v objCGI – bez Škály naděje

PROMĚNNÁ	B	STD. CHYBA	B	VÝZNAMNOST	ADJ R ²
Šestý krok					0,150
ISMI	0,006	0,002	0,312	0,001	
Psychoterapie	- 0,189	0,042	- 0,189	0,042	
Porucha osobnosti	0,200	0,047	0,200	0,037	

Obr. 9: Výsledky krokové regrese se závislou proměnnou relativní změnou v objCGI – bez HA a SD

1. krok	2. krok	3. krok	4. krok	5. krok
BAI 0,061	BAI 0,061	BAI 0,052		
DES - 0,032	DES - 0,032			
ISMI 0,318 *	ISMI 0,318 **	ISMI 0,309 **	ISMI 0,323 **	ISMI 0,335 ***
Partner - 0,138	Partner - 0,138	Partner - 0,133	Partner - 0,128	
Ter. - 0,189 *	Ter. - 0,189 *	Ter. - 0,185 *	Ter. - 0,190 *	Ter. - 0,191 *
Por. os. 0,170	Por. os. 0,170	Por. os. 0,162	Por. os. 0,172	Por. os. 0,177
Naděje 0,0001				
Adj R ² 0,167	Adj R ² 0,175	Adj R ² 0,183	Adj R ² 0,190	Adj R ² 0,181

Výsledek druhé regrese odpovídá závěrům první, naděje se tedy neprosadila jako možný prediktor účinnosti léčby podle zkoumaného indikátoru. Druhý model vysvětluje 16,7 % rozptylu dat relativní změny objCGI, což je velmi podobný údaj jako v případě první regresní analýzy. Také síla tohoto vztahu je středně silná ($f^2 = 20$). Oproti první analýze zde došlo k potlačení vlivu komorbidní poruchy osobnosti, jejíž hladina statistické významnosti se nachází na úrovni 0,60 (tab. 38).

Tab. 38: Výsledky krokové regrese se závislou proměnnou relativní změnou v objCGI – bez HA a SD

PROMĚNNÁ	B	STD. CHYBA	B	VÝZNAMNOST	ADJ R ²
Pátý krok					0,181
ISMI	0,007	0,002	0,335	0,0001	
Psychoterapie	- 0,089	0,042	- 0,191	0,038	
Porucha osobnosti	0,089	0,047	0,177	0,060	

Závěrem regresní analýzy tedy je zjištění, že nejvýznamnějšími prediktory účinnosti léčby, podle relativní změny intenzity příznaků hodnocenými lékařem, jsou počáteční míra sebestigmatizace, komorbidita s poruchou osobnosti a absolvování kognitivně behaviorální terapie.

8. 3. 4. Dosažení remise

Posledním zkoumaným indikátorem změny bylo kategoriální zhodnocení konečného stavu psychopatologie. Pacienti byli rozdělení do tří skupin podle závažnosti poruchy na konci léčby v objCGI (1 a 2 = žádné nebo minimální projevy poruchy, 3 = mírné projevy poruchy, 4 = středně závažná porucha a horší; podle Guye, 1976).

Dosažení remise podle demografických dat

Při rozdělení pacientů na tři skupiny podle konečného objCGI se ukázalo, že jednotlivé skupiny se statisticky významně neliší v průměrném věku, věku počátku poruchy, délce trvání poruchy, ani v počtu hospitalizací (zde se však blíží statistické významnosti, a pokud by byl významný, jednalo by se o velký rozdíl – $f = 0,65$ – spočívající především v rozdílu mezi skupinou s nejzávažnějšími konečnými příznaky psychických poruch a oběma dalšími skupinami). Mezi skupinami není signifikantní rozdíl ani v poměru pohlaví, odlišném vzdělání, pozici na trhu práce nebo skutečnosti, zda jedinec pobírá důchod (zde se však také blíží statistické významnosti). Významnou roli nesehrává rodinný stav, přítomnost partnerského vztahu, ani psychické poruchy v primární rodině (tab. 39).

Tab. 39: Porovnání demografických dat mezi pacienty, kteří dosáhli remise, či jim zůstávají mírné projevy poruchy anebo se nezlepšili či zhoršili v průběhu léčby

	Dosažení remise (n=52)	Mírné projevy poruchy (n=33)	Středně až vysoce závažné projevy (n=24)	Statistika
Věk	39,58 ± 11,96	38,79 ± 13,08	41,33 ± 11,53	jednocestná ANOVA: F=0,3089 df=108; n.s.
Počátek poruchy	31,60 ± 13,03	29,61 ± 16,79	32,25 ± 13,88	jednocestná ANOVA: F= 0,2829 df=108; n.s.
Trvání poruchy	7,91 ± 7,11	8,90 ± 9,91	9,00 ± 7,52	jednocestná ANOVA: F= 0,22 df=108; n.s.
Počet hospitalizací	1,87 ± 1,28	1,88 ± 1,08	2,79 ± 2,25	Kruskal-Wallisův test; KW U= 5,699; n.s. (p = 0,058)
Muži (n=36)	21	11	4	χ ² test: n.s.
Ženy (n=73)	31	22	20	
Základní vzdělání (n=14)	7	4	3	χ ² test: n.s.
Vyučení (n=30)	18	5	7	
Středoškoláci (n=51)	20	19	12	
Vysokoškoláci (n=14)	7	5	2	
Zaměstnaní (n=62)	33	16	13	χ ² test: n.s.
Bez zaměstnání (n=47)	19	17	11	
Bez důchodu (n=87)	44	28	15	χ ² test: n.s. (p = 0,057)
S důchodem (n=22)	8	5	9	
Svobodní (n=40)	19	14	7	χ ² test: n.s.
Ženatí (n=40)	19	13	8	
Rozvedení (n=22)	10	5	7	
Vdovci (n=7)	4	1	2	
Bez partnera (n=42):	20	11	11	χ ² test: n.s.
S partnerem (n=67)	32	22	13	
Bez heredity (n=56)	25	18	13	χ ² test: n.s.
S hereditou (n=53)	27	15	11	

Dosažení remise podle hlavních diagnóz a komorbidit

Počet pacientů, kteří v průběhu léčby dosáhli remise, měli po léčbě mírné projevy poruchy, nebo jejich symptomatologie zůstala středně a více závažná, nespojuje se základní diagnózou, podstoupeným druhem terapie, ani s komorbiditou s depresí nebo další úzkostnou poruchou (tab. 40). Jedinou proměnnou, která statisticky významně ovlivnila pravděpodobnost dosažení remise, je komorbidní porucha osobnosti (tab. 40). Jedinci s touto komorbiditou dosáhli remise méně často než jejich kolegové bez diagnostikované poruchy osobnosti.

Tab. 40: Porovnání diagnostických skupin, komorbidit a druhů terapie u pacientů, kteří v léčbě dosáhli remise, zůstali s mírnými projevy, nebo je jejich stav nezlepšený či zhoršený

	Dosažení remise (n=52)	Mírné projevy poruchy (n=33)	Středně až vysoce závažné projevy (n=24)	Statistika
Panická porucha a agorafobie (n=39)	15	14	10	χ ² test: n.s.
Sociální fobie (n=26)	16	7	3	
GAD a MAD (n=44)	21	12	11	
Bez deprese (n=77)	40	19	18	χ ² test: n.s.
s depresí (n=32)	12	14	6	
Bez komorbidní úzkostné poruchy (n=42)	22	11	9	χ ² test: n.s.
S komorbidní úzkostnou poruchou (n=67)	30	22	15	
Bez poruchy osobnosti (n=78)	43	22	13	χ ² test: p < 0,05
S poruchou osobnosti (n=31)	9	11	11	
Psychodynamická skupina (n=64)	28	19	17	χ ² test: n.s.
Kognitivně behaviorální skupina (n=45)	24	14	7	

Dosažení remise podle počáteční závažnosti poruchy

Pacienti, kteří dosáhli na konci léčby klinické remise psychické poruchy, vykazovali na počátku léčby statisticky významně méně příznaků úzkosti, depresivity i celkové závažnosti poruchy v objektivním CGI, ale nikoliv v subjektivním CGI (tab. 41, graf 14 a 15). Otázkou vztahu mezi prvním měřením CGI a skupinami rozdělenými podle skóre druhého měření objCGI je však potřeba s rezervou, protože se jedná o případ autokorelace

mezi proměnnými objCGI-1 a objCGI-L (McDonald, 2014). Nelze tedy s jistotou tvrdit, že vyšší závažnost psychické poruchy snižuje pravděpodobnost dosažení remise. Ve frekvenci užívaných lékových skupin, ani dávkách užívaných léků mezi skupinami nebyl mezi skupinami statisticky významný rozdíl (tab. 41).

Tab. 41: Porovnání pacientů, kteří dosáhli remise, či jim zůstávají mírné projevy poruchy anebo se nezlepšili či zhoršili v průběhu léčby podle posuzovacích stupnic a dávek medikace

	Dosažení remise (n=52)	Mírné projevy poruchy (n=33)	Středně až vysoce závažné projevy (n=24)	Statistika
BAI-1	19,83 ± 11,11	26,70 ± 10,15	34,17 ± 12,09	jednocestná ANOVA: F= 14,34 df=108; p < 0,0001 Tukeyův mnohočetný srovnávací test: Remise vs mírné projevy: p < 0,05 Remise vs závažné projevy: p < 0,001 Mírné vs závažné projevy: p < 0,05
BDI-1	20,38 ± 9,43	28,24 ± 8,73	30,54 ± 9,97	jednocestná ANOVA: F= 12,55 df=108; p < 0,0001 Tukeyův mnohočetný srovnávací test: Remise vs mírné projevy: p < 0,001 Remise vs závažné projevy: p < 0,001 Mírné vs závažné projevy: n.s.
ObjCGI-1	3,788 ± 0,936	4,485 ± 0,667	5,333 ± 1,167	Kruskal-Wallisův test; KW U= 31,75; p < 0,0001 Dunnův mnohočetný srovnávací test: Remise vs mírné projevy: p < 0,01 Remise vs závažné projevy: p < 0,001 Mírné vs závažné projevy: n.s.
SubjCGI-1	4,154 ± 1,406	4,727 ± 1,008	4,696 ± 1,146	jednocestná ANOVA: F= 12,55 df=107; n.s. (p = 0,069)
Index antidepresiva	38,26 ± 23,97 (n=46)	47,81 ± 22,12 (n=32)	45,08 ± 27,01 (n=21)	Kruskal-Wallisův test; KW U= 1,892; n.s.
Index anxiolytika	0,464 ± 0,312 (n=7)	0,508 ± 0,325 (n=6)	0,479 ± 0,556 (n=6)	jednocestná ANOVA: F= 0,01925 df=18; n.s.
Index antipsychotika	0,891 ± 0,724 (n=12)	1,222 ± 0,853 (n=12)	1,320 ± 1,160 (n=11)	jednocestná ANOVA: F= 0,694 df=34; n.s.

Dosažení remise a rysy osobnosti, sebestigmatizace a naděje

Tři skupiny pacientů – ti, kteří na konci hospitalizace dosáhli remise, jedinci, kteří vykazovali mírné projevy psychické poruchy, a ti, kteří na konci léčby trpěli středně až vysoce závažnými projevy psychické poruchy, se vzájemně liší v míře disociace (tab. 42). Při podrobnější analýze pomocí Tukeyova mnohočetného srovnávacího testu se ukazuje, že tento rozdíl jde na vrub srovnání skupiny s přetrvávající střední až závažnou

symptomatologií proti pacientům dosahujícím remisi i jedincům s mírnými projevy poruchy. Probandi, kteří se na konci léčby potýkali se středně až silně závažnými projevy psychické poruchy, tedy vykazovali oproti kolegům z ostatních skupin na začátku hospitalizace statisticky významně větší sklony k disociaci (znázorněno také v grafu 13). Podobná souvislost se projevila také ve vztahu mezi tzv. patologickou disociací (DES-T) a mírou dosažení remise. V tomto případě však byl rozdíl statisticky signifikantní pouze v případě skupiny, která dosáhla remise, a té, jejíž členové trpěli na konci léčby středně až silně závažnými projevy psychické poruchy (tab. 42). To znamená, že faktorem, který rozlišuje mezi skupinou jedinců s nejnižší mírou dosažené remise a skupinami, jejichž konečný psychický stav byl pozitivnější, je spíše celkový sklon k disociativním fenoménům než výhradně patologická disociace.

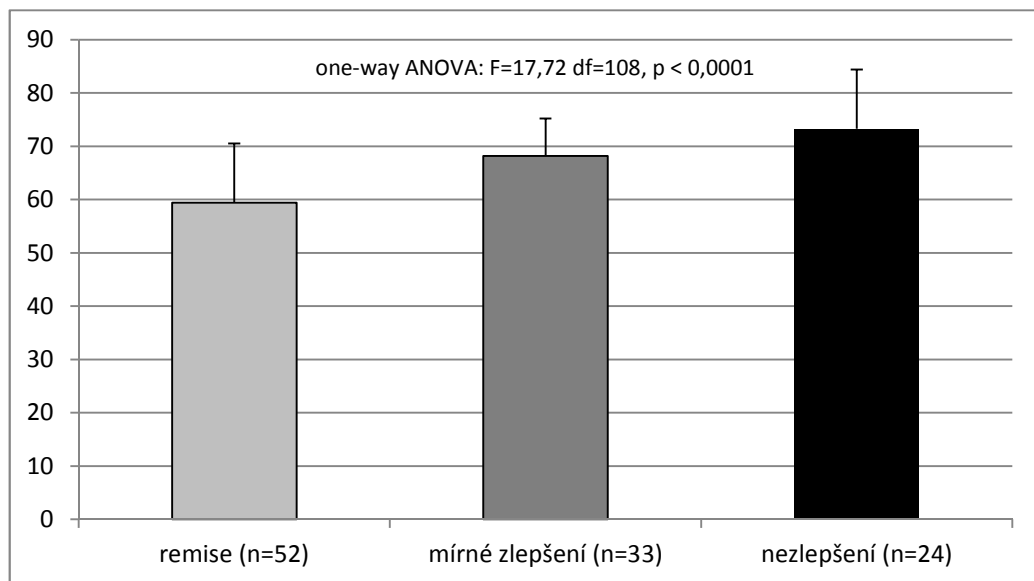
Skupiny se od sebe navzájem významně lišily také v průměrné míře sebestigmatizace (tab. 42, graf 11). Tukeyův srovnávací test poukázal na statisticky významný rozdíl mezi skupinou pacientů v remisi a druhými dvěma skupinami, jejichž psychický stav byl na konci hospitalizace méně příznivý. Jedinci v remisi se na počátku léčby stigmatizovali signifikantně méně než ostatní pacienti. Zatímco probandi, kteří dosáhli remise, vykazovali na počátku léčby průměrnou míru sebestigmatizace na úrovni T-skóru 47, tedy nepatrný podprůměr ve sklonu k rozvoji internalizovaného stigmatu, jedinci ze skupiny vykazující mírné známky psychické poruchy již zaznamenali průměrný T-skór 53, tj. stále průměr, ale mírně vyšší skór. Skupina pacientů, jejichž konečný stav byl středně až silně závažný, pak zaznamenala průměrný T-skór 57, který se mírně blíží k nadprůměru. Prakticky stejný nález je při hodnocení průměrných skóru ve Škále naděje (tab. 42, graf 12).

Co se týče rysů osobnosti hodnocených Cloningerovým inventářem TCI-R, statisticky významný rozdíl mezi skupinami se ukázal pouze ve vyhýbání se poškození (HA) a sebeřízení (SD) (tab. 42). U vyhýbání se poškození i sebeřízení se tento rozdíl týká porovnání pacientů, kteří dosáhli remise, s oběma dalšími skupinami. Zatímco vyšší míra vyhýbání se poškození souvisí s nižší pravděpodobností dosažení remise, vztah se sebeřízením je opačný. Hranice statistické významnosti také téměř dosahuje sebesepřesah. Ten vykazuje obdobný trend jako vyhýbání se poškození, kdy jedinci s méně příznivým konečným stavem vykazovali na počátku léčby vyšší míru sebesepřesahu.

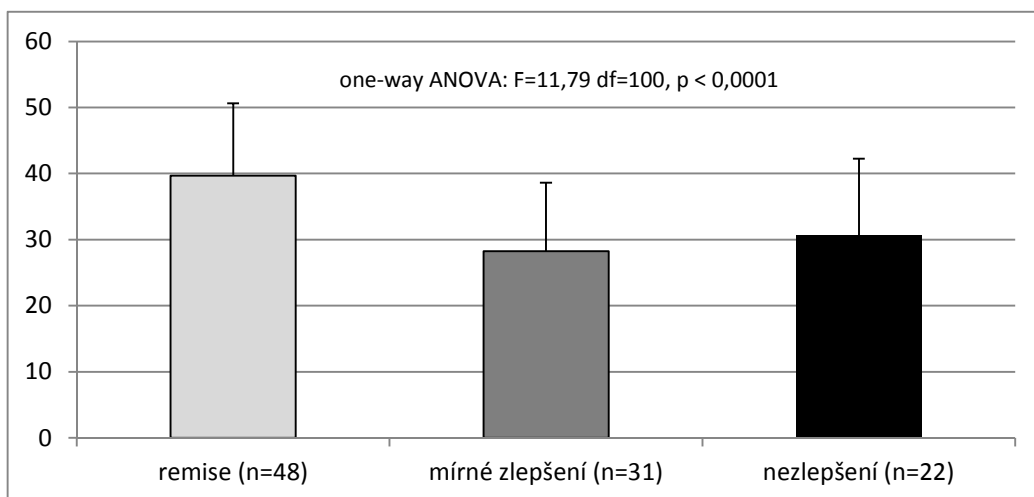
Tab. 42: Dosažení remise a míra sebestigmatizace, naděje a osobnostní rysy

	Dosažení remise (n=52)	Mírné projevy poruchy (n=33)	Středně a vysoce závažné projevy (n=24)	Statistika
DES-1	10,42 ± 11,07	13,67 ± 10,48	24,45 ± 13,21	jednocestná ANOVA: F= 12,55 df=107; p < 0,0001 Tukeyův mnohočetný srovnávací test: Remise vs mírné projevy: n.s. Remise vs závažné projevy: p < 0,001 Mírné vs závažné projevy: p < 0,01
DES-T-1	4,92 ± 8,85	8,02 ± 8,78	17,53 ± 16,74	Kruskal-Wallisův test; KW U= 17,64; p < 0,0001 Dunnův mnohočetný srovnávací test: Remise vs mírné projevy: n.s. Remise vs závažné projevy: p < 0,001 Mírné vs závažné projevy: n.s.
ISMI	59,38 ± 11,16	68,18 ± 7,05	73,25 ± 11,12	jednocestná ANOVA: F= 17,72 df=108; p < 0,0001 Tukeyův mnohočetný srovnávací test: Remise vs mírné projevy: p < 0,001 Remise vs závažné projevy: p < 0,01 Mírné vs závažné projevy: n.s.
Škála naděje	39,67 ± 10,96	28,23 ± 10,38	30,68 ± 11,57	jednocestná ANOVA: F= 11,79 df=100; p < 0,0001 Tukeyův mnohočetný srovnávací test: Remise vs mírné projevy: p < 0,001 Remise vs závažné projevy: p < 0,01 Mírné vs závažné projevy: n.s.
NS	94,04 ± 12,94	99,63 ± 15,50	96,77 ± 15,19	jednocestná ANOVA: F= 1,463 df=100; n.s.
HA	112,20 ± 16,80	126,60 ± 18,05	133,00 ± 15,18	jednocestná ANOVA: F= 13,61 df=100; p < 0,0001 Tukeyův mnohočetný srovnávací test: Remise vs mírné projevy: p < 0,01 Remise vs závažné projevy: p < 0,001 Mírné vs závažné projevy: n.s.
RD	97,17 ± 14,32	97,00 ± 12,28	90,32 ± 12,06	jednocestná ANOVA: F= 2,263 df=100; n.s.
PS	103,40 ± 20,98	92,06 ± 24,10	98,64 ± 23,50	jednocestná ANOVA: F= 2,399 df=100; n.s.
SD	132,60 ± 19,83	113,40 ± 13,50	116,60 ± 17,82	jednocestná ANOVA: F= 13,24 df=100; p < 0,0001 Tukeyův mnohočetný srovnávací test: Remise vs mírné projevy: p < 0,001 Remise vs závažné projevy: p < 0,01 Mírné vs závažné projevy: n.s.
CO	126,30 ± 15,08	126,30 ± 13,71	118,60 ± 18,57	jednocestná ANOVA: F= 2,138 df=100; n.s.
ST	61,06 ± 13,94	68,19 ± 13,48	67,95 ± 16,31	jednocestná ANOVA: F= 3,019 df=100; n.s. (p = 0,053)

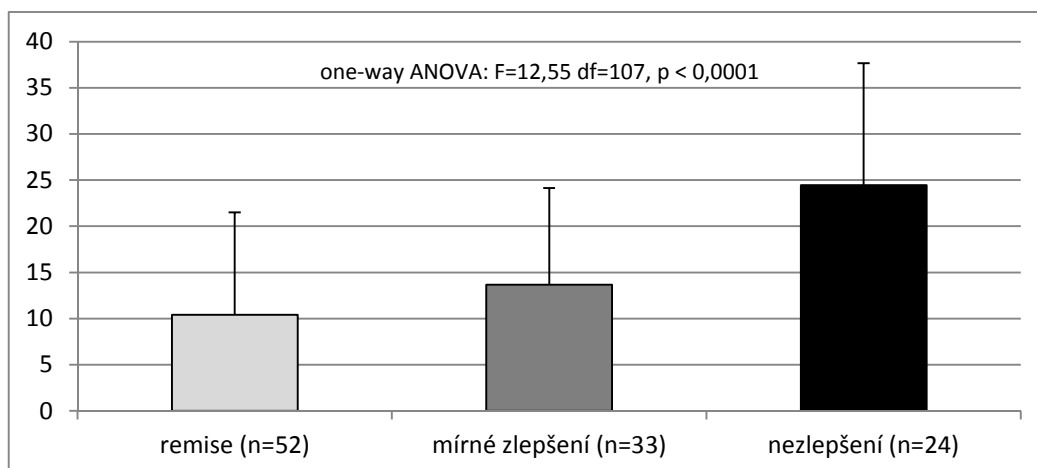
Graf 11: Průměrné skóry Škály ISMI na počátku léčby podle stupně dosažené remise



