

Univerzita Palackého v Olomouci

Lékařská fakulta

**SEBESTIGMATIZACE A JEJÍ DŮSLEDKY U PACIENTŮ S  
PSYCHOTICKÝMI, AFEKTIVNÍMI A NEUROTICKÝMI PORUCHAMI**

**SELF-STIGMATIZATION AND IT'S CONSEQUENCES IN PATIENTS  
WITH PSYCHOTIC, AFFECTIVE AND NEUROTIC DISORDERS**



**Disertační práce**

Autorka: PhDr. Michaela Holubová

Vedoucí práce: prof. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc.

Studijní program: P5160/Psychiatrie

Studijní obor: Psychiatrie

Fakulta: Lékařská

Olomouc

2019

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem disertační práci na téma „Sebestigmatizace a její důsledky u pacientů s psychotickými, afektivními a neurotickými poruchami“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího disertační práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V ..... dne .....

Podpis .....

## Poděkování

Tato disertační práce je výsledkem ochotné pomoci, vedení a podpory mnohých níže uvedených osob. Tímto bych chtěla jmenovitě a srdečně poděkovat především svému vedoucímu práce a školiteli, panu prof. MUDr. Jánovi Pavlovi Praškovi, CSc, kterého si velice vážím, a který mi byl mi po celou dobu mých studií velkým vzorem pro mé další výzkumné, profesní a osobní směřování.

Mé velké díky patří také panu primáři MUDr. Jaromírovi Honsovi, Ph.D. a celému Psychiatrickému oddělení Krajské nemocnice v Liberci, a.s. za umožnění vědecké seberealizace, podporu ve vědeckém a vzdělávacím směřování, a možnost sběru dat a realizaci výzkumu pro účely disertační práce na našem oddělení.

Dále děkuji ambulantním psychiatrům, kteří se velkou měrou podíleli na sběru dat od svých pacientů do tohoto výzkumu. Jmenovitě děkuji: panu doktorovi MUDr. Jiřímu Rozkošovi z Prostějova, MUDr. Janu Flídroti z Kralup nad Vltavou, paní doktorce MUDr. Janě Matějkové z Prahy, MUDr. Simoně Papežové z Prahy, MUDr. Pavlovi Tautermannovi z Prahy, MUDr. Markétě Zemanové z Havlíčkova Brodu, MUDr. Markétě Dobré z Hrabyně, MUDr. Zuzaně Kozákové z Trutnova a RIAPSu, MUDr. Tiborovi Miklóšovi z Prahy, MUDr. Michaele Zapletalové z Chomutova, MUDr. Janě Novosadové z Blanska, MUDr. Jiřímu Trskovi z Týna nad Vltavou, MUDr. Zdeňkovi Holoubkovi z Nymburka, MUDr. Ivě Ondráčkové z Prahy, MUDr. Andree Bryčkové z Hořic, MUDr. Jindřišce Masnerové z Berouna, MUDr. Petru Pastuchovi z Prostějova a MUDr. Haně Lemanové z Brna. Mé další poděkování patří týmu pana prof. Hašta a Natálie Kaščíkové za poskytnutí přeložené verze dotazníku ECR-R.

A závěrem, mé srdečné a upřímné poděkování patří celé mé rodině, která při mně stojí a je mi velkou podporou v dosahování vytoužených cílů.

# Obsah

## ÚVOD

### I. TEORETICKÁ ČÁST

1.	STIGMATIZACE PSYCHICKÝCH PORUCH.....	10
1.1	Teoretické koncepce stigmatizace.....	12
1.2	Dělení stigmatu .....	14
1.3	Dopady stigmatizace.....	15
1.4	Destigmatizační snahy .....	16
2.	SEBESTIGMATIZACE .....	18
2.1	Definice sebestigmatizace.....	19
2.2	Proces sebestigmatizace.....	20
2.3	Paradox sebestigmatizace .....	21
2.4	Sebestigmatizace nebo psychická porucha .....	22
2.5	Sebestigmatizace psychických poruch.....	23
2.5.1	Sebestigmatizace u poruch schizofrenního spektra.....	24
2.5.2	Sebestigmatizace u poruch depresivního spektra .....	24
2.5.3	Sebestigmatizace u poruch neurotického spektra.....	25
2.6	Důsledky sebestigmatizace .....	26
2.7	Strategie snížení sebestigmatizace.....	28
2.7.1	Zveřejnění.....	29
2.7.2	Sebeposílení.....	33
2.7.3	Podpůrné programy .....	33
2.7.4	Konkrétní intervenční programy .....	33
2.7.4.1	Healthy Self-Concept model.....	34
2.7.4.2	Self-Stigma Reduction Programme .....	34
2.7.4.3	Ending Self-Stigma (ESS) .....	35
2.7.4.4	Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT).....	36
2.7.4.5	Coming out Proud (COP) .....	36
2.7.4.6	Anti-Stigma Photovoice Intervence.....	38
2.7.5	Shrnutí intervenčních strategií.....	39
2.8	Faktory spojené se sebestigmatizací .....	39
2.8.1	Sebestigmatizace a závažnost poruchy.....	40
2.8.2	Sebestigmatizace a zvládací strategie.....	41
2.8.3	Sebestigmatizace a kvalita života.....	44
2.8.4	Sebestigmatizace a Cloningerova osobnostní teorie .....	46
2.8.5	Sebestigmatizace a disociace.....	51
2.8.6	Sebestigmatizace a vztahová vazba.....	53
2.8.7	Sebestigmatizace a rodičovské styly .....	56
II.	VÝZKUMNÁ ČÁST	
3.	FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU .....	58
3.1	Cíle výzkumu .....	59
3.2	Výzkumné hypotézy .....	59
3.2.1	Studie I .....	59
3.2.2	Studie II .....	61
3.3	Praktický význam výzkumu.....	63
4.	METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU.....	63
4.1	Výzkumný plán.....	63

4.2	Metody výběru vzorku a získávání dat.....	64
4.2.1	Kritéria zařazení do výzkumu .....	65
4.2.2	Sběr dat.....	66
4.2.2.1	Studie I.....	66
4.2.2.2	Studie II .....	67
4.2.3	Demografický dotazník.....	68
4.2.4	Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I).....	69
4.2.5	Hamilton Anxiety Scale (HAM – A).....	70
4.2.6	Clinical Global Impression (CGI).....	71
4.2.7	Beck Anxiety Inventory (BAI).....	72
4.2.8	Beck Depression Inventory (BDI-II).....	73
4.2.9	Sheehan Patient-Related Anxiety Scale (SPRAS) .....	74
4.2.10	Sheehan Disability Scale (SDS).....	74
4.2.11	Dissociative Experience Scale (DES) .....	74
4.2.12	Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS).....	76
4.2.13	The Satisfaction with Life Scale (SWL) .....	77
4.2.14	Stress Coping Style Questionnaire (SVF - 78) .....	77
4.2.15	Quality of Life Satisfaction and Enjoyment (Q-LES-Q) .....	78
4.2.16	Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) .....	79
4.2.17	Temperament and Character Inventory short form (TCI-56).....	80
4.2.18	Parental Bonding Instrument (PBI).....	81
4.2.19	Experience in Close Relationship (ECR-R).....	82
4.2.20	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).....	84
4.3	Metody zpracování a analýzy dat .....	84
4.3.1	Odhad velikosti vzorku .....	85
4.4	Etická povaha výzkumu.....	86
5.	Studie I – Sebestigmatizace ambulantních pacientů .....	87
5.1	Sebestigmatizace poruch schizofrenního spektra .....	87
5.1.1	Hypotézy .....	88
5.1.2	Popis výběrového vzorku .....	88
5.1.2.1	Závažnost poruchy.....	90
5.1.2.2	Psychofarmaka .....	91
5.1.2.3	Strategie zvládání zátěže .....	91
5.1.2.4	Kvalita života.....	92
5.1.3	Sebestigmatizace .....	93
5.1.3.1	Vztah mezi sebestigmatizací, demografickými a klinickými faktory ....	94
5.1.3.2	Vztah mezi sebestigmatizací a strategiemi zvládání .....	96
5.1.3.3	Vztah mezi sebestigmatizací a kvalitou života.....	96
5.1.3.4	Regresní analýza sebestigmatizace.....	97
5.1.4	Vyjádření se k platnosti hypotéz .....	98
5.1.5	Diskuze.....	99
5.1.6	Závěry.....	102
5.2	Sebestigmatizace poruch depresivního spektra .....	103
5.2.1	Hypotézy .....	103
5.2.2	Popis výběrového vzorku .....	104
5.2.1.1	Psychofarmaka .....	107
5.2.1.2	Závažnost poruchy.....	107
5.2.1.3	Strategie zvládání zátěže .....	107
5.2.1.4	Kvalita života.....	108
5.2.2	Sebestigmatizace .....	109

5.2.2.1	Vztah mezi sebestigmatizací, klinickými a demografickými faktory ..	109
5.2.2.2	Vztah mezi sebestigmatizací a strategiemi zvládnání zátěže .....	110
5.2.2.3	Vztah mezi sebestigmatizací a kvalitou života.....	112
5.2.2.4	Regresní analýza sebestigmatizace.....	113
5.2.3	Vyjádření se k platnosti hypotéz.....	114
5.2.4	Diskuze.....	115
5.2.5	Závěry.....	119
5.3	Sebestigmatizace poruch neurotického spektra .....	119
5.3.1	Hypotézy .....	119
5.3.2	Popis výběrového vzorku .....	120
5.3.2.1	Závažnost poruchy.....	121
5.3.2.2	Psychofarmaka.....	122
5.3.2.3	Diagnostické podskupiny.....	122
5.3.2.4	Hodnotící škály a demografické faktory.....	123
5.3.2.5	Strategie zvládnání zátěže.....	124
5.3.2.6	Kvalita života.....	125
5.3.3	Sebestigmatizace .....	126
5.3.3.1	Vztah mezi sebestigmatizací, demografickými a klinickými faktory ..	126
5.3.3.2	Vztah mezi sebestigmatizací a strategiemi zvládnání .....	127
5.3.3.3	Vztah mezi sebestigmatizací a kvalitou života.....	127
5.3.3.4	Regresní analýza sebestigmatizace.....	128
5.3.4	Vyjádření se k platnosti hypotéz.....	129
5.3.5	Diskuze.....	130
5.3.6	Závěry.....	133
5.4	Porovnání sebestigmatizace tří diagnostických skupin.....	133
5.4.1	Hypotézy .....	134
5.4.2	Popis výzkumného vzorku .....	134
5.4.2.1	Psychofarmaka.....	136
5.4.2.2	Závažnost poruchy.....	136
5.4.2.3	Diagnostické podskupiny, demografické a klinické faktory.....	136
5.4.3	Sebestigmatizace, demografické a klinické faktory .....	137
5.4.4	Sebestigmatizace, kvalita života, strategie zvládnání.....	137
5.4.5	Porovnání diagnostických skupin.....	138
5.4.6	Regresní analýza sebestigmatizace.....	141
5.4.7	Vyjádření se k platnosti hypotéz.....	142
5.4.8	Diskuze.....	143
5.4.9	Závěry.....	147
5.5	Limity Studie I.....	147
5.6	Závěr Studie I.....	148
6.	Studie II – Sebestigmatizace poruch neurotického spektra a změny psychického stavu v průběhu léčby .....	148
6.1	Hypotézy.....	149
6.2	Popis výběrového vzorku.....	150
6.2.1	Závažnost poruchy .....	154
6.2.2	Farmakoterapie .....	159
6.2.3	Psychoterapie.....	160
6.2.4	Sebestigmatizace .....	160
6.2.4.1	Sebestigmatizace a demografické faktory .....	161
6.2.4.2	Sebestigmatizace a klinické faktory .....	162
6.2.4.3	Sebestigmatizace, klinické škály a změny během léčby .....	163

6.2.5	Sebestigmatizace a diagnostické podskupiny .....	165
6.2.6	Sebestigmatizace a komorbidity.....	166
6.2.6.1	Komorbidita s depresivní poruchou .....	166
6.2.6.2	Komorbidita s další úzkostnou poruchou .....	167
6.2.6.3	Komorbidita s poruchou osobnosti.....	167
6.2.7	Sebestigmatizace a osobnostní charakteristiky .....	168
6.2.8	Sebestigmatizace a disociace .....	168
6.2.9	Sebestigmatizace a traumatizace v dětství .....	169
6.2.10	Sebestigmatizace a rodičovská výchova .....	170
6.2.11	Sebestigmatizace a vztahová vazba.....	170
6.2.12	Regresní analýza sebestigmatizace a souvisejících faktorů .....	171
6.3	Sebestigmatizace a změna v léčbě .....	171
6.3.1	Korelační analýzy sebestigmatizace a relativních změn .....	171
6.3.2	Regresní analýzy relativních změn v posuzovacích stupnicích .....	172
6.4	Vyjádření se k platnosti hypotéz .....	175
6.5	Diskuze .....	179
6.6	Limity Studie II.....	189
6.7	Závěry Studie II .....	190
SOUHRN		
LITERATURA		
PŘÍLOHY		

## Úvod

Je deset hodin dopoledne a scházíme se s novou skupinou klientů na úvodní skupinové psychoterapii. Sedáme si společně do kroužku a po přivítání a sdělení základních pravidel fungování skupiny dáváme prostor na představení každého člena. Začíná Marek:

*„Ahoj, já jsem Marek, je mi 33 let, vystudoval jsem vysokou školu a poslední rok mám takové divné stavy, paní doktorka říkala, že to jsou úzkosti a deprese. Nikdy před tím jsem to neměl, možná jsem byl jako dítě ustrašenější. Snažil jsem se to přebít prací, chodil jsem domů až hodně pozdě, hodně jsem sportoval, ale nic nezabíralo. Ty stavy byly čím dál horší, někdy jsem i jenom ležel v posteli a nemohl jsem vůbec spát. Nejhorší to bylo ráno. Čím dál víc jsem se uzavíral, nechtěl jsem vidět ani kamarády. Všimla si toho i manželka, už jsem nevládal ani být s dětma. Snažila se mě vytáhnout ven a jít na procházku, ale neměl jsem ani chuť, ani sílu cokoli dělat, i když bych rád, přitom jsem byl vždycky tak aktivní. Rodiče mi říkali, že nejde jen takhle ležet, že musím vstát a něco dělat, že mám rodinu, že se mi nic neděje a moc se poddávám. Myslel jsem si to taky, snažil jsem se, ale když vás pak v obchodáku přepadne hrozná úzkost, ani nemůžete dýchat a myslíte si, že každou chvíli zešlíte, tak musíte pryč. Nikomu bych to nepřál zažít. Zhoršovalo se to, takže jsem musel vyhledat psychiatra. Myslel jsem si, že jsem fakt blázen. Paní doktorka mi vysvětlila, co se se mnou děje a poslala mě na terapeutický pobyt sem. Okolí to nechápalo, navenek jsem vypadal normálně. Musím se holt smířit s tím, že jsem blázen, že musím brát prášky. Takže jsem skončil tady na psychiatrii s narušenou psychikou. Nevím, co bude dál, jak to pochopí v práci, už to tam o mě ví, myslí si, že se chci jen ulít, asi mě ani nebudou chtít zpátky, znáte to, kdo by chtěl pracovat s bláznem. A jak to pochopí manželka, určitě mě opustí, když teď nevydělávám peníze a jsem tady. Připadám si úplně k ničemu, že jsem to nevládl, беру to jako svoje selhání.“*

Ostatní členové skupiny souhlasně přikyvují a sdílí v různých obměnách Markovu představu o vlastním selhání a přijetí nálepky „neschopného blázna.“ Jediná Marcela se zkoumavě zamyslí a po chvíli mlčení promluví do ticha: *„Já už se léčím několik let, jsem tady na pobytu už potřetí a vždycky nám zde říkají, že tady se nekončí, ale začíná. Možná to není tím, že jsme selhali a jsme natolik slabí...možná jsme se jen snažili zůstat v našich trápeních silní příliš dlouho.“*

Přítomnost psychické poruchy je těžkou zátěží pro nemocného i pro jeho okolí. Postoje a očekávání veřejnosti ji nijak neulehčují. Laické představy, že člověk s psychickou poruchou je nevyzpytatelný a nebezpečný, nebo slabý či líný, se přenášejí také do postojů k vlastní osobě. Bojovat s psychickou poruchou je o to těžší, když se lidé v okolí domnívají,



že je možné se z ní vlastní vůlí dostat, nebo že jedinec onemocněl v důsledku „slabé“ vůle. Rady okolí typu „*musíš se více snažit*“, „*víc cvič*“, „*uvař si bylinky*“, „*nejez tolik prášků, je to svinstvo*“, „*bude to horší, když se sebou nezačneš něco dělat*“, „*podívej se na jiné lidi, jak to mají těžké a taky to zvládají*“, nejsou cestou k pochopení těch, kteří psychickou poruchou trpí uvnitř sebe i navenek. Není možné se zázračně zotavit z úzkostné poruchy pouze klidem a odpočinkem. Není možné se zotavit z deprese pozitivním myšlením a radováním se z každé maličkosti. A není možné se uzdravit ze schizofrenie větším sportovním a motivačním nasazením.

Vysoké nároky okolí se přenášejí na toho, kdo psychickou poruchou trpí. Představy o selhání, přijetí vlastní neschopnosti, snížená snaha dosahovat cílů a omezení kontaktu s blízkým okolím, je odrazem sebestigmatizace<sup>1</sup>. S ohledem na narůstající počet psychických poruch ve společnosti je nejen téma stigmatizace, ale také internalizace společenských předsudků aktuální a důležitou otázkou k zamyšlení, výzkumu a k aktivnímu řešení v praxi. Hlavním zaměřením této práce jsou negativní společenské stereotypy a předsudky o psychických poruchách, které jedinec s psychickou poruchou internalizuje. Práce má za cíl poukázat na důsledky sebestigmatizace, zejména v souvislosti s kvalitou života, strategiemi zvládání zátěže, závažností psychopatologie, osobnostními charakteristikami a vztahovou vazbou u různých skupin psychických poruch. Dále se věnuje vlivu sebestigmatizace na účinnost léčby u pacientů s poruchami neurotického spektra v kontextu demografických a klinických proměnných.

---

<sup>1</sup> Sebestigmatizace je proces začlenění předsudků a stereotypů o lidech s psychickými poruchami do přesvědčení o vlastní osobě (Ritsher & Phelan, 2004). Více viz kapitola 2. Sebestigmatizace.

## II. TEORETICKÁ ČÁST

### 1. STIGMATIZACE PSYCHICKÝCH PORUCH

Psychické poruchy představují více nebo méně definované představy o možném poškození psychických funkcí nebo narušeném fungování jedince. Opírají se jak o odborně uznávané klasifikační a diagnostické systémy<sup>2</sup>, tak o laické subjektivní představy o šílenství a bláznovství (Varcarolis, 2009). Podle obecné lékařské definice je psychická porucha považovaná za klinicky významný behaviorální nebo psychologický syndrom<sup>3</sup> prožívaný člověkem, poznamenaný nepohodou, znevýhodněním nebo rizikem vzniku znevýhodnění, případně ztrátou svobody (Sadock, Sadock, 2007).

Historicky pochází stigma z řeckého slova „*stigmata*“, které odkazuje na znamení hanby nebo diskreditace; vadu; identifikační značku nebo charakteristiku (Goffman, 1963). Psychická porucha byla historicky spojovaná s morální slabostí a špatným charakterem, proto se společnost k lidem s psychickou poruchou stavěla v průběhu historie odmítavě (Černoušek, 1994). Například během středověku byli lidé s psychickou poruchou považováni za živé příklady slabosti lidstva, nebo za posednuté d'áblem (Foucault, 1994). Lidé s psychickou poruchou byli následně vězněni jako zločinci a někdy i zabíjeni (Corrigan, 2002). Antipsychiatrické pohledy vedly k představě, že psychické poruchy jsou mýtus (Szasz, 1974). Dle tohoto mýtu psychiatři uměle vytvářejí psychické poruchy na základě popisu skupin běžných projevů chování. Antipsychiatrický pohled nebral v potaz, že řada projevů, které doprovázejí psychické poruchy, nemusí být nutně patrná navenek a mohou vést k nadměrnému utrpení, ztrátě plnohodnotného kontaktu s realitou a sociální izolaci (Glass, 1989). Moderní definice psychických poruch zahrnují spektrum projevů v prožívání a chování, které zasahují do celkového fungování v různých oblastech života (Johnstone, 2001; MKN-10, 1992; DSM-V, 2013).

---

<sup>2</sup> V našem prostředí je uznávaný Mezinárodní klasifikační systém nemocí MKN-10 (1992), v americkém prostředí je používán Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí DSM-V (2013). DSM-V i MKN-10 obsahují diagnostická kritéria a informace o poruchách, které pomáhají odborníkům diagnostikovat, zda jedinec trpí psychickou poruchou.

<sup>3</sup> Syndrom v medicíně je soubor příznaků, které charakterizují určitou nemoc. Např. pro depresi se považuje za charakteristické trias: smutná nálada, zpomalené myšlení a útlum psychomotoriky. U mánie je typická trias: rozjařeně veselá nálada, zrychlené myšlení a zvýšené psychomotorické tempo (Praško, 2011).

Představy o psychických poruchách se liší v závislosti na kulturním a sociálním prostředí (Watters, 2010). Některé kultury považují příznaky, které by podle biomedicínského modelu byly pokládány za psychickou poruchu, za běžné nebo dokonce výjimečné chování (např. rozmlouvání se stromem, duchy, přivolávání deště) (Stuber, Meyer, & Link, 2008). Kulturní odlišnosti v různých zemích zahrnují mnoho rozdílných druhů chování, které jsou zcela unikátní pro specifické populace. Určení toho, co je a co není psychická porucha, se proto může lišit. Za poslední generace západní kultura rozšířila svá poznání o psychických poruchách po celém světě (Watters, 2010). Např. depresivní porucha a posttraumatická stresová porucha jsou psychické poruchy, které se již objevují také v domorodých kulturách, kde dosud „zdánlivě“ neexistovaly (Watters, 2010).

Společenské stigma<sup>4</sup> v souvislosti s psychickými poruchami je mnohostranný konstrukt, který zahrnuje pocity, postoje, emoční stavy a chování (Penn & Martin, 1998). Negativní představy o psychické poruše mohou být stejně škodlivé jako samotná porucha. Přestože asi jedna čtvrtina lidí splňuje kritéria pro diagnózu psychické poruchy, zdá se, že povědomí o psychických poruchách je spojené s nedůvěrou, studem a rozpaky. Pojem schizofrenie může vyvolat představy o násilí, nebezpečnosti a neschopnosti péče o sebe. Pojem deprese může navodit představy o lenosti, neschopnosti a zneužívání návykových látek. Stigma psychických poruch významně omezuje příležitosti uplatnit se v každodenním životě (Link, 1987; Johnstone, 2001). Může být klíčovou proměnou v pochopení průběhu poruchy a jejích dopadů na jedince, kteří mají obdrželi psychiatrickou diagnózu (Corrigan, Green, a kol., 2001). Stigmatizující názory se neomezují pouze na neinformované členy veřejnosti. Také někteří odborníci na duševní zdraví<sup>5</sup> mohou zastávat negativní stereotypy o psychických poruchách (Corrigan, 2002). Způsob, jakým někteří lékaři nebo zdravotní personál reagují na klienty, může přispět k vnímané stigmatizaci (Hugo, 2001).

Stigmatizující postoje se dále neomezují pouze na psychické poruchy (viz. barva pleti, věk, sexuální orientace, tělesné vady a nemoci). Dle některých studií společnost nepřijímá jedince s psychickou poruchou výrazně více než je tomu např. u některých tělesných nemocí

---

<sup>4</sup> Společenské stigma vyjadřuje nesouhlas nebo diskriminaci založenou na sociálních charakteristikách, které slouží k odlišení jedince od ostatních členů společnosti. Může být například spojené s kulturní příslušností, pohlavím, rasou, věkem, sexuální orientací, inteligencí a zdravím (Goffman, 1963).

<sup>5</sup> Duševní zdraví je stav duševní pohody, kdy všechny duševní pochody probíhají optimálním způsobem, správně odrážejí vnější realitu, umožňují přiměřeně a pohotově reagovat na běžné i mimořádné situace, zdokonalovat se a zažívat pocit uspokojení z aktivit (WHO, 1946).

(Corrigan, River, & Lundin, 2000). Například pacienti se srdečními chorobami jsou oproštěni od stigmatu tím, že jsou vnímáni jako křehcí, bez většího podílu na vzniku onemocnění a sklízí více sympatií (Lai a kol., 2000). U psychických poruch je zodpovědnost za vznik více přisuzovaná jedinci (viz. Teorie přisuzování příčin<sup>6</sup>), což vede k možným pocitům hněvu, nepochopení a odmítavému chování (Corrigan, Rowan a kol., 2002). Společnost na psychické poruchy nahlíží z pohledu závažnosti, příčin vzniku a odpovědnosti za vznik, kontrolovatelnosti, stability trvání a léčitelnosti poruchy (Martin, a kol., 2000; Corrigan a kol., 2003; Phelan, 2005). Odmítavé chování se může projevit např. ve formě neposkytnutí pomoci, sociálního vyloučení, donucení k léčbě nebo odsunu do speciálních zařízení na okraj společnosti (Link & Phelan, 2001). Přisuzování zodpovědnosti za psychický stav je významným podkladem stigmatizace a sociálního odstupu (Albrecht a kol., 1982; Corrigan a kol., 2003).

## **1.1 Teoretické koncepce stigmatizace**

Teoretické koncepce stigmatizace se zabývají sociální identitou, sebestigmatizací a strukturálním stigmatem. Zahrnují sociokulturní perspektivu (stigma se vyvíjí k ospravedlnění stávající společenské nespravedlnosti), motivační předsudky (stigma jako uspokojení potřeby po odlišnosti, tj. cítit se lepší než někdo odlišný), sociálně – kognitivní teorie (stigma jako produkt zpracování lidských zkušeností) (Corrigan, 1998). Goffman (1963) ve své koncepci stigmatu uvádí, že stigmatizující znaky mohou a nemusí být zřejmé na první pohled (diskreditované a diskreditovatelné znaky<sup>7</sup>). U mnohých psychických poruch není možné navenek rozpoznat tuto skutečnost. Okolí přítomnost psychické poruchy může odvodit buď z nálepky psychické poruchy<sup>8</sup>, zjevných příznaků poruchy, deficitů v sociálních dovednostech, někdy také z fyzického vzhledu

---

<sup>6</sup> Teorie přisuzování příčin (atribuční teorie) popisuje lidskou potřebu porozumět příčině událostí. Zkoumá subjektivní tendence a chyby při posuzování příčin vlastního a cizího chování (Weiner, Perry, & Magnusson, 1988).

<sup>7</sup> Diskreditovaný znak zahrnuje osoby z kulturní menšiny se zřejmou fyzickou vlastností, která je pro okolí viditelná a zřejmá navenek (např. barva pleti u afričanů). Diskreditovatelný znak znamená, že odlišnost není navenek viditelná, stigmatizující znak je možné skrýt (Goffman, 1963).

<sup>8</sup> Nálepka psychické poruchy vychází z teorie labellingu, neboli nálepkování (Link, 1987), kdy jsou lidé označeni za duševně nemocné např. z doslechu, nebo jsou viděni u psychiatra.

(zanedbaný vzhled), exacerbace akutní epizody (bizarní chování) a potenciálně i z nízkého socioekonomického postavení nebo invalidního důchodu (Byrne, 2000).

Teorie nálepkování (labellingu) blíže popisuje, jak nálepka a označení jedince za psychicky nemocného ovlivňuje stigmatizující reakce. Míra stigmatu se liší podle typu psychické poruchy (Stuber, Meyer, & Link, 2008). psychická porucha typu schizofrenie se více pojí se stereotypními nálepkami nepředvídatelnosti, zvláštnosti a nebezpečnosti (Lai a kol., 2000). Depresivní porucha s nálepkami emoční slabosti, neproduktivnosti nebo lenosti (Lai a kol., 2000). Sebevražedný pokus v rámci různých psychických poruch dostává nálepky sobeckosti, špatnosti, narušenosti (Lai a kol., 2000). V některých případech může docházet k mylnému označení na podkladě stereotypů (Link, 1987). Například podivně vypadající člověk bez domova, který si sám povídá nahlas v parku, „*musí být určitě šílený a nebezpečný blázen.*“

Sociálně - kognitivní teorie stigmatu (Corrigan, 2000) popisují stereotypy, předsudky a diskriminaci. Znalost stereotypů<sup>9</sup> neznamena nutný souhlas s nimi (Corrigan, 2001). V případě souhlasu s negativními stereotypy dochází k utváření předsudků<sup>10</sup> (Lenhardt, 2004). Lidé s nízkou vnitřní regulací předsudků mohou zažívat silné emoční reakce, které vedou k diskriminaci<sup>11</sup> (Rao a kol., 2008). Stigma v kombinaci s emoční reakcí může vytvářet např. silný pocit strachu, který vede například k sociálnímu odcizení nebo vyhýbání (Corrigan a kol., 2001). Podstatou stereotypů, předsudků a diskriminace je především zachování příznivé sociální identity a sociální odstup od nevyhovujících jedinců, kteří mohou narušit sociální normy příslušné skupiny (Crawford & Brown, 2002). Častým podkladem odsuzujících reakcí je představa o zodpovědnosti za vznik psychické poruchy, vlastní sociální situaci, představa o nebezpečnosti a obava z nakažlivosti psychické poruchy (Kurzban & Leary, 2001; Crandall, Eshleman, 2003).

V mnoha případech nezáleží na typu psychiatrické diagnózy, samotná diagnóza funguje jako narážka (Corrigan, 2004). Některé psychiatrické diagnózy jsou spojené se silnější

---

<sup>9</sup> Stereotypy jsou znalostní struktury známé pro většinu společnosti. Umožňují rychlé vytváření dojmů a očekávání od příslušníků stereotypní skupiny (Allport, 1979). Stereotypy psychických poruch zahrnují představy o nevyzpytatelnosti, nebezpečnosti, neschopnosti a slabosti (Lenhardt, 2004).

<sup>10</sup> Předsudky vyjadřují postoj vůči určité skupině lidí. Vychází ze stereotypů, mají negativní hodnotící složku (Allport, 1979). Mohou vést ke hněvu a nepřátelskému chování (Corrigan, 2000).

<sup>11</sup> Diskriminace je chování zaměřené na menšinovou skupinu, může vést k emoční, fyzické nebo finanční újmě, nerovnému zacházení např. v oblasti bydlení, zaměstnání (Corrigan a kol., 2003).

stigmatizující reakcí (např. psychotické poruchy vs. poruchy nálady). Není jasné, jestli je to proto, že poruchy nálady jsou častější a přijatelnější, nebo proto, že psychotické poruchy jsou více spojené se strachem z nebezpečnosti (Granello & Wheaton, 2001).

## **1.2 Dělení stigmatu**

Dělení stigmatu podléhá mnohým kritériím a kopíruje teoretické koncepty stigmatizace ve výzkumných studiích (Link & Phelan, 2001; Angermeyer & Matschinger, 2003; Corrigan & O'Shaughnessy, 2007). Goffman (1963) uvádí základní dělení na tělesné stigma x vady charakteru x kmenová stigmata. Stigmata mohou být také vrozená nebo získaná, zjevná x skrytá, chtěná x nechtěná, přechodná x dlouhodobá. Toto dělení neumožňuje rozlišit, jakým druhem stigmatu se výzkumné studie přímo zabývají. Vhodnějším dělením je proto rozlišení stigmatu na veřejné a osobní stigma (Corrigan, 2005).

*Veřejné stigma* zahrnuje celkové nastavení společnosti k psychicky nemocným lidem a vztahuje se ke stereotypům, předsudkům a diskriminaci veřejnosti. Je zřejmé také v hovorovém jazyce (např. blázni, maniaci, šílenci, psychina, prášky na hlavu, bláznec, psychouš, hysterka, fetka, smažka, násoska, magor, schizouš, obsedantka, hraničář), nepravdivém mediálním vyobrazení, vtipech o psychických poruchách, dehonestujících filmech a seriálech (Stout a kol., 2004). Na institucionální úrovni fungování státu se jedná o *strukturální veřejné stigma*, které zahrnuje znevýhodňující bariéry, pravidla, zákony, interní firemní nebo institucionální předpisy, které z pozice moci regulují oblast duševního zdraví (např. financování léčby) (Corrigan & O'Shaughnessy, 2007). Veřejné stigma je častým cílem výzkumných snah zejména ve spojitosti s destigmatizačními programy (Corrigan, 2005).

*Osobní stigma* vzniká jako důsledek existence veřejných stereotypů a předsudků psychických poruch a zahrnuje jejich individuální zpracování. Vyskytuje se ve formě vnímaného stigmatu (očekávání stigmatizujícího chování z okolí), reálně prožívaného stigmatu (přímý kontakt se stigmatizujícím nebo diskriminujícím chováním od okolí v důsledku psychické poruchy, která je o jedinci v okolí známá), nebo internalizovaného stigmatu (sebestigmatizace) (Corrigan, 2002).

K základnímu dělení stigmatu na veřejné a osobní Byrne (2000) specifikuje ještě tzv. *zdvořilostní stigma*. Stigma psychických poruch ovlivňuje nejen člověka s psychickou poruchou, ale také jeho blízké (manžele, rodiče, sourozence, rodiný statut). Strach

ze stigmatizace, pocity studu, obavy, jak bude reagovat okolí na výskyt psychické poruchy v rodině, vede mnohdy ke snaze utajit a skrýt tuto skutečnost. Zdvořilostní stigma tak zahrnuje skrývání faktu psychické poruchy před okolím ze „zdvořilosti“, studu nebo strachu.

### **1.3 Dopady stigmatizace**

Stigmatizace má na lidi s psychickou poruchou negativní dopady napříč téměř všemi oblastmi fungování. Ovlivňuje celkovou kvalitu života (Ritsher & Phelan, 2004), znemožňuje nebo brání v hledání potřebné lékařské péče (Stout a kol., 2004), má dopady v oblasti mezilidských vztahů (rodinné problémy, problémy v hledání partnera a přátel, problémy v zaměstnání), v pracovním uplatnění a při hledání zaměstnání (Lai a kol., 2000; Stuber, Meyer, & Link, 2008), má dopady na sebeúctu a sebevědomí (Blankertz, 2001), může vést k sociální izolaci, nedostatku lásky a osamělosti (Ernder a kol., 2009), omezenému rozhodování a dosahování vlastních cílů (Blankertz, 2001). Stigma vytváří očekávání, že lidé s psychickou poruchou nejsou schopni naplnit potřebnou míru zodpovědnosti, která je součástí každodenního života (Corrigan & Watson, 2002). Společenský život je často silně ovlivněný změnou sebeúcty a předchozí zkušeností se stigmatizací (Phelan, 2005).

Stigma psychických poruch představuje čtvrtou největší bariéru k vyhledání léčby (Simmons, 2001). Méně než 30 % lidí s diagnózou psychické poruchy vyhledá léčbu a přibližně 40 % lidí s vážnou psychickou poruchou (např. schizofrenií) léčbu vyhledalo, ale byla z různých důvodů nedostatečná (Martin, Pescosolida & Tuch, 2000). Stigma (v případě vyhledání péče) ovlivňuje účinnost léčby (Sadow a kol., 2002). Odklad vyhledání vhodné léčby z důvodu strachu ze stigmatizace je spojený s větší náchylností k dalším zdravotním problémům (Weiss, 2005). Také osobní zkušenost se stigmatizací ze strany odborníků duševního zdraví nebo personálu zdravotnických a komunitních zařízení, může klienty s psychickou poruchou odradit od léčebné spolupráce (Corrigan, 2002).

V rodinných vztazích může být jedinec s psychickou poruchou považován za outsidera<sup>12</sup> rodiny a být vyloučený z rodinného chodu, pochopení, podpory a přízně (Byrne, 2000). V zaměstnání se může vyskytnout zvýšená nedůvěra ze strany zaměstnavatele a spolupracovníků, obava z větších absencí, nedůvěryhodnost pracovníka nebo strach z možného ohrožení. Napětí v práci spojené se stigmatem může vést k výskytu tělesných příznaků, které jsou pro pracovní prostředí přijatelnější (Green a kol., 2003). Obava ze stigmatizace při hledání zaměstnání souvisí se sociálním stažením se (Alexander & Link, 2003). V oblasti pronájmu nebo prodeje nemovitostí lidem s psychickou poruchou, o kterých je tato skutečnost známá, může docházet k diskriminaci. Pronajímatel se může domnívat, že zájemce s psychickou poruchou bude potenciálně nebezpečný, problémový nebo nebude platit (Corrigana, Watsona & Ottatiho, 2003).

#### **1.4 Destigmatizační snahy**

Destigmatizace zahrnuje uznání psychických poruch za zdravotní problém okolím i lidmi, kteří jimi trpí. Porozumění a přijetí je jednou z cest k vyvrácení mylných přesvědčení (Corrigan a kol., 2001). Destigmatizační snahy jsou primárně cílené na média, veřejnost, instituce, právní systém i jedince s psychickou poruchou (Corrigan, Rowana a kol., 2002). Mezi základní strategie patří *protest*, *vzdělávání* a *podpora* osobních kontaktů mezi veřejností a lidmi s psychickou poruchou. Destigmatizační snahy by měly zohlednit, že a) protestní pokusy mohou vyvolat bumerangový efekt<sup>13</sup>; b) vzdělávací programy nemusí být efektivní, protože mnohé stereotypy a předsudky jsou vůči změnám odolné; c) osobní kontakt je nutné posílit vzájemnou spoluprací a rovnocenným vztahem (Corrigan, Rowana a kol., 2002).

*Protest* je reaktivní strategie zacílená na potlačení stigmatizujících postojů a zpochybnění negativních přesvědčení (Corrigan, 2002). Hlavní protestní snahy směřují k nepřesným vyobrazením psychických poruch v médiích. Protestovat mohou různé skupiny v rámci kampaní nebo osobních setkání. Protest nedokáže prosazovat pozitivnější postoje

---

<sup>12</sup> Outsider je z anglického překladu „cizí člověk“, člověk stojící mimo určitou skupinu nebo vyřazený ze společnosti, někdo, s kým se nepočítá a od koho se nečeká velký výkon nebo úspěchy (Slovník cizích slov, 2019).

<sup>13</sup> Bumerangový efekt z angl. boumerang = vrát se zpět). Jedná se o metaforické vyjádření převráceného výsledku jednání, resp. výsledku, který se obrací proti původnímu záměru jednání (Nešpor, 2017).



a může umocnit negativní přesvědčení vlivem bumerangového efektu (Couture & Penn, 2003).

*Vzdělávání* má za cíl informovat veřejnost o psychických poruchách. Strategické poskytování informací snižuje negativní stereotypy upozorněním na fakta a rozpory, ale efekt je spíše krátkodobý (Corrigan, 2000). Vzdělání pomáhá měnit stereotypní názory, ale má malý vliv na hluboce zakořeněné postoje nebo následné chování (Couture & Penn 2003). Lepší informovanost a větší povědomí o psychických poruchách snižuje pravděpodobnost souhlasu se stigmatem a diskriminací (Brockington, Hall, & Levings, 1993). Vzdělávací programy jsou účinné pro širokou škálu lidí, od dospívajících po staré lidi, včetně vysokoškolských studentů, pracujících obyvatel, rodinných příslušníků a lidí s psychickou poruchou (Corrigan, River, & Lundin, 2001). Vzdělávání je důležité také u studentů a odborníků v oblasti duševního zdraví.

*Osobní kontakt* je další způsob, jak zmírnit stigma. Mezilidský kontakt s jedincem s psychickou poruchou je účinnější než protest nebo vzdělání. Na rozdíl od předešlých strategií je zacílený na změnu postojů i chování (Corrigan, 2002; Alexander & Link 2003). Osobní kontakt má pozitivní vliv, pokud se uspěteční zejména s praceschopným člověkem, který samostatně bydlí a funguje v důležitých životních oblastech. Pozitivní, neutrální nebo mile překvapující osobní zkušenost má vliv na nesouhlas se stigmatem psychických poruch (Corrigan, Edwards, & Green, 2001). I minimální kontakt (osobní nebo profesní) např. ve formě krátkého videa, může být efektivní (Alexander & Link, 2003). Osobní kontakt umožňuje vnímat jedince jako celistvého člověka, který se od ostatní neliší, minimalizuje vnímání skupinových rozdílů. Alexander a Link (2003) zjistili, že kombinace osobního kontaktu, vzdělání a vzájemné spolupráce snižuje stigmatizující postoje. Interakce s duševně nemocným člověkem může změnit kognitivní struktury a klasifikaci odlišnosti směrem k větším blízkosti (Corrigan a kol., 2001).

Dalším krokem je výzkum příčin vzniku psychických poruch a hledání způsobu, jak čelit diskriminujícímu chování. Konfrontace mýtů (např. o přenosnosti), mylného mediálního vyobrazení, představy o násilných tendencích a nemožnosti obnovy duševního zdraví nebo konfrontace přesvědčení, že psychická porucha je způsobená slabým charakterem, představují výzvu ke změně (Arboleda-Florez, 2002). V hovorovém jazyce může přispět změna terminologie a stigmatizujícího jazyka, protože odchylné, nepřesné, negativní nálepky přispívají ke stigmatizaci (Byrne, 2000). Byrne (2000) navrhuje oficiální označení

odpůrců psychických poruch pojmem *psychofobní*<sup>14</sup> (podobně jako rasismus, ageismus, sexismus).

Vymezení se proti stigmatizujícím názorům a podpora shovívavějších postojů k psychickým poruchám může být prospěšná (Corrigan a kol., 2003). Přínosné mohou být diskuse o psychických poruchách v různých informačních kanálech (např. média, sociální sítě). Pořady, které pravdivě a věrohodně dokumentují každodenní život lidí s psychickou poruchou, mohou přiblížit pochopení této problematiky (Corrigan a kol., 2003). Informační kampaně, pozitivní novinové články, sebeodhalení slavných osobností s psychickou poruchou zvyšuje povědomí a snižuje stigmatizaci i sebestigmatizaci (Corrigan a kol., 2003).

V Americe, Austrálii i v evropských zemích existují národní aliance, centra služeb duševního zdraví, národní asociace duševního zdraví, které realizují konkrétní programy bojující se stigmatem (Corrigan a kol., 2003). Skupiny ze soukromého sektoru vytváří projekty na snížení stigmatu a zvýšení informovanosti obyvatel. V České republice zaštiťuje destigmatizační programy Národního ústav duševního zdraví (NUDZ), konkrétně sekce sociální psychiatrie pod vedením PhDr. Petra Winklera.

## 2. SEBESTIGMATIZACE

Psychické poruchy zahrnují zvládání příznaků, dopadů na život, konfrontaci se stigmatem a vyrovnání se jak s psychickou poruchou, tak se sebestigmatizací (Corrigan, 2000; Phelan a kol., 2000). Sebestigmatizace je v souvislosti s psychickými poruchami významný problém (Livingston & Boyd, 2010). Někteří teoretici předpokládají, že sebestigmatizace má za následek sebedevalvaci a nízké sebevědomí (Major & O'Brien, 2005). U některých jedinců s psychickou poruchou k sebestigmatizaci buď dochází, nedochází nebo je minimální (Thoits, 2011).

*„Vnímám jsem, že mám vážnou psychickou poruchu, a proto jsem byl odsunut kamsi do společenského odpadiště těch, kteří jsou považováni za odpad. Mučila mě přetrvávající a opakující se myšlenka, že lidé, s nimiž bych se setkal, dokonce i úplně cizí lidé, by mě neměli rádi a přáli by si, aby duševně nemocní lidé jako já neexistovali. Proto jsem se začal stranit a schovávat.*

---

<sup>14</sup> Pojem „psychofobní“ zahrnuje strach z psychických poruch s negativní konotací (Byrne, 2000).

*Na autobusových zastávkách jsem stál daleko od ostatních nebo se schovávám v rozích vozidel metra. Přemýšlel jsem o sobě jako o odpadu, a dokonce bych chodil po druhé straně chodníku, abych nelezl na chodník těm, se kterými již nejsem ve stejné společenské třídě, tedy ostatním lidským bytostem“ (Gallo, 1994, str. 407-408).*

K porozumění sebestigmatizace přispívají sociálně-psychologické teorie (vytvoření nežádoucí sociální identity na podkladě nálepky psychické poruchy) (Mead, 1934; Goffman, 1963). Internalizace společenských předsudků je dále dávaná do souvislosti s koncepty vulnerability (větší náchylnosti k rozvoji psychické poruchy) (Phelan, Link, & Dovidio, 2008).

## **2.1 Definice sebestigmatizace**

Sebestigmatizace představuje interní proces hodnocení a rozhodování vztažený na jedince s psychickou poruchou s možným výskytem pocitů nedostačivosti, podřadnosti, studu, sebe-nenávisti při nedosažení cílů, neschopnosti naplňovat očekávání a životní role (Blankertz, 2001; Corrigan, 2004; Lenhardt, 2004). Jedná se o maladaptivní psychosociální jev, kterým trpí významný počet psychiatrických pacientů (Livingston & Boyd, 2010). Projevuje se zejména sníženým sebevědomím a rozvojem deprese, má celou řadu negativních dopadů. Vysoce sebestigmatizující jedinci akceptují sociální předsudky o psychických poruchách a mohou si připadat méněcenní (Corrigan, Rafacz, & Rüsche, 2011). Souhlas a přijetí přesvědčení např. o vlastní neschopnosti, nebezpečnosti, vině za vznik psychické poruchy, slabé osobnosti, posilují pocity studu, rozpaky a hanbu a omezují fungování v mezilidských i pracovních vztazích (Brook a kol., 2003; Corrigan, Roe, & Tsang, 2011).

Sebestigmatizující se jedinci méně věří ve vlastní uzdravení a zlepšení psychického stavu, jsou více v depresi a trpí negativním sebehodnocením (Sirey, Bruce a kol., 2001; Tsang, Fung, & Chung, 2010; Padurariu a kol., 2011; Ustündağ & Kesebir, 2013). Dopady sebestigmatizace se promítají jak do vztahu k vlastní osobě, tak do nepříznivých výsledků v obnově duševního zdraví (Watson, Corrigan, & Larson a kol., 2007). Lidé s psychickou poruchou se mohou snažit vyhnout stigmatu a pocitům vlastní slabosti např. nepřijetím psychické poruchy, upřednostňováním somatického vysvětlení pocíťovaných potíží (Camp a kol., 2002; Tsang, Fung, & Chung, 2010; Barney a kol., 2009). Někteří jedinci s psychickou poruchou se ztotožní s většinovým pohledem na psychické poruchy,

internalizují negativní přesvědčení s dopadem na sebeúctu, motivaci a interakce s ostatními členy společnosti (Corrigan, 2005). Jiné jedince negativní předsudky aktivizují k nesouhlasu, oprávněnému hněvu a boji s existujícím stigmatem (Corrigan, Roe, & Tsang, 2011), viz kapitola 2.3 *Paradox sebestigmatizace*.

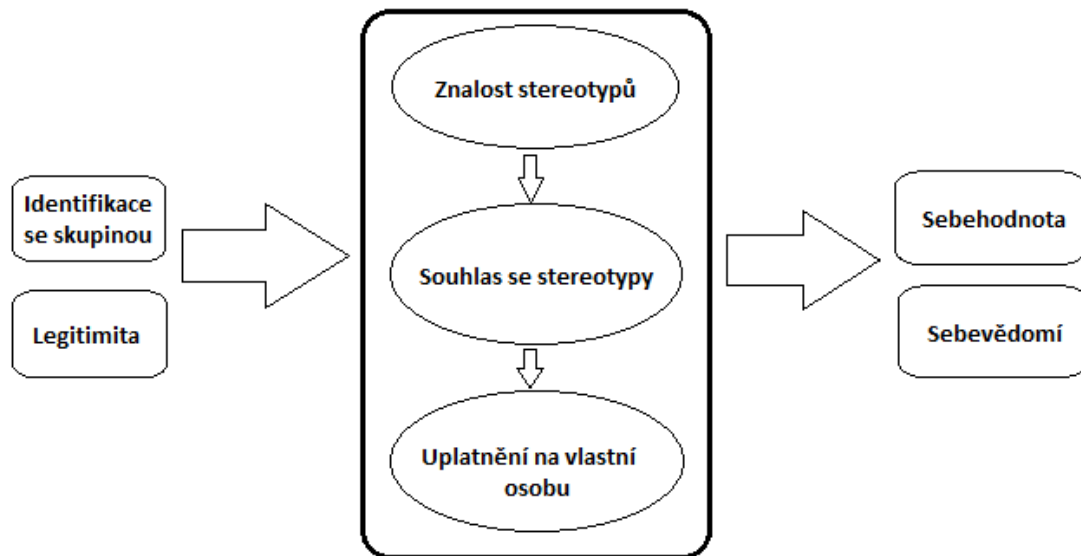
## 2.2 *Proces sebestigmatizace*

Proces internalizace veřejného stigmatu se skládá ze série fází, které navazují jedna na druhou (Bradstreet a kol., 2018). *Povědomí* (awareness) o existenci stereotypů a předsudků psychických poruch („*Všichni ví, že lidé s psychickou poruchou jsou nebezpeční*“) charakterizuje první fázi modelu stigmatizace. Ve druhé fázi dochází k *souhlasu* (agreement) s negativními stereotypy o psychických poruchách („*Myslím si to také, že jsou nebezpeční, pořád jsou o tom v televizi reportáže*“) (Corrigan, Larson, & Rusch, 2009). Stereotypy a předsudky jsou ve třetí fázi přejaté a *aplikované* (application) na sebepojetí jedince s psychickou poruchou („*Také trpím psychickou poruchou, mohu být nebezpečný, a i já mám někdy strach sám ze sebe*“). Po aplikaci předsudků a stereotypů na vlastní osobu dochází k *negativním dopadům* (harm) v podobě sníženého sebehodnocení, sebeúcty, sebevědomí, přesvědčení o neschopnosti, sebediskriminaci<sup>15</sup> (Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003; Ritsher & Phelan 2004; Watson, Corrigan, & Larson a kol., 2007), viz Obrázek 1.

---

<sup>15</sup> Sebediskriminace (od slova diskriminace = rozlišovat) se používá převážně v negativním významu. Ve spojení s jedincem může zahrnovat vlastní upírání dosahování cílů, izolování se, nevyhledání lékařské pomoci, vyhýbání se partnerským a jiným vztahům (Sirey, Bruce a kol., 2001).

Obrázek 1: Proces internalizace stigmatu (Watson, Corrigan, Larson, & Sells, 2007)



V procesuálním modelu internalizace stigmatu jdou jednotlivé fáze po sobě, každá fáze je ovlivněná bezprostředně předcházející fází (Rabkin, 1974). Pro pochopení sebestigmatizace je nutné odlišit faktory, které mohou souviset spíše s psychickou poruchou než se stigmatem (např. depresivní příznaky v různých fázích léčby) (Corrigan & Watson, 2002), viz kapitola 2.4 *Sebestigmatizace nebo psychická porucha*.

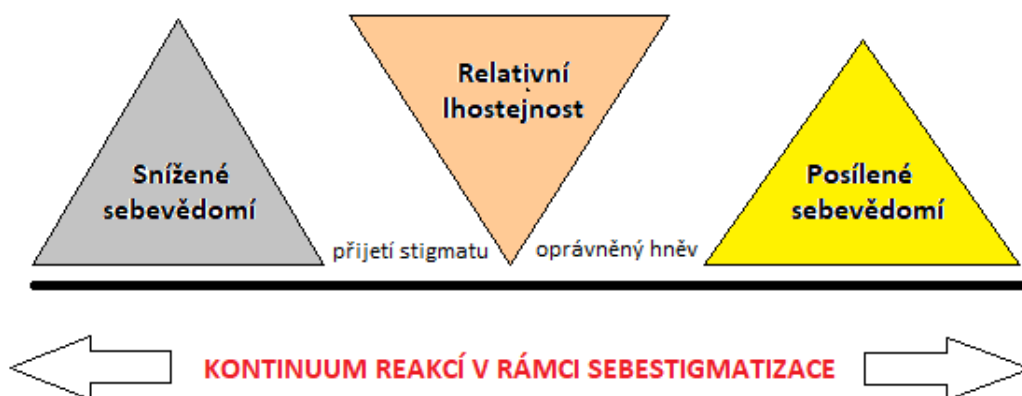
### 2.3 Paradox sebestigmatizace

Výzkum sebestigmatu zkoumá dopad stereotypů a předsudků na různé aspekty sebepojetí. Zatímco pro některé jedince je dopad zničující a vědomí sebe sama je poškozené sociálním stigmatem, jiní se oprávněně zlobí, mobilizují síly a aktivně reagují na nespravedlnost. Třetí skupinu tvoří jedinci, které stigma zasahuje i mobilizuje, mohou být tedy relativně lhostejní (Chamberlin, 1998; Corrigan, 2002). Nízká sebeúcta versus oprávněný hněv a relativní lhostejnost jsou možné reakce, které tvoří paradox sebestigmatizace (Corrigan, 2002).

Interakce a identifikace se skupinou lidí s psychickými poruchami rozvíjí pozitivní identitu a sebehodnocení bez ohledu na existující stereotypy (Leon a kol., 1993). Vysoká identifikace se skupinou pomáhá chránit sebevědomí před negativními dopady stigmatu a posiluje reakci oprávněného hněvu. Oprávněný hněv je pociťovaný vůči těm, kteří lidi s psychickou poruchou nespravedlivě označili a předem odsoudili

(Corrigan, Giffort, & Rashid, 1999). Na kontinuu sebestigmatizace jsou na jedné straně jedinci, u kterých stigma posílí sebevědomí a sebeúctu a nedochází k negativnímu ovlivnění předsudky. Na opačném konci kontinua jsou jedinci, kteří zastávají pesimistické představy o psychické poruše, mají nízkou sebeúctu a malou sebedůvěru, viz Obrázek 2 (Zimmerman & Rappaport, 1988; Corrigan, Giffort, & Rashid, 1999).

Obrázek 2: Kontinuum reakcí v rámci sebestigmatizace



Paradox sebestigmatizace a vzniklé reakce se mění v závislosti na situaci. V některých situacích může jedinec zažívat hněv, jindy pociťovat sníženou sebeúctu. Způsob reagování na stigma ovlivňuje vnímaná legitimita stigmatu v situaci a identifikace se skupinou lidí s psychickými poruchami (Corrigan & Watson, 2002). Ztráta sebeúcty nebo posílené sebevědomí jako důsledek stigmatizace mohou působit stabilním a konstantním dojmem. Je ale pravděpodobné, že reakce na stigma se v průběhu života mění (Crocker, Major, & Steele, 1998). Osobní odpověď na stigma je vázaná na situační kontext a odvíjí se od předpokládané legitimacy (oprávněnosti) reakce. Lidé, kteří vnímají stigmatizující reakce okolí jako oprávněné, budou pravděpodobněji zažívat snížené sebevědomí a naopak (Corrigan & Calabrese, 2005; Corrigan & Holzman, 2001).

## 2.4 Sebestigmatizace nebo psychická porucha

K subjektivnímu prožívání příznaků psychické poruchy se přidávají také internalizované společenské postoje (Corrigan, 2002). Sebepojetí jedince s psychickou poruchou ale nemusí být narušené výhradně sebestigmatizací. Snížené sebevědomí může být přímo spojené s konkrétní psychiatrickou diagnózou (DSM-V, 2013). Vážné psychické poruchy (spektrum poruch schizofrenního spektra, afektivní poruchy, některé poruchy osobnosti) zahrnují problémy ve snížené motivaci k mezilidským interakcím, snížené povědomí o nemoci,

zhoršené sociální dovednosti, omezenou identifikaci se skupinou a snížené sociální poznávání s dopadem na nízkou sebeúctu (APA, 1994; Corrigan & Penn, 1999). Psychické poruchy jsou spojené s větší citlivostí na vnitřní nebo vnější ublížení a zranění. Odhad sociálních interakcí může být ovlivněn větší citlivostí na stigmatizaci (Corrigan & Penn, 1999). Komorbidní depresivní reakce nebo subklinická deprese také souvisí s nízkým sebevědomím a ovlivňuje sebeúctu (DSM-V, 2013). Lidé s hraniční poruchou osobnosti mají z podstaty poruchy problémy se sebeúctou spojené s emoční dysregulací (MKN-10, 1992).

Odlišení dopadů sebestigmatizace na sebepojetí musí vzít v potaz příznaky a projevy specifických psychických poruch. Příznaky deprese včetně nízké sebeúcty jsou často epizodické. Nízké sebevědomí vlivem psychické poruchy úměrně kolísá se změnou psychického stavu. Léčba depresivních příznaků (farmakologická nebo psychoterapeutická) by měla zlepšit nízké sebevědomí způsobené poruchou. Navíc narušené sebevědomí v důsledku sebestigmatizace by v různých fázích léčby nemělo být proměnlivé (Wright a kol., 2000). Výzkumy sebestigmatizace u vážných psychických poruch by dále měly zahrnovat monitorování náhledu v různých fázích léčby a výzkumu (Amador & Seckinger, 1997).