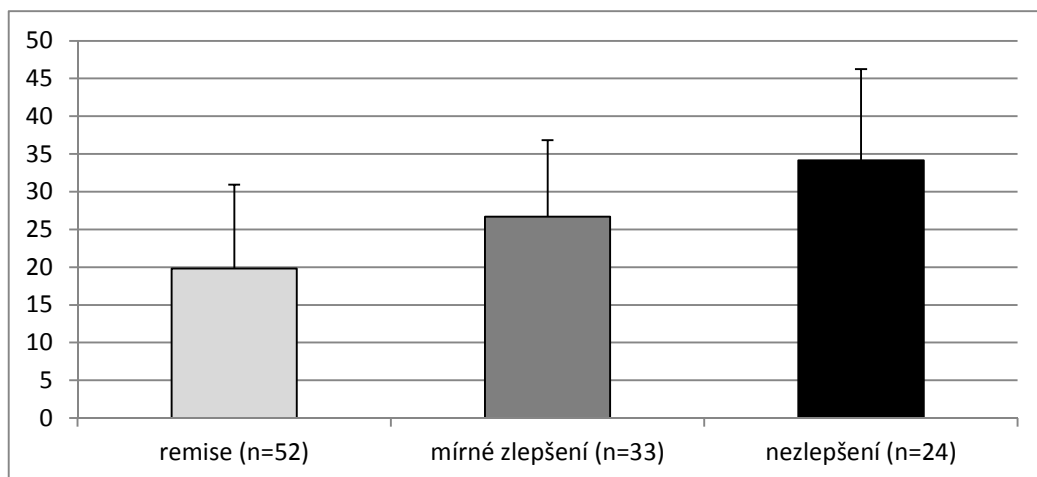
Graf 12: Průměrné skóry Škály naděje na počátku léčby podle míry dosažené remise



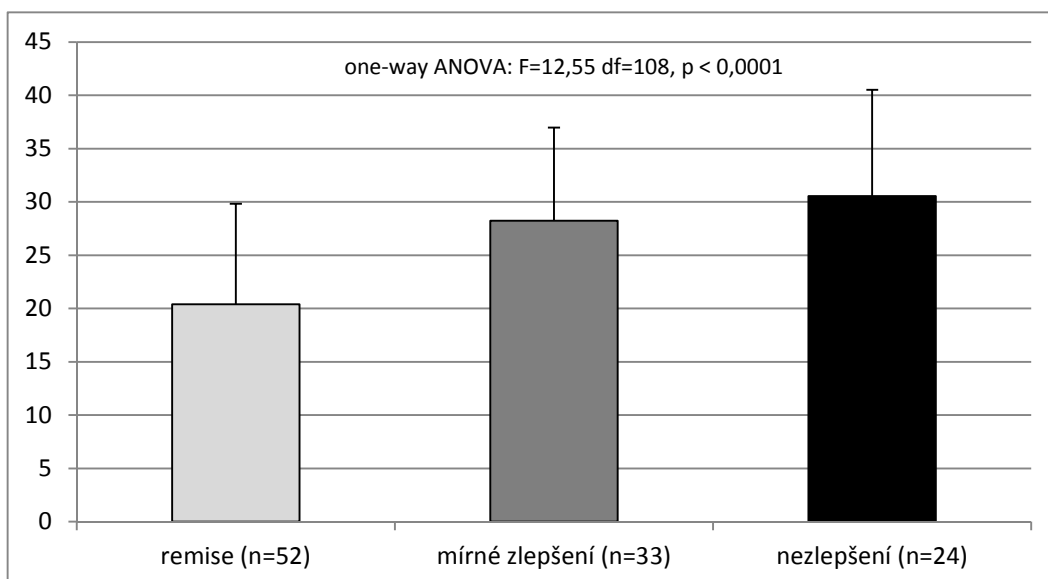
Graf 13: Průměrné skóry ve škále DES na počátku léčby podle míry dosažené remise



Graf 14: Průměrné skóry ve škále BAI na počátku léčby podle míry dosažené remise



Graf 15: Průměrné skóry ve škále BDI na počátku léčby podle míry dosažené remise



Logistická regrese dosažení remise vs. nedosažení remise

Poslední regresní analýza, kterou jsme realizovali, se zaměřila na sílu vztahu jednotlivých proměnných, které úzce souvisí s mírou dosažení remise, tj. skupinou v remisi (druhé měření objektivního CGI se skórem 1 nebo 2), pacienty s mírnými příznaky psychické poruchy (skór objCGI 3) a jedinci se středně až těžce závažnými příznaky psychické poruchy (hodnota objCGI 4 a více). K tomuto účelu je vhodná ordinální regresní analýza. Jak se však ukázalo v průběhu výpočtu, tento typ regrese nebylo možné uskutečnit kvůli vysokému počtu vstupujících kontinuálních proměnných. Jedná se o častý problém ordinálních regresních analýz, jehož nejlepší řešení nejspíše spočívá v upuštění od jejich realizace (Norušis, 2012). Následovali jsme tedy doporučený postup (Norušis, 2012) a upustili od ordinální regrese ve prospěch binární logistické. Do této analýzy vstupuje pouze dichotomická závislá proměnná. Rozdělili jsme tedy probandy na skupinu, která dosáhla remise, a na ty, kteří jí nedosáhli (tedy pacienty s konečným objCGI 3 a více). Tímto postupem jsme přišli o část výsledků, protože jsme redukovali ordinální proměnnou na nominální. Jednalo se však o nejlepší řešení, které umožnilo získat sice limitované, ale přesto validní výsledky. Konkrétní použitou metodou byla zpětná kroková regrese. Nezávislé proměnné, které vstoupily do analýzy, byly následující:

- Komorbidita s poruchou osobnosti
- Pobírání důchodu
- Počet hospitalizací
- Počáteční celková závažnost psychické poruchy měřená pomocí objCGI
- Míra disociace na počátku léčby měřená DES – upřednostnili jsme celkovou míru disociace před výhradně patologickou
- Míra úzkosti na počátku hospitalizace měřená BAI
- Míra deprese na počátku hospitalizace měřená BDI
- Sebestigmatizace měřená celkovým skórem Škály ISMI
- Naděje měřená celkovým skórem Škály naděje
- Rys vyhýbání se poškození (HA)
- Rys sebeřízení (SD)

Opět jsme řešili multikolinearitu mezi nadějí na jedné straně a mírou deprese, vyhýbáním se poškození a sebeřízením na druhé straně. Vytvořili jsme dvě analýzy, kdy do první spadaly všechny nezávislé proměnné kromě naděje a do druhé všechny faktory kromě BDI, HA a SD. Znázornění první regresní analýzy je uvedené v obrázku č. 9. Význam skóru je poměrně odlišný ve srovnání s lineární regresí. Číselné údaje

nepředstavují hodnoty bety, ale tzv. indikátoru Wald, který vypovídá o míře vlivu nezávislé proměnné na závislou. Čím vyšší hodnota, tím větší vliv (Bewick, Cheek, & Ball, 2005). Číselný údaj je vždy pozitivní, nelze z něj tedy usuzovat na směr vztahu, který však ukazují nestandardizované hodnoty B (tab. 43). Nagelkerkeho ukazatel R^2 je pak určitou obdobou R^2 , které známe z lineárních regresí. Vypovídá o míře, v jaké model vysvětluje rozptyl skóre závislé proměnné. Opět platí, že s narůstající velikostí ukazatele stoupá výpovědní hodnota modelu (Bewick et al., 2005; Nathans et al., 2012).

Obr. 10: Výsledky logistické regrese se závislou proměnnou pacienty v remisi versus pacienty s přetrvávajícími příznaky psychické poruchy – bez Škály naděje

1. krok	2. krok	3. krok	4. krok	5. krok	6. krok	7. krok	8. krok
Por. os. 1,347	Por. os. 1,194	Por. os. 1,191	Por. os. 0,796	Por. os. 0,498			
Hosp. 0,821	Hosp. 0,838	Hosp. 0,628					
Důchod 2,037	Důchod 2,031	Důchod 2,253	Důchod 1,951	Důchod 1,777	Důchod 1,975	Důchod 1,984	
ISMI 1,106	ISMI 1,021	ISMI 1,265	ISMI 1,197	ISMI 1,109	ISMI 1,149		
BAI 4,428 *	BAI 4,367 *	BAI 5,134 *	BAI 4,838 *	BAI 5,565 *	BAI 5,808 *	BAI 6,244 *	BAI 7,106 **
BDI 0,549	BDI 0,559						
DES 0,211							
HA 0,986	HA 0,829	HA 1,067	HA 1,161	HA 1,231	HA 1,305	HA 3,601	HA 3,761
objCGI 1,137	objCGI 1,231	objCGI 0,982	objCGI 0,733				
SD 4,451 *	SD 4,405 *	SD 5,689 *	SD 5,696 *	SD 5,269 *	SD 6,159 *	SD 9,477 **	SD 8,261 **
N. R^2 0,486	N. R^2 0,484	N. R^2 0,479	N. R^2 0,474	N. R^2 0,468	N. R^2 0,463	N. R^2 0,453	N. R^2 0,435

Vysvětlivky

Proměnná
Wald
sign.

Por. os. =
Porucha
osobnosti

Hosp. =
Hospitali-
zace

N. R^2 =
Nagelker-
ke R^2

Výsledný model vysvětluje 43,5 % rozptylu závislé proměnné. Zdá se tedy, že konečné prediktory mají vysoký vliv na pravděpodobnost dosažení remise v průběhu kombinované léčby úzkostných poruch (obr. 10). V průběhu realizace jednotlivých kroků regrese byly eliminovány téměř všechny prediktory a zůstaly pouze tři – počáteční míra

úzkosti, vyhýbání se poškození a sebeřízení. V protikladu vůči očekávání nadhodnocení významnosti objCGI-1 kvůli autokorelaci se závislou proměnnou se tento rys neprosadil (McDonald, 2014). Rys vyhýbání se poškození zůstal mírně nad hranicí statistické významnosti, lze však očekávat, že v případě větší počtu probandů by již byl signifikantní (tab. 44). Pohled na nestandardizované skóry B v tabulce č. 44 vypovídá o směru vlivu těchto tří proměnných na dosažení, či nedosažení remise. Zatímco vyšší míra počáteční úzkosti a vyhýbání se poškození snižují pravděpodobnost dosažení remise v průběhu léčby, vyšší skóry sebeřízení ji naopak zvyšují. Čím úzkostnější, ostýchavější a unavitelnější tedy pacient je, tím spíše nedosáhne remise v kombinované léčbě úzkostných poruch. A naopak, čím více se pacient na počátku léčby cítí být zodpovědným za svůj stav, má v životě stanovené cíle a zdroje, jak jich dosáhnout, přijímá sám sebe a je v projevu autentický, tím pravděpodobněji v průběhu léčby dosáhne remise (interpretace dle Koseho, 2003). Nejsilnějším prediktorem tohoto modelu je počáteční míra sebeřízení, následovaná úzkostí a vyhýbáním se poškození. Výsledky druhé regresní analýzy uvádíme v obrázku č. 11 a tabulce č. 44.

Tab. 43: Výsledky logistické regrese se závislou proměnnou pacienty v remisi versus pacienty s přetrvávajícími příznaky psychické poruchy – bez Škály naděje

PROMĚNNÁ	B	STD. CHYBA	WALD	VÝZNAMNOST	NAGELKERKE R ²
Sedmý krok					0,435
BAI	0,063	0,024	7,106	0,008	
HA	0,032	0,017	3,761	0,052	
SD	- 0,045	0,016	8,261	0,004	

Do druhého modelu nebyly zařazeny proměnné BDI, HA a SD – tedy dva ze tří nejdůležitějších prediktorů prvního modelu. Tento konečný model vysvětluje 48,2 % rozptylu závislé proměnné, což svědčí pro velký vliv výsledných prediktorů na dosažení remise. Opět se zde projevil silný vliv počáteční úzkosti, možnost prosadit se však dostala také sebestigmatizace, která se v minulých krocích blížila statistické významnosti, ale byla potlačena silnějším vlivem Cloningerových rysů vyhýbání se poškození a sebeřízení. Jakmile byly tyto faktory odstraněny kvůli příliš silné propojenosti s nadějí, stala se sebestigmatizace jedním z nejvýraznějších prediktorů remise. Třetím prediktorem je pak naděje. Nejsilnějším prediktorem modelu je počáteční míra úzkosti. Následuje počáteční míra naděje a sebestigmatizace měřená na začátku hospitalizace. Vzhledem k tomu, že naděje je úzce provázaná s vyhýbáním se poškození i sebeřízením, její místo mezi nejsilnějšími prediktory v druhém modelu pravděpodobně příliš nepřekvapí. Relativně samostatně se pak nachází počáteční míra úzkosti a sebestigmatizace.

Do konečného vstoupila i komorbidita s poruchou osobnosti, její vliv je však statisticky nevýznamný.

Obr. 11: Výsledky logistické regrese se závislou proměnnou pacienty v remisi versus pacienty s přetrvávajícími příznaky psychické poruchy – bez BDI, HA a SD

1. krok	2. krok	3. krok	4. krok	5. krok
Por. os. 3,660	Por. os. 3,975 *	Por. os. 3,495	Por. os. 2,850	Por. os. 2,628
Hosp. 1,181	Hosp. 1,218	Hosp. 1,006		
Důchod 2,031	Důchod 2,035	Důchod 1,938	Důchod 1,493	
ISMI 4,417 *	ISMI 4,802 *	ISMI 4,878 *	ISMI 4,802 *	ISMI 4,307 *
BAI 6,896 **	BAI 8,068 **	BAI 8,128 **	BAI 7,411 **	BAI 8,705 **
DES 0,004				
objCGI 0,622	objCGI 0,618			
Naděje 5,329 *	Naděje 5,338 *	Naděje 4,961 *	Naděje 4,951 *	Naděje 5,090 *
N. R ² 0,508	N. R ² 0,508	N. R ² 0,503	N. R ² 0,495	N. R ² 0,482

Tab. 44: Výsledky logistické regrese se závislou proměnnou pacienty v remisi versus pacienty s přetrvávajícími příznaky psychické poruchy – bez BDI, HA a SD

PROMĚNNÁ	B	STD. CHYBA	WALD	VÝZNAMNOST	NAGELKERKE R ²
Pátý krok					0,482
Porucha osobnosti	0,930	0,574	2,628	0,105	
ISMI	0,061	0,029	4,307	0,038	
BAI	0,073	0,025	8,705	0,003	
Naděje	-0,060	0,027	5,090	0,024	

To, zda jedinec s úzkostnou poruchou dosáhne během kombinované léčby remise, je ze zkoumaných faktorů nejvíce negativně ovlivněno jeho počáteční mírou úzkosti, vyhýbání se poškození a sebestigmatizace. Pravděpodobnost dosažení remise zvyšuje počáteční vyšší míra sebeřízení a naděje.

8. 3. 5. Vyjádření k hypotézám a komentář k výsledkům

Třetí část disertace se vztahuje k nastínění vztahu mezi sebestigmatizací a účinností léčby. K tomuto účelu byla formulovaná níže uvedená hypotéza, která byla, vzhledem k množství

možných ukazatelů změny psychického stavu v průběhu léčby, rozdělená do tří dílčích hypotéz.

H-3: PACIENTI S ÚZKOSTNÝMI PORUCHAMI S VYŠŠÍ MÍROU SEBESTIGMATIZACE DOSAHUJÍ MENŠÍ ZMĚNY PSYCHICKÉHO STAVU V PRŮBĚHU LÉČBY.

První dílčí hypotéza se týkala předpokládaného vztahu mezi sebestigmatizací měřenou na počátku léčby a hlavním indikátorem efektivity léčby – relativní změnou v objektivním CGI.

H-3a: Míra pozitivní změny psychického stavu v léčbě hodnocená relativním poklesem ve stupnici objCGI je nižší u pacientů, kteří se více stigmatizují (Škála ISMI).

Celková míra sebestigmatizace statisticky významně souvisela s relativním poklesem příznaků psychických poruch. Vyšší počáteční stupeň sebestigmatizace predikoval nižší pokles příznaků psychické poruchy v průběhu kombinované léčby, tj. nižší účinnost léčby. Po aplikaci mnohonásobné regrese se ukázalo, že sebestigmatizace byla ze zkoumaných faktorů nejsilnějším prediktorem efektivity léčby podle daného kritéria. Dalšími významnými prediktory byla komorbidita s poruchou osobnosti a absolvování kognitivně behaviorální terapie. S přihlédnutím k závěrům statistických analýz tedy **hypotézu H-3a přijímáme.**

H-3b: Míra pozitivní změny psychického stavu v léčbě hodnocená relativním poklesem ve stupnici BAI je nižší u pacientů, kteří se více stigmatizují (Škála ISMI).

Druhá hypotéza se týkala vztahu mezi sebestigmatizací a změnou v příznacích úzkosti. Průměrný pokles úzkosti v průběhu léčby byl malý, ale signifikantní, a souvisel pouze s internalizovaným stigmatem měřeným na počátku hospitalizace. Lidé s úzkostnými poruchami, kteří se zvýšeně stigmatizují, tedy zůstávají úzkostní i přes cílenou léčbu zaměřenou na snižování úzkosti. **Hypotézu H-3b přijímáme.**

H-3c: Pacienti, kteří na konci léčby dosáhnou remise (druhé měření objCGI se skórem 1 nebo 2), se stigmatizují méně než pacienti, kteří nedosáhnou remise poruchy (druhé měření objCGI se skórem 3 a více).

Skutečnost, zda jedinec dosáhne, nebo nedosáhne remise v průběhu kombinované léčby úzkostných poruch, závisí především na těchto zkoumaných prediktorech – počáteční míře úzkosti, sebeřízení, sebestigmatizace a naděje. Ve větším souboru by se projevil také vliv rysu vyhýbání se poškození. **Hypotézu H-3c přijímáme.**

9. DISKUZE

Řada lidí po celém světě během života vyhledá služby odborníka na duševní zdraví. Největší část z nich (až 44 % podle Gustavssona s kolegy, 2011) se potýká s některou z úzkostných poruch. Přestože v posledních letech narůstají počty jedinců, kteří spolupracují s psychologem nebo psychiatrem na řešení trápení, která je sužují, psychické potíže nebo poruchy jsou západní (a nejen touto) společností stále vnímané jako stigma (Nawková et al., 2012). Stigma je atribut, který druhého znehodnocuje v očích druhých. Je něčím, co svému nositeli přináší stud a zahanbení (Alonso et al., 2008). Goffmanova (1963) přelomová práce poukázala na sociální proces, během něhož se z plnoprávných členů společnosti stávají vlivem stigmatu občané druhé kategorie. Jeho publikace popisuje s citem myšlení, prožívání a jednání stigmatizovaných v reakci na nerovné zacházení ze strany okolí. Goffman zároveň neváhá využít kontroverzi, kdy v textu explicitně píše o „mrzácích“ nebo „duševně nemocných lidech“. Vtahuje tak čtenáře do tématu společenských předsudků a konfrontuje je s vlastním hodnotovým rámcem.

Od vydání Goffmanova díla již uplynulo několik desetiletí. Výzkumný zájem, který tato kniha do určité míry spustila, stále nepolevuje. Mění se však ohnisko zájmu badatelů. Dříve se zaměřovali především na sociální stránku věci, tedy např. na identifikaci předsudků a diskriminace ve společnosti ve vztahu k lidem s psychickými poruchami (Goffman, 1963; Byrne, 2000; Ng, 1997). Zkoumali, v jaké míře široká veřejnost souhlasí s určitými stereotypy, nebo jak silně vnímají jedinci s psychickými poruchami, že jsou okolím stigmatizováni (Leong & Zachar, 1999; Ng, 1997). Ukázalo se však, že stigma, resp. předsudky s ním spojené, mívají na tyto jedince nejtěživější následky až tehdy, je-li internalizované (Ritsher & Phelan, 2004). V rámci této práce jsme se proto zaměřili na téma internalizovaného stigmatu, stavu, kdy jedinec sám souhlasí se stigmatizujícími předsudky a diskriminací a vztahuje je na sebe samého (Corrigan et al., 2011).

Výzkum sebestigmatizace se v posledních letech dynamicky rozvíjí (vizte např. četné výzkumy Ritsherové, Corrigan, Linka nebo Yanose). V oblasti duševního zdraví se výzkumníci dosud zabývali především internalizovaným stigmatem u osob s psychotickým onemocněním nebo afektivní poruchou (např. Ritsher et al., 2003; Brohan et al., 2010a,b; Corrigan et al., 2011, Boyd et al., 2014). Závěrem těchto výzkumů byla zjištěná, že sebestigmatizace lidí s těmito poruchami souvisí především s vyšší mírou deprese a závažnosti příznaků poruchy a negativním sebehodnocením (Boyd et al., 2014). Dalším

skupinám lidí trpících psychickou poruchou byla věnovaná spíše okrajová pozornost, a to i přesto, že i oni se setkávají se stigmatizací a že se jedná o početné skupiny osob (Alonso et al., 2008). Hlavním cílem disertace tedy bylo zjistit, zda se lidé s úzkostnými poruchami také potýkají se sebestigmatizací, a nastítnit, se kterými demografickými, klinickými a osobnostními faktory internalizované stigma souvisí. Chtěli jsme také zjistit, zda sebestigmatizace snižuje efektivitu kombinované léčby úzkostných poruch. Toto zjištění by mělo tím větší význam, že dosud neexistují studie zabývající se vlivem sebestigmatizace na účinnost léčby psychických poruch. Výjimkami, které však přímo nesouvisí s efektivitou léčby, jsou výzkumy zaměřující se na vztah mezi sebestigmatizací a adherencí k farmakoterapii u jedinců s různými psychickými poruchami nebo adherencí k psychosociální léčbě u osob se schizofrenií (Yanos et al., 2008; Cinculová et al., 2015; Kamarádová et al., v tisku; Fung et al., 2010). V tomto směru jsme se rozhodli zkoumat dosud neprobádanou oblast.

V následujícím textu se zabýváme hlavními okruhy práce. Vyjadřujeme se k metodologii a souboru probandů. Následně diskutujeme hlavní výzkumná zjištění.

Metodologie a výzkumný soubor

Disertační výzkum je založený na kvantitativní metodologii. Ta je primárně určená spíše k ověřování předem vědecky podložených hypotéz než k nalézání vysloveně nových poznatků, na jejichž podkladě teprve budou formulovány hypotézy pro kvantitativní výzkum, jak se s tím setkáváme u kvalitativní metodologie (Disman, 1993). Druhý cíl disertace spočívající v identifikaci klinických, demografických a osobnostních proměnných, které souvisí se sebestigmatizací, je z větší části založený na výzkumných zjištěních jiných autorů a my zkoumali, zda lze tyto souvislosti nalézt i u souboru pacientů s úzkostnými poruchami. Další část disertace, zabývající se vztahem mezi sebestigmatizací a disociací nebo účinností léčby, je o poznání kreativnější, protože tyto jevy dosud nikdo další nezkoumal. Dismanova připomínka (1993) o malé tvořivosti kvantitativního výzkumu, se v tomto světle nezdá být příliš opodstatněná.

Nicméně, je potřeba se zmínit o sběru dat a jeho možných úskalí. Přestože byla účast probandů dobrovolná a tato skutečnost byla několikrát sdělena, nemůžeme vyloučit, že někteří pacienti se zúčastnili kvůli snaze nevyčnívat z davu (např. jedinci s větším sklonem ke konformitě; Epley & Gilovich, 1999) nebo přání vyhovět autoritě (význam vlivu autority na lidské jednání ukázal např. Milgram, 1963). Ve snaze předejít těmto jevům

jsme zdůraznili dobrovolnost účasti. Potenciální vliv těchto psychosociálních jevů však nemůžeme vyloučit.

Nedostatkem studie je použití především sebeposuzovacích metod, které jsou závislé na ochotě jedince otevřeně a pravdivě odpovídat na tázané oblasti, schopnosti vůbec tak činit (tj. na úrovni introspekce, komunikačních schopností anebo kognitivních funkcí) nebo jeho sklonu k odpovídání sociálně žádoucím způsobem (Svoboda, 2005). Jedinými posuzovacími metodami, které jsme použili, bylo objektivní CGI, kdy ošetřující lékař nebo přednosta hodnotili míru závažnosti psychopatologie pacienta, a diagnostické vyšetření MINI, které sloužilo k zachycení jedinců s úzkostnými poruchami. Úzkost i deprese byly měřeny Beckovými škálami, tedy sebeposuzovacími metodami. Jistě by bylo vhodnější využít také posuzovací metody, jako jsou Hamiltonovy škály úzkosti nebo deprese, nebylo však v našich možnostech realizovat takto podrobné vyšetření s každým pacientem.

Limitem výzkumu je také skutečnost, že se zúčastnili pouze hospitalizovaní pacienti, jejichž stav je zpravidla závažnější než stav lidí s úzkostnými poruchami, kteří absolvují pouze ambulantní léčbu, nebo jsou vůči ambulantní léčbě rezistentní (Praško et al., 2008a,b,c,d,e,f). Možnosti generalizace na celou populaci českých pacientů s úzkostnými poruchami je dále snižena skutečností, že výzkum probíhal pouze na jednom pracovišti. Nebylo v našich možnostech realizovat multicentrickou studii.

Standardizace Škály ISMI

Prvním krokem realizace výzkumu byla standardizace Škály ISMI, doporučené škály určené k měření sebestigmatizace u lidí s psychickými poruchami (Stevellink et al., 2012). V České republice byla do doby začátku našeho výzkumu některá z metod měřících sebestigmatizaci použita zřejmě pouze jednou, a to pro účely studie společnosti GAMIAN. Tento výzkum se zabýval sebestigmatizací u osob s depresí nebo bipolární afektivní poruchou a proběhl ve 13 evropských zemích (Brohan et al., 2010b). Kvalita překladů do jednotlivých jazyků byla ověřena pomocí zjištění hladiny Cronbachovy alfy a jednotlivé překlady nebyly volně dostupné (Brohan et al., 2010b). Snaha o spojení s organizací GAMIAN i jejich českým zástupcem, který byl koordinátorem projektu v České republice, se minula účinkem. Převodli jsme tedy metodu vlastními silami. Překlad realizovali nezávisle na sobě dva odborníci – magistra Lenka Dostálová a magistr Pavel Kurfürst. Výsledný překlad, který byl syntézou obou překladů, byl přeložen zpět do angličtiny a odeslán ke schválení docentkou Boydovou. Ta navrhla několik změn a po jejich zahrnutí souhlasila se zněním i publikací.

Ověřovali jsme psychometrické vlastnosti překladu a závěry statistických analýz popsali v osmé kapitole. Naměřené hodnoty vnitřní konzistence celé škály i subškál předčily hodnoty původní verze škály (srov. s Ritsher et al., 2003). Vnitřní konzistence škály byla vynikající, konzistence subškál pak uspokojivá až velmi dobrá. Přesto jsme zaznamenali několik nedostatků, které lze pravděpodobně připsat konstrukci škály spíše než překladu, protože již původní verze se potýkala s téže problémy (Ritsher et al., 2003). Jedná se především o celkově nižší reliabilitu subškály odolnosti vůči stigmatu, jejíž vnitřní konzistence byla nižší a stabilita v čase také slabší. Jak k tématu podotýká Ritsherová s kolegy (2003), tato subškála zřejmě měří několik rozdílných ukazatelů odolnosti vůči stigmatu, a není proto příliš homogenní. Tato roztržitost pak může vést k nízké stabilitě v čase (Raubenheimer, 2004).

Vytvořili jsme také normy. Stáli jsme tedy před dilematem, zda subškálu odolnosti vůči stigmatu v českém znění metody ponechat, nebo ji vyřadit. Rozhodli jsme se ji ponechat (podobně jako další výzkumníci; více v Boydové et al., 2014) a vytvořili pro ni stenové normy. Ponecháváme však na rozhodnutí konkrétního uživatele, zda bude tuto subškálu interpretovat a jestli bude používat i souhrnné normy pro celou škálu, které vychází ze všech subškál. Stran budoucího vývoje by zřejmě bylo nosné zjistit, co vlastně měří odolnost vůči stigmatu. To může zvýšit porozumění variabilitě skóre subškály v čase a její nízké vnitřní konzistenci.

Další nedostatky se objevily při realizaci faktorové analýzy, kdy jsme postupovali stejně jako autoři původní verze metody a použili explorační faktorovou analýzu s rotací varimax s Kaiserovou normalizací. Dosažené výsledky byly uspokojivější než zjištění týkající se anglické verze škály. 22 položek z celkového počtu 29 sytilo „svůj“ faktor a zbývajících sedm položek nejvíce sytilo jiný faktor, než měly, ale ten druhý již byl tím, do něhož podle teorie měly patřit. Ve výzkumu Ritsherové s kolegy (2003) se jednalo o devět položek z 24 zahrnutých. Tato faktorová struktura není ideální, což potvrzuje i skutečnost, že subškály odcizení a stažení ze společnosti se sloučily do jednoho faktoru. Jedná se nicméně o teoreticky blízké jevy, jejichž propojenost se nabízí.

Na obhajobu struktury metody bychom měli zmínit, že explorační faktorová analýza není určená k potvrzování míry souladu mezi teoretickým modelem nástroje a skutečně naměřenými daty. K tomu je mnohem vhodnější konfirmační faktorová analýza (Bruce, 2004). Protože jsme v době realizace výzkumu neměli přístup k softwaru, který by umožňoval strukturální modelování, jehož je konfirmační faktorová analýza součástí (Bruce, 2004), zvolili jsme stejný analytický postup jako autoři původní verze metody. Lze

však očekávat, že konfirmační faktorová analýza by ukázala odlišnou, a možná také příznivější, strukturu škály.

Dále je potřeba se vyjádřit k souboru pacientů účastnících se standardizace. Tento soubor byl jiný než výzkumný soubor pacientů účastnících se dalších cílů disertace, který popisujeme v sedmé kapitole. Opakovaného měření v odstupu tří týdnů se zúčastnilo pouze 17 osob. Důvodem byla velká variabilita v čase druhého měření, kdy různí jedinci vyplňovali škály v různé době. Ačkoliv jsme teoreticky mohli použít data od jedinců, kteří škálu vyplnili např. po 3-5 týdnech, široký rozptyl takových údajů se nám zdál málo přijatelný. K rozhodnutí ponechat v této části analýzy data od 17 probandů přispělo zjištění, že jejich údaje odpovídají Gaussově rozložení.

Posledním tématem standardizace, k němuž bychom se rádi vyjádřili, je možnost aplikace škály a jejích norem. Výzkumu se zúčastnili lidé, kteří postupovali ambulantní psychiatrickou léčbu, případně absolvovali hospitalizaci na psychoterapeutickém nebo doléčovacím psychiatrickém oddělení. Jednalo se o jedince se širokým záběrem psychických poruch, z nichž převažovaly neurotické, afektivní a poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek. V rámci této populace může být metoda použitelná a její výsledky spolehlivé. Jako i u dalších sebesuzovacích metod, i u této je namístě obezřetnost při zadávání u jedinců, kteří jsou nedostatečně motivovaní a otevření, akutně psychotičtí nebo z různých důvodů nejsou plně schopni pochopit zadání škály a validně ji vyplnit (Svoboda, 2005). Co se týče použití škály u dalších populací jedinců podstupujících léčbu na psychiatrii, jako jsou např. lidé s poruchou příjmu potravy, nelze vyloučit, že jejich průměrná míra sebestigmatizace je odlišná od našeho normativního souboru. Je to však poměrně nepravděpodobné. Livingston s Boydovou (2010) uvádí, že mezi jedinci s psychickými poruchami z různých diagnostických okruhů není v míře sebestigmatizace významnější rozdíl. Totéž zjištění jsme potvrdili i v této studii. Nezkoumali jsme nicméně sebestigmatizaci jedinců s poruchami ze všech diagnostických okruhů psychiatrie. Proto je namístě obezřetnost při použití škály u pacientů s jinými diagnózami, než byly zahrnuty do standardizačního výzkumu.

I přes dílčí nedostatky se česká verze Škály ISMI zdá být vhodnou metodou pro měření internalizovaného stigmatu u lidí s psychickými poruchami. Méně validní je především subškála odolnosti vůči stigmatu, jejíž použití je volbou potenciálního uživatele. Domníváme se, že tato subškála zaslouží hlubší analýzu a případné přepracování, aby byla více homogenní a tím i spolehlivější. Do té doby je potřeba brát ji s určitou rezervou. Škála by měla být používána především ve výzkumu. Může však být vhodná také jako kritérium

hodnocení změny psychického stavu v průběhu psychoterapie, např. u kognitivně behaviorální terapie. V takovém případě mohou být nosné i normy, které jsme vytvořili.

Sebestigmatizace a její vztah k demografickým, klinickým a osobnostním proměnným

Jakmile jsme standardizovali psychodiagnostický nástroj měřící internalizované stigma u lidí s psychickou poruchou, začali jsme zkoumat možné souvislosti mezi ním a dalšími klinickými, demografickými a osobnostními faktory. Základem tvorby hypotéz byla řada výzkumných studií na téma vztahu sebestigmatizace a klinických charakteristik jedinců s psychózou nebo depresí (např. Ritsher & Phelan, 2004; Boyd et al., 2014; Livingston & Boyd, 2010), demografických proměnných (Livingston & Boyd, 2010) nebo osobnostních faktorů jedinců s psychickou poruchou (Corrigan et al., 2009; Vauth et al., 2007; Margetić et al., 2010, Margetić et al., 2014). Teoretický základ jednotlivých hypotéz byl poměrně robustní. Výjimkou byla hypotéza o předpokládaném pozitivním vztahu mezi sklonem k disociaci a sebestigmatizací. Kromě jednoho z našich výzkumů (Ocisková et al., 2014b) se touto souvislostí zřejmě dosud nikdo výzkumně nezabýval.

Kromě ověřování jednotlivých hypotéz jsme se zaměřili na i další rysy a jejich vztah k sebestigmatizaci, ačkoliv tyto již nebyly formulovány do hypotéz. Formulovali jsme pouze alternativní hypotézy, které se zakládaly na pozitivních zjištěních z jiných výzkumů, a upustili od nulových hypotéz, do nichž bychom pak byli nuceni zařadit desítky hypotéz vztahující se ke každé zkoumané proměnné. To by výrazně znepráhlednilo výzkum a přitom nepřidalo na jeho validitě. Proto jsme do hypotéz formulovali pouze ty proměnné, u nichž jsme očekávali signifikantní souvislost s internalizovaným stigmatem, a další vztahy ověřovali bez zaštitění hypotézami, ale s jasným teoretickým základem.

Potvrdili jsme neexistenci signifikantní souvislosti mezi sebestigmatizací a demografickými proměnnými, jako jsou věk a pohlaví pacienta. V otázce věku jsou zjištění jiných studií poměrně zajedno a většinou dochází ke stejným závěrům jako my. Menšina výzkumů nicméně zjišťuje, že sebestigmatizací s věkem pojí statisticky významný vztah. Třetina těchto studií vyslovila závěr, že s narůstajícím věkem roste i sebestigmatizace, zatímco dvě třetiny dalších výzkumů, které našly signifikantní souvislost mezi sebestigmatizací a věkem, zjistily opačný vztah, kdy s přibývajícím věkem klesá míra sebestigmatizace (Livingston & Boyd, 2010). Tyto výzkumy jsou však v menšině.

Podobné jsou závěry zahraničních studií o souvislosti mezi sebestigmatizací a pohlavím (Livingston & Boyd, 2010), kdy jsme také nezjistili statisticky významný rozdíl mezi průměrnou sebestigmatizací žen a mužů. Výjimkami z pravidla jsou výzkum

Brohanové s kolegy (2010a), kteří zjistili, že muži s psychózou mají menší sklon k sebestigmatizaci než ženy, a studie Girmy s kolegy (2014), kteří zjistili totéž u osob s afektivními poruchami a psychózami. Další studie však tuto spojitost nepotvrdily a v případě studie Girmy s kolektivem (2014) je možné, že se jedná o rozdíly způsobené různými diagnostickými skupinami a především kulturně-společenskými vlivy.

Také mnohé další demografické a klinické faktory se ukázaly být ve vztahu k sebestigmatizaci nevýznamné. Věk počátku poruchy, délka jejího trvání, počet absolvovaných hospitalizací, hlavní diagnóza nebo komorbidita s depresí či další úzkostnou poruchou nemají významný vliv na míru sebestigmatizace. Tím naše výsledky nijak neodbočují od zjištění dalších autorů (Livingston & Boyd, 2010; Kamarádová et al., v tisku, Hajda et al., v tisku).

Také to, zda má jedinec s psychickou poruchou partnera, nebo ne, skutečnost, jestli pracuje či studuje, nebo je nezaměstnaný či důchodce, nehraje významnou roli. Stejně tak se ukazuje, že přítomnost příbuzného prvního stupně s psychickou poruchou nemá na sebestigmatizaci člověka s úzkostnou poruchou signifikantní vliv. Opět je to v souladu se závěry zahraničních autorů (Livingston & Boyd, 2010).

Nepatrně jiná je však situace u vztahu mezi dosaženým vzděláním a sebestigmatizací. Zatímco meta-analýza Livingstona a Boydové (2010) se opět vyslovuje pro to, že v současnosti nejsou důkazy o signifikantním vztahu mezi těmito proměnnými, Brohanová s kolegy (2010a) dospěli ve výzkumu s lidmi trpícími psychózou k odlišnému zjištění. Uvádí, že jedinci s vysokoškolským vzděláním mají oproti ostatním menší sklony k sebestigmatizaci (Brohan et al., 2010a). K podobným výsledkům dospěli i Girma s kolegy (2014), kteří také zjistili, že s rostoucí mírou vzdělání klesá sebestigmatizace lidí s psychózou. V našem výzkumu byl pouze naznačen trend ve směru klesající zranitelnosti vůči sebestigmatizaci s rostoucí mírou dosaženého vzdělání.

Oproti jiným výzkumům jsme zjistili, že míra sebestigmatizace jedinců s úzkostnou poruchou se zvyšuje, pokud má pacient diagnostikovanou poruchu osobnosti. Rozdíl mezi probandy s poruchou osobnosti a bez ní spočíval především v tom, že lidé s poruchou osobnosti více vnímali, že nejsou součástí společnosti, v níž žijí. Cítili se z ní vyčlenění. Toto zjištění je v rozporu se závěrem Livingstona a Boydové (2010) podle nichž v míře sebestigmatizace není významný rozdíl mezi lidmi trpícími psychickými poruchami z různých diagnostických skupin. Autoři však nezkoumali jedince s poruchou osobnosti, což může být vysvětlením rozporu mezi závěrem jejich meta-analýzy a naším zjištěním.

Pro větší možnosti interpretace vyšší sebestigmatizace lidí s poruchou osobnosti je potřeba zamyslet se nad skladbou Škály ISMI. Zatímco subškála souhlasu se stereotypy je poměrně specifická pro téma stigmatizace a sebestigmatizace, pocity odcizení nemusí souviset pouze s internalizovaným stigmatem, ale mohou se šířeji vztahovat k trápení, které zažívá člověk, jemuž byla diagnostikovaná porucha osobnosti. Většina pacientů, kteří trpěli komorbidní poruchou osobnosti, měla diagnózu hraniční poruchy osobnosti. U lidí s touto poruchou jsou pocity odcizení, „jinakosti“ a vyčleněnosti ze společnosti poměrně časté a frekventovaně se objevují jako terapeutické téma (Linehan, 1993; Fonagy, 1991). Odcizení tedy není jevem specifickým pro sebestigmatizaci, ale vynořuje se jako téma v různých kontextech. Pro hypotézu, podle níž jsou vyšší skóry jedinců s komorbidní poruchou osobnosti spíše projevem osobnostního nastavení než samotné sebestigmatizace, svědčí také skutečnost, že rozdíly mezi lidmi s poruchou osobnosti a bez ní v ostatních subškálách (vyjma snížené odolnosti vůči sebestigmatizaci) byly pouze malé.

Potvrdili jsme statisticky významný pozitivní vztah mezi sebestigmatizací a mírou příznaků úzkosti, deprese a celkové závažnosti příznaků psychických poruch. Zjistili jsme, že nejtěsněji souvisí s internalizovaným stigmatem závažnost depresivních příznaků. To je v souladu s poznámkou Livingstona a Boydové (2010) i Boydové s kolegy (2014), podle nichž jsou příznaky deprese jedním z nejčastěji potvrzených fenoménů doprovázejících sebestigmatizaci. Samotná diagnóza deprese však v našem výzkumu se sebestigmatizací nesouvisela, což také souhlasí s Livingstonem a Boydovou (2010), podle nichž jednotlivé diagnózy nezvyšují, ani nesnižují náchylnost k sebestigmatizaci. To není nezbytně pravda, jak jsme ukázali u komorbidity s poruchou osobnosti, v případě komorbidní deprese však s tímto závěrem souhlasíme.

Stojí za zmínku, že míra příznaků deprese nejvíce souvisí s pocitem odcizení. Čím více tedy pacienti s úzkostnými poruchami vnímají, že nejsou součástí společnosti, tím větší sklony mají k depresi. Nejsme však schopni stanovit kauzalitu jevu. Člověk, který se stigmatizuje, obvykle zažívá poměrně negativní emoce – především stud, úzkost a beznaděj (Corrigan et al., 2009; Corrigan, 2008; Rüsche et al., 2009a; Rüsche et al., 2006). Jak ukázali Orth, Berking a Burkhardtová (2006), stud je silným prediktorem deprese. Další možné vysvětlení je založené na opačné kauzalitě, kdy počáteční příznaky deprese zvyšují sklony jedince k sebestigmatizaci. Vzhledem k tomu, že negativní pohled na sebe samého je jedním z jádrových aspektů deprese (Beck & Greenberg, 1984), můžeme nalézt opodstatnění také pro tento kauzální model. Je pravděpodobné, že se zde projevuje

cirkulární kauzalita a platné jsou oba navrhované modely. Významnost spojení mezi mírou příznaků deprese a sebestigmatizací vyzývá k dalšímu výzkumnému zájmu.

Na základě zmínek o vztahu mezi sebestigmatizací a úzkostí plynoucí mj. z očekávání možného stigmatizujícího chování ze strany druhých (Corrigan et al., 2009) jsme předpokládali, že i v souboru pacientů s úzkostnými poruchami zjistíme tuto souvislost. Existenci signifikantního spojení mezi internalizovaným stigmatem a mírou úzkosti jsme skutečně prokázali, vztah byl však pouze slabý. Není tedy tak silný, jak bychom očekávali. Je možné, že k tomu přispěla skutečnost, že škála BAI měří spíše somatickou složku úzkosti a kognitivní méně (Beck & Steer, 1991). Pokud se zaměříme na subškálu ISMI, se kterou úzkost souvisela nejtěsněji, jedná se o subškálu vnímané diskriminace. To by podporovalo úvahu, podle níž sebestigmatizace souvisí s anticipační úzkostí kvůli skutečnosti, že se jedinec léčí s úzkostnou poruchou (Corrigan et al., 2009; Vauth et al., 2007). Toto spojení je však poměrně slabé a je otázkou pro další výzkum, nakolik je tento vztah skutečně signifikantní a empiricky významný.

Prokázali jsme také souvislost mezi sebestigmatizací a závažností celkových příznaků psychických poruch. To je v souladu se závěry publikací Livingstona s Boydovou (2010) i Boydové s kolegy (2014), kteří na tento vztah poukazovali. Ukázalo se, že s narůstající tíží psychické poruchy (hodnocenou pacientem i lékařem) roste i sklon ke stigmatizaci sebe samého. Jedná se o stav, kterému bude potřeba věnovat terapeutickou pozornost. Subškálami, které se závažností psychické poruchy korelují nejtěsněji, jsou souhlas se stereotypy a stažení ze společnosti. Čím více příznaků psychické poruchy pacient s úzkostnou poruchou projevuje nebo vnímá, tím více může mít sklony věřit negativním předsudkům o lidech s psychickou poruchou a tím větší sklony ke stažení ze společnosti může projevovat. Závažnější příznaky úzkostné poruchy mohou vést jedince k tomu, že se pod tíhou psychických potíží změní jeho sebepojetí, pacient si přestává důvěřovat a přijímat se, což může zvyšovat zranitelnost vůči sebestigmatizaci (Sowislo & Orth, 2013). Zároveň však pacienti s úzkostnými poruchami mnohdy již premorbidně trpí negativním sebehodnocením (Sowislo & Orth, 2013; de Jong, 2002). To pak může zvýšit zranitelnost vůči sebestigmatizaci.

Vztah mezi sebestigmatizací a osobnostními rysy podle Cloningerovy teorie osobnosti (např. Cloninger, 1986; Cloninger et al., 1993; Cloninger, 1994b) také potvrdil naše očekávání. Zjistili jsme statisticky významný vztah nejen mezi sebestigmatizací a předpokládaným vyhýbáním se poškození a sebeřízením, ale také se třemi dalšími osobnostními rysy – závislostí na odměně, vytrvalostí a spoluprací. Jediná podobná studie,

s níž jsme mohli srovnat výsledky, byl výzkum Margetićové s kolegy (2010), kteří zjistili, že sebestigmatizace pacientů s psychózou úzce souvisí s vyhýbáním se poškození, sebeřízením a vytrvalostí, jejíž vliv však zanikl v průběhu mnohonásobné regrese. Také jsme realizovali mnohonásobnou regresní analýzu a zjistili, že Cloningerovy osobnostní rysy, s nimiž souvisí sebestigmatizace pacientů s úzkostnými poruchami nejtěsněji, jsou vyhýbání se poškození a sebeřízení. Stejně jako kolegové z Chorvatska jsme potvrdili těsnější souvislost mezi vyhýbáním se poškození a sebestigmatizací než mezi ní a sebeřízením. Další osobnostní rysy – vytrvalost, závislost na odměně i spolupráce – byly v průběhu regrese eliminovány. Naše výsledky jsou srovnatelné. Co se týče osobnostních rysů podle Cloningera, sebestigmatizace lidí s úzkostnými poruchami tedy nejtěsněji souvisí s vyšším vyhýbáním se poškození a nižším sebeřízením. Je možné, že internalizované stigma souvisí s určitou osobnostní výbavou pacientů napříč diagnostickým spektrem.