## **2.5 Sebestigmatizace psychických poruch**

Sebestigmatizace se vyskytuje u všech skupin psychických poruch, včetně poruch schizofrenního, depresivního a neurotického spektra (Ran a kol., 2018; Bonfils a kol., 2018). Míra prevalence sebestigmatizace u lidí s poruchami schizofrenního spektra se pohybuje okolo 49 % (Gerlinger a kol., 2013), u afektivních poruch okolo 22 % (Brohan a kol., 2011). U specifických neurotických poruch nejsou výzkumné studie příliš časté (Ocisková a kol., 2015). Některé osobnostní faktory (naděje a sebepřijetí) zvyšují odolnost proti internalizaci předsudků u jedinců s neurotickými nebo depresivními poruchami (Ocisková a kol., 2015). Demografické faktory (pohlaví, dědičnost psychické poruchy a vzdělání) nesouvisí se sebestigmatizací u různých diagnostických skupin (Gerlinger a kol., 2013; Vrbová a kol., 2014; Kamarádová a kol., 2015; Sedláčková a kol., 2015). V některých studiích je důležitým demografickým faktorem zaměstnání (Kamarádová a kol., 2015).

Sebestigmatizace souvisí se stresem (Schulze & Angermeyer, 2003; Scocco a kol., 2016), kvalitou života (Livingston & Boyd, 2010; Picco, 2016), vyšším rizikem sebevražedného chování (Látalová a kol., 2014), nezaměstnaností, sociální izolací, beznadějí (Rusch a kol., 2014), sníženou spoluprací a efektivitou léčby u různých psychiatrických poruch (Ritsher & Phelan, 2004; Tsang a kol., 2010; Vrbová a kol., 2014; Uhlmann a kol., 2014; Sedláčková a kol., 2015). Některé studie uvádí, že mezi mírou sebestigmatizace u pacientů s depresivním a schizofrenním spektrem poruch není významný rozdíl (Kamarádová a kol., 2016; Ran a kol., 2018).

### **2.5.1 Sebestigmatizace u poruch schizofrenního spektra**

Sebestigmatizace pacientů se schizofrenním spektrem poruch se vyskytuje u značného procenta pacientů (Gerlinger a kol., 2013). Predikuje závažnější depresi (Charles a kol., 2007; Margetic a kol., 2010), větší sociální úzkost (Birchwood a kol., 2007), nižší kvalitu života (Vrbová a kol., 2017), pokles sebevědomí a sebedůvěry (Cavelti a kol., 2012), horší sociální fungování, nižší naděje (Vrbová a kol., 2017), menší víru v uzdravení a horší spoluprací v léčbě (Gerlinger a kol., 2013).

Celková míra sebestigmatizace měřená ISMI byla u ambulantních pacientů se schizofrenií  $63,32 \pm 13,59$  (Vrbová, 2016). Sebestigmatizace v uvedeném výzkumu pozitivně souvisela se závažností onemocnění, délkou léčby a počtem psychiatrických hospitalizací. Birchwood a kol. (2007) zjistili vztah mezi sebestigmatizací a sociální úzkostí (pacienti se schizofrenií a komorbidní sociální úzkostí se více sebestigmatizovali). Vrbová a kol. (2017) zjistila, že pacienti se schizofrenií s větší mírou sebestigmatizace, mají nižší osobnostní charakteristiku Vyhýbání se poškození, Sebeřízení a Spoluprací dle Cloningera a celkově nižší kvalitu života. Margetić a kol. (2010) zjistili souvislost mezi osobnostními charakteristikami Vyhýbání se poškození a Sebeřízení u pacientů se schizofrenním spektrem poruch.

### **2.5.2 Sebestigmatizace u poruch depresivního spektra**

Sebestigmatizace se v populaci pacientů s depresivní poruchou vyskytuje v širokém měřítku (Roeloffs a kol., 2003). Je spojená s pocity zodpovědnosti a viny za psychický stav (Wang a kol., 2007). Snaha zvládnout depresi vlastními silami oddaluje vyhledání potřebné



léčby, stejně jako mylná představa o návykovosti antidepresiv nebo změnách osobnosti v důsledku jejich užívání (Kessler a kol., 2005; Munizza a kol., 2011). Sebestigmatizace u pacientů s depresí může být umocněná přítomností sebevražedných myšlenek, které jsou veřejností vysoce odmítané (Pompili a kol., 2007). Studie o sebestigmatizaci z pohledu pacientů s depresí nejsou příliš časté (Pyne a kol., 2004). Lee a kol. (2002) zjistili, že pacienti se závažnou depresí měli výrazně vyšší míru sebestigmatizace a nižší kvalitu života než zdravá kontrolní skupina. Sebestigmatizace je spojená se závažností depresivních příznaků (zejména beznadějí a bezmocí) a může vést k nepříznivým výsledkům léčby (Corrigan a kol., 2009; Oakley, 2012).

Průměrné skóre sebestigmatizace u pacientů s depresí bylo  $68,9 \pm 8,76$  (Darraj a kol., 2017). Shimotsu a Horikaw (2016) zjistili, že deprese a sebestigmatizace mají podobný vliv na sebeúctu. Yen a kol. (2005) zjistili u ambulantních pacientů s depresí, že jedinci se závažnější depresivní symptomatologií nebo nižším vzděláním se stigmatizují ve vyšší míře. Manos a kol. (2009) zkoumali u pacientů s depresivní poruchou vztah mezi sebestigmatizací a strategiemi zvládnání zátěže. Zjistili, že sebestigmatizující postoje souvisí se zvýšeným užíváním strategie vyhýbání se. Praško a kol. (2016) uvádí, že pacienti s farmakorezistentními depresivními poruchami, kteří mají více zkušeností s diskriminací, vykazují horší odpověď na léčbu.

### **2.5.3 Sebestigmatizace u poruch neurotického spektra**

Sebestigmatizace u neurotických poruch je spojená se strachem z nepřijetí, odmítnutí, nepochopení. Psychické problémy jsou v důsledku strachu ze stigmatizace často potlačované, skrývané s důrazem na hledání somatického vysvětlení. Přijetí diagnózy neurotické poruchy bývá spojené s pocity slabošství, ustrašenosti. Snaha „nepůsobit jako blázen“ je stresující a souvisí s napětím. Důsledky v podobě vyhýbání se sociálním kontaktům prohlubují a upevňují úzkostnou poruchu, jsou spojené se strachem vrátit se do zaměstnání a fungovat v běžném životě (Ocisková, 2013). Poruchy přizpůsobení nejsou výrazně zatíženě sebestigmatizací, okolí i jedinec většinou chápou příčiny rozvoje potíží (Ocisková, & Praško, 2015). U úzkostných poruch je somatické vyjádření úzkosti přijímané lépe, než samotný fakt přítomnosti úzkosti (Praško, 2005). Např. pacienti se somatoformní poruchou prožívají výrazné pocity studu, které popírají, často odmítají diagnózu i psychiatrickou léčbu a nechtějí se smířit s nálepkou člověka s psychickou

poruchou. Podobně je tomu u pacientů s chronickým únavovým syndromem, kteří hledají organickou poruchu svých potíží (Shape, & Wessely, 2000). Riziko stigmatizace a sebestigmatizace je u pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou značné (Angermeyer a kol., 2002).

Podle některých autorů souvisí sebestigmatizace u neurotických poruch se zvýšenou úzkostí, depresivitou a závažností psychopatologie na počátku léčby (Drapalski a kol., 2013; Ocisková a kol., 2018). Pacienti s vyšší mírou sebestigmatizace měli po kombinované léčbě menší zlepšení příznaků úzkosti (Ocisková a kol., 2018). Cinculová a kol. (2017) neprokázala souvislost mezi sebestigmatizací a věkem, věkem nástupu poruchy. Sebestigmatizace souvisela se závažností poruchy, počtem hospitalizací, svévolným přerušением léčby v minulosti a s adherencí v léčbě. Stejná zjištění našla také Kamarádová a kol. (2016). Přítomnost sebestigmatizace snižuje účinnost kombinované léčby úzkostných poruch (Ocisková a kol., 2018).

Výzkum osobnostních charakteristik Ociskové a kol. (2018) ukázal, že sebestigmatizace úzce souvisí s vyšším Vyhýbáním se poškození a nižším Sebeřízením. Jedinci s větší citlivostí na odmítnutí jsou náchylní k rozvoji sebestigmatizace, oproti tomu osobnostní faktory typu naděje a sebepřijetí jsou protektivními faktory. Sebestigmatizace dle uvedené studie predikuje nižší změnu objektivní závažnosti patologie, nikoliv změnu úzkosti a závažnosti depresivních příznaků. Úzkost, depresivní symptomatologie a úroveň disociace nebyly v uvedené studii významnými mediátory sebestigmatizace.

## **2.6 Důsledky sebestigmatizace**

Zvnitřnění negativních stereotypů a předsudků probíhá v intrapsychickém systému člověka ve vztahu k sobě, ke světu a jiným lidem. Výzkumné studie i teoretické koncepty sebestigmatizace se zaměřují zejména na její negativní dopady. Pozitivní důsledky (primární a sekundární zisky) zůstávají pouze v rovině teoretického zamýšlení (Ocisková & Praško, 2015). Kapitola o důsledcích sebestigmatizace popisuje pouze negativní důsledky podpořené výzkumnými studiemi.

Sebestigmatizace má na jedince s psychickou poruchou mnoho negativních dopadů. Souvisí s vyšší mírou celkové psychopatologie, může způsobit snížené sebevědomí (Corrigan a kol., 2009), omezit schopnost fungovat a zvládat každodenní nároky

(Yanos a kol., 2012), podnítit rozvoj úzkostných nebo depresivních příznaků (Ocisková, Praško a kol., 2016), zhoršit výsledky léčby (Praško a kol., 2016; Kamarádová a kol., 2016); ovlivnit hledání pomoci (Vogel, Wade, & Haake, 2006), je spojená s disociací (Praško a kol., 2016); vyhýbáním se kontaktu tváří v tvář (Corrigan a kol., 2009; Sirey, Bruce a kol., 2001; Mestdagh & Hansen, 2014); zvýšeným rizikem sebevraždy (Vrbová a kol., 2018), nižší úrovni adherence k léčbě (Carrara & Venturac, 2018); sníženou kvalitou života (Sirey a kol., 2001; Gaebel a kol., 2008; Yanos a kol., 2009; Yen, Chen a kol., 2009; Cavelti a kol., 2012; Kamarádová a kol., 2016). Ve společenském fungování posiluje vyhýbání se, stažení se od přátel (někdy také od členů rodiny), může vést k částečné nebo úplné sociální izolaci (Schulze & Angermeyer, 2003), má vliv na pocit žádoucnosti a schopnosti najít si potenciálního partnera nebo být někomu partnerem v intimních vztazích (Wright a kol., 2007). Corrigan (2002) popsal dopady sebestigmatizace na možnost nezávisle žít, udržet si práci, získat živobytí a najít si životního partnera.

Podstatným dopadem sebestigmatizace může být snížené sebevědomí<sup>16</sup>. Internalizace stereotypů snižuje sebeúctu a zvyšuje přesvědčení o marnosti se o něco snažit (Why try efekt<sup>17</sup>) (Corrigan, Bink a kol., 2016; Karakaş, Okanlı, & Yılmaz, 2016). Nízké sebevědomí je spojené s pocity neúspěchu např. v pracovním zařazení se a sníženým dosahováním životních cílů (Carpinello, Knight, & Markowitz, 2000; Rüşch, Hölzer, & Hermann, 2006). Sebehodnota souvisí s aplikací negativního stereotypu na vlastní osobu: „*Někdo jako já není schopný být v něčem úspěšný.*“ Snížené snahy o sebeuplatnění navzdory odpovídající kvalifikaci mohou souviset se stigmatizujícím přesvědčením o nekompetentnosti a selhání (Corrigan, Larson, & Rusch, 2009). Model „Why try?“ je variantou teorie labellingu, kde stigmatizace přispívá k nízké sebeúctě (Link, & Cullen a kol., 1989). Příkladem může být přesvědčení vzniklé v důsledku sebestigmatizace: „*Nemá smysl hledat si práci, proč by ji někomu takovému dávali. Mám*

---

<sup>16</sup> Sebevědomí je kognitivní konstrukt, který představuje důvěru člověka úspěšně jednat a zvládat specifické situace (Bandura, 1997).

<sup>17</sup> Why Try efekt (v překladu Proč to zkoušet?) zahrnuje internalizované stigma, mediační proces a jeho efekt na dosahování vlastních cílů (Corrigan, Larson, & Rusch, 2009).

*psychické problémy, jsem úplně neschopný a nemohl bych úspěšně plnit pracovní požadavky tak, jako jsem to dělal před tím.*“ (Corrigan, Larson, & Rusch, 2009).

## **2.7 Strategie snížení sebestigmatizace**

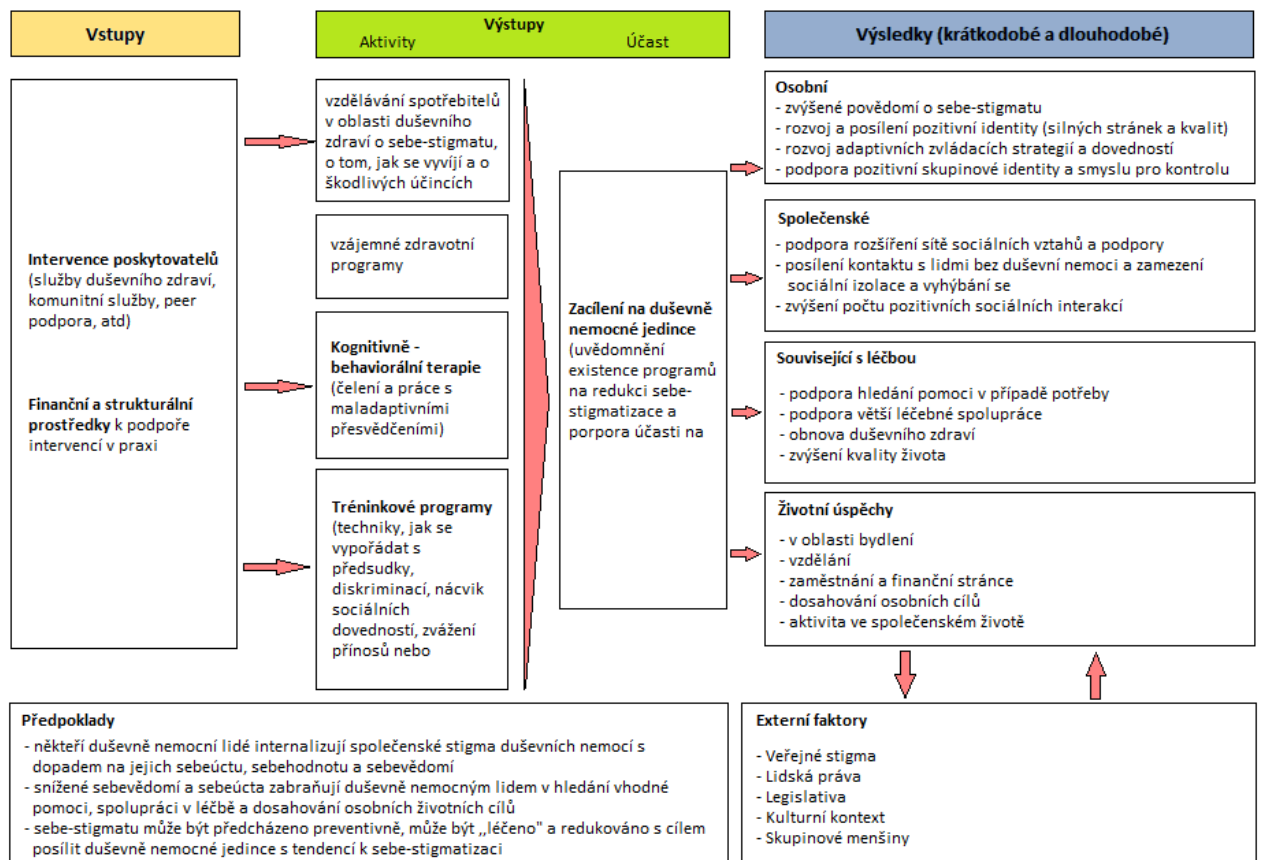
Internalizace předsudků není nezbytným důsledkem stigmatu. V kapitole 2.3 *Paradox sebestigmatizace* bylo uvedené, že někteří jedinci mohou na stigma reagovat oprávněným hněvem a snažit se ho změnit. Jiní lidé s psychickou poruchou stigma neřeší nebo neprožívají. Jedinci, kteří se sebestigmatizují a aplikují předsudky na vlastní osobu s dopadem na sebehodnotu, mohou profitovat z podpůrných skupin a edukačních programů zaměřených na snížený sebestigmatizace. Otevřené rozhovory o psychické poruše, obavách, strachu, sníženém sebevědomí, mohou pozitivně posílit psychické obrany proti iracionálním sebestigmatizujícím představám (Corrigan & Rao, 2012). Destigmatizační intervence mohou nepřímo zlepšit větší ochotu vyhledat péči a spolupracovat na obnově duševního zdraví (Büchter & Messer, 2017).

Intervence na snížení sebestigmatizace zahrnují psychoedukaci, kognitivně - behaviorální terapii (KBT), podpůrné programy i specifické programy (Coming out, NECT). Model intervencí ke snížení internalizovaného sebestigmatu je podrobněji uvedený na Obrázku 3. Psychoedukační intervence jsou ve snížení sebestigmatizace nejčastější. Cílem je poskytovat pravdivé informace o psychických poruchách jedincům, jejich rodinám, okolí. Vzdělávání je doplněné o sdílení zkušeností s předsudky mezi účastníky (Link a kol., 2002; Alvidrez a kol., 2009; Hammer & Vogel, 2010).

Dalším přístupem je kognitivně-behaviorální terapie (KBT). KBT pracuje s kognitivními schémata a iracionálními automatickými stigmatizujícími myšlenkami (Fung a kol., 2011; Lucksted a kol., 2011). Součástí metod KBT je edukace o psychických poruchách, možnostech léčby, mýtech, osvojení strategií na zvládání stigmatizace a sebestigmatizace, nácvik komunikačních strategií v rodinném prostředí a podpora asertivního chování. Metody jsou doplněné o nácvikové techniky, hraní rolí a trénink dovedností. Program na redukci stigmatizace a sebestigmatizace dle metod KBT v českém prostředí realizuje Praško a Ocisková (Ocisková & Praško, 2015). Další KBT intervence pracují s narativním vyprávěním a sdílením osobních příběhů. Vyprávění životního příběhu

podporuje smysl, naději a zvyšuje odolnost proti sebestigmatizaci (Yanos a kol., 2012; Roe a kol., 2010).

Obrázek 3: Model intervencí ke snížení sebestigmatizace (Büchter & Messer, 2017)



Intervenční strategie se dělí podle oblastí zacílení: *strategie související s léčbou* (např. obnova duševního zdraví, adherence k léčbě, kvalita života); *ovlivnění sociální oblasti* (např. profesní nebo vzdělávací aktivity); strategie cílené na *osobní (psychologické) faktory* (zvýšení sebevědomí, sebehodnoty, sebeúcty, rozvoj pozitivní identity); *strategie zacílené na životní úspěchy* (v zaměstnání, vzdělání, mezilidských vztazích). Intervenční strategie se dělí dle délky působení na krátkodobé (<3 měsíce), střednědobé (3-6 měsíce) a dlouhodobé (> 6 měsíců) (Büchter & Messer, 2017).

### 2.7.1 Zveřejnění

Lidé s psychickou poruchou prochází procesem přijetí této skutečnosti. Někteří jedinci se psychické poruše lépe přizpůsobí, jiní mohou psychickou poruchu odmítat nebo ignorovat. Vnitřní soulad s touto skutečností se odráží do ochoty sdílení s okolím. Pocity studu a viny mohou zapříčinit stažení se ze společenských kontaktů, život v ústraní a utajení

psychické poruchy. Úspěšné vypořádání se se stigmatem probíhá souběžně s přijetím faktu psychické poruchy. Otevřené a upřímné sdílení snižuje negativní dopad utajování na sebevědomí a kvalitu života, podporuje pocit osobní síly a kontroly nad svým životem, snižuje pocity studu a hanby a zvyšuje sebedůvěru (Corrigan, Morris a kol., 2010; Corrigan, Roe, & Tsang, 2011).

Udržování psychické poruchy ve formě tajemství vede k vnitřnímu napětí, uzavřenosti, neumožňuje sdílení a hledání sociální podpory (od rodiny, přátel, institucí). Otevřenost směrem k tématu psychické poruchy podporuje pocit osobní síly a kontroly nad svým životem, do značné míry i nad nemocí (Corrigan, Roe, & Tsang, 2011). Otevřenost ke sdílení přítomnosti duševní poruchy není jednostranně pozitivní. Může mít negativní důsledky a způsobit diskriminaci ze strany okolí. Okolí může věnovat zvýšenou pozornost relapsům<sup>18</sup> poruchy, zhoršení psychického stavu nebo i normálním projevům v chování. V některých případech může sebeodhalení umocnit diskriminaci, odmítnutí, nepochopení, sociální izolaci a způsobit emoční i materiální újmu (Corrigan, Roe, & Tsang, 2011).

V Tabulce 1 uvádíme výčet možných benefitů nebo ztrát při zveřejnění psychické poruchy. Zveřejnění posiluje sebeúctu a sebevědomí s pozitivním dopadem na tělesné i duševní zdraví (Morrow, 1996). Rovnováha mezi negativními důsledky a přínosy závisí na jedinci a okolnostech situace (zveřejnění v práci bude mít jiný typ dopadů a přínosů než zveřejnění mezi přáteli). Motivační pohovory a nácvikové metody mohou být prospěšné při rozhodování o zveřejnění, komu, kdy a jakým způsobem (Miller & Rollnick, 2002; Arowitz a kol., 2008).

---

<sup>18</sup> Relaps („znovuzplnutí“) nastává tehdy, když je člověk znovu zasažen stavem, který jej již v minulosti zasáhl (Kohoutek, 2009).

*Tabulka 1: Výhody a nevýhody zveřejnění psychické poruchy (Corrigan, Kosyluk, & Rüsich, 2013)*

<b>Výhody zveřejnění</b>	<b>Nevýhody zveřejnění</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Nemusí mít starosti ohledně schovávání a maskování psychické poruchy před rodinnými příslušníky nebo spolupracovníky.</li><li>• Může být otevřenější v každodenním prožívání a sdělování prožívaných situací.</li><li>• Nemusí před zaměstnavatelem a spolupracovníky zakrývat schůzky se svým lékařem nebo psychologem.</li><li>• Může získat souhlas a podporu při zveřejnění, větší pomoc, pochopení a zájem.</li><li>• Může se učit od ostatních, kteří mají psychické problémy nebo naopak poskytnout zkušenosti těm, kteří zažívají něco podobného a nerozumí tomu, co se s nimi děje.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Může čelit nesouhlasu, nepochopení nebo nepřijetí odhalení duševních obtíží.</li><li>• Může čelit pomluvám a odmítání.</li><li>• Může být vyloučený z pracovních setkání, večírků nebo projektů ke spolupráci.</li><li>• Může se více obávat toho, jak ho druzí lidé vnímají a co si o něm myslí.</li><li>• Může narážet na otázky ohledně kompetencí a práce schopnosti.</li></ul>

Rozhodnutí o „sebeodhalení“ je velmi osobní rozhodnutí, které je spojené s kulturním kontextem. Zvážení benefitů a možných rizik je v procesu sdílení velmi důležité. K sebeodhalení je nutná osobní připravenost, smířlivý postoj a laskavé pochopení sebe i psychické poruchy (Thara, Kamath, & Kumar, 2003). Rozhodnutí o sdílení není černobílé. Nejhorším důsledkem zveřejnění může být sociální vyloučení a izolace, snaha stranit se konverzacím, které přímo nebo nepřímo souvisejí s psychickou poruchou (např. otázky na to, proč jedinec nepracuje). V lepším případě zůstává zachovaný kontakt s jinými lidmi s psychickou poruchou, který poskytuje podporu a sdílení. Někteří lidé se nevyhýbají společenským situacím, přesto psychickou poruchu tají a nezveřejňují (Corrigan & Lundin, 2001). Zveřejnění představuje hierarchický proces. Herman (1993) identifikoval pět specifických přístupů ke zveřejnění. Důsledky a přínosy každého přístupu jsou uvedené v Tabulce 2. Někteří lidé nemají potřebu sdílet psychické problémy s jinými lidmi ani v rámci lidí s psychickými poruchami. V nejextrémnější podobě zůstává psychická porucha zcela utajená před všemi.

Tabulka 2: Hierarchie přístupů k odhalení psychické poruchy (Corrigan & Rao, 2012)

Přístupy ke zveřejnění	Výhody	Nevýhody
<b>Sociální vyhýbání:</b> Nikomu neříkat; vyhnout se situacím, kdy by mohlo dojít ke zjištění nemoci; zůstat stranou od ostatní tak, aby mě nemohli stigmatizovat.	Vyhnout se lidem, kteří mohou být nechápaví, odsuzující a odmítaví.	Ztráta příležitosti najít podporující a chápající lidi v okolí, kteří by pomohli.
<b>Tajemství:</b> Udržení poruchy v tajnosti; ale občasný kontakt s lidmi s psychickou poruchou nebo bez ní; pohybovat se ve světě, ale nesdílet skutečnost psychické poruchy.	Bez nutnosti vyhýbat se důležitým vztahům jak v práci, tak v rodině.	Možné pocity viny se zatajováním onemocnění před blízkými, přáteli, v práci.
<b>Selektivní zveřejnění:</b> Odhalení onemocnění pouze vybraným osobám (spolupracovníkům, sousedům).	Najít si malou skupinu lidí, kteří chtějí rozumět, jsou chápaví a podporující.	Někteří lidé mohou zneužít této skutečnosti a může být těžké udržet si přehled o tom, kdo to ví a kdo neví.
<b>Nerozlišující zveřejnění:</b> Nezatajování nemoci, žádné aktivní tahy k zatajení.	Není třeba se obávat toho, kdo to ví, ale je možné hledat a nacházet podporující lidi v okolí.	Někteří lidé mohou zneužít poskytnutých informací a použít je proti člověku (což je spíše o charakteru lidí než o samotném odhalení)
<b>Sdílení zkušeností:</b> Aktivní snaha vzdělávat ostatní prostřednictvím sdílení osobních zkušeností s poruchou. Být pyšný na sebe a sdílet s okolím.	Není třeba se obávat toho, kdo to ví, ale být posílený tím, že se stigmatem bojuji a že mám sebehodnotu stejnou jako jiní lidé.	Někteří lidé mohou zneužít poskytnutých informací a nesouhlasit s kampaněmi na destigmatizaci.

Alternativní možností je *selektivní zveřejnění*. Selektivní zveřejnění zahrnuje sdílení psychické poruchy s vybranými lidmi (spolupracovníci, sousedé, přátelé). Vyžaduje třídění, s kým ke sdílení dojde a před kým zůstane psychická porucha utajená. Výhodou je větší přístup k sociální podpoře, nevýhodou je existence tajemství spojeného s napětím a opatrností. *Otevřené sdílení* nemá za cíl zatajovat psychickou poruchu. Zkušenosti s psychickou poruchou podporují edukaci okolí, umožňují větší pochopení sebe i druhých (Corrigan & Rao, 2012). Další možností je *nediskriminační odhalení*. V tomto případě jedinec s psychickou poruchou nevyvíjí žádné aktivní úsilí, kterým by utajil psychické problémy (není totožné s otevřeným sdílením) (Corrigan, Sokol, & Rüsche, 2013). Hierarchie přístupů k sebeodhalení je uvedena v Tabulce 2.



## **2.7.2 Sebeposílení**

Skupina jedinců, kteří v kontaktu se stigmatem nerozvinou sebestigmatizaci, má „protilátku“ v podobě sebeposílení (Corrigan & Watson, 2002). Sebeposílení je účinným konceptem při snížení sebestigmatizace. Cílem je zvýšení naděje a důvěry v dosahování cílů. Nachází se na opačné straně kontinua sebestigmatizace, namísto bezmoci upevňuje kontrolu, aktivizaci, optimismus. Posílení vlastních schopností zvyšuje sebeúctu, kvalitu života, využití sociální podpory a spokojenost s programy zdravotní péče (Hansson & Björkman, 2005; Rogers, Ralph, & Salzer, 2010). Sebeposílení obsahuje pět faktorů, které umožňují vypořádání se stigmatem (moc a bezmoc; aktivita; oprávněný hněv na diskriminaci; optimismus a kontrola nad budoucností; sebeúcta a sebevědomí) (Corrigan, Salzer, & Ralph, 2004).

## **2.7.3 Podpůrné programy**

Osobní kontakt s lidmi s psychickou poruchou je důležitou součástí podpory. Instituce v oblasti duševního zdraví realizují programy, kde je možné navázat kontakt. Programy zahrnují stacionární péči, resocializaci, rehabilitaci, chráněné dílny a chráněné bydlení (Kates a kol., 2001). Podpůrné programy umožňují skupinového sdílení, naději v uzdravu, začlenění se, sebeposílení, sdílení zkušeností, navázání přátelských vazeb a pocit příslušnosti ke skupině (Clay a kol., 2005). Aktivní kontakt zlepšuje sebevědomí, sebedůvěru, zapojení se do života a snižuje sebestigmatizaci vlivem porozumění (Kates a kol., 2001; Corrigan, Sokol, & Rüsche, 2013; Conner a kol., 2015). Podpůrné programy poskytují řadu služeb, pomáhají při zveřejnění psychické poruchy úplně nebo selektivně (Van Tosh & del Vecchio, 2000; Lee, 2002; Rüsche a kol., 2009). Zvýšení naděje a sebedůvěry posiluje odolnost proti sebestigmatizaci (Cook a kol., 2009).

## **2.7.4 Konkrétní intervenční programy**

Na závěr kapitoly o strategiích snížení sebestigmatizace uvádíme konkrétní programy, které vychází ze základních konceptů boje se stigmatem (zveřejnění, sebeposílení, podpůrné programy, kognitivně-behaviorální terapie).

#### **2.7.4.1 Healthy Self-Concept model**

McCay a kol. (2006) popsali model Zdravého sebepojetí (Healthy Self-Concept model). Program je cílený na jedince s psychotickou epizodou. Trvá 12 týdnů a probíhá formou skupinových setkání o délce 90 minut. Skupina obsahuje 5 členů a dva profesionální terapeuty. Setkání mají standardizovaný formát, ve kterém klienti dostávají informační materiál a společně diskutují. Skupiny s psychoedukačními prvky naplňují pravidla skupinové psychoterapie a zahrnují sdílení a porozumění. Edukace zahrnuje pět témat (přijetí psychické poruchy, snížení sebestigmatizujících postojů, rozvoj plánů do budoucna, posílení naděje a podporu v dosažení životních cílů (McCay a kol., 2007). Každé téma je diskutované po dobu 2 týdnů, v prvním týdnu se klienti představují, poslední týden je věnovaný shrnutí. Model Zdravého sebepojetí nezahrnuje nácvik specifických dovedností, přesto je slibným přístupem k řešení důsledků sebestigmatizace mezi lidmi s první psychotickou epizodou (Yanos a kol., 2014).

#### **2.7.4.2 Self-Stigma Reduction Programme**

Fung a kol. (2011) vytvořili Program na snižování sebestigmatizace. Program trvá 16 týdnů, probíhá ve skupinové (12 setkání) a individuální (4 sezení) formě. Vychází z nízké informovanosti lidí s psychickou poruchou o výhodách psychosociálních intervencí. Program zahrnuje řadu strategií, včetně psychoedukace, kognitivně-behaviorální terapie (KBT), motivačního rozhovoru (MI), nácviku sociálních dovedností, stanovení cílů a plánování akcí v rámci skupinových setkání. První dvě setkání jsou edukační, týkají se obnovy duševního zdraví a snížení stigmatu; dalších pět setkání pracuje s metodami KBT a MI, s diskuzí o sebestigmatizaci, sociálních překážkách a strategiích boje proti sebestigmatizaci. Další dvě setkání cílí na deficit v sociálních dovednostech, asertivitu a zvládání stigmatizace v sociálních situacích. Zbylé dvě setkání se zaměřují na dosahování cílů. Závěrečné sezení slouží ke shrnutí, přehledu informací a závěru. Po skupinových setkáních následují čtyři individuální schůzky, které sledují pokrok a využití dovedností v praktickém fungování (Fung a kol., 2011). Fung a kol., (2011) uvádí, že účastníci programu se v průběhu programu i po skončení programu sebestigmatizovali významně méně. Nicméně významné změny ve vhladu, sebevědomí a souhlasu se stigmatizujícím přesvědčením zaznamenané nebyly (Fung a kol., 2011).

### 2.7.4.3 Ending Self-Stigma (ESS)

Mezi slibné přístupy snížení sebestigmatizace patří program Ending Self-Stigma realizovaný v podobě skupinových setkání (Lucksted a kol., 2011). Psychoedukační skupiny obsahují 9 setkání jednou týdně o délce 75 - 90 minut. Účastníci dostávají vzdělávací materiály o duševním zdraví a psychických poruchách. Uzavřená skupina se skládá z 5-8 lidí s psychickou poruchou a dvou vyškolených odborníků. Tito odborníci mohou být lidé s nebo bez zkušeností s psychickou poruchou, obvykle se jedná o personál, který pracuje v oblasti duševního zdraví. Na skupinových setkáních se využívají kognitivně - behaviorální strategie ke zmírnění internalizace stigma, metody posílení sebepojetí a rodinné spolupráce, techniky reagující na diskriminaci ve společnosti. Strategie změny kognitivních přesvědčení pomáhají bránit se sebezpochybnujícím myšlenkám a iracionálním přesvědčením: „*Jenom proto, že jsem musel být na jaře opakovaně hospitalizovaný s depresemi ještě neznamená, že jsem hloupý a neschopný se znovu vrátit do práce.*“ (Beck, 1975).

Každé setkání dodržuje základní formát (vítání, diskusi o domácích cvičeních, shrnutí předchozího setkání, zavedení nové strategie, sdílení osobní zkušenosti, diskuze a praktické cvičení včetně přípravy na domácí trénink). Skupina je flexibilní a interaktivní, umožňuje účastníkům přizpůsobit získané dovednosti osobním zkušenostem. Strategie zahrnují např. vyvrácení mýtů a stereotypů (Setkání 1), používání kognitivně-behaviorálních principů ke změně vlastního stigmatizujícího myšlení (Setkání 2 a 3), posílení pozitivních aspektů sebe sama (Setkání 4), zvyšování příslušnosti a snižování odcizení od společnosti (Setkání 5), rodiny a přátel (Setkání 6), osvojení reakcí v boji se společenskými předsudky a diskriminací (Setkání 7). Setkání 8 zahrnuje praktické zařazení naučeného do života včetně integrace všech strategií. Setkání 9 vede účastníky k tomu, aby si naplánovali a promysleli další kroky ke snížení sebestigmatizace po skončení programu (Lucksted a kol., 2011). Výsledky pilotního projektu ukázaly výrazně snížené internalizované stigma a výrazně zvýšenou orientaci na obnovu duševního zdraví včetně vnímání větší sociální podpory od okolí a většího sebeposílení (Lucksted a kol., 2011).

#### **2.7.4.4 Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT)**

NECT (Narativní přístup a kognitivní terapie) byl vyvinutý k řešení základního dopadu stigmatu na identitu (Yanos a kol., 2012). Tento koncept je založený na sníženém sebevědomí a sebehodnotě vlivem psychické poruchy a existujícího stigmatu. NECT obsahuje 20 strukturovaných skupinových intervencí o délce 60 minut, které jsou rozdělené do pěti etap. Nejprve účastníci popisují sami sebe, své zkušenosti s psychickou poruchou nebo léčbou, interakce mezi sebou a poruchou v průběhu času. Pružné reflexe, definování vlastních zkušeností a proměny sebe sama v průběhu trvání poruchy upevňují konstruktivitu nadcházejících intervencí. Druhá fáze zahrnuje strukturovanější psychoedukaci se zaměřením na stigmatizaci a sebestigmatizaci. Diskuze probíhají na téma mýtů, nepravdivých stereotypů a předsudků. V této sekci je možné sdílení osobních zkušeností se stigmatem s důrazem, že sebestigmatizace vzniká jako důsledek veřejného stigmatu (Yanos a kol., 2012).

Třetí část NECT se zaměřuje na osvojení a praktikování kognitivních restrukturalizačních technik, které potlačují sebestigmatizaci. Osvojení účinných nástrojů pro zvládnutí a snižování dopadu sebestigmatizace podporuje soběstačnost, větší kontrolu nad životem a nadějí. Čtvrtá fáze NECT je jádrem celého programu a zaměřuje se na vylepšení příběhu. V této části účastníci vyprávějí a zamýšlejí se nad osobními příběhy. Účelem je objevení smyslu vlastních zkušeností, včetně zkušeností s psychickou poruchou a vytvoření si smysluplného a srozumitelného osobního vyprávění pro sebe i ostatní bez přítomnosti sebestigmatizace. Konstruktivní zpětná vazba členů skupiny rozvíjí nové pohledy na prožité zkušenosti. NECT končí vyzváním, aby účastníci popsali své zkušenosti s psychickou poruchou se zařazením nově osvojených způsobů zvládnání poruchy (Yanos a kol., 2012).

#### **2.7.4.5 Coming out Proud (COP)**

Coming Out Proud (Hrdé zveřejnění) je novější intervenční přístup, který poprvé popsal Corrigan a kol. (2013). Od ostatních popsaných přístupů se liší tím, že podporuje lidi s psychickou poruchou ve zveřejnění (úplném nebo selektivním). Efektivita a úleva zveřejnění je důkladně dokumentovaná u jiných stigmatizovaných skupin (např. členové skupiny Gay, Lesbian, Bisexual a Transgendered GLBT). Tato skupina zastává názor,

že přijetí vlastní sexuality a hrdé zveřejnění snižuje pocity méněcennosti a sebestigmatizaci. Coming Out Proud zahrnuje 3 skupinová setkání vedená výhradně člověkem, který zažil psychickou poruchu sám na sobě. Každé setkání trvá dvě hodiny jednou týdně během tří týdnů. Skupina je složená z 6-10 osob a 1-2 vedoucích. Utajování psychické poruchy je v tomto druhu intervence považované za škodlivou strategii zvládnání společenského stigma. COP má za cíl podporovat lidi s psychickou poruchou v jejich rozhodnutí o sdílení této skutečnosti s okolím (Rusch a kol., 2014). Cílem programu je pomáhat účastníkům uvažovat o osobních příbězích, psychické poruše, získávat informace a posílit osobní rozhodnutí se zveřejněním. Corrigan uvádí, že COP je ve snížení sebestigmatizace efektivní, protože se zaměřuje na problematiku zveřejňování informací (Corrigan, Sokol, & Rüsche, 2013).

Coming Out Proud nepatří mezi psychoedukační ani terapeutické metody, je více podpůrnou intervencí zaměřenou na zvyšování povědomí. Má některé společné prvky s motivačními rozhovory i narativním vyprávěním. První ze tří setkání COP se zaměřuje na „*Uvažování o výhodách a nevýhodách v odhalení*“ psychické poruchy v různých prostředích. Účastníci diskutují o tom, jaké mají zkušenosti, jak psychická porucha ovlivňuje jejich identitu, jaká jsou rizika a přínosy zveřejnění v různých situacích. Druhé setkání je nazváno „*Různé způsoby zveřejnění*.“ Účastníci diskutují o pěti úrovních zveřejnění, od nezveřejnění nikomu (plné utajení), až po veřejné sdílení vlastních zkušeností, spolu s výhodami a nevýhodami každého z nich za různých okolností.

Součástí druhého setkání je diskuze nad tím, jestli má být konkrétnímu člověku ze života informace odtajněna, včetně zvážení možných reakcí. Závěrečné setkání je nazvané „*Vyprávění Vašeho příběhu*“, které se zaměřuje na různé způsoby, jak efektivně vyprávět příběh o psychické poruše v různých kontextech a jak najít důležitou podporu při zveřejnění (Corrigan, Sokol, & Rüsche, 2013). Ačkoli studie Rüsche a kol. (2014) nezjistila, že COP snižuje sebestigmatizaci nebo že zvyšuje sebeposílení, důležitým přínosem této intervenční strategie je snížení stresu ze stigma, z utajení a uvědomění výhod zveřejnění.

#### 2.7.4.6 *Anti-Stigma Photovoice Intervenence*

Program Anti-Stigma Photovoice vyvinutý Russinovou a kolegy (2014), je nový intervenční přístup, který má některé podobnosti s jinými intervencemi popsány výše. Mimo jiné zahrnuje jedinečný prvek dokumentace osobních příběhů skrze fotky a videa. Program trvá deset dní, forma setkávání je skupinová s délkou 90 minut, vede ho vyškolený odborník. Na intervenčních setkáních probíhá psychoedukce o stigmatu, která je integrovaná do zážitkových cvičení určených ke snížení souhlasu se stereotypy o psychických poruchách. Účastníci jsou seznámeni s *photovoice metodikou* (použití kamery a fotografování při zdokumentování událostí v každodenním životě). *Metoda photovoice* vychází z výzkumů, posiluje schopnost interakce lidí s psychickou poruchou pomocí dialogu (Catalani & Minkler, 2010). Autorka vychází z teoretické perspektivy od vzdělávání směrem ke kritickému uvědomění (Wang & Redwood-Jones, 2001), z feministické teorie (Wang & Redwood-Jones, 2001) a dokumentárního přiblížení fotografie z pohledu fotografa a pedagoga Jo Spence, který považuje fotografie za veřejný nástroj sociální změny (Wang & Redwood-Jones, 2001).

Fotografie, které dokumentují každodenní události (osobní, pracovní), se prezentují členům skupiny a jsou doplněné o osobní vyprávění. Příběh každé fotografie má předem danou strukturu otázek dle zkratky „SHOWED“: a) Co tady vidíte (What do you See here)? b) Co se tady událo (What is really **H**appening here)? c) Jak to souvisí s naším životem (How does this relate to **O**ur lives)? d) Proč tento problém nebo starost existuje (**W**hy does this problem, concern, or strength exist)? e) Jak by mohl tento obrázek vzdělávat ostatní (How could this image **E**ducate others)? a f) Co s tím můžeme dělat (What can we **D**o about it)? (Russinova a kol., 2014). Není zcela jasné, kolik účastníků s fotografiemi se stihne probrat během jednoho setkání. Russinova a kol. (2014) uvádí, že každý účastník vytvoří alespoň jeden photovoice výtvar, který kombinuje fotografii a vyprávění spojené s tématem stigmatu psychických poruch. Vyprávění jsou doplněná o psychoedukaci, která konfrontuje stereotypy o psychických poruchách. Anti-Stigma Photovoice intervenence byla studována na vzorku 82 jedinců s různými psychiatrickými diagnózami. Efektivita programu ve snížení sebestigmatu je oproti kontrolní skupině (zařazené na čekací listině) významná (Russinova a kol., 2014).

## **2.7.5 Shrnutí intervenčních strategií**

Rozmanitost intervencí ke snížení sebestigmatizace je značná, některé mechanismy jsou společné pro všechny intervence. V každé intervenční strategii je důležitá psychoedukace (poskytování správných informací o psychických poruchách, vyvrácení mýtů). Získání správných poznatků posiluje kritické myšlení a nesouhlas se společenskými stereotypy a předsudky. Druhou užitečnou metodou jsou kognitivní techniky, které pracují s potlačením a přeformulováním stigmatizujících myšlenek (ústředním tématem intervenčních programů NECT, ESS a Self-Stigma Reduction Programme). Třetím bodem efektivních intervencí je důraz na osobní vyprávění, které má potenciál k hledání smyslu vlastního života včetně existence psychické poruchy. Závěrem všechny intervence zahrnují také podporu v rozhodování, zvýšení naděje, posílení motivace dosahovat vlastních cílů a zvýšení sebehodnoty.

Meta-analýzy zkoumající efektivnost šesti užívaných anti-sebestigmatizačních intervencí se liší definicí sebestigmatizace, měřicími nástroji, koncepčním i teoretickým rámcem. Büchter a Messer (2017) uvádí, že účinnost výše uvedených intervencí proti sebestigmatizaci je nejistá z důvodu vysoké předpojatosti a nízké statistické síly. Studie Mittala a kol. (2012) uvádí za vysoce efektivní intervence, které se snaží změnit stigmatizující vnímání a postoje nemocného. Efektivní jsou dále intervence, které zlepšují dovednosti ve zvládnání sebestigmatizace prostřednictvím zvyšování sebeúcty, sebehodnoty, sebeposílení, posílení postavení v životě a v důležitých rolích a posílení chování při hledání pomoci. Při intervencích na snižování sebestigmatizace je důležité, aby se vznik psychické poruchy nespojoval s osobním proviněním. Stigma je odrazem společenské předpojatosti a v tomto kontextu by mělo být nahlíženo. Změna ve společenském povědomí je dlouhodobý nejistý projekt, proto je potřebné učit lidi s psychickou poruchou strategie vyrovnání se se stigmatem a sebestigmatizací (Corrigan & Rao, 2012).

## **2.8 Faktory spojené se sebestigmatizací**

Sebestigmatizace souvisí s některými faktory, kterým se věnujeme v našem výzkumu. Blíže jsou popsány faktory jako závažnost poruchy, kvalita života, strategie zvládnání, disociace, vztahová vazba, traumatizace v dětství, rodičovské styly výchovy, osobnostní charakteristiky dle Cloningera.

## 2.8.1 Sebestigmatizace a závažnost poruchy

Většina výzkumů zaměřených na téma sebestigmatizace poukazuje na významnou souvislost mezi internalizovanou stigmatizací a intenzitou příznaků deprese, úzkosti a větší závažností psychopatologie u různých psychických poruch (Markowitz, 2001; Vrbová a kol., 2014; Kamarádova a kol., 2016; Hajda a kol., 2015; Ocisková a kol., 2016; Lorona a kol., 2018). Vrbová a kol. (2017) ve své studii ambulantních pacientů se schizofrenií zjistila, že pozitivní a negativní příznaky schizofrenie pozitivně korelují s délkou poruchy, závažností poruchy, sociální úzkostí, mírou sebestigmatizace a negativně s osobnostními vlastnostmi Sebeřízení a Spolupráce. Negativní příznaky významně pozitivně korelovaly se závažností depresivních příznaků a osobnostním rysem Vyhýbání se poškození, negativně s nadějí a osobnostním rysem Perzistence. Komorbidita se sociální fobií je spojená s významně vyšším skóre schizofrenní symptomatologie. Nemocní s komorbidní depresí mají vyšší míru negativní symptomatologie než pacienti bez této komorbidity. Větší závažnost psychopatologie spojená s vyšší mírou suicidality významně souvisí s vyšší sebestigmatizací, větší úrovní deprese, sociální úzkostí a větším Vyhýbání se poškození, negativně koreluje s nadějí.

Pyne a kol. (2004) zkoumali vnímané stigma v souvislosti se závažností depresivní poruchy. Dle jeho závěrů lidé s depresivní poruchou více vnímají stigma. Závažnost deprese byla v této studii silným prediktorem pro vnímání stigmatizace. Studie Manose a kol. (2009) u 167 ambulantních klientů s depresí zjistila, že sebestigmatizace a stigmatizující zkušenosti částečně zprostředkovávají vztah mezi závažností deprese a vyhýbáním. Autoři uvedli, že s větší závažností depresivních příznaků narůstá sebestigmatizace a vyhýbání se léčbě. Studie Lorona a kol. (2018) u 213 jedinců s diagnózou úzkostné poruchy zjistila, že sebestigmatizace pozitivně souvisí se závažností příznaků duševní poruchy. V uvedeném výzkumu se na snížení sebestigmatizace používala Kognitivě-behaviorální terapie. Změny v sebestigmatizaci byly pozitivně spojené se změnami závažnosti příznaků po absolvování KBT programu (Lorona a kol., 2018). Také Ocisková a kol. (2018) ve své studii u neurotických pacientů zjistila, že celková míra sebestigmatizace má pozitivní souvislost s komorbidní poruchou osobnosti, závažnější symptomatologií, intenzivnějšími příznaky úzkosti a deprese, vyššími úrovněmi disociace a Vyhýbání se poškození dle Cloningera.



## 2.8.2 Sebestigmatizace a zvládací strategie

Stres je obvykle považovaný za výhradně negativní stav. Škodlivý je ale až v případě, že je příliš silný, trvá příliš dlouho nebo převyšuje adaptační schopnosti jedince. Mírný stres má adaptační funkci a stimuluje intelektuální růst. Dlouho trvající stres zvyšuje riziko rozvoje psychických poruch, zejména úzkostných (neurotických) poruch a deprese (Kay & Tasman, 2006). Příliš mnoho stresu může vést k rozvoji posttraumatické stresové poruchy, u poruch osobnosti může přispět k psychotické dekompenzaci (Kay & Tasman, 2006). Zvládání zátěže (coping) lze definovat jako psychologický proces vyrovnávání se se stresem. Strategie zvládání jsou součástí osobnostní výbavy člověka a představují úsilí, které jedinec vynaložil na řešení vnitřního a vnějšího napětí (Marquez-Arrico a kol., 2015). Zvládání má významnou úlohu mezi stresory a zdravotními důsledky jak fyzickými, tak psychickými, a je spojené s psychosociálními faktory, sociální podporou, subjektivně pociťovanou pohodou a odolností (Folkman & Moskowitz, 2004). Způsob zvládání stresu může ovlivnit krátkodobé i dlouhodobé fungování s možným rozvojem somatických nebo psychických onemocnění (Skinner a kol., 2003). V kognitivně-transakčním modelu je zvládání stresu chápáno jako neustálé kognitivní a behaviorální úsilí k řešení vnitřních a vnějších požadavků (Ogińska-Bulik, 2008).

Zvládání stresu je definované jako proces, strategie nebo styl. *Proces* zahrnuje sérii strategií, které se mění v průběhu času v závislosti na vývoji jedince. *Styl zvládání* zahrnuje individuální a konzistentní vzorec reakcí obdobně užívaných napříč různými stresovými situacemi (Heszen-Niejodek, 2000; Strombek-Milczarek a kol., 2011). Proces zvládnutí je dynamický a reagující, některé strategie mohou být nahrazené jinými v závislosti na osobnosti a prostředí (Pu a kol., 2012). Teoretické koncepce zvládání popisují odlišné modely a strategie zvládání. Některé modely jsou dichotomické: strategie zaměřené na problém a strategie zaměřené na emoce dle Lazaruse a Folkmana (1984); pozitivní nebo negativní (dle Janke & Erdmanna, 2002); vyrovnávání se versus vyhýbání se (Ogden, 2000); nebo tři kategorické klasifikační modely (Schwarzer & Schwarzer, 1996).

Pozitivní a negativní zvládání má adaptivní nebo maladaptivní potenciál při řešení stresových situací (Janke & Erdmann, 2002). Flexibilní strategie zlepšují fungování a jsou efektivní (pozitivní). Negativní strategie jsou nepružné, neadaptivní nebo pro situaci nevhodné a znesnadňují přizpůsobení (Aldwin, 2007). Některé negativní strategie jsou

účinné při krátkodobém snížení příznaků (vyhýbání se a únik). Z dlouhodobého hlediska vedou k narušené schopnosti fungování a negativnímu upevňování psychické poruchy (Jacofsky, Santos, & Neziroglu, 2009). V obecném pojetí neexistuje žádná strategie, která by byla univerzálně účinná (Phillips a kol., 2009).

Propojení strategií zvládání a příznaků psychických poruch je dobře monitorované (Ottenbreit & Dobson, 2004). Specifické strategie zvládání se vyskytují u konkrétních psychiatrických diagnóz (Evans a kol., 2015). Negativní životní události (rozvod, ztráta zaměstnání) nebo několik menších stresujících událostí vyvolávají počáteční depresivní příznaky, které jsou problematické ve spojení s vyhýbavým chováním (např. volání do práce kvůli absenci, setrvávání v posteli, vyhýbání se společenské interakci a zvýšené užívání drog nebo alkoholu). Vyhýbavé strategie zvládání a vyhýbavý styl řešení problémů predikují depresivní náladu (Blalock & Joiner, 2000; Londahl, Tverskoy, & D'Zurilla, 2005). Sebestigmatizace je potenciálním mediátorem mezi depresivními příznaky a vyhýbavým chováním (Blalock & Joiner, 2000).

Přijetí psychické poruchy a adaptivní strategie zvládání chrání sebevědomí před negativními dopady sebestigmatizace (např. menší počet relapsů a hospitalizací) (Rea a kol., 2003). Strategie zvládání souvisí se závažností klinického stavu (Goossens a kol., 2008). Primární a sekundární kontrola nad situací je spojená s lepšími výsledky léčby. Strategie vedoucí k úniku od stresoru souvisí s větším výskytem příznaků úzkosti a deprese (Wadsworth & Compas, 2002; Aldao a kol., 2010). Výběr strategie zvládání závisí na povaze stresoru, na subjektivním vnímání hrozby, dostupných osobních zdrojích a účinnosti dané strategie (Folkman, 1984). Negativní kognitivní nastavení, předpojatost k řešení a snížené sebevědomí narušují možnost přizpůsobení (Scheier, 1989).

Zvládací strategie u poruch schizofrenního spektra jsou významným tématem. Souvisí se zhoršením příznaků a selháváním ve fungování (Meyer, 2001). Psychologické modely schizofrenie uvádí, že maladaptivní reakce na životní stresory a příznaky poruchy komplikují úzdravu. Lidé se schizofrenií používají převážně maladaptivní styly zvládání, například vyhýbání se (Zappia a kol., 2012; Cotton a kol., 2013; Marquez-Arrico a kol., 2015). Stejně závěry uvádí Lee a kol. (2018), kde lidé se schizofrenií více zažívají stres a užívají dysfunkční strategie zvládání. Kleim a kol. (2008) našli spojitost mezi sebestigmatizací a negativními strategiemi zvládání (stažení se ze sociálního kontaktu).

Stejná zjištění potvrzuje studie Krosky a Harkness (2011), kde sebestigmatizace souvisí s negativními strategiemi zvládání (sociální izolací a stažením se ze společnosti). Chronister a kol. (2013) zjistili, že negativní strategie vyhýbání se souvisí s větší sebestigmatizací.

Zvládací strategie a faktory vzniku u depresivních poruch spolu významně souvisí (Sariusz-Skapska a kol., 2003). Lidé s depresivní poruchou ve stresových situacích častěji užívají strategie založené na vyhýbání se a popření (Orzechowska a kol., 2013). Problematické je užívání pozitivních strategií (např. pozitivního přehodnocení a vyjednávacích strategií), které jsou ve zdravé populaci užívané více (Garnefski a kol., 2002; Gloria & Steinhardt, 2014; Sinclair a kol., 2016). Negativní emoční stavy snižují flexibilní adaptivní přizpůsobení (Fredrickson & Joiner, 2002). Výzkumy ukazují, že deprese souvisí s maladaptivními strategiemi jako naučená bezmocnost<sup>19</sup> (Pryce a kol., 2011), ruminace (Hong, 2007), vyhýbání se (Trew, 2011), únikové tendence (Ottenbreit & Dobson, 2004), sociální izolace (Hawton a kol., 2011). Některé strategie zvládání zátěže, jakým je např. disociace, vedou spíše k pocitům studu a viny a zesilují sebestigmatizaci (Link & Phelan, 2001; Alonso a kol., 2008).

Zvládací strategie a faktory vzniku neurotických poruch souvisí s neadaptivní a neúčinnou reakcí na stresory (Friedman, 2006). Ocisková, Praško a kol. (2014) zjistili, že sebestigmatizace koreluje se zvládacími strategiemi tendence k užívání návykových látek a sklonem k rezignaci, a negativně se schopností planovat řešení stresující situace. Ve svém výzkumu Ocisková a kol. (2015) dále uvádí, že pacienti s neurotickou poruchou upřednostňují maladaptivní strategie zvládání a cítí beznaděj oproti jedincům, kteří jsou aktivnější, mají více naděje, více ventilují emoce, využívají instrumentální sociální podporu a aktivní zvládnutí. Řada maladaptivních strategií zvládání (např. vyhýbavé chování, odosobnění, derealizace, disociace, užívání návykových látek) jsou u neurotických pacientů spojené s horšími výsledky léčby (Ouimet a kol., 2009).