Pokud přijmeme kauzální vysvětlení Margetićové s kolektivem (2010), pak vyšší hladiny temperamentové dimenze vyhýbání se poškození zvyšují zranitelnost jedince s psychickou poruchou vůči sebestigmatizaci, zatímco vyšší míra sebeřízení ji snižuje. Lidé s vyšší mírou vyhýbání se poškození mohou být ostýchaví a vykazovat známky sociální úzkosti. Mohou také mít nízkou frustrační toleranci, být pesimističtí a ustaraní (Cloninger, 1987; Kose, 2003). V kombinaci s nízkým skórem v sebeřízení a vyšším v závislosti na odměně to může tyto jedince predisponovat k větší závislosti na mínění druhých a nižší autonomii. Snáze pak přijmou společenské předsudky, pokud se na ně také začnou vztahovat (tedy, když jsou diagnostikovaní s psychickou poruchou). Sebepojetí, které je zvýšeně závislé na mínění druhých, bývá labilní, mj. protože jej formuje mnoho proměnlivých vlivů (Crocker, 2002). Pokud je pak mínění významných osob v pacientově okolí o něm negativní, stigmatizující, pacient sám se spíše začne stigmatizovat.

Sebeřízení může být naopak protektivním faktorem, protože jedním z jeho centrálních rysů je autentický vztah k sobě samému a z něj plynoucí zralá sebedůvěra a pozitivní sebehodnocení (Cloninger, 1994b; Kose, 2003). Člověk, jehož sebepojetí je méně závislé na hodnocení druhými lidmi, je v něm stabilnější a zpravidla přijímá sebe samého více než jedinec, který své sebepojetí více zakládá na mínění druhých (Bhatnager & Rastogi, 1986; Bosacki, Innerd, & Towson, 1997). Proto může být sebeřízení protektivním faktorem vůči sebestigmatizaci. Lidé s vyššími hladinami sebeřízení nemusí mít sklony k přílišné sebestigmatizaci, protože nebývají tak závislí na názorech okolí a společnosti, v níž žijí. Jedná se o adaptivní rys, který, zejména ve spojitosti s vyšší mírou spolupráce,

vypovídá o prosociálním a produktivním charakteru osoby (Cloninger, 1994b). Charakter však v průběhu života podléhá změně (Cloninger, 1994b). Proto je také možné, že zkušenost se stigmatizací předchází poklesu sebeřízení, který pak ústí do sebestigmatizace.

Rovněž jsme potvrdili existenci statisticky významného negativního vztahu mezi sebestigmatizací a nadějí, který dosahoval středně silné úrovně a přetrval i v mnohonásobné regresi. V té vykázal celkově nejtěsnější souvislost se sebestigmatizací. Potvrdili jsme tak další ze závěrů Livingstona a Boydové (2010), kteří uvedli naději, resp. beznaděj, jako jeden z častých proměnných spojovaných se sebestigmatizací. Pokud budeme vycházet ze zjištění Corrigan s kolegy (2011), sebestigmatizace vede k beznaději skrze pokles sebedůvěry. Člověk, který se začíná stigmatizovat, přestává důvěřovat sobě samému, zhorší se jeho sebehodnocení a přestává být přesvědčený, že má svůj život kontrolou (Corrigan et al., 2011; Corrigan et al., 2009). S takovým přesvědčením je pak beznaděj poměrně logickým následkem. Lidé, kteří se stigmatizují, také mohou ve svém životě postrádat cíle, o něž by mohli usilovat (vizte definici naděje, podle níž jsme měřili naději; Snyder, 2000). I když mohou mít určitá přání, často postrádají motivaci k jejich následování („the why try effect“; Corrigan et al., 2009) a schopnosti nalézat cesty ke svému cíli (zde spojení se sebeřízením; Snyder, 2000; Cloninger et al., 1993). Mohou pak zůstat nečinní, cítit se bezmocní a propadat depresi.

Na tyto souvislosti mimo jiné poukazuje i naše zjištění, že naděje měřená celkovým skórem Škály naděje (ADHS) je kolineární vůči míře depresivního prožívání (BDI), vyhýbání se poškození (HA) a sebeřízení (SD). Multikolinearitu jsme vymezili jako stav, kdy jedna proměnná (zde naděje) vysvětluje více než 80 % rozptylu skóre druhé proměnné (zde tří – míry depresivního prožívání, vyhýbání se poškození a sebeřízení) (O'Brien, 2007). Jedná se tedy o jevy, které mají s nadějí mnoho společného a které mohou nabídnout základní rámec porozumění vztahu mezi nimi a sebestigmatizací, a dokonce i mezi nadějí a sebestigmatizací.

V poslední řadě jsme zjistili, že sebestigmatizace je spojená s častější disociací – nepatologickou spočívající v útěcích do fantazie i patologickou, která plyne zejména z disociativní amnézie a zážitků depersonalizace a derealizace. Není nám známo, že by někdo další zkoumal vztah mezi disociací a internalizovaným stigmatem, což limituje naše možnosti validní interpretace. Přesto se můžeme pokusit o jejich formulování. Vztah mezi disociací a sebestigmatizací je o to důležitější, že se jednalo o jeden z mála faktorů, který „prošel“ celou mnohonásobnou regresí až do posledního kroku (druhé realizované

regrese, do níž vstoupila naděje). To z něj činí jeden z nejvýznamnějších faktorů souvisejících se sebestigmatizací a podnětný námět na další výzkum.

Disociace je obranný mechanismus, který slouží k vyrovnání s nesnesitelnými emočními stavy (Ross, 2007). Umožňuje vytvořit si odstup od právě prožívaných, nebo předpokládaných prožitků úzkosti, strachu, bolesti a bezmoci (Bremner & Brett, 1997). V průběhu disociace dochází k odštěpení nepřijatelných psychických obsahů (Dell & O'Neil, 2009). Lidé, kteří zvýšeně užívají disociaci jako způsob zvládnání stresu, v dětství často prožili zneužívání nebo trauma, kdy byli vystaveni bezmoci a nejvhodnějším způsobem zvládnutí situace byla právě disociace (Zlotnick et al., 1996). Podle Irwina (1998) je rané trauma jedním z důvodů, proč jsou jedinci, kteří dále v životě zvýšeně disociují, náchylní k prožívání studu, hanby a viny. Zároveň mívají sklony disociovat, jakmile se dostaví pocity viny (Rugens & Terhune, 2013). Vytváří se tak bludný kruh. Jedinci, kteří zvýšeně disociují, mohou být náchylnější k prožívání pocitů studu a viny, a tím být zranitelnější vůči sebestigmatizaci, jejímž emočním korelátům jsou rovněž stud a hanba (Link & Phelan, 2001; Alonso et al., 2008). V reakci na stigmatizaci sebe samého pak mohou dále zvýšit míru disociace a tím prohlubovat sklony k disociativnímu stylu zvládnání stresu.

Sebestigmatizace a její vztah k účinnosti kombinované léčby úzkostných poruch

Posledním cílem disertace bylo prozkoumání vztahu mezi sebestigmatizací a efektivitou kombinované léčby úzkostných poruch. Pro hodnocení efektivity kombinované farmakoterapie a psychoterapie jsme zvolili několik indikátorů změny. Prvním byla relativní změna celkových příznaků psychických poruch hodnocená pomocí opakovaného měření objCGI lékařem, druhým se stala relativní změna v závažnosti příznaků úzkosti měřených pomocí BAI. Jako kritéria změny jsme zvolili hodnocení lékařem (objCGI) i hodnocení stavu pacientem (BAI), protože pohled lékaře na závažnost a změnu může být odlišný od pohledu samotného pacienta. Ve výsledcích je však patrné, že objektivní a subjektivní hodnocení mezi sebou významně korelují. Důvodem výběru indikátoru relativní změny skóre BAI byla také skutečnost, že jsme pracovali s pacienty s úzkostnými poruchami, pro něž je úzkost – již podle názvu této kategorie poruch – významným tématem (MKN-10, 2013). Třetím kritériem byla míra dosažení remise. Relativní změna příznaků psychické poruchy nebo samotné úzkosti nám totiž příliš neumožňuje zhodnotit, zda pacienti na konci léčby dosáhli remise, nebo do jisté míry stále trpí příznaky poruchy, pro kterou byli hospitalizováni. Každé z těchto hodnocení má výhody i nevýhody.

U objektivního hodnocení stavu lékařem může být na konci léčby tendence vidět výsledek jako lepší, u subjektivního hodnocení pacient však může být sklon k většímu ovlivnění situačními faktory v posledním dnu nebo i hodině (pro to také svědčí o něco lepší skóry BAI v předposledním týdnu léčby než na konci léčby). Zhodnocení dosažení remise na konci léčby ukazuje, nakolik pacient po léčbě ještě danou poruchou trpí, tedy, zda je „vyléčen“. Nevýhodou tohoto hodnocení je však fakt, že je ovlivněno tím, jak závažná byla jeho porucha na počátku – tzn., že pacienti, kteří byli méně závažně nemocní, nejspíše dosáhnou remise snáze než pacienti s větší závažností.

Prvním kritériem tedy byla relativní změna závažnosti psychopatologie hodnocená lékařem. Podle očekávání se ukázalo, že psychický stav pacientů se v průběhu kombinované léčby statisticky významně zlepšil. Velikost této změny byla ze statistického hlediska velká, což je uspokojivý výsledek. Konečná průměrná závažnost příznaků psychické poruchy byla mírná až hraniční. Ukázalo se, že vyšší hladiny úzkosti, disociace, sebestigmatizace a vyhýbání se poškození na počátku léčby souvisí s nižší účinností léčby. Léčba byla také méně efektivní u jedinců s diagnostikovanou poruchou osobnosti. Efektivitu léčby naopak zvyšovaly počáteční vyšší míra naděje a sebeřízení. Léčba byla také účinnější u jedinců, kteří byli v době hospitalizace v partnerském vztahu, a u těch, kteří absolvovali kognitivně-behaviorální terapii.

Prokázali jsme, že vyšší míra sebestigmatizace snižuje efektivitu kombinované léčby úzkostných poruch. Pokud hodnotíme míru efektu vlivu sebestigmatizace na účinnost léčby, dosahuje střední velikosti. Zajímalo nás, zda její schopnost predikce z tohoto parametru přetrvává i přes vstupující vliv dalších faktorů, které také predikovaly účinnost léčby. Realizovali jsme proto mnohonásobnou regresi, do níž vstoupily všechny výše zmíněné faktory. Z těchto faktorů pak byla počáteční míra internalizovaného stigmatu nejvýraznějším prediktorem efektivity léčby. Následovaly komorbidita s poruchou osobnosti a absolvování kognitivně-behaviorální terapie.

Naše zjištění jsou v souladu se závěry několika studií, které se tímto tématem nepřímou zabývaly. Cinculová s kolegy (2015) i Kamarádová s kolektivem (v tisku) ukázali, že sebestigmatizace snižuje adherenci k farmakoterapii úzkostných poruch. Yanos s kolegy (2008) zjistili tutéž souvislost u pacientů s poruchami psychotického spektra, Hajda s kolektivem (v tisku) u osob s bipolární afektivní poruchou a Cheng-Fang s kolegy (2005) u lidí s depresí. Všechny dostupné studie, které se zabývají vztahem mezi sebestigmatizací a spoluprací při farmakoterapii psychických poruch dospěly ke stejnému závěru.

Nové je pak zjištění, že sebestigmatizace významně snižuje efektivitu nejen farmakoterapie, ale také kombinované léčby úzkostných poruch, včetně psychoterapie. Byla nejsilnějším prediktorem efektivity léčby podle kritéria relativní změny psychického stavu. Toto zjištění podporuje výzkum Funga s kolektivem (2010), kteří uvádí, že sebestigmatizace snižuje efektivitu psychosociálních intervencí u lidí s psychózou.

Sebestigmatizace může vést k nižší účinnosti léčby úzkostných poruch několika cestami. Strach z toho, že člověk bude terčem stigmatizace kvůli diagnóze psychické poruchy, vede k vyhýbání se její léčbě, opožděnému nástupu do ní nebo menšímu zapojení do již probíhající léčby (Fung et al., 2010). Jedinci, kteří se stigmatizují, se mohou obávat, že vyjde najevo, že trpí psychickými potížemi, a okolí je začne pomlouvat, stranit se jich a vyčlenit je ze svého středu. Více než lidé, kteří se nestigmatizují, mohou být citliví na odsuzující reakce druhých (Tsang et al., 2009), což jsme také zjistili v tomto výzkumu. Proto také mohou mít sklony se léčbě raději vyhnout (Fung et al., 2010). Pokud se jí zúčastní, mohou i podlehnout pesimismu kvůli předsudkům o psychických poruchách, např. o přesvědčení, že jsou neléčitelné, což se také může promítnout do nižšího zapojení do léčby (Hirai & Clum, 2000; Leff & Warner, 2006).

Vzhledem k tomu, že jsme neprokázali souvislost mezi délkou trvání psychické poruchy a efektivitou léčby, nemůžeme potvrdit úvahu Funga s kolegy (2010), podle nichž vede sebestigmatizace k nižší účinnosti skrze odkládání léčby. Tento vztah jsme nezjistili. Další možný výklad nabízí hodnocení naděje. Jedinci, kteří se stigmatizují, často prožívají beznaděj, která přispívá k nižší efektivitě léčby psychických poruch (Livingston & Boyd, 2010; Corrigan et al., 2009). V naší práci se ukázala vysoká negativní korelace mezi mírou sebestigmatizace a naděje. Internalizované stigma se tedy může podílet na menší efektivitě kombinované léčby úzkostných poruch i touto cestou. Dalším hypotetickým důvodem může být pokles sebedůvěry způsobený sebestigmatizací, který se rovněž podílí na menší účinnosti léčby psychických poruch (Schomerus et al., 2011). Sebedůvěru jsme však nezkoumali, proto se k tomuto modelu nemůžeme blíže vyjádřit.

Následně jsme se zaměřili na druhý indikátor změny stavu v průběhu psychoterapie, relativní změnu v míře úzkostných příznaků. Ukázalo se, že jediným prediktorem účinnosti léčby podle tohoto ukazatele je sebestigmatizace. Neidentifikovali jsme další významné prediktory. To neznamená, že neexistují. Příčinou je spíše skutečnost, že změna úzkostných příznaků v průběhu léčby byla relativně menší, resp. nelineární, a proto zde nebyl větší prostor pro zachycení dalších faktorů podílejících se na snižování, nebo udržování úzkosti.

Internalizované stigma souviselo s počáteční mírou úzkosti. Pacienti, kteří se zvýšeně stigmatizují, tedy mnohdy trpí úzkostí. Jak jsme diskutovali výše, na zvýšení míry úzkosti se může podílet anticipační úzkost plynoucí z obavy, že budou stigmatizováni okolím (Corrigan et al., 2009), nebo úzkost plynoucí z předsudků o neléčitelnosti psychických poruch nebo nezměnitelnosti svého stavu vlivem beznaděje a poklesu sebedůvěry (Corrigan et al., 2009; Yanos et al., 2008). Jedinci s vyšší mírou internalizovaného stigmatu mohou zůstat úzkostní i přesto, že podstoupili léčbu cílenou na snižování úzkosti. Přestože síla tohoto vztahu není nikterak velká (Spearmanovo $r = 0,26$, $p < 0,01$), sebestigmatizace se i touto cestou významně podílí na snížení efektu kombinované léčby úzkostných poruch.

Posledním zkoumaným indikátorem bylo hodnocení, zda pacienti dosáhli během léčby remise, nebo nikoliv. Toto hodnocení nám umožnilo zhodnotit vliv sebestigmatizace přes „tvrďší“ kritérium remise a nikoliv pouze skrze relativní pokles příznaků psychické poruchy. Tomu také odpovídaly výsledky, v nichž se ukázalo, že se na dosažení remise podílí řada proměnných. Pravděpodobnost dosažení remise zvyšovala nižší počáteční míra celkové závažnosti příznaků psychické poruchy, úzkosti, deprese a disociace. Jedinci, kteří na počátku léčby vykazovali vyšší míru vyhýbání se poškození a sebestigmatizace nebo měli diagnostikovanou poruchu osobnosti, také méně často dosáhli remise. To samé se týkalo osob pobírajících invalidní důchod (a v menší míře také lidí se starobním důchodem) a těch, kdo již absolvovali více psychiatrických hospitalizací. Pravděpodobnost dosažení remise naopak zvyšovala počáteční vyšší míra naděje a sebeřízení.

Chtěli jsme zjistit, nakolik hraje sebestigmatizace roli v dosažení remise. K tomuto účelu jsme použili logistickou regresi rozlišující mezi skupinou, která dosáhla remise, a skupinou, která jí nedosáhla. Přišli jsme tak o část výsledků (o pacienty, kteří se sice v léčbě zlepšili, ale remise nedosáhli), tento krok však byl nezbytný vzhledem k nemožnosti realizovat validní ordinální regresi (Norušis, 2012). Dva výsledné modely prediktivních faktorů vysvětlovaly 43,5 % a 48,2 % rozptylu závislé proměnné – dosažení/nedosažení remise. To je velmi signifikantní výsledek, který nasvědčuje, že výsledné prediktory mají značně silný vliv na pravděpodobnost dosažení remise (Cohen, 1988). Šanci na dosažení remise nejvíce zvyšovala počáteční vyšší míra sebeřízení a naděje. Snižovaly ji počáteční vyšší hladiny úzkosti, vyhýbání se poškození a sebestigmatizace.

Vyhýbání se poškození jako osobnostní rys souvisí s úzkostností pacienta, jeho ostýchavostí v sociálním kontaktu, rychlou unavitelností a nízkou tolerancí nejistoty

(interpretace rysů vyhýbání se poškození podle Koseho, 2003). Který z těchto rysů se podílí nejvíce na snížení pravděpodobnosti dosažení remise, nelze říci, protože tak detailně jsme výsledky inventáře TCI-R nečlenili.

Zároveň pravděpodobnost remise zvyšuje charakterový rys sebeřízení, který se může projevat tím, že pacient je schopen identifikovat cíle, o jejichž dosažení chce usilovat, má představu, jak toho dosáhnout, a disponuje dostatečnou mírou motivace k usilování o dosažení vytouženého stavu (Snyder, 2000; Kose, 2003). S tímto rysem souvisí také to, že jedinci, kteří dosáhnou remise, mohou více než lidé s úzkostnými poruchami, kteří remise nedosáhnou, přijímat sebe samé i s chybami a nedostatky, které mají (Cloninger, 1994b).

Všimněme si, jak se zde vzájemně prolínají koncepty úzkosti, vyhýbání se poškození, sebeřízení a naděje. Zejména tři poslední faktory se úzce prolínají a tvoří několik stran téhož jevu. Naděje ve Snyderově pojetí má mnoho společného se sebeřízením i vyhýbáním se poškození a podle předpokladu úzce souvisí s úspěšností léčby (Snyder, 2000). Další rozměr jevu pak představuje sebestigmatizace, která je také významně spojená s vyhýbáním se poškození, sebeřízením, nadějí i úzkostí. Jedinci, kteří souhlasí se stereotypy o lidech s psychickou poruchou, stahují se ze společnosti nebo vnímají, že jsou kvůli psychické poruše diskriminováni, mívají menší šanci, že dosáhnou remise. Odpovídá to výše uvedeným zjištěním, podle nichž sebestigmatizace snižuje účinnost léčby, a odpovídá závěrům výzkumů dalších autorů pracujícím s jinými patientskými skupinami (Yanos et al., 2008; Fung et al., 2010; Tsang et al., 2009).

Pokud bychom měli shrnout zjištěné poznatky, ukazuje se, že ve třech kritériích hodnocení účinnosti léčby je sebestigmatizace jedním z nejvýznamnějších měřených faktorů, které ji ovlivňují. Dalšími faktory, které se podílí na efektivitě kombinované léčby úzkostných poruch, jsou počáteční míra úzkosti, vyhýbání se poškození, sebeřízení, komorbidita poruchy osobnosti a absolvování kognitivně behaviorální terapie. Identifikace těchto proměnných může napomoci úpravě programu léčby úzkostných poruch tak, aby došlo ke zvýšení její účinnosti a zvýšení kvality života a osobní pohody pacientů.

Hlavní omezení studie

Závěrem je potřeba zmínit hlavní faktory, které limitují možnosti zobecnění výsledků. Výzkum byl realizovaný pouze na jednom pracovišti, na kterém v rámci hospitalizace probíhá kombinovaná léčba úzkostných poruch. Studie se zpravidla zúčastnili pacienti, jejichž ambulantní léčba nebyla dostatečně úspěšná a jejichž stav vyžadoval psychiatrickou

hospitalizaci. Jednalo se tedy především o jedince se závažnější symptomatologií, rezistentní na léčbu nebo s většími deficity v každodenním fungování. Dalším omezením studie je převaha sebeuposuzovacích škál při hodnocení efektivity léčby. Použití dalších objektivních škál k hodnocení úzkosti (jako je např. HAMA) by dále zvýšilo validitu a interpretační možnosti výsledků. Dalším omezením studie je fakt, že pacienti užívali různá antidepresiva. Snažili jsme se snížit vliv této proměnné přepočtem léků na standardizované indexové skóry, možný vliv rozdílné medikace na úspěšnost léčby však nelze opomenout. Výzkum lze pojímat jako pilotní studii, která nastiňuje možnosti dalšího bádání v oblasti sebestigmatizace lidí s psychickou poruchou, zejména jedinců s úzkostnými poruchami.

Další výzkum

Současná studie nastínila několik výzkumných otázek, jejichž zodpovězení v další výzkumné práci by mohlo vnést větší světlo pro problematiku internalizovaného stigmatu u psychických poruch. Je potřeba identifikovat procesy, skrze něž se sebestigmatizace podílí na nižší efektivitě farmakoterapie a psychoterapie úzkostných poruch i jiných psychických poruch. Zároveň se zdá být důležité zjistit, jakými cestami působí osobnostní dimenze, jako jsou sebeřízení nebo naděje, jako protektivní faktor ve vzniku internalizovaného stigmatu.

Závěr

Tématem disertační práce byla sebestigmatizace jedinců s úzkostnými poruchami. Zjistili jsme, že internalizované stigma u těchto jedinců souvisí zejména s nízkou mírou naděje a sebeřízení a vyšší mírou deprese, disociace a vyhýbání se poškození. Zdá se, že sebestigmatizace významně snižuje efektivitu kombinované farmakoterapeutické a psychoterapeutické léčby úzkostných poruch.

10. ZÁVĚRY

Tématem této práce bylo internalizované stigma u jedinců s úzkostnými poruchami. Výzkumná část práce stála na třech pilířích – standardizaci Škály ISMI, která měří míru internalizovaného stigmatu u lidí s psychickými poruchami, identifikaci klinických, demografických a osobnostních proměnných, které souvisí se sebestigmatizací, a zjištění, zda internalizované stigma snižuje efektivitu kombinované léčby úzkostných poruch. Výzkumný soubor tvořilo 109 pacientů s úzkostnými poruchami a možnou komorbidní depresí nebo poruchou osobnosti, kteří v období listopadu 2012 až listopadu 2014 absolvovali hospitalizační pobyt na psychoterapeutickém oddělení Kliniky psychiatrie Fakultní nemocnice v Olomouci. Pacienti vyplnili několik škál hodnotících míru psychopatologie (BAI, BDI, CGI, DES) a dalších psychodiagnostických metod (Škálu ISMI, Škálu naděje, TCI-R). Ošetřující lékař nebo přednosta vyplnili objektivní CGI. Pacienti byli vyšetřeni diagnostickým rozhovorem MINI. Práce přinesla tyto výsledky:

Standardizace Škály ISMI

- Překlad do češtiny byl realizovaný dvěma nezávislými překladateli a následný zpětný překlad byl odsouhlasený k použití a publikaci autorkou škály, docentkou Boydovou.
- Celková míra vnitřní konzistence škály je vynikající ($\alpha = 0,91$). Cronbachova alfa jednotlivých subškál je dobrá nebo uspokojivá. Vnitřní konzistence subškály odolnosti vůči stigmatu je slabá.
- Spearman-Brownův koeficient v hodnotě 0,93 poukazuje na vynikající konzistenci škály při jejím rozdělení na sudé a liché položky.
- Reliabilita škály hodnocená pomocí metody test-retest v odstupu tří týdnů je vynikající ($r = 0,90$, $p < 0,001$). Stabilita subškál v čase je také dobrá nebo vynikající. Výjimkou je subškála odolnosti vůči stigmatu, jejíž korelační koeficient poukázal na nízkou stabilitu subškály v čase.
- Ověřili jsme faktorovou strukturu škály. Při použití explorační faktorové analýzy (metodou maximum likelihood s rotací varimax s Kaiserovou normalizací) jsme identifikovali čtyři faktory vysvětlující 49,8 % rozptylu hodnot škály. Sedm položek škály z 29 nejvíce sytilo jiný faktor, než podle teoretického zakotvení škály mělo. Druhý nejvýraznější faktor však již byl ten, do něhož měly původně spadat. Subškály odcizení a stažení ze společnosti se sloučily do jednoho faktoru.

- Zkoumali jsme validitu škály pomocí korelace s metodami měřícími stupeň příznaků deprese (BDI) a celkovou závažnost příznaků psychické poruchy (subjektivní CGI). Podle předpokladu jsme zjistili pozitivní souvislost mezi oběma proměnnými a sebestigmatizací. Vztah mezi internalizovaným stigmatem a mírou deprese byl středně silný. Podobnou těsnost vykázal i vztah mezi sebestigmatizací a subjektivním posouzením závažnosti příznaků psychické poruchy.
- Vytvořili jsme normy, které jsou založené na T-skórech (pro celkovou hodnotu škály) a stenech (pro jednotlivé subškály).

Vztah mezi sebestigmatizací a dalšími proměnnými

- Zjišťovali jsme, zda sebestigmatizace u lidí s úzkostnými poruchami statisticky významně souvisí s vybranými demografickými, klinickými nebo osobnostními proměnnými.
- Skrze drobné statistické analýzy jsme identifikovali několik souvisejících faktorů. Míra sebestigmatizace byla vyšší u pacientů s poruchou osobnosti nebo vyšší mírou úzkosti (BAI), deprese (BDI) či celkových příznaků psychické poruchy (subjCGI i objCGI). Míra internalizovaného stigmatu se také zvyšovala s narůstající mírou disociace a vyhýbání se poškození. Snižovala se pak s rostoucí mírou naděje a rysů sebeřízení, závislosti na odměně, vytrvalosti a spolupráce. Vzhledem k množství signifikantních proměnných jsme realizovali zpětnou krokovou regresi k určení nejvýznamnějších proměnných souvisejících se sebestigmatizací.
- Výsledné regresní modely vysvětlovaly až 53,3 % rozptylu skóreů Škály ISMI. Nejvýznamnějším regresorem se stala naděje. Následoval rys vyhýbání se poškození, disociace, sebeřízení a míra příznaků deprese.

Vztah mezi sebestigmatizací a efektivitou kombinované léčby úzkostných poruch

- Posledním výzkumným cílem bylo zjištění, zda internalizované stigma u jedinců s úzkostnými poruchami ovlivňuje efektivitu podstupené kombinované léčby úzkostných poruch. Hodnotili jsme tři indikátory změny stavu psychopatologie v průběhu terapie – relativní změnu závažnosti celkových příznaků psychické poruchy podle objektivního CGI, relativní změnu závažnosti příznaků úzkosti posuzovaných pacientem (BAI) a rozdíl mezi skupinou pacientů, která dosáhla remise, a skupinou pacientů, která jí nedosáhla.
- **První kritérium změny** představovala relativní změna v objCGI. Míra zlepšení psychického stavu podle tohoto kritéria souvisela s větším počtem faktorů. Relativní

změna celkového psychického stavu byla větší u pacientů s počáteční vyšší mírou sebeřízení a naděje. Snižovala se pak s počáteční vyšší mírou úzkosti, disociace, sebestigmatizace a vyhýbáním se poškození. Jedinci s poruchou osobnosti dosáhli v průběhu léčby menší objektivní změny psychického stavu než lidé bez této komorbidity. Pacienti, kteří podstoupili skupinovou kognitivně behaviorální terapii (při možnosti být přiřazen do této terapie, nebo skupinové krátkodobé psychodynamické terapie), dosáhli větší pozitivní změny psychického stavu. Určitý pozitivní vliv na efektivitu léčby podle tohoto kritéria vykazovala i přítomnost partnerského vztahu.

- Vzhledem k množství signifikantních proměnných jsme realizovali zpětnou krokovou regresi. Regresní modely vysvětlovaly až 18,1 % relativní změny objCGI, což lze interpretovat jako středně velký vliv výsledných prediktorů na závislou proměnnou. Nejvýznamnějším prediktorem se stala počáteční míra sebestigmatizace, následovaná komorbiditou s poruchou osobnosti a absolvováním kognitivně behaviorální terapie.
- **Druhým posuzovaným kritériem** byla relativní změna závažnosti subjektivně vnímaných příznaků úzkosti. Toto kritérium souviselo statisticky významně pouze s počáteční mírou sebestigmatizace (Spearmanovo $r = 0,26$, $p < 0,01$). Vztah byl nepřímo úměrný. S narůstající počáteční mírou sebestigmatizace tedy v průběhu léčby docházelo k menšímu poklesu úzkosti.
- **Třetím hodnoceným kritériem** byl indikátor dosažení, nebo nedosažení remise. Pravděpodobnost dosažení remise snižovala komorbidita s poruchou osobnosti, počáteční vyšší míra psychopatologie (BAI, BDI, CGI, DES), vyšší počet psychiatrických hospitalizací absolvovaných v minulosti a skutečnost, že pacient pobíral invalidní, případně starobní důchod. Pravděpodobnost dosažení remise snižovala i počáteční vyšší míra sebestigmatizace a vyhýbání se poškození a zvyšovala vyšší míra naděje a sebeřízení na počátku léčby.
- Logistická regrese poukázala na pět nejvýznamnějších prediktorů dosažení remise, které vysvětlovaly až 48,2 % závislé proměnné – počáteční míru úzkosti, sebeřízení, naděje, sebestigmatizace a vyhýbání se poškození.

SOUHRN

Stigma je odborný termín se širším množstvím významů. Jeden z nejvýznamnějších vědců zabývajících se stigmatem, Goffman (1963, s. 11), jej definuje jako „*silně diskreditující atribut*“. Stigma je značkou, která je pro okolí znamením méněcennosti, morální slabosti nebo „špatnosti“ svého nositele. Goffman (1963) rozlišuje mezi několika základními typy značek, které vedou ke stigmatizaci jedince. Jedná se o *atributy tělesné* (různé známky postižená těla), *kmenové* (značky vypovídající o příslušnosti člověka k určité rase, národu nebo náboženství) nebo *charakterové* (psychické poruchy, kriminální historie, nezaměstnanost nebo určité politické názory). Psychické poruchy jsou jedněmi z nejčastějších stigmat (Goffman, 1963).

Stigmatizující reakce se spouští, jakmile okolí zaregistruje přítomnost diskreditujícího atributu. Zpravidla pak rychle dochází k vynoření předsudků spojených se značkou. Následuje vyčlenění stigmatizovaného ze středu společnosti. Jedinec ztrácí původní společenské postavení a může být diskriminovaný (Link et al., 2004).

Mezi hlavní příčiny stigmatizace patří nedostatek faktických znalostí o stigmatizovaných jevech, předsudky diskriminační chování, které je zároveň příčinou i důsledkem stigmatizace (Thornicroft et al., 2007).

Rozlišujeme mezi stigmatem veřejným, jinak také celospolečenským, a osobním. Součástí osobního stigmatu je stigma vnímané (očekávání člověka se značkou, že bude stigmatizovaný), zakoušené (reálně prožívané stigma) a internalizované (Livingston & Boyd, 2010; Corrigan et al., 2006; Lebel, 2008). Dlouhou dobu stálo v centru zájmu badatelů stigma veřejné, vnímané a zakoušené (Corrigan & Penn, 1999; Sirey et al., 2001). Stigma však mívá nejtíživější následky, je-li internalizované (Ritsher & Phelan, 2004).

Yanos s kolegy (2008, s. 1438) definují internalizované stigma jako „*stav, kdy jedinec s psychickou poruchou ztrácí dříve ustavené nebo očekávané sebepojetí a přejímá stigmatizující přesvědčení společnosti (já jako nebezpečný, neschopný člověk)*“. Internalizované stigma, jinak také sebestigmatizace, začíná tím, že jedinec na sobě zaregistruje potenciálně stigmatizující atribut. Internalizace postupuje dále, pokud jedinec souhlasí se společenskými předsudky týkajícími se atributu a aplikuje je na sebe samého (Corrigan et al., 2011). Internalizace stigmatu pak může vést k poklesu sebedůvěry a sebeúcty i k celkové změně sebepojetí (Corrigan et al., 2006; Boyd et al., 2014). Následkem změny sebepojetí klesá schopnost prožívat naději a být optimistický (Corrigan

et al., 2009). Tato proměna může vést až k depresi (Boyd et al., 2014). Častá je také zvýšená úzkostnost plynoucí z obavy ze stigmatizace druhými (Corrigan et al., 2009), na kterou nasedá vyhýbavé chování a stažení ze společnosti (Corrigan et al., 2009; Yanos et al., 2008). Internalizované stigma může ústít do nižší spolupráce jedince s psychickou poruchou při farmakoterapii i psychosociálních intervencích (Yanos et al., 2008; Fung et al., 2010).

Pravděpodobnost vzniku internalizovaného stigmatu narůstá s vyšší závažností příznaků psychické poruchy, nižší sebedůvěrou, větší citlivostí vůči odmítnutí a nepřijetí druhými, slabou sociální oporou a studem pociťovaným v souvislosti s psychickou poruchou, kterou jedinec trpí (Livingston & Boyd, 2010; Rüsch et al., 2009b). Většina dosavadního výzkumu sebestigmatizace se zaměřovala na situaci osob s psychózami nebo afektivními poruchami. Alonso s kolegy (2008, 2009) však zjistili, že také lidé s úzkostnými poruchami bývají stigmatizováni, a mohou tedy také trpět internalizovaným stigmatem. Výzkumy na téma sebestigmatizace jedinců s těmito poruchami však chybí.

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychické poruchy (Raboch, 2001). Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2013) rozlišuje mezi fobickými úzkostnými poruchami (agorafobií, sociální fobií, specifickými fobiemi) a jinými úzkostnými poruchami (panickou poruchou, generalizovanou úzkostnou poruchou, smíšenou úzkostně depresivní poruchou). Celoživotní prevalence úzkostných poruch činí až 28,8 % (Kessler et al., 2005). Poruchy se častěji vyskytují u žen než u mužů. Poměr mezi pohlavím je přibližně 2:1 (Alonso et al., 2004). Úzkostné poruchy bývají v naprosté většině případů komorbidní s dalšími psychickými poruchami, jako jsou deprese, jiné úzkostné poruchy nebo poruchy osobnosti (Sartorius et al., 1996). Bez léčby mohou chronifikovat a přinést značnou zátěž jedinci, který jí trpí, i společnosti, v níž žije (Lépine, 2002; Wittchen et al., 2011). Základní metodou léčby úzkostných poruch je psychoterapie (Praško et al., 2014). Farmakoterapie je vhodná v případě potřeby rychlejšího krátkodobého zlepšení na počátku psychoterapie nebo u pacientů s těžší symptomatologií. 20-40 % pacientů s úzkostnými poruchami však bývá na léčbu rezistentní (Praško, 2005; Kasper et al., 2002).

Jednu z možností, jak zkoumat specifické faktory zranitelnosti nebo odolnosti vůči sebestigmatizaci a úzkostným poruchám, nabízí Cloningerova teorie osobnosti. Autor teorie (např. Cloninger, 1986, 1993, 1994b) rozlišuje mezi čtyřmi temperamentovými a třemi charakterovými dimenzemi. Mezi vlastnosti temperamentu řadí rysy vyhledávání nového, vyhýbání se poškození, závislost na odměně a vytrvalost. Charakter se pak

podle něj skládá z rysů sebeřízení, spolupráce a sebezpřesahu (Cloninger, 1986; Kose, 2003; Svrakić et al., 2002). Každý osobnostní rys pak blíže vymezuje a charakterizuje výhody i nevýhody jeho vysoké a nízké míry. Margeticová s kolegy (2010) se pokusili identifikovat osobnostní proměnné spojené s internalizovaným stigmatem u lidí se schizofrenií. Závěrem studie bylo zjištění, že sebestigmatizace souvisí především s vyšším vyhýbáním se poškození a nižším sebeřízením. Vyšší míra rysu vyhýbání se poškození se často nachází také u jedinců s úzkostnými poruchami (ale nejen u nich), kteří průměrně dosahují i nižší míry sebeřízení (např. Wachleski et al., 2008).

Náš výzkum si položil tři základní cíle – přeložit a standardizovat Škálu ISMI, která by umožnila rozvoj výzkumu sebestigmatizace v naší zemi; nastínit, se kterými klinickými, demografickými a osobnostními charakteristikami souvisí sebestigmatizace jedinců s úzkostnými poruchami; a zjistit, zda internalizované stigma snižuje efektivitu kombinované farmakoterapeutické a psychoterapeutické léčby úzkostných poruch. Studie byla založena na kvantitativní metodologii, konkrétní typ výzkumu byl korelační. Sběr dat proběhl cestou vyplňování baterie metod, které tvořily škály posuzující míru psychopatologie (subjCGI, BAI, BDI, DES) a další psychodiagnostické metody (Škála ISMI, Škála naděje, TCI-R). Psychický stav pacientů byl také hodnocený ošetřujícím lékařem nebo přednostou kliniky (objCGI), všichni pacienti byli screeningově vyšetřeni pomocí diagnostického rozhovoru MINI.

Soubor tvořili pacienti s úzkostnou poruchou, kteří absolvovali v období listopad 2012 – listopad 2014 hospitalizační pobyt na psychoterapeutickém oddělení Kliniky psychiatrie Fakultní nemocnice v Olomouci. Pacientům byla nabídnuta možnost účasti na výzkumu, byli seznámeni s jeho podstatou, podepsali informovaný souhlas. Vstupními kritérii bylo naplnění diagnostických kritérií pro některou z úzkostných poruch, dospělý věk a podepsání informovaného souhlasu. Vylučovacími kritérii byly organická psychická porucha, psychóza nyní nebo v anamnéze, aktuální závislost nebo zneužívání návykových látek, disociální porucha osobnosti, těžká deprese, výraznější suicidální tendence nebo nedostatečná schopnost pochopení či vyplnění baterie metod. V daném období byla úzkostná porucha na začátku léčby diagnostikována u 184 pacientů, z toho 145 jedinců souhlasilo s účastí na výzkumu. Studii dokončilo 109 osob, které tvoří konečný soubor probandů. Mezi účastníky výzkumu převažovaly ženy ($n = 73$), průměrný věk činil $40 \pm 12,1$ let. V souboru převažovali zaměstnaní nebo studující ($n = 62$) středoškoláci ($n = 51$) a vyučení ($n = 30$). Probandi byli také nejčastěji svobodní ($n = 40$) nebo v manželském svazku ($n = 39$). Přibližně polovina jedinců uvedla, že některý z jejich příbuzných trpěl

psychickou poruchou. Komorbidní diagnostické spektrum bylo široké. Jakákoliv komorbidní psychiatrická porucha byla stanovená u 66,1 % pacientů, kteří dokončili studii. Nejčastějšími komorbidními diagnózami byla porucha osobnosti, která byla diagnostikovaná u 28,4 % jedinců. Nejčastější poruchou osobnosti byla emočně nestabilní poruchou osobnosti – hraniční typ, která byla diagnostikovaná u 19,3 % pacientů, kteří dokončili studii. Rovněž častou komorbiditou byla depresivní porucha, která se objevila u 23,9 % těch, kteří studii dokončili.

V první kroku dosahování vytyčených cílů jsme převedli a standardizovali Škálu ISMI. Metodu přeložili dva nezávislí lingvisté a zpětný překlad posvětila autorka škály, docentka Boydová. Co se týče reliability celé škály, její hodnota Cronbachovy alfy byla vynikající ($\alpha = 0,91$), stejně jako reliabilita hodnocením test-retest po třech týdnech ($r = 0,90$, $p < 0,001$) a split-half (Spearman-Brownův koeficient = 0,93). Faktorová struktura odhalila čtyři faktory vysvětlující 49,8 % rozptylu skóre škály. Subškály odcizení a stažení ze společnosti se v explorační faktorové analýze sloučily do jedné. 22 z 29 položek škály nejvíce sytilo faktor, do něhož dle teorie měly spadat. Potvrdili jsme validitu metody korelací škály s metodou měřící míru depresivních příznaků (BDI) a škálou hodnotící celkovou závažnost příznaků psychické poruchy (subjCGI). Vytvořili jsme normy, které jsou založené na T-skórech (pro celou škálu) a stenech (pro subškály). Diskutovali jsme nedostatky v konstrukci škály a navrhli jejich možná řešení.

Na základě studia literatury jsme formulovali několik hypotéz o možném vztahu mezi sebestigmatizací a klinickými, demografickými a osobnostními proměnnými. Zjistili jsme, že vyšší míra sebestigmatizace nejtěsněji souvisí s nízkou mírou naděje, vyšší mírou rysu vyhýbání se poškození a disociace. Těsně se pojí také s nízkou mírou sebeřízení a intenzivnějšími příznaky deprese. Výsledky jsme dále diskutovali.

Vztah mezi sebestigmatizací a úspěšností léčby úzkostných poruch jsme zkoumali pomocí tří kritérií - relativní změny závažnosti celkových příznaků psychické poruchy (objCGI), relativní změny závažnosti příznaků úzkosti (BAI) a rozdílů mezi skupinou pacientů, která dosáhla remise, a skupinou pacientů, která jí nedosáhla.

Větší úspěšnost léčby posuzovaná pomocí relativní změna v objCGI souvisela s počátečním nižším sklonem k sebestigmatizaci, absencí komorbidit s poruchou osobnosti a absolvováním kognitivně behaviorální terapie.

Pokles intenzity příznaků úzkosti byl predikovaný pouze počáteční mírou sebestigmatizace, kdy jedinci s větším sklonem k sebestigmatizaci zaznamenali menší pokles úzkosti.

Dosažení remise pak nejvíce predikovala nižší počáteční míra úzkosti. Následovaly vyšší míra sebeřízení a naděje. Významný vliv vykazoval i menší sklon k sebestigmatizaci a vyhýbání se poškození na počátku léčby. Výsledky jsme dále diskutovali.

Studie má několik nedostatků, které omezují možnosti zobecnění jejích závěrů. Výzkum byl realizovaný pouze na jednom klinickém pracovišti. Výzkumu se zúčastnili hospitalizovaní pacienti. Pokud bychom chtěli závěry generalizovat na celou populaci pacientů s úzkostnými poruchami, museli bychom do výzkumu zahrnout i jedince podstupující pouze ambulantní léčbu. Omezením je také skutečnost, že metody hodnocení tvořily především sebesozovací škály a inventář. Pacienti navíc užívali rozdílné léky. V dalším výzkumu bude potřebné zjistit, jakými konkrétními cestami sebestigmatizace snižuje efektivitu léčby úzkostných poruch, a na základě těchto zjištění formulovat podněty k terapeutické práci na snižování internalizovaného stigmatu u pacientů s úzkostnými poruchami. S tím se pojí i další úsilí v upřesnění způsobů, jakými identifikované osobnostní proměnné chrání jedince před vznikem internalizovaného stigmatu, a zahrnutí těchto poznatků do léčby pacientů s úzkostnými poruchami.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- Adamcová, K., Praško, J., & Raszka, M. (2010). Oddálení léčby u pacientů s panickou poruchou. *Česká a slovenská psychiatrie*, 106(2), 145-149.
- Adler, A. (1999). *Porozumění životu: Úvod to individuální psychologie*. Praha: Aurora.
- Aisbett, D. L., Boyd, C. P., Francis, K. J., Newnham, K., & Newnham, K. (2007). Understanding barriers to mental health service utilization for adolescents in rural Australia. *Rural and Remote Health*, 7, 624.
- Albert, U., Maina, G., Bergesio, C., & Bogetto, F. (2006). Axis I and II comorbidities in subjects with and without nocturnal panic. *Depression and Anxiety*, 23(7), 422-428.
- Alboreda-Flórez, J. (2005). Stigma and discrimination: An overview. *World Psychiatry*, 4(Suppl. 1), 8-10.
- Allison, P. D. (1999). *Multiple regression: A primer*. Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 420, 21-27.
- Alonso, J., Buron, A., Bruffaerts, R., He, Y., Posada-Villa, J., Lepine, J. P., ... Von Korff, M. (2008). World Mental Health Consortium: Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: Results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(4), 305-314.
- Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., de Graaf, R., Haro, J. M., de Girolamo, G., Bruffaerts, R., ... & ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 118(1-3), 180-186.
- Alvidrez, J. (1999). Ethnic variations in mental health attitudes and service use among low-income African American, Latina, and European young women. *Community Mental Health Journal*, 35(6), 515-530.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115.

- Ampollini, P., Marchesi, C., Signifredi, R., Ghinaglia, E., Scardovi, F., et al. (1999). Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *Journal of Affective Disorders*, 52(1-3), 203-207.
- Anderson, R., Baxter, L. A., & Cissna, K. N. (Eds.) (2003). *Dialogue: Theorizing Difference in Communication Studies*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309.
- Angermeyer, M. C., Schulze, B., & Dietrich, S. (2003). Courtesy stigma. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 593-602.
- Anglin, D. M., Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Racial differences in stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Psychiatric Services*, 57(6), 857-862.
- APA (2006). *Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249-256.
- Balestrieri, M., Isola, M., Quartaroli, M., Roncolato, M., & Bellantuono, C. (2010). Assessing mixed anxiety-depressive disorder: A national primary care survey. *Psychiatry Research*, 176(2-3), 197-201.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.
- Batelaan, N., Spijker, J., de Graaf, R., & Cuijpers, P. (2012). Mixed anxiety depression should not be included in DSM-5. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(6), 495-498.
- Bathje, G. J. & Pryor, J. B. (2011). The relationships of public and self-stigma to seeking mental health services. *Journal of Mental Health Counselling*, 33(2), 161-176.
- Beck, A. T. & Beamesderfer, A. (1974). Assessment of Depression: The Depression Inventory. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 7, 151-169.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T. & Greenberg, R. L. (1984). Cognitive therapy in the treatment of depression. In N. Hoffman (Ed.), *Foundations of cognitive therapy: Theoretical models and practical applications* (155-178). New York: Springer.

- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1991). Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 5(3), 213-223.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.
- Becker, E. S., Rinck, M., Türke, V., Kause, P., Goodwin, R., Neumer, S., & Margraf, J. (2007). Epidemiology of specific phobia subtypes: Findings from the Dresden Mental Health Study. *European Psychiatry*, 22(2), 69-74.
- Beldie, A., den Boer, J. A., Brain, C., Constant, E., Figueira, M. L., Filipcic, I., ... Wancata, J. (2012). Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(Suppl. 1), 1-38.
- Belwick, V., Cheek, L., & Ball, J. (2005). Statistics review 14: Logistic regression. *Critical care*, 9(1), 112-118.
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bhatnager, P. & Rastogi, M. (1986). Cognitive style and basic ideal disparity in males and females. *Indian Journal of Current Psychological Research*, 1, 36-40.
- Bialock, J. A. & Joiner, T. E. Jr. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), 47-65.
- Bifftu, B. B. & Dachew, B. A. (2014). Perceived stigma and associated factors among people with schizophrenia at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: A cross-sectional institution based study. *Psychiatry Journal*, article ID: 694565, 7 pages.
- Bland, R. & Darlington, Y. (2002), The nature and sources of hope: Perspectives of family caregivers of people with serious mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 38(2), 61-68.
- Bosacki, S., Innerd, W., & Towson, S. (1997). Field independence-dependence and self-esteem in preadolescents: Does gender make a difference? *Journal of Youth and Adolescence*, 26(6), 691-703.
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: A multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221-231.

- Brändström, S., Richter, J., & Nylander, P. O. (2003). Further development of the temperament and character inventory. *Psychological Reports, 93*, 995-1002.
- Bremner, J. D. & Brett, E. (1997). Trauma-related dissociative states and long-term psychopathology in posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma Stress, 10*, 37-49.
- Brewerton, T. D., Hand, L. D., Bishop, E. R. Jr. (1993). The Tridimensional Personality Questionnaire in eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders, 14*, 213-218.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2010a). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research, 122*, 232-238.
- Brohan, E., Gauci, D., Sartorius, N., Thornicroft, G., & GAMIAN-Europe Study Group (2010b). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Journal of Affective Disorders, 129*, 56-63.
- Brown, B., Nolan, P., Crawford, P., & Lewis, A. (1996). Interaction, language and the „narrative turn“ in psychotherapy and psychiatry. *Social Science and Medicine, 43*(11), 1569-1578.
- Bruce, T. (2004). *Exploratory or confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., ... Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry, 162*(6), 1179-1187.
- Brunello, N., den Boer, J. A., Judd, L. L., Kasper, S., Kelsey, J. E., Lader, M., ... Wittchen, H. U. (2000). Social phobia: Diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *Journal of Affective Disorders, 60*(1), 61-74.
- Busner, J. & Targum, S. D. (2007). The Clinical Global Impressions Scale: Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmonton), 4*(7), 28-37.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment, 6*(1), 65-72.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
- Camp, D. L., Finlay, W. M., & Lyons, E. (2002). Is low self-esteem inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science and Medicine, 55*(5), 823-834.

- Carlbring, P., Gustaffson, H., Ekselius, L., & Andersson, G. (2002). 12-month prevalence of panic disorder with or without agoraphobia in the Swedish general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(5), 207-211.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cinculová, A., Kamarádová, D., Ocisková, M., Látalová, K., Vrbová, K., Praško, J., ... Ticháčková, A. (2015). Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u úzkostných poruch – průřezová studie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 111(1), 577-583.
- Clare, A. (2000). Public attitudes and the problem of stigma: Psychiatry and the media. In M. G. Gelder, J. J. López-Ibor, & A. Andreasen (Eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry* (5-8). London: Oxford University Press.
- Cloninger, C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 4, 167-226.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
- Cloninger, C. R. (1988). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states: A reply to commentaries. *Psychiatric Developments*, 6(2), 83-120.
- Cloninger, C. R. (1994a). *The Temperament and Character Inventory (TCI) – A guide to its development and use*. St. Louis, Missouri: Centre for Psychobiology of Personality.
- Cloninger, C. R. (1994b). Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology*, 4, 266-273.
- Cloninger, C. R., Svrakić, D. M., Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cloninger, C. R., Zohar, A. H., Hirschmann, S., & Dahan, D. (2011). The psychological costs and benefits of being highly persistent: Personality profiles distinguish mood disorders from anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, doi: 10.1016/j.jad.2011.09.046
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (second edition). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Goikolea, J. M., Popova, E., Bonnin, C. M., & Scott, J. (2009). Psychoeducation for bipolar II disorder: An exploratory 5-year outcome subanalysis. *Journal of Affective Disorders*, 12, 30-35.
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 201-222.

- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the „why try“ effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75-81.
- Corrigan, P. W. & O'Shaughnessy, J. R. (2007). Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Australian Psychologist*, 42(2), 90-97.
- Corrigan, P. W. & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, 765-776.
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189, 339-343.
- Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35-53.
- Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43(5), 439-458.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). Understanding the self-stigma of mental illness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 875-884.
- Cox, B. J., Cohen, E., Direnfeld, D. M., & Swinson, R. P. (1996). Does the Beck Anxiety Inventory measure anything beyond panic attack symptoms? *Behaviour Research and Therapy*, 34(11-12), 949-954.
- Crips, A., Gelder, M. G., Goddard, E., Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illness: A follow-up study with the changing minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4, 106-113.
- Crocker, J. (2002). The costs of seeking self-esteem. *Journal of Social Issues*, 58(3), 597-615.
- Crocker, J. & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96, 608-630.
- Cuenca, O. (2001). Mass media and psychiatry: An introduction. *Current Opinion in Psychiatry*, 14(6), 527-528.
- Čaplová, T. & Žucha, I. (2007). Stigma: Medicínsko-psychologická úvaha. *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika*, 14(1), 3-4.
- Černý, M. & Hajduk, M. (2009). Přístup gestalt terapie k úzkosti. *Psychiatrie pro praxi*, 10(5), 231-233.
- Dain, N. (1994). Reflections of antipsychiatry and stigma in the history of American psychiatry. *Psychiatric Services*, 45(10), 1010-1014.

- Dancey, C. & Reidy, J. (2004). *Statistics without maths for psychology: Using SPSS for Windows*. London: Prentice Hall.
- Das-Munshi, J., Goldberg, D., Bebbington, P. E., Bhugra, D. K., Brugha, T. S., Dewey, M. E., ... Prince, M. (2008). Public health significance of mixed anxiety and depression: Beyond current classification. *The British Journal of Psychiatry*, *192*, 171-177.
- Davidson, L. & Strauss, J. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *The British Journal of Medical Psychology*, *65*, 131-145.
- Davies, D. & Neal, C. (1995). *Pink therapy: A guide for counsellors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients*. London: Open University Press.
- De Beurs, E., Wilson, K. A., Chambless, D. L., Goldstein, A. J., & Feske, U. (1997). Convergent and divergent validity of the Beck Anxiety Inventory for patients with panic disorder and agoraphobia. *Depression and Anxiety*, *6*(4), 140-146.
- De Jong, P. J. (2002). Implicit self-esteem and social anxiety: Differential self-favouring effects in high and low anxious individuals. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(5), 501-508.
- Dell, P. F. & O'Neil, J. A. (2009). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge.
- Der-Yan, H., Sue-Huei, C., Kwang-Kuo, H., & Hai-Lang, W. (2006). Effects of psychoeducation for depression on help-seeking willingness: Biological attribution versus destigmatization. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *60*(6), 662-668.
- Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B., & Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *28*, 143-155.
- Disman, M. (1993). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Avicenum.
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, *10*(2), 83-89.
- EMEA (2002). *Guideline for good clinical practice*. Dostupné ke dni 7. března 2015 z: <http://ethikkommission.meduniwien.ac.at/fileadmin/ethik/media/dokumente/rechtsgrundlagen/GCP.pdf>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129-136.
- Engin, D. M. (2006). The relationships among coping with stress, life satisfaction, decision-making styles and decision self-esteem: An investigation with Turkish university students. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, *34*(9), 1161-1170.

- Epley, N. & Gilovich, T. (1999). Just going along: Nonconscious priming and conformity to social pressure. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35(6), 578-589.
- Falanga, R., de Caroli, M. E., & Sagone, E. (2011). Attitudes towards disability: The experience of „contact“ in a sample of Italian college students. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(4), 91-99.
- Faravelli, C. & Paionni, A. (2001). Panic disorder: Clinical course, morbidity and comorbidity. In E. J. L. Griez, C. Faravelli, D. Nutt, & J. Zohar (Eds.), *Anxiety disorders. An introduction to clinical management and research* (51-79). Chichester: John Wiley & Sons.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Tossani, E., & Grandi, S. (2008). Agoraphobia is a disease: A tribute to Sir Martin Roth. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(3), 133-138.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H. U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 453-462.
- Finzen, A. (2000). Stigma, stimabewältigung, entstigmatisierung. *Psychiatrische Praxis*, 27, 316-320.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Follett, K. J. & Hess, T. M. (2002). Aging, cognitive complexity, and the fundamental attribution error. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(4), P312-P323.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *The International Journal of Psychoanalysis*, 72(4), 639-656.
- Foucault, M. (1994). *Dějiny šilencství*. Praha: Lidové noviny.
- Frankl, V. E. (2006). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta.
- Frischholz, E. J., Braun, B. G., Sachs, R. G., Hopkins, L., Shaeffer, D. M., Lewis, J., ... Schwartz, D. R. (1990). The Dissociative Experiences Scale: Further replication and validation. *Dissociation*, 3(3), 151-153.
- Funder, D. C. (1987). Errors and mistakes: Evaluating the accuracy of social judgment. *Psychological Bulletin*, 101(1), 75-90.

- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., & Chan, F. (2010). Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: A path analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*, 561-568.
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., & Cheung, W. M. (2011). Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, *189*(2), 208-214.
- Gaebel, W., Baumann, A. E., & Zäske, H. (2005). Intervening in a multi-level network: Progress of the German Open the Doors project. *World Psychiatry*, *4*(Suppl. 1), 16-20.
- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (fourth edition). Boston: Allyn & Bacon.
- Ginsberg, D. L. (2004). Women and anxiety disorders: Implications for diagnosis and treatment. *CNS Spectrums*, *9*(9), 1-3.
- Girma, E., Möler-Leimkühler, A. M., Dehning, S., Mueller, N., Tesfaye, M., & Froeschl, G. (2014). Self-stigma among caregivers of people with mental illness: Toward caregivers' empowerment. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *7*, 37-43.
- Gjuričová, Š. & Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie – Systemické a narativní přístupy* (2. vyd.). Praha: Grada.
- Goffman, E. (1963). *Notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books.
- Goodwin, R. D., Faravelli, C., Rosi, S., Cosci, F., Truglia, E., de Graaf, R., & Wittchen, H. U. (2005). The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, *15*(4), 435-443.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Blanco, C., Stinson, F. S., Chou, S. P., Goldstein, R. B., ... Huang, B. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, *66*(11), 1351-1361.
- Graves, R. E., Cassini, J. E., & Penn, D. L. (2005). Psychophysiological evaluation of stigma towards schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *76*(2-3), 317-327.
- Gray, A. J. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *95*, 72-76.
- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., & Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, *13*(2), 161-175.

- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., ... CDBE2010Study Group (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(10), 718-779.
- Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville: DHEW.
- Hajda, M., Kamarádová, D., Látalová, K., Praško, J., Ocisková, M., Cinculová, A., ..., Ticháčková, A. (v tisku). Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u pacientů s bipolární poruchou v remisi – Průřezová studie. *Psychiatrie pro praxi*, v tisku.
- Halama, P. (2001). Slovenská verzia Snyderovej Škály nádeje: Preklad a adaptácia. *Československá psychologie*, 45(2), 135-142.
- Hansen, B., Vogel, P. A., Stiles, T. C., & Götestam, K. G. (2007). Influence of comorbid generalized anxiety disorder, panic disorder and personality disorders on the outcome of cognitive behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(3), 145-155.
- Hansenne, M., Delhez, M., & Cloninger, C. R. (2005). Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory – Revised (TCI-R) in a Belgian sample. *Journal of Personality Assessment*, 85(1), 40-49.
- Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., Meir, T., & Rozencwaig, S. (2009). Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Research*, 167, 231-238.
- Henkel, V., Bussfeld, P., Möller, H. J., & Hegerl, U. (2002). Cognitive-behavioural theories of helplessness/hopelessness: Valid models of depression? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(2), 240-249.
- Heretik, A. & Poluchová, J. (2009). Stigma duševných poruch z pohľadu ľudí s diagnózou schizofrénia. Výsledky výzkumu. *Psychiatrie, psychoterapia, psychosomatika*, 16(1), 2-11.
- Hettema, J. M., An, S. S., Neale, M. C., et al. (2006). Association between glutamic acid decarboxylase genes and anxiety disorders, major depression, and neuroticism. *Molecular Psychiatry*, 11(8), 752-762.
- Hirai, M. & Clum, G. A. (2000). Development, reliability, and validity of the Beliefs Toward Mental Illness Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22(3), 221-236.
- Hofmann, S. G. & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621-632.

- Holmes, E. P. & River, L. P. (1999). Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 231-239.
- Holtgraves, T. & Stockdale, G. (1997). The assessment of dissociative experiences in a non-clinical population: Reliability, validity, and factor structure of the Dissociative Experiences Scale. *Personality and Individual Differences*, 22(5), 699-706.
- Horsfall, J., Cleary, M., & Hunt, G. E. (2010). Stigma in mental health: Clients and professionals. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(7), 450-455.
- Hrubý, R., Ondrejka, I., & Nosáľová, G. (2007). Základy teórie osobnosti podľa R. C. Cloningera. *Psychiatria*, 14(2-3), 114-120.
- Huxley, P. & Thornicroft, G. (2003). Social inclusion, social quality and mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 289-290.
- Chan, S. W. (2011). Global perspectives of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 339-349.
- Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *The American Journal of Psychiatry*, 161(2), 195-216.
- Cheng-Fang, Y., Cheng-Chung, C., Yu, L., Tze-Chun, T., Chih-Hung, K., & Ju-Yu, Y. (2009). Association between quality of life and self-stigma, insight, and adverse effects of medication in patients with depressive disorders. *Depression and Anxiety*, 53(11), 1033-1039.
- Cheng-Fang, Y., Cheng-Chun, C., Yu, L., Tze-Chun, T., Ju-Yu, Y., & Chih-Hung, K. (2005). Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatric Services*, 56(5), 599-601.
- Choy, Y., Fyer, A. J., & Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 266-286.
- Chromý, K. (1990). *Duševní nemoc. Sociologický a sociálně-psychologický pohled*. Praha: Avicenum.
- Irwin, H. J. (1998). Affective predictors of dissociation. II: Shame and guilt. *Journal of Clinical Psychology*, 54(2), 237-245.
- Isen, A. M. (2003). Positive affect as a source of human strength. In L. G. Aspinwall & U. M. Staundinger (Eds.), *A Psychology of Human Strength* (179-195). Washington, DC: American Psychological Association.
- Jenkins, R. (2001). Making psychiatric epidemiology useful: The contribution of epidemiology to government policy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(1), 2-14.

- Jones, L. K. & Cureton, J. L. (2014). Trauma redefined in DSM-V: Rationale and implications for counselling practice. *The Professional Counselor*, 4(3), 257-271.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., & French, R. S. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: WH Freeman.
- Julian, L. J. (2011). Measures of Anxiety. *Arthritis Care and Research*, 63(S11), S467-S472.
- Jylhä, P. & Isometsä, E. (2006). Temperament, character and symptoms of anxiety and depression in the general population. *European Psychiatry*, 21, 389-395.
- Kamarádová, D., Látalová, K., Praško, J., Cinculová, A., Kubínek, R., Mainerová, B., ..., Ticháčková, A. (v tisku). Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u psychických poruch – Průřezová studie. *Psychiatrie*.
- Kamarádová, D., Látalová, K., Praško, J., Jelenová, D., Mainerová, B., Grambal, A., ... Táborský, J. (2013). Terapeutická odezva na komplexní léčbu u pacientů se sociální fobií. *Psychiatrie pro praxi*, 14(4), 169-173.
- Kanter, J. W., Rüsck, L. C., & Brondino, M. J. (2008). Depression self-stigma: A new measure and preliminary results. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(9), 663-670.
- Kasper, S., Zohar, J., & Stein, D. J. (2002). *Decision making in psychopharmacology*. London: Martin Dunitz.
- Katerndahl, D. A. (2003). Predictors and outcomes in people told that they have panic attacks. *Depression & Anxiety*, 17, 98-100.
- Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S. (2010). Marginalization of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 16(3), 145-154.
- Kennedy, B. L., Schwab, J. J., & Hyde, J. A. (2001). Defense styles and personality dimensions of research subjects with anxiety and depressive disorders. *Psychiatric Quarterly*, 72(3), 251-262.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, M. S. (). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 415-424.

- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshelman, S., ... Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8-19.
- Kikuchi, M., Komuro, R., Oka, H., Kidani, T., Hanaoka, A., & Koshino, Y. (2005). Panic disorder with and without agoraphobia: Comorbidity within a half-year of the onset of panic disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *59*, 639-643.
- Kolařík, M., Bendová, K., Dolejš, M., Dostál, D., Charvát, M., Pechová, O., ... Vtípil, Z. (2013). *Manuál pro psaní diplomových prací na katedře psychologie FF UP v Olomouci*. Olomouc: Nakladatelství Univerzity Palackého v Olomouci.
- Kose, S. (2003). A psychobiological model of temperament and character: TCI. *Yeni Symposium*, *41*(2), 86-97.
- Koutek, J. (2010). Separační úzkostná porucha v dětství. *Vox Paediatricae*, *10*(5), 17-18.
- Kožený, J. & Tišanská, L. (1998). Formální vlastnosti dotazníku TCI testované na datech adolescentů. *Československá psychologie*, *42*(1), 75-83.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kusá, Z. & Ondrejka, I. (2006). Stigmatizácia a psychická porucha. *Kontakt*, *2*, 272-279.
- Kwon, P. (2000). Hope and dysphoria: The moderating role of defense mechanisms. *Journal of Personality*, *68*(2), 199-223.
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatise their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(Suppl. 429), 51-59.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, *199*, 445-452.
- Lebel, T. (2008). Perceptions of and responses to stigma. *Comparative Sociology*, *2*, 409-432.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. London: Simon & Schuster.
- Leeies, M., Pagura, J., Sareen, J., & Bolton, J. M. (2010). The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, *27*(8), 731-736.

- Leff, J. & Warner, R. (2006). *Social inclusion of people with mental illness*. New York: Cambridge University Press.
- Leong, F. T. L. & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27(1), 123-132.
- Lépine, J. P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders: Prevalence and societal costs. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(Suppl. 14), 4-8.
- Leyfer, O. T., Ruberg, J. L., Woodruff-Borden, J. (2006). Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 20, 444-458.
- Libiger, J. (2001). Stigma duševního onemocnění. *Psychiatrie*, 5(1), 38-40.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. (1987). The social rejection of ex-mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92, 1461-1500.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 400-423.
- Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328-1333.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 177-190.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541.
- Livingston, J. D. & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 71(12), 2150-2161.
- Luhrmann, T. M. (2000). *Of two minds: The growing disorder in American psychiatry*. New York: Knopf.

- Lysaker, P. H., Buck, K. D., & Roe, D. (2007). Psychotherapy and recovery in schizophrenia: A proposal of critical elements for an integrative psychotherapy attuned to narrative in schizophrenia. *Psychological Services, 4*, 28-37.
- Lysaker, P. H., Buck, K. D., Taylor, A. C., & Roe, D. (2008). Associations of metacognition and internalized stigma with quantitative assessments of self-experience in narratives of schizophrenia. *Psychiatry Research, 157*(1-3), 31-38.
- Lysaker, P. H., Clements, C. A., Wright, D. E., Evans, J., & Marks, K. (2001). Neurocognitive correlates of helplessness, hopelessness, and well-being in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(7), 457-462.
- Lysaker, P. H., Lancaster, R. S., & Lysaker, J. T. (2003). Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 76*(3), 285-299.
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin, 33*(1), 192-199.
- Lysaker, P. H., Yanos, P. T., Outcalt, J., & Roe, D. (2010). Association of stigma, self-esteem, and symptoms with prospective assessment of social anxiety in schizophrenia. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses, 4*(1), 41-48.
- Maier, S. F. & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology, 105*(1), 3-46.
- Major, B., McCoy, S. K., Kaiser, C. R., & Quinton, W. J. (2003). Prejudice and self-esteem: A transactional model. *European Review of Social Psychology, 14*, 77-104.
- Mancebo, M. C., Grant, J. E., Pinto, A., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2009). Substance use disorders in an obsessive compulsive disorder clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(4), 429-435.
- Margetić, B. A., Jakovljević, M., Ivanec, D., Margetić, B., & Tošić, G. (2010). Relations of internalized stigma with temperament and character in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry, 51*(6), 603-606.
- Margetić, B. A., Jakšić, N., Boričević Maršanić, V., & Jakovljević, M. (2014). Harm avoidance moderates the relationship between internalized stigma and depressive symptoms in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research, 219*(1), 92-94.