Mezi užívané strategie u neurotických poruch patří dle Jacofského a kol. (2013) přecitlivělost (předjímání nežádoucích situací, výsledkem jsou obavy z obav a zvýšená obezřetnost), úzkostné vyhýbání (v situacích vyvolávajících úzkost, úspěšné pouze

---

<sup>19</sup> Naučená bezmocnost (learned helplessness) je běžným stresově podmíněným zvířecím modelem depresivního chování. Pokusné zvíře se naučí, že nemůže kontrolovat nepříjemný podnět, upadá do stavu bezmoci a demotivace (Seligman, 1972; Maier, 1984).

v dočasné snížení úzkosti), únikové tendence, zabezpečovací chování (např. přítomnost osoby při nakupování, připravené léky v kapse „jen kdyby náhodou“). Vyhýbání je nejčastěji užívané u fobických pacientů (Davey a kol., 1995) a u pacientů s panickou poruchou spolu se zabezpečovacím chováním (Hughes a kol., 1999). Opakované vyhýbání se obávaným situacím neumožňuje pozitivní zážitek úspěchu zvládnání (Feldner a kol., 2004).

### **2.8.3 Sebestigmatizace a kvalita života**

Fyzické i duševní zdraví mají významný vliv na kvalitu života u pacientů se schizofrenií, neurotickými a depresivními poruchami (Rosenfield & Neese-Todd, 1993; Livingston & Boyd, 2010; Picco, 2016; Vrbová, 2017). Závažnost poruchy nemusí odrážet úroveň kvality života, i když s ní úzce koreluje (Šídllová a kol., 2011; Látalová a kol., 2011). WHO (2001) definuje kvalitu života jako individuální vnímání postavení jedince v životě v kontextu kulturních a hodnotových systémů, ve kterých žije, v závislosti na vztahu k jeho cílům, očekáváním, standardům a zájmům. Tento multidimenzionální koncept zahrnuje specifické životní dimenze, jako je psychický stav, funkční schopnosti, pocit pohody, sociální interakce, ekonomické postavení, profesní status a fyzické zdraví (World Health Organization Quality of Life assessment, 1998). Měření kvality života je důležitým výsledkem optimální zdravotní péče (WHO, 2001). Psychické poruchy, zejména schizofrenie a poruchy nálady, zhoršují fungování v mnohých životních oblastech (Hayhurst, 2013), zejména v pracovním a studijním fungování, péči o domácnost, společenském fungování, emočním prožívání, životní spokojenosti, výkonnosti (Katschnig, 2006). Měření kvality života se opírá o subjektivní hodnocení a pozorování (Powdthavee, 2015).

Kvalita života dle výzkumů souvisí se sebestigmatizací (Rosenfield & Neese-Todd, 1993; Livingston & Boyd, 2010; Picco, 2016; Vrbová, 2017). Snížená kvalita života u pacientů se schizofrenií a depresivními poruchami je spojená s vyšší mírou sebestigmatizace a závažnější psychopatologií (Šídllová a kol., 2011; Vrbová, 2017). Lidé s psychickými poruchami, kteří se sebestigmatizují, mají celkově nižší naději a sebedůvěru s dopadem na životní spokojenost i aktuální subjektivní vnímání kvality života (Ocisková a kol., 2016).

Kvalita života pacientů se schizofrenní poruchou je charakterizovaná následujícími aspekty: v porovnání se zdravou populací je znatelně nižší; mladí lidé, ženy, manželé a jedinci s nízkou úrovní vzdělání mají lepší kvalitu života; čím déle trvá psychické onemocnění, tím horší je kvalita života; závažnost psychopatologie, zejména depresivní příznaky, negativně korelují s kvalitou života (Bobes & Garcia-Portilla, 2005). Vrbová a kol. (2017) zjistila, že kvalita života je vyšší u zaměstnaných pacientů a jedinců s vyšší nadějí, osobnostní charakteristikou Sebeřízení a Perzistence dle Cloningerovi osobnostní typologie. Kvalita života byla nižší u pacientů s vyšším počtem psychiatrických hospitalizací, pacientů s vyšší závažností poruchy a u jedinců, kteří užívali vyšší dávky antipsychotik. Pacienti s výraznějšími příznaky deprese, úzkosti a sociální úzkosti měli nižší kvalitu života. Kvalita života byla nižší v důsledku sebestigmatizace a vyšší osobnostní charakteristiky Vyhýbání se poškození. U nemocných se schizofrenií se ve výzkumu kvality života ukázaly jako nejvýznamnější faktory úroveň deprese, postoj k užívání léků, sociální úzkost a antipsychotický index.

Depresivní poruchy jsou spojené se signifikantním poklesem kvality života (Rapaport a kol., 2005; Sheshtawy, 2011; Ishak a kol., 2013). Snížení kvality života v různých oblastech přetrvává i po zlepšení depresivních symptomů (Angermeyer a kol., 2002), zejména u pacientů se zvýšeným rizikem relapsu (Hirschfeld a kol., 2002). Po absolvování léčby s ročním odstupem bylo patrné zlepšení kvality života, normální nedeficitní úroveň byla pouze u 30 %. Zbýlých 32-60 % pacientů i po absolvování léčby pociťovalo sníženou kvalitu života (Ishak a kol., 2015). Studie Rapaporta a kol. (2005) identifikovala signifikantní snížení kvality života u 63 % pacientů s těžkou depresivní poruchou a u 85 % pacientů s chronickou depresí. Snížení kvality života odpovídá závažnosti depresivních příznaků (McKnight & Kashdan, 2009). Dle některých výzkumů vysvětluje závažnost symptomů pouze nepatrné množství odchylek v kvalitě života, proto by se posuzování účinků antidepressivní léčby nemělo odvíjet pouze od snížení příznaků (Berlim, McGirr, & Fleck, 2008; Ishak a kol., 2015). Rozvoj depresivní poruchy je spojený s maladaptivním zvládnutím stresové zátěže (Christensen & Kessing, 2005) a kvalitou života nejen u depresivních, ale také u úzkostných pacientů (Brenner a kol., 2011).

Kvalita života u neurotických poruch se projevuje v omezeném fungování zejména ve vztahové oblasti (Mendlowicz, & Stein, 2000). Lidé se sociální fobií, generalizovanou úzkostnou poruchou, panickou poruchou a se specifickými fobiemi mají nižší kvalitu života

vlivem sníženého společenského fungování (Stein & Heimberg, 2004). Specifické fobie nemají výrazné snížení kvality života oproti úzkostným poruchám. Sociální fobie je spojená s narušením zejména společenského fungování (zaměstnanec, manžel, rodič), v oblasti duševního zdraví a fyzického fungování; panická porucha nevykazuje významná narušení oproti generalizované úzkostné poruše (Comer a kol., 2011). Obsedantně-kompulzivní porucha má malý vliv na kvalitu života, agorafobie nemá žádný vliv (Cramer a kol., 2005). Neexistuje mnoho studií, které by měřily rozdíly v kvalitě života různých neurotických poruch (výzkumy nedefinují úroveň úzkostných symptomů ve smyslu mírné / vysoké nebo žádné úzkostné symptomatiky) (Raknes a kol., 2017).

#### **2.8.4 Sebestigmatizace a Cloningerova osobnostní teorie**

Sebestigmatizace je zkoumaná v kontextu osobnostních psychologických faktorů (sebepojetí, sebevědomí, naděje, osobnostní charakteristiky) (Yanos a kol., 2008; Ocisková, Praško a kol., 2015; Ocisková, Praško, & Kamarádová, 2015; Ocisková a kol., 2018). Vyšší míra sebestigmatizace souvisí s nižší osobnostní charakteristikou Sebeřízení a nižší mírou naděje u pacientů s neurotickým spektrem poruch (Ocisková, Praško, & Kamarádová, 2015). Významná je také osobnostní charakteristika Vyhýbání se poškození v souvislosti s vyšší mírou sebestigmatizace u pacientů s depresivní poruchou (Praško, Ocisková a kol., 2016) a pacientů s neurotickým spektrem poruch (Ocisková a kol., 2014; Ocisková a kol., 2018). Jedinci s vyšší mírou sebestigmatizace mohou prožívat změny v sebepojetí, být více náchylní k rozvoji depresivních a úzkostných příznaků, obavám z odmítnutí v podobě sociální úzkosti a vyhýbavému chování vedoucímu k izolaci (Rüsch, Corrigan, Larson, & Rusch, 2009). Pro pochopení osobnostních charakteristik u neurotických psychických poruch popisujeme Cloningerův psychobiologický model osobnosti (Cloninger, 1986).

Psychobiologická teorie temperamentu a charakteru popisuje organizaci mozkových systémů a dynamiku jejich regulace. Vysvětluje, jak stejná struktura lidské osobnosti může být variabilní v lidském přemýšlení v průběhu času (Cloninger, 2004). Tato teorie byla formulovaná ve dvou fázích, poprvé na konci 80 let (1987), následně v roce 1993. Cloningerův model je jedním z nejpopulárnějších modelů v psychiatrické praxi i ve výzkumu, popisuje individuální rozdíly v psychopatologickém maladaptivním chování (De Fruyt a kol., 2000).

Osobnost je komplexní výsledek nelineární interakce mezi systémy (Cloninger, 2002; Turner a kol., 2003; Kaasinen a kol., 2005). Každý modul osobnosti má tři aspekty: *somatický* nebo *emocionální aspekt* regulovaný učením návyků a dovedností; *kognitivní aspekt* řízený učením se o faktech; a *duchovní aspekt* regulovaný uvědoměním si vlastní kontinuity v sebezpřesahujícím celku (Tulving, 2002; Cloninger, 2004). Systémy mohou být oddělené, ale obvykle komunikují prostřednictvím rozsáhlých propojení. Můžeme znát konkrétní informaci a říct ji ostatním (pomocí sémantické paměti), ale nemusíme si pamatovat, kdy a kde jsme informaci získali (deficit v epizodické paměti). Systémy se současně vyvíjejí a dozrávají od dětství (Cloninger, 2004).

V roce 2004 Cloninger revidoval svoji teorii. Osobnost chápe jako spirální strukturu pěti vrstev s nelineární dynamickou perspektivou. Jednotlivé vrstvy zahrnují roviny bytí, které se vyvíjejí napříč časem k pružnějšímu, informovanějšímu a kreativnějšímu organismu (Cloninger, 2008). Pět vrstev zahrnuje sexuální, materiální, emoční, intelektuální a spirituální rovinu. Mohou být poskládané tak, že tvoří celkem 25 podúrovní bytí. Výsledným modelem je matrice 5x5, kde každá podúroveň koresponduje s jednou temperamentovou subškálou (viz Tabulka 3).

*Tabulka 3: Matricový 5x5 model rovin korespondujících s temperamentem (Cloninger, 2008)*

Roviny	Sexuální	Materiální	Emoční	Intelektuální	Spirituální
<b>Spirituální</b>	Stydlivý vs. otevřený (HA3)	Zkoumavý vs. nezaujatý (NS1)	Emočně zaujatý vs. odpojený (RD3)	Perfekcionistický vs. pragmatický (PS4)	Mírumilovný
<b>Intelektuální</b>	Pesimistický vs. optimistický (HA1)	Impulzivní vs. rigidní (NS2)	Sentimentální vs. lhostejný (RD1)	Determinovaný vs. ambivalentní (PS2)	Trpělivý
<b>Emoční</b>	Inhibovaný vs. neinhibovaný (HA total)	Dráždivý vs. stoický (NS total)	Společenský vs. Odtahitý (RD total)	Trvalý vs. nestálý (PS total)	Laskavý, shovívavý
<b>Materiální</b>	Obavný vs. riskující (HA2)	Extravagantní vs. skromný (NS3)	V řelý vs. rezervovaný (RD2)	Dychtivá snáživost vs. lenost (PS1)	Úctyhodný
<b>Sexuální</b>	Unavitelný vs. energický (HA4)	Nepořádný vs. systematický (NS4)	Závislý vs. nezávislý (RD4)	Ambiciózní vs. podceňující se (PS3)	Nadějný

Temperamentové dimenze jsou ve svém působení na emoční odpovědi a chování nelineární. Například pouze jedinci s vysokým skóre ve Vyhýbání se poškození mají ustrašenější reakci, i když vidí příjemné obrázky. Jedinci s nízkým skóre ve Vyhýbání se poškození mají odpověď v chování sniženou (Corr, Kumari a kol., 1997; Corr, Pickering, & Gray, 1995; Corr, Wilson a kol., 1995). Temperament je definovaný čtyřmi dimenzemi: Vyhýbání se poškození (Harm avoidance), Vyhledávání nového (Novelty seeking), Závislost na odměně (Reward dependence) a Vytrvalost (Persistence) (Stallings a kol., 1996). Je dědičný a úzce spojený s psychomotorickými funkcemi (Cloninger, 2002). Temperamentové dimenze jsou bipolární: oba extrémy mají praktické výhody i nevýhody v závislosti na situaci. Například vysoká úroveň Vyhýbání se poškození vede k úzkosti, ale opatrnost může v některých situacích být užitečná. Nízké Vyhýbání se poškození je spojené s větší tendencí riskovat, může dojít k zániku organismu nebo zážitku úspěchu.

**Vyhýbání se poškození** (Harm avoidance HA) = tendence intenzivně reagovat na nepříznivé podněty, pesimistické předjímání budoucích událostí, strach z neznámého, stydlivost směrem k druhým lidem a strach. Vysoké Vyhýbání se poškození vede k vyhýbavému chování nebo naopak zapojení se do nových situací. *HA1- Anticipačně obavný pesimismus x nespoutaný optimismus; HA2 - Strach z nejistoty; HA3 - Ostýchavost směrem k cizím lidem; HA4 - unavitelnost a asténie.*

**Vyhledávání nového** (Novelty seeking NS) = tendence k vyhledávání vzrušení v reakci na nové nebo odměňující podněty, charakterizované impulzivním nezdrženlivým chováním, prozkoumáváním a vyhledáváním nových příjemných věcí a nízkou frustrační tolerancí. V náročných stresových situacích může docházet k výbušným postojům s častou emoční desinhibicí. *NS1 - Vzrušivost z objevování x stoická rigidita; NS2 - Impulzivnost x Odmítnutí; NS3 - Extravagance x Rezervovanost; NS4- Neuspořádanost x Usměrnování.*

**Závislost na odměně** (Reward dependence RD) = tendence reagovat intenzivně na signály odměny a udržovat takové chování, které bylo dříve spojeno s odměnou. Jedinci s vysokou závislostí na odměně jsou více sentimentální a citliví na provinění. *RDI - Sentimentálnost; RD2 - Oddanost; RD3 - závislost.*

**Vytrvalost** (Persistence P) = tendence snadno se nevzdávat při dosahování cílů. Původně byla braná jako součást dimenze Závislost na odměně, ale později se ukázala jako další ze čtyř dědičných temperamentových dimenzí.



Charakterové dimenze se kvalitativně liší, jsou více spojené s racionálními než emocionálními procesy. Vztahují se k vysokým hodnotám a schopnosti člověka rozpoznat a praktikovat společensky žádoucí chování. Cloninger předpokládal, že charakterové dimenze odráží vyšší kognitivní procesy a souvisí s vyšším poznávacím zpracováním v mladší části mozku (Cloninger, 2002; Turner a kol., 2003). Některé zdroje uvádí, že dědičnost charakteru je obdobná jako dědičnost temperamentu (Gillespie a kol., 2003; Cloninger, 2004). Charakter zahrnuje tři dimenze, a to Sebeřízení (Self-directedness), Spolupráci (Cooperativeness) a Sebepřesah (Self-transcendence) (Stallings a kol., 1996). Každá charakterová subškála koresponduje s jednou z pěti vrstev osobnosti, viz Tabulka 4 (Cloninger, 2008).

**Sebeřízení** (Self-directedness SD) = definované jako individuální kapacita adaptovat se na různé situace, které je třeba řešit směrem k dosažení cíle. Zahrnuje potenciál pro dosažení cílů a převzetí odpovědnosti za vlastní jednání. *S1 - Zodpovědnost x obviňování; S2 - Cílevědomost x nedostatek zaměření na cíl; S3 – Vynalézavost x netečnost; S4 - Sebe-přijetí x sebestrádání; S5 - osvícení vlastní povahy.*

**Spolupráce** (Cooperativeness C) = zahrnuje kapacitu člověka porozumět a akceptovat ostatní lidi, která je v kontrastu se sebestředností a hostilitou. *C1 - Sociální přijetí x sociální neshodlivost; C2 - Empatie x sociální nezájem; C3 - Užitečný x neúžitečný; C4 - Soucit x pomstychtivost; C5 - Upřímný zájem vs. získávání výhod pro sebe.*

**Sebepřesah** (Self-transcendence ST) = přítomnost spirituality, pocit sounáležitosti s jednotným celkem. Zahrnuje stav sjednoceného vědomí, ve kterém je všechno součástí jednoty, což vede k přijetí, identifikaci nebo duchovnímu spojení s přírodou a jejím zdrojem. *ST1 – Sebeodpouštějící x sebepřesahující; ST2 - Transpersonální identifikace x sebe-diferenciace; ST3 - duchovní přijetí x racionální materialismus.*

Tabulka 4: Vrstvy osobnosti spolu se třemi charakterovými dimenzemi (Cloninger, 2008)

Charakterové dimenze	Sexuální vrstva	Materiální vrstva	Emocionální vrstva	Intelektuální vrstva	Spirituální vrstva
<b>Sebeřízení (SD)</b>	Zodpovědnost vs. nezodpovědnost (SD1)	Cílevědomost vs. bezcílnost (SD2)	Stabilní vs. nestabilní (SD4)	Vynalézavý vs. nepřířizpůsobivý (SD3)	Spontánní vs. předem daný (SD5)
<b>Spolupráce (C)</b>	Tolerance vs. zaujatost (C1)	Odpouštějící vs. pomstychtivý (C4)	Empatický vs. bezohledný (C2)	Ochotný pomoci vs. neochotný (C3)	Principální vs. oportunistický (C5)
<b>Sebepřesah (ST)</b>	Tvořivé sebezapomnění vs. sebeodcizení (ST1)	Trpělivý vs. netrpělivý (ST5)	Transpersonální vs. vyhýbavý (ST2)	Víra v nadpřirozeno vs. ateismus (ST4)	Spirituální vs. konvenční (ST3)

Osobnostní rysy souvisí s většinou úzkostných poruch, ve formě predispozice, důsledku, etiologického činitele. Brandes a Bienvenu (2006) uvádí, že osobnostní charakteristiky jako vysoký neuroticismus, nízká extraverte a poruchy osobnosti jsou rizikem rozvoje úzkostných poruch. Úzkostné poruchy v raném dětství mohou ovlivnit vývoj osobnosti, zejména ve spojení s komorbidní poruchou osobnosti (Mochcovitch, Nardi, & Cordoso, 2012). Cloninger předpokládal, že dlouhodobá úzkost může být rozdělena na *kognitivní úzkost* s „obsesivním“ typem zpracování informací (vysoké HA), *somatickou úzkost* s „histrionským“ typem zpracování informací a vysokým NS; a *sociální odstup x nestabilitu chování* (vysoké RD a P). Jeho klasifikace úzkosti se lišila od klinických příznaků a kritérií úzkostných poruch v DSM-III (Cloninger, 1986). Vyhýbání se poškození zahrnuje vlastnosti jako je plachost, anticipační obavnost, problémy s tolerancí nejistoty, snahu odvrátit nebezpečí, vyhýbání se trestu (Margetić a kol., 2010).

Za ochranný temperamentový faktor je v kontextu sebestigmatizace považováno Sebeřízení charakteristické důmyslností, zodpovědností a cílevědomostí vedoucí k menší osobnostní zranitelnosti (Kose 2003). Výsledky studie Liotti (2013) ukázaly vysokou přímou souvislost mezi temperamentovou dimenzí Vyhýbání se poškození, charakterovou dimenzí Sebeřízení a úzkostnými symptomy. Samochowiece a kol. (2005) našli u úzkostných pacientů významně zvýšené všechny subškály Vyhýbání se poškození, snížené Vyhledávání nového u žen a NS1 u obou pohlaví, zvýšené RD1 a snížené RD3, sníženou Vytrvalost, Sebeřízení, Spolupráci (s výjimkou C4 a C5 subškál).

Specifické úzkostné poruchy se v temperamentových a charakterových dimenzích liší. Lidé s obsedantně kompulzivní poruchou mají významně vyšší míru Vyhýbání se poškození a nižší skóre vyhledávání nového a Sebeřízení ve srovnání se zdravými kontrolami. Vysoké Vyhýbání se poškození a nízké Sebeřízení korelují s větší závažností obsedantně-kompulzivních příznaků (Lyo a kol., 2001). Sociální fobie je charakteristická anticipační úzkostí, nízkou frustrační tolerancí a intenzivní závislostí na vnějším uspokojení potřeb (Marteinsdottir a kol., 2003). V Cloningerově typologii se projevuje ve formě vyššího skóre Vyhýbání se poškození a nižšího skóre vytrvalosti, Sebeřízení, Spolupráce a Sebeprésahu, které jsou odrazem vyhybavého úzkostného temperamentu a nezralého charakteru (Kim & Hoover, 1996; Pélissolo a kol., 2002).

Panická porucha nebo specifické fobie jsou od úzkostlivého temperamentového rysu více oddělené (liší se příznaky i věkem počátku vzniku), zatímco sociální fobie nebo generalizovanou úzkostnou poruchu je obtížnější odlišit v temperamentovém rysu úzkostnosti (Olatunji & Wolitzky-Taylor, 2009; Rapee & Coplan, 2010). Metaanalýza Kampmana a kol. (2014) zjistila (1) pozitivní souvislost mezi dimenzí temperamentu Vyhýbání se poškození a výskytem panické poruchy, sociální fobie a obsedantně-kompulzivní poruchy. Výrazná souvislost byla u sociální fobie, mírnější u obsedantně kompulzivní a panické poruchy; (2) negativní souvislost mezi skóre Vyhledávání nového, sociální fobí a obsedantně - kompulzivní poruchou; (3) pozitivní, ale klinicky nevýznamnou souvislost mezi skóre Závislost na odměně u panické poruchy; (4) žádnou souvislost mezi Závislostí na odměně nebo vytrvalostí a jinými neurotickými poruchami (Kampman a kol., 2014). Tři ze čtyř studií generalizované úzkostné poruchy zjistily pozitivní vztah mezi Vyhýbáním se poškození a příznaky této poruchy. Šest ze šesti studií posttraumatické stresové poruchy našlo pozitivní souvislost mezi příznaky a Vyhýbáním se poškození (tři tudie našly pozitivní souvislost s Vyhledáváním nového a negativní souvislost se Závislostí na odměně) (Kampman a kol., 2014).

### **2.8.5 Sebestigmatizace a disociace**

Disociace je psychický proces, který vzniká v raných vývojových stádiích dítěte. Umožňuje odštěpení nežádoucích emočních stavů nebo stresové události s dopadem na vnímání, myšlení, prožívání, paměť a další kognitivní a integrační procesy osobnosti (Schore, 2009; Dell & O'Neil, 2009; Schimmenti, 2016). Disociace chrání mysl před

dezorganizací a pocity roztržitého vědomí. Mechanismus zahrnuje dočasné a selektivní vyloučení nepřijatelného obsahu z vědomí a odpojení duševních procesů (Bromberg, 1998; Zanarini a kol., 2000). Disociací dochází k diskontinuitě mezi paměťovými procesy, identitou, vnímáním, motorickými funkcemi nebo vědomím (Spiegel, 1994). Disociovaný obsah může být dočasně a reverzibilně nepřístupný vědomí, vědomé procesy a chování nevědomou cestou ovlivňuje nadále (Maldonado & Spiegel, 1998). Chování se může zdát nepředvídatelné, závisí na tom, jaká disociovaná část a za jakých okolností v časovém úseku převažuje (Janoff-Bulman, 1992).

Nepatologická disociace umožňuje dělat více činností najednou. Některé méně důležité činnosti jsme schopni upozadit, např. sledování televize při vaření (Putnam, 1995). Patologická disociace je obvykle vyústěním traumatických zkušeností, jako je zneužívání nebo špatné zacházení (Simeon a kol., 2001; Ahrens & Aldana, 2012). Může vést k rozvoji úzkostné symptomatologie (Roy, 2002; McFarlane a kol., 2005). Opakované vystavení dítěte traumatickým zážitkům, které nemá vyvinuté seberegulační mechanismy a musí tyto zážitky disociovat, ovlivňuje psychologickou organizaci celé osobnosti (Howell, 2005; Chefetz, 2015). Nadměrná aktivace disociativních procesů v dospělosti ohrožuje duševní a behaviorální fungování s rozvojem závažné psychopatologie (Schimmenti, 2017). Chronická traumatizace může navodit funkční reorganizaci osobnosti, rozvoj oddělených struktur osobnosti, které nejsou plně integrované (Sar & Öztürk, 2007; Bromberg, 2012).

Smyslem disociace je potlačení nežádoucích afektů (strach, hrůza, bezmoc, úzkost, pocitová paralýza), které se vyskytují v konfliktních situacích (Dell & O'Neil, 2009). Odděleny bývají zejména hluboké pocity viny, studu, které z pohledu prožívajícího není možné adaptivně zpracovat. Disociace takové pocity paradoxně prohlubuje (Rugens & Terhune, 2013). Disociace může dle některých autprů souviset s náchylností k sebestigmatizaci právě ve spojení s pocity studu a viny (Link & Phelan, 2001; Ocisková a kol., 2015). Podle Hayese a kol. (2004) je disociace spojená s vyhýbavým chováním. Jedinec není ochoten nebo schopen zůstat v kontaktu s některými osobními zkušenostmi (např. tělesnými pocity, emocemi, myšlenkami, vzpomínkami a chováním). Snaží se upravit podobu nebo četnost událostí a významů v zájmu zachování integrity osobnosti. Další spojení disociace a sebestigmatizace může být přes vyhýbavé chování, ke kterému také vlivem sebestigmatizace dochází (Ocisková & Praško, 2015).

Traumatizující zkušenosti souvisí s rozvojem psychopatologických stavů a poruch (Levin & Speie, 2004; Brown a kol., 2014; Fink & Galea, 2015; Lyssenko a kol., 2018). Dissociativní symptomy se nejvíce vyskytují u dissociativních poruch, posttraumatické stresové poruchy, hraniční poruchy osobnosti (Sar, 2011), konverzních poruch, závislostí, poruch příjmu potravy, schizofrenie, deprese (depersonalizace / derealizace), úzkostných poruch (u panické poruchy depersonalizace / derealizace), obsedantně kompulzivní poruchy (Soffer-Dudek, 2014; Lyssenko a kol., 2018). Pacienti s panickou poruchou a jinými úzkostnými poruchami mají zvýšenou citlivost vnímání (Domschke a kol., 2010). Mnoho jedinců s úzkostnými poruchami má komorbidní poruchu osobnosti s výskytem patologické disociace (Pollatos a kol., 2008; Herbert & Pollatos, 2014; Ricciardi a kol., 2016).

Přítomnost disociace je důležitým faktorem ovlivňujícím výsledky léčby u pacientů s depresivními a úzkostnými poruchami (Watson a kol. 2006; Praško a kol. 2009), zejména u panické poruchy (Segui a kol., 2000; Gulsun a kol., 2007), obsedantně – kompulzivní poruchy (Rufer a kol., 2006; Prasko, Raszka, & Adamcova a kol., 2009) a jiných poruch neurotického spektra (Ocisková, Praško, & Kamarádová a kol., 2014). Průměrné skóre disociace pro panickou poruchu a agorafobii je  $10,58 \pm 12,01$ , pro sociální fobii  $10,19 \pm 9,32$ , pro generalizovanou úzkostnou poruchu  $13,10 \pm 14,53$ , obsedantně kompulzivní poruchu  $15,02 \pm 16,27$ , posttraumatickou stresovou poruchu  $21,56 \pm 12,46$ , poruchy přizpůsobení  $16,46 \pm 15,54$ , dissociativní/konverzní poruchy  $22,06 \pm 22,86$ , somatoformní poruchy  $16,48 \pm 21,57$ . Patologická disociace je pro panickou poruchu a agorafobii  $6,50 \pm 11,76$ , sociální fobii  $5,76 \pm 8,33$ , pro generalizovanou úzkostnou poruchu  $6,52 \pm 9,42$ , obsedantně kompulzivní poruchu  $12,05 \pm 17,17$ , posttraumatickou stresovou poruchu  $11,46 \pm 15,57$ , poruchy přizpůsobení  $10,57 \pm 17,08$ , dissociativní/konverzní poruchy  $13,31 \pm 20,27$ , somatoformní poruchy  $6,97 \pm 13,03$  (Praško, Grambal a kol., 2016).

### **2.8.6 Sebestigmatizace a vztahová vazba**

Výzkumy vztahové vazby mají za cíl zkoumat interpersonální fungování a zvládání stresu (Mikulincer & Shaver, 2012). Sebestigmatizace souvisí se stažením se z mezilidských vztahů (s rodinnými příslušníky, přátely, partnery, kolegy z práce) (Ritsher & Phelan, 2004). Souvislost mezi vztahovou vazbou a sebestigmatizací není ve výzkumných studiích zkoumaná. Autorem Teorie vztahové vazby (attachementu)

je Bowlby (1982). Teorie vztahové vazby je užitečným rámcem pro studium emoční regulace v souvislosti s duševním zdravím (Bowlby, 1973). Bowlby specifikoval důležitost vztahové nejistoty spojenou s úzkostí a vyhýbáním se u různých psychických poruch (Mikulincer & Shaver, 2007). Nejistá vztahová vazba (úzkostná nebo vyhýbavá) představuje patogenní stav spojený s osobní zranitelností. Terapeutický účinek skutečné podpory, poskytnutí pocitu bezpečí, vytvoření mentálních reprezentací bezpečných postav, zážitek podpůrných zkušeností a láskyplných a pečovatelských postojů je velmi důležitý (Mikulincer & Shaver, 2012).

Bowlby (1982) tvrdí, že lidé se rodí s vrozeným psychobiologickým vztahovým systémem chování, který je motivuje k hledání blízkosti k významným vztahovým postavám. Vztahový systém chování se individuálně liší (Bowlby, 1973). Interakce s citlivými, chápacími, podporujícími vztahovými postavami vytváří a upevňuje stabilní pocit bezpečí a pozitivní vztahové objekty<sup>20</sup>. Pokud blízké vztahové postavy nejsou podporující, nepodněcují rozvoj blízkosti, neposkytují pocit bezpečí nebo nejsou citově dostupné, způsobují dítěti utrpení. Dítě si vytváří negativní model vztahů k sobě samému i k jiným lidem, zvyšuje se pravděpodobnost pozdějších emocionálních problémů a nepřizpůsobivost (Bowlby, 1973).

Nejistá vztahová vazba může být buď *úzkostná* (jedinec se obává, že partner nebude v případě potřeby citově dostupný a adekvátně reagující) nebo *vyhýbavá* (nedůvěra v partnerství, snaha zachovat si nezávislost v chování, soběstačnost a emocionální vzdálenost). Obě vztahové dimenze jsou měřitelné a jsou spolehlivým teoretickým odhadem kvality vztahů, vztahové přizpůsobivosti a vypořádání se s hrozbami a tísní (Mikulincer & Shaver, 2007). Nízké skóre v dimenzích úzkostné nebo vyhýbavé vazby ukazuje vztahovou jistotu, bezpečí, efektivní emočně regulační strategie. Jedinci s vysokými skóry vztahové úzkosti, vyhýbání nebo obojího, cítí nejistotu, mají tendenci spoléhat se na sekundární strategie připoutání (Cassidy & Kobak, 1988).

U vyhýbavé vazby je typické popření potřeby připoutání a hledání blízkosti, snaha být nezávislí na vztahových postavách (Picardi a kol., 2013). Tyto strategie se vyvíjejí

---

<sup>20</sup> Vztahové objekty jsou dostupné pečující objekty (postavy), které se starají o dítě, nejčastěji matka. Termín vychází z psychoanalytické teorie objektních vztahů (Fonagy & Target, 2005).

ve vztazích s postavami, které neschvalují nebo neuznávají potřebu blízkosti, případně potřebu blízkosti trestají v domněnku, že se jedná o slabost a projev zranitelnosti (Ainsworth a kol., 1978). Jedinci s vysokou úzkostnou vazbou se s velkým úsilím snaží o dosažení blízkosti, podpory a lásky v kombinaci s nedostatkem sebedůvěry (Cassidy & Kobak, 1988). Takové reakce se vyskytují ve vztazích, ve kterých vztahová postava někdy poskytuje adekvátní, ale nespolehlivou reakci na potřebu blízkosti, jedinec je tak odměňovaný pokusy o hledání blízkosti, protože jsou někdy úspěšné (Mikulincer & Shaver, 2007). Změna stylu vztahové vazby v průběhu života (mírná nebo zásadní) je možná (Baldwin a kol., 1996; Mikulincer & Shaver, 2007).

Bezpečné vazby upevňují duševní zdraví (Bowlby, 1988). Pocit bezpečí vyvolává pozitivní emoce, úlevu, spokojenost, vděčnost, lásku. Dobře emočně „zabezpečení“ jedinci zůstávají v době stresu psychicky i fyzicky relativně nepoznamenáni, rychle se ze stresových epizod zotavují a zažívají delší období pozitivní afektivity (Mikulincer a kol., 2001). Pocit nebezpečí ve vztahovém připoutání vytváří obecnou zranitelnost k rozvoji psychických poruch, konkrétní porucha závisí na genetických, vývojových a environmentálních faktorech (Mikulincer & Shaver, 2012). Nalezení příčinných souvislostí mezi vztahovou vazbou a psychopatologií je komplikované. Psychické problémy mohou sami o sobě nejisté připoutání ve vztazích i směrem k sobě zvýšit (Cozzarelli a kol., 2003; Solomon a kol., 2008). Bezpečná jistá vazba formuje vztah k vlastní osobě v utváření pozitivní sebehodnoty. Nejistá vazba vytváří nízkou sebedůvěru, strach z odmítnutí a opuštění, negativní přesvědčení o sobě (Duchesne & Larose, 2007).

Nejisté připoutání je spojené s depresí (Catanzaro & Wei, 2010), klinicky významnou úzkostí (Bosmans a kol., 2010), obsedantně kompulzivní poruchou (Doron a kol., 2009), posttraumatickou stresovou poruchou (Ein-Dor a kol., 2010), sebevražednými tendencemi (Gormley & McNiel, 2010) a poruchami příjmu potravy (Illing a kol., 2010). Vztahová nejistota u specifických poruch osobnosti liší (Crawford a kol., 2007). Úzkostná vazba je spojená se závislými, histrionálními a hraničními poruchami. Je spojená s emoční dysregulací, zmatením identity, úzkostí, emoční labilitou, kognitivním zkreslením, submisivitou, opozičnictvím, sebepoškozováním, narcismem a podezíravostí. Vyhýbavá vazba se vyskytuje u schizoidních a vyhýbavých poruch (Meyer & Pilkonis, 2005). Je více

spojená s inhibiční složkou osobnosti, omezeným vyjádřením emocí, problémy s intimitou a sociálně vyhýbavým a izolačním chováním (Livesley, 1991).

Výzkumy vztahové vazby u neurotických poruch, zejména úzkostných, našly souvislost mezi úzkostnou a ambivalentní vazbou a rozvojem úzkostí v dospělosti (Brumariu a kol., 2012; Myhr a kol., 2004; Doron a kol., 2012). Úzkostné a vyhýbavé vztahové připoutání je u neurotických poruch vyšší než u neklinické populace (Picardiho a kol., 2013). Nejistá vztahová vazba souvisí s rozvojem panické poruchy (Bandelow a kol., 2002; Pacchierotti a kol., 2002) a generalizované úzkostné poruchy (Cassidy a kol., 2009). Riziko rozvoje generalizované úzkostné poruchy se zvýšilo s výskytem chudé vztahové vazby k matce v dětství (Cassidy a kol., 2009). Vztahové vzorce u sociální fobie se příliš nezkoumají navzdory dopadům poruchy na sociální vztahy. Collins (1996) zjistil, že pacienti se sociální fobií spadají do úzkostného vztahového připoutání, ale také bezpečné vztahové vazby. Eng a kol. (2001) zjistili, že sociální úzkost je mediátorem vztahu nejisté vztahové vazby a depresivními příznaky. Diagnostické podskupiny (generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, jiné úzkostné poruchy) se mezi sebou v dotazníku ECR (Experience in Close Relationships Questionnaire) významně nelišily (Picardiho a kol., 2013).

### **2.8.7 Sebestigmatizace a rodičovské styly**

Souvislost mezi rodičovskými styly a sebestigmatizací není ve výzkumných studiích zkoumaná. Výzkumy se zaměřují spíše na roli rodičovského stigmatu a sebestigmatizace v hledání pomoci pro sebe nebo své blízké (Surapaneni, 2018). Rodičovský styl je definovaný jako soubor postojů k dítěti a rodičovského chování, které vytváří emoční prostředí. V teoretických koncepcích (psychodynamické, behaviorální a sociální teorie učení) existuje shoda v dimenzích, které tvoří rodičovský styl. Základní dimenze zahrnují *emoční a fyzickou výživu a kontrolu*. V různých koncepcích existují odlišné názvy (pro první dimenzi např. péče, přijetí, láska, emoční vřelost, pro druhou dimenzi dominantnost nebo restriktivita) (Darling & Steinberg, 1993). Optimální rodičovství je obvykle považované za kombinaci vysoké péče a nízké kontroly (Parker a kol., 1979).

Dítě se rodí s predispozicemi prožívání a emočního reagování (možná náchyllost a větší reaktivnost na okolní stimuly). Rozvoj úzkostnosti u dětí může podnítit vztahová



vazba a rodičovské styly. Rodičovské styly chování určují, jestli strach kojence z neznámých lidí přetrvá i ve starším věku. Vrozená reakce dítěte přispívá k pozdějšímu rozvoji úzkostných poruch. Výchovné působení rodičů ovlivňuje pravděpodobnost rozvoje úzkostné poruchy u dítěte (Wood a kol., 2003). Např. nadměrná hyperprotektivita rodičů formuje větší zranitelnost dítěte, které není v dospělosti připravené se adaptivně potýkat s životními nezdary a zátěží (Alikaj a kol., 2017).

Několik druhů rodičovského chování souvisí s nadměrnou úzkostí u dětí, včetně vysoké úrovně kritiky a nadměrné kontroly, nízké úrovně vřelosti a podpory autonomie (Whaley a kol., 1999; McLeod a kol., 2007; Budinger a kol., 2013). Specifické neurotické poruchy nebyly dané do souvislosti s různými rodičovskými styly (Woodruff-Borden a kol., 2002; Ginsburg, Grover, & Ialongo, 2004; Drake & Ginsburg, 2011). Pacienti s úzkostnými poruchami měli významně nižší úroveň péče od matky v dotazníku PBI (Parental Bonding Instrument) a hraničně nižší péči ze strany otce dle PBI než neklinická výzkumná populace (Picardiho a kol., 2013).

Wolfradt a kol., (2003) zkoumali vztah mezi rodičovským stylem (autoritářský, autoritativní, tolerantní a lhostejný), depersonalizací, úzkostí a strategiemi zvládnání zátěže u 276 gymnaziálních studentů. Zjistili, že rodičovský tlak pozitivně koreloval s depersonalizací a úzkostí. Vřelý rodičovský styl pozitivně souvisel s aktivními zvládacími strategiemi, negativně s úzkostí u dospívajících. Studenti s autoritářským stylem výchovy měli vyšší míru depersonalizace a úzkosti. Studenti s autoritativním a tolerantním stylem výchovy obou rodičů měli nejvyšší skóre aktivního zvládnání zátěže. Mateřská péče je nejsilnějším prediktorem duševního zdraví. Ženy s optimálními profily mateřské a otcovské vztahové vazby (vysoká péče / nízká hyperprotektivita) měly méně depresivních symptomů, méně negativně smýšlely, více si věřily, měly vyšší sebeúctu, než ženy s jinými vztahovými profily připoutání (Hall a kol., 2004).

## II. VÝZKUMNÁ ČÁST

### 3. FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Sebestigmatizace se vyskytuje u všech skupin duševních onemocnění, zejména u závažných poruch, jako je schizofrenie, depresivní poruchy, poruchy osobnosti, neurotické poruchy (Ran a kol., 2018; Bonfils a kol., 2018). Podle našich předchozích studií se úroveň sebestigmatizace mezi diagnostickými kategoriemi příliš neliší, nezávisí ani tak na konkrétní diagnóze, ale spíše na závažnosti poruchy (hodnocené jak subjektivně, tak objektivně) a přítomnosti komorbidních poruch osobnosti (Ocisková a kol., 2015; Kamarádová a kol., 2016; Ocisková a kol., 2017). Sebestigmatizace má negativní dopady na sebevědomí (Corrigan a kol., 2009), souvisí s pocitem beznaděje (Yanos a kol., 2012), na jejím podkladě se mohou snadněji rozvinout úzkostné a depresivní příznaky (Ocisková, Praško a kol., 2016), může souviset s horšími výsledky léčby (Praško a kol., 2016; Kamarádová a kol., 2016), disociací (Praško a kol., 2016); vyhýbáním se sociálním kontaktům (Corrigan a kol., 2009; Sirey a kol., 2001; Mestdagh & Hansen, 2014) nebo úplné stažení se z nich (Schulze & Angermeyer, 2003); zvýšeným rizikem sebevraždy (Vrbová a kol., 2018), nižší adhezí k léčbě (Sedláčková a kol., 2015; Kamarádová a kol., 2016; Carrara & Venturac, 2018). Negativní dopady sebestigmatizace zhoršují prognózu psychické poruchy (Drapalski a kol., 2013) a souvisí se sníženou kvalitou života (Yanos, Roe a kol., 2008; Yen a kol., 2009; Cavelti a kol., 2012). Několik studií poukazuje na to, že sebestigmatizace souvisí s některými osobnostními rysy (Ocisková a kol., 2017; Vrbová a kol., 2018).

Výzkumným záměrem této práce je výzkum problematiky sebestigmatizace v kontextu dosud ne příliš zkoumaných proměnných (zvládací strategie, kvalita života) u poruch ze schizofrenního, depresivního a neurotického okruhu včetně porovnání uvedených diagnostických kategorií ve sledovaných proměnných. Dále se chceme blíže zaměřit na další potenciálně důležité proměnné spojené se sebestigmatizací (osobnostní charakteristiky, vztahová vazba, rodičovská výchova, disociace, traumatizace v dětství, vliv na efektivitu léčby) u skupiny poruch neurotického spektra.

### 3.1 Cíle výzkumu

Výzkumná práce sledovala dva hlavní cíle:

- 1) Zjistit úroveň sebestigmatizace u ambulantních pacientů léčících se pro poruchy schizofrenního, depresivního a neurotického spektra v kontextu strategií zvládnání zátěže a kvality života. Finálním cílem bylo porovnat tyto tři skupiny psychických poruch a najít podobnosti a rozdíly ve sledovaných proměnných (průřezové sledování, *Studie I*).
- 2) Zaměřit se na skupinu hospitalizovaných pacientů s poruchami neurotického spektra, u které bude blíže zkoumaná míra sebestigmatizace a podrobněji hodnocené další významné proměnné potenciálně související se sebestigmatizací (osobnostní charakteristiky, vztahová vazba, traumatizace v dětství, úzkostnost, depresivita). Dále je sledovaný vliv těchto proměnných na výsledky léčby po absolvování 6týdenního psychotherapeutického programu na PO KNL, a.s. (longitudinální sledování, *Studie II*).

### 3.2 Výzkumné hypotézy

V souladu se stanovenými cíly výzkumu byly formulovány základní hypotézy, které jsou dále rozpracované do dílčích hypotéz dle sledování specifických proměnných. U dílčích hypotéz jsou v poznámkách pod čarou uvedené zdroje, na jejichž podkladě byly tyto hypotézy stanovené.

#### 3.2.1 Studie I

**H<sub>0</sub> – 1:** Celková míra sebestigmatizace nesouvisí s vybranými demografickými, klinickými proměnnými, strategiemi zvládnání a kvalitou života u ambulantních pacientů se schizofrenním, depresivním a neurotickým spektrem poruch.

**H<sub>A</sub> – 1:** Celková míra sebestigmatizace souvisí s vybranými demografickými, klinickými proměnnými, strategiemi zvládnání a kvalitou života u ambulantních pacientů se schizofrenním, depresivním a neurotickým spektrem poruch.

*Konkretizace dílčích hypotéz:*

- (1) **H<sub>0</sub>-A:** Sebestigmatizace nebude souviset s vybranými demografickými údaji, jako je věk, rodinný stav, psychiatrická heredita, vzdělání a zaměstnání.

**H<sub>A</sub>-A:** Sebestigmatizace bude souviset s vybranými demografickými údaji, jako je věk, rodinný stav, psychiatrická heredita, vzdělání a zaměstnání<sup>21</sup>:

- (a) míra sebestigmatizace negativně koreluje s věkem
- (b) míra sebestigmatizace je vyšší u svobodných jedinců
- (c) míra sebestigmatizace je vyšší u pacientů, kde se v rodině vyskytovala psychická porucha
- (d) míra sebestigmatizace je vyšší u lidí s nižším vzděláním
- (e) míra sebestigmatizace je vyšší u lidí bez zaměstnání

(2) **H<sub>0</sub>-B:** Sebestigmatizace nemá vztah k závažnosti poruchy.

**H<sub>A</sub>-B:** Sebestigmatizace pozitivně koreluje se závažností poruchy.<sup>22</sup>

(3) **H<sub>0</sub>-C:** Sebestigmatizace a kvalita života nejsou ve vzájemném vztahu.

**H<sub>A</sub>-C:** Sebestigmatizace a kvalita života budou vzájemně negativně korelovat.<sup>23</sup>

(4) **H<sub>0</sub>-D:** Sebestigmatizace nemá vztah k pozitivním a negativním strategiím zvládnání.

**H<sub>A</sub>-D:** Sebestigmatizace pozitivně koreluje s negativními strategiemi zvládnání a negativně s pozitivními zvládacími strategiemi.<sup>24</sup>

**H<sub>0</sub> – 2:** Diagnostické skupiny schizofrenního, depresivního a neurotického spektra poruch se mezi sebou významně neliší v demografických a klinických proměnných, míře sebestigmatizace, kvalitě života a strategiích zvládnání.

**H<sub>A</sub> – 2:** Diagnostické skupiny schizofrenního, depresivního a neurotického spektra poruch se mezi sebou významně liší v demografických a klinických proměnných, míře sebestigmatizace, kvalitě života a strategiích zvládnání.

---

<sup>21</sup> Tuto hypotézu podporuje studie Üçok a kol., 2012; Bouwmans a kol., 2015; Ra & Kim, 2016

<sup>22</sup> Hypotézu podporuje výzkum Ritscher & Phelan, 2004; Boyd a kol., 2014; Livingston & Boyd, 2010; Tiggemann & Winefielda, 2011; Adewuyou a kol., 2011; Látalová, Praško a kol., 2014; Ocisková, Praško, Kamarádová a kol., 2015; Kamarádová, Látalová a kol., 2016; Vrbová, Praško a kol., 2017; Cinculová, Praško a kol., 2017.

<sup>23</sup> Tuto hypotézu podporují studie Yen a kol., 2009; Tang & Wu, 2012; Ocisková a kol., 2014

<sup>24</sup> Tato hypotéza má oporu ve výzkumu Kleima a kol., 2008; Kroska & Harkness, 2011; Chronister a kol., 2013; Ocisková a kol., 2015; Vrbová a kol., 2018.

*Konkretizace dílčích hypotéz:*

(1) **H<sub>0</sub>-A:** Diagnostické skupiny se mezi sebou neliší v demografických proměnných.

**H<sub>A</sub>-A:** Diagnostické skupiny se mezi sebou liší v demografických proměnných a klinických proměnných, jakými je věk, nástup poruchy, délka trvání poruchy, rodinný stav, zaměstnanost, subjektivní a objektivní závažnost.

(2) **H<sub>0</sub>-B:** Sebestigmatizace se neliší u diagnostických skupin.

**H<sub>A</sub>-B:** Sebestigmatizace se významně liší u diagnostických skupin; nejvíce se sebestigmatizují pacienti s poruchami schizofrenního spektra.<sup>25</sup>

(3) **H<sub>0</sub>-C:** Kvalita života se u diagnostických skupin významně neliší.

**H<sub>A</sub>-C:** Kvalita života bude nižší u pacientů s poruchami schizofrenního spektra ve srovnání s pacienty s neurotickými a depresivními poruchami.<sup>26</sup>

(4) **H<sub>0</sub>-D:** Diagnostické skupiny se neliší v užívání pozitivních a negativních strategií zvládnání.

**H<sub>A</sub>-D:** Pacienti s poruchami neurotického spektra užívají oproti pacientům s poruchami schizofrenního a depresivního spektra více pozitivních a méně negativních strategií zvládnání.<sup>27</sup>

### 3.2.2 Studie II

**H<sub>0</sub> – 1:** Celková míra sebestigmatizace nesouvisí s vybranými klinickými, osobnostními proměnnými u hospitalizovaných pacientů s poruchami neurotického spektra.

**H<sub>A</sub> – 1:** Celková míra sebestigmatizace souvisí s vybranými klinickými, osobnostními proměnnými u hospitalizovaných pacientů s poruchami neurotického spektra.

*Konkretizace dílčích hypotéz:*

(a) vyšší závažností celkové psychopatologie;<sup>28</sup>

---

<sup>25</sup> Hypotézu podporuje studie Eacka a Newhilla (2007).

<sup>26</sup> Hypotézu podporují studie Bobes a kol., 2005; Šídllová a kol., 2011; Papakostas a kol., 2004; Ten Doesschate a kol., 2010; Jansen a kol., 2013.

<sup>27</sup> Tuto hypotézu podporují výzkumy Baraty a kol., 2016; Dijkstra & Homana, 2016; Sampogna a kol., 2018; Evans a kol., 2015.

<sup>28</sup> Tato hypotéza má oporu ve studiích Livingston a Boyd (2010); Tiggemanna, Winefielda (2011); Adewuyoua a kol. (2011); Látalová, Praško a kol. 2014; Ocisková, Praško, Kamarádová a kol. (2015); Kamarádová, Látalová a kol. (2016); Vrbová, Praško a kol. (2017); Cinculová, Praško a kol. (2017).

- (b) s mírou disociativních příznaků;<sup>29</sup>
- (c) se závažností úzkosti;<sup>30</sup>
- (d) se závažností depresivity;<sup>31</sup>
- (e) se sociální úzkostí<sup>32</sup>
- (f) s komorbidními poruchami<sup>33</sup>
- (g) s osobnostními rysy, jako je Vyhýbání se poškození a Sebeřízení;<sup>34</sup>
- (h) s úzkostnou a vyhýbavou vztahovou vazbou
- (i) s traumatizací v dětství<sup>35</sup>
- (j) rodičovským stylem výchovy

**H<sub>0</sub> – 2: Celková míra sebestigmatizace nesouvisí s horšími výsledky v léčbě u hospitalizovaných pacientů s poruchami neurotického spektra.**

**H<sub>A</sub> – 2: Celková míra sebestigmatizace souvisí s horšími výsledky v léčbě u hospitalizovaných pacientů s poruchami neurotického spektra.<sup>36</sup>**

*Konkretizace dílčích hypotéz:*

- (k) u pacientů s vyšší závažností sebestigmatizace je míra pozitivní změny psychického stavu v léčbě hodnocená relativním poklesem ve stupnici objCGI nižší;
- (l) u pacientů s vyšší závažností sebestigmatizace je míra pozitivní změny psychického stavu v léčbě hodnocená relativním poklesem ve stupnici subjCGI nižší;
- (m) u pacientů s vyšší závažností sebestigmatizace je míra pozitivní změny psychického stavu v léčbě hodnocená relativním poklesem ve stupnici BAI nižší;
- (n) u pacientů s vyšší závažností sebestigmatizace je míra pozitivní změny psychického stavu v léčbě hodnocená relativním poklesem ve stupnici BDI-II nižší;
- (o) změna míry sebestigmatizace v průběhu léčby pozitivně koreluje se změnou v psychopatologii v jednotlivých posuzovacích stupnicích.

<sup>29</sup> Tuto hypotézu podporuje studie Ociskové a kol. (2014, 2015), Praško, Grambal a kol., (2016).

<sup>30</sup> Tato hypotéza je opřena o studie Ocisková a kol. (2015); Ocisková, Praško, & Kamarádová (2015); Ocisková a kol. (2018).

<sup>31</sup> Hypotézu podporuje výzkum Boyd s kol. (2014).

<sup>32</sup> Hypotéza má oporu ve studii Levyho a kol. (2015); Vrbové, Praška a kol. (2018); Ociskové a kol. (2018).

<sup>33</sup> Hypotéza má oporu ve studii Ociskové a kol. (2018)

<sup>34</sup> Hypotéza je podpořena výsledky studie Ociskové, Praška a Kamarádové (2015); Ociskové a kol. (2018).

<sup>35</sup> Hypotéza má oporu ve studii Stolzenburg a kol. (2017); Melchior a kol. (2019).

<sup>36</sup> Tuto hypotézu podporuje výzkum Ociskové a kol. (2015); Praška, Ociskové a kol. (2016); Praško, Grambal a kol. (2016); Ocisková a kol. (2018).

### **3.3 Praktický význam výzkumu**

Pochopení tématu sebestigmatizace v kontextu zkoumaných nebo dosud nezkoumaných proměnných (osobnostní charakteristiky, vztahová vazba, rodičovské styly, traumatizace v dětství) je důležité pro porozumění, s čím sebestigmatizace souvisí. Některé ze zkoumaných faktorů, které se ukáží jako významné, mohou posléze sloužit pro navržení intervencí zaměřených na praktickou práci s pacienty a pro tvorbu edukačních programů na snižování sebestigmatizace. Snížení sebestigmatizace vyžaduje také individualizovaný přístup a zaměření se na ty jedince, kteří jsou zvýšenou mírou sebestigmatizace a jejichmi negativními dopady ohroženi nejvíce. Přínosem může být porovnání diagnostických skupin v sebestigmatizaci, kvalitě života i strategiích zvládnání u různých diagnostických skupin a sledování efektivity léčby včetně změn v míře sebestigmatizace.

## **4. METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU**

Tato kapitola blíže popisuje design dvou realizovaných výzkumných studií této disertační práce (*Studie I* a *Studie II*). Vymezení metodologického rámce též zahrnuje etickou stránku výzkumu a popis použitých metod měření včetně popisu sběru, zpracování a analýzy dat.

### **4.1 Výzkumný plán**

Výzkumy sebestigmatizace mají buď kvalitativní formát (v podobě vyprávění zkušeností se stigmatizací a sebestigmatizací), nebo častěji kvantitativní formát (převládá snaha o identifikaci proměnných spojených se sebestigmatizací). Obě dílčí studie této disertační práce jsou kvantitativní povahy, umožňují porovnat výsledky s předchozími výzkumy a hledat vztahy a souvislosti mezi proměnnými.

*Studie I* se zaměřuje na ambulantní pacienty s poruchami schizofrenního, depresivního a neurotického spektra. Jejím cílem bylo zjistit souvislosti mezi sebestigmatizací a kvalitou života, strategiemi zvládnání, demografickými a klinickými charakteristikami u uvedených skupin psychických poruch. Dalším cílem bylo porovnat uvedené diagnostické skupiny ve sledovaných proměnných a identifikovat důležité podobnosti a odlišnosti. Jde o průřezovou studii.

*Studie II* zkoumá sebestigmatizaci v závislosti na dalších sledovaných proměnných (osobnostní charakteristiky, vztahová vazba, traumatizace v dětství, rodičovské styly, disociace) včetně terapeutického efektu komplexního programu u hospitalizovaných pacientů s poruchami neurotického spektra. Jde o longitudinální studii používající jak objektivní, tak subjektivní data.

## **4.2 Metody výběru vzorku a získávání dat**

Výzkumný vzorek ve *Studii I* zahrnuje dospělé muže a ženy, kteří se ambulantně léčí u svých psychiatrů z různých oblastí České republiky. Výběr účastníků studie a ambulantních psychiatrů byl příležitostný a záměrný. I přes metodologicky uváděnou nereprezentativnost výběrů (Ferjenčík, 2000) se podařilo shromáždit poměrně velký vzorek účastníků s různými psychickými poruchami. Do výzkumu byly zařazeni pacienti, kteří měli dle MKN-10 (1992) diagnostikovanou některou z poruch schizofrenního spektra (F20-F29), afektivních poruch F30-F39 (konkrétně depresivních poruch) a poruch neurotického spektra (F40-F49).

Ve *Studii II* byl výběr výzkumného vzorku také příležitostný. Zahrnoval pacienty s psychickou poruchou z kategorie poruch neurotického spektra (F40-F49) diagnostikovaných dle MKN-10 (1992), kteří byli hospitalizováni na otevřené Psychoterapeutické stanici Psychiatrického oddělení Krajské nemocnice v Liberci.