- Marchesi, C., De Panfilis, C., Cantoni, A., Fonto, S., Gianelli, M. R., & Maggini, C. (2006). Personality disorders and response to medication treatment in panic disorder: A 1-year naturalistic study. *Progress in Neuropsychopharmacology*, 30(7), 1240-1245.
- Martin, J. K., Pescosolido, B. A., & Tuch, S. A. (2000). Of fear and loathing: The role of „disturbing behavior,“ labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 208-223.
- Mashiach-Eizenberg, M., Hasson-Ohayon, I., Yanos, P. T., Lysaker, P. H., & Roe, D. (2013). Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Research*, 208(1), 15-20.
- McDonald, J. H. (2014). *Handbook of biological statistics* (third ed.). Baltimore, Maryland: Sparky House Publishing.
- Mental Health First Aid (2011). A guide for caregivers of people with mental illness. Získáno 18. února 2014 z: <http://www.mhfa.com.au/cms/wp-content/uploads/2011/10/Guidelines-for-Carers-2011.pdf>
- Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (2013). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10. revize* (aktualizovaná verze k 1. 4. 2014). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Michael, S. T. & Snyder, C. R. R. (2005). Getting unstuck: The roles of hope, finding meaning, and rumination in the adjustment to bereavement among college students. *Death Studies*, 29, 435-458.
- Michael, T., Zetsche, U., & Margraf, J. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Epidemiology and psychopharmacology*, 6(4), 136-142.
- Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: State of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1408-1419.
- Migram, S. (1963). Behavioral study of obedience. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67(4), 371-378.
- Miller, C. T. (2006). Social psychological perspectives on coping with stressors related to stigma. In S. Levin & C. van Laar (Eds.), *Stigma and group inequality: Social psychological perspectives*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, pp. 21-44.
- Ministerstvo zdravotnictví (8. října 2013). *Strategie reformy psychiatrické péče*. Získáno z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

- Mistik, S. & Turan, T. (2005). Changes in medical students: Opinions and attitudes towards mental illness. *Middle East Journal of Family Medicine*, 3(4), 19-24.
- Mittal, D., Sullivan, G., Cheruki, L., Allee, E., & Corrigan, P. W. (2012). Empirical studies of self-stigma reduction strategies: A critical review of the literature. *Psychiatric Services*, 63(10), 974-981.
- Mueser, K. T. & Jeste, D. V. (2011). *Clinical Handbook of Schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- Nabors, L. M., Yanos, P. T., Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Leonhardt, B. L., Buck, K. D., & Lysaker, P. H. (2014). Stereotype endorsement, metacognitive capacity, and self-esteem as predictors of stigma resistance in persons with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 792-798.
- Nairn, R. (1999). Does the use of psychiatrists as sources of information improve media depictions of mental illness? A pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(4), 583-589.
- Nathans, L. L., Oswald, F. L., & Nimon, K. (2012). Interpreting multiple linear regression: A guidebook of variable importance. *Practical Assessment, Research, & Evaluation*, 17(9), 1-19.
- Nawka, A., Rukavina, T. V., Nawková, L., Jovanović, N., Brborović, O., & Raboch, J. (2012). Psychiatric disorders and aggression in the printed media: Is there a link? A central European perspective. *BMC Psychiatry*, 12(1), 19.
- Nawková, L., Nawka, A., Adámková, T., Rukavina, T. V., Holcnerová, P., Kuzman, M. R., ... Raboch, J. (2012). The picture of mental health/illness in the printed media in three Central European countries. *Journal of Health Communication*, 17(1), 22-40.
- Nery, F. G., Hatch, J. P., Glahn, D. C., Nicoletti, M. A., Monkul, E. S., Najt, P., ... Soares, J. C. (2008). Temperament and character traits in patients with bipolar disorder and associations with comorbid alcoholism or anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 42(7), 569-577.
- Ng, Ch. (1997). The stigma of mental illness in Asian cultures. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(3), 382-390.
- NICE (2011). *Generalized anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults*. Dostupné ke dni 7. března 2015:
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/resources/guidance-generalised-anxiety-disorder-and-panic-disorder-with-or-without-agoraphobia-in-adults-pdf>

- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709-714.
- Norušis, M. J. (2012). *IBM SPSS Statistics 19: Advanced Statistical Procedures Companion*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- O'Brien, R. M. (2007). A caution regarding rules of thumb for variance inflation factors. *Quality & Quantity*, 41(5), 673.
- Ocisková, M. (2013). *Některé aspekty naděje ve vztahu k životní smysluplnosti a osobní pohodě u vysokoškolských studentů* (Nepublikovaná rigorózní práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ocisková, M. & Praško, J. (v tisku). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada.
- Ocisková, M., Praško, J., Dostálová, L., Kamarádová, D., Látalová, K., Cinculová, A., ... Ticháčková, A. (2014a). Sebestigmatizace u psychiatrických pacientů – Standardizace Škály ISMI. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(6), 301-310.
- Ocisková, M., Praško, J., Kamarádová, D., Grambal, A., Kasalová, P., Sigmundová, Z., & Vrbová, K. (v tisku). Coping strategies, hope, and treatment efficacy in pharmaco-resistant patients with neurotic spectrum disorders. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment*.
- Ocisková, M., Praško, J., Látalová, K., Kamarádová, D., Grambal, A., Sigmundová, Z., & Sedláčková, Z. (2014b). Internalizované stigma a efektivita farmakoterapie a psychoterapie u úzkostných poruch a poruch neurotického spektra. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(3), 133-143.
- Ocisková, M., Sobotková, I., Praško, J., et al. (nedat.). *Standardizace Škály naděje*.
- Orth, U., Berking, M., & Burkhardt, S. (2006). Self-conscious emotions and depression: Rumination explains why shame but not guilt is maladaptive. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 32(12), 1608-1619.
- Osman, M. & Kjellin, I. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 494-498.
- Ottensbreit, N. D. & Dobson, K. S. (2004). Avoidance and depression: The construction of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 42(3), 293-313.
- Overbeek, T., Vermetten, E., & Griez, E. J. L. (2001). Epidemiology of anxiety disorders. In E. J. L. Griez, C. Faravelli, D. Nutt, D. Zohar (Eds.), *Anxiety Disorders: An Introduction to Clinical Management and Research* (3-24). Chichester: John Wiley and Sons.

- Padurariu, M., Ciobica, A., Persson, C., & Stefanescu, C. (2011). Self-stigma in psychiatry: Ethical and bio-psycho-social perspectives. *Romanian Journal of Bioethics*, 9(1), 76-82.
- Pennebaker, J. W. & Seagal, J. D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1243-1254.
- Peris, T. S., Teachman, B. A., & Nosek, B. A. (2008). Implicit and explicit stigma of mental illness: Links to clinical care. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(10), 752-760.
- Perlick, D. A., Nelson, A. H., Mattias, K., Selzer, J., Kalvin, C., Wilber, C. H., ..., Corrigan, P. W. (2011). In our own voice-family companion: Reducing self-stigma of family members of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 62(12), 1456-1462.
- Perry, B. M., Taylor, D., & Shaw, S. K. (2007). „You´ve got to have a positive state of mind“: An interpretative phenomenological analysis of hope and first episode psychosis. *Journal of Mental Health*, 16(6), 781-793.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 188-207.
- Pinninti, N. R., Madison, H., Musser, E., & Rissmiller, D. (2003). MINI International Neuropsychiatric Schedule: Clinical utility and patient acceptance. *European Psychiatry*, 18, 361-364.
- Pomerleau, C. S., Pomerleau, O. F., Flessland, K. A., & Basson, S. M. (1992). Relationship of Tridimensional Personality Questionnaire scores and smoking variables in female and male smokers. *Journal of Substance Abuse*, 4, 143-154.
- Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy: Klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál.
- Praško, J. (2010). Stigma psychiatrie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 106(2), 71-72.
- Praško, J., Divéky, T., Grambal, A., Kamarádová, D., Látalová, K., Mainerová, B., ... Trčová, A. (2010a). Narrative cognitive behavioral therapy for psychosis. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 52(1), 135-146.
- Praško, J., Divéky, T., Grambal, A., Kamarádová, D., Možný, P., Sigmundová, Z., ... Vyskočilová, J. (2010b). Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical papers*, 154, 189-198.
- Praško, J., Divéky, T., Kamarádová, D., Jelenová, D., Grambal, A., Sigmundová, Z., & Šilhán, P. (2012). Stigmatizace a panická porucha. *Psychiatrie pro praxi*, 13(3), 100-103.

- Praško, J., Herman, E., Prašková, H., & Raszka, M. (2008a). Panická porucha. In D. Seifertová, J. Praško, J. Horáček & C. Höschl (Eds.), *Postupy v léčbě psychických poruch* (187-218). Praha: Academia.
- Praško, J., Janů, L., & Junek, P. (2014). Úzkostné poruchy. In J. Raboch, P. Uhlíková, P. Hellerová, M. Anders, & M. Šusta (Eds.), *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče IV* (99-134). Praha: Česká psychiatrická společnost.
- Praško, J., Látalová, K., Ticháčková, A., & Stárková, L. (2011). *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigris.
- Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M., et al. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie u psychických poruch*. Praha: Triton.
- Praško, J. & Prašková, H. (2008b). Agorafobie. In D. Seifertová, J. Praško, J. Horáček & C. Höschl (Eds.), *Postupy v léčbě psychických poruch* (219-230). Praha: Academia.
- Praško, J. & Prašková, H. (2008d). Sociální fobie. In D. Seifertová, J. Praško, J. Horáček & C. Höschl (Eds.), *Postupy v léčbě psychických poruch* (257-274). Praha: Academia.
- Praško, J. & Prašková, H. (2008f). Smíšená úzkostně depresivní porucha. In D. Seifertová, J. Praško, J. Horáček & C. Höschl (Eds.), *Postupy v léčbě psychických poruch* (287-300). Praha: Academia.
- Praško, J. & Vyskočilová, J. (2008c). Generalizovaná úzkostná porucha. In D. Seifertová, J. Praško, J. Horáček & C. Höschl (Eds.), *Postupy v léčbě psychických poruch* (231-256). Praha: Academia.
- Prašková, H. & Praško, J. (2008e). Specifické fobie. In D. Seifertová, J. Praško, J. Horáček & C. Höschl (Eds.), *Postupy v léčbě psychických poruch* (275-286). Praha: Academia.
- Preiss, M. & Klose, J. (2001). Diagnostika poruch osobnosti pomocí teorie C. R. Cloninger. *Psychiatrie*, 5(4), 226-231.
- Preiss, M., Klose, J., & Španiel, F. (2000). Temperament a charakter podle C. R. Cloningeru u psychiatrických pacientů a obecné populace. *Psychiatrie*, 4, 251-254.
- Preiss, M., Kuchařová, J., Novák, T., & Štěpánková, H. (2007). The temperament and character inventory – revised (TCI-R): A psychometric characteristics of the Czech version. *Psychiatria Danubina*, 19(1-2), 27-34.
- Preiss, M. & Vacíř, K. (1999). *Beckova sebesposuzovací škála depresivity pro dospělé – BDI-II*. Brno: Psychodiagnostika.
- Pritchard, J. & Ryan, T. (2004). *Good Practise in Adult Mental Health*. London: Jessica Kingsley Publishers.

- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (2013). Applying the stages of change. *Psychotherapy in Australia, 19*(2), 10-15.
- Ptáček, R., Bob, P., & Paclt, I. (2006). Škála disociativních zkušeností – česká verze. *Československá psychologie, 50*(3), 262-272.
- Purvis, B., Brandt, R., Rouse, C., Wilfred, V., & Range, L. D. (1988). Students attitudes toward hypothetical chronically and acutely mental and physically ill. *Psychological Reports, 62*, 627-630.
- Raboch, J. (2001). Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. In J. Raboch & P. Zvolský (Eds.), *Psychiatrie (275-305)*. Praha: Galén.
- Raboch, J., Uhlíková, P., Hellerová, P., Anders, M. & Šusta, M. (2014). *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče IV*. Praha: Česká psychiatrická společnost.
- Rasmussen, J. & Wilhelm, S. (2012). Obsessive-compulsive spectrum disorders: Refining the research agenda for DSM-V. *Communications and Updates, 169*(5), 542-543.
- Raubenheimer, J. (2004). An item selection procedure to maximise scale reliability and validity. *SA Journal of Industrial Psychology, 30*(4), 59-64.
- Rea, M. M., Tompson, M. C., Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Hwang, S., & Mintz, J. (2003). Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 482-492.
- Read, J., Hasslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: A review of „mental illness is an illness like any other“ approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 114*, 303-318.
- Read, J. & Law, A. (1999). The relationship of causal beliefs and contact with users of mental health services to attitudes to the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry, 45*, 216-229.
- Rholes, W. S., Simpson, J. A., & Oriña, M. M. (1999). Attachment and anger in an anxiety-provoking situation. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(6), 940-957.
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H. (2004). On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Depression and Anxiety, 19*(3), 187-189.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research, 121*(1), 31-49.
- Ritsher, J. B. & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research, 129*, 257-265.

- Roberts, G. A. (2000). Narrative and severe mental illness: What place do stories have in an evidence-based world? *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 432-441.
- Rodrigues, B. F., Brase, S. E., Pagano, M. E., & Keller, M. B. (2005). Relationship among psychosocial functioning, diagnostic comorbidity, and the recurrence of GAD, panic disorder, and major depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 752-766.
- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Derhi, O., Yanos, P. T., & Lysaker, P. H. (2010). Talking about life and finding solutions to different hardships. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(11), 807-812.
- Ross, C. A. (1990). Dissociative experiences in the general population. *The American Journal of Psychiatry*, 147(11), 1547-1552.
- Ross, C. A. (2007). Borderline personality disorder and dissociation. *Journal of Trauma Dissociation*, 8, 71-80.
- Ross, C. A. & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 558-567.
- Rowlingová, J. K. (2003). *Harry Potter a ohnivý pohár* (4. vyd.). Praha: Albatros.
- Roy-Byrne, P., Craske, M. G., Sullivan, G., Rose, R. D., Edlund, M. J., Lang, A. J., ... Stein, M. B. (2010). Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: A randomized controlled trial. *JAMA*, 303(19), 1921-1928.
- Roy-Byrne, P. P., Stang, P., Wittchen, H. U., Ustun, B., Walters, E., & Kessler, R. C. (2000). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 229-235.
- Rubio, G. & López-Ibor, J. J. (2007). Generalized anxiety disorder: A 40-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(5), 372-379.
- Rudnicki, S. R., Graham, J. L., Habboushe, D. F., & Ross, R. D. (2001). Social support and avoidant coping: Correlates of depressed mood during pregnancy in minority women. *Women and Health*, 34(3), 19-34.
- Rugens, A. & Terhune, D. B. (2013). Guilt by dissociation: Guilt primes augment the relationship between dissociative tendencies and state dissociation. *Psychiatry Research*, 206(1), 114-116.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Powell, K., Rajah, A., Olschewski, M., Wilkniss, S., & Batia, K. (2009a). A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 65-71.

- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S., et al. (2009b). A stress-coping model of mental illness stigma: I. Predictors of cognitive stress appraisal. *Schizophrenia Research, 110*, 59-64.
- Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G. A., Bohus, M., ... Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*, 766-773.
- Rüsch, N., Todd, A. R., Bodenhausen, G. V., & Corrigan, P. W. (2010). Do people with mental illness deserve what they get? Links between meritocratic worldviews and implicit versus explicit stigma. *European Archives of Psychiatry, 260*(8), 617-625.
- Samochowiec, J., Kucharska-Mazur, J., Hajduk, A., Wojciechowski, B., & Samochowiec, A. (2005). Personality profile of patients with anxiety disorder, as studied with with the 16 PF Cattell's questionnaire and Cloninger's TCI. *Psychiatria Polska, 39*(3), 527-536.
- Sartorius, N. (1998). Stigma: What can psychiatrists do about it? *Lancet, 352*, 1058-1059.
- Sartorius, N., Gaebel, W., Cleveland, H. R., Stuart, H., Akiyama, T., Arboleda-Flórez, J., ..., Tasman, A. (2010). WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry, 9*(3), 131-144.
- Sartorius, N., Ustun, T. B., Lecrubier, Y., & Wittchen, H. U. (1996). Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *The British Journal of Psychiatry, 30*(Suppl.), 38-43.
- Sayce, L. (1998). Stigma, discrimination and social exclusion: What's in a word? *Journal of Mental Health, 7*, 331-345.
- Seifertová, D., Praško, J., & Höschl, C. (2008). *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis.
- Seligman, M. E. P. (2006). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: Vintage Books.
- Shape, M. & Wessley, S. (2000). Chronic fatigue syndrom. In M. G. Gelder, J. J. López-Ibor, & A. Andreasen (Eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry* (1112-1121). London: Oxford University Press.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*(Suppl 20), 22-33; quiz 34-57.

- Shue, K. L., Douglas, V. I. (1992). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and the Frontal Lobe Syndrome. *Brain and Cognition*, 20, 104-124.
- Schmidt, N. B., Woolway-Bickel, K., & Bates, M. (2001). Evaluating panic-specific factors in the relationship between suicide and panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39(6), 635-649.
- Schomerus, G., Corrigan, P. W., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H. J., & Lucht, M. (2011). Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal-efficacy. *Drug and Alcohol Dependence*, 114(1), 12-17.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155.
- Schulze, B. & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science and Medicine*, 56(2), 299-312.
- Siebert, D. C. (2003). Denial of AOD use: An issue for social workers and the profession. *Health and Social Work*, 28(2), 89-97.
- Simonds, L. M. & Thorpe, S. J. (2003). Attitudes towards obsessive compulsive disorders: An experimental investigation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 331-336.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., ... Meyers, B. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Brief Report*, 158(3), 479-481.
- Smolík, P. (2001). *Duševní a behaviorální poruchy* (2. vyd.). Praha: Maxdorf Jessenius.
- Snyder, C. R. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development*, 73(3), 355-360.
- Snyder, C. R. R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. New York: Academic Press.
- Song, D., Lim, H. J., & Chung, Y. J. (2011). The stigma of mental illness and the way of destigmatization: The effects of interactivity and self-construal. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 5, 878-885.
- Sowislo, J. F. & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240.
- Spijker, J., Batelaan, N., de Graaf, R., & Cuijpers, P. (2010). Who is MADD? Mixed anxiety depressive disorder in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 121(1-2), 180-183.

- Spreen, O. & Strauss, E. (1991). *A compendium of neuropsychological tests*. New York: Oxford University Press.
- SPSS Inc (2008). *SPSS for Windows, version 17.0*. Chicago: SPSS Inc.
- Stansfeld, S. A., Rasul, F. R., Head, J., & Singleton, N. (2011). Occupation and mental health in a national UK survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *46*, 101-110.
- Steer, R. A. (2009). Amount of general factor saturation in the Beck Anxiety Inventory response of outpatients with anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *31*(2), 112-118.
- Steimer, T. (2002). The biology of fear- and anxiety-related behaviors. *Dialogues in Clinical NeuroSciences*, *4*(3), 231-249.
- Stein, D. J. (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder: Impact and implications. *Journal of Clinical Psychiatry*, *62*(Suppl. 11), 29-34.
- Stein, M. B. & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *The American Journal of Psychiatry*, *157*(10), 1606-1613.
- Stein, M. B. & Sareen, J. (2014). Anxiety disorders. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & L. W. Roberts (Eds.), *Textbook of Psychiatry* (sixth ed.) (391-430). Washington, DC: The American Psychiatric Publishing.
- Stengler-Wenzke, K., Trosbach, J., Dietrich, S., & Angermeyer, M. C. (2004a). Coping strategies used by the relatives of people with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Advanced Nursing*, *48*, 35-42.
- Stengler-Wenzke, K., Trosbach, J., Dietrich, S., & Angermeyer, M. C. (2004b). Experience of stigmatization by relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, *18*(3), 88-96.
- Stevenson, S. A. M., Wu, I. C., Voorend, C. G. N., & van Brakel, W. H. (2012). The psychometric assessment of internalized stigma instruments: A systematic review. *Stigma Research and Action*, *2*(2), 100-118.
- Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Smith, S., Goldstein, R. B., Ruan, W. J., & Grant, B. F. (2007). The epidemiology of the DSM-IV specific phobia in the USA: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, *37*(7), 1047-1059.
- Storch, E. A., Roberti, J. W., & Roth, D. A. (2004). Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck Depression Inventory – Second Edition in a sample of college students. *Depression and Anxiety*, *19*(3), 187-189.

- Stoudemire, A. (1996). Epidemiology and psychopharmacology of anxiety in medical patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(7), 64-75.
- Svoboda, M. (2005). *Psychologická diagnostika dospělých* (3. vyd.). Praha: Portál.
- Svrakić, D. M., Draganić, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: Etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 189-195.
- Svrakić, D. M., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (1991). Further contribution to the conceptual validity of the unified biosocial model of personality: US and Yugoslav data. *Comprehensive Psychiatry*, 32(3), 195-209.
- Svrakić, N. M., Svrakić, D. M., & Cloninger, C. R. (1996). A general quantitative theory of personality development: Fundamentals of a self-organizing psychobiological complex. *Development and Psychopathology*, 8(1), 247-272.
- Szumilas, M. (2010). Explaining odds ratio. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19(3), 227-229.
- Tanaka, E., Sakamoto, S., Kijima, N., & Kitamura, T. (1998). Different personalities between depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1043-1051.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam, A., & Lewis-Holmes, E. (2008). Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, 2(3).
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry*, 190, 192-193.
- Thornicroft, G., Rose, D., & Mehta, N. (2010). Discrimination against people with mental illness: What can psychiatrists do? *Advances in Psychiatric Treatment*, 16, 53-59.
- Tsang, H. W. H., Fung, K., M. T., & Corrigan, P. W. (2009). Psychosocial and soci-demographic correlates of medication compliance among people with schizophrenia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 3-14.
- Van Brakel, W. H. (2006). Measuring health-related stigma: A literature review. *Psychology, Health and Medicine*, 11, 307-334.
- Van Ijzendoorn, M. H. & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16(5), 365-382.
- Van Zelst, C. (2009). Stigmatization as an environmental risk in schizophrenia: A user perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 293-296.

- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research, 150*(1), 71-80.
- Veerman, J. L., Dowrick, C., Ayuso-Mateos, J. L., Dunn, G., & Barendregt, J. J. (2009). Population prevalence of depression and mean Beck Depression Inventory score. *The British Journal of Psychiatry, 195*, 516-519.
- Wachleski, C., Salum, G. A., Blaya, C., Kipper, L., Paludo, A., Salgado, A. P., & Manfro, G. G. (2008). Harm avoidance and self-directedness as essential features of panic disorder patients. *Comprehensive Psychiatry, 49*, 476-481.
- Waller, D. A., Gullion, C. M., Petty, F., Hardy, B. W., Murdock, M. V., & Rush, A. J. (1993). Tridimensional Personality Questionnaire and serotonin in bulimia nervosa. *Psychiatry Research, 118*, 489-515.
- Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., ... Üstün, T. B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry, 6*(3), 177-185.
- Wang, Y. P. & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 35*, 416-431.
- Watson, A., Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 33*(6), 1312-1318.
- Watzlawick, P., Bavelasová, J. B., & Jackson, D. D. (1999). *Pragmatika lidské komunikace* (1. vyd.). Hradec Králové: Konfrontace.
- Weiss, M. F. (1994). Children's attitudes towards the mentally ill: An eight year longitudinal follow up. *Psychological Reports, 74*, 51-56.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., ... Yeh, E. K. (1997). The cross national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 54*, 305-309.
- Wells, A. (2002). GAD, meta-cognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 95-100.
- Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety, 16*(4), 162-171.
- Wittchen, H. U. & Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: Nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*(Suppl. 11), 15-19.

- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, *21*, 655-679.
- Wittchen, H. U., Nocon, A., Beesdo, K., Pine, D. S., Hofler, M., Lieb, R., & Gloster, A. T. (2008). Agoraphobia and panic. Prospective-longitudinal relations suggest a rethinking of diagnostic concepts. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *77*(3), 147.
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 355-364.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO.
- Wright, D. B. & Loftus, E. F. (1999). Measuring dissociation: Comparison of alternative forms of the dissociative experiences scale. *The American Journal of Psychology*, *11*(4), 497-519.
- Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.
- Yamaguchi, S., Wu, S. I., Biswas, M., Yate, M., Aoki, Y., Barley, E. A., & Thornicroft, G. (2013). Effects of short-term interventions to reduce mental health-related stigma in university college students: A systematic review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *201*(6), 490-503.
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, *59*(12), 1437-1442.
- Yonkers, K. A., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2001). An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. *Psychiatric Services*, *52*(5), 637-643.
- Yonkers, K. A., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2000). Factors predicting the clinical course of generalized anxiety disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *176*, 544-549.
- Zaider, T. I., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2003). Evaluation of the Clinical Global Impression Scale among individuals with social anxiety disorder. *Psychological Medicine*, *33*, 611-622.
- Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, *37*, 12-16.
- Zoellner, L. A., Rothbaum, B. O., & Feeny, N. C. (2011). PTSD not an anxiety disorder? DSM committee proposal turns back the hands of time. *Depression and Anxiety*, *28*(10), 853-856.

Internetové stránky:

<http://www.blaznis-no-a.cz/>

<http://www.capz.cz/>

<http://www.cmhcd.cz/destigmatizacni.html>

<http://www.esethelp.cz/>

<http://www.greendoors.cz>

<http://www.meziploty.cz/>

<http://www.stopstigma.cz/>

<http://www.sympathea.cz/>

<http://www.tdz.cz/>

<http://www.vidacr.cz/>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Seznam tabulek

Seznam obrázků

Seznam grafů

Použité zkratky

Příloha č. 2 – Baterie metod – vzor pro ženy

Příloha č. 3 – Anotace disertace

Annotation of the thesis

Příloha č. 1

Seznam tabulek

Tab. 1	<i>Druhy stigmatu a jejich základní charakteristiky.....</i>	17
Tab. 2	<i>Základní příznaky úzkosti a strachu.....</i>	63
Tab. 3	<i>Úzkostné poruchy podle MKN-10.....</i>	67
Tab. 4	<i>Základní charakteristiky temperamentu a charakteru podle Cloningera.....</i>	88
Tab. 5	<i>Psychometrické vlastnosti Škály ISMI.....</i>	102
Tab. 6	<i>Psychometrické vlastnosti Škály naděje.....</i>	106
Tab. 7	<i>Kritéria zařazení do studie.....</i>	117
Tab. 8	<i>Výběr pacientů a jejich vyřazování.....</i>	119
Tab. 9	<i>Demografická a klinická data u všech oslovených pacientů, konečného souboru a participantů vyřazených ze studie.....</i>	120
Tab. 10	<i>Aritmetické průměry Škály ISMI a jejich subškál pro celý soubor a dílčí skupiny a rozdíly mezi nimi.....</i>	125
Tab. 11	<i>Reliabilita české verze Škály ISMI.....</i>	124
Tab. 12	<i>Korelace mezi BDI, CGI a Škálou ISMI.....</i>	126
Tab. 13	<i>Normy pro celkový skóre Škály ISMI.....</i>	127
Tab. 14	<i>Normy pro subškály Škály ISMI.....</i>	128
Tab. 15	<i>Sebestigmatizace a dosažené vzdělání.....</i>	132
Tab. 16	<i>Sebestigmatizace a partnerský stav.....</i>	133
Tab. 17	<i>Sebestigmatizace a přítomnost partnerského vztahu.....</i>	133
Tab. 18	<i>Sebestigmatizace a zaměstnání.....</i>	134
Tab. 19	<i>Sebestigmatizace a diagnostické skupiny.....</i>	135
Tab. 20	<i>Sebestigmatizace a komorbidita s depresivní poruchou.....</i>	135
Tab. 21	<i>Sebestigmatizace a komorbidita s další úzkostnou poruchou.....</i>	136
Tab. 22	<i>Sebestigmatizace a komorbidita s poruchou osobnosti.....</i>	137
Tab. 23	<i>Korelace mezi sebestigmatizací a závažností poruchy.....</i>	138
Tab. 24	<i>Sebestigmatizace a rodinná psychiatrická zátěž.....</i>	139
Tab. 25	<i>Korelace mezi sebestigmatizací a osobnostními rysy v TCI-R.....</i>	140
Tab. 26	<i>Korelace mezi sebestigmatizací a Škálou naděje.....</i>	141
Tab. 27	<i>Korelace mezi sebestigmatizací a disociací.....</i>	142
Tab. 28	<i>Výsledky krokové regrese se závislou proměnnou celkovým skórem Škály ISMI – bez Škály naděje.....</i>	145

Tab. 29	<i>Výsledky krokové regrese se závislou proměnnou celkovým skórem Škály ISMI – bez BDI, HA a SD.....</i>	147
Tab. 30	<i>Průměrné dávky léků na den na počátku a konci léčby.....</i>	150
Tab. 31	<i>Průměrné skóry v posuzovacích stupnicích na počátku a konci léčby.....</i>	152
Tab. 32	<i>Průměrné hodnoty BAI, BDI, objCGI a subjCGI na počátku a konci léčby podle kvalitativních demografických parametrů.....</i>	154
Tab. 33	<i>Výsledky ve škálách podle podle hlavních diagnóz, komorbidit a druhu terapie.....</i>	156
Tab. 34	<i>Korelace relativní změny BAI a relativní změny objCGI s demografickými a klinickými daty.....</i>	158
Tab. 35	<i>Průměrné hodnoty relativní změny v BAI a objCGI mezi počátkem a koncem léčby podle kvalitativních demografických parametrů.....</i>	159
Tab. 36	<i>Průměrné hodnoty relativní změny v BAI a objCGI mezi počátkem a koncem léčby podle diagnostických skupin, komorbidit a druhu terapie.....</i>	161
Tab. 37	<i>Výsledky krokové regrese se závislou proměnnou relativní změnou v objCGI – bez Škály naděje.....</i>	164
Tab. 38	<i>Výsledky krokové regrese se závislou proměnnou relativní změnou v objCGI – bez HA a SD.....</i>	165
Tab. 39	<i>Porovnání demografických dat mezi pacienty, kteří dosáhli remise, či jim zůstávají mírné projevy poruchy anebo se nezlepšili či zhoršili v průběhu léčby.....</i>	166
Tab. 40	<i>Porovnání diagnostických skupin, komorbidit a druhů terapie u pacientů, kteří v léčbě dosáhli remise, zůstali s mírnými projevy, nebo je jejich stav nezlepšený či zhoršený.....</i>	167
Tab. 41	<i>Porovnání pacientů, kteří dosáhli remise, či jim zůstávají mírné projevy poruchy anebo se nezlepšili či zhoršili v průběhu léčby podle posuzovacích stupnic a dávek medikace.....</i>	168
Tab. 42	<i>Dosažení remise a míra sebestigmatizace, naděje a osobnostní rysy.....</i>	170
Tab. 43	<i>Výsledky logistické regrese se závislou proměnnou pacienty v remisi versus pacienty s přetrvávajícími příznaky psychické poruchy – bez Škály naděje.....</i>	175
Tab. 44	<i>Výsledky logistické regrese se závislou proměnnou pacienty v remisi versus pacienty s přetrvávajícími příznaky psychické poruchy – bez BDI, HA a SD.....</i>	176

Seznam obrázků

Obr. 1	<i>Příklad tvorby laické teorie stigmatu.....</i>	12
Obr. 2	<i>Návrh základního schématu vývoje stigmatizace.....</i>	27
Obr. 3	<i>Progresivní model sebestigmatizace.....</i>	37
Obr. 4	<i>Model interakce zranitelnosti a stigmatizace na počátku a v průběhu schizofrenie.....</i>	50
Obr. 5	<i>Rozhodnutí o přístupu v léčbě.....</i>	76
Obr. 6	<i>Výsledky krokové regrese se závislou proměnnou celkovým skórem Škály ISMI – bez Škály naděje.....</i>	145
Obr. 7	<i>Výsledky krokové regrese se závislou proměnnou celkovým skórem Škály ISMI – bez BDI, HA a SD.....</i>	146

Obr. 8	Výsledky krokové regrese se závislou proměnnou relativní změnou v objCGI – bez Škály naděje.....	163
Obr. 9	Výsledky krokové regrese se závislou proměnnou relativní změnou v objCGI – bez HA a SD.....	164
Obr. 10	Výsledky logistické regrese se závislou proměnnou pacienty v remisi versus pacienty s přetrvávajícími příznaky psychické poruchy – bez Škály naděje.....	174
Obr. 11	Výsledky logistické regrese se závislou proměnnou pacienty v remisi versus pacienty s přetrvávajícími příznaky psychické poruchy – bez BDI, HA a SD.....	176

Seznam grafů

Graf 1	Lineární regrese mezi celkovým skórem Škály ISMI a BDI.....	138
Graf 2	Lineární regrese mezi Škálou ISMI a celkovým skórem Škály naděje.....	141
Graf 3	Lineární regrese mezi Škálou ISMI a DES.....	143
Graf 4	Průměrné skóry v BAI měřeném každý týden pobytu.....	152
Graf 5	Průměrné skóry v BAI a BDI na počátku a na konci léčby.....	153
Graf 6	Průměrné skóry v objCGI a subjCGI na počátku a na konci léčby.....	153
Graf 7	Poklesy v objCGI v různých diagnostických skupinách.....	155
Graf 8	Lineární regrese relativní změny v objCGI a sebestigmatizace.....	157
Graf 9	Průměrné hodnoty relativní změny v objCGI mezi počátkem a koncem léčby u pacientů bez komorbidní poruchy osobnosti a s poruchou osobnosti.....	160
Graf 10	Průměrné hodnoty relativní změny v objCGI mezi počátkem a koncem léčby u pacientů léčených psychodynamickou a kognitivně behaviorální terapií.....	161
Graf 11	Průměrné skóry Škály ISMI na počátku léčby podle stupně dosažené remise....	171
Graf 12	Průměrné skóry Škály naděje na počátku léčby podle míry dosažené remise....	171
Graf 13	Průměrné skóry ve škále DES na počátku léčby podle míry dosažené remise....	172
Graf 14	Průměrné skóry ve škále BAI na počátku léčby podle míry dosažené remise....	172
Graf 15	Průměrné skóry ve škále BDI na počátku léčby podle míry dosažené remise....	172

Použité zkratky

ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou
AIDS/HIV	Syndrom získaného selhání imunity/Virus lidské imunitní nedostatečnosti
BAI	Beckův inventář úzkosti
BDI	Beckův inventář deprese
CGI	Celkový klinický dojem – sebeposuzovací a posuzovací škála
CIDI	Kombinovaný mezinárodní diagnostický rozhovor vyvinutý WHO
CO	Spolupráce (Cloningerův osobnostní rys)
DES	Škála disociativních zkušeností
DES-T	Skór patologické disociace ve škále DES
DSM	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
GAD	Generalizovaná úzkostná porucha
GAMIAN	Název společnosti znamenající Global Alliance of Mental Illness Advocacy
HA	Vyhýbání se poškození (Cloningerův osobnostní rys)
ID	Invalidní důchod
ISMI	Škála internalizovaného stigmatu psychických poruch
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
MAD	Smíšená úzkostně depresivní porucha
MKN-10	Desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí
MINI	Mini mezinárodní neuropsychiatrické vyšetření
NS	Vyhledávání nového (Cloningerův osobnostní rys)
OR	Odds ratio; poměr šancí
PS	Vytrvalost (Cloningerův osobnostní rys)
RD	Závislost na odměně (Cloningerův osobnostní rys)
SCID	Strukturovaný rozhovor pro poruchy klasifikačního systému DSM
SD	Sebeřízení (Cloningerův osobnostní rys)
SD (2)	Starobní důchod (ve výsledcích vždy ve spojení s ID)
ST	Sebepřesah (Cloningerův osobnostní rys)
TCI-R	Inventář temperamentu a charakteru, revidovaná verze
WHO	Světová zdravotnická organizace
-1	Ve výsledkové části označuje měření dané škály na počátku hospitalizace
-L	Ve výsledkové části označuje měření dané škály na konci hospitalizace

Příloha č. 2

Baterie metod – vzor pro ženy

Vážení členové terapeutické skupiny,

ráda bych vás požádala o spolupráci na výzkumu, který se týká tzv. **vnitřního stigmatu**. Lidé, kterým byla diagnostikovaná úzkostná porucha, se mohou ve svém životě setkat s nepříznivými reakcemi i odsudky ze strany okolí v souvislosti s duševními obtížemi. Někteří lidé s úzkostnou poruchou se mohou postupem času s těmito názory ztotožnit a také začít sebe sama negativně posuzovat. Cílem našeho výzkumu by mělo být zjištění, co přispívá k riziku rozvoje sebestigmatizace, a dalším krokem pak vytvoření terapeutických skupin zaměřených na jeho snižování. Výsledky budou zpracovány v rámci dizertační práce.

Účast na výzkumu je **dobrovolná**. Kdykoli ji můžete bez udání důvodu ukončit. Účast by měla spočívat ve vyplnění následujících dotazníků. Odpovídejte, prosím, dle svého nejlepšího vědomí. **Neexistují správné a špatné odpovědi**. Vyplňování může trvat delší dobu, pokuste se jej však dokončit. Neúplně vyplněné baterie bohužel nemůžeme použít. V případě dotazů se můžete obrátit na zadávajícího.

Děkuji za spolupráci.

Marie Ocisková

Dnešní datum:

Jméno:

Věk: let

Nejvyšší dosažené vzdělání: ZŠ SOU SŠ VOŠ VŠ

Aktuální zaměstnání: Studentka Zaměstnaná Živnostnice Nezaměstnaná

Invalidní důchod Starobní důchod

Rodinný stav: Svobodná Vdaná Registrované partnerství Rozvedená Vdova Jiné:
.....

Pokud jste svobodná, rozvedená či ovdovělá, **máte v současnosti partnera?** Ano Ne

1. Lidé se mohou stavět ke skutečnosti, že oni sami nebo někdo v jejich okolí vykazuje známky duševního onemocnění, různě. V dotazníku používáme pojem „duševní nemoc“, ale vy si pod tímto pojmem představte jakýkoliv jiný vám blízký pojem. U každého tvrzení označte, zda s ním rozhodně nesouhlasíte (1), nesouhlasíte (2), souhlasíte (3), nebo rozhodně souhlasíte (4).

	<i>STUPNICE</i>			
	Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
1. Mám pocit, že kvůli své duševní nemoci nepatřím do tohoto světa.	1	2	3	4
2. Duševně nemocní lidé mají sklon k násilí.	1	2	3	4
3. Lidé mě diskriminují, protože mám duševní nemoc.	1	2	3	4
4. Vyhýbám se blízkým vztahům s lidmi, kteří nemají duševní nemoc, abych se vyhnula odmítnutí.	1	2	3	4
5. Stydím se nebo se cítím rozpačitě, že mám duševní nemoc.	1	2	3	4
6. Duševně nemocní lidé by neměli uzavírat manželství.	1	2	3	4
7. Lidé s duševní nemocí prospívají společnosti.	1	2	3	4
8. Cítím se méněcenně ve srovnání s těmi, kteří nemají duševní nemoc.	1	2	3	4
9. Stýkám se s lidmi méně než dříve, protože kvůli své duševní nemoci mohu vypadat nebo se chovat „divně“.	1	2	3	4
10. Duševně nemocní lidé nemohou žít dobrý a naplňující život.	1	2	3	4
11. Moc o sobě nemluvím, protože nechci druhé zatěžovat svou duševní nemocí.	1	2	3	4
12. Negativní předsudky vůči duševně nemocným lidem mě vyčleňují z normálního života.	1	2	3	4
13. Když jsem mezi lidmi, kteří nemají duševní nemoc, cítím se nepatřičně, jako bych mezi ně nepatřila.	1	2	3	4
14. Cítím se pohodlně, když jsem na veřejnosti s očividně duševně nemocným člověkem.	1	2	3	4

	<i>STUPNICE</i>			
	Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
15. Lidé se ke mně chovají povýšeně nebo se mnou jednají jako s dítětem jen kvůli tomu, protože že mám duševní nemoc.	1	2	3	4
16. Jsem sama sebou zklamaná, protože trpím duševní nemocí.	1	2	3	4
17. To, že mám duševní nemoc, mi pokazilo život.	1	2	3	4
18. Lidé poznají, že mám duševní nemoc podle toho, jak vypadám.	1	2	3	4
19. Protože mám duševní nemoc, většinou potřebuji druhé, aby za mě rozhodovali.	1	2	3	4
20. Neúčastním se společenského života, abych chránila svou rodinu a přátele před ostudou.	1	2	3	4
21. Lidé, kteří nemají duševní nemoc, mi nemohou rozumět.	1	2	3	4
22. Lidé mě přehlížejí nebo mě neberou moc vážně, protože mám duševní nemoc.	1	2	3	4
23. Nemohu společnosti ničím přispět, protože mám duševní nemoc.	1	2	3	4
24. Utrpení způsobené životem s duševní nemocí mě zocelilo.	1	2	3	4
25. Nikdo by neměl zájem navázat se mnou bližší vztah, protože mám duševní nemoc.	1	2	3	4
26. Celkem vzato jsem schopna žít svůj život, jak chci.	1	2	3	4
27. Mohu žít dobrý a naplňující život, i když mám duševní nemoc.	1	2	3	4
28. Lidé si myslí, že v životě nemohu ničeho dosáhnout, protože mám duševní nemoc.	1	2	3	4
29. Předsudky o duševně nemocných lidech na mě sedí.	1	2	3	4

2. Přečtěte si, prosím, pozorně jednu položku po druhé. **Ke každé položce vyberte jednu možnost z níže uvedené škály** – to číslo, které Vás v konkrétní položce nejlépe vystihuje. Zapište ho na vyznačené prázdné místo.

1 = naprosto nepravdivé
2 = většinou nepravdivé
3 = spíše nepravdivé
4 = mírně nepravdivé
5 = mírně pravdivé
6 = spíše pravdivé
7 = většinou pravdivé
8 = naprosto pravdivé

- ___ 1. Umím vymyslet hodně způsobů, jak se dostat z průšvihů.
- ___ 2. Energicky se snažím dosáhnout svých cílů.
- ___ 3. Většinu času se cítím unavená.
- ___ 4. Existuje mnoho způsobů, jak se vypořádat s problémem.
- ___ 5. V hádce snadno prohrávám.
- ___ 6. Dokážu vymyslet mnoho možností, jak dosáhnout v životě toho, co je pro mě důležité.
- ___ 7. Dělán si starosti o své zdraví.
- ___ 8. I když se ostatní nechají odradit, vím, že dokážu najít způsob, jak problém vyřešit.
- ___ 9. Mé dřívější zážitky mě dobře připravily na budoucnost.
- ___ 10. V životě jsem dost úspěšná.
- ___ 11. Často se přistihnu, jak se nad něčím trápím.
- ___ 12. Dosahuji cílů, které si stanovuji.

Následuje inventář TCI-R, který zde, vzhledem k autorským právům, neuvádíme.

Příloha č. 3

ANOTACE DISERTACE

Název disertační práce: Některé souvislosti mezi internalizovaným stigmatem, osobností a efektivitou léčby u úzkostných poruch

Jméno a příjmení autorky: PhDr. Marie Ocisková

Vedoucí práce: prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

Rozsah práce: 232 stran, 516 773 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 374

Abstrakt:

Jedinci s psychickými poruchami mohou být v naší společnosti stále stigmatizováni. Předsudky o psychických poruchách mívají nejtíživější následky tehdy, jakmile je člověk přijme za své, souhlasí s nimi a aplikuje na sebe samého, tedy internalizuje stigma. Cílem této práce bylo nastínění problematiky sebestigmatizace u jedinců s úzkostnými poruchami. Dílčími cíli byla standardizace Škály ISMI, prozkoumání toho, se kterými faktory sebestigmatizace souvisí, a zjištění, zda sebestigmatizace vede k nižší efektivitě kombinované psychoterapeutické a farmakoterapeutické léčby. Do výzkumu bylo zapojeno 109 pacientů s úzkostnými poruchami s možnou komorbidní depresí nebo poruchou osobnosti, kteří byli hospitalizováni na psychoterapeutickém oddělení Kliniky psychiatrie Fakultní nemocnice v Olomouci. Metodami sběru dat byly sebesposuzovací škály a inventáře (Škála ISMI, Škála naděje, TCI-R, BAI, BDI, DES, sCGI), posuzovací škála oCGI a diagnostický rozhovor MINI.

Realizovali jsme standardizaci Škály ISMI a publikovali její výsledky. Zjistili jsme, že internalizované stigma je nejtěsněji spojeno s nízkou mírou naděje. Následují vyšší stupně vyhýbání se poškození (harm-avoidance) a disociace, nižší míra sebeřízení (self-directedness) a vyšší hladina deprese, nikoliv však komorbidita s depresí. Prokázali jsme, že sebestigmatizace snižuje efektivitu kombinované léčby úzkostných poruch – pravděpodobnost dosažení remise, pokles úzkosti i celkovou změnu stavu psychopatologie.

Klíčová slova: internalizované stigma; úzkostné poruchy; efektivita léčby; farmakoterapie; psychoterapie; naděje; TCI-R

ANNOTATION OF THE THESIS

Title: Possible connections between internalized stigma, personality, and treatment efficacy in anxiety disorders

Author: PhDr. Marie Ocisková

Supervisor: prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

Number of pages and characters: 232 pages, 516 773 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 374

Abstract:

Individuals with mental disorders may be stigmatized because of the psychiatric diagnosis. Prejudices about mental disorders are most harmful when internalized, i.e. when a person agrees with them and applies them on one's own case. The goal of the thesis was to explore the topic of self-stigma in individuals with anxiety disorders. There were three minor goals of the thesis – to standardize a Czech version of the ISMI Scale, to identify some factors, that are significantly connected to internalized stigma in these patients, and to find out if self-stigma leads to poorer efficacy of combined pharmacotherapy and psychotherapy of anxiety disorders. 109 patients participated in the study. All individuals were diagnosed with anxiety disorders with possible comorbid depression or a personality disorder. The participants underwent treatment in a psychotherapeutic department of Department of Psychiatry, University Hospital in Olomouc. The patients completed several scales and inventories (ISMI Scale, Snyder's Adult Dispositional Hope Scale, TCI-R, BAI, BDI, DES, subjective CGI). The departmental physician filled in objective CGI and diagnostic interview MINI was also performed.

The Czech standardization of the ISMI Scale was successfully done and published. Self-stigma correlated most significantly positively with lower levels of hope and higher harm-avoidance and dissociation. The patients with higher levels of self-stigma disposed of lower levels of self-directedness and more depressive symptoms. We also showed that self-stigma significantly lowers efficacy of combined pharmacotherapy and psychotherapy of anxiety disorders.

Key words: internalized stigma; anxiety disorders; treatment efficacy; pharmacotherapy; psychotherapy; hope; TCI-R