Zdravá kontrolní skupina byla vybraná s použitím metody výběru snawball (Johnson, 2004). Jde o zaměstnance Kliniky psychiatrie Fakultní nemocnice v Olomouci, jejich příbuzné a známé. Byl jim zasláný e-mail s žádostí o vyplnění dotazníku. Účastníci anonymně vyplnili Q-LES-Q dotazník spolu s demografickým dotazníkem s otázkami týkajícími se jejich věku, pohlaví, zaměstnání, úrovně vzdělání a minulých nebo současných psychiatrických nebo somatických onemocnění. Vylučujícím kritériem byla diagnostikovaná psychiatrická porucha / léčba u psychiatra a závažné tělesné onemocnění.

Zvolené výzkumné metody, které byly vybrané v souladu se stanovenými cíly a výzkumnými hypotézami, zahrnovaly jak objektivní, tak subjektivní posuzovací stupnice. V obou dílčích výzkumných studiích byla pro zjišťování míry sebestigmatizace použita pro české podmínky standardizovaná škála Internalizace stigmatu psychických poruch (Internalized Stigma of Mental Illness ISMI; Ritcheř a kol., 2003; česká verze



Ocisková a kol., 2014). Ve *Studii I* byly dále použité na české populaci standardizované dotazníky pro zjišťování strategií zvládnání stresu (Stress Coping Style Questionnaire SVF – 78; Janke & Erdman, 2003; česká verze Švancara, 2013) a kvality života (Quality of Life and Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Q-LES-Q; Endicott a kol., 1993; česká verze Libigerová, Müllerová, 2003). Dále objektivní a subjektivní posouzení závažnosti poruchy (subjektivní a objektivní Celkový klinický dojem subjCGI a objCGI; Guy, 1976).

Ve *Studii II* bylo pro stanovení hlavní a komorbidní diagnózy použité strukturované interview (Mini International Neuropsychiatric Interview MINI; Sheehan a kol., 1998). Pro posouzení závažnosti a dílčích příznaků objektivní posuzovací stupnice úzkosti (Hamilton Anxiety Scale HAM-A; Hamilton, 1959) a objektivní celkový klinický dojem (objCGI). Dále subjektivní posuzovací stupnice (subjCGI), inventář deprese (Beck Depression Inventory BDI-II; Beck, 1996), inventář úzkosti (Beck Anxiety Inventory BAI; Beck a kol., 1988), škála disociativních zkušeností (Dissociative Experience Scale DES; Bernstein & Putnam, 1986), škála sociální úzkosti (Liebowitz Social Anxiety Scale LSAS; Liebowitz, 1987), Sheehanova stupnice úzkosti (Sheehan Patient-Related Anxiety Scale SPRAS; Sheehan a kol., 1988) a Sheehanovo hodnocení znevýhodnění (Sheehan Disability Scale SDS; Sheehan a kol., 1996). Z dalších použitých dotazníků pro posouzení osobnostních charakteristik a vztahových zkušeností byl použitý zkrácený revidovaný Cloningerův osobnostní inventář (Temperament and Character Inventory TCI-56; Cloninger, 1999), revidovaný dotazník vztahové partnerské vazby (Experience in Close Relationships revised ECR-R; Fraley, Waller, & Brennan, 2000), dotazník traumatizace v dětství (Childhood Trauma Questionnaire CTQ; Bernstein & Putnam, 1986), inventář rodičovských stylů (Parental Bonding Instrument PBI; Parker, Tupling, & Brown, 1979), dále škála spokojenosti se životem (Satisfaction With Life SWL; Pavot & Diener, 1993).

#### **4.2.1 Kritéria zařazení do výzkumu**

Kritéria pro zařazení do obou studií jsou obdobná s výjimkou požadavku na ambulantní léčbu / hospitalizaci a stabilitu užívané medikace. Patří sem věk nad 18 let, účast obou pohlaví, kompenzovaný psychický stav umožňující ambulantní docházení k psychiatrovi ve *Studii I*, pobyt na otevřené psychoterapeutické stanici PO KNL ve *Studii II*, aktuální závažnost psychopatologie hodnocená psychiatrem nesměla přesáhnout číslo 6 (výrazně

závažný psychický stav s těžkým narušením a možnými deficity). Toto kritérium bylo zvoleno z důvodu rizika nevalidní spolupráce při vyplňování dotazníků. Pacienti byli léčeni standardním lékem pro konkrétní psychickou poruchu dle pokynů a zásad správné klinické praxe (blíže kapitola Farmakoterapie ve *Studii I a II*; a Psychoterapie ve *Studii II*). U ambulantních pacientů rozhodovali o zařazení do studie jejich ambulantní psychiatři. V případě *Studie II* posoudil aktuální závažnost poruchy ošetřující psychiatr při příjmu. Účastníci studie nedostávali žádnou peněžní náhradu za účast ve studii. Popis kritérií pro výběr nebo vyloučení jsou uvedené v Tabulce 5.

*Tabulka 5: Vstupní a vylučovací kritéria zařazení do Studie I a II*

<b>Studie I – vstupní kritéria</b>	<b>Studie II – vstupní kritéria</b>
Věk nad 18 let	Věk nad 18 let
Obě pohlaví	Obě pohlaví
Diagnóza z kategorie F20-F29, F30-F39, F40-F49 dle MKN-10	Diagnóza z kategorie F40-F49 dle MKN-10
Stabilizovaný aktuální duševní stav	
Obj CGI <6	Obj CGI <6
Ambulantní léčba bez nutnosti akutní hospitalizace	Hospitalizace na otevřené Psychoterapeutické stanici PO KNL
Nastavená medikace min 3 měsíce bez nutnosti změn	
Svéprávní pacienti a podepsaný informovaný souhlas	Svéprávní pacienti a podepsaný informovaný souhlas
Bez intelektuálního deficitu, závažné fyzické nemoci a komorbidního užívání návykových látek	Bez intelektuálního deficitu, závažné fyzické nemoci a komorbidního užívání návykových látek

## 4.2.2 Sběr dat

Sběr dat byl v obou studiích této disertační práce realizovaný odlišně, proto se podrobněji vyjádřím ke každé studii zvlášť.

### 4.2.2.1 Studie I

Záměrem v první studii bylo oslovit ambulantní psychiatry, kteří by se podíleli na sběru dat. Na Neuropsychofarmakologické konferenci ČNPS v Jeseníku 2014 se prostřednictvím letáček povedlo oslovit pouze dva ochotné psychiatry. Na webovém portálu [www.znamylekar.cz](http://www.znamylekar.cz) jsem v každém městě dohledala praktikující psychiatrické ambulance. Pro oslovení psychiatrů jsem využila e-mailovou korespondenci (e-mailové adresy jsou uvedené v kontaktním formuláři na [www.znamylekar.cz](http://www.znamylekar.cz) nebo jsem je dohledala na jiných

portálech). Informační e-mail se skládal z oslovení a prosby o spolupráci při sběru dat do výzkumu (vysvětlený účel a přínos výzkumu). Někteří lékaři chtěli předem vidět testovou baterii, ta jim byla e-mailem poslána. Těm, kteří souhlasili, jsem poslala domluvený počet dotazníků s průvodním instruktážním dopisem zadávání a etiky výzkumu. Ambulantní psychiatři, kteří souhlasili se spoluprací, praktikovali svou profesi v různých městech ČR (Brno, Praha, Olomouc, Prostějov, Kralupy nad Vltavou, Havlíčkův Brod, Hrabyně, Trutnov, Chomutov, Blansko, Týn nad Vltavou, Nymburk, Hořice, Beroun).

Dotazníky byly spolupracujícím psychiatrům rozeslané v době od 2. února do 31. března 2014. Termín odevzdání vyplněných dotazníků byl na konec října 2014. Na konci září 2014 jsem kontaktovala spolupracující psychiatry s žádostí o zaslání vyplněných dotazníků zpět (uhradila jsem náklady na poštovné a jako poděkování jsem každému psychiatrovi zaslala bonboniéru). Finanční náklady v celkové výši 7320 Kč, zahrnovaly tisk dotazníků, poštovné, bonboniéry a cestovní výdaje. Přehled počtu psychiatrů, rozeslaných a získaných dotazníků je uvedený v Tabulce 6. Data se sbírala pro všechny kategorie psychických poruch. Některé diagnostické skupiny nebyly zařazené do výzkumu z důvodu malého počtu účastníků. Pro statistickou analýzu jsme vybrali pouze tři diagnostické skupiny s dostatečným počtem pacientů (F20-F29; F30-F39; F40-F49).

*Tabulka 6: Sběr dat a počty oslovených psychiatrů*

<b>Organizace sběru dat</b>	<b>Počty</b>
Oslovení psychiatři	140
Psychiatři, kteří souhlasili se spoluprací	25
Psychiatři, kteří odeslali vyplněné dotazníky zpět	20
Počet odeslaných dotazníků	1045
Počet navrácených dotazníků	418
Navrácené dotazníky z dg kategorie F00-F09	13
Navrácené dotazníky z dg kategorie F10-F19	10
Navrácené dotazníky z dg kategorie F20-F29	115
Navrácené dotazníky z dg kategorie F30-F39	97
Navrácené dotazníky z dg kategorie F40-F48	159
Navrácené dotazníky z jiné dg kategorie	6

#### **4.2.2.2 Studie II**

*Studie II* probíhala na Psychoterapeutické stanici Psychiatrického oddělení v Krajské nemocnici Liberec, v období od října 2015 – března 2019. Na uvedené stanici probíhá 6týdenní terapeutický program pro léčbu poruch neurotického spektra. Pacienti po prvním adaptačním týdnu absolvují pohovor s psychologem, kde jsou seznámeni s povahou

a účelem probíhajícího výzkumu. Byly jim sdělené veškeré informace s důrazem na etickou povahu výzkumu, zejména anonymitu, dobrovolnost a možnost kdykoliv bez udání důvodu odstoupit. Pacienti podepsali informovaný souhlas. Byly jim zodpovězené dotazy spojené s výzkumem. Konzultace výsledků vyplněných dotazníků nebyla primárně nabízená. Dvěma pacientům, kteří měli zájem o výsledky, bylo vyhověno.

V prvním adaptačním týdnu pacienti dostali testovou baterii sebeposuzovacích dotazníků. Testová baterie se skládala ze subjektivní posuzovací stupnice (subjCGI), inventáře deprese (BDI-II), inventáře úzkosti (BAI), škály disociativních zkušeností (DES), škály sociální úzkosti (LSAS), Sheehanovy stupnice úzkosti (SPRAS), Sheehanova hodnocení znevýhodnění (SDS), osobnostního dotazníku (TCI-56), dotazníku vztahové partnerské vazby (ECR-R), dotazníku traumatizace v dětství (CTQ), inventáře rodičovských stylů (PBI), škály spokojenosti se životem (SWL). U zařazených pacientů bylo zacvičeným psychologem na počátku pobytu realizované standardní diagnostické interview Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan a kol., 1998), objektivní hodnocení míry úzkosti pomocí Hamiltonovi stupnice měření úzkosti (Hamilton Anxiety Scale HAM-A; Hamilton, 1959), a objektivní hodnocení celkového klinického dojmu (Clinical Global Impression objCGI; Guy, 1976).

Na začátku třetího týdne pobytu se pacientům rozdaly k vyplnění dotazníky na hodnocení aktuálního psychického stavu (subj CGI), depresivity (BDI-II) a míry úzkosti (BAI). V posledním 6. týdnu pobytu dostali pacienti k vyplnění téměř stejnou baterii jako v průběhu pobytu (subj CGI, BAI, BDI-II), navíc byl přidán dotazník na měření sebestigmatizace (ISMI). Ošetřující psychiatr na závěr potvrdil diagnózu a objCGI na konci pobytu.

### **4.2.3 Demografický dotazník**

Demografický dotazník sestavený pro účely výzkumu byl součástí testové baterie ve *Studii I* i ve *Studii II* a v obou studiích byl stejný (viz Příloha 4). Údaje z demografického dotazníku jsou uvedené v Tabulce 7.

Tabulka 7: Údaje demografického dotazníku

<b>Věk</b>				
<b>Pohlaví</b>	Muž	Žena		
<b>Rodinný stav</b>	Svobodný/á	Ženatý/vdaná	Rozvedený/á	Vdovec/vdova
<b>Partnerství</b>	Partner ano	Partner ne		
<b>Zaměstnání</b>	Ano	Ne		
<b>Vzdělání</b>	Základní	Vyučení	Maturita	Vysoká škola
<b>Důchod</b>	Ne	Plný invalidní	Částečný invalidní	Starobní
<b>Rodina</b>	Úplná (rodiče žijí/žili spolu)	Neúplná (rozvedené, rodiče spolu nežijí/nežili)		
<b>Sourozenci</b>	Ano	Ne	Počet	Pořadí narození
<b>Psychická porucha</b>	Délka trvání	Počátek v letech		
<b>Dědičnost psychické poruchy</b>	Nikdo v rodině	Stejná nemoc, jakou má pacient	Jiná nemoc, než má pacient	
<b>Psychiatrická léčba</b>	Pouze ambulantně	Hospitalizace (počet hospitalizací)		
<b>Psychofarmaka</b>	Užívám	Neužívám	Pravidelnost užívání (předepsané dávky, nadužívání, nepravidelně)	

#### 4.2.4 Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I)

**M.I.N.I** (Mezinárodní neuropsychiatrické interview) je standardní diagnostický rozhovor zahrnující diagnostická kritéria pro běžné psychiatrické poruchy podle DSM-IV a MKN-10. Citlivost je u všech revidovaných poruch vyšší než 0,70 s výjimkou dystymie, obsedantně - kompulzivní poruchy a závislosti na drogách. Pravděpodobnost, že test bude negativní u zdravých lidí, je vyšší než 0,85 (Sheehan a kol., 1998). Tento měřicí nástroj byl vyvinutý psychiatry a kliniky v USA a v Evropě, jeho autory jsou Sheehan a Lecrubier (1997). Rozhovor trvá přibližně 20 minut, poskytuje spolehlivou diagnostiku dle MKN-10 v krátkém čase (Lecrubier a kol., 1997). Cílem MINI je posoudit 17 nejčastějších psychiatrických poruch podle MKN-10. Otázky jsou formulovány tak, aby umožňovaly pouze odpovědi „ano“ nebo „ne“. Examinátor čte pacientovi doslovně formulované otázky (Sheehan a kol., 1998).

MINI zahrnuje tyto diagnostické okruhy v uvedeném pořadí (Sheehan a kol., 1998): Depresivní epizody, Dysthymie, 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, Riziko suicidálního jednání. Pro každou

poruchu jsou určující jedna nebo dvě screeningové otázky, které v případě negativní odpovědi vyloučí příslušnou diagnózu.

MINI vykazuje dobrou spolehlivost při identifikaci deprese jak v psychiatrické, tak i primární péči (Otsubo a kol., 2005; de Azevedo Marques & Zuardi, 2008). Metoda je též spolehlivá pro diagnostiku panické a generalizované úzkostné poruchy v psychiatrické a primární péči (de Azevedo Marques & Zuardi, 2008). Spolehlivost MINI pro agorafobii a sociální úzkostné poruchy je přijatelná při hodnocení v psychiatrickém prostředí (Sheehan a kol., 1998; Otsubo a kol., 2005). O validitě při identifikaci jiných poruch existuje méně informací.

#### **4.2.5 Hamilton Anxiety Scale (HAM – A)**

Hamiltonova stupnice hodnocení úzkosti (HAM-A) je široce používaný a dobře ověřený nástroj k měření závažnosti úzkosti pacienta. Tento dotazník poprvé publikoval Max Hamilton v roce 1959. I přesto, že byla HAM-A prvním nástrojem k měření úzkosti, zůstává široce užívaná především v klinické praxi (Maier a kol., 1988). Stupnice se používá ke klinickému hodnocení závažnosti úzkosti (Hamilton, 1959). Reliabilita a validita metody je přijatelná (Maier a kol., 1988). Administrace formou rozhovoru trvá 15-20 minut.

Stupnice se skládá ze 14 položek určených k posouzení závažnosti úzkosti pacienta. Dílčích 14 položek zahrnuje hodnocení oblastí, jako: 1. Úzkostná nálada; 2. Napětí, tenze; 3. Strach a obavy; 4. Nespavost; 5. Kognitivní potíže; 6. Depresivní nálada; 7. Somatické, svalové potíže; 8. Somatické sensorické potíže; 9. Kardiovaskulární příznaky; 10. Dýchací obtíže; 11. Gastrointestinální příznaky; 12. Genitourinální příznaky; 13. Autonomní vegetativní příznaky; 14. Chování při interview. Každá ze 14 položek je hodnocená na stupnici od nuly do čtyř, čtyřka představuje nejtěžší závažnost příznaku. Každá položka je zaznamenaná na stupnici 0 (není přítomné) až 4 (závažné), s celkovým skóre skóre 0-56. Součet jednotlivých skóre, tj. celkový skóre, ukazuje na závažnost úzkosti (Vaccarino a kol., 2008). Skóre <17 znamená mírnou závažnost úzkosti, 18-24 středně těžkou závažnost a 25-30 těžkou závažnost (Maier a kol., 1988).

Uvedených 14 položek je definovaných řadou příznaků psychické úzkosti (agitovanost a psychická úzkost) a somatické úzkosti (fyzické stížnosti související s úzkostí). Navzdory širokému užívání v praxi i ve výzkumu je tato metoda někdy kritizovaná pro nedostatečné

rozlišování mezi psychickou a somatickou úzkostí. Také se diskutuje o užitečnosti nástroje při měnících se definicích úzkostných poruch (Kobak a kol., 1993). HAM-A je užitečná pro možnost posouzení reakce pacienta na průběh léčby, ať už farmakoterapeutické nebo psychoterapeutické (Vaccarino a kol., 2008).

#### 4.2.6 Clinical Global Impression (CGI)

CGI (Škála celkového klinického dojmu) je stupnice pro globální posouzení závažnosti psychopatologie (Guy, 1976). Hodnocení provádí u pacientů psycholog nebo psychiatr s použitím objektivní formy stupnice (objCGI). Závažnost poruchy je v CGI ohodnocená na sedmi bodové stupnici v rozsahu od 1 (normální) až 7 (nejvážněji nemocný pacient), viz Tabulka 8. Pacient posuzuje subjektivní závažnost pomocí subjCGI, která zahrnuje rovněž sedm úrovní závažnosti psychopatologie (Tabulka 8). Vnitřní konzistence nástroje je uspokojivá (Zaider a kol., 2003). CGI patří v klinickém a výzkumném prostředí mezi nejčastěji používané nástroje. Hodnotí jak závažnost příznaků, tak jejich změnu v průběhu času. CGI se jeví jako užitečný nástroj zejména v případech, kdy lékař dobře zná pacienta (Guy, 1976), viz Tabulka 8.

*Tabulka 8: Kritéria objektivního a subjektivního CGI*

<b>Objektivní CGI</b>	<b>Subjektivní CGI</b>
1 = normální (není vůbec duševně nemocný, dobrá úroveň fungování, symptomy poruchy se v posledních sedmi dnech neobjevily)	1 = normální, bez známek psychické poruchy
2= hraničně psychicky nemocný (zůstávají některé nepatrné příznaky podezřelé patologie)	2= mám nepatrné psychické potíže
3= lehce / mírně (jasně prokázané symptomy s minimálními problémy)	3= prožívám mírné známky psychické poruchy
4= přiměřeně / poměrně (neskrývané a zjevné symptomy způsobující znatelné, ale nevelké funkční poškození)	4= jsem nyní středně silně psychicky nemocný/á
5= zřetelně a výrazně (obtěžující symptomy, které jasně narušují fungování)	5= jsem zcela zřetelně psychicky nemocný/á
6 = vážně / těžce (narušující patologie, fungování je výrazně ovlivněné příznaky)	6 = jsem vážně/těžce duševně nemocný
7 = velmi závažně (patologie velmi výrazně zasahuje do mnoha oblastí života)	7 = jsem úplně nejvíc psychicky nemocný/á

Změnu klinického obrazu CGI-I (klinická globální imprese) hodnotí posuzovatel na 7bodové stupnici podle toho, jestli se pacientova psychická porucha zlepšila nebo zhoršila oproti výchozímu stavu. Hodnocení zahrnuje kategorie typu: Velmi se zlepšil; Mnohem lepší; Minimálně lepší; Žádná změna; Nepatrně horší; Mnohem horší; Znatelně horší

(Guy, 1976). Každá z dílčích částí CGI se hodnotí samostatně, není zde žádné souhrné skóre (Leon a kol. 1993).

CGI je kritizován pro možné subjektivně zkreslené hodnocení pacientem i odborníkem. Objektivní hodnocení vyžaduje, aby klinický lékař vyhodnotil závažnost onemocnění pacienta v době hodnocení vzhledem k jeho minulým zkušenostem u pacientů se stejnou diagnózou (Guy, 1976). Reliabilita metody je dobrá, nezávislí hodnotitelé se v objektivním hodnocení závažnosti shodují (Zaider a kol., 2003). Hodnocení zlepšení psychického stavu (CGI-I) může být ovlivněné očekáváním úspěšnosti léčby (Spearing a kol., 1997).

#### **4.2.7 Beck Anxiety Inventory (BAI)**

**BAI** (Beckův inventář úzkosti) vytvořený Aaronem T. Beckem obsahuje 21 otázek s možností výběru od 0 (vůbec se nevyskytuje) po 3 (vyskytuje se výrazně a značně omezuje). Používá se k měření závažnosti úzkosti u dospělých (Leyfer a kol., 2006; Beck a kol., 1988). Pacienti hodnotí během posledního týdne vnímané příznaky úzkosti a jejich závažnost. Položky BAI se dotazují na běžné příznaky úzkosti (např. necitlivost a mravenčení, pocení se nikoliv z tepla, strach z nejhoršího). Inventář je určený pro jedince, kteří jsou starší 17 let, vyplnění trvá 5 až 10 minut (Osman a kol., 2002). Celkové skóre tvoří součet 21 položek. Nejnižší skóre je 0 bodů a nejvyšší 63 bodů. Standardizované mezní hodnoty jsou 0-9 normální až minimální úzkost; 10-18 mírná až středně závažná úzkost; 19-29 střední až těžká úzkost; 30-63 závažná úzkost. Vyšší celkové skóre znamená závažnější příznaky úzkosti (Julian, 2011). Hraniční hodnota dotazníku BAI ve validizační studii Kamarádové a kol. (2016) je 17 bodů. Někteří autoři uvádí za rozmezí mírné úzkosti 0-17 bodů (Beck, Steer, 1990) a nad 18 bodů se jedná o středně závažnou úzkost (Beck, Steer, 1990). Leyfer (2006) stanovil ideální hranici oddělující nemocné od zdravých na 20 bodů. Dosažené skóre odpovídá aktuální úzkosti pacienta, nikoliv diagnóze (Kamarádová a kol., 2016).

Tato metoda má velmi dobrou vnitřní konzistenci (střední  $\alpha = 0,92$ ) (De Ayala a kol., 2005). Validizaci českého překladu provedla Kamarádová, Praško a kol. (2015). Cronbachova alfa je 0,92. (Kamarádová a kol., 2015). Test-retestová spolehlivost po 1 týdnu byla 0,75 (Beck, Steer, & Ball, 1996). Z pohledu validity BAI středně silně korelovalo s revidovanou Hamiltonovou stupnicí měření úzkosti (0,51) a mírně s Hamiltonovou stupnicí hodnocení deprese (0,25) (Beck a kol., 1988).



BAI byl kritizovaný za převládající zaměření se na tělesné a kognitivní příznaky úzkosti (Beck a kol., 1988). Kognitivní složka zahrnuje myšlenky týkající se strachu a obav, katastrofické myšlenky; somatická složka měří příznaky fyziologické úzkostné odpovědi (Amstrong & Khawaja, 2002). Později Beck a Steer zahrnuli také neurofyziologické faktory, příznaky činnosti autonomního systému, subjektivní příznaky a panické složky úzkosti (Beck & Steer, 1991). Výhodou BAI je možnost sledování změn úzkostných příznaků v časovém úseku (de Beurs a kol., 1997). BAI na rozdíl od jiných inventářů měřících úzkost, není ovlivněné depresivními obsahy (Clark, Watson, & Mineka, 1994; Dahlquist a kol., 1996; Enns a kol., 1998; Saraceno, Levav, Kohn, 2005; Stulz & Crits-Christoph, 2010). Jiná studie u nepsychiatrických pacientů uvádí, že BAI nemůže dostatečně rozlišovat mezi depresí a úzkostí a měří také závažnost deprese (Muntingh a kol., 2011).

#### **4.2.8 Beck Depression Inventory (BDI-II)**

**BDI-II** (Beckův inventář deprese, druhé vydání) je stupnice o 21 položkách identifikující depresivní příznaky. Pacienti hodnotí příznaky za posledních 14 dní na 4bodové stupnici v rozmezí od 0 do 3, kdy vyšší skóre svědčí o závažnějších příznacích deprese. Administrace spolu s vyhodnocením trvá 5-10 minut. Škála je určená pro populaci ve věku od 13-80 let (Storch a kol., 2004). BDI-II má vysokou vnitřní konzistenci ( $\alpha = 0,91$ ) (Beck a kol., 1996). Vnitřní konzistence stupnice je vyšší u psychiatrické populace ( $\alpha = 0,86$ ) než u obecné populace ( $\alpha = 0,81$ ) (Storch a kol., 2004).

V české verzi od Preise a Vacíře (1999) jsou mezní hodnoty výsledného skóre závažnosti deprese následující: 0–13 minimální nebo žádná deprese, 14–19 mírná deprese, 20–28 střední deprese a 29–63 těžká deprese. Standardizaci metody v českých podmínkách provedli Ptáček, Raboch a kol. (2016) souběžně s Ociskovou a kol. (2016). Česká verze metody BDI-II má vysokou vnitřní konzistenci a reliabilitu (Ptáček, Raboch a kol., 2016). BDI-II pozitivně koreluje s Hamiltonovou stupnicí pro hodnocení deprese (Pearson  $r = 0,71$ ), která vykazuje dobrou shodu. BDI-II má také dobrou stabilitu v čase z hlediska test-retestu (Pearson  $r = 0,93$ ) po týdnu měření, což naznačuje, že není příliš citlivý na denní změny nálady (Beck a kol., 1996). Výhodou BDI-II, že je schopné citlivě reagovat na léčebné změny (Richter a kol., 2004).

#### **4.2.9 Sheehan Patient-Related Anxiety Scale (SPRAS)**

**SPRAS** je Sheehanova stupnice úzkosti navržená tak, aby poskytovala přehledné hodnocení závažnosti příznaků úzkosti (Sheehan a kol., 1988). Skládá se z 35 položek popisujících příznaky úzkosti, které jsou hodnocené na čtyřbodové stupnici Lickertova typu. Pacienti hodnotí svůj stav během předchozího týdne. Skóre nad 30 bodů je považované za zvýšené; skóre nad 80 je považováno za závažné. Anglická verze metody má velmi dobrou validitu 94 % a pozitivní prediktivní hodnotou 75 % (Kick a kol., 1994). Přeložená verze metody se v České republice používala po dobu více než 20 let, ale validizace českého překladu zatím provedená nebyla.

#### **4.2.10 Sheehan Disability Scale (SDS)**

**SDS** je škála znevýhodnění, kterou v roce 1996 vytvořil Sheehan a kol. Jedná se o analogové měření funkčního postižení v pracovním/studijním, společenském a rodinném životě (3 oblasti). Pacient hodnotí, do jaké míry jsou tyto oblasti života narušené na 10 bodové stupnici (Sheehan a kol., 1998). Arbuckle a kol. (2009) uvedli hodnotu vnitřní konzistence pomocí Cronbachova alfa 0,89. SDS využívají jak klinici, tak výzkumníci pro jednoduchost a krátkost. Numerické hodnocení od 0 do 10 může být převedené na procenta. Skóre ze všech tří dílčích oblastí může být sloučené do celkového skóre globálního funkčního narušení, kde 0 znamená bez jakéhokoliv narušení a 30 výrazné narušení. Změny ve skórech jsou indikátorem účinnosti nastavené léčby. V případě skóre 5 a výše v dílčích oblastech je potřeba zvýšené pozornosti pro významné narušení v uvedené oblasti. Skóre 0 ukazuje žádné narušení; skóre 1-3 poukazuje na mírné narušení; skóre 4-6 středně těžké narušení; skóre 7-9 výrazné narušení; skóre 10 je extrémní narušení. Nástroj posouzení vykazuje 83% citlivost u 6 skupin psychických poruch (závislost na alkoholu a drogách, generalizovaná úzkostná porucha, depresivní porucha, obsedantně-kompulzivní porucha a panická porucha) (Rush a kol., 2009).

#### **4.2.11 Dissociative Experience Scale (DES)**

**DES** (Škála disociativních zkušeností) vytvořená Bernsteinem a Putnamem v roce 1986 je sebehodnotící škála, která obsahuje 28 položek. Položky popisují širokou škálu normálních (např. denní snění) a patologických disociativních zkušeností (absorbce

a fantazie, zážitky depersonalizace a derealizace, amnézie a patologická úzkost a disociace). DES je užitečný nástroj pro určení potenciální možnosti výskytu disociativních poruch, který byl přeložený do několika jazyků (Bernstein & Putman, 1986; Carlson, 1997). Otázky jsou určeny pro dospělé osoby, dospívající jedinci mají speciálně navrženou verzi DES-A (Bernstein & Putnam, 1986). Test-retestová stabilita v čase vykazuje velmi dobré psychometrické vlastnosti (0,93), vnitřní konzistence hodnocená pomocí Cronbachova alfa je 0,96 (Bernstein & Putnam, 1986). Česká verze dotazníku je podobná původní verzi s ohledem na validitu, test-retestovou reliabilitu a strukturu faktorů (Ptáček a kol., 2006).

Pacienti označují na lince o délce 10 cm četnost výskytu příznaků disociace (Bernstein & Putnam, 1986). DES představuje jednofaktorovou metodu (Carlson a kol., 2018). Disociativní stavy *Amnézie* zahrnují součet položek 3, 4, 5, 6, 8, 10, 25, 26. *Absorpce a fantazie*, která představuje nepatologickou formu disociace, zahrnuje položky 2, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23. Pocity odcizení od sebe nebo okolního světa zachycuje subškála *Depersonalizace a derealizace* (položky 7, 11, 12, 13, 27, 28). *Patologická úzkost (DES-T)* je složená z dílčích položek již zmíněných subškál a zahrnuje položky (3, 5, 7, 8, 12, 13, 22, 27) (Bernstein & Putnam, 1986; Waller & Ross, 1997).

Vysoká úroveň disociace je určena skórem 30 a více, skóre pod 30 indikuje nízké hladiny (Carlson & Putnam, 1993). Vysoké skóre nemusí nutně znamenat závažnější disociativní poruchu, nástroj měří jak normální, tak patologickou disociaci. Velké procento jedinců, kteří mají skóre nad 30 bodů, má posttraumatickou stresovou poruchu nebo jinou disociativní poruchu (Bernstein & Putnam, 1986). Pokud jedinec dosahuje vysokého skóre (nad 30 bodů), mohou být otázky DES použité jako základ pro klinický rozhovor. Podle Carlsona a Putmana (1993) existují průměrná skóre pro jednotlivé psychické poruchy: dospělá populace bez psychické poruchy (5,4); úzkostné poruchy (7,0); afektivní poruchy (9,35); poruchy příjmu potravy (15,8); pozdní adolescence (16,6); schizofrenie (15,4), hraniční porucha osobnosti (19,2); posttraumatická stresová porucha (31); nespecifikovaná disociativní porucha (36); mnohočetná porucha osobnosti (48). Dle jiných výzkumů dosahuje neklinická zdravá populace až skóre kolem 23,8 bodů, u nespecifické disociativní poruchy průměrně 40,8 bodů, mnohočetná porucha osobnosti dosahuje i skóre 55 bodů. Proto je vhodné za mezní skóry určující patologickou disociaci považovat skóre 45–55 bodů (Frischholtz a kol., 1990).

Jednou ze slabostí DES je, že metoda je přes 30 let stará a nezahrnuje nová pojetí disociace. DES-II navíc neposkytuje jasnou konceptualizaci disociace. Kennedy a kol. (2004) zdůrazňují, že DES-II nemá konzistentní strukturu jednotlivých subškál, což znamená, že porozumění disociaci je možné pouze v relativní globální konstrukci, nikoliv v dílčích detailech.

#### **4.2.12 Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)**

Liebowitzova škála sociální úzkosti (LSAS) je krátký dotazník vytvořený v roce 1987 Michaelem Liebowitzem. Cílem této škály je posoudit rozsah sociálních interakcí, kterých se pacient obává. Tato škála se běžně používá v klinických studiích a v poslední době také k hodnocení účinnosti kognitivně-behaviorálních léčebných postupů (Rytwinski a kol., 2009). Škála obsahuje 24 položek, které jsou rozdělené do dvou oblastí - 13 otázek se týká úzkosti a 11 sociálních situací. LSAS byla původně konceptualizovaná jako klinicky řízená objektivní hodnotící škála, ale následně byla validována také jako sebehodnotící škála měření (Rytwinski a kol., 2009). Vnitřní konzistence LSAS je vysoká (Heimberg a kol., 1999). Ve velké studii LSAS se porovnaly výsledky celkového skóre strachu, strach ze sociální interakce, strachu z výkonu a celkového skóre vyhýbání se, vyhýbání se sociální interakci a výkonu. Skóre pro celkový strach a sociální interakce byly extrémně vysoké s korelacemi 0,94 a 0,92 pro každé skóre (Heimberg a kol., 1999).

Pacient hodnotí celkem 24 položek na Likertově stupnici od 0 do 3 pro strach v popsanych sociálních situacích. Následně hodnotí stejné položky, u kterých se uvádí míra vyhýbání se těmto situacím v důsledku strachu (Fresco a kol., 2001). Součet bodů pro část Strachu a Vyhýbání poskytuje celkové skóre s maximálně možnými 144 body. Nepravděpodobná diagnóza sociální fobie je pod mezní hodnotou 30 bodů. Další mezní bod je 60, při kterém je diagnóza sociální fobie pravděpodobná (skóre v tomto rozsahu je typické pro pacienty s generalizovanou sociální fobií). Skóre mezi 60 a 90 ukazuje vysokou pravděpodobnost sociální fobie. Skóre vyšší než 90 ukazuje téměř jistou přítomnost sociální fobie s velkou úzkostí a obtížemi v sociálním fungování (Rytwinski a kol., 2009; Liebowitz, 2014).

#### 4.2.13 The Satisfaction with Life Scale (SWL)

Autorem škály Spokojenosti se životem (SWL) jsou Pavot a Diener (1993). Jedná se o krátký 5 položkový nástroj k měření globálního posouzení spokojenosti se životem a subjektivním pocitem životní pohody. Skóre SWL koreluje s nástroji měření duševního zdraví a může predikovat případné budoucí riziko suicidálních pokusů. V oblasti somatické medicíny se využívá k měření kvality života u vážných tělesných nemocí. SWL se u jednotlivých položek zaznamenává na 7 bodové škále Lickertova typu. Možné rozmezí skóre je od 5-35, kde skóre 20 představuje neutrální bod škály. Skóre mezi 5-9 indikuje extrémní nespokojenost se životem, zatímco skóre mezi 31-35 indikuje extrémní spokojenost (Pavot & Diener, 2008). Koeficient Crombachova alpha se pohybuje od 0,79 do 0,89; vnitřní konzistence škály je vysoká. Škála má dobrou test-retestovou reliabilitu (0,84; 0,80 s více než měsíčním odstupem) (Pavot & Diener, 2008).

#### 4.2.14 Stress Coping Style Questionnaire (SVF - 78)

Autory tohoto dotazníku jsou Wilhelm Janke a Gisela Erdmannová, překlad a úpravy do češtiny udělal Josef Švancara (2003). Dotazník SVF-78 umožňuje hodnotit různé způsoby zvládnání, které jedinec uplatňuje při zvládnání zátěžových situací. Je složený ze 78 položek, které charakterizují 13 dílčích strategií směřujících buď ke snížení stresu (pozitivní strategie) nebo naopak k zesílení stresu (negativní strategie). Dvě ze strategií, které jsou nazvané *Potřeba sociální opory* a *Vyhýbání se* jsou považované za neutrální. Vnitřní konzistence české verze (Cronbachova alfa) se pohybuje mezi 0,77 a 0,94 (Müllerová, 2001). Průměrné užití strategií zvládnání je autory stanovené v rozmezí mezi T-skóre 40-60 (pro celkové skóre pozitivních a negativních strategií). T-skóre vyšší než 60 znamená nadměrné užívání strategií zvládnání, skóre nižší než 40 znamená příliš nízké užití strategií (Janke & Erdman, 2003). V případě pozitivních strategií je T-skóre vyšší než 60 indikátorem adaptivního užití, zatímco v případě negativních strategií zvládnání je T-skóre vyšší než 60 indikací maladaptivního užití těchto strategií.

Pozitivní strategie zahrnují *Podhodnocení*, *Odmítání viny*, *Odklon*, *Náhradní uspokojení*, *Situační kontrolu*, *Kontrolu reakcí* a *Pozitivní sebe-instrukce* (viz Tabulka 9). Mezi negativní strategie patří *Únikové tendence*, *Perseverace*, *Rezignace* a *Sebeobviňování* (viz Tabulka 9). Neutrálně zařazené strategie jsou *Potřeba sociální opory*, která je společná pro každého

člověka, lidé se liší pouze dle míry a povahy této potřeby. *Aktivní vyhýbání* může být pozitivní i negativní strategií, záleží na konkrétní situaci (viz Tabulka 9). Někdy je dobré vyhnout se zátěži, někdy může být vyhýbání maladaptivní (Janke & Erdmann, 2002).

Tabulka 9: Popis strategií zvládnání dle SVF-78

<b>Pozitivní strategie</b>	<b>Popis</b>
<b>Podhodnocení</b>	Spočívá ve snížení závažnosti stresové situace, která není vnímána jako výrazně stresující.
<b>Odmítání viny</b>	Znamená, že jedinec sám sobě přisuzuje menší podíl zodpovědnosti za zátěž.
<b>Odklon</b>	Představuje odklon od stresujících činností a situací a zaměření pozornosti na nestresující činnosti (např. humor, zábava, zájmy).
<b>Náhradní uspokojení</b>	Kompenzace stresové situace příjemnými aktivitami nebo odměnami, které posílí zvládnutí situace a jsou spojené s pozitivním oceněním za zvládnutí (např. jídlo, nákupy).
<b>Kontrola situace</b>	Snaha získat kontrolu nad situací, analýza situace, plánování opatření a aktivní zásah do situace. Tato forma zvládnání je považována za konstruktivní.
<b>Kontrola reakcí</b>	Kontrola vlastních reakcí a emočních impulzů tak, aby nedošlo k propuknutí zoufalství, beznaděje nebo jiným intenzivním emocím, které by mohly bránit ve zvládnutí situace.
<b>Pozitivní sebeinstrukce</b>	Pozitivní podpůrné výroky směrem k vlastní osobě ve smyslu („Ty to zvládneš, bude to dobré, nezvdávej to“).
<b>Neutrální strategie</b>	<b>Popis</b>
<b>Potřeba sociální opory</b>	Přirozená potřeba vyhledat v zátěžové situaci různé podoby sociální opory (emoční, intelektuální, instrumentální).
<b>Vyhýbání se</b>	Zahrnuje tendenci vyhnout se aktuální zátěži a zároveň snahu zamezit dalším podobným situacím.
<b>Negativní strategie</b>	<b>Popis</b>
<b>Úniková tendence</b>	Představuje snahu uniknout ze zátěžové situace, která vede ke snížení schopnosti čelit a řešit situaci, vnitřní napětí přetrvává a tato strategie má rezignační podobu.
<b>Perseverace</b>	Neustálé přemítání o stresové situaci, myšlenková upjatost až rigidita, negativní vnucující se myšlenky, které brání aktivnímu a efektivnímu řešení.
<b>Rezignace</b>	Pocity subjektivního nedostatku schopností zátěžovou situaci zvládnout, doprovázeno pocitem bezmoci a beznaděje. Jedinec se vzdává, aniž by se dále snažil situaci vyřešit.
<b>Sebeobviňování</b>	Sklon ke sklíčenosti a k přisuzování chyb a viny za stresovou situaci vlastnímu jednání nebo neschopnosti, podřívá schopnost vypořádat se se zátěží.

#### 4.2.15 Quality of Life Satisfaction and Enjoyment (Q-LES-Q)

Dotazník Kvality života a životní spokojenosti Q-LES-Q vytvořil Endicott a kol. (1993). Je to sebeposuzovací jednorozměrný nástroj o 93 položkách navržený k posouzení stupně

radosti a spokojenosti v každodenním fungování. Byl použitý u celé řady poruch, např. u dospělých s ADHD, generalizovanou úzkostnou poruchou, bipolární poruchou, PTSD, schizofrenie nebo závislosti na návykových látkách (Mick a kol., 2008; Wyrwich a kol., 2011; Bourion-Bédès a kol., 2015). Položky jsou rozdělené do osmi domén pro měření dílčích oblastí kvality života. Souhrnný obraz o kvalitě života podává celkové skóre (Ritsner, 2005). Probandi hodnotí každou doménu výběrem jednoho čísla z pětibodové stupnice Lickertova typu podle úrovně spokojenosti s danou oblastí. Vyplnění dotazníku trvá 20 až 30 minut.

Mezi jednotlivé domény, patří oblast *fyzického zdraví* (13 otázek), *pocitů* (14 otázek), *pracovních aktivit* (13 otázek), *péče o domácnost* (10 otázek), *studijních aktivit* (10 otázek), *využití volného času* (6 otázek), *sociální vztahy* (11 otázek) a *souhrnný pohled na kvalitu života* (16 otázek). Validizace proběhla v zahraničí na afektivních a úzkostných duševních poruchách (Bourion-Bédès a kol., 2015). Analýzy naznačovaly vysokou vnitřní konzistenci (Cronbachova alfa = 0,8-0,9) (Endicott a kol., 1993). Test-retestová reliabilita byla provedena na 54 pacientech, přičemž korelace uvnitř skupin byla od 0,63 do 0,89, vnitřní konzistence testu byla 0,90 (Katschnig a kol., 1997). Česká verze Q-LES-Q byla validizovaná Müllerovou a Libigerovou u pacientů s depresivní poruchou (Libigerová & Müllerová, 2003).

#### **4.2.16 Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI)**

Škála Internalizovaného stigmatu psychické poruchy slouží k měření subjektivní zkušenosti se stigmatem a byla vyvinutá ve spolupráci s jedinci s psychickými poruchami. Obsahuje 29 položek rozdělených do pěti oblastí, které pacient hodnotí na 4bodové stupnici Lickertova typu (Ritsher a kol., 2003). Vyšší skóre ukazuje na vyšší míru sebestigmatizace. Validita a reliabilita byla prokázána v celé řadě jazyků a kultur (Ritcher a kol., 2003). Vnitřní konzistence škály je velmi dobrá (Boyd a kol., 2014). Dotazník byl standardizovaný v České republice Ociskovou a kol. (2014). Cronbachova alfa českého překladu je vysoká ( $\alpha = 0,91$ ) (Ocisková a kol., 2014). Velmi dobrou spolehlivost vykazuje také v metodě split-half (Spearman-Brown koeficient = 0,93) a test-retestové reliabilitě po 3 týdnech po prvním měření ( $r = 0,90, p < 0,001$ ).

Pět oblastí stigmatu zahrnuje: *Odmítnutí* (Alienation; zda a nakolik se pacient domnívá, že kvůli poruše, kterou trpí, není plnohodnotným členem společnosti a je z ní vyčleněný);

*Vnímanou diskriminaci* (Perceived discrimination; zaměřuje se na pacientovo hodnocení chování lidí z okolí s předpokladem, že vědí o jeho psychické poruše); *Souhlas se stereotypy* (Stereotype endorsement; měří míru, v níž jedinec souhlasí s rozšířenými stereotypy o lidech s psychickou poruchou); *Sociální stažení se* (Social withdrawal; vyhýbání se kontaktům s druhými lidmi ve snaze nezatěžovat je svými psychickými problémy) a *Odolnost proti stigmatu* (Stigma resistance; hodnocení stupně, v němž je pacient schopen nepodlehnout stereotypům a sebestigmatizaci, jedná se o inverzní škálu) (Boyd a kol., 2014). Subškála Odolnosti proti stigmatu nemá dle některých výzkumů dobrou vnitřní konzistenci a nízko koreluje s ostatními subškálami ISMI (Brohan a kol., 2010).

Subškálu ***Odcizení*** tvoří položky (1, 5, 8, 16, 17, 21). ***Souhlas se stereotypy*** položky (2, 6, 10, 18, 19, 23, 29). ***Vnímaná diskriminace*** zahrnuje položky (3, 15, 22, 25, 28). ***Stažení se ze společnosti*** položky (4, 9, 11, 12, 13, 20). ***Odolnost vůči stigmatu*** obsahuje položky (7, 14, 24, 26, 27) (Ritcher a kol., 2003). ISMI vykazuje pozitivní korelace sebestigmatizace a depresivních symptomů, negativní korelaci se sebehodnocením, nižším sebevědomím a závažností symptomů (Ocisková a kol., 2014).

#### **4.2.17 Temperament and Character Inventory short form (TCI-56)**

Temperament and Character Inventory TCI (v podobě revidované nebo zkrácené verze), je osobnostní dotazník od Cloningera a kol. (1994), který vychází z původní verze TPQ (Cloninger a kol., 1991). Revidovanou formu TCI-R vytvořil Cloninger v roce 1999 z důvodu psychometrických nedostatků předešlých verzí. Revidovaný Inventář temperamentu a charakteru TCI-R obsahuje celkem 240 položek (z toho 5 validizačních škál), kde jedinec zaznamenává platnost výroku vztažených k jeho osobě (v typických, nikoliv extrémních situacích) na pětibodové Lickertově škále (1 = rozhodně platí; 5 = rozhodně neplatí) (Hansenne a kol., 2005). Dotazník měří sedm dimenzí osobnosti (4 temperamentové a 3 charakterové, které predisponují jedince k určitým způsobům vnímání, rozhodování a chování (Banás, 2003). Četné výzkumy TCI-R se snaží identifikovat souvislosti s depresí (Mulder, 2002), poruchami osobnosti (Preiss & Klose, 2001), závislostními poruchami (Hosák a kol., 2004, 2005), úzkostnými poruchami (Ocisková a kol., 2014) a typologií pachatelů trestných činů (Polišenská, 2009).



Původní českou verzi TCI (Kožený & Tišanská, 1998) později upravil doc. Marek Preiss, který se dlouhodobě věnuje výzkumům osobnostních charakteristik u psychiatrické populace (Preiss, Klose a kol., 2000; Hosák a kol., 2004; Preiss, Kuchařová a kol., 2007; Preiss, Bareš a kol., 2007). Dotazník TCI-R není v českém prostředí plně standardizovaný, Preiss ověřil vnitřní konzistenci metody, která je dobrá (Preiss, Klose, Španiel, 2000; Preiss & Klose, 2001; Preiss a kol., 2007). Percentilové normy vytvořil na původní verzi TCI. V roce 2007 Preiss spolu s Kuchařovou, Novákem a Štěpánkovou dělali faktorovou analýzu TCI-R. Zjistili, že vnitřní konzistence metody a test-retestová spolehlivost je vysoká a psychometrické vlastnosti metody jsou dobré (Preiss a kol., 2007).

Pokusy o vytvoření zkrácené verze TCI-56 nejsou oficiálně úspěšné. Krátkou verzi Inventáře temperamentu a charakteru s 56 položkami (TCI-56) vytvořila Adanová a kol. (2009) na základě revidované verze Temperament and Character Inventory (TCI-R). Psychometrické vlastnosti TCI-56 byly ověřovány na vzorku 822 vysokoškolských studentů (526 žen). Koeficienty spolehlivosti se pohybovaly v rozmezí od 0,69 pro Vyhledávání nového, až 0,85 pro Sebeřísah. Ženy měly vyšší hodnoty pro Vyhýbání se poškození, Závislost na odměně, Vytrvalost, Sebeřízení a Spolupráci, zatímco muži měli vyšší hodnoty pro Vyhledávání nového. TCI-56 je užitečným nástrojem pro posouzení Cloningerova modelu 7 dimenzí osobnosti i v neklinických vzorcích v případě nedostatku časových možností (Adan a kol., 2009). O český překlad a standardizaci zkrácené formy TCI-56 se v České republice pokusila Ocisková (2015, nepublikovaná data). Autor původní metody Cloninger vydání českého překladu zkrácené verze neumožnil.

#### **4.2.18 Parental Bonding Instrument (PBI)**

Dotazník rodičovských stylů výchovy PBI vytvořil Parker, Tupling a Brown (1979) k posouzení rodičovské vazby během prvních 16 let života. Jedná se o 25 položkový dotazník, který obsahuje retrospektivní hodnocení rodičovské výchovy na 4 bodové škále (velmi často, spíše souhlasím, spíše nesouhlasím, zřídka), zvláště pro otce a matku. Cílovou populací jsou dospívající a dospělí jedinci. Dotazník na základě faktorové analýzy u 50 studentů identifikoval 2 základní škály (*škála péče* zahrnující emoční rovinu vztahu, vřelost, emoční chlad, podporu, odmítání, empatii, lhostejnost, porozumění s celkem 12 položkami; *škála hyperprotektivity / kontroly* obsahuje 13 položek, zahrnuje přísnost,

přílišnou kontrolu, přílišnou samostatnost, benevolenci, nezávislost. Na základě kombinace skóre z uvedených škál je možné stanovit jeden ze čtyř typů výchovy, tj. láskyplné omezování, optimální výchova, kontrola bez náklonnosti a zanedbávající výchova (Parker, Tupling, & Brown, 1979), viz Tabulka 10.

*Tabulka 10: Rodičovské styly*

Rodičovské styly	Úrovně péče a hyperprotektivita
Milující omezení	vysoká péče a vysoká hyperprotektivita
Bezcitná kontrola	vysoká hyperprotektivita a nízká péče
Optimální rodičovství	vysoká péče a nízká hyperprotektivita
Zanedbané rodičovství	nízká péče a nízká hyperprotektivita

*Přiřazení do kategorií „vysoká“ nebo „nízká“ je založeno na následujících cut-off skórech:*

- **Pro matky:** skóre Péče je 27 a Hyperprotektivita 13,5
- **Pro otce:** skóre Péče je 24 a Hyperprotektivita 12,5

Dotazník je k dispozici i v jiných jazycích - francouzština (Mohr, Preisig, Fenton, & Ferrero, 1999), čínština (Liu, Li, & Fang, 2011), perština (Behzadi & Parker, 2015) či malajština (Muhammad a kol., 2014). Českou verzi sestavili Čikošová, Preiss (2011), recenzi české verze poskytla Woznicová (2018) v rámci článku *Recenze metody Parental Bonding Instrument*. Vnitřní konzistence Cronbachova alfa se pohybuje od 0,79 do 0,84 pro obě škály pro otce, a od 0,82 do 0,85 pro obě škály pro matku. Test-retestová stabilita po třech týdnech byla 0,85 do 0,96 (Parker, Tupling, & Brown, 1979). Čikošová, Preiss (2011) nenašli souvislosti mezi PBI a Beckovou škálou úzkosti, depresivity (BDI-II) a Cloningerovým dotazníkem temperamentu a charakteru (TCI-R). Validizační studie na české populaci (N=176) potvrdila dobré psychometrické vlastnosti dotazníku, které odpovídají zkušenostem jiných autorů (Preiss, Nedvěd a kol., 2012). Autoři prezentují percentilové normy a další ukazatele potřebné pro interpretaci testu. Dotazník je vhodný pro výzkum nebo k orientačnímu zjištění rodičovské vazby při klinickém využití (Wilhelm a kol., 2005; Preiss, Nedvěd a kol., 2012).

#### 4.2.19 Experience in Close Relationship (ECR-R)

Dotazník zkušeností v blízkých vztazích (ECR-R) je revidovanou verzí dotazníku Brennana, Clarka a Shavera (1998). Autory jsou Fraley, Waller a Brennan (2000). ECR-R patří mezi užívané dotazníky k měření vztahové vazby napříč kulturami. Položky dotazníku slouží k posouzení úzkostné (jistota x nejistota ve vztazích) a vyhýbavé vztahové vazby

v dospělosti (bezpečná x nebezpečná blízkost). Prvních 18 položek dotazníku měří úzkostnou vztahovou vazbu. Položky 19 - 36 měří vyhýbavou vazbu. Každá položka je hodnocená na číselné stupnici 1-7 (1 = výrazně nesouhlasí, 7 = výrazně souhlasí). Položky 20, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35 a 36 mají reverzní skóry.

Úzkostná a vyhýbavá zpětná vazba představují dimenze, nikoliv typologii lidské vazby (Roisman, Fraley, & Belsky, 2007). Někteří autoři pracují s kategoriemi vztahově jisté skupiny (skóre úzkosti a vyhýbání je nižší než mediánový skóre úzkosti a vyhýbání); vztahově distancované skupiny (skóre úzkosti je nižší než mediánový skóre úzkosti; skóre vyhýbání je větší nebo rovno mediánovému skóru vyhýbání); bojácně vyhýbavé skupiny (skóre úzkosti a vyhýbání je větší nebo rovno mediánovému skóru úzkosti a vyhýbání); vztahově zaujaté skupiny (skóre úzkosti je větší nebo rovno mediánovému skóre úzkosti; skóre vyhýbání je nižší než mediánový skóre vyhýbání). Správný způsob přiřazení jedince do skupin neexistuje. Je možné klasifikovat jedince v individuálních charakteristikách (např. s relativně bezpečnou vazbou – nižší skóre úzkostné a vyhýbavé vazby). Pro výzkumné účely není rozdělení do kategorií vhodné.

Vnitřní konzistence metody je 0,90 (Sibley & Liu, 2004). Psychometrické vlastnosti slovenského překladu ECR-R na vzorku dospělé populace (n = 921) jsou uspokojivé (Gubová, Heretik, & Hajdúk, 2014). Lečbych a Pospíšilíková (2012) v českém prostředí překládali dotazník ECR-R v souladu s metodikou jiných evropských studií (např. Alonso-Arbiol a kol., 2007, 2008). Vnitřní konzistence metody je dle jejich měření uspokojivá. Psychometrické vlastnosti české verze zkoumali Seitl, Charvát a Lečbych (2016), kteří vytvořili normy pro původní metodu i modifikovanou českou verzi. Vnitřní konzistence českého překladu ECR-R je v rozsahu od 0,86 do 0,87. Test-retestová stabilita v čase je uspokojivá. Metoda vykazuje dobré psychometrické vlastnosti pro výzkum a klinickou praxi. Autoři uvádí, že úzkostná vazba koreluje se sníženou emoční stabilitou a odolností vůči stresu. Vyhýbavá vazba koreluje se sníženou kapacitou pro vytváření sociální sítě. Výzkum vztahové vazby na české populaci realizoval Hašto, Kaščáková a kol. (2018). Dotazník ECR-R má několik omezení. Jedním z nich je, že neposuzuje bezpečnou vazbu s takovou přesností, jako nejistou vazbu (omezený počet položek).

#### 4.2.20 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Autory dotazníku traumatické zkušenosti v dětství CTQ jsou Bernstein a Fink (1998). CTQ je sebesposuzovací škála obsahující 28 položek, které jsou hodnocené na 5stupňové Lickertově škále. Je nejčastěji používaným nástrojem pro hodnocení týrání u dospívajících a dospělých jedinců (Innamorati a kol., 2016). Zaměřuje na 5 hlavních traumatických oblastí (emoční, fyzické a sexuální zneužívání a emoční a fyzické zanedbávání), které pacient hodnotí retrospektivně (Liebschutz a kol., 2018). V každé subškále je možné získat 5-25 bodů; 5 = bez historie zneužívání nebo zanedbávání; 25 = extrémní zkušenost se zneužíváním a zanedbáváním) (Bernstein & Fink, 1998). Vyplnění trvá přibližně 10 minut. CTQ se používá v rámci klinické praxe v souvislosti s psychoterapeutickou léčbou, k vyšetření dítěte nebo pro výzkumné účely u různých populací. Spolehlivost pro CTQ je dobrá (Bernstein & Fink, 1998). Vnitřní konzistence faktorů CTQ je vysoká (Bernstein a kol., 2003). Cronbachova alfa pro sexuální zneužívání je 0,93-0,95; emoční zanedbávání 0,88-0,92; emoční zneužívání 0,84-0,89; tělesné zneužívání 0,81-0,86. Test-retestová spolehlivost je po třech měsících 0,80 (Adams, 2007).

### 4.3 Metody zpracování a analýzy dat

Metody zpracování a analýzy dat proběhly v obou studiích odlišně. V případě *Studie I* jsme po doručení dotazníků od ambulantních psychiatrů anonymizovali data. Neúplně nebo nedostatečně vyplněné dotazníky jsme vyřadili z analýzy. Do vytvořené tabulky v Excelu jsme zaznamenávali nasbíraná data v závislosti na diagnostické skupině (pacienti se schizofrenií, depresivními a neurotickými poruchami), primární a sekundární diagnózu potvrzenou ošetřujícím ambulantním psychiatrem (komorbidní poruchy jsme důsledně nesledovali), objektivní CGI hodnocené ošetřujícím ambulantním psychiatrem.

Ve *Studii II* každý pacient, který se účastnil výzkumu, odevzdal vyplněnou testovou baterii v předem určených časových intervalech pobytu (na konci prvního týdne, ve 3. týdnu, v 6. týdnu). V těchto intervalech psycholog po konzultaci s psychiatrem průběžně zaznamenával objektivní CGI. Pacienti na dotazníky uvedli přechodně křestní jméno, jméno jsme smazali po zkompletování a zadávání dat do počítače. Ke každému pacientovi jsme doplnili užívanou medikaci a primární, případně sekundární diagnózu

pacienta, kterou stanovil ošetřující lékař a potvrdil primář Psychiatrického oddělení KNL. Data jsme zaznamenali do excelové tabulky.

Na statistickou analýzu jsme použili programy SPSS verze 24.0 (SPSS Inc, 2008), G\*Power 3 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007), Prism (GraphPad PRISM version 5.0; <http://www.graphpad.com/prism/prism.htm>). Další výpočty, grafy jsme realizovali v programu Microsoft Excel. U kvantitativních i demografických a klinických dat jsme průměry a směrodatné odchylky spočítali pomocí deskriptivní statistiky. Normalitu rozložení dat jsme zjistili testem Shapiro-Wilk W. Analýzou One-Way ANOVA jsme porovnali více skupin mezi sebou v rámci normálního rozdělení dat (jako Post Hoc Test byl použit Tukey). Dvě skupiny mezi sebou jsme porovnali pomocí Nepárového T-testu pro nezávislé výběry (Unpaired T-test) nebo Mann-Whitneyho U testem (MW).

Vztahy mezi proměnnými jsme porovnali pomocí korelačních koeficientů (Pearsonovým koeficientem pro parametrická data a Spearmanovým neparametrickým korelačním koeficientem). Fisherův test nebo chi-kvadrát jsme použili k ověření vztahu mezi alternativními proměnnými (pohlaví, vzdělání, manželský stav, partnerství). Rozdíl mezi jednotlivými měřeními ve *Studii II* byl stanovený výpočtem relativní změny. Relativní změna v průběhu terapie u objCGI, subjCGI, BDI-II, BAI, ISMI (rozdíl mezi hodnocením na začátku a na konci terapeutického pobytu děleno počátečním skóre).

K analýze významů proměnných v korelačních vztazích jsme použili krokovou regresní analýzu. U všech statistických testů jsme stanovili 5 % hladinu významnosti. Pro posuzování síly vztahu mezi proměnnými v rámci korelačních koeficientů jsme použili Cohenův model síly korelace vytvořený pro účely psychologického testování (1988): *velmi slabý vztah* (0,00-0,09); *slabý vztah* (0,09-0,29), *středně silný vztah* (0,30-0,49) a *silný vztah* (0,50-1,00).

#### **4.3.1 Odhad velikosti vzorku**

Pro výpočet optimální velikosti vzorku pro jednotlivé statistické analýzy jsme použili statistický program G\*power se stanovenou hladinou významnosti na 5 %, požadovanou silou testu (power;  $1 - \beta$  err prob = 0,95) a velikostí výsledného efektu (effect size  $|p|$ ) stanovené na základě již realizovaných studií sledovaných proměnných. Největší početní nároky kladla mnohonásobná regrese s celkovým skóre ISMI jako závisle proměnnou a vybranými nezávisle proměnnými, mezi které patřila závažnost patologie, kvalita života,

zvládací strategie, včetně Cloningerovi charakterové dimenze Sebeřízení a Vyhýbání se poškození, které vyžadovaly údaje nejméně od 87 osob. Počet pacientů ve *Studii I* a *II* splňuje požadovanou velikost vzorku.

#### **4.4 Etická povaha výzkumu**

Etika výzkumných studií je jednou z klíčových součástí výzkumu. Studie realizované v této disertační práci jsou v souladu s poslední verzí Helsinské deklarace a Zásadami pro dobrou klinickou praxi (APA, 1982, in Ferjenčík, 2000, s. 62-63; EMEA, 2002; Plháková, 2010). Prospěch a přínos studie a redukci nežádoucích jevů jsme ošetřili poskytnutím plných, konkrétních informací o povaze výzkumu, které pacientovi umožnily rozhodnout se o jeho účasti na základě plně respektovaného pravidla dobrovolnosti (pacient mohl kdykoliv během výzkumu bez udání důvodu odstoupit nebo se výzkumu neúčastnit). Pacienty jsme seznámili s anonymitou výzkumu a anonymizováním dat po vyplnění testové baterie v různých fázích léčby ve *Studii II* (vyplňování na začátku, v průběhu a na konci pobytu). Křestní jméno pacientů jsme po kompletaci všech dotazníků plně odstranili (vybělení). Tím jsme dodrželi základní etické pravidlo o soukromí a důvěrnosti informací. Ve *Studii I* jsme etické zásady uvedli v průvodním informačním dopise pro ambulantní psychiatry. Instrukce k vyplnění, etická pravidla a informovaný souhlas tvořily součást testové baterie.

Pacienti v obou studiích měli právo na poskytnutí informací kdykoliv v průběhu výzkumu. V případě zájmu o výstup z výzkumu jsme účastníkům sdělili výsledky (tuto možnost využili pouze dva účastníci *Studie II*). K účastníkům studií jsme po celou dobu přistupovali s respektem a ohledem na jejich možnosti, schopnosti, zdravotní stav, jak psychický, tak fyzický. V případě únavy nebo potíží se soustředěním jsme umožnili přestávky (ve *Studii I*) nebo možnost vyplnit dotazník postupně během dne (ve *Studii II*). Výzkum účastníkům nezpůsobil žádnou bolest, utrpení nebo jiné nepříjemné důsledky. Ochranu soukromí a osobních údajů jsme ve *Studii I* provedli plným anonymizováním dat, ve *Studii II* jsme data anonymizovali až po kompletaci.

Kladli jsme velký důraz na citlivé zacházení a na pochopení. Mnoho případných rizik nebo nevyžádané újmy jsme se ve *Studii II* snažili rozptýlit v prvotním pohovoru s psychologem, který byl schopný odhadnout, které dotazníky by mohly příslušnému

pacientovi způsobit případnou újmu (brali jsme v potaz osobní a rodinou anamnézu pacienta). Případná způsobená citová újma byla pouze dočasná. Pacientovi jsme sdělili, že pokud se vyskytnou emočně náročné nebo zraňující položky (např. v dotazníku traumatizace v dětství), které nebude chtít vyplňovat, nemusí. Nabídli jsme možnost si po vyplnění testové baterie pohovořit s psychologem a zpracovat možné myšlenky, vzpomínky (tuto možnost nakonec nevyužil žádný účastník). Po odevzdání vyplněné testové baterie jsme v 5minutovém rozhovoru zjistili, jak šlo nebo nešlo vyplnit dotazníky, potíže ve vyplnění, pocity, konfliktní nebo složité oblasti k uvolnění psychické tenze.

Důležitou etickou otázkou k zamyšlení tvořil ve *Studii II* střet zájmů a empatická neutralita. Z plně výzkumného pohledu se překryv rolí psychoterapeuta a výzkumníka jeví jako ne příliš vhodný z různých důvodů (viz *Limity Studie II*). Výzkum jsme ústně oddělili od psychologického vyšetření, které má jiný účel (někteří pacienti v minulosti absolvovali psychologické vyšetření a odnesli si negativní pocit z výsledků, který u některých pacientů z počátku bránil výzkumné spolupráci). Empatickou neutralitu v posuzování objektivního CGI a objektivní stupnice HAM-A jsem se snažila ošetřit konzultací s ošetřujícím psychiatrem na oddělení, který byl po celou dobu realizace *Studie II* stabilně stejný. U neuropsychiatrického rozhovoru MINI toto riziko bylo nižší, jelikož jsou zde pevně stanovené otázky, které jsou pacientovi v daném pořadí a dle standardních podmínek podáváné nezávisle na výzkumníkovi.

## **5. Studie I – Sebestigmatizace ambulantních pacientů**

*Studie I* ambulantních pacientů probíhala od roku 2013 do roku 2015. Během této doby se podařilo shromáždit 371 dotazníků ze tří diagnostických skupin (poruchy schizofrenního, depresivního a neurotického spektra). Uvedené skupiny jsme porovnali statistickou analýzou v proměnných sebestigmatizace, zvládacích strategiích, kvalitě života, demografických údajích a aktuální závažnosti patologie. Následně jsme provedli porovnání diagnostických skupin ve sledovaných proměnných.

### **5.1 Sebestigmatizace poruch schizofrenního spektra**

*Studie I* ambulantních pacientů s poruchami schizofrenního spektra zkoumala vztah mezi demografickými daty, závažností příznaků, sebestigmatizací, strategiemi zvládnání

a kvalitou života u 109 ambulantních pacientů léčených pro schizofrenii, schizoafektivní poruchu, polymorfni psychotickou poruchu nebo poruchu s bludy. Studie se účastnilo také 91 kontrol.

### 5.1.1 Hypotézy

Při formování hypotéz jsme předpokládali tyto alternativní hypotézy:

**(1) H<sub>A-A</sub>:** Sebestigmatizace bude souviset s vybranými demografickými údaji, jako je věk, rodinný stav, psychiatrická heredita, vzdělání a zaměstnání<sup>37</sup>:

- (a) míra sebestigmatizace negativně koreluje s věkem
- (b) míra sebestigmatizace je vyšší u svobodných jedinců
- (c) míra sebestigmatizace je vyšší u pacientů, kde se v rodině vyskytovala psychická porucha
- (d) míra sebestigmatizace je vyšší u lidí s nižším vzděláním
- (e) míra sebestigmatizace je vyšší u lidí bez zaměstnání

**(2) H<sub>A-B</sub>:** Sebestigmatizace pozitivně koreluje se závažností poruchy.<sup>38</sup>

**(3) H<sub>A-C</sub>:** Sebestigmatizace a kvalita života budou vzájemně negativně korelovat.<sup>39</sup>

**(4) H<sub>A-D</sub>:** Sebestigmatizace pozitivně koreluje s negativními strategiemi zvládnání a negativně s pozitivními zvládacími strategiemi.<sup>40</sup>

### 5.1.2 Popis výběrového vzorku

Studie se zúčastnilo celkem 109 ambulantních pacientů, kteří byli diagnostikováni a léčeni pro schizofrenii, schizoafektivní poruchu, polymorfni psychotickou poruchu nebo poruchu s bludy dle Mezinárodní klasifikace nemocí, desáté revize (MKN-10, 1993). Ve výzkumném vzorku bylo 68 žen (62,4 %) a 41 mužů (37,6 %) s průměrným věkem  $42 \pm 10,42$  let (nejnižší věk byl 24 let, nejvyšší 67 let). Distribuce diagnózy byla následující:

---

<sup>37</sup> Tuto hypotézu podporuje studie Üçok a kol. 2012; Bouwmans a kol. 2015; Ra, Kim, 2016

<sup>38</sup> Hypotézu podporuje výzkum Ritscher, Phelan, 2004; Boyd a kol. 2014

<sup>39</sup> Tuto hypotézu podporují studie Yen a kol. (2009); Tang,Wu (2012); Ocisková a kol. (2014);

<sup>40</sup> Tato hypotéza má oporu ve výzkumu Kleima a kol., 2008; Kroska & Harkness, 2011; Chronister a kol., 2013; Ocisková a kol., 2015; Vrbová a kol., 2018



schizofrenie (n = 71), zejména paranoidní schizofrenie (n = 61); dále schizoafektní porucha (n = 31), akutní polymorfní psychotická porucha (n = 3) a poruchy s bludy (n = 2).

Sto tři pacientů vyplnilo všechny dotazníky a na základě nich byla provedená statistická analýza (Tabulka 11). V kontrolní skupině bylo 91 jedinců (50,5 % žen) s průměrným věkem  $36,23 \pm 13,40$  let. Přibližně jeden ze tří (n = 33) pacientů byl zaměstnaný. Celkem 76 (69,7 %) pacientů pobíralo sociální dávky: nejčastějšími byl plný invalidní důchod (n = 65, 59,6 %), následované částečnou invaliditou (n = 20, 18,3 %) a starobním důchodem (n = 7; 8,04 %). Nástup duševního onemocnění byl v průměrném věku  $26,06 \pm 8,95$  let. Průměrná délka onemocnění byla  $15,67 \pm 9,57$  let s absolvováním v průměru  $4,17 \pm 4,03$  hospitalizací v minulosti. Sto jedna pacientů (92,7 %) bylo hospitalizováno alespoň jednou. Pouze sedm z nich z celého vzorku (6,4 %) zvládlo své problémy ambulantní cestou bez nutnosti hospitalizace (Tabulka 11).

*Tabulka 11: Popis výběrového souboru pacientů s poruchami schizofrenního spektra a kontrolní skupiny*

PROMĚNNÉ	PACIENTI (n=109)	KONTROLY (n=91)	STATISTIKA
<b>Věk</b>	41,96 ± 10,23	36,23 ± 13,40	Mann Whitney test; MW U= 3519; <b>p&lt;0,05</b>
<b>Pohlaví (M : Ž)</b>	41:62	36:55	Fisher exact test; ns.
<b>Počátek vzniku nemoci</b>	26,12 ± 8,97		
<b>Délka trvání nemoci</b>	15,38 ± 9,52		
minimum	1		
maximum	45		
<b>Počet hospitalizací</b>	4,13 ± 3,97		
<b>Psychiatrická heredita</b>			
stejně onemocnění	15 (14,6 %)		
jiné onemocnění	39 (37,9 %)		
žádná	47 (45,6 %)		
<b>Vzdělání</b>			Pearson chi-square; ns.
základní	9 (8,7 %)	1 (0,9 %)	
vyučení	25 (24,3 %)	3 (2,8 %)	
středoškolské s maturitou	52 (50,5 %)	38 (34,9 %)	
vysokoškolské	16 (15,5 %)	9 (8,3 %)	
neuveďeno	1	40	
<b>Rodinný stav</b>			Pearson chi-square; ns.
svobodní	61 (59,0 %)	28 (25,7 %)	
ženatí / vdaní	24 (23,1 %)	21 (19,3 %)	
rozvedení	15 (14,3 %)	1 (0,9 %)	
vdova / vdovec	1 (0,9 %)	1 (0,9 %)	
neuveďeno	3 (2,7 %)	40	
<b>Zaměstnaní Ano / Ne</b>	33/70		

<b>Důchod</b>	87		
plný invalidní	60		
částečný invalidní	20		
starobní	7		
<b>Z úplné rodiny</b>	66		
<b>Z neúplné rodiny</b>	31		
<b>Sourozenci Ano / Ne</b>	90/13		
<b>Pořadí narození</b>			
prvorozený	44		
druhorozený	36		
narozený v pořadí třetí	10		
<b>Užívání psychiatrické medikace Ano / Ne</b>	101/2		
pravidelné užívání	94		
pravidelně, ale více, než je předepsaná dávka	2		
nepravidelné užívání	6		
<b>ObjCGI závažnost</b>	4,14 ± 0,95		
<b>SubjCGI závažnost</b>	2,75 ± 1,39		
<b>Q-LES-Q</b>			
Fyzické zdraví (max 65 bodů)	41,81 ± 9,74	43,53 ± 10,43	Unpaired t-test: t=4,098 df=180; <b>p&lt;0,001</b>
Pocity (max 70 bodů)	46,33 ± 10,63	52,36 ± 9,70	Unpaired t-test: t=4,107 df=192; <b>p&lt;0,001</b>
Práce (max 65 bodů)	27,82 ± 18,13	37,78 ± 19,47	Mann Whitney test: MW U= 3377; <b>p&lt;0,01</b>
Domácnost (max 50 bodů)	34,99 ± 9,04	33,84 ± 13,72	Unpaired t-test: t=0,6997 df=192; ns.
Škola / Studia (max 50 bodů)	13,47 ± 8,77	20,05 ± 12,97	Mann Whitney test: MW U= 3451; <b>p&lt;0,05</b>
Volný čas (max 30 bodů)	20,15 ± 5,42	25,22 ± 4,05	Unpaired t-test: t=7,290 df=191; <b>p&lt;0,001</b>
Sociální aktivity (max 55 bodů)	35,69 ± 9,22	43,02 ± 8,24	Unpaired t-test: t=5,808 df=192; <b>p&lt;0,001</b>
Obecné (max 80 bodů)	51,49 ± 12,08	56,88 ± 9,69	Unpaired t-test: t=3,400 df=192; <b>p&lt;0,01</b>
<b>SUMA O-LES-Q (max 465 bodů)</b>	271,5 ± 12,47	312,68 ± 46,11	Unpaired t-test: t=5,419 df=192; <b>p&lt;0,001</b>
<b>Q-LES-Q v %</b>	58,42 ± 12,47	67,24 ± 9,91	Unpaired t-test: t=5,401 df=192; <b>p&lt;0,001</b>

Poznámky: Data jsou uvedena jako průměry, směrodatné odchylky a počet N (%); CGI (Clinical Global Impression); df (stupeň volnosti); max (maximum); sd (standardní odchylka); Unpaired T-test (T-test pro nezávislé výběry); MW test (Mann-Whitney test; ns (není signifikantní); objCGI (objektivní CGI); subjCGI (subjektivní CGI); Q-LES-Q (Quality of Life Satisfaction and Employment Questionnaire), ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness); SVF-78 (Stress Coping Style Questionnaire)

### 5.1.2.1 Závažnost poruchy

Míra závažnosti poruchy objektivně stanovená lékařem silně korelovala se subjektivním hodnocením pacienta (zjistili jsme statisticky významný rozdíl mezi hodnocením závažnosti ošetřujícím psychiatrem a pacientem). Aktuální závažnost psychopatologie byla hodnocená psychiatrem s použitím skóre objCGI. ObjCGI bylo v průměru 4,14 ± 0,95; to znamená, že psychiatři hodnotili závažnost poruchy v průměru jako středně závažnou. Průměrné skóre subjCGI hodnoceného pacienty bylo 2,76 ± 1,39 (Tabulka 11). Rozdíl mezi hodnoceními

psychiatrů a pacientů byl  $1,67 \pm 1,51$  bodů. Subjektivní a objektivní závažnost psychopatologie byla v mírném pozitivním vztahu (Spearman  $r = 0,35$ ,  $p < 0,001$ ).

### 5.1.2.2 *Psychofarmaka*

Dle subjektivní výpovědi pacientů z celkového počtu 103 pacientů, kteří vyplnili všechny dotazníky, mělo 101 pacientů předepsanou antipsychotickou léčbu od svých psychiatrů (98,1 %). Pouze dva z pacientů uvedli, že předepsané léky vůbec neužívají (1,9 %). Devadesát čtyři pacientů pravidelně užívalo léky v předepsaných dávkách (91,3 %) a dva z nich uvedli nadměrné užívání antipsychotických léků (1,9 %). Zbývajících šest pacientů užívalo léky nepravidelně s tím, že někdy zapomínají (5,8 %). Průměrná doba trvání psychiatrické léčby byla  $15,69 \pm 9,66$  let, přesné dávky medikace nebyly v této studii monitorované.

### 5.1.2.3 *Strategie zvládání zátěže*

Sto čtyři pacientů vyplnilo dotazník SVF-78. Pacienti užívali negativní strategie zvládání v průměrné míře, ale na hranici s maladaptivním nadužíváním dle norem T-skóre (průměrné T-skóre negativních strategií bylo  $59,04 \pm 11,24$ ). Z negativních strategií jsou nadužívané strategie *Únikové tendence* a *Rezignace* (Tabulka 12). Pozitivní strategie byly užívané v průměrné míře podle T-skóre ( $49,5 \pm 11,8$ ) (Tabulka 12).

Tabulka 12: Průměrné T-skóry zvládacích strategií dle SVF-78

<b>STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ</b>	<b>PRŮMĚR ± SD</b>
<b><u>Pozitivní strategie</u></b>	<b>49,5 ± 11,80</b>
Podhodnocení	47,77 ± 12,57
Odmítání viny	54,35 ± 12,20
Odklon	50,88 ± 9,88
Náhradní uspokojení	55,57 ± 10,2
Kontrola situace	44,95 ± 11,08
Kontrola reakcí	47,76 ± 10,80
Pozitivní sebeinstrukce	41,37 ± 11,95
<b><u>Neutrální strategie</u></b>	
Potřeba sociální opory	50,98 ± 11,02
Aktivní vyhýbání	55,76 ± 8,90
<b><u>Negativní strategie</u></b>	<b>59,04 ± 11,24</b>
Únikové tendence	61,82 ± 9,42
Perseverace / Ruminace	49,90 ± 12,50
Rezignace	60,44 ± 10,95
Sebeobviňování	53,29 ± 12,61

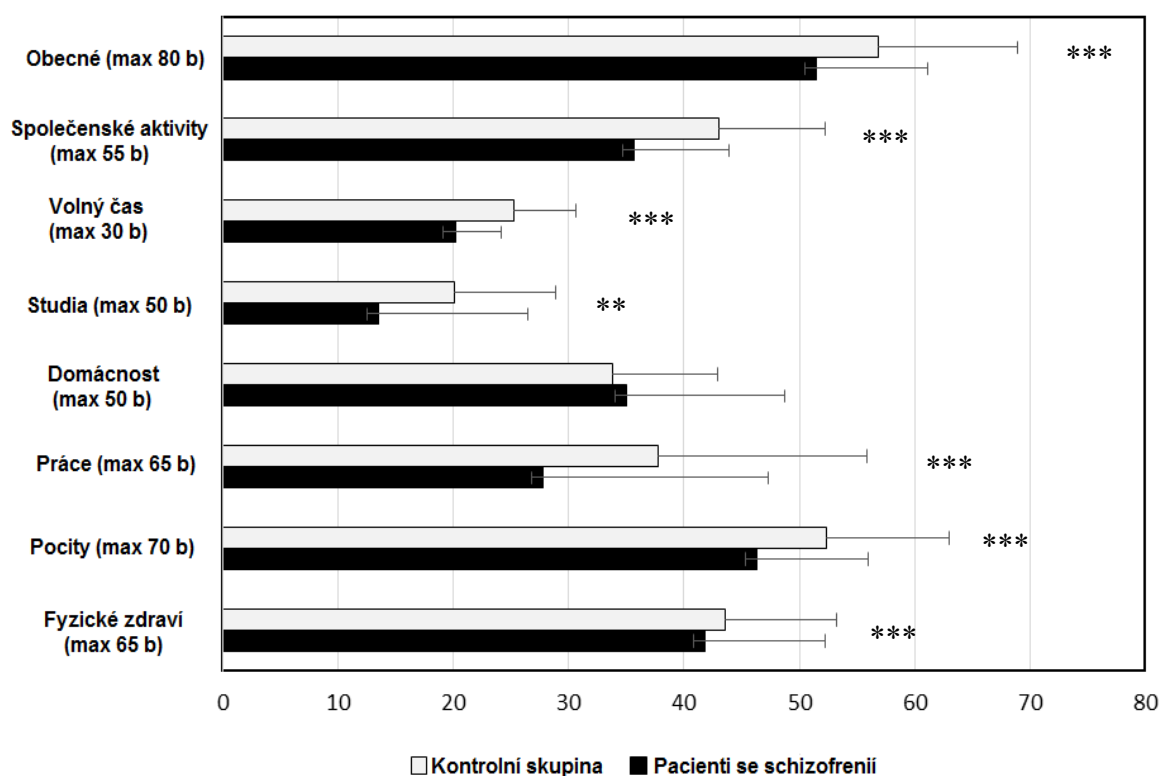
Poznámky: SD (směrodatná odchylka); SVF-78 (Stress Coping Style Questionnaire)

#### 5.1.2.4 Kvalita života

Sto tři pacientů dokončilo Q-LES-Q dotazník. Průměrné skóre kvality života v procentech bylo  $58,4 \% \pm 12,47 \%$ . Pacienti dosáhli v průměru  $271,5 \pm 58,03$  bodů z maximálně 465 bodů. Kvalita života byla nejvyšší v doméně *Domácnosti* ( $69,98 \% \pm 9,04$ ), následovaná *Volným časem* ( $67,17 \% \pm 5,42$ ) a doménou *Pocitů* ( $66,19 \% \pm 10,63$ ). Nejnižšího skóre dosáhli pacienti v doméně *Práce* ( $42,8 \% \pm 18,13$ ) a *Škola / studijní aktivity* ( $26,94 \% \pm 8,77$ ). Domény jako *Obecná kvalita života* ( $64,36 \% \pm 12,08$ ), *Fyzické zdraví* ( $67,32 \% \pm 9,75$ ) a *Sociální aktivity* ( $64,89 \% \pm 9,22$ ) byly přibližně stejné.

Zdravá kontrola dosáhla v průměru  $312,68 \pm 46,11$  bodů a  $67,24 \% \pm 9,91 \%$  QoL. Rozdíl mezi oběma skupinami má vysokou statistickou významnost (Tabulka 11). Skupiny pacientů a kontrol se statisticky významně liší pouze ve věku (kontroly byly mladší) (Tabulka 11). Kvalita života byla u pacientů statisticky signifikantně nižší než v kontrolních skupinách (Tabulka 11 a Graf 1), a to v doménách jako je *Fyzické zdraví*, *Pocity*, *Práce*, *Škola / studium*, *Volnočasové aktivity*, *Sociální aktivity* a *Obecné Q-LES-Q*. Skupiny se nelišily pouze v doméně *Domácnost*. Byl nalezen také statisticky významný rozdíl mezi součtem hodnot Q-LES-Q v procentech u pacientů se schizofrenií ve srovnání se skupinou zdravé kontrolní skupiny (Tabulka 11).

Graf 1: Porovnání Q-LES-Q domén pacientů a kontrolní skupiny



Poznámky: statistická významnost \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; max (maximum); Q-LES-Q (Quality of Life Satisfaction and Employment Questionnaire)

### 5.1.3 Sebestigmatizace

Dotazník ISMI vyplnilo celkem 104 účastníků. Celkové průměrné skóre sebestigmatizace bylo  $64,30 \pm 13,49$  (T-skór = 50). Průměrné skóre v subškálách sebestigmatizace bylo bez významných rozdílů. Pacienti se schizofrenií měli nejvyšší skóre v subškále *Souhlas se stereotypy* ( $14,06 \pm 3,37$ ), následované *Odcizením* ( $13,40 \pm 3,86$ ) a *Sociálním stažením se* ( $13,11 \pm 3,69$ ). *Vnímaná diskriminace* měla nejnižší průměrné skóre ( $11,17 \pm 3,25$ ). V subškále *Rezistence proti stigmatu* bylo průměrné skóre  $12,67 \pm 2,36$  bodů (viz Tabulka 13).

Tabulka 13: Průměrná skóre ISMI a jednotlivých subškál

SUBŠKÁLY	PRŮMĚR ± SD
Odcizení	13,40 ± 3,86
Souhlas se stereotypy	14,06 ± 3,37
Vnímaná diskriminace	11,17 ± 3,25
Sociální stažení se	13,11 ± 3,69
Odolnost proti stigmatu	12,67 ± 2,36
<b>Celkové skóre ISMI</b>	<b>64,30 ± 13,49</b>

Poznámky: SD (standardní odchylka); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness)

### 5.1.3.1 Vztah mezi sebestigmatizací, demografickými a klinickými faktory

Celková úroveň ISMI statisticky významně nesouvisí s věkem pacienta, počtem hospitalizací, objektivním hodnocením závažnosti poruchy, délkou trvání nemoci nebo věkem nástupu poruchy (Tabulka 14). Nástup poruchy však negativně koreloval se subškálou ISMI *Vnímaná diskriminace* (Tabulka 14) ve smyslu, že pokud duševní porucha začala v raném věku, pacienti se schizofrenií vnímají vyšší intenzitu diskriminačního chování od ostatních směrem k jejich osobě. Stejný závěr lze aplikovat na subškálu ISMI *Vnímanou diskriminaci* a počet hospitalizací, kde jsme našli pozitivní korelace. Také jsme zjistili pozitivní korelace mezi délkou trvání poruchy a subškálou ISMI *Odcizení* (delší trvání nemoci může souviset s pocitem sociálního odcizení) (Tabulka 14).

Byla zjištěná statisticky významná pozitivní korelace mezi sebestigmatizací a aktuální závažností poruchy, kterou hodnotili pacienti (subjCGI). Pacienti se schizofrenií, kteří hodnotili svou poruchu jako závažnější, se více sebestigmatizovali ve všech subškálách ISMI (Tabulka 14). Objektivní hodnocení závažnosti psychopatologie objCGI s celkovým skóre ISMI významně nesouviselo, bylo pouze ve slabém pozitivním vztahu s *Vnímanou diskriminací*. Nenalezli jsme rozdíly mezi pohlavím, rodinným stavem, úrovní vzdělání a celkovým skóre ISMI (Tabulka 14). Mezi celkovým skóre ISMI a zaměstnáním byl zjištěný statisticky významný rozdíl. Zaměstnaní jedinci (n = 33) se sebestigmatizovali méně než nezaměstnaní pacienti se schizofrenií (n = 75). Tento rozdíl se vyskytuje také v dílčích subškálách ISMI, a to *Souhlas se stereotypy*, *Vnímaná diskriminace* a *Sociální stažení* (Tabulka 14). Statisticky významný negativní vztah byl nalezený mezi subjektivní a objektivní závažností psychopatologie a sebestigmatizací. Čím více se pacient sebestigmatizuje, tím menší je rozdíl v posouzení aktuální závažnosti psychopatologie mezi pacientem a lékařem (Tabulka 14).

Tabulka 14: Sebestigmatizace, demografické a klinické faktory

	ISMI skór	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Sociální stažení se	Odolnost
<b>Pearsonova / Spearmanova korelace</b>						
Věk	0,007	-0,039	0,046	-0,090	0,035	0,067
Počátek	- 0,125	-0,188	-0,068	<b>-0,274 *</b>	-0,092	0,087
Délka trvání	<b>0,181</b> <sup>p=0.06</sup>	<b>0,190 *</b>	0,163	<b>0,188</b> <sup>p=0.052</sup>	0,163	0,048
Hospitalizace	0,121	0,143	0,011	<b>0,277 **</b>	0,139	-0,091
objCGI závažnost	0,154	0,072	0,103	<b>0,211*</b>	0,136	0,149
subCGI závažnost	<b>0,520***</b>	<b>0,466***</b>	<b>0,475***</b>	<b>0,319***</b>	<b>0,482***</b>	<b>0,339***</b>
objCGI-subCGI závažnost	<b>-0,374***</b>	<b>-0,375***</b>	<b>-0,338**</b>	<b>-0,209*</b>	<b>-0,363***</b>	-0,138
<b>T-test pro nezávislé výběry mezi skupinami</b>						
<b>M / Ž</b>	65,29±13,13/ 63,04±13,71/ unpaired t- test: t=0,84 df=106; ns	13,32±3,86 13,31±3,85 unpair t-test: t=0,005 df=106; ns	14,34±3,37 13,72±3,37 unpair t-test: t=0,94 df=106; ns	11,63±3,51 10,69±3,09 unpair t-test: t=1,47 df=106; ns	13,20±3,44 12,90±3,87 unpaired t-test: t=0,41 df=106; ns	12,80±2,11 12,60±2,46 unpair t-test: t=0,45 df=106; ns
<b>On- way ANOVA porovnání mezi skupinami</b>						
<b>Vzdělání</b>						
základní (n=10)	66,00±16,04	12,80±4,07	14,80±3,99	12,00±4,87	14,20±4,36	13,20±2,53
vyučení (N=28)	65,48±14,12	14,11±4,02	13,96±3,47	11,22±3,66	13,04±4,13	13,19±1,92
středoškolské (n=53)	64,23±12,86	13,68±3,54	14,25±3,36	10,96±2,88	13,25±3,38	12,34±2,49
vysokoškolské (n=17)	59,35±13,32	11,47±3,92	12,35±2,58	10,47±2,89	11,47±3,45	12,82±2,09
	one-way ANOVA; F=0,849, df=3: ns	one-way ANOVA; F=1,972, df=3: ns	one-way ANOVA; F=1,646, df=3: ns	one-way ANOVA; F=0,849, df=3: ns	one-way ANOVA; F=0,485, df=3: ns	one-way ANOVA; F=1,405, df=3: ns
<b>Rodinný stav</b>						
svobodný (n=54)	63,94±14,84	13,41±4,11	13,88±3,57	11,38±3,50	13,05±3,92	12,39±2,45
vdaná/ženatý (n=24)	61,71±10,13	12,63±3,21	13,54±2,82	10,29±2,81	12,29±2,84	12,96±1,65
rozvedený (n=16)	69,50±10,98	14,69±3,48	15,31±3,05	11,63±2,73	14,81±3,21	13,13±2,36
vdovec/vdova (n=1)	42,00±0,00	7,00±0,00	8,00±0,00	6,00±0,00	8,00±0,00	13,00±0,00
	one-way ANOVA; F=1,685, df=2: ns	one-way ANOVA; F=1,39, df=2: ns	one-way ANOVA; F=1,51, df=2: ns	one-way ANOVA; F=1,16, df=2: ns	one-way ANOVA; F=2,42, df=2: ns	one-way ANOVA; F=0,980, df=2: ns
<b>Zaměstnaní Ano/Ne</b>						
	59,42±13,30 65,8 ±13,16 unpair t-test: t= - 2 df=106 <b>p&lt;0,05</b>	12,45±3,91 13,69±3,78 unpair t-test: t= -1,56 df=106 ns	12,85±3,13 14,44±3,37 unpaired t-test: t= -2,3 df=106 <b>p&lt;0,05</b>	10,09±2,86 11,47±3,36 unpaired t-test: t= -2,04 df=106 <b>p&lt;0,05</b>	11,70±3,19 13,59±3,77 unpaired t-test: t= -2,51 df=106 <b>p&lt;0,05</b>	12,73±2,56 12,65±2,27 unpaired t-test: t= 0,15 df=106 ns

Poznámky: statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; ANOVA (analýza rozptylu); ns (není statisticky významné); p (Pearsonova korelace); Unpaired T-test (T-test pro nezávislé výběry); CGI (Clinical Global Impression); ns (není statisticky významné); ISMI (Internalize Stigma of Mental Illness)

### 5.1.3.2 Vztah mezi sebestigmatizací a strategiemi zvládání

Sebestigmatizace je významně spojená s negativními strategiemi zvládání. Účastníci, kteří používali více negativního zvládání zátěže, měli vyšší míru sebestigmatizace (Tabulka 15). Všechny negativní strategie pozitivně korelovaly se subškálami ISMI s výjimkou negativní strategie *Perseverace* a subškály ISMI *Odolnosti proti stigmatu*. Pouze neutrální strategie *Potřeba sociální opory* a *Vyhýbání se* s celkovým skóre ISMI nebo se subškálami ISMI významně nekorelovaly. Sebestigmatizace byla také významně negativně spojená s pozitivními strategiemi zvládání. Pacienti, kteří užívali pozitivní strategie zvládání, měli nižší sebestigmatizaci. *Podhodnocení*, *Odklon*, *Kontrola reakcí* a *Pozitivní sebe-instrukce* negativně korelovaly se všemi subškálami ISMI (Tabulka 15).

Tabulka 15: Korelace mezi sebestigmatizací a strategiemi zvládání

Zvládací strategie	ISMI skóre	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Sociální stažení se	Odolnost proti stigmatu
Podhodnocení	-0,424***	-0,397***	-0,300**	-0,282**	-0,459***	-0,219*
Odmítání viny	-0,256**	-0,149	-0,317**	-0,152	-0,226*	-0,261**
Odklon	-0,365***	-0,310**	-0,336**	-0,254*	-0,276**	-0,363***
Náhradní uspokojení	-0,223*	-0,089	-0,233*	-0,132	-0,165	-0,294**
Kontrola situace	-0,219*	-0,202*	-0,218*	-0,103	-0,133	-0,263**
Kontrola reakcí	-0,377***	-0,337***	-0,385***	-0,313**	-0,300**	-0,265**
Pozitivní sebe-instrukce	-0,555***	-0,464***	-0,521***	-0,322**	-0,447***	-0,468***
Potřeba sociální opory	0,121	0,192	0,047	0,154	0,097	0,070
Aktivní vyhýbání	-0,019	0,047	-0,138	-0,059	0,033	-0,039
Únikové tendence	0,434***	0,428***	0,271**	0,236*	0,375***	0,303**
Perseverace	0,436***	0,504***	0,281*	0,345***	0,456***	0,148
Rezignace	0,637***	0,631***	0,485***	0,388***	0,570***	0,403***
Sebeobviňování	0,454***	0,494***	0,381***	0,266***	0,417***	0,194*
<b>NEGATIVNÍ ZVLÁDÁNÍ</b>	<b>0,598***</b>	<b>0,632***</b>	<b>0,412***</b>	<b>0,386***</b>	<b>0,570***</b>	<b>0,280**</b>
<b>POZITIVNÍ ZVLÁDÁNÍ</b>	<b>-0,491***</b>	<b>-0,399***</b>	<b>-0,464***</b>	<b>-0,315***</b>	<b>-0,406***</b>	<b>-0,431***</b>

Poznámky: Pearsonova korelace; statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness), SVF-78 (Stress Coping Style Questionnaire)

### 5.1.3.3 Vztah mezi sebestigmatizací a kvalitou života

Celkové skóre ISMI korelovalo významně se všemi oblastmi Q-LES-Q s výjimkou *Školy / studia* (v důsledku malého počtu studujících). Stejná situace byla u všech subškál



ISMI s výjimkou domény *Práce*. Subškály ISMI *Vnímaná diskriminace a Rezistence proti stigmatu* s doménou *Práce* také nekorelovaly (Tabulka 16).

Tabulka 16: Vztah mezi doménami Q-LES-Q a ISMI

Domény Q-LES-Q	ISMI skór	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Sociální stažení se	Odolnost proti stigmatu
Fyzické zdraví	-0,496***	-0,397***	-0,509***	-0,372***	-0,454***	-0,349***
Pocity	-0,633***	-0,535***	-0,588***	-0,469***	-0,561***	-0,413***
Práce	-0,261**	-0,202*	-0,246*	-0,141	-0,258**	-0,106
Domácnost	-0,355***	-0,278**	-0,350***	-0,294**	-0,311***	-0,268**
Škola / Studia	-0,099	-0,069	-0,073	-0,078	-0,103	-0,100
Volný čas	-0,457***	-0,430***	-0,411***	-0,347***	-0,410***	-0,293**
Sociální aktivity	-0,507***	-0,391***	-0,438***	-0,390***	-0,555***	-0,235*
Obecné	-0,550***	-0,487***	-0,487***	-0,444***	-0,504***	-0,316***
<b>SUMA O-LES-Q</b>	<b>-0,581***</b>	<b>-0,477***</b>	<b>-0,540***</b>	<b>-0,429***</b>	<b>-0,548***</b>	<b>-0,355***</b>

Poznámky: Pearsonovy korelace; statistická významnost \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness); Q-LES-Q (Quality of Life Satisfaction and Employment Questionnaire)

#### 5.1.3.4 Regresní analýza sebestigmatizace

Do regresní analýzy vstoupily proměnné korelující s ISMI (subjektivní závažnost, kvalita života, pozitivní a negativní zvládání, zaměstnanost). Kroková regresní analýza vyloučila zaměstnanost a identifikovala pozitivní a negativní strategie zvládání, subjektivní závažnost a kvalitu života za nejsilnější prediktory spojené se sebestigmatizací. Regresní model uvedených proměnných vysvětlil 54,8 % rozptylu v míře sebe-stigmatizace ( $F=5,282$ ,  $p < 0,05$ ) (Tabulka 17). Nejvýznamnější strategie spojené se sebestigmatizací byly negativní strategie *Rezignace* ( $\beta = 0,655$ ;  $p < 0,001$ ) a pozitivní strategie *Pozitivní sebe-instrukce* ( $\beta = -0,233$ ;  $p < 0,001$ ).

Tabulka 17: Model regresní analýzy sebestigmatizace

Regresory	B	SE	$\beta$	Signifikance
Negativní zvládání	1,053	0,255	0,342	$p < 0,001$
Kvalita života	-0,045	0,023	-0,194	$p < 0,05$
Subjektivní závažnost	2,312	0,858	0,232	$p < 0,01$
Pozitivní zvládání	-0,835	0,363	-0,202	$p < 0,05$

Poznámky: SE (standardní chyba);  $\beta$  (beta); B (regresní koeficient); subj CGI (subjektivní závažnost patologie); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness); Q-LES-Q (Quality of Life Satisfaction and Employment Questionnaire); SVF-78 (Stress Coping Style Questionnaire)

### 5.1.4 Vyjádření se k platnosti hypotéz

V souvislosti se zjištěnými výsledky studie u ambulantních pacientů s poruchami schizofrenního spektra, se nyní vyjádříme ke stanoveným hypotézám.

**(1) H<sub>A</sub>-A: Sebestigmatizace bude souviset s vybranými demografickými údaji, jako je věk, rodinný stav, psychiatrická heredita, vzdělání a zaměstnání.**

- (a) míra sebestigmatizace negativně koreluje s věkem
- (b) míra sebestigmatizace je vyšší u svobodných jedinců
- (c) míra sebestigmatizace je vyšší u pacientů, kde se v rodině vyskytovala psychická porucha
- (d) míra sebestigmatizace je vyšší u lidí s nižším vzděláním
- (e) míra sebestigmatizace je vyšší u lidí bez zaměstnání

Hypotézu o vztahu mezi sebestigmatizací a demografickými faktory **přijímáme** pouze pro zaměstnání, kde jsme našli mírný vztah. Pro zbylé uvedené demografické charakteristiky hypotézu **nepřijímáme**.

**(2) H<sub>A</sub>-B: Sebestigmatizace pozitivně koreluje se závažností poruchy.**

Tuto hypotézu na zvolené hladině významnosti **nepřijímáme** pro objektivní závažnost psychopatologie. Hypotézu **přijímáme** pouze pro středně silný vztah mezi sebestigmatizací a subjektivní závažností.

**(3) H<sub>A</sub>-C: Sebestigmatizace a kvalita života budou vzájemně negativně korelovat.**

Hypotézu o negativním vztahu mezi sebestigmatizací a kvalitou života na zvolené hladině významnosti **přijímáme**. Mezi proměnnými jsme našli středně silný vztah.

**(4) H<sub>A</sub>-D: Sebestigmatizace pozitivně koreluje s negativními strategiemi zvládnání a negativně s pozitivními zvládacími strategiemi.**

Hypotézu o negativním vztahu mezi sebestigmatizací a pozitivním zvládnáním zátěže, pozitivním vztahu mezi negativními strategiemi a sebestigmatizací na zvolené hladině významnosti **přijímáme**. Mezi proměnnými jsme našli středně silný vztah.

### 5.1.5 Diskuze

Cílem studie bylo prozkoumat vztah mezi sebestigmatizací, kvalitou života, strategiemi zvládnání stresu, závažností poruchy a demografickými faktory u pacientů s poruchami schizofrenního spektra. Studie se zúčastnilo celkem 109 ambulantních pacientů, kteří byli diagnostikováni a léčeni pro schizofrenii, schizoafektivní poruchu, polymorfní psychotickou poruchu nebo poruchu s bludy dle Mezinárodní klasifikace nemocí, desáté revize (MKN-10, 1993). Bližší analýza těchto proměnných ukázala zajímavé výsledky.

#### *(1) Sebestigmatizace a demografické faktory*

Ve studii pacientů s poruchami schizofrenního spektra jsme zjistili, že sebestigmatizace je u této skupiny pacientů průměrná ( $HS = 64,30 \pm 13,49$ ; T-skór = 50), což je v souladu s dalšími studiiemi u pacientů s neurotickými, depresivními a psychotickými poruchami (Gerlinger a kol., 2013; Vrbová a kol., 2014; Ocisková a kol., 2015; Kamarádová a kol., 2016; Praško a kol., 2016; Vrbová a kol., 2016; Vrbová a kol., 2017; Turkmen a kol., 2017; Kalisova a kol., 2018). Sebestigmatizace nesouvisela s věkem nástupu onemocnění, dobou trvání poruchy (u které byl naznačený pouze trend), počtem předchozích hospitalizací, pohlavím, rodinným stavem a vzděláním. Zjistěné výsledky jsou v souladu s některými studiiemi. Cinculová a kol. (2015; 2017) neprokázala souvislost mezi sebestigmatizací a věkem, věkem nástupu poruchy, ale podobně jako Kamarádová a kol. (2016) našla souvislost mezi sebestigmatizací a počtem hospitalizací, kterou jsme neprokázali. Tato zjištění částečně odpovídají výsledkům Vrbové a kol. (2010) a Gerlingera a kol. (2013) v populaci schizofrenních pacientů, kteří prokázali, že pohlaví, rodinný stav a partnerství nekorelují se sebestigmatizací. Další studie také nepotvrdily rozdíly v sebestigmatizaci mezi muži a ženami (Dietrich a kol., 2004; Yen a kol., 2005; Kamarádová a kol., 2015).

Míra sebestigmatizace byla významně spojená se zaměstnaností. Nezaměstnaní jedinci měli vyšší míru sebestigmatizace. Stejnou souvislost uvádí i další studie (Kamarádová a kol., 2015; Hielscher & Waghorn, 2017; Kalisova a kol., 2018). Tiggemann a Winefield (2011) zjistili, že míra depresivity, negativní nálada a nižší sebevědomí u nezaměstnaných pacientů mají vliv na sebestigmatizaci. Výsledky naší studie jsou rovněž v souladu s výsledkem studie provedené Adewuyou a kol. (2011), kde autoři naznačili, že vysoká míra sebestigmatizace významně souvisí s nezaměstnaností lidí

s psychickými poruchami. Pacienti bez zaměstnání pocítují více diskriminace zřejmě i vlivem spojení stigmatu s nezaměstnaností ve společnosti. Nezaměstnaní pacienti mohou ztrácet časový rámec a pocít vlastního smyslu a hodnoty a mohou se více sebestigmatizovat (Rusch et al., 2014). Tyto výsledky jsou v rozporu s výsledky jiných studií, kde zaměstnanost nesouvisela se sebestigmatizací (Michael a kol., 2007; Praško, Kamarádová a kol., 2015; Ocisková, Praško a kol., 2016).

## **(2) *Sebestigmatizace a závažnost poruchy***

Sebestigmatizace významně koreluje pouze se subjektivním hodnocením závažnosti poruchy, nikoliv objektivním hodnocením. Pacienti, kteří hodnotili svou závažnost onemocnění jako horší, se sebestigmatizovali více než pacienti, kteří hodnotili poruchu jako méně závažnou. Také Vrbová a kol. (2017) ve své studii ambulantních pacientů se schizofrenií zjistila, že větší závažnost psychopatologie významně souvisí s vyšší sebestigmatizací, větší úrovní deprese, sociální úzkostí a větším vyhýbáním se poškození. Pacienti v naší studii se hodnotili jako méně vážně duševně nemocní, než je hodnotili jejich lékaři. Toto zjištění odráží společný problém, kterým je nedostatek náhledu u pacientů se schizofrenií. Pacienti, kteří se cítí vážněji nemocní, mohou následně věřit, že se na ně ostatní lidé dívají stejně kriticky, což může vést k sociální izolaci. Opačný směr by mohl být ve smyslu, že izolovaní pacienti, kteří souhlasí se stereotypy, se cítí vážněji duševně nemocní. V této korelační studii je těžké vyjádřit se k povaze vztahů mezi proměnnými, oba směry jsou možné. Stejná zjištění byla nalezená i v jiných studiích, ale v uvedených studiích sebestigmatizace koreluje také s objektivní závažností poruchy, což jsme v naší studii neprokázali (Markowitz, 2001; Livingston & Boyd, 2010; Látalová, Praško a kol., 2014; Hajda a kol., 2015; Ocisková, Praško, Kamarádová a kol., 2015; Kamarádová, Látalová a kol., 2016; Vrbová, Praško a kol., 2017; Cinculová, Praško a kol., 2017).

Dále jsme zjistili, že čím je větší rozdíl v posouzení aktuální závažnosti psychopatologie mezi pacientem a lékařem, tím méně se pacient sebestigmatizuje. Tento náález lze vysvětlit tím, že se pacient cítí zdravější buď vlivem nepřijetí svého reálného aktuálního stavu, nebo má horší náhled, což se odráží ve snížené schopnosti rozpoznat závažnost poruchy měřenou subjektivním posouzením patologie. To může vyústit v sebestigmatizaci a většímu rozdílu mezi hodnotami subjCGI a objCGI posouzeného psychiatrem.

### ***(3) Sebestigmatizace a strategie zvládnání zátěže***

Dalším z důležitých zjištění této studie bylo, že užívání pozitivních strategií se vztahuje k nižší míře sebestigmatizace. Pacienti s poruchami schizofrenního spektra užívají pozitivní strategie v průměrné míře. Negativní strategie užívají pacienti v průměrné míře, ale na horní hranici s maladaptivním nadužíváním. Výsledky také ukázaly, že pacienti s poruchami schizofrenního spektra, kteří používali ve větší míře negativní strategie zvládnání, měli tendenci se více stigmatizovat, zvláště když používali strategie Únikové tendence, Rezignaci a Sebeobviňování. Právě strategie Únikové tendence a Rezignace byli pacienti maladaptivní nadužívané. Také Kleim a kol. (2008) a Chronister a kol. (2013) našli spojitost mezi sebestigmatizací a negativními strategiemi zvládnání (stažení se ze sociálního kontaktu). Výsledky jsou v souladu s jinými studiemi, které uvádí, že pacienti se schizofrenií používají ke zvládnání zátěže maladaptivní styly zvládnání, například vyhýbání se a únikové tendence (Zappia a kol., 2012; Cotton a kol., 2013; Marquez-Arrico a kol., 2015; Lee a kol., 2018).

Někteří autoři se domnívají, že pacienti používají negativní strategie zvládnání ke snížení negativních pocitů spojených se sebestigmatizací (Kroska & Harkness, 2011), a to především sociální izolaci (Kleim a kol., 2008; Chronister a kol., 2013). Neřešení situace může být spojené s vyšší sebestigmatizací nebo naopak, sebestigmatizace může podnítit užívání negativních strategií zvládnání, což podporuje Huntley a Fisher (2016). V případě, že se zátěžové situace nedaří řešit, je možná větší citlivost na souhlas se společenskými stereotypy o slabosti, neschopnosti a nebezpečnosti lidí s psychickou poruchou (Corrigan & Rao, 2012). Redukce negativního zvládnání se proto jeví u pacientů se schizofrenií jako důležitá s možným ovlivněním sebestigmatizace nebo naopak (v této studii jsme nezkoumali příčinné vztahy).

### ***(4) Sebestigmatizace a kvalita života***

Dalším cílem bylo prozkoumat vztah mezi kvalitou života a sebestigmatizací. Zjistili jsme, že kvalita života pacientů s poruchami schizofrenního spektra byla 58,4 % a oproti zdravé kontrolní skupině byla významně snižená. Stejná zjištění u různých psychiatrických poruch dokládají i jiné studie (Papakostas a kol., 2004; Rapaport a kol., 2005; Ten Doeschate a kol., 2010; Sheshtawy, 2011; Ishak a kol., 2013; Jansen a kol., 2013; Lenox-Smith a kol., 2013; De Lima Silva a kol., 2014; Woo a kol., 2015; Sivertsen a kol., 2015; Burger a kol., 2016).

Výsledky ukázaly, že úroveň sebestigmatizace významně negativně koreluje s kvalitou života, což je v souladu s jinými studii (Corrigan, Watson, & Barr, 2006; Šídlová a kol., 2011; Vrbová, 2017). Lidé s psychickými poruchami, kteří se sebestigmatizují, mají nižší naději a sebestigmatizace má dopad na životní spokojenost i aktuální subjektivní vnímání kvality života (Ocisková a kol., 2016). Podobný výsledek popsali Tang a Wu (2012) u populace pacientů se schizofrenií a také Ocisková a kol. (2014) u pacientů s poruchami úzkostného spektra. Vrbová a kol. (2017) zjistila, že kvalita života je vyšší u zaměstnaných pacientů a jedinců s vyšší nadějí, osobnostní charakteristikou Sebeřízení a Perzistence dle Cloningerovi osobnostní typologie. Kvalita života byla nižší u pacientů s vyšším počtem psychiatrických hospitalizací, pacientů s vyšší závažností poruchy a u jedinců, kteří užívali vyšší dávky antipsychotik s výraznějšími příznaky deprese, úzkosti a sociální úzkosti. Kvalita života byla v uvedené studii nižší v důsledku sebestigmatizace a vyšší osobnostní charakteristiky Vyhýbání se poškození. Otázkou je, jestli se kvalita mění existencí sebestigmatizace (jestli sebestigmatizace snižuje kvalitu života, nebo jestli snížená kvalita života predikuje vyšší úroveň sebestigmatizace). Tato studie nezkoumala příčinnost vztahů.

#### **(5) Regresní analýza sebestigmatizace**

Kroková regresní analýza identifikovala negativní strategie zvládnání, kvalitu života, subjektivní závažnost a pozitivní strategie jako nejsilnější prediktory spojené se sebestigmatizací, které vysvětlují 54,8 % jejího rozptylu. V tomto výzkumu jsme nezjišťovali příčinné souvislosti. Můžeme pouze předpokládat, že pacienti s nižší mírou sebestigmatizace mají vyšší kvalitu života (nebo vyšší kvalita života může mít vliv na nižší sebestigmatizaci), používají více pozitivní strategie zvládnání (zejména Pozitivní sebeinstrukce, kdy se jedinec dokáže sám podpořit ve zvládnutí situace) a užívají méně negativních strategií (především méně rezignují).

#### **5.1.6 Závěry**

Studie se zúčastnilo 109 pacientů s poruchami schizofrenního spektra a 91 zdravých kontrol. Ve srovnání s kontrolní skupinou měli pacienti nižší kvalitu života. Sebestigmatizace se vyskytuje v průměrné míře. Pacienti se schizofrenií používají pozitivní strategie zvládnání také v průměrné míře. Negativní strategie zvládnání jsou užívané v průměru, pohybují se však na horní hranici směrem k maladaptivnímu nadužívání. Nalezli

jsme souvislost mezi sebestigmatizací, subjektivní závažností poruchy, zaměstnaností, strategiemi zvládání a kvalitou života. Kroková regresní analýza ukázala, že negativní, pozitivní strategie zvládání, subjektivní závažnost a kvalita života jsou nejsilnější prediktory sebestigmatizace. Zaměření se na snížení negativních strategií zvládání nebo sebestigmatizaci ve formě podpůrných a psychoedukačních aktivit by mohlo být užitečným konceptem v terapii pacientů s poruchami schizofrenního spektra. Metody kognitivně-behaviorální terapie zaměřené na adaptivnější zvládání zátěže včetně psychické poruchy mohou přispět ke zlepšení kvality života a snížení sebestigmatizace (Lorona a kol., 2018).

## **5.2 Sebestigmatizace poruch depresivního spektra**

Tato studie zkoumala souvislost mezi sebestigmatizací, kvalitou života, strategiemi zvládání zátěže, demografickými údaji a závažností příznaků u 81 ambulantních pacientů s depresivní poruchou (depresivní poruchou, rekurentní depresivní poruchou, nebo perzistentní depresivní poruchou - dystymií). Této studii se účastnilo také 43 zdravých kontrol.

### **5.2.1 Hypotézy**

Alternativní výzkumné hypotézy v této studii byly následující:

**(1) H<sub>A-A</sub>:** Sebestigmatizace bude souviset s vybranými demografickými údaji, jako je věk, rodinný stav, psychiatrická heredita, vzdělání a zaměstnání<sup>41</sup>:

- (a) míra sebestigmatizace negativně koreluje s věkem
- (b) míra sebestigmatizace je vyšší u svobodných jedinců
- (c) míra sebestigmatizace je vyšší u pacientů, kde se v rodině vyskytovala psychická porucha
- (d) míra sebestigmatizace je vyšší u lidí s nižším vzděláním
- (e) míra sebestigmatizace je vyšší u lidí bez zaměstnání

---

<sup>41</sup> Tuto hypotézu podporuje studie Üçok a kol., 2012; Bouwmans a kol., 2015; Ra & Kim, 2016.

(2) **H<sub>A</sub>-B:** Sebestigmatizace pozitivně koreluje se závažností poruchy.<sup>42</sup>

(3) **H<sub>A</sub>-C:** Sebestigmatizace a kvalita života budou negativně korelovat.<sup>43</sup>

(4) **H<sub>A</sub>-D:** Sebestigmatizace negativně koreluje s pozitivními zvládacími strategiemi a pozitivně s negativními zvládacími strategiemi.<sup>44</sup>

## 5.2.2 Popis výběrového vzorku

Celkem 81 pacientů s depresivní poruchou souhlasilo s účastí ve studii a dokončilo měření, z toho 76 pacientů vyplnilo všechny dotazníky (pouze několik demografických údajů bylo vynecháno). Nejčastější diagnózou byla závažná depresivní porucha (n = 42), následovaná rekurentní depresivní poruchou (n = 36) a perzistentní afektivní poruchou - dystymie (n = 3). Ve výzkumném souboru bylo 21 mužů (25,9 %) a 60 žen (74,1 %). Průměrný věk respondentů byl  $52,08 \pm 13,57$  let. Nejmladší respondent byl starý 24 let, nejstaršímu respondentovi bylo 81 let (Tabulka 18).

Většina pacientů byla ženatá/vdaná (n=44; 54,3 %). Nejmenší zastoupenou kategorií byly vdovy a vdovci (n = 2; 2,4 %) a svobodní lidé s partnerem/partnerkou (n = 4; 4,9 %). Téměř polovina pacientů dosáhla středoškolského vzdělání (49,4 %), vysokoškolsky vzdělaných lidí bylo 17 (21 %), vyučených 19 (23,5 %) a se základním vzděláním 5 (6,2 %) (Tabulka 18). Skupina zdravých kontrol a klinická skupina pacientů neukázala statistické rozdíly ve věku, pohlaví, vzdělání a rodinném stavu (Tabulka 18). Celkem bylo zaměstnaných 35 lidí (43,2 %), 40 lidí (49,4 %) bylo bez zaměstnání a 6 respondentů tento údaj nevedlo. Ze 75 pacientů, kteří testovou baterii vyplnili, pobíralo 42 z nich (56,0 %) invalidní důchod, nejčastěji plný invalidní důchod (n = 10; 13,3 %), následovaný částečným (n = 10; 13,3 %) a starobním důchodem (n = 22,29; 3 %). Mezi kontrolami bylo 82,9 % zaměstnaných jedinců. Skupiny se mezi sebou v počtu zaměstnaných a nezaměstnaných významně lišily (Tabulka 18).

Počet hospitalizovaných pacientů v uplynulých letech byl 22 (zbývající pacienti dosud nebyli hospitalizováni a byli léčeni pouze ambulantně) a průměrný počet hospitalizací byl

---

<sup>42</sup> Hypotézu podporuje výzkum Ritsher & Phelan, 2004; Boyd a kol., 2014; Livingston & Boyd, 2010; Tiggemann & Winefielda, 2011; Adewuyoua a kol., 2011; Látalová, Praško a kol., 2014; Ocisková, Praško, Kamarádová a kol., 2015; Kamarádová, Látalová a kol., 2016; Vrbová, Praško a kol., 2017; Cinculová, Praško a kol., 2017.

<sup>43</sup> Tuto hypotézu podporují studie Yen a kol., 2009; Tang & Wu, 2012; Ocisková a kol., 2014.

<sup>44</sup> Tato hypotéza má oporu ve výzkumu Kleima a kol., 2008; Kroska & Harkness, 2011; Chronister a kol., 2013; Ocisková a kol., 2015; Vrbová a kol., 2018.



0,51 ± 1,05. Z 56 (71,8 %) pacientů bylo jednou hospitalizovaných 22 účastníků (28,2 %), dvakrát a více 10 pacientů (12,8 %). Z pohledu rodinného uspořádání většina respondentů pocházela z rodiny úplné, kde rodiče žijí stále spolu. Jednalo se o celkem 60 lidí (74,1 %). Dalších 15 jedinců pochází z rodiny neúplné, rozvedené (18,5 %), 6 osob tento údaj neuvedlo (7,4 %). Pozitivní rodinná psychiatrická anamnéza byla zjištěná u 29 pacientů (35,8 %). Celkem 47 lidí (58 %) uvedlo, že se u nich v rodině nevyskytlo žádné psychické onemocnění. U 15 respondentů (18,5 %) se v rodině duševní onemocnění vyskytlo, ale jiné než depresivní porucha. U zbylých 14 lidí (17,3 %) se v rodině objevila depresivní porucha. Tento údaj neuvedlo 5 respondentů (6,2 %). Délka trvání depresivního onemocnění se v průměru pohybovala okolo 10 let ( $\pm 9,99$ ). Nejkratší doba nemoci netrvala ještě rok, nejdelší trvání duševní poruchy bylo u dvou respondentů 49 let (2,5 %). Průměrná doba začátku rozvoje depresivní poruchy se pohybovala okolo 42 let ( $\pm 12,81$ ). Demografické a klinické charakteristiky výzkumného souboru jsou uvedené v Tabulka 18.

Tabulka 18: Popis výběrového souboru pacientů s depresí a kontrolní skupiny

PROMĚNNÉ	PACIENTI (n=81)	KONTROLY (n=43)	STATISTIKA
<b>Věk</b>	52,08 ± 13,57	48,23 ± 8,77	Unpaired t test: t=1,677 df=121; n.s.
<b>Pohlaví (M : Ž)</b>	19 : 62	16 : 27	Fisher's exact test: n.s.
<b>Počátek vzniku</b>	42,30 ± 12,81		
<b>Délka trvání</b>	10,45 ± 9,99		
<b>Počet hospitalizací</b>	0,51 ± 1,05		
<b>Psychiatrická heredita</b>	29		
stejně onemocnění	14		
jiné onemocnění	15		
žádná	52		
<b>Vzdělání</b>			Chi-square: n.s.
základní	5	1	
vyučení	19	6	
středoškolské s maturitou	40	25	
vysokoškolské	17	8	
<b>Rodinný stav:</b>			Chi-square: n.s.
svobodní	11	2	
ženatí / vdaní	44	27	
rozvedení	21	6	
vdova / vdovec	2	2	
neuvedeno	3	0	
<b>Partner</b>			
ne	24		
ano	54		
neuvedeno	3		
<b>Zaměstnání</b>			Fisher's exact test: <b>p&lt;0,01</b>
ne	32	7	
ano	46	34	
neuvedeno	3	2	
<b>objCGI závažnost</b>	3,16 ± 1,25		
<b>subCGI závažnost</b>	2,50 ± 1,16		
<b>objCGI-subCGI závažnost</b>	0,66 ± 1,01		
Fyzické zdraví (max 65 b)	39,50 ± 9,94	43,23 ± 11,62	Unpaired t test: t=1,870 df=121; n.s.
Pocity (max 70 b)	47,98 ± 10,55	53,19 ± 11,02	Unpaired t test: t=2,572 df=121; <b>p&lt;0,05</b>
Práce (max 65 b)	35,88 ± 19,36	46,81 ± 15,50	Mann Whitney test: MW U=1190; <b>p&lt;0,01</b>
Domácnost (max 50 b)	36,76 ± 10,03	36,95 ± 11,39	Mann Whitney test: MW U=1642; n.s.
Škola / Studia (max 50 b)	12,78 ± 8,13	12,51 ± 8,34	Mann Whitney test: MW U=1688; n.s.
Volný čas (max 30 b)	20,79 ± 5,54	24,21 ± 4,14	Unpaired t test: t=3,549 df=121; <b>p&lt;0,001</b>
Sociální aktivity (max 55 b)	36,48 ± 9,09	42,23 ± 8,24	Unpaired t test: t=3,458 df=121; <b>p&lt;0,001</b>
Obecné (max 80 bodů)	50,76 ± 11,79	57,00 ± 10,85	Unpaired t test t=2,876 df=121; <b>p&lt;0,01</b>
<b>O-LES-Q (max 465 b)</b>	280,90 ± 59,87	316,10 ± 45,04	Unpaired t test t=3,376 df=121; <b>p&lt;0,001</b>
<b>Q-LES-Q v %</b>	60,41 ± 12,88 %	67,99 ± 9,69 %	Unpaired t test t=3,376 df=121; <b>p&lt;0,001</b>

Poznámky: Data jsou uvedena jako průměry, směrodatné odchylky a počet N (%); CGI (Clinical Global Impression); df (stupeň volnosti); max (maximum); sd (standardní odchylka); Unpaired T-test (T-test pro nezávislé výběry); MW test (Mann-Whitney test; ns (není signifikantní); objCGI (objektivní CGI); subjCGI (subjektivní CGI); Q-LES-Q (Quality of Life Satisfaction and Employment Questionnaire), ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness), SVF-78 (Stress Coping Style Questionnaire)

### **5.2.1.1 Psychofarmaka**

Celkem 76 pacientů (93,8 %) uvedlo, že užívají předepsané antidepresivní léky, zbývajících 6,2 % pacientů nevedlo, zda a jak pravidelně užívají předepsanou medikaci. Většina pacientů uvedla, že užívají léky v předepsaných dávkách a pravidelně (91,3 %), čtyři pacienti (4,9 %) uvedli, že užívají léky nepravidelně (někdy je zapomenou užít). Přesné dávky léků a konkrétní preparáty nebyly v této studii sledované.

### **5.2.1.2 Závažnost poruchy**

Závažnost psychopatologie byla hodnocena psychiatrem za použití skóre objCGI. Průměrné skóre objCGI bylo  $3,2 \pm 1,3$ ; to znamená, že psychiatři hodnotili závažnost psychopatologie svých ambulantních pacientů jako v průměru mírnou. Průměrné skóre subjCGI bylo  $2,5 \pm 1,2$  (mírné příznaky). Byl nalezený významný rozdíl mezi hodnocením psychiatra a hodnocením pacienta, který byl  $0,7 \pm 1,0$  bodů (MW U-test = 2,257;  $p < 0,001$ ). Subjektivní a objektivní posouzení závažnosti psychopatologie spolu silně korelují (Pearsonova  $r = 0,66$ ,  $p < 0,001$ ) (Tabulka 18).

### **5.2.1.3 Strategie zvládnání zátěže**

Dotazník SVF-78 vyplnilo celkem 80 pacientů s poruchami depresivního spektra. Pacienti užívají pozitivní strategie zvládnání v průměrné míře jako běžná populace (rozpětí T-skóre pro normu je 40-60) (Tabulka 19). Negativní strategie zvládnání nadužívali v nezdravé míře (T-skóre 60 nebo více). Ve stresových situacích používali především strategii *Únikové tendence* (snaha uniknout ze stresové situace) a *Rezignace* (vzdání se pocitům bezmocnosti a beznaděje při řešení situace), které byly na hranici s maladaptivním nadužíváním (Tabulka 19).

Tabulka 19: Průměrné T-skóry zvládacích strategií dle SVF-78

STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ	PRŮMĚR ± SD
<b>Pozitivní strategie</b>	<b>49,19 ± 12,07</b>
Podhodnocení	45,94 ± 10,84
Odmítání viny	54,18 ± 11,28
Odklon	49,23 ± 10,49
Náhradní uspokojení	49,63 ± 10,92
Kontrola situace	47,5 ± 11,93
Kontrola reakcí	51,18 ± 10,38
Pozitivní sebeinstrukce	42,59 ± 11,21
<b>Neutrální strategie</b>	
Potřeba sociální opory	49,5 ± 10,07
Aktivní vyhýbání	57,61 ± 8,94
<b>Negativní strategie</b>	<b>60,41 ± 10,25</b>
Únikové tendence	59,86 ± 9,07
Perseverace / Ruminace	55,96 ± 8,95
Rezignace	58,89 ± 10,58
Sebeobviňování	54,59 ± 10,91

Poznámky: SD (směrodatná odchylka); SVF-78 (Stress Coping Style Questionnaire)

#### 5.2.1.4 Kvalita života

Dotazník Q-LES-Q dokončilo celkem 80 pacientů. Z maximálně 465 možných bodů získali pacienti průměrně 280,9 ± 59,87; převedeno na procenta 60,41 % ± 12,88 %. Zdravá kontrolní skupina obdržela v průměru 316,10 ± 45,04 bodů s 67,99 % ± 9,69 % kvalitou života v procentech. Kvalita života pacientů s depresí byla významně nižší, zvláště v oblasti *Pocitů, Práce, Volného času, Společenských aktivitách a obecné QoL* ve srovnání s kontrolní skupinou. Významný rozdíl mezi skupinami nebyl nalezený v doménách *Fyzického zdraví, Domácnosti a Škole/Studiu* (Tabulka 20).

Tabulka 20: Domény kvality života

DOMÉNY Q-LES-Q	PRŮMĚR ± SD (%)
Fyzické zdraví (max 65b)	39,50 ± 9,94 (60,8 %)
Pocity (max 70b)	47,98 ± 10,55 (68,5 %)
Práce (max 65b)	35,88 ± 19,36 (55,2 %)
Domácnost (max 50b)	36,76 ± 10,03 (73,5 %)
Škola / Studia (max 50b)	12,78 ± 8,13 (25,6 %)
Volný čas (max 30b)	20,79 ± 5,54 (69,3 %)
Společenské aktivity (max 55b)	36,48 ± 9,09 (66,3 %)
Obecné (max 80b)	50,76 ± 11,79 (63,5 %)
<b>O-LES-Q (max 465b)</b>	<b>280,90 ± 59,87 (60,4 %)</b>

Poznámky: SD (směrodatná odchylka); b (body); max (maximum); Q-LES-Q (Quality of Life Satisfaction and Employment Questionnaire)

## 5.2.2 Sebestigmatizace

Dotazník ISMI vyplnilo celkem 80 pacientů. Pouze jeden pacient tento dotazník nevyplnil, takže jeho údaje nebyly v analýze použity. Průměrná hodnota celkového skóre sebestigmatizace byla  $56,93 \pm 13,31$  (T-skór 45). Průměrné skóre jednotlivých domén jsou uvedené v Tabulce 21.

Tabulka 21: Průměrné skóre ISMI a jednotlivých subškál

SUBŠKÁLY	PRŮMĚR ± SD
Odcizení	$11,98 \pm 3,74$
Souhlas se stereotypy	$12,04 \pm 2,72$
Vnímaná diskriminace	$8,74 \pm 2,69$
Sociální stažení se	$11,58 \pm 3,80$
Odolnost proti stigmatu	$12,53 \pm 2,31$
<b>ISMI skór</b>	<b><math>56,93 \pm 12,31</math></b>

Poznámky: SD (standardní odchylka); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness)

### 5.2.2.1 Vztah mezi sebestigmatizací, klinickými a demografickými faktory

Celkové skóre ISMI významně nesouvisí s věkem pacientů, věkem počátku onemocnění, délkou trvání poruchy a počtem hospitalizací. Objektivní (Spearmanovo  $r=0,49$ ,  $p<0,001$ ) i subjektivní (Spearmanovo  $r=0,47$ ,  $p<0,001$ ) závažnost středně silně pozitivně koreluje se sebestigmatizací i se všemi subškálami ISMI (Tabulka 22). Pacienti, kteří se cítí být závažněji psychicky nemocní, nebo jsou objektivně závažněji nemocní, se více sebestigmatizují.

Tabulka 22: Korelace mezi sebestigmatizací, demografickými a klinickými faktory

	ISMI skór	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Sociální stažení	Odolnost proti stigmatu
Věk	-0,03	-0,08	0,02	-0,03	0,01	-0,11
Počátek vzniku	0,01	-0,10	0,02	0,04	-0,04	0,08
Délka trvání	-0,05	0,12	-0,03	0,002	-0,001	-0,14
Hospitalizace	0,20	0,22 <small>S(p=0.051)</small>	0,07	0,19	0,21	0,17
objCGI	<b>0,49</b> S***	<b>0,48</b> S***	<b>0,35</b> S**	<b>0,36</b> S**	<b>0,48</b> S***	<b>0,26</b> S*
subCGI	<b>0,47</b> S***	<b>0,43</b> S***	<b>0,30</b> S**	<b>0,30</b> S**	<b>0,42</b> S***	<b>0,42</b> S*

Poznámky: statistická významnost \*  $p<0,05$ ; \*\*  $p<0,01$ ; \*\*\*  $p<0,001$ ; ANOVA (analýza rozptylu); ns (není statisticky významné); P (Pearsonova korelace); S (Spearmanova korelace); CGI (Clinical Global Impression), objCGI (objektivní CGI); subjCGI (subjektivní CGI); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness)

Mezi pohlavími nebyly žádné rozdíly v celkové míře ISMI (Tabulka 23). Zaměstnaní a nezaměstnaní se v míře sebestigmatizace významně lišili (pacienti bez práce

se sebestigmatizovali ve větší míře). Skupiny dle vzdělání se mezi sebou v míře sebestigmatizace lišily (pacienti se středním vzděláním se stigmatizovali více než pacienti s vysokoškolským vzděláním) (Tabulka 23). Skupiny dle rodinného stavu nebo partnerství se mezi sebou v míře sebestigmatizace neliší (Tabulka 23).

*Tabulka 23: Porovnání ISMI mezi skupinami dle demografických charakteristik*

Demografické charakteristiky	Průměr ISMI ± SD	Statistika
<b>Pohlaví</b>		
muži	59,00 ± 14,25	Unpaired t-test: t=0,8982 df=78; n.s.
ženy	56,19 ± 11,59	
<b>Zaměstnání</b>		
ne	53,15 ± 11,37	Unpaired t-test: t=2,828 df=72; <b>p&lt;0,01</b>
ano	61,00 ± 12,34	
<b>Vzdělání</b>		
základní	55,88 ± 9,58	One-way ANOVA: F= 3,348 df=79; <b>p&lt;0,05</b> Posttest: Bonferroni's Multiple Comparison Test: ISMI střední škola vs. ISMI univerzita p<0,05, jiné porovnání: n.s.
středoškolské	60,05 ± 13,94	
vysokoškolské	51,24 ± 9,76	
<b>Rodinný stav</b>		
svobodní	60,09 ± 12,03	One-way ANOVA: F= 0,3092 df=76; n.s.
sezdání	57,18 ± 12,14	
rozvedení	56,64 ± 12,95	
<b>Partnerství</b>		
ne (n=23)	58,43 ± 13,57	Unpaired t-test: t=0,4621 df=7; n.s.
ano (n=54)	57,02 ± 11,74	

Poznámky: statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; SD (směrodatná odchylka); ANOVA (analýza rozptylu); Unpaired T-test (T-test pro nezávislé výběry); ns (není statisticky významné); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness)

### 5.2.2.2 Vztah mezi sebestigmatizací a strategiemi zvládání zátěže

Mezi mírou sebestigmatizace a užíváním strategií zvládání existuje významný vztah. Pozitivní strategie zvládání negativně korelují se sebestigmatizací (slabá negativní korelace). Tedy, čím více pozitivních strategií zvládání pacient s depresí užívá, tím méně se sebestigmatizuje (Pearsonovo  $r=-0,271$ ,  $p<0,05$ ,  $N=79$ ). Užívání negativních strategií zvládání je ve středně silném pozitivním vztahu k celkové míře sebestigmatizace. Čím více nemocný s depresí užívá negativní strategie zvládání, tím více stigmatizuje sám sebe nebo naopak (příčinnost vztahů neznáme) (Pearsonovo  $r=0,473$ ,  $p<0,001$ ,  $N=79$ ), viz Tabulka 24.

Pozitivní strategie zvládání významně souvisí pouze se subškálami ISMI *Odcizení* (Pearsonovo  $r=-0,276$ ,  $p<0,05$ ,  $N=79$ ) a *Souhlas se společenskými stereotypy*

(Pearsonovo  $r=-0,248$ ,  $p<0,05$ ,  $N=79$ ). Negativní strategie zvládání jsou ve středně silném pozitivním vztahu téměř se všemi subškálami ISMI, s výjimkou *Rezistence proti stigmatu*. Silný pozitivní vztah je zejména mezi subškálou *Odcizení* a negativním zvládáním (Pearsonovo  $r=0,537$ ,  $p<0,001$ ,  $N=79$ ). Užívání negativního zvládání vede nemocné s depresí k pocitu většího odcizení od společnosti a silnějšímu přesvědčení o vlastní odlišnosti. Přehled dílčích vztahů mezi proměnnými je uveden v Tabulce 24.

Sebestigmatizace nejvíce negativně a středně silně souvisí s pozitivními strategiemi *Podhodnocení situace* (Pearsonovo  $r= -0,346$ ,  $p<0,05$ ,  $N=79$ ), *Kontrolou reakcí* (Pearsonovo  $r= -0,279$ ,  $p<0,05$ ,  $N=79$ ) a *Pozitivními sebe-instrukcemi* (Pearsonovo  $r= -0,386$ ,  $p<0,001$ ,  $N=79$ ). Pokud pacient s depresí nedokáže podcenit a podhodnotit důležitost dané situace a její vyřešení a má pocit, že nemá pod kontrolou své způsoby reagování, více se sebestigmatizuje. Z negativních strategií zvládání byl nalezený významný středně silný pozitivní vztah mezi sebestigmatizací a strategiemi *Rezignace* (Pearsonovo  $r= 0,464$ ,  $p<0,001$ ,  $N=79$ ), *Sebeobviňování* (Pearsonovo  $r= 0,423$ ,  $p<0,001$ ,  $N=79$ ) a *Perseverace* (Pearsonovo  $r= 0,346$ ,  $p<0,05$ ,  $N=79$ ). V případě, že nemocný člověk s depresí užívá negativní strategie zvládání, rezignuje na řešení dané situace, zvýšeně se obviňuje, ulpívá bez schopnosti přesunout pozornost na dílčí kroky řešení a více se sebestigmatizuje. Strategie *Pozitivních sebe-instrukcí* negativně koreluje se všemi subškálami ISMI včetně celkového skóre a subškály *Odolnosti proti stigmatu*, stejně jako je tomu u negativních strategií *Perseverace* a *Rezignace*, které jsou s příslušnými subškálami v pozitivním vztahu (Tabulka 24).

Tabulka 24: Korelace mezi sebestigmatizací ISMI a strategiemi zvládání

Zvládací strategie	ISMI skóre	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Sociální stažení se	Odolnost proti stigmatu
Podhodnocení	<b>-0,346**</b>	<b>-0,424**</b>	<b>-0,272*</b>	-0,159	<b>-0,269*</b>	-0,096
Odmítání viny	-0,155	-0,145	-0,220	-0,025	-0,159	-0,007
Odklon	-0,136	-0,120	-0,166	-0,029	-0,119	-0,090
Náhradní uspokojení	-0,113	-0,103	-0,136	-0,003	-0,127	-0,119
Kontrola situace	-0,135	-0,188	-0,157	-0,121	-0,147	-0,031
Kontrola reakcí	<b>-0,279*</b>	-0,205	<b>-0,226*</b>	-0,139	-0,172	<b>-0,242*</b>
Pozitivní sebeinstrukce	<b>-0,386**</b>	<b>-0,445**</b>	<b>-0,303**</b>	<b>-0,248*</b>	<b>-0,271*</b>	-0,145
Potřeba sociální opory	0,087	-0,014	0,049	0,046	0,530	0,136
Aktivní vyhýbání	0,018	0,006	-0,117	0,069	0,062	0,079
Únikové tendence	<b>0,262*</b>	<b>0,287*</b>	0,073	<b>0,230*</b>	<b>0,250*</b>	0,078
Perseverace	<b>0,346**</b>	<b>0,376**</b>	<b>0,245*</b>	<b>0,304**</b>	<b>0,353**</b>	-0,028
Rezignace	<b>0,464**</b>	<b>0,514**</b>	<b>0,336**</b>	<b>0,470**</b>	<b>0,463**</b>	-0,033
Sebeobviňování	<b>0,423**</b>	<b>0,510**</b>	<b>0,346**</b>	<b>0,356**</b>	<b>0,455**</b>	-0,089
NEGATIVNÍ ZVLÁDÁNÍ	<b>0,473**</b>	<b>0,537**</b>	<b>0,322**</b>	<b>0,412**</b>	<b>0,478**</b>	-0,010
POZITIVNÍ ZVLÁDÁNÍ	<b>-0,271*</b>	<b>-0,276*</b>	<b>-0,248*</b>	-0,098	-0,210	-0,192

Poznámky: Pearsonovy korelace; statistická významnost \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness), SVF-78 (Stress Coping Style Questionnaire)

### 5.2.2.3 Vztah mezi sebestigmatizací a kvalitou života

Celkový skór ISMI i jednotlivé subškály významně korelovaly se všemi oblastmi Q-LES-Q kromě domény *Škola / Studium* (Tabulka 25). *Souhlas se stereotypy* souvisí s oblastmi *Pocitů, Práce, Domácnosti, Obecné QoL*, ale nikoliv s *Fyzickým zdravím, Školou / Studiem, Volnočasovými aktivitami a Společenskými aktivitami*. Subškála *Odolnosti proti stigmatu* korelovala s oblastmi *Pocitů, Práce, Domácnosti, Školou a Q-LES-Q*, nikoliv s *Fyzickým zdravím, Volným časem, Společenskými aktivitami a Obecnou QoL* (Tabulka 25).



Tabulka 25: Vztah mezi doménami Q-LES-Q a subškálami ISMI

Domény Q-LES-Q	ISMI skór	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Sociální stažení se	Odolnost proti stigmatu
Fyzické zdraví	-0,38 P***	-0,41 P***	-0,21 <sup>P</sup>	-0,27 S*	-0,38 P***	-0,21 <sup>P</sup>
Pocity	-0,47 P***	-0,42 P***	-0,33 P***	-0,24 S*	-0,45 P***	-0,28 P*
Práce	-0,35 S**	-0,25 S*	-0,23 S*	-0,37 S***	-0,27 S*	-0,28 S*
Domácnost	-0,30 S**	-0,33 S**	-0,26 S*	-0,16 <sup>S</sup>	-0,31 S**	-0,23 S*
Škola / Studia	-0,10 <sup>S</sup>	-0,17 <sup>S</sup>	-0,002 <sup>S</sup>	-0,07 <sup>S</sup>	0,04 <sup>S</sup>	-0,34 S*
Volný čas	-0,26 P*	-0,32 P**	-0,08 <sup>P</sup>	-0,13 <sup>S</sup>	-0,27 P*	-0,11 <sup>P</sup>
Sociální aktivity	-0,33 P**	-0,35 P**	-0,17 <sup>P</sup>	-0,24 S*	-0,43 P***	-0,04 <sup>P</sup>
Obecné	-0,42 P***	-0,46 P***	-0,24 P*	-0,24 S*	-0,38 P***	-0,20 <sup>P</sup>
O-LES-Q	-0,48 P***	-0,46 P***	-0,28 P*	-0,32 S**	-0,43 P***	-0,30 P**

Poznámky: P (Pearsonova korelace); S (Spearmanova korelace); statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness); Q-LES-Q (Quality of Life Satisfaction and Employment Questionnaire)

#### 5.2.2.4 Regresní analýza sebestigmatizace

Do regresní analýzy vstoupily pozitivní a negativní strategie zvládnání zátěže, kvalita života, subjektivní a objektivní závažnost, zaměstnanost. V postupné regresi se vyloučily pozitivní strategie zvládnání, subjektivní závažnost a zaměstnanost. Míra sebestigmatizace je nejvíce ovlivněná užíváním negativních strategií zvládnání, objektivní závažností psychopatologie pacienta a kvalitou života, viz Tabulka 26. Regresní model uvedených faktorů vysvětluje 35,1 % rozptylu sebestigmatizace ( $F=4,843$ ,  $p<0,05$ ).

Tabulka 26: Regresní analýza ISMI a vybraných faktorů

Regresory	B	SE	$\beta$	t	Signifikance
Q-LES-Q	-0,050	0,025	-0,246	-2,043	p<0,05
Negativní strategie	1,010	0,341	0,310	2,958	p<0,01
ObjCGI	2,418	1,099	0,248	2,201	p<0,05
Adjustované $R^2 = 0,274$					

Poznámky: SE (standardní chyba);  $\beta$  (beta); B (regresní koeficient); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness; objCGI (objektivní hodnocení Clinical Global Impression); Q-LES-Q (Quality of Life Satisfaction and Employment Questionnaire), ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness), SVF-78 (Stress Coping Style Questionnaire)

### 5.2.3 Vyjádření se k platnosti hypotéz

Na základě výsledků studie ambulantních pacientů s poruchami depresivního spektra se můžeme vyjádřit k platnosti hypotéz.

**(5)  $H_A$ -A: Sebestigmatizace bude souviset s vybranými demografickými údaji, jako je věk, rodinný stav, psychiatrická heredita, vzdělání a zaměstnání.**

- (a) míra sebestigmatizace negativně koreluje s věkem
- (b) míra sebestigmatizace je vyšší u svobodných jedinců
- (c) míra sebestigmatizace je vyšší u pacientů, kde se v rodině vyskytovala psychická porucha
- (d) míra sebestigmatizace je vyšší u lidí s nižším vzděláním
- (e) míra sebestigmatizace je vyšší u lidí bez zaměstnání

Hypotézu o vztahu mezi sebestigmatizací a demografickými faktory **přijímáme** pouze pro zaměstnání, kde jsme našli mírný vztah. Pro zbylé uvedené demografické charakteristiky hypotézu **nepřijímáme**.

**(6)  $H_A$ -B: Sebestigmatizace pozitivně koreluje se závažností poruchy.**

Tuto hypotézu na zvolené hladině významnosti **přijímáme**. Nalezli jsme středně silný vztah mezi sebestigmatizací, subjektivní a objektivní závažností poruchy.

**(7)  $H_A$ -C: Sebestigmatizace a kvalita života budou vzájemně negativně korelovat.**

Hypotézu o negativním vztahu mezi sebestigmatizací a kvalitou života na zvolené hladině významnosti **přijímáme**. Mezi proměnnými jsme našli středně silný vztah.

**(8)  $H_A$ -D: Sebestigmatizace pozitivně koreluje s negativními strategiemi zvládání a negativně s pozitivními zvládacími strategiemi.**

Hypotézu o negativním vztahu mezi sebestigmatizací a pozitivním zvládáním zátěže, pozitivním vztahu mezi negativními strategiemi a sebestigmatizací na zvolené hladině významnosti **přijímáme**. Mezi sebestigmatizací a pozitivním zvládáním je mírný negativní vztah, mezi sebestigmatizací a negativním zvládáním je středně silný pozitivní vztah.

## 5.2.4 Diskuze

Tato studie se zabývala souvislostí mezi sebestigmatizací, kvalitou života, strategiemi zvládání a demografickými a klinickými faktory u 81 ambulantních pacientů s depresivní poruchou (závažnou depresivní poruchou, rekurentní depresivní poruchou, perzistentní depresivní poruchou - dystymií). Této studii se účastnilo také 43 zdravých kontrol.

### *(1) Sebestigmatizace a demografické faktory*

Ve studii pacientů s depresivní poruchou jsme zjistili, že sebestigmatizace je u této skupiny pacientů průměrná ( $HS = 56,93 \pm 13,31$ ; T-skór = 45), což je v souladu s dalšími studii u pacientů s neurotickými, depresivními a psychotickými poruchami (Gerlinger a kol., 2013; Vrbová a kol., 2014; Ocisková a kol., 2015; Kamarádová a kol., 2016; Praško a kol., 2016; Vrbová a kol., 2016; Turkmen a kol., 2017; Kalisová a kol., 2018). Dle našich zjištění sebestigmatizace nekoreluje s demografickými charakteristikami, jako je věk, pohlaví, rodinný stav, partnerství, věk počátku poruchy, trvání poruchy, počet hospitalizací. Uvedená zjištění jsou v souladu se studii Cinculové a kol. (2015; 2017), která zjistila, že sebestigmatizace nekoreluje s věkem a věkem počátku vzniku poruchy. Naše zjištění jsou v souladu také s výsledky Vrbové a kol. (2010) a Gerlingera a kol. (2013) u populace pacientů se schizofrenií, kde nebyl prokázán vztah mezi pohlavím, rodinným stavem, partnerstvím a sebestigmatizací. Další studie také nepotvrdily rozdíly v sebestigmatizaci mezi muži a ženami (Dietrich a kol., 2004; Yen a kol., 2005; Kamarádová a kol., 2015). Některé studie (Cinculová a kol., 2015, 2017; Kamarádová a kol., 2016) našly souvislost mezi sebestigmatizací a počtem hospitalizací, kterou jsme v naší studii u pacientů s depresivními poruchami neprokázaly. To může být patrně způsobené odlišným výzkumným souborem pacientů, kterými byli v případě studie Cinculové a kol. (2015, 2017) pacienti s úzkostnými poruchami, v případě studie Kamarádové a kol. (2016) psychiatrickí pacienti s diagnózami ze šesti diagnostických okruhů.

Dále jsme našli souvislost mezi sebestigmatizací, vzděláním (středoškolsky vzdělaní pacienti se sebestigmatizovali více než vysokoškolsky vzdělaní) a zaměstnaností (nezaměstnaní jedinci se sebestigmatizují více). Souvislost mezi sebestigmatizací a zaměstnaností potvrzují některé studie (Kamarádová a kol., 2015; Hielscher & Waghorn, 2017; Kalisová a kol., 2018). Lidé bez zaměstnání pociťují více

diskriminace zřejmě i vlivem spojení stigmatu s nezaměstnaností ve společnosti. Nezaměstnaní pacienti mohou ztrácet časový rámec a pocit vlastního smyslu a hodnoty a mohou se více sebestigmatizovat (Rusch et al., 2014). Tyto výsledky jsou v rozporu s výsledky jiných studií, kde zaměstnanost nesouvisela se sebestigmatizací (Praško, Kamarádová a kol., 2015; Ocisková, Praško a kol., 2016). Rozpor ve výzkumných zjištěních může být způsobený odlišným výzkumným souborem. V naší studii byl výzkumný soubor složený z pacientů s depresivní poruchou, kteří se léčili ambulantní formou, ale ve studii Praška a kol. (2015) nebo Ociskové a kol. (2016) se jednalo o pacienty s úzkostnými poruchami, kteří byli hospitalizováni na Psychoterapeutickém oddělení.

### **(2) Sebestigmatizace a závažnost poruchy**

Dalším výsledkem je nalezení středně silné pozitivní korelace mezi sebestigmatizací a subjektivně a objektivně hodnocenou závažností poruchy. Pacienti, kteří se cítí být závažněji psychicky nemocní, nebo jsou objektivně závažněji nemocní, se více sebestigmatizují. Stejná zjištění byla nalezená i v jiných studiích (Markowitz, 2001; Livingston & Boyd, 2010; Látalová, Praško a kol., 2014; Hajda a kol., 2015; Ocisková, Praško, Kamarádová a kol., 2015; Kamarádová, Látalová a kol., 2016; Vrbová, Praško a kol., 2017; Cinculová, Praško a kol., 2017). Pyne a kol. (2004) v souladu s našimi výsledky zjistili, že pacienti s depresivní poruchou se závažnější patologií se více sebestigmatizují. Manos a kol. (2009) u 167 ambulantních pacientů s depresí uvádí, že sebestigmatizace částečně zprostředkuje vztah mezi závažností deprese a vyhubým chováním.

### **(3) Sebestigmatizace a strategie zvládnání**

Dále jsme zjistili významnou souvislost mezi strategiemi zvládnání zátěže a sebestigmatizací. Některé studie uvádí, že negativní strategie zvládnání jsou rizikovým faktorem vzniku deprese (Hankin, 2006), která je výsledkem maladaptivního zvládnání stresu (Christensen & Kessing, 2005). Pacienti s depresivními poruchami v naší studii užívají pozitivní strategie v průměrné míře, avšak negativní strategie maladaptivně nadužívají. Tato výzkumná zjištění podporují některé studie (Blalock & Joiner, 2000; Londahl, Tverskoy, & D'Zurilla, 2005). Užívání negativních strategií vede k vyšší míře sebestigmatizace. Z negativních strategií jsou významné strategie *Rezignace* a *Únikové tendence* ze situace, které mohou být problematické. Únik ze situace neumožňuje řešení situace a může prohlubovat pocity smutku, deprese, úzkosti (Barata a kol., 2016). Rezignace je pasivní

způsob zvládání a spolu s osobní charakteristikou neuroticismu může být podle Gutiérrez-Zotes a kol. (2016) spojená s výskytem depresivních příznaků.

Se sebestigmatizací korelují také negativní strategie *Sebeobviňování* a *Perseverace*. Kato (2016) uvádí, že rozvoj depresivní poruchy je spojený právě se strategií Sebeobviňování. V případě, že pacient s depresí užívá negativní strategie zvládání, může se zvýšeně sebeobviňovat a rezignovat na řešení situace. Neřešení situace může být spojené s vyšší sebestigmatizací nebo naopak, sebestigmatizace může podnítit užívání negativních strategií zvládání, což podporuje Huntley a Fisher (2016). V případě, že se zátěžové situace nedaří řešit, je možná větší citlivost na souhlas se společenskými stereotypy o slabosti a neschopnosti lidí s psychickou poruchou (Corrigan & Rao, 2012). Výsledky jsou v souladu se studii, které uvádí, že deprese souvisí s maladaptivními strategiemi jako naučená bezmocnost (Pryce a kol., 2011), ruminace (Hong, 2007), vyhýbání se (Trew, 2011), únikové tendence (Ottenbreit & Dobson, 2004), sociální izolace (Hawton a kol., 2011).

Dále jsme zjistili, že sebestigmatizace koreluje s pozitivními strategiemi *Podhodnocení situace*, *Kontrola reakcí* a *Pozitivní sebe-instrukce*. Pokud pacient s depresí nedokáže podhodnotit významnost situace a pociťuje sníženou kontrolu, může mít problém podpořit sám sebe ve zvládnutí a věřit ve vlastní schopnosti (Arenofsky, 2011). Proto může být cílem terapeutických snah zvýšit uvedené pozitivní strategie (Garnefski a kol., 2002; Gloria & Steinhardt, 2014; Sinclair a kol., 2016). Zejména je vhodný rozvoj strategie Pozitivní sebe-instrukce (přiřazení kompetencí vlastní osobě, sebedopora), která je podle Miller-Matera a kol. (2016) u depresivní poruchy omezená. Sebeosílení je důležitou součástí adaptivního zvládání deprese (např. hledání sociální opory, aktivní způsob řešení problému, přerámování problému). Namísto toho pacienti s depresí ruminují nad nemožností řešit situaci, sebeobviňují se a spíše rezignují (Kato, 2016).

#### **(4) Sebestigmatizace a kvalita života**

Dalším cílem bylo posoudit vztah mezi kvalitou života a sebestigmatizací. Zjistili jsme, že kvalita života pacientů s depresivní poruchou byla na 60,41 %. Kvalita života pacientů s depresivními poruchami byla oproti zdravé kontrolní skupině významně snížena. Stejná zjištění u různých psychiatrických poruch dokládají i jiné studie (Papakostas a kol., 2004; Rapaport a kol., 2005; Ten Doeschate a kol., 2010; Sheshtawy, 2011; Ishak a kol., 2013; Jansen a kol., 2013; Lenox-Smith a kol., 2013; De Lima Silva a kol., 2014; Woo a kol., 2015; Sivertsen a kol., 2015; Burger a kol., 2016). Výsledky

ukázaly, že úroveň sebestigmatizace významně negativně koreluje s kvalitou života, což je v souladu s jinými studii (Corrigan, Watson, & Barr, 2006; Šídllová a kol., 2011; Vrbová, 2017).

Lidé s psychickými poruchami, kteří se sebestigmatizují, mají nižší naději a sebpřijetí s dopadem na životní spokojenost i aktuální subjektivní vnímání kvality života (Ocisková a kol., 2016). Podobný výsledek popsali Tang a Wu (2012) u populace pacientů se schizofrenií a také Ocisková a kol. (2014) u pacientů s poruchami úzkostného spektra. Yen a kol. (2009) zkoumali souvislost mezi kvalitou života a sebestigmatizací a zjistili, že jedinci s depresivní poruchou mají při hodnocení kvality života nižší hodnoty v doménách fyzické, psychické a sociální oblasti kvality života než zdravá kontrolní skupina. Tyto výsledky jsou v souladu s naším závěrem. Pacienti s depresí, kteří se více sebestigmatizovali, měli nižší kvalitu života. Je otázkou, jestli sebestigmatizace vede ke snížení kvality života, nebo zda nízká kvalita života předpovídá vyšší míru sebestigmatizace.

#### **(5) Regresní analýza sebestigmatizace**

V regresní analýze byly nejsilnějšími prediktory sebestigmatizace negativní strategie zvládání, objektivní závažnost psychopatologie pacienta a kvalita života, které vysvětlily 35,1 % rozptylu sebestigmatizace. Je možné, že větší objektivní závažnost psychické poruchy souvisí s užíváním negativního zvládání, nižší kvalitou života a vyšší sebestigmatizací. Případně je možná jakákoliv jiná příčinná souvislost, např. že nadměrné užívání negativního zvládání vede k rozvoji depresivní poruchy a zvýšené sebestigmatizaci. Na otázku kauzality tato studie neumí odpovědět. Vauth a kol. (2007) uvádí, že sebestigmatizace je významně spojená s rozvojem a závažností depresivních symptomů a sníženou kvalitou života, která je způsobena maladaptivními vyhubými zvládacími strategiemi zátěže, což může být jedna z možných úvah pro naši zjištěné výsledky. Další studie uvádí, že vyšší míra sebestigmatizace souvisí s vyšší mírou celkové psychopatologie, deprese, horším zvládáním a s nižší kvalitou života (Wahl, 1999; Sirey a kol., 2001; Watson, Corrigan, & Larson, 2007; Gaebel a kol., 2008; Yanos a kol., 2009; Yen a kol., 2009; Cavelti a kol., 2011). Proměnné může ovlivnat také potenciální přítomnost kognitivních deficitů, které jsou bez ohledu na fázi poruchy u pacientů s depresí častější, než se zdálo (Mohr, 2015). Pro další výzkumy může být uvedena proměnná daná do souvislosti se sebestigmatizací.

### 5.2.5 Závěry

Tato studie potvrdila nižší úroveň kvality života u pacientů s depresivní poruchou ve srovnání se zdravými kontrolami. Kvalita života významně souvisí se sebestigmatizací. Čím více se pacienti sebestigmatizují, tím nižší mají kvalitu života, nebo naopak (neznáme příčinnost vztahů). Vyšší míra sebestigmatizace souvisí s větší subjektivní a objektivní závažností poruchy. U pacientů s depresivními poruchami jsme našli nadužívání negativních strategií zátěže a průměrné užívání pozitivních strategií zvládnání. Vícenásobná regresní analýza ukázala, že objektivní hodnocení závažnosti poruchy, negativní strategie zvládnání a kvalita života jsou významnými prediktory sebestigmatizace.

Pro praxi může být důležité zjištění, že sebestigmatizace významně souvisí s kvalitou života a strategiemi zvládnání zátěže. Při intervencích zaměřených na rozvoj a podporu adaptivních zvládacích mechanismů u pacientů s depresí je dobré zaměřit se na snížení strategií Únikové tendence a Rezignace, které mohou souviset s povahou depresivní poruchy (Londahl, Tverskoy, & D'Zurilla, 2005). Kognitivně behaviorální terapie (KBT) může dobře a efektivně pomoci jak při snižování sebestigmatizace, tak při přehodnocení situace, ve které se mohou pacienti s depresivní poruchou cítit bezmocní a zvýšeně se sebeobviňovat (Lorona a kol., 2018). Metody KBT mohou pomoci změnit způsob myšlení o situaci a transformovat její význam tak, aby se vytvořil realističtější pohled na možnosti řešení a neprohlubovala se deprese (Beck, 2008; Lorona a kol., 2018).

## 5.3 Sebestigmatizace poruch neurotického spektra

Tato studie zkoumala vztah mezi demografickými údaji, závažností symptomů, sebestigmatizací, strategiemi zvládnání a kvalitou života u 153 pacientů s poruchami neurotického spektra.

### 5.3.1 Hypotézy

V závislosti na cílech výzkumu jsme stanovili následující alternativní hypotézy:

**(1) H<sub>A</sub>-A:** Sebestigmatizace bude souviset s vybranými demografickými údaji, jako je věk, rodinný stav, psychiatrická heredita, vzdělání a zaměstnání<sup>45</sup>:

(a) míra sebestigmatizace negativně koreluje s věkem

---

<sup>45</sup> Tuto hypotézu podporuje studie Üçok a kol., 2012; Bouwmans a kol., 2015; Ra & Kim, 2016

- (b) míra sebestigmatizace je vyšší u svobodných jedinců
- (c) míra sebestigmatizace je vyšší u pacientů, kde se v rodině vyskytovala psychická porucha
- (d) míra sebestigmatizace je vyšší u lidí s nižším vzděláním
- (e) míra sebestigmatizace je vyšší u lidí bez zaměstnání

(2) **H<sub>A-B</sub>**: Sebestigmatizace pozitivně koreluje se závažností poruchy.<sup>46</sup>

(3) **H<sub>A-C</sub>**: Sebestigmatizace a kvalita života budou negativně korelovat.<sup>47</sup>

(4) **H<sub>A-D</sub>**: Sebestigmatizace negativně koreluje s pozitivními zvládacími strategiemi a pozitivně s negativními zvládacími strategiemi.<sup>48</sup>

### 5.3.2 Popis výběrového vzorku

Výzkumný soubor tvořilo 153 ambulantních pacientů s poruchou neurotického spektra (panická porucha a / nebo agorafobie, sociální fobie, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně depresivní porucha, somatoformní porucha, obsedantně-kompulzivní porucha) diagnostikovanou dle MKN-10. Celkem bylo zařazeno 113 žen (73,9 %) a 39 mužů (25,5 %), průměrný věk byl  $48,72 \pm 13,41$  let (nejmladší účastník byl starý 21 let, nejstaršímu bylo 86 let). Většina pacientů bylo ženatých/vdaných (n=75; 49,0 %), rozvedených zde bylo 29 jedinců (18,9 %), dále zde bylo 9 vdov/vdovců (5,9 %). V partnerském vztahu bylo pouze 35 účastníků.

Přes polovinu účastníků studie (N=88) bylo zaměstnaných (57,5 %), 34 účastníků pobíralo invalidní dávky (plný invalidní důchod 7,8 %; částečný invalidní důchod 14,4 %), 19,6 % účastníků bylo ve starobním důchodu. Téměř polovina pacientů měla středoškolské vzdělání s maturitou (47,1 %), vyučených bylo 40 jedinců (26,1 %), vysokoškolské vzdělání mělo 28 jedinců (18,3 %) (viz Tabulka 27). Celkem 54 pacientů uvedlo pozitivní rodinnou psychiatrickou anamnézu (35,3 %), z toho stejnou nemoc, jako pacient, mělo v rodině

<sup>46</sup> Hypotézu podporuje výzkum Ritscher & Phelan, 2004; Boyd a kol., 2014; Livingston & Boyd, 2010; Tiggemanna & Winefielda, 2011; Adewuyoua a kol., 2011; Látalová, Praško a kol., 2014; Ocisková, Praško, Kamarádová a kol., 2015; Kamarádová, Látalová a kol., 2016; Vrbová, Praško a kol., 2017; Cinculová, Praško a kol., 2017.

<sup>47</sup> Tuto hypotézu podporují studie Yen a kol., 2009; Tang & Wu, 2012; Ocisková a kol., 2014

<sup>48</sup> Tato hypotéza má oporu ve výzkumu Kleima a kol., 2008; Kroska & Harkness, 2011; Chronister a kol., 2013; Ocisková a kol., 2015; Vrbová a kol., 2018



36 jedinců (23,5 %), jinou nemoc 18 jedinců (11,8 %). Ambulantní formou se léčila většina účastníků (N=122; 79,7 %), hospitalizováno v minulosti bylo 29 jedinců (19 %), z toho 17 jedinců pouze jednou, 7 jedinců 2krát a 4 jedinci 3krát (Tabulka 27).

Tabulka 27: Popis výběrového vzorku pacientů s neurotickými poruchami

PROMĚNNÉ	PACIENTI (n=153)	PROMĚNNÉ	PACIENTI (n=153)
<b>Věk</b>	48,72 ± 13,41	Fyzické zdraví (max 65 bodů)	40,68 ± 8,74
<b>Pohlaví (M : Ž)</b>	39: 114	Pocity (max 70 bodů)	49,54 ± 9,86
<b>Počátek vzniku nemoci</b>	38,60 ± 16,02	Práce (max 65 bodů)	35,21 ± 19,27
<b>Délka trvání nemoci</b>	9,27 ± 10,12	Domácnost (max 50 bodů)	39,53 ± 9,37
<b>Počet hospitalizací</b>	0,32 ± 0,82	Škola / Studia (max 50 bodů)	11,75 ± 6,47
<b>Vzdělání</b>		Volný čas (max 30 bodů)	20,95 ± 5,26
základní	10	Sociální aktivity (max 55 bodů)	38,86 ± 7,78
vyučení	40	Obecné (max 80 bodů)	53,78 ± 10,54
středoškolské s maturitou	72	<b>SUMA O-LES-Q (max 465 bodů)</b>	287,9 ± 55,4
vysokoškolské	28	<b>Q-LES-Q v %</b>	61,91 ± 11,91 %
<b>Rodinný stav</b>		Odcizení	10,93 ± 3,85
svobodní	32	Souhlas se stereotypy	11,52 ± 2,98
ženatí / vdaní	75	Vnímaná diskriminace	7,76 ± 2,58
rozvedení	39	Sociální stažení se	10,49 ± 3,33
vdova / vdoved	9	Odolnost proti stigmatu	12,53 ± 2,41
nevedeno	7	<b>ISMI skóre</b>	53,49 ± 11,84
<b>Partner</b>		<b>Pozitivní zvládání</b>	12,86 ± 3,19
ne	70	<b>Negativní zvládání</b>	13,11 ± 3,88
ano	35	Podhodnocení	8,83 ± 4,35
nevedeno	48	Odmítání viny	11,99 ± 4,09
<b>Zaměstnání</b>		Odklon	13,09 ± 4,62
ne	64	Náhradní uspokojení	11,98 ± 4,69
ano	88	Kontrola situace	14,73 ± 4,05
nevedeno	1	Kontrola reakcí	15,47 ± 3,99
<b>ObjCGI závažnost</b>	2,67 ± 1,19	Pozitivní sebe-instrukce	14,56 ± 4,62
<b>SubCGI závažnost</b>	2,31 ± 1,17	Potřeba sociální opory	13,31 ± 5,10
		Aktivní vyhýbání	15,46 ± 3,95
		Únikové tendence	12,67 ± 4,37
		Perseverace	16,22 ± 5,38
		Rezignace	11,24 ± 4,68
		Sebeobviňování	12,14 ± 5,19

Poznámky: Data jsou uvedena jako průměry, směrodatné odchylky a počet N (%); CGI (Clinical Global Impression); df (stupeň volnosti); sd (standardní odchylka); objCGI (objektivní CGI); subjCGI (subjektivní CGI); Q-LES-Q (Quality of Life Satisfaction and Employment Questionnaire), ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness), SVF-78 (Stress Coping Style Questionnaire)

### 5.3.2.1 Závažnost poruchy

Psychiatři hodnotili závažnosti poruchy svých pacientů v průměru jako mírnou (2,67 ± 1,19) dle objCGI. Subjektivní hodnocení závažnosti pacienty bylo podobné (2,31 ± 1,17), viz Tabulka 27. S nepatrnými psychickými potíži dle subjektivního hodnocení

pacientů (subjCGI=2) bylo 67 jedinců (43,8 %), normálních bez duševní nemoci (subjCGI=1) celkem 36 (23,5 %), s mírnými známkami duševní nemoci (subjCGI=3) celkem 30 (19,6 %), středně silně psychicky nemocných (subjCGI=4) celkem 11 jedinců (7,2 %), zcela zřetelně psychicky nemocných (subjCGI=5) bylo 6 jedinců (3,9 %). Za nejvíc vážně nemocné jedince (subjCGI=6) se považovali 3 jedinci (2 %). Dle objektivního hodnocení lékaře bylo hraničně duševně nemocných (objCGI=2) celkem 53 (34,6 %), normálních bez duševní nemoci (objCGI=1) celkem 25 (16,3 %), lehce/mírně duševně nemocných (objCGI=3) celkem 34 (22,2 %), poměrně dost duševně nemocných (objCGI=4) celkem 31 jedinců (20,3 %), vážně psychicky nemocní (objCGI=6) byli 2 jedinci (1,3 %).

### **5.3.2.2 Psychofarmaka**

Z celkového počtu 153 pacientů užívalo psychofarmaka dle subjektivní výpovědi 147 pacientů (96,1 %), šest pacientů neužívalo žádné psychiatrické léky (3,9 %). Většina pacientů užívala léky pravidelně v předepsaných dávkách (90,2 %), devět pacientů nepravidelně, kdy občas zapomenou na jejich užití (6,0 %). Přesné dávky užívané medikace nebyly monitorované.

### **5.3.2.3 Diagnostické podskupiny**

Výzkumný soubor byl s ohledem na různé diagnostické skupiny heterogenní, zahrnoval šest podskupin diagnóz: panická porucha a / nebo agorafobie, sociální fobie, generalizovaná úzkostná porucha a smíšená úzkostně depresivní porucha, porucha přizpůsobení, somatoformní poruchy a obsedantně-kompulzivní poruchu. Diagnostické podskupiny se významně lišily pouze ve věku a užívání negativních strategií zvládnání, nikoli v jiných měřených klinických a psychologických proměnných (Tabulka 28). Negativní strategie zvládnání používali z poruch neurotického spektra nejvíce pacienti se sociální fobií. Pacienti s panickou poruchou a agorafobií měli nejnižší průměrné užívání negativních zvládacích strategií (Tabulka 28).

Tabulka 28: Rozdíly v hodnotících škálách dle typu poruchy neurotického spektra

	objCGI	subjCGI	ISMI	Pozitivní zvládání	Negativní zvládání	Q-LES-Q
Panická porucha s/bez agorafobie (n=21)	2,52 ± 0,98	1,95 ± 0,67	50,4 ± 7,9	13,3 ± 2,3	10,9 ± 3,7	310,6 ± 37,3
Sociální fobie (n=8)	3,38 ± 0,74	2,63 ± 1,41	54,1 ± 10,9	10,7 ± 2,4	15,7 ± 3,4	272,4 ± 50,2
Generalizovaná úzkostná porucha a úzkostně-depresivní porucha (n=65)	2,77 ± 1,24	2,23 ± 1,22	52,9 ± 12,4	13,2 ± 3,7	13,1 ± 3,5	293,3 ± 53,4
Poruchy přizpůsobení (n=33)	2,39 ± 1,30	2,67 ± 1,32	56,8 ± 14,0	13,0 ± 3,1	13,7 ± 4,5	279,5 ± 46,2
Somatoformní poruchy (n=20)	2,56 ± 1,28	2,10 ± 1,07	52,4 ± 10,2	12,3 ± 2,6	13,9 ± 3,6	278,3 ± 57,0
Obsedantně kompulzivní porucha (n=6)	3,17 ± 0,75	2,67 ± 0,52	55,7 ± 10,8	11,9 ± 2,3	12,0 ± 3,3	298,2 ± 41,9
Statistika	Kruskal-Wallis test; n.s.	Kruskal-Wallis test; n.s.	One-way ANOVA: F=0,896; df=151; n.s.	One-way ANOVA: F=1,19; df=149; n.s.	One-way ANOVA: F=2,56; df=149; <b>p&lt;0,05</b> ; Panická p. vs sociální f.: <b>p&lt;0,05</b>	One-way ANOVA: F=1,16; df=152; n.s.

Poznámky: Kruskal-Wallis test; One-Way ANOVA; ns (není signifikantní); objCGI (objektivní CGI); subjCGI (subjektivní CGI); Q-LES-Q (Quality of Life Satisfaction and Employment Questionnaire), ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness), SVF-78 (Stress Coping Style Questionnaire)

#### 5.3.2.4 Hodnotící škály a demografické faktory

Pacienti se při rozdělení podle pohlaví nelišili v závažnosti poruchy hodnocené jak subjektivně (subjCGI), tak objektivně (objCGI), v celkové míře kvality života (Q-LES-Q), sebestigmatizaci (ISMI) nebo užívání pozitivních a negativních strategií zvládání (Tabulka 29). Lidé s různým vzděláním se mezi sebou nelišili v závažnosti poruchy (objektivní a subjektivní CGI), sebestigmatizaci (ISMI), v užití pozitivních nebo negativních strategií. Podle vzdělání byla patrná významná odlišnost pouze v celkové úrovni kvality života Q-LES-Q ( $F = 3,11$ ,  $df = 148$ ,  $p < 0,05$ ), a to mezi základním a vysokoškolským vzděláním (Tabulka 29). Partnerství a zaměstnání nemají žádný významný vliv na subjektivně nebo objektivně hodnocenou závažnost poruchy stanovenou subjCGI a objCGI, sebestigmatizaci (ISMI), pozitivní a negativní strategie zvládání.

Tabulka 29: Rozdíly v hodnotících škálách v závislosti na demografických faktorech

	objCGI	subjCGI	ISMI	POZITIVNÍ ZVLÁDÁNÍ	NEGATIVNÍ ZVLÁDÁNÍ	Q-LES-Q
<b>Pohlaví</b>	2,72 ± 1,12	2,26 ± 1,02	52,8 ± 10,1	12,7 ± 3,4	12,3 ± 3,7	289,2 ± 39,4
muži (n=39)	2,66 ± 1,23	2,33 ± 1,22	53,7 ± 12,4	12,9 ± 3,1	13,4 ± 3,9	287,5 ± 50,0
ženy (n=114)						
<b>statistika</b>	Mann Whitney test: n. s.	Mann Whitney test: n. s.	Unpaired t test: t=0,44 df=150; n.s.	Unpaired t test: t=0,27 df=148; n.s.	Unpaired t test: t=1,5 df=148; n.s.	Unpaired t test: t=0,17 df=151; n.s.
<b>Vzdělání</b>	2,30 ± 1,25	2,20 ± 1,32	53,3 ± 16,6	13,7 ± 4,0	13,0 ± 4,5	261,9 ± 54,9
základní (n=10)	2,85 ± 1,08	2,33 ± 1,14	53,8 ± 11,5	12,8 ± 3,3	13,1 ± 3,7	283,9 ± 46,8
vyučení (n=40)	2,68 ± 1,27	2,29 ± 1,14	53,5 ± 11,8	12,8 ± 3,1	13,1 ± 3,8	290,7 ± 49,7
středoškolské (n=72)	2,46 ± 1,04	2,21 ± 0,92	50,9 ± 8,5	12,8 ± 3,3	12,8 ± 4,1	312,1 ± 49,1
vysokoškolské (n=28)						
<b>statistika</b>	Kruskal- Wallis test: n.s.	Kruskal-Wallis test: n.s.	One-way ANOVA: F=0,42 df=148; n.s.	One-way ANOVA: F=0,26 df=148; n.s.	One-way ANOVA: F=0,05 df=148; n.s.	One-way ANOVA: F=3,11 df=148; <b>p&lt;0,05</b> ; základní vs vysokoškolské; <b>p&lt;0,05</b>
<b>Partnerství</b>	2,78 ± 1,34	2,41 ± 1,46	52,3 ± 14,2	13,1 ± 3,3	12,8 ± 4,1	298,0 ± 50,9
ne (n=49)	2,62 ± 1,11	2,26 ± 1,03	54,0 ± 10,7	12,9 ± 3,1	13,1 ± 3,8	287,0 ± 50,8
ano (n=98)						
<b>statistika</b>	Mann Whitney test: n. s.	Mann Whitney test: n. s.	Unpaired t test: t=0,79 df=144; n.s.	Unpaired t test: t=0,33 df=142; n.s.	Unpaired t test: t=0,34 df=142; n.s.	Unpaired t=1,24 df=144; n.s.
<b>Zaměstnání</b>	2,88 ± 1,18	2,47 ± 1,38	55,7 ± 13,2	12,7 ± 3,6	13,2 ± 4,3	267,9 ± 43,4
ne (n=64)	2,52 ± 1,20	2,19 ± 0,98	52,1 ± 10,5	12,9 ± 2,9	13,1 ± 3,5	304,4 ± 48,2
ano (n=88)						
<b>statistika</b>	Mann Whitney test: n. s.	Mann Whitney test: n. s.	Unpaired t test: t=1,8 df=149; n.s.	Unpaired t test: t=0,34 df=147; n.s.	Unpaired t test: t=0,22 df=147; n.s.	Unpaired t t=4,797 df=149; <b>p&lt;0,001</b>

Poznámky: Mann-Whitney test; Unpaired t test (T-test pro nezávislé výběry); Kruskal-Wallis test; One-way ANOVA; CGI (Clinical Global Impression); df (stupeň volnosti); sd (standardní odchylka); ns (není signifikantní); objCGI (objektivní CGI); subjCGI (subjektivní CGI); Q-LES-Q (Quality of Life Satisfaction and Employment Questionnaire), ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness), SVF-78 (Stress Coping Style Questionnaire)

### 5.3.2.5 Strategie zvládnání zátěže

Pacienti užívali pozitivní strategie v průměrné míře (T-skór = 50; hs = 12,86 ± 3,19); negativní strategie také v průměrné míře (T skór = 57; hs = 13,11 ± 3,88), viz Tabulka 30. Z pozitivních strategií byla nejméně užívaná strategie *Podhodnocení situace* (T-skór=48), nejvíce se neurotičtí pacienti snažili užívat strategii *Kontroly reakcí* (T-skór=49,5), viz

Tabulka 30. Z negativních strategií zvládání výrazně užívali především *Únikové tendence* (T-skór=58) a *Rezignaci* (T-skór=56), viz Tabulka 30.

Tabulka 30: Strategie zvládání zátěže (průměry a T-skóre)

STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ	PRŮMĚR ± SD	T-SKÓRY
<b>Pozitivní strategie</b>	<b>12,86 ± 3,19</b>	<b>49,5 ± 11,8</b>
Podhodnocení	8,83 ± 4,35	48,11 ± 11,62
Odmítání viny	11,99 ± 4,09	54,28 ± 10,84
Odklon	13,09 ± 4,62	50,09 ± 11,09
Náhradní uspokojení	11,98 ± 4,69	53,45 ± 9,27
Kontrola situace	14,73 ± 4,05	45,28 ± 10,25
Kontrola reakcí	15,47 ± 3,99	49,47 ± 9,68
Pozitivní sebeinstrukce	14,56 ± 4,62	43,73 ± 11,89
<b>Neutrální strategie</b>		
Potřeba sociální opory	13,31 ± 5,10	48,67 ± 10,41
Aktivní vyhýbání	15,46 ± 3,95	55,03 ± 7,43
<b>Negativní strategie</b>	<b>13,11 ± 3,87</b>	<b>57,02 ± 10,7</b>
Únikové tendence	12,67 ± 4,37	58,75 ± 9,28
Perseverace / Ruminace	16,22 ± 5,38	52,23 ± 10,51
Rezignace	11,24 ± 4,68	56,11 ± 10,16
Sebeobviňování	12,14 ± 5,19	52,27 ± 11,76

Poznámky: SD (standardní odchylka); SVF-78 (Stress Coping Style Questionnaire)

### 5.3.2.6 Kvalita života

Z celkového počtu 465 bodů kvality života měli pacienti s poruchami neurotického okruhu průměrné skóre 287,9 ± 55,4 (62 %). Nejnižších skórů dosahovali v oblasti *Škola / Studia* (11,75 ± 6,47), viz Tabulka 31.

Tabulka 31: Domény kvality života a průměrné skóre

Q-LES-Q	PRŮMĚR ± SD
Fyzické zdraví (max 65b)	40,68 ± 8,74
Pocity (max 70b)	49,54 ± 9,86
Práce (max 65 b)	35,21 ± 19,27
Domácnost (max 50b)	39,53 ± 9,37
Škola / Studia (max 50b)	11,75 ± 6,47
Volný čas (max 30b)	20,95 ± 5,26
Sociální aktivity (max 55b)	38,86 ± 7,78
Obecné (max 80b)	53,78 ± 10,54
<b>SUMA O-LES-Q (max 465b)</b>	<b>287,9 ± 55,4</b>
<b>Q-LES-Q v %</b>	<b>61,9 % ± 11,91 %</b>

Poznámky: SD (směrodatná odchylka); Q-LES-Q (Quality of Life Satisfaction and Employment Questionnaire)

### 5.3.3 Sebestigmatizace

Celkové skóre ISMI bylo v průměru  $53,49 \pm 11,84$  (T-skór = 43), s nižšími hodnotami subškály ISMI *Vnímané diskriminace* ( $7,76 \pm 2,58$ , Tabulka 32).

Tabulka 32: Subškály ISMI

SUBŠKÁLY	PRŮMĚR ± SD
Odcizení	10,93 ± 3,85
Souhlas se stereotypy	11,52 ± 2,98
Vnímaná diskriminace	7,76 ± 2,58
Sociální stažení se	10,49 ± 3,33
Odolnost proti stigmatu	12,53 ± 2,41
<b>Celkové skóre ISMI</b>	<b>53,49 ± 11,84</b>

Poznámky: SD (směrodatná odchylka); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness)

#### 5.3.3.1 Vztah mezi sebestigmatizací, demografickými a klinickými faktory

Sebestigmatizace měřená celkovým skóre ISMI významně pozitivně korelovala se subjektivní a objektivní závažností poruchy (subjCGI a objCGI) a počtem hospitalizací. SubjCGI a ObjCGI významně pozitivně korelovaly se všemi oblastmi ISMI s výjimkou *Odolnosti proti stigmatu*. Počátek onemocnění souvisel pouze se subškálou *Odcizení* ISMI; délka trvání psychické poruchy nesouvisela s žádnou ze subškál ISMI. Ovšem počet hospitalizací pozitivně koreloval se subškálou *Odcizení* ISMI, *Souhlasem se stereotypy*, *Vnímanou diskriminací* a *Sociálním stažením*, ale nekoreloval s *Odolností proti stigmatu* (Tabulka 33).

Tabulka 33: Vztah mezi sebestigmatizací a demografickými a klinickými faktory

	ISMI skór	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Sociální stažení se	Odolnost proti stigmatu
Věk	-0,03	-0,05	0,05	-0,06	0,06	-0,05
Počátek nemoci	-0,06	<b>-0,19</b> S**	-0,10	-0,08	0,00	0,05
Délka trvání	0,06	-0,10	0,08	0,02	0,06	-0,00
Hospitalizace	<b>0,23</b> S**	<b>0,22</b> S**	<b>0,19</b> S*	<b>0,18</b> S*	<b>0,22</b> S**	-0,02
ObjCGI	<b>0,24</b> S**	<b>0,27</b> S***	<b>0,16</b> S*	<b>0,19</b> S*	<b>0,21</b> S*	0,13
SubCGI	<b>0,43</b> S***	<b>0,50</b> S***	<b>0,37</b> S***	<b>0,36</b> S***	<b>0,43</b> S***	0,12

Poznámky: Pearsonova (P) a Spearmanova korelace (S); statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; objCGI (objektivní CGI); subjCGI (subjektivní CGI)

### 5.3.3.2 Vztah mezi sebestigmatizací a strategiemi zvládání

Pozitivní strategie zvládání negativně korelovaly se všemi subškálami i celkovým skórem ISMI s výjimkou neutrální strategie *Potřeba sociální opory*. Negativní strategie zvládání také pozitivně korelovaly se všemi subškálami i celkovým skórem ISMI (Tabulka 34). Čím více negativních strategií zvládání pacienti s neurotickými poruchami užívají, tím více se sebestigmatizují nebo naopak.

Tabulka 34: Vztah mezi strategiemi zvládání a ISMI subškálami

Zvládací strategie	ISMI skóre	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Sociální stažení se	Odolnost proti stigmatu
Podhodnocení	-0,30 <sup>P***</sup>	-0,42 <sup>S***</sup>	-0,29 <sup>S***</sup>	-0,23 <sup>S**</sup>	-0,29 <sup>S***</sup>	-0,19 <sup>S*</sup>
Odmítání viny	-0,27 <sup>P***</sup>	-0,30 <sup>S***</sup>	-0,21 <sup>S*</sup>	-0,20 <sup>S*</sup>	-0,25 <sup>S**</sup>	-0,12
Odklon	-0,49 <sup>P***</sup>	-0,48 <sup>S***</sup>	-0,35 <sup>S***</sup>	-0,32 <sup>S***</sup>	-0,36 <sup>S***</sup>	-0,26 <sup>S**</sup>
Náhradní uspokojení	-0,30 <sup>P***</sup>	-0,32 <sup>S***</sup>	-0,18 <sup>S*</sup>	-0,19 <sup>S*</sup>	-0,22 <sup>S**</sup>	-0,28 <sup>S***</sup>
Kontrola situace	-0,30 <sup>P***</sup>	-0,17 <sup>S*</sup>	-0,20 <sup>S*</sup>	-0,22 <sup>S**</sup>	-0,20 <sup>S*</sup>	-0,30 <sup>S***</sup>
Kontrola reakcí	-0,46 <sup>P***</sup>	-0,39 <sup>S***</sup>	-0,37 <sup>S***</sup>	-0,39 <sup>S***</sup>	-0,44 <sup>S***</sup>	-0,33 <sup>S***</sup>
Pozitivní sebe-instrukce	-0,54 <sup>P***</sup>	-0,52 <sup>S***</sup>	-0,49 <sup>S***</sup>	-0,44 <sup>S***</sup>	-0,51 <sup>S***</sup>	-0,32 <sup>S***</sup>
Potřeba sociální opory	-0,15	-0,05	-0,06	-0,13	-0,12	-0,08
Aktivní vyhýbání	-0,24 <sup>P**</sup>	-0,13	-0,22 <sup>S**</sup>	-0,21 <sup>S*</sup>	-0,19 <sup>S*</sup>	-0,11
Únikové tendence	0,36 <sup>P***</sup>	0,38 <sup>S***</sup>	0,32 <sup>S***</sup>	0,30 <sup>S***</sup>	0,38 <sup>S***</sup>	0,22 <sup>S**</sup>
Perseverace	0,30 <sup>P***</sup>	0,36 <sup>S***</sup>	0,34 <sup>S***</sup>	0,19 <sup>S*</sup>	0,35 <sup>S***</sup>	0,11
Rezignace	0,51 <sup>P***</sup>	-0,50 <sup>S***</sup>	0,45 <sup>S***</sup>	0,38 <sup>S***</sup>	0,49 <sup>S***</sup>	0,34 <sup>S***</sup>
Sebeobviňování	0,42 <sup>P***</sup>	-0,53 <sup>S***</sup>	0,38 <sup>S***</sup>	0,29 <sup>S***</sup>	0,39 <sup>S***</sup>	0,27 <sup>S**</sup>
<b>POZITIVNÍ ZVLÁDÁNÍ</b>	<b>-0,51<sup>P***</sup></b>	<b>-0,52<sup>S***</sup></b>	<b>-0,40<sup>S***</sup></b>	<b>-0,40<sup>S***</sup></b>	<b>-0,45<sup>S***</sup></b>	<b>-0,34<sup>S***</sup></b>
<b>NEGATIVNÍ ZVLÁDÁNÍ</b>	<b>0,48<sup>P***</sup></b>	<b>0,53<sup>S***</sup></b>	<b>0,45<sup>S***</sup></b>	<b>0,36<sup>S***</sup></b>	<b>0,48<sup>S***</sup></b>	<b>0,30<sup>S***</sup></b>

Poznámky: Pearsonova (P) a Spearmanova (S) korelace; statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; ISMI Internalized Stigma of Mental Illness Scale; SVF-78 (Stress Coping Style Questionnaire)

### 5.3.3.3 Vztah mezi sebestigmatizací a kvalitou života

Všechny domény Q-LES-Q významně negativně korelovaly se všemi ISMI doménami kromě domény *Škola / Studium*. Silné korelace se objevily především mezi *Sociálním stažením* a celkovou úrovní kvality života Q-LES-Q. Doména *Pocitů* silně koreluje s ISMI *Odcizením* a *Souhlasem se stereotypy* (Tabulka 35).

Tabulka 35: Vztah mezi Q-LES-Q doménami a ISMI

Domény Q-LES-Q	ISMI skór	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Sociální stažení	Odolnost proti stigmatu
Fyzické zdraví	-0,50 <sup>P***</sup>	-0,44 <sup>S***</sup>	-0,45 <sup>P***</sup>	-0,46 <sup>S***</sup>	-0,46 <sup>S***</sup>	-0,25 <sup>S***</sup>
Pocity	-0,65 <sup>P***</sup>	-0,57 <sup>S***</sup>	-0,57 <sup>P***</sup>	-0,52 <sup>S***</sup>	-0,59 <sup>S***</sup>	-0,36 <sup>S***</sup>
Práce	-0,26 <sup>S***</sup>	-0,17 <sup>S*</sup>	-0,18 <sup>S*</sup>	-0,21 <sup>S**</sup>	-0,29 <sup>S***</sup>	-0,23 <sup>S**</sup>
Domácnost	-0,50 <sup>S***</sup>	-0,46 <sup>S***</sup>	-0,46 <sup>S***</sup>	-0,46 <sup>S***</sup>	-0,49 <sup>S***</sup>	-0,14 <sup>S*</sup>
Škola / Studia	-0,00 <sup>S</sup>	-0,20 <sup>S</sup>	-0,09 <sup>S</sup>	-0,07 <sup>4</sup>	0,04	-0,03 <sup>S</sup>
Volný čas	-0,45 <sup>S***</sup>	-0,44 <sup>S***</sup>	-0,41 <sup>S***</sup>	-0,34 <sup>S***</sup>	-0,39 <sup>S***</sup>	-0,32 <sup>S***</sup>
Sociální aktivity	-0,57 <sup>P***</sup>	-0,48 <sup>S***</sup>	-0,42 <sup>P***</sup>	-0,43 <sup>S***</sup>	-0,50 <sup>S***</sup>	-0,34 <sup>S***</sup>
Obecné	-0,55 <sup>P***</sup>	-0,55 <sup>S***</sup>	-0,44 <sup>P***</sup>	-0,49 <sup>S***</sup>	-0,54 <sup>S***</sup>	-0,32 <sup>S***</sup>
<b>SUMA O-LES-Q</b>	<b>0,59<sup>P***</sup></b>	<b>-0,55<sup>S***</sup></b>	<b>-0,50<sup>P***</sup></b>	<b>-0,51<sup>S***</sup></b>	<b>-0,61<sup>S***</sup></b>	<b>-0,37<sup>S***</sup></b>

Poznámky: Pearsonova (P) a Spearmanova (S) korelace; statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; ISMI Internalized Stigma of Mental Illness Scale; Q-LES-Q (Quality of Life Satisfaction and Employment Questionnaire)

### 5.3.3.4 Regresní analýza sebestigmatizace

Sebestigmatizace významně souvisí s mnoha faktory. Abychom zjistili nejdůležitější z nich, provedli jsme krokovou regresní analýzu. Nezávislé faktory zahrnovaly věk, pohlaví, partnerství, vzdělání, zaměstnání, důchod, počátek poruchy, délku trvání poruchy, počet hospitalizací, kvalitu života, pozitivní a negativní strategie zvládání. Nejvýznamnějšími faktory spojenými se sebestigmatizací byly subjektivní závažnost, pozitivní a negativní strategie zvládání a kvalita života, které vysvětlily 52,3 % celkového rozptylu sebestigmatizace hodnocené ISMI ( $F = 33,458$ ,  $p < 0,001$ ; Tabulka 36).

Tabulka 36: Regresní analýza pro závisle proměnnou ISMI

ISMI	Regresory	B	SE	$\beta$	t	Signifikance
	SubjCGI	2,667	0,716	0,266	3,716	$p < 0,001$
	Pozitivní zvládání	-0,702	0,254	-0,191	-2,761	$p < 0,01$
	Negativní zvládání	0,473	0,206	0,157	2,293	$p < 0,05$
	Q-LES-Q	-0,068	0,014	-0,325	-4,777	$p < 0,001$
$F = 18,673$ , $df = 88$ ; $p < 0,001$ ; Adjusted R Square = 0,523						

Poznámky: SE (standardní chyba);  $\beta$  (beta); B (regresní koeficient); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness; subjCGI (pacientovo subjektivní hodnocení Clinical Global Impression); Q-LES-Q (Quality of Life Satisfaction and Employment Questionnaire); SVF-78 (Stress Coping Style Questionnaire)



### 5.3.4 Vyjádření se k platnosti hypotéz

V souvislosti se zjištěnými výsledky studie u ambulantních pacientů s neurotickými poruchami se nyní vyjádříme ke stanoveným hypotézám.

**(1) H<sub>A</sub>-A: Sebestigmatizace bude souviset s vybranými demografickými údaji, jako je věk, rodinný stav, psychiatrická heredita, vzdělání a zaměstnání.**

- (a) míra sebestigmatizace negativně koreluje s věkem
- (b) míra sebestigmatizace je vyšší u svobodných jedinců
- (c) míra sebestigmatizace je vyšší u pacientů, kde se v rodině vyskytovala psychická porucha
- (d) míra sebestigmatizace je vyšší u lidí s nižším vzděláním
- (e) míra sebestigmatizace je vyšší u lidí bez zaměstnání

Hypotézu o vztahu mezi sebestigmatizací a demografickými faktory **nepřijímáme** pro žádnou z uvedených demografických charakteristik. Nalezli jsme pouze vztah mezi sebestigmatizací a počtem hospitalizací, která není součástí stanovené hypotézy.

**(2) H<sub>A</sub>-B: Sebestigmatizace pozitivně koreluje se závažností poruchy.**

Tuto hypotézu na zvolené hladině významnosti **přijímáme** pro objektivní závažnost psychopatologie, která je v mírném vztahu se sebestigmatizací, i pro subjektivní závažnost, která je ve středně silném vztahu.

**(3) H<sub>A</sub>-C: Sebestigmatizace a kvalita života budou vzájemně negativně korelovat.**

Hypotézu o negativním vztahu mezi sebestigmatizací a kvalitou života na zvolené hladině významnosti **přijímáme**. Mezi proměnnými jsme našli středně silný vztah.

**(4) H<sub>A</sub>-D: Sebestigmatizace pozitivně koreluje s negativními strategiemi zvládnání a negativně s pozitivními zvládacími strategiemi.**

Hypotézu o negativním vztahu mezi sebestigmatizací a pozitivním zvládnáním zátěže, pozitivním vztahu mezi negativními strategiemi a sebestigmatizací na zvolené hladině významnosti **přijímáme**. Mezi proměnnými jsme našli středně silný vztah.

### 5.3.5 Diskuze

Tato studie hodnotila vztahy mezi demografickými a klinickými daty, sebestigmatizací, kvalitou života a strategiemi zvládání. Výzkumný soubor tvořilo 153 ambulantních pacientů s poruchou neurotického spektra (panická porucha a / nebo agorafobie, sociální fobie, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně depresivní porucha, somatoformní porucha, obsedantně-kompulzivní porucha) diagnostikovaných dle MKN-10. Demografické charakteristiky výzkumného vzorku byly srovnatelné s ostatními výzkumnými studii u ambulantních pacientů s neurotickými poruchami z pohledu věku, věku počátku vzniku poruchy, pohlaví a rodinného a pracovního statutu (Michael a kol., 2007; Praško, Kamarádová a kol., 2015; Ocisková, Praško a kol., 2016).

#### *(1) Sebestigmatizace a demografické faktory*

Ve studii ambulantních pacientů s neurotickými poruchami jsme zjistili, že sebestigmatizace je u této skupiny pacientů průměrná (HS = 53,49; T-skór = 43). Výsledky se shodují se studií Ociskové a kol. (2014, 2015, 2018), která také zjistila, že míra sebestigmatizace je u pacientů s úzkostnými poruchami průměrná (T-skór = 51). Kamarádová a kol. (2016) také zjistila průměrnou míru sebestigmatizace u úzkostných poruch (T-skór = 47). Pokud to porovnáme s výsledky studií s jinými okruhy psychických poruch, míra sebestigmatizace je buď podobná, nebo mírně nižší než u závažných psychických poruch (Kamarádová a kol., 2016; Vrbová a kol., 2016; Turkmen a kol., 2017; Holubová a kol., 2018).

Dále jsme zjistili, že sebestigmatizace nekoreluje s demografickými charakteristikami, jako je věk, počátek nemoci, počet hospitalizací, pohlaví, vzdělání a partnerský vztah. Podobné výsledky jsou i v jiných studiích, kde nebyl prokázán rozdíl v míře sebestigmatizace ve vztahu k pohlaví, vzdělání nebo zaměstnání (Camp a kol., 2002; Livingston & Boyd, 2010; Kamarádová, Látalová a kol., 2016). V některých studiích je důležitým demografickým faktorem zaměstnání (Kamarádová a kol., 2015; Kalisová a kol., 2018), což se v naší studii neprokázalo. Naše výsledky jsou v souladu s výsledky jiných studií, kde zaměstnanost nesouvisela se sebestigmatizací (Praško, Kamarádová a kol., 2015; Ocisková, Praško a kol., 2016). Naše závěry se shodují s dalšími studii, které uvádí, že demografické faktory (pohlaví, dědičnost psychické poruchy a vzdělání) nesouvisí se sebestigmatizací u různých diagnostických skupin (Gerlinger a kol., 2013; Vrbová a kol., 2014; Kamarádová a kol., 2015;

Sedláčková a kol., 2015; Kalisová a kol., 2018). Cinculová a kol. (2015; 2017) také neprokázala souvislost mezi sebestigmatizací a věkem, věkem nástupu poruchy, ale našla souvislost mezi sebestigmatizací a počtem hospitalizací, kterou jsme. Zjištěný nesoulad ve výzkumných zjištěních může být způsobený odlišným vzorkem pacientů, který tvořili pacienti s úzkostnými poruchami hospitalizovanými na Psychoterapeutickém oddělení.

V této studii jsme neprokázali rozdíl v míře sebestigmatizace mezi diagnostickými podskupinami neurotických poruch. Zjistili jsme, že diagnostické podskupiny se mezi sebou v celkové míře sebestigmatizace významně neliší, tedy pacienti s poruchami neurotického spektra se sebestigmatizují přibližně stejně bez ohledu na konkrétní diagnostickou jednotku. Kamarádová a kol. (2016) při porovnání sebestigmatizace různých diagnostických skupin uvádí, že míra sebestigmatizace se neliší mezi diagnostickými skupinami. Ocisková a kol. (2015) uvádí, že nezáleží ani tak na konkrétní diagnóze, ale spíše na subjektivně i objektivně hodnocené závažnosti poruchy a přítomnosti komorbidních poruch osobnosti. Zdá se, že úroveň sebestigmatizace není odlišná ani mezi diagnostickými jednotkami v rámci diagnostické skupiny neurotických poruch.

## ***(2) Sebestigmatizace a závažnost poruchy***

Závažnost poruchy, zvláště její subjektivní vnímání, je významně spojená se všemi subškálami sebestigmatizace. Subjektivní hodnocení závažnosti poruchy prošlo vícenásobnou regresní analýzou jako jeden z nejdůležitějších faktorů ovlivňujících sebestigmatizaci. Pacienti, kteří se cítí být závažněji psychicky nemocní, nebo jsou objektivně závažněji nemocní, se více sebestigmatizují. Stejná zjištění byla nalezená i v jiných studiích (Markowitz, 2001; Livingston & Boyd, 2010; Látalová, Praško a kol., 2014; Hajda a kol., 2015; Ocisková, Praško, Kamarádová a kol., 2015; Kamarádová, Látalová a kol., 2016; Vrbová, Praško a kol., 2017; Cinculová, Praško a kol., 2017). Studie Lorona a kol. (2018) u pacientů s úzkostnou poruchou také zjistila, že sebestigmatizace pozitivně souvisí se závažností příznaků psychické poruchy. Také Ocisková a kol. (2018) ve své studii u neurotických pacientů zjistila, že celková míra sebestigmatizace má pozitivní souvislost s komorbidní poruchou osobnosti, závažnější symptomatologií, intenzivnějšími příznaky úzkosti a deprese a vyššími úrovněmi disociace a Vyhýbání se poškození dle Cloningera.

### ***(3) Sebestigmatizace a strategie zvládání***

Dle Friedmana (2006) zvládací strategie a faktory vzniku neurotických poruch souvisí s neadaptivní a neúčinnou reakcí na stresory. Pacienti s poruchami neurotického spektra užívají pozitivní i negativní strategie zvládání v průměrné míře. Výsledky se částečně liší od studie Ociskové a kol. (2015) která zjistila, že pacienti s neurotickou poruchou upřednostňují maladaptivní strategie zvládání a cítí beznaděj oproti jedincům, kteří jsou aktivnější, mají více naděje, více ventilují emoce, využívají instrumentální sociální podporu a aktivní zvládnutí. To může být způsobené tím, že Ocisková použila ve své studii jiný nástroj měření na strategie zvládání zátěže. Diagnostické podskupiny neurotických poruch se významně lišily v užívání negativních strategií zvládání. Z dalších zjištění uvádíme vztah mezi sebestigmatizací a strategiemi zvládání zátěže. Zejména pozitivní strategie Pozitivní sebeinstrukce a negativní strategie Rezignace jsou ve středně silném vztahu se sebestigmatizací. Výsledky jsou v souladu se zjištěním Ociskové, Praška a kol. (2014), že sebestigmatizace koreluje se zvládacími strategiemi tendence k užívání návykových látek a sklonem k rezignaci, a negativně se schopností plánovat řešení stresující situace.

### ***(4) Sebestigmatizace a kvalita života***

Dalším cílem bylo posoudit vztah mezi kvalitou života a sebestigmatizací. Zjistili jsme, že kvalita života pacientů s neurotickými poruchami je 62 %. Stejná zjištění u různých psychiatrických poruch dokládají i jiné studie (Papakostas a kol., 2004; Rapaport a kol., 2005; Ten Doeschate a kol., 2010; Sheshtawy, 2011; Ishak a kol., 2013; Jansen a kol., 2013; Lenox-Smith a kol., 2013; De Lima Silva a kol., 2014; Woo a kol., 2015; Sivertsen a kol., 2015; Burger a kol., 2016). V naší studii se neprokázal rozdíl v úrovni kvality života mezi diagnostickými podskupinami neurotických poruch. Neexistuje mnoho studií, které by měřily rozdíly v kvalitě života různých neurotických poruch (problémem je, že výzkumy nedefinují úroveň úzkostných symptomů ve smyslu mírné / vysoké nebo žádné úzkostné symptomatiky) (Raknes a kol., 2017).

Výsledky dále ukázaly, že úroveň sebestigmatizace významně negativně koreluje s kvalitou života, což je v souladu s jinými studiemi (Corrigan, Watson, & Barr, 2006; Šídllová a kol., 2011; Vrbová, Praško a kol., 2017). Lidé s psychickými poruchami, kteří se sebestigmatizují, mají nižší naděje a sebepřijetí s dopadem na životní spokojenost i aktuální subjektivní vnímání kvality života (Ocisková a kol., 2016). Podobný výsledek

popsal Tang a Wu (2012) u populace pacientů se schizofrenií a také Ocisková a kol. (2014) u pacientů s poruchami úzkostného spektra.

#### **(5) Regresní analýza sebestigmatizace**

Sebestigmatizace významně souvisí s mnoha faktory. Regresní analýza zjistila, že nejsilnějšími prediktory jsou subjektivní závažnost, pozitivní a negativní strategie a kvalita života, které vysvětlily 52,3 % celkového rozptylu sebestigmatizace. Je možné, že větší subjektivní závažnost psychické poruchy souvisí s užíváním pozitivního a negativního zvládnání, nižší kvalitou života a vyšší sebestigmatizací. Případně je možná jakákoliv jiná příčinná souvislost, např. že nadměrné užívání negativního zvládnání vede k rozvoji neurotických poruch a zvýšené sebestigmatizaci, jak to dokládá studie Friedmana (2006). Příčinnou souvislost jsme v této studii nezkoumali.

### **5.3.6 Závěry**

Při hodnocení sebestigmatizace u šesti poruch neurotického spektra jsme mezi diagnostickými podskupinami nezjistili rozdíly mezi pohlavím, závažností poruchy, sebestigmatizací, pozitivními strategiemi zvládnání a kvalitou života. Celková úroveň sebestigmatizace nebyla ovlivněna druhem diagnózy neurotické poruchy. Nejvýznamnějšími faktory souvisejícími se sebestigmatizací byly subjektivní závažnost, pozitivní a negativní strategie zvládnání a kvalita života. Studie potvrdila vztahy mezi kvalitou života, sebestigmatizací, závažností poruchy a strategiemi zvládnání zátěže u ambulantních pacientů s poruchami neurotického spektra. Pacienti s větší závažností poruchy, vyšší sebestigmatizací a negativními strategiemi zvládnání, vykazovali nižší kvalitu života. Praktickým přínosem je pro klinické pracovníky potvrzení souvislosti mezi sebestigmatizací, strategiemi zvládnání a kvalitou života u poruch neurotického spektra. Psychoedukační aktivity zaměřené na sebestigmatizaci, práce na přijetí psychické poruchy, rozvoj adaptivních strategií zátěže (např. pomocí Kognitivně-behaviorální terapie) mohou mít také dobrý vliv na kvalitu života a zvýšení celkové spokojenosti (Lorona a kol., 2018).

### **5.4 Porovnání sebestigmatizace tří diagnostických skupin**

Výše popsané studie ambulantních pacientů s poruchami schizofrenního, depresivního a neurotického spektra (*Studie I*) uvedené v této disertační práci, zkoumaly bližší vztahy mezi sebestigmatizací, demografickými faktory, závažností poruchy, strategiemi zvládnání

a kvalitou života pro konkrétní diagnostický okruh. Cílem této části je porovnat sebestigmatizaci a její vztahy s dalšími proměnnými mezi diagnostickými skupinami ze *Studie I* (ambulantní pacienti s poruchami neurotického, schizofrenního a depresivního spektra). Porovnání se účastnilo 343 pacientů (109 pacientů s poruchami schizofrenního spektra, 81 pacientů s depresivními poruchami a 153 pacientů s neurotickými poruchami).

#### 5.4.1 Hypotézy

Na základě cíle této části, který se zaměřuje na porovnání diagnostických skupin, jsme stanovili tyto alternativní hypotézy:

- (1) **H<sub>A-A</sub>**: Diagnostické skupiny se mezi sebou liší v demografických proměnných a klinických proměnných, jakými je věk, nástup poruchy, délka trvání poruchy, rodinný stav, zaměstnanost, subjektivní a objektivní závažnost.
- (2) **H<sub>A-B</sub>**: Sebestigmatizace se významně liší u diagnostických skupin; nejvíce se sebestigmatizují pacienti s poruchami schizofrenního spektra.<sup>49</sup>
- (3) **H<sub>A-C</sub>**: Kvalita života bude nižší u pacientů s poruchami schizofrenního spektra ve srovnání s pacienty s neurotickými a depresivními poruchami.<sup>50</sup>
- (4) **H<sub>A-D</sub>**: Pacienti s poruchami neurotického spektra užívají oproti pacientům s poruchami schizofrenního a depresivního spektra více pozitivních a méně negativních strategií zvládnání.<sup>51</sup>

#### 5.4.2 Popis výzkumného vzorku

Výzkumný soubor zahrnoval celkem 343 pacientů ze třech diagnostických okruhů psychických poruch:

- (a) *poruchy schizofrenního spektra* (n = 109; schizofrenie n = 72; schizoafektní porucha n = 31; akutní polymorfnní psychotická porucha n = 3 a perzistentní porucha s bludy n = 3)

---

<sup>49</sup> Hypotézu podporuj studie Eacka a Newhilla (2007).

<sup>50</sup> Hypotézu podporují studie Bobes a kol., 2005; Sidlova a kol., 2011; Papakostas a kol., 2004; Ten Doesschate a kol., 2010; Jansen a kol., 2013.

<sup>51</sup> Tuto hypotézu podporují výzkumy Baraty a kol., 2016; Dijkstra & Homana, 2016; Sampogna a kol., 2018; Evans a kol., 2015.

(b) *poruchy depresivního spektra* (n = 81; depresivní porucha n = 42; rekurentní depresivní porucha n = 36; perzistentní afektivní porucha - dystymie n = 3)

(c) *poruchy neurotického spektra* (n = 153; panická porucha s nebo bez agorafobie n = 21; sociální fobie n = 8; generalizovaná úzkostná porucha a smíšená úzkostná depresivní porucha n = 65; poruchy přizpůsobení n = 33; somatoformní poruchy n = 20 a obsedantně - kompulzivní porucha n = 6)

Průměrný věk všech pacientů byl  $47,4 \pm 13,1$  let. Ženská populace převažovala bez ohledu na diagnózu (70,26 %). Většina pacientů byla ženatá/vdaná (41,7 %). Téměř polovina pacientů dosáhla středního vzdělání (48,1 %), pětina pacientů měla vysokoškolské vzdělání (18 %). Nadpoloviční většina pacientů nepracovala (52,47 %). Z toho 58 % pacientů dostávalo dávky v invaliditě; většina z nich měla plný invalidní důchod (25,36 %), částečný invalidní důchod mělo 15,1 %; 17,49 % pacientů bylo ve starobním důchodu (Tabulka 37).

Tabulka 37: Popis souboru pacientů s neurotickým, depresivním a schizofrenním okruhem poruch

PROMĚNNÉ	Všichni pacienti (n=343)	Neurotické poruchy (n=153)	Depresivní poruchy (n=81)	Schizofrenní poruchy (n=109)	Statistika
<b>Věk</b>	47,4 ± 13,1	48,4 ± 13,9	52,7 ± 12,3	42,1 ± 10,4	Kruskal Wallis test: <b>p&lt;0,001</b>
<b>Pohlaví</b> M : Ž : chybějící	101 : 241 : 1	39 : 113 : 1	21 : 60 : 0	41 : 68 : 0	Pearson $\chi^2$ : n.s.
<b>Počátek onemocnění</b>	25,3 ± 14,8	38,6 ± 16,0	42,3 ± 12,8	26,0 ± 8,8	Kruskal Wallis test: <b>p&lt;0,001</b>
<b>Délka trvání</b>	11,7 ± 10,3	9,3 ± 10,1	10,5 ± 10,0	15,7 ± 9,7	Kruskal Wallis test: <b>p&lt;0,001</b>
<b>Počet hospitalizací</b>	1,55 ± 2,92	0,32 ± 0,82	0,51 ± 1,05	4,22 ± 4,01	Kruskal Wallis test: <b>p&lt;0,001</b>
<b>Vzdělání:</b> základní / vyučení / středoškolské / VŠ / chybějící	25 / 87 / 165 / 62 / 4	10 / 40 / 72 / 28 / 3	5 / 19 / 40 / 17 / 0	10 / 28 / 53 / 17 / 1	Pearson $\chi^2$ : n.s.
<b>Rodinný stav:</b> svobodní / ženatí / rozvedení / chybějící	118 / 143 / 67 / 15	42 / 75 / 29 / 7	12 / 44 / 21 / 4	64 / 24 / 17 / 4	Pearson $\chi^2$ : <b>p&lt;0,001</b>
<b>Partner:</b> ne / ano / chybějící	150 / 178 / 15	57 / 89 / 7	23 / 54 / 4	70 / 35 / 4	Pearson $\chi^2$ : <b>p&lt;0,001</b>
<b>Zaměstnání:</b> ne / ano / chybějící	180 / 157 / 6	88 / 64 / 1	35 / 40 / 6	33 / 76 / 0	Pearson $\chi^2$ : <b>p&lt;0,001</b>
<b>Důchod:</b> ne / plný invalidní / částečný invalidní / starobní / chybějící	133 / 87 / 52 / 60 / 11	84 / 12 / 22 / 30 / 5	33 / 10 / 10 / 22 / 6	16 / 65 / 20 / 8 / 0	Pearson $\chi^2$ : <b>p&lt;0,001</b>
<b>ObjCGI závažnost</b>	3,3 ± 1,3	2,7 ± 1,2	3,2 ± 1,3	4,1 ± 1,0	Kruskal Wallis test: <b>p&lt;0,001</b>
<b>SubjCGI závažnost</b>	2,5 ± 1,2	2,3 ± 1,2	2,5 ± 1,2	2,7 ± 1,4	Kruskal Wallis test: <b>p&lt;0,001</b>

Poznámky: M (muži); Ž (ženy); CGI (Clinical Global Impression); df (stupeň volnosti); max (maximum); sd (standardní odchylka); Kruskal Wallis test; ns (není signifikantní); objCGI (objektivní CGI); subjCGI (subjektivní CGI)

#### **5.4.2.1 Psychofarmaka**

Z celkového počtu 343 ambulantních pacientů užívalo dle subjektivní výpovědi předepsanou medikaci 324 z nich, a to jak antidepresivní, anxiolytickou nebo antipsychotickou léčbu podle diagnostického okruhu (94,5 %). Pouze 19 pacientů uvedlo, že neužívalo žádné psychiatrické léky (5,53 %). Většina pacientů (N = 264) uváděla, že pravidelně užívala léky v předepsaných dávkách (76,96 %), 18 z nich (5,24 %) uvedlo nepravidelné užívání (někdy je zapoměli užít). Přesné dávky léku nebyly v této studii sledovány.

#### **5.4.2.2 Závažnost poruchy**

V posouzení objektivní závažnosti (objCGI) posuzované psychiatrem, pacienti s psychózou vykazovali významně vyšší závažnost než ostatní skupiny (objCGI = 4,1±1,0). Pacienti s poruchami neurotického spektra byli hodnoceni jako nepatrně až mírně psychicky nemocní (objCGI = 2,7±1,2), viz Tabulka 37. Při subjektivním hodnocení závažnosti onemocnění (subjCGI) se pacienti ze všech diagnostických skupin hodnotili jako mírně psychicky nemocní (subjCGI v rozmezí 2-3), viz Tabulka 37.

#### **5.4.2.3 Diagnostické podskupiny, demografické a klinické faktory**

Skupiny rozdělené podle diagnostických okruhů se navzájem významně liší v průměrném věku. Pacienti s diagnózou poruchy ze schizofrenního okruhu byli statisticky významně mladší, než pacienti s poruchami neurotického nebo depresivního spektra. Pacienti s poruchou depresivního spektra měli také pozdější nástup onemocnění než pacienti s poruchami schizofrenního spektra. Doba trvání onemocnění byla významně vyšší u pacientů se schizofrenií, stejně jako počet psychiatrických hospitalizací (Tabulka 37). Pacienti s poruchami schizofrenního okruhu byli častěji bez partnera. Pacienti trpící poruchou neurotického spektra byli častěji nezaměstnaní, zatímco pacienti s psychózou měli nejvyšší výskyt invalidního důchodu.

Diagnostické skupiny se mezi sebou lišily v objektivně a subjektivně hodnocené závažnosti poruchy. Objektivně závažněji nemocní byli hodnoceni pacienti s poruchami schizofrenního spektra následovaní pacienty s depresivní poruchou a neurotickými poruchami. Stejně pořadí platí také pro subjektivní závažnost. Demografické a klinické údaje u jednotlivých skupin jsou uvedené v Tabulka 37.



### 5.4.3 Sebestigmatizace, demografické a klinické faktory

Po kontrole věkem a pohlavím sebestigmatizace negativně korelovala s věkem vzniku poruchy a pozitivně s délkou trvání poruchy, počtem hospitalizací, závažností poruchy hodnocenou klinickým psychiatrem (objCGI) a pacientem (subjCGI). Rovněž čtyři z pěti subškál ISMI (odcizení, souhlas se stereotypy, vnímaná diskriminace a sociální stažení se) statisticky významně korelují s trváním poruchy v letech, věkem počátku rozvoje poruchy, s počtem hospitalizací a s objCGI a subjCGI (Tabulka 38).

Tabulka 38: Korelace mezi sebestigmatizací, demografickými a klinickými faktory

Domény	Počátek	Trvání	Hospital.	ObjCGI	SubjCGI
<b>ISMI skóre</b>	<b>-0,13*</b>	<b>0,18**</b>	<b>0,29***</b>	<b>0,39***</b>	<b>0,52***</b>
Odcizení	-0,15*	0,18***	0,25***	0,37***	0,51***
Souhlas se stereotypy	-0,16**	0,21***	0,23***	0,31***	0,43***
Vnímaná diskriminace	-0,18**	0,22***	0,41***	0,36***	0,35***
Sociální stažení se	-0,13*	0,15*	0,28***	0,37***	0,50***
Odolnost proti stigmatu	0,03	-0,01	-0,06	0,17**	0,32***

Poznámky: Pearsonova korelace; statistická významnost \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; CGI (Clinical Global Impression); objCGI (objektivní CGI); subjCGI (subjektivní CGI); ISMI (Internalize Stigma of Mental Illness)

### 5.4.4 Sebestigmatizace, kvalita života, strategie zvládání

Po kontrole věkem a pohlavím korelovala sebestigmatizace negativně s pozitivním zvládáním a pozitivně s negativním zvládáním (Tabulka 39). Také všechny subškály ISMI byly významně spojené s pozitivním a negativním zvládáním. Kvalita života měřená Q-LES-Q po kontrole věkem a pohlavím negativně koreluje s celkovou mírou sebestigmatizace v ISMI (Tabulka 39). Všechny subškály ISMI korelují negativně s celkovým skóre Q-LES-Q. To samé platí pro všechny oblasti kvality života – všechny oblasti významně korelují se všemi subškálami ISMI, s výjimkou domény *Škola / studium*, která nesouvisí s žádnou subškálou ISMI (Tabulka 39).

Tabulka 39: Korelace sebestigmatizace s kvalitou života a strategiemi zvládnání

	ISMI skór	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Sociální stažení se	Odolnost proti stigmatu
<b>POZITIVNÍ ZVLÁDNÁNÍ</b>	<b>-0,45***</b>	<b>-0,44***</b>	<b>-0,39***</b>	<b>-0,27***</b>	<b>-0,38***</b>	<b>-0,36***</b>
<b>NEGATIVNÍ ZVLÁDNÁNÍ</b>	<b>0,54***</b>	<b>0,58***</b>	<b>0,42***</b>	<b>0,38***</b>	<b>0,53***</b>	<b>0,25***</b>
Podhodnocení	-0,47***	-0,45***	-0,37***	-0,33***	-0,41***	-0,29***
Odmítání viny	-0,25***	-0,24***	-0,22***	-0,13*	-0,21***	-0,21***
Odklon	-0,32***	-0,27***	-0,29***	-0,27***	-0,27***	-0,26***
Náhradní uspokojení	-0,36***	-0,30***	-0,32***	-0,28***	-0,32***	-0,28***
Kontrola situace	-0,43***	-0,45***	-0,38***	-0,28***	-0,36***	-0,28***
Kontrola reakcí	-0,09	-0,06	-0,05	-0,05	-0,08	-0,09
Pozitivní sebe-instrukce	-0,32***	-0,25***	-0,34***	-0,24***	-0,24***	-0,19***
Potřeba sociální opory	0,26***	0,30***	0,17**	0,26***	0,27***	0,11
Aktivní vyhýbání	0,16**	0,24***	0,10	0,07	0,22***	0,02
Únikové tendence	0,57***	0,57***	0,45***	0,45***	0,54***	0,26***
Perseverace	0,48***	0,53***	0,37***	0,38***	0,46***	0,17**
Rezignace	-0,38***	-0,34***	-0,36***	-0,42***	-0,34***	-0,09
Sebeobviňování	-0,09	0,01	-0,13*	-0,24***	-0,05	0,07
<b>Q-LES-Q skór</b>	<b>-0,57***</b>	<b>-0,54***</b>	<b>-0,47***</b>	<b>-0,43***</b>	<b>-0,54***</b>	<b>-0,35***</b>
Fyzické zdraví	-0,45***	-0,42***	-0,39***	-0,34***	-0,43***	-0,30***
Pocity	-0,60***	-0,56***	-0,51***	-0,44***	-0,56***	-0,40***
Práce	-0,35***	-0,26***	-0,28***	-0,31***	-0,32***	-0,19**
Domácnost	-0,42***	-0,39***	-0,38***	-0,32***	-0,39***	-0,23***
Škola / Studia	-0,05	-0,06	-0,04	-0,03	-0,03	-0,10
Volný čas	-0,38***	-0,35***	-0,29***	-0,27***	-0,36***	-0,30***
Sociální aktivity	-0,49***	-0,43***	-0,34***	-0,37***	-0,51***	-0,28***
Obecné	-0,53***	-0,52***	-0,41***	-0,42***	-0,49***	-0,34***

Poznámky: Pearsonova korelace; statistická významnost \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; Q-LES-Q (Quality of Life Satisfaction and Enjoyment Questionnaire); SVF-78 (Stress Coping Style Questionnaire), ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness Scale)

#### 5.4.5 Porovnání diagnostických skupin

Celková míra sebestigmatizace byla významně vyšší u pacientů s poruchami schizofrenního spektra (zejména v celkové míře ISMI a v subškálách *Souhlas se stereotypy* a *Vnímaná diskriminace*). V subškále ISMI *Odcizení* se skóre liší pouze mezi pacienty s poruchami ze schizofrenního a neurotického spektra (větší pocit odcizení mají pacienti s psychotickou poruchou) (Tabulka 40). Užití negativních a pozitivních strategií zvládnání bylo ve všech skupinách podobné; nebyly zjištěny žádné signifikantní rozdíly (Tabulka 40). Zjistili jsme významné rozdíly mezi třemi skupinami v několika dílčích pozitivních a negativních strategiích zvládnání, které používají (Tabulka 40). Pacienti s poruchami depresivního spektra používali více pozitivní strategie zvládnání jako *Podhodnocení*,

*Odmítání viny, Náhradní uspokojení a Pozitivní sebe-instrukce*, než pacienti s poruchami schizofrenního spektra. V negativním zvládnání se tyto dvě skupiny lišily ve strategii *Rezignace*, kterou méně často užívali depresivní pacienti. A dále ve strategii *Sebeobviňování*, kterou pacienti s depresivními poruchami užívali častěji než pacienti se schizofrenním spektrem poruch (Tabulka 40).

Tabulka 40: Porovnání diagnostických skupin v ISMI, Q-LES-Q a strategiích zvládnání

PROMĚNNÉ	Všichni pacienti (n=343)	Neurotické poruchy (n=153)	Depresivní poruchy (n=81)	Schizofrenní poruchy (n=109)	Statistika
ISMI skóre	57,6 ± 13,2	53,5 ± 11,8	56,9 ± 12,3	63,9 ± 13,5	One-way ANOVA: F=22,1 df=339, <b>p&lt;0,001</b> , Bonferroni's Multiple Comparison Test: Neu <SCH <b>p&lt;0,001</b> ; Dep<SCH <b>p&lt;0,001</b>
Odcizení	11,9 ± 3,9	10,9 ± 3,9	12,0 ± 3,7	13,3 ± 3,8	Kruskal Wallis test: <b>p&lt;0,001</b> ; Dunn's Multiple Comparison Test: Neu<SCH <b>p&lt;0,001</b>
Sohlas se stereotypy	12,41 ± 3,2	11,5 ± 3,0	12,0 ± 2,7	14,0 ± 3,4	One-way ANOVA: F=20,9 df=339, <b>p&lt;0,001</b> , Bonferroni's Multiple Comparison Test: Neu <SCH <b>p&lt;0,001</b> ; Dep<SCH <b>p&lt;0,001</b>
Vnímaná diskriminace	9,0 ± 3,2	7,8 ± 2,6	8,7 ± 2,7	11,1 ± 3,3	Kruskal Wallis test: <b>p&lt;0,001</b> ; Dunn's Multiple Comparison Test: Neu>D p<0,05; Neu<SCH p<0,001; Dep<SCH p<0,001
Sociální stažení se	11,6 ± 3,7	10,5 ± 3,3	11,6 ± 3,8	13,0 ± 3,7	Kruskal Wallis test: <b>p&lt;0,001</b> ; Dunn's Multiple Comparison Test: Neu<SCH p<0,001; Dep<SCH p<0,05
Odolnost proti stigmatu	12,6 ± 2,4	12,5 ± 2,4	12,5 ± 2,3	12,7 ± 2,3	Kruskal Wallis test: n.s.
<b>POZITIVNÍ ZVLÁDNÁNÍ</b>	12,8 ± 3,2	12,9 ± 3,2	12,7 ± 3,2	12,8 ± 3,3	One-way ANOVA: F=0,08 df=333: n.s.
<b>NEGATIVNÍ ZVLÁDNÁNÍ</b>	13,5 ± 4,1	13,1 ± 3,9	14,3 ± 3,9	13,6 ± 4,5	One-way ANOVA: F=2,22 df=333; n.s.
Podhodnocení	11,8 ± 5,0	13,1 ± 4,6	12,7 ± 4,4	9,1 ± 4,9	One-way ANOVA: F=24,7 df=333; <b>p&lt;0,001</b> ; N>SCH p<0,001; Dep>SCH p<0,001
Odmítání viny	11,6 ± 4,9	12,0 ± 4,7	10,1 ± 5,4	12,1 ± 4,5	One-way ANOVA: F=4,9 df=333; <b>p&lt;0,01</b> ; Neu>Dep p<0,05; Dep<SCH p<0,05
Odklon	14,5 ± 4,3	14,7 ± 4,1	15,6 ± 4,5	13,3 ± 4,2	One-way ANOVA: F=7,4 df=333; <b>p&lt;0,001</b> ; Neu>SCH p<0,05; Dep>SCH p<0,001
Náhradní uspokojení	14,9 ± 4,6	15,5 ± 4,0	16,2 ± 4,2	12,9 ± 5,1	One-way ANOVA: F=14,1 df=333; <b>p&lt;0,001</b> ; Neu>SCH p<0,001; Dep>SCH p<0,001
Kontrola situace	14,4 ± 4,5	14,6 ± 4,6	14,0 ± 4,5	14,5 ± 4,2	One-way ANOVA: F=0,4 df=333; n.s.

Kontrola reakcí	13,9 ± 4,9	13,3 ± 5,1	13,7 ± 4,7	14,8 ± 4,4	One-way ANOVA: F=2,9 df=333; n.s.
Pozitivní sebe-instrukce	15,1 ± 4,7	15,5 ± 4,0	16,7 ± 4,6	13,3 ± 5,1	One-way ANOVA: F=14,2 df=333; <b>p&lt;0,001</b> ; Neu>SCH p<0,001; Dep>SCH p<0,001
Potřeba sociální opory	13,2 ± 4,9	12,7 ± 4,4	13,4 ± 4,6	13,8 ± 5,7	One-way ANOVA: F=1,5 df=333; n.s.
Aktivní vyhýbání	16,6 ± 5,0	16,2 ± 5,4	18,1 ± 4,6	15,9 ± 4,4	One-way ANOVA: F=5,5 df=333; <b>p&lt;0,001</b> ; Neu<Dep p<0,05; Dep>SCH p<0,01
Únikové tendence	12,5 ± 5,0	11,2 ± 4,7	12,7 ± 5,0	14,2 ± 4,8	One-way ANOVA: F=11,7 df=333; <b>p&lt;0,001</b> ; Neu<SCH p<0,01
Perseverace	13,2 ± 5,5	12,1 ± 5,2	13,1 ± 4,8	14,7 ± 6,1	One-way ANOVA: F=7,0 df=333; <b>p&lt;0,001</b> ; Neu<SCH p<0,01
Rezignace	52,4 ± 13,7	49,0 ± 13,4	48,6 ± 13,1	60,64 ± 11,0	One-way ANOVA: F=14,9 df=333; <b>p&lt;0,001</b> ; Neu<SCH p<0,001; Dep<SCH p<0,001
Sebeobviňování	56,8 ± 11,4	57,3 ± 10,3	60,4 ± 10,2	53,3 ± 12,6	One-way ANOVA: F=9,7 df=333; <b>p&lt;0,001</b> ; Neu>SCH p<0,05; Dep>SCH p<0,001
<b>Q-LES-Q skór</b>	275,5 ± 69,3	287,9 ± 55,4	277,5 ± 67,0	266,7 ± 68,4	One-way ANOVA: F=3,7 df=338, <b>p&lt;0,05</b> , Bonferroni's Multiple Comparison Test: Neu>SCH <b>p&lt;0,05</b>
Fyzické zdraví	40,7 ± 9,4	40,7 ± 8,7	39,5 ± 9,9	41,8 ± 9,7	One-way ANOVA: F=1,4 df=338; n.s.
Pocity	47,3 ± 12,0	49,5 ± 9,8	47,4 ± 11,5	44,0 ± 14,2	One-way ANOVA: F=4,2 df=338, p<0,05; Bonferroni's Multiple Comparison Test: Neu>SCH <b>p&lt;0,05</b>
Práce	32,6 ± 19,5	35,2 ± 19,3	35,5 ± 19,5	26,6 ± 18,5	Kruskal Wallis test: <b>p&lt;0,05</b> ; Dunn's Multiple Comparison Test: Neu>SCH <b>p&lt;0,05</b> ; Dep>SCH <b>p&lt;0,05</b>
Domácnost	37,6 ± 9,7	39,5 ± 9,4	36,9 ± 10,0	35,6 ± 9,6	Kruskal Wallis test: <b>p&lt;0,001</b> ; Dunn's Multiple Comparison Test: Neu>SCH <b>p&lt;0,001</b>
Škola / Studia	12,3 ± 7,7	11,8 ± 6,5	12,6 ± 8,2	12,8 ± 9,0	Kruskal Wallis test: n.s.
Volný čas	20,3 ± 6,0	21,0 ± 5,3	20,6 ± 5,9	19,1 ± 6,8	Kruskal Wallis test: n.s.
Sociální aktivity	36,7 ± 9,9	38,9 ± 7,8	36,0 ± 9,9	34,1 ± 11,7	One-way ANOVA: F=5,0 df=338, <b>p&lt;0,01</b> , Bonferroni's Multiple Comparison Test: Neu <SCH <b>p&lt;0,05</b>
Obecné	51,3 ± 13,4	53,8 ± 10,5	50,2 ± 13,0	48,7 ± 16,5	One-way ANOVA: F=3,0 df=3382; <b>p&lt;0,05</b>

Poznámky: statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; SD (směrodatná odchylka); ns (není statisticky významné); max (maximum); df (stupeň volnosti); ANOVA (analýza rozptylu); Kruskal Wallis test; ISMI (Internalize Stigma of Mental Illness); Q-LES-Q (Quality of Life Satisfaction and Employment Questionnaire), SVF-78 (Stress Coping Style Questionnaire)

Pacienti s neurotickými poruchami používají významně více pozitivní strategie *Podhodnocení, Odklon, Náhradní uspokojení, Pozitivní sebe-instrukce* a negativní strategie *Sebeobviňování*. Pacienti se schizofrenním spektrem poruch oproti neurotickým pacientům používali významně více negativní strategie *Únikové tendence, Perseveraci a Rezignaci* (Tabulka 40). Pacienti s neurotickými a depresivními poruchami se také významně liší

v užití specifických strategií zvládnání. Pacienti s neurotickými poruchami používají oproti depresivním pacientům více pozitivní strategie *Odmítání viny* a méně neutrální strategii *Aktivního vyhýbání se* (Tabulka 40). Kvalita života byla významně nižší u pacientů s poruchami schizofrenního spektra ve srovnání s pacienty s poruchami neurotického spektra. Úroveň kvality života se významně nelišila u pacientů s poruchami schizofrenního a depresivního spektra s výjimkou domény *Práce* (Tabulka 40).

#### 5.4.6 Regresní analýza sebestigmatizace

Pro nalezení faktorů nejvíce souvisejících s celkovým skóre ISMI byla provedena regresní analýza, kde byla jako závisle proměnná celková míra sebestigmatizace ISMI. Nezávislé proměnné, které vstoupily do regresní analýzy, byly diagnostické podskupiny (poruchy neurotického spektra, deprese nebo psychóza), věk, pohlaví, partnerství, povolání, vzdělání, důchod, doba trvání poruchy, nástup poruchy, počet hospitalizací, objCGI, subjCGI, Q-LES-Q, pozitivní zvládnání, negativní zvládnání. Během deseti kroků zpětné postupné regrese se jako nejvýznamnější faktory spojené s ISMI ukázaly především diagnostická podskupina, subjCGI, počet hospitalizací, pozitivní zvládnání, negativní zvládnání a kvalita života. Regresní model vysvětloval 58,7 % celkového rozptylu sebestigmatizace (Tabulka 41).

Tabulka 41: Regresní analýza ISMI jako závisle proměnné

Regresory	B	SE	$\beta$	t	Signifikance
Diagnostická skupina	2,887	0,731	0,189	3,952	p<0,001
SubjCGI	2,270	0,549	0,206	4,133	p<0,001
Hospitalizace	0,602	0,208	0,140	2,886	p<0,05
Pozitivní zvládnání	-0,874	0,191	-0,215	-4,577	p<0,001
Negativní zvládnání	0,719	0,153	0,220	4,688	p<0,001
Q-LES-Q	-0,050	0,011	-0,243	-4,788	p<0,001

ANOVA: F= 62,887 df=261; p<0,001; Adjustované R<sup>2</sup> = 0,587

Poznámky: SE (standardní chyba);  $\beta$  (*beta*); B (regresní koeficient); objCGI (objektivní hodnocení Clinical Global Impression); subjCGI (pacientovo subjektivní hodnocení Clinical Global Impression); ISMI (Internalize Stigma of Mental Illness); SVF-78 (Stress Coping Style Questionnaire); Q-LES-Q (Quality of Life Satisfaction and Employment Questionnaire)

### 5.4.7 Vyjádření se k platnosti hypotéz

V souvislosti se zjištěnými výsledky studie u ambulantních pacientů s neurotickým, schizofrenním a depresivním spektrem psychických poruch, se nyní vyjádříme ke stanoveným hypotézám.

**(1) H<sub>A</sub>-A: Diagnostické skupiny se mezi sebou liší v demografických proměnných a klinických proměnných, jakými je věk, nástup poruchy, délka trvání poruchy, rodinný stav, zaměstnanost, subjektivní a objektivní závažnost.**

Hypotézu o rozdílu diagnostických podskupin v demografických proměnných **přijímáme**. Skupiny se liší v průměrném věku, nástupu poruchy, délce trvání poruchy, rodinném stavu, počtu hospitalizací, zaměstnanosti a objektivní a subjektivní závažnosti.

**(2) H<sub>A</sub>-B: Sebestigmatizace významně koreluje s věkem vzniku poruchy, délkou trvání poruchy, počtem hospitalizací, subjektivní a objektivní závažností poruchy.**

Hypotézu o korelaci sebestigmatizace, demografických a klinických proměnných na zvolené hladině významnosti **přijímáme** pro všechny uvedené proměnné.

**(3) H<sub>A</sub>-C: Sebestigmatizace se významně liší u diagnostických skupin; nejvíce se sebestigmatizují pacienti s poruchami schizofrenního spektra.**

Platnost uvedené hypotézy potvrzujeme a **přijímáme**, diagnostické skupiny se mezi sebou liší v úrovni sebestigmatizace. Sebestigmatizace je významně vyšší u pacientů s poruchami schizofrenního spektra.

**(4) H<sub>A</sub>-D: Kvalita života bude nižší u pacientů s poruchami schizofrenního spektra ve srovnání s pacienty s neurotickými a depresivními poruchami.**

Uvedená hypotéza je pouze částečně platná, proto ji **nepřijímáme**. Kvalita života byla významně nižší u pacientů s poruchami schizofrenního spektra ve srovnání s pacienty s poruchami neurotického spektra, nikoliv ve srovnání s pacienty s depresivními poruchami.

**(5) H<sub>A</sub>-E: Pacienti s poruchami neurotického spektra užívají oproti pacientům s poruchami schizofrenního a depresivního spektra více pozitivních a méně negativních strategií zvládnání.**

Hypotéza o rozdílu v pozitivních a negativních strategiích zvládnání zátěže u různých diagnostických skupin není platná, proto ji **nepřijímáme**. Skupiny se mezi sebou významně nelišily v míře užívání pozitivního nebo negativního zvládnání, pouze ve specifických strategiích.

#### **5.4.8 Diskuze**

Celkem 343 ambulantních pacientů z různých diagnostických skupin poruch (109 pacientů s poruchou schizofrenního spektra, 81 pacientů s poruchou depresivního spektra a 153 pacientů s neurotickými poruchami) jsme mezi sebou porovnali v demografických a klinických proměnných, strategiích zvládnání, kvalitě života a sebestigmatizaci. Pacienti s poruchami schizofrenního spektra byli významně mladší a měli dřívější nástup onemocnění než pacienti s neurotickými nebo depresivními poruchami, což odpovídá údajům v MKN-10 (1992) a DSM-5 (2013) o prevalenci a věku počátku rozvoje těchto poruch. Pacienti s poruchami schizofrenního spektra měli dále delší trvání onemocnění, větší počet hospitalizací, byli častěji nezadaní bez partnera, měli nejčastěji invalidní důchod a vykazovali větší objektivní i subjektivní závažnost psychopatologie než ostatní diagnostické skupiny. Skupiny se významně nelišily v úrovni dosaženého vzdělání. Pacienti trpící poruchou neurotického spektra byli častěji nezaměstnaní, zatímco pacienti s psychózou měli nejvyšší výskyt invalidního důchodu.

##### ***(1) Sebestigmatizace, demografické a klinické proměnné***

Sebestigmatizace byla u neurotických, schizofrenních a depresivních poruch v průměrné míře, což je v souladu s dalšími studii u pacientů s neurotickými, depresivními a psychotickými poruchami (Gerlinger a kol., 2013; Vrbová a kol., 2014; Ocisková a kol., 2015; Kamarádová a kol., 2016; Praško a kol., 2016; Vrbová a kol., 2016;

Turkmen a kol., 2017; Kalisova a kol., 2018). Zjistili jsme, že sebestigmatizace negativně korelovala s věkem vzniku poruchy a pozitivně s délkou trvání poruchy, počtem hospitalizací, závažností poruchy hodnocenou psychiatrem a pacientem. Uvedené korelace byly velmi slabé s výjimkou subjektivní a objektivní závažnosti. Cinculová a kol. (2015; 2017) také neprokázala souvislost mezi sebestigmatizací a věkem, věkem nástupu poruchy, ale našla souvislost mezi sebestigmatizací a počtem hospitalizací, kterou jsme. Zjištěný nesoulad ve výzkumných zjištěních může být způsobený odlišným vzorkem pacientů, který tvořili pacienti s úzkostnými poruchami hospitalizovanými na Psychoterapeutickém oddělení.

Mnoho studií zdůrazňuje důležitou souvislost mezi sebestigmatizací a závažností psychopatologie, kterou jsme také potvrdili (Goossens a kol., 2008; Aldao a kol., 2010; Šídlová a kol., 2011; Oakley, 2012; Kamarádová a kol., 2016; Praško a kol., 2016; Ocisková a kol., 2016; Grambal a kol., 2016; Vrbová a kol., 2016; Vrbová a kol., 2018). Pacienti s méně závažnou psychopatií (hodnocenou subjektivně nebo objektivně), se méně sebestigmatizují, používají více pozitivní strategie zvládnání, méně negativních a mají významně vyšší kvalitu života. Výsledky jsou v souladu s Ranem a kol. (2018) u pacientů s depresí, schizofrenními poruchami a neurotickými poruchami, kde úroveň sebestigmatizace pozitivně koreluje s celkovým skóre závažnosti příznaků a negativně s kvalitou života.

## ***(2) Sebestigmatizace, kvalita života, strategie zvládnání***

Sebestigmatizace po kontrole věkem a pohlavím negativně koreluje jak s kvalitou života, tak se strategiemi zvládnání zátěže. Nelze určit, jestli větší míra sebestigmatizace vede ke snížené kvalitě života nebo je tomu naopak, příčinnost vztahů jsme nezkoumali. Zjištění jsou podpořena výzkumem Oakleyho (2012), Ociskové a kol. (2016), Vrbové a kol. (2017), Ranem a kol. (2018) u pacientů s depresí, schizofrenními poruchami a neurotickými poruchami, kteří uvedli, že sebestigmatizace negativně koreluje s kvalitou života. Zdá se, že pacienti, kteří se stigmatizují v důsledku psychické poruchy, mohou mít nižší naději a v konečném důsledku také ovlivněné vnímání aktuální kvality života (Ocisková a kol., 2015). Sebestigmatizace po kontrole věkem a pohlavím negativně koreluje s pozitivními strategiemi zvládnání a pozitivně s negativními strategiemi zvládnání, což podporují i další studie (Ocisková a kol., 2015; Vrbová a kol., 2018). Z negativního zvládnání v kontextu sebestigmatizace se zdají být důležité především strategie Únikové



tendence a Perseverace. Z pozitivních zvládacích strategií se v kontextu sebestigmatizace zdá jako důležitá strategie Podhodnocení a Kontrola situace. Studie Rea a kol. (2003) nabízí, že když pacienti přijmou efektivní strategie zvládnání příznaků onemocnění, mohou se cítit méně stigmatizovaní.

### **(3) Sebestigmatizace a diagnostické okruhy**

Statistické analýzy potvrdily hypotézu, že pacienti s poruchami depresivního nebo neurotického spektra mají nižší míru sebestigmatizace než pacienti s poruchami schizofrenního spektra. Pacienti s poruchami neurotického a depresivního spektra se nelišili v celkové míře sebestigmatizace, pouze v subškále Vnímané diskriminace. Výsledky jsou v rozporu s výsledky Ociskové a kol. (2015) a Kamarádové a kol. (2016), které nenalezly žádné rozdíly mezi diagnostickými skupinami v míře sebestigmatizace. Návrh studie a metodologie měření byly stejné, ale výzkumný vzorek byl složený z ambulantních pacientů jedné psychiatrické kliniky, což může znamenat určitou selekci nebo se může jednat o důsledek statistické chyby. Grambal a kol. (2016) provedli srovnání mezi sebestigmatizací u pacientů se schizofrenií, depresivní poruchou, úzkostnými poruchami a hraniční poruchou osobnosti, kde se jednotlivé diagnostické okruhy v míře sebestigmatizace nelišili. Otázkou je, jaké faktory v tomto zjištění mohou hrát roli. Stereotypy o pacientech s poruchami schizofrenního spektra jsou obvykle mnohem výraznější, odmítavější, takže v tomto kontextu může vyšší sebestigmatizaci ovlivnit druh psychické poruchy. Vyšší sebestigmatizace u pacientů se schizofrenním spektrem poruch může být způsobená také závažností onemocnění, zkrácenou percepcí okolí, kognitivními poruchami a větší osobní zranitelností. Na tyto otázky mohou odpovědět případné další výzkumné studie.

### **(4) Kvalita života a diagnostické okruhy**

Dále jsme zjistili, že pacienti s poruchami schizofrenního spektra mají nižší úroveň celkové kvality života než pacienti s poruchami neurotického spektra. Kvalita života se nelišila mezi skupinou depresivních a schizofrenních poruch. Zjištění je v částečném rozporu s předchozí studií Látalové a kol. (2011), kde se porovnávala kvalita života mezi bipolární afektivní poruchou a schizofrenií (vyšší kvalitu života měli pacienti s bipolární poruchou a signifikantní rozdíl mezi skupinami byl patrný). Látalová však přímo nezkoumala pacienty s depresivní poruchou. Kvalitu života vnímají lépe pouze pacienti s neurotickými poruchami. Výsledky v této studii mohou vést k úvaze, že poruchy

schizofrenního spektra jsou často závažnější a trvalější než jiné psychické poruchy s komplexním dopadem na celkovou kvalitu života (Ventura a kol., 2009; Lepage a kol., 2014). Tato narušení jsou často znatelná a obtížně řešitelná, mohou zvýšit výskyt recidivy onemocnění a vést k nevratným změnám v mnoha oblastech (Kurtz a kol., 2012). Na druhou stranu je kvalita života v celé řadě úzkostných poruch omezená a silně spojená s poklesem společenského fungování a duševní pohody, stejně jako u pacientů s depresí (Stein & Heimberg, 2004).

#### **(5) Strategie zvládnání a diagnostické skupiny**

Hypotéza, že pacienti s poruchami neurotického spektra používají častěji pozitivní strategie zvládnání a méně negativní strategie, než pacienti s poruchami schizofrenního a depresivního spektra, nebyla v této studii potvrzená, protože jsme mezi těmito třemi skupinami nenalezli významné rozdíly v míře užívání pozitivních a negativních strategií zvládnání. Nalezli jsme ale významné rozdíly v užívání specifických pozitivních a negativních strategií u různých skupin psychických poruch. Žádná ze skupin se neliší při používání pozitivních strategií jako je Kontrola situace a reakcí, ani v neutrální strategii Potřeba sociální opory.

Pacienti s poruchami z depresivního spektra užívají proti pacientům z poruch schizofrenního spektra častěji pozitivní strategie jako Podhodnocení, Odmítání viny, Náhradní uspokojení a Pozitivní sebe-instrukce. Při použití negativních strategií zvládnání se tyto dvě skupiny liší pouze ve strategii Rezignace, která je méně užívaná pacienty z depresivního spektra; pacienti z depresivního spektra užívají naopak více negativní strategie Sebeobvinění než pacienti ze schizofrenního spektra. Pacienti z neurotického spektra užívají proti pacientům z depresivního spektra více pozitivní strategii Odmítání viny a méně neutrální strategii Aktivního vyhýbání se. Oproti pacientům ze schizofrenního spektra užívají neurotičtí pacienti výrazně více Podhodnocení, Odklon, Náhradní uspokojení, Pozitivní sebe-instrukce, Sebeobviňování, méně Únikové tendence, Perseveraci a Rezignaci, ale více používají negativní strategii Sebeobviňování. Tato zjištění jsou v souladu se zjištěními Dijkstra & Homana (2016); Sampogna a kol., (2018); Evans a kol., (2015), kde pacienti s různými psychickými poruchami užívají odlišné strategie zvládnání.

## **(6) Sebestigmatizace a regresní analýza**

Nejdůležitějšími prediktory sebestigmatizace jsou dle zjištění diagnostická podskupina, subjektivní závažnost poruchy, počet hospitalizací, pozitivní a negativní zvládnání a kvalita života. Kauzální spojení jsme mezi proměnnými nezkoumali, takže směr vztahu mezi proměnnými neznáme. Kombinace výsledných proměnných zřejmě souvisí s celkově větší závažností psychické poruchy, která spolu s dalšími faktory významně souvisí se sebestigmatizací u neurotických, schizofrenních a depresivních poruch. Regresní model vysvětloval 58,7 % sebestigmatizace.

### **5.4.9 Závěry**

Tato část studie se zaměřením na porovnání mezi diagnostickými skupinami, potvrdila, že strategie zvládnání, závažnost poruchy a kvalita života jsou významnými faktory spojenými se sebestigmatizací diagnostických skupin ambulantních pacientů s depresivním, schizofrením a neurotickým spektrem poruch. Pacienti s poruchami schizofrenního spektra měli ve většině oblastech ve srovnání s neurotickými poruchami významně nižší kvalitu života. Nezjistili jsme rozdíly mezi užíváním pozitivních nebo negativních strategií zvládnání mezi třemi skupinami, skupiny se lišily pouze v užívání specifických strategií zvládnání. Pacienti s poruchami depresivního nebo neurotického spektra mají nižší míru sebestigmatizace než pacienti s poruchami schizofrenního spektra. Zdá se, že závažnost psychické poruchy hraje významnou roli v sebestigmatizaci, v kvalitě života i ve strategiích zvládnání zátěže.

## **5.5 Limity Studie I**

Hlavním omezením *Studie I* bylo použití sebeposuzovacích dotazníků a škál měření, které mohou být významně ovlivněné současným stavem pacientů, jejich ochotou k otevřenosti ve svých prohlášeních a případnými kognitivními deficity, které jsme neměřili. Množství otázek v dotaznících mohlo způsobit, že účastníci měli sníženou pozornost na konci vyplňování. Dalším omezením je, že závažnost onemocnění byla posouzena globálním klinickým hodnocením bez použití podrobnějších objektivních nástrojů zaměřených na příznaky (např. úzkost, depresivita). U pacientů s poruchami depresivního a schizofrenního spektra, kde jsme porovnávali kvalitu života se zdravou kontrolní skupinou, nebyly skupiny vyrovnané podle věku. U kontrolní skupiny se nepřítomnost psychické

poruchy neověřovala žádným diagnostickým nástrojem. V této studii jsme nezjišťovali přesné dávky a typy užívaných psychiatrických léků, nesledovali jsme blíže komorbidní výskyt psychických poruch, což je jistě omezením studie. Protože šlo o průřezovou studii, nebyla možnost k určení směru kauzality mezi sebestigmatizací, strategiemi zvládání, kvalitou života a závažností poruchy. I přes výše uvedené limity zjištěné výsledky mohou přispět k lepšímu pochopení důležitosti tématu sebestigmatizace, kvality života a strategií zvládání zátěže u pacientů s poruchami schizofrenního, depresivního a neurotického spektra.

## **5.6 Závěr Studie I**

*Studie I* se zaměřila na zkoumání sebestigmatizace, závažnosti poruchy, strategie zvládání zátěže, kvalitu života a souvislosti mezi proměnnými u ambulantních pacientů s poruchami schizofrenního, depresivního a neurotického spektra. Dále jsme zkoumali rozdíly mezi diagnostickými skupinami v uvedených proměnných. Zjistili jsme, že závažnost poruchy, strategie zvládání i kvalita života významně souvisí se sebestigmatizací u všech zkoumaných diagnostických okruhů.

## **6. Studie II – Sebestigmatizace poruch neurotického spektra a změny psychického stavu v průběhu léčby**

Výzkumem sebestigmatizace u poruch neurotického spektra v souvislosti s klinickými nebo osobnostními proměnnými a změnami psychického stavu v průběhu léčby po absolvování terapeutických programů, se zabývaly mnohé studie (Ocisková, Praško, & Sedláčková, 2015; Ocisková a kol., 2015; Ocisková, Praško, & Kamarádová, 2015; Ocisková a kol., 2018). *Studie II* se cíleněji zaměřuje na vztah mezi sebestigmatizací a vybranými klinickými, demografickými a psychologickými parametry (demografické faktory, závažnost depresivních a úzkostných příznaků, osobnostní charakteristiky, typ vztahové vazby, rodičovské styly, traumatizace v dětství, míra disociace) u hospitalizovaných pacientů s poruchami neurotického spektra léčených na Psychoterapeutické stanici Oddělení psychiatrie v Liberci. Dalším cílem této studie bylo prozkoumat vztah mezi mírou sebestigmatizace a změnou v posuzovacích stupnicích během léčby včetně změny v míře sebestigmatizace.

## 6.1 Hypotézy

V závislosti na cílech *Studie II* jsme formulovali následující alternativní hypotézy:

**(1) H<sub>A</sub> – 1: Celková míra sebestigmatizace souvisí s vybranými klinickými, osobnostními proměnnými u hospitalizovaných pacientů s poruchami neurotického spektra.**

*Konkretizace dílčích hypotéz:*

- (a) vyšší závažností celkové psychopatologie;<sup>52</sup>
- (b) s mírou disociativních příznaků;<sup>53</sup>
- (c) se závažností úzkosti;<sup>54</sup>
- (d) se závažností depresivity;<sup>55</sup>
- (e) se sociální úzkostí<sup>56</sup>
- (f) s komorbidními poruchami<sup>57</sup>
- (g) s osobnostními rysy, jako je Vyhýbání se poškození a Sebeřízení;<sup>58</sup>
- (h) s úzkostnou a vyhýbavou vztahovou vazbou
- (i) s traumatizací v dětství<sup>59</sup>
- (j) rodičovským stylem výchovy.

**(2) H<sub>A</sub> – 2: Celková míra sebestigmatizace souvisí s horšími výsledky v léčbě u hospitalizovaných pacientů s poruchami neurotického spektra.<sup>60</sup>**

*Konkretizace dílčích hypotéz:*

- (k) u pacientů s vyšší závažností sebestigmatizace je míra pozitivní změny psychického stavu v léčbě hodnocená relativním poklesem ve stupnici objCGI nižší;

---

<sup>52</sup>Tato hypotéza má oporu ve studiích Livingston a Boyd (2010); Tiggemanna, Winefielda (2011); Adewuyoua a kol. (2011); Látalová, Praško a kol. 2014; Ocisková, Praško, Kamarádová a kol. (2015); Kamarádová, Látalová a kol. (2016); Vrbová, Praško a kol. (2017); Cinculová, Praško a kol. (2017).

<sup>53</sup>Tuto hypotézu podporuje studie Ociskové a kol. (2014, 2015), Praško, Grambal a kol., (2016).

<sup>54</sup>Tato hypotéza je opřena o studie Ocisková a kol. (2015); Ocisková, Praško, & Kamarádová (2015); Ocisková a kol. (2018).

<sup>55</sup>Hypotézu podporuje výzkum Boyd s kol. (2014).

<sup>56</sup>Hypotéza má oporu ve studii Levy a kol. (2015); Vrbová, Praško a kol. (2018); Ociskové a kol. (2018).

<sup>57</sup>Hypotéza má oporu ve studii Ociskové a kol. (2018)

<sup>58</sup>Hypotéza je podpořena výsledky studie Ociskové, Praška a Kamarádové (2015); Ociskové a kol. (2018).

<sup>59</sup>Hypotéza má oporu ve studii Stolzenburg a kol. (2017); Melchior a kol. (2019).

<sup>60</sup>Tuto hypotézu podporuje výzkum Ociskové a kol. (2015), Praško, Ocisková a kol. (2016); Praško, Grambal a kol. (2016); Ocisková a kol. (2018).

- (l) u pacientů s vyšší závažností sebestigmatizace je míra pozitivní změny psychického stavu v léčbě hodnocená relativním poklesem ve stupnici subjCGI nižší;
- (m) u pacientů s vyšší závažností sebestigmatizace je míra pozitivní změny psychického stavu v léčbě hodnocená relativním poklesem ve stupnici BAI nižší;
- (n) u pacientů s vyšší závažností sebestigmatizace je míra pozitivní změny psychického stavu v léčbě hodnocená relativním poklesem ve stupnici BDI-II nižší;
- (o) změna míry sebestigmatizace v průběhu léčby pozitivně koreluje se změnou v psychopatologii v jednotlivých posuzovacích stupnicích.

## **6.2 Popis výběrového vzorku**

Do výzkumného souboru bylo zařazeno celkem 96 hospitalizovaných pacientů s poruchou neurotického spektra diagnostikovaných zkušeným psychiatrem podle MKN-10 (panická porucha a / nebo agorafobie, sociální fobie, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně depresivní porucha, somatoformní porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, poruchy přizpůsobení).

Ve výzkumném vzorku bylo celkem 69 žen (71,9 %) a 27 mužů (28,1 %), průměrný věk byl  $44,09 \pm 11,34$  let (nejmladší účastník byl starý 18 let, nejstaršímu bylo 76). Většina pacientů bylo ženatých/vdaných ( $n=36$ ; 37,5 %), rozvedených zde bylo 24 jedinců (25 %), dále zde byli 2 vdovci/vdovy (2 %). V partnerském vztahu bylo 61 účastníků (63,5 %). Přes polovinu účastníků studie bylo zaměstnaných (60,4 %), 30 účastníků pobíralo invalidní dávky (plný invalidní důchod 11,5 %; částečný invalidní důchod 19,8 %), celkem 5 jedinců bylo ve starobním důchodu (5,2 %). Téměř polovina pacientů měla středoškolské vzdělání s maturitou (42,7 %), vyučených bylo 29 jedinců (30,2 %), vysokoškolské vzdělání mělo 18 jedinců (18,8 %), viz Tabulka 42.

Většina účastníků pocházela z úplné rodiny, kde rodiče žijí nebo žili spolu ( $N=55$ ; 57,3 %), a většina také měla sourozence ( $N=89$ ; 92,7 %). Celkem 49 pacientů uvedlo pozitivní rodinnou psychiatrickou anamnézu (60 %), z toho stejnou poruchu, jako pacient, mělo v rodině 20 jedinců (20,8 %), jinou poruchu 29 jedinců (30,2 %). Většina pacientů absolvovala hospitalizaci na psychiatrii v minulosti 1krát ( $N=62$ ; 64,6 %), 18 jedinců 2krát (18,8 %), 9 jedinců 3krát (9,2 %). Počátek poruchy i délka trvání byly velmi variabilní, s nejčastějším rozvojem kolem 35 roku a průměrnou délkou trvání  $8,74 \pm 9,36$  let (Tabulka 42).

Tabulka 42: Demografické faktory výběrového vzorku

PROMĚNNÉ	PACIENTI (n=96)
<b>Věk</b>	44,09 ± 11,34
<b>Pohlaví (M : Ž)</b>	27: 69
<b>Počátek vzniku nemoci</b>	35,63 ± 13,83
<b>Délka trvání nemoci</b>	8,74 ± 9,36
<b>Počet hospitalizací</b>	1,9 ± 2,34
<b>Vzdělání</b>	
základní	7
vyučení	29
středoškolské s maturitou	41
vysokoškolské	18
neuvedeno	1
<b>Rodinný stav</b>	
svobodní	34
ženatí / vdaní	36
rozvedení	24
vdova / vdoved	2
<b>Partner</b>	
ne	35
ano	61
<b>Zaměstnání</b>	
ne	34
ano	58

Poznámky: Data jsou uvedena jako průměry, směrodatné odchylky (sd) a počet N (%)

V objektivně posuzované stupnici závažnosti úzkostných příznaků HAM-A se úzkost pacientů pohybovala v rozmezí mírné úzkosti ( $15,4 \pm 7,7$ ). V subjektivním hodnocení závažnosti depresivních příznaků v BDI-II vykazovali pacienti na začátku léčby středně závažnou míru depresivních příznaků, v průběhu depresivita klesla na hranici středně těžké a mírnější formy deprese, a na konci léčby poklesla do pásma mírné deprese (Tabulka 43). Úzkost měřená ve škále BAI se na počátku pohybovala v rozmezí středně těžké až těžké úzkosti, v průběhu klesla do rozmezí mírné až středně těžké úzkosti, kde se pohybovala i na konci léčebného pobytu (Tabulka 43). Sheehanova škála úzkosti (SPRAS) hodnocená pacientem průměrně byla  $49,96 \pm 29,01$  bodů, což ukazuje na výrazně prožívanou úzkost. Spokojenost se životem (SWL) se u pacientů s poruchami neurotického spektra pohybovala v průměru ( $15,37 \pm 6,93$ ) (Pavot & Diener, 2008). Dle Škály znevýhodnění (SDS) v dílčích životních oblastech (práce, společnost, rodina), je skóre znevýhodnění  $16,77 \pm 7,65$  z maximálních 30 bodů, které ukazuje středně těžké narušení celkového fungování (Sheehan a kol., 1996). Také oblast práce, rodiny a společnosti vykazuje středně těžké narušení (Tabulka 43). Průměrná míra sociální úzkosti hodnocená LSAS byla  $104,91 \pm 34,32$  bodů celkem (součet skóre strachu a vyhýbání), což značí přítomnost sociální fobie s velkou

úzkostí a obtížemi v sociálním fungování (Rytwinski a kol., 2009; Liebowitz, 2014) (Tabulka 43).

*Tabulka 43: Klinické faktory výběrového vzorku*

<b>ObjCGI</b>	
začátek	3,03 ± 0,71
průběh	2,73 ± 0,70
konec	2,49 ± 0,73
<b>SubCGI</b>	
začátek	3,96 ± 1,15
průběh	3,40 ± 0,91
konec	3,38 ± 1,06
<b>HAMA</b>	15,40 ± 7,67
<b>BDI-II</b>	
začátek	23,86 ± 12,70
průběh	20,01 ± 11,46
konec	17,60 ± 10,78
<b>BAI</b>	
začátek	22,63 ± 13,88
průběh	18,93 ± 12,89
konec	16,21 ± 11,97
<b>SWL</b>	15,37 ± 6,93
<b>LSAS</b>	
strach	52,51 ± 16,91
vyhýbání se	52,28 ± 18,31
celkem	104,91 ± 34,32
<b>SPRAS</b>	49,96 ± 29,01
<b>SDS</b>	
práce	5,55 ± 3,02
společnost	6,01 ± 2,96
rodina	5,21 ± 2,82
celkem	16,77 ± 7,65

Poznámky: Data jsou uvedena jako průměry, směrodatné odchylky (sd) a počet N (%); CGI (Clinical Global Impression); objCGI (objektivní CGI); subjCGI (subjektivní CGI); HAMA (Hamilton Anxiety Scale A); BDI-II (Beck Depression Inventory); BAI (Beck Anxiety Inventory); SWL (Satisfaction with Life Scale); LSAS (Liebowitz Social Anxiety Scale); SPRAS (Sheehan Patient-Related Anxiety Scale); SDS (Sheehan Disability Scale)

Celková míra sebestigmatizace ISMI byla u hospitalizovaných pacientů s poruchami neurotického spektra na začátku a na konci pobytu průměrná (začátek: 62,66 ± 13,65; konec: 59,19 ± 14,32) (Tabulka 44). Retrospektivně hodnocená rodičovská vazba a výchova pacientů v dětství (hodnoceno PBI) byla v případě *Otcovské péče* nízká, a v případě *Hyperprotektivity* vysoká. *Mateřská péče* byla také v průměru nízká a mateřská *hyperprotektivita* naopak vysoká. Otcovská i mateřská výchova se u těchto pacientů vyznačovala menším projevováním citu a větším zastoupením kontroly (Parker, Tupling, & Brown, 1979). Ve škále disociace (DES) dosahovali pacienti průměrně



14,93  $\pm$  13,91 bodů, což ukazuje na relativně nízkou úroveň disociace (Carlson & Putnam, 1993), která se vyskytuje u úzkostných poruch (Praško, Grambal a kol., 2016). Patologická míra disociace je 9,49  $\pm$  13,31 a je srovnatelná s výsledky studie na české populaci neurotických poruch (Praško, Grambal a kol., 2016).

Průměrné skóry v doménách traumatizace v dětství (CTQ) jsou následující: emoční týrání (10,21  $\pm$  4,85), psychické týrání (8,01  $\pm$  4,38) a sexuální zneužívání (6,93  $\pm$  4,61) jsou nízké; emočního zanedbávání (14,59  $\pm$  4,68) je středně velké; psychické zanedbávání (9,55  $\pm$  4,35) je na hranici nízké a středně velké úrovně (Bernstein & Fink, 1998) (Tabulka 44). Vztahová vazba v partnerských vztazích je pro úzkostnou vazbu v průměru 4,76  $\pm$  7,96; pro vyhýbavou vazbu 3,78  $\pm$  5,61, což v porovnání s neklinickou populací představuje zvýšené průměrné skóre v obou škálách (Lečbych & Pospíšilíková, 2012; Seitl, Charvát, & Lečbych, 2016; Hašto a kol., 2018).

Tabulka 44: Průměrné hodnoty v sebeposuzovacích stupnicích

<b>DES skór</b>	14,93 ± 13,91
<b>DES-T</b>	9,49 ± 13,31
<b>ECR-R</b>	
úzkostná vazba	4,76 ± 7,96
vyhýbavá vazba	3,78 ± 5,61
<b>CTQ</b>	
emoční týrání	10,21 ± 4,85
psychické týrání	8,01 ± 4,38
sexuální zneužívání	6,93 ± 4,61
emoční zanedbávání	14,59 ± 4,68
psychické zanedbávání	9,55 ± 4,35
minimalizace traumatu	2,51 ± 0,83
<b>PBI</b>	
otec_péče	18,87 ± 9,00
otec_hyperprotektivita	14,51 ± 7,54
matka_péče	21,93 ± 8,97
matka_hyperprotektivita	16,53 ± 8,19
<b>TCI</b>	
Vyhýbání se ohrožení	29,63 ± 6,15
Vyhledávání nového	21,67 ± 5,16
Závislost na odměně	25,50 ± 4,61
Vytrvalost	25,05 ± 5,46
Sebeřízení	24,50 ± 6,48
Spolupráce	30,86 ± 4,88
Sebepřesah	19,80 ± 6,92
<b>ISMI skóre_začátek</b>	62,66 ± 13,65
Odcizení	13,89 ± 3,76
Souhlas se stereotypy	13,09 ± 3,27
Vnímaná diskriminace	9,80 ± 2,78
Sociální stažení se	13,10 ± 3,89
Odolnost proti stigmatu	12,77 ± 2,52

Poznámky: Data jsou uvedena jako průměry, směrodatné odchylky (sd) a počet N (%); DES (Dissociation Scale); DES-T (patologická disociace); ECR-R (Experience in Close Relationship); CTQ (Childhood Trauma Questionnaire); PBI (Parental Bonding Instrument); TCI (Temperament and Character Inventory); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness)

### 6.2.1 Závažnost poruchy

Pacienti s neurotickými poruchami byli na začátku psychoterapeutického pobytu (tj. v prvním týdnu nástupu na oddělení) hodnocení ošetřujícím psychiatrem a psychologem (objCGI) v průměru jako mírně duševně nemocní ( $3,03 \pm 0,71$ ) dle objCGI. V průběhu pobytu (3. týden pobytu) byli hodnocení stejnými osobami o něco lépe, ale stále v průměru s mírnými známkami psychické poruchy ( $2,73 \pm 0,70$ ). Na konci pobytu (6. týden pobytu) bylo hodnocení o něco lepší, tedy s nepatrnými/hraničními známkami psychické poruchy

( $2,49 \pm 0,73$ ) (Tabulka 45; Graf 2). Rozdíl mezi objektivním hodnocením CGI na začátku a na konci pobytu byl statisticky významný (Graf 3).

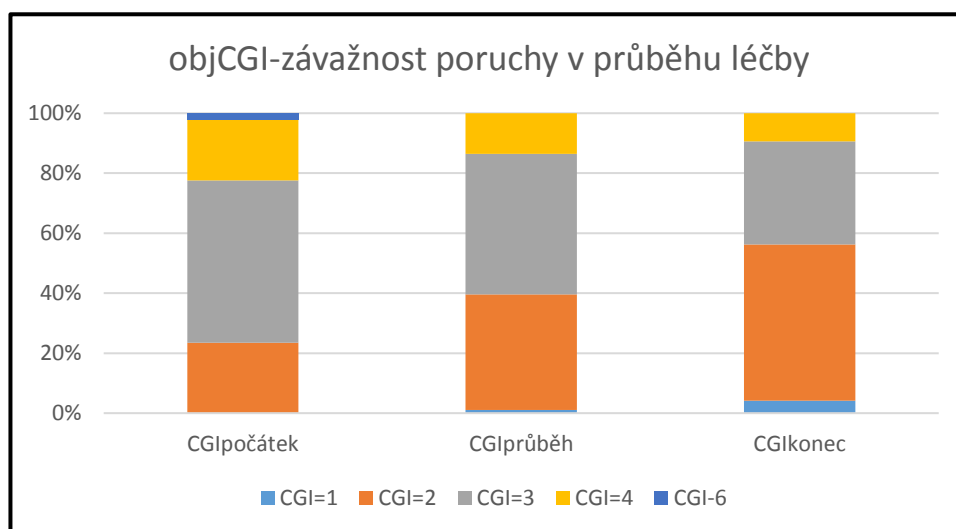
Tabulka 45: Počet pacientů N dle objektivního hodnocení závažnosti poruchy CGI

objCGI - závažnost poruchy	Počátek	Průběh	Konec
normální, psychicky zdraví (objCGI=1)	0	1 (1 %)	4 (4,2 %)
hraničně duševně nemocní (objCGI=2)	21 (21,9 %)	37 (38,5 %)	50 (52,1 %)
lehce/mírně duševně nemocní (objCGI=3)	53 (55,2 %)	45 (46,9 %)	33 (34,4 %)
poměrně dost duševně nemocní (objCGI=4)	20 (20,8 %)	13 (13,5 %)	9 (9,4 %)
výrazně psychicky nemocní (objCGI=6)	2 (2,1 %)	0	0

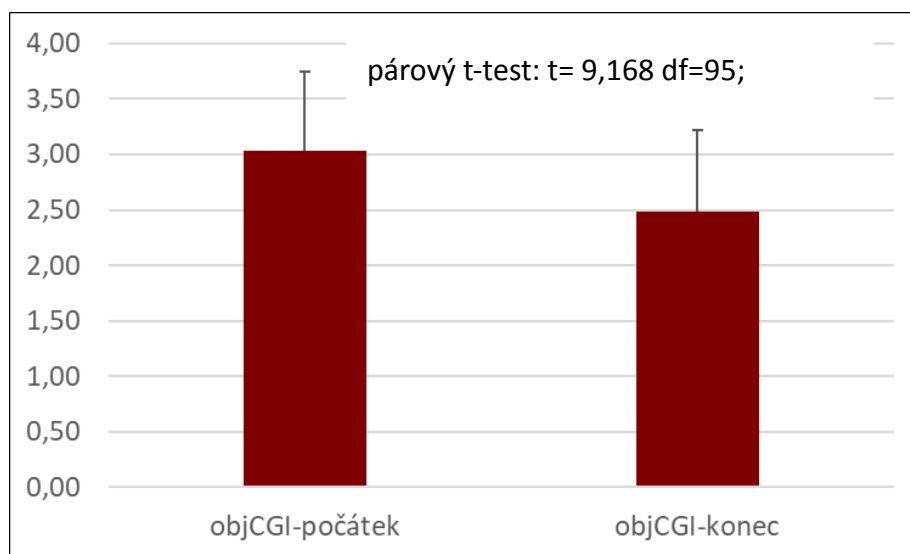
chi-kvadrát: 28,10 df=8;  $p < 0,001$

Poznámky: Data jsou uvedena počet N (%); CGI (Clinical Global Impression); objCGI (objektivní CGI)

Graf 2: Objektivní hodnocení závažnosti poruchy na počátku, v průběhu a na konci léčby (procenta pacientů s jednotlivým hodnocením)



Graf 3: ObjCGI hodnocení závažnosti poruchy na začátku a na konci léčby



Subjektivní hodnocení závažnosti pacienty SubjCGI bylo na začátku  $3,96 \pm 1,15$  (středně silně psychicky nemocný). V průběhu pobytu hodnotili pacienti závažnost svého psychického stavu nepatrně lepší, tedy s mírnými známkami psychické poruchy ( $3,40 \pm 0,91$ ). Na konci pobytu bylo subjektivní hodnocení průměrně stejné jako v průběhu ( $3,38 \pm 1,06$ ) (Tabulka 46; Graf 4). Rozdíl mezi subjektivním hodnocením závažnosti na začátku a na konci pobytu byl statisticky významný (Graf 5). Počet pacientů (v %) dle subj a objCGI v jednotlivých fázích léčby je uvedený na Graf 5.

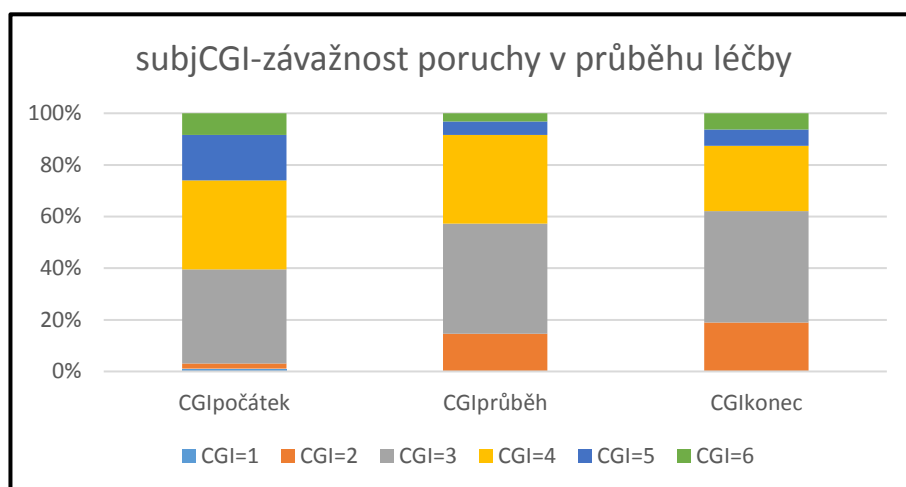
Tabulka 46: Počet pacientů N dle subjektivního hodnocení závažnosti poruchy

subjCGI - závažnost poruchy	Počátek	Průběh	Konec
normální bez psychické poruchy (subjCGI=1)	1 (1 %)	0	0
s nepatrnými potíží (subjCGI=2)	2 (2,1 %)	14 (14,6 %)	18 (18,8 %)
s mírnými známkami poruchy (subjCGI=3)	35 (36,5 %)	41 (42,7 %)	41 (42,7 %)
středně silně nemocní (subjCGI=4)	33 (34,4 %)	33 (34,4 %)	24 (25 %)
zřetelně nemocní (subjCGI=5)	17 (17,7 %)	5 (5,2 %)	6 (6,3 %)
za vážně nemocní (subjCGI=6)	8 (8,3 %)	3 (3,1 %)	6 (6,3 %)

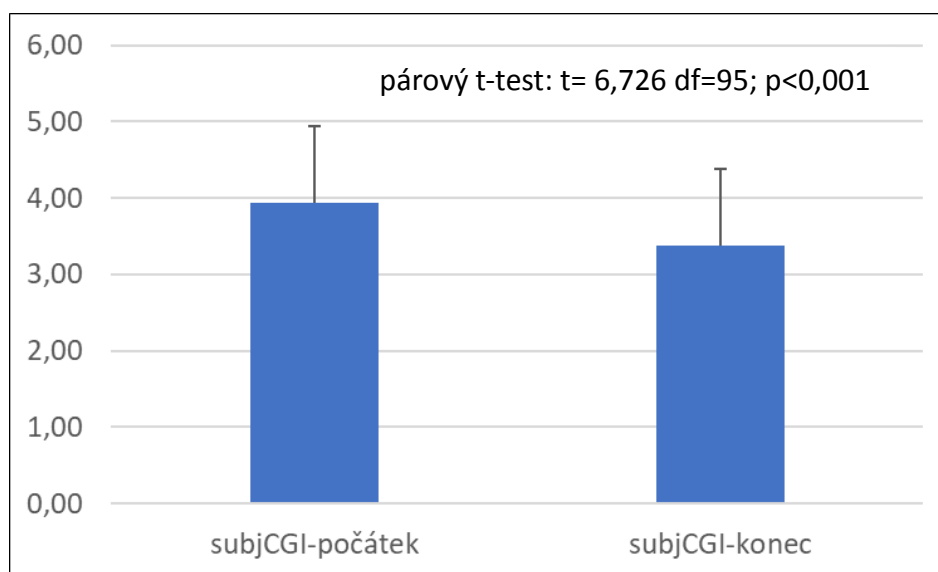
chi-kvadrát: 28,10 df=8;  $p < 0,05$

Poznámky: Data jsou uvedena počet N (%); CGI (Clinical Global Impression); subjCGI (subjektivní CGI)

Graf 4: Subjektivní hodnocení závažnosti poruchy na počátku, v průběhu a na konci léčby (procenta pacientů s jednotlivým hodnocením)



Graf 5: SubjCGI hodnocení závažnosti poruchy na začátku a na konci léčby



Subjektivně hodnocené globální zlepšení pacientem se pohybovalo takto: po 1. týdnu pobytu se pacienti cítili nepatrně zlepšení ( $3,35 \pm 1,25$ ); v polovině pobytu se cítili značně zlepšení ( $2,85 \pm 1,06$ ), což přetrvávalo i na konec pobytu ( $2,85 \pm 1,11$ ). Porovnání subjektivně pocíťovaného zlepšení po 1. týdnu pobytu a na konci 6. týdne pobytu bylo statisticky významné, viz Tabulka 47; Graf 6. Počet pacientů (v %) a jejich pocíťované zlepšení v různých fázích pobytu je uvedený na Grafu 7.

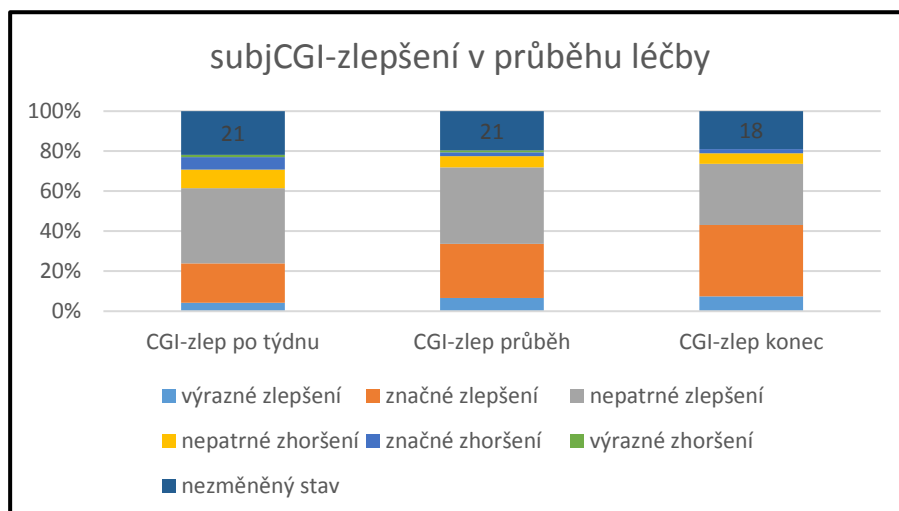
Tabulka 47: Počet pacientů N dle subjektivního hodnocení zlepšení závažnosti poruchy

CGI subj zlepšení (pacient)	Po 1. týdnu	3. týden	6. týden
výrazné zlepšení	4 (4,2 %)	7 (7,3 %)	7 (7,3 %)
značné zlepšení	19 (19,8 %)	29 (30,2 %)	34 (35,4 %)
nepatrné zlepšení	36 (37,5 %)	41 (42,7%)	29 (30,2 %)
nepatrné zhoršení	9 (9,4 %)	6 (6,3 %)	5 (5,2 %)
značné zhoršení	6 (6,3 %)	2 (2,1 %)	2 (2,1 %)
výrazné zhoršení	1 (1 %)	1 (1 %)	0
nezměněný stav	21 (21,9 %)	21 (21,9 %)	18 (18,8 %)

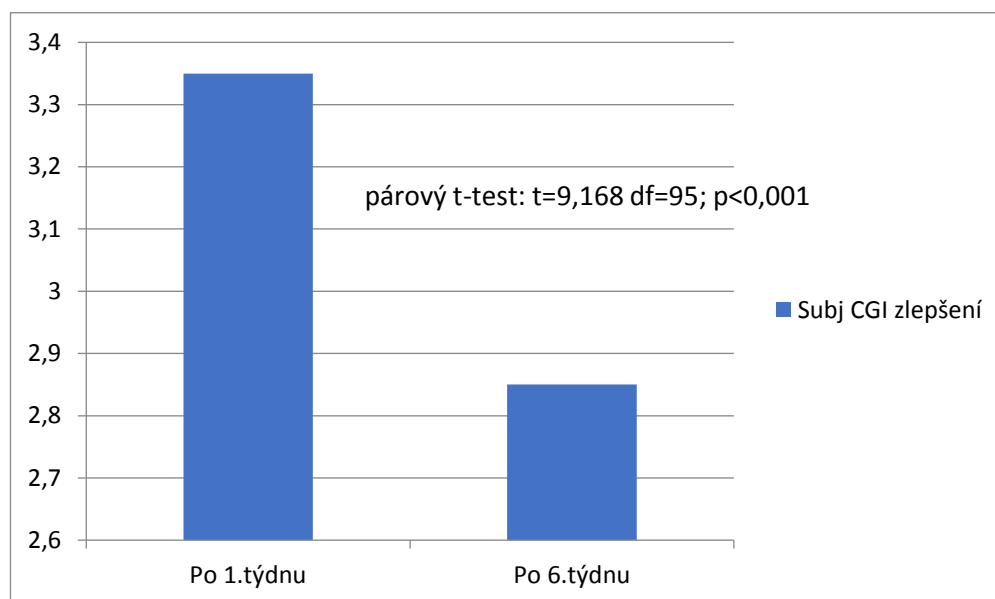
chi-kvadrát: 12,56 df=12; ns

Poznámky: Data jsou uvedena počet N (%); CGI (Clinical Global Impression); subjCGI zlepšení (subjektivní zlepšení psychického stavu)

Graf 6: Subjektivní hodnocení zlepšení stavu po týdnu, v průběhu a na konci léčby (procenta pacientů s jednotlivým hodnocením)



Graf 7: SubjCGI zlepšení závažnosti poruchy po 1. týdnu a 6. týdnu léčby



## 6.2.2 Farmakoterapie

Pacienti byli léčeni dle doporučených postupů pro léčbu schizofrenních, depresivních a neurotických poruch, případně komorbidních poruch. Mezi užívanou medikaci patřily obvyklé dávky antidepresiv, anxiolitiků, antipsychotik případně antikonvulziv. Ve farmakoterapii nebyly prováděny výrazné změny, většině pacientů se zachovala stejná medikace, se kterou na oddělení nastoupili, případně se nastavila nová antidepresiva, postupně se vysadily benzodiazepiny, augmentovala se antipsychotika druhé generace nebo stabilizátory nálady. Změny dávek léků v průběhu pobytu jsme blíže nesledovali. Průměrné dávky léků jsou uvedené v Tabulce 48.

Dle subjektivní výpovědi pacientů při nástupu na psychoterapeutický pobyt z celkového počtu 96 pacientů užívala psychofarmaka většina z nich (96,9 %), 3 pacienti dle výpovědi neužívali žádná psychofarmaka (3,1 %). Většina pacientů užívala medikaci pravidelně v předepsaných dávkách (N=77; 80,2 %), 13 pacientů užívalo léky pravidelně, ale ve vyšších dávkách, než by měli (13,5 %), 4 pacienti užívali léky nepravidelně s tím, že někdy zapomenou omylem, někdy vynechají schválně (4,1 %).

Tabulka 48: Průměrné dávky léků přepočtené dle lékových indexů

PSYCHOFARMAKA	POLOVINA POBYTU (průměr ± SD)
Antidepresiva (n=81) <i>Index paroxetinu</i>	33,70 ± 17,97
Anxiolitika (n=47) <i>Index diazepamu</i>	6,38 ± 3,53
Antipsychotika (n=26) <i>Index risperidonu</i>	1,37 ± 1,12

Poznámky: SD (směrodatná odchylka)

### 6.2.3 Psychoterapie

Šesti týdenní psychoterapeutický program kombinuje skupinovou dynamickou psychoterapii (4x týdně na 1,5 hodiny bez adaptačního týdne, celkem 20 skupinových psychoterapií), terapeutické aktivity (arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie, relaxační metody, ergoterapie), edukační skupiny a farmakoterapeutické postupy. Klienti každý den absolvují rozvíčku, komunitní setkání, vizitu, biblioterapii, klub a další terapeutické aktivity včetně kulturních akcí, výletu, realizace večírku pro pacienty příjmového oddělení a sportovního odpoledne. Kromě psychodynamického skupinového programu absolvovali pacienti ve 4. a 5. týdnu pobytu edukační skupiny se zaměřením na stigmatizaci a sebestigmatizaci (základní informace o psychických poruchách, mýty, stereotypy, možnosti ovlivnění stigmatizace, destigmatizační videa z projektu NUDZ, sdílení příběhů a zkušeností, strategie redukce sebestigmatizace, nácvikové metody). Edukační skupiny na redukci sebestigmatizace nejsou založené na existujících programech, jsou vytvořené psychoterapeutickým týmem na oddělení. Efektivita edukačních skupin nebyla v této studii měřena.

### 6.2.4 Sebestigmatizace

Celkové skóre ISMI bylo na začátku pobytu v průměru  $62,66 \pm 13,65$  (T-skór = 50), viz Tabulka 49). Celkové skóre ISMI na konci pobytu bylo nižší než na počátku, v průměru  $59,19 \pm 14,32$  (T-skór = 47). Rozdíl mezi všemi subškálami ISMI i celkovým skóre ISMI na počátku a na konci pobytu byl statisticky signifikantní, viz Tabulka 49 a Graf 8.

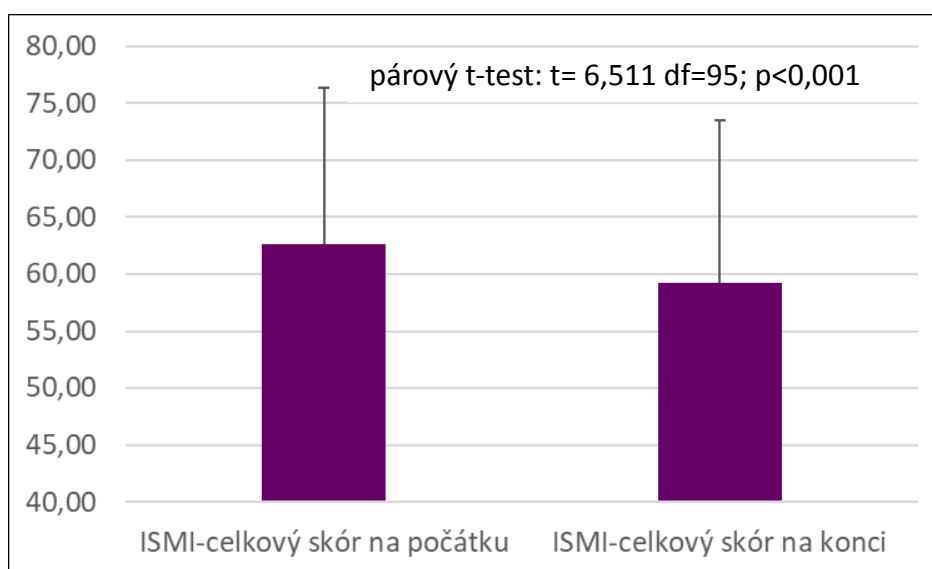


Tabulka 49: Subškály ISMI včetně porovnání na začátku a na konci pobytu

SUBŠKÁLY	ZAČÁTEK POBYTU (průměr ± SD)	KONEC POBYTU (průměr ± SD)	STATISTIKA (Párový T-Test)
Odcizení	13,89 ± 3,76	13,08 ± 3,91	t=5,373, df=95; <b>p&lt;0,001</b>
Souhlas se stereotypy	13,09 ± 3,27	12,13 ± 3,38	t=5,772, df=95; <b>p&lt;0,001</b>
Vnímaná diskriminace	9,80 ± 2,78	10,18 ± 3,22	t=-2,423, df=95; <b>p&lt;0,05</b>
Sociální stažení se	13,10 ± 3,89	11,82 ± 3,61	t=8,579, df=95; <b>p&lt;0,001</b>
Odolnost proti stigma	12,77 ± 2,52	11,98 ± 2,11	t=4,295, df=95; <b>p&lt;0,001</b>
<b>Celkové skóre ISMI</b>	<b>62,66 ± 13,65</b>	<b>59,19 ± 14,32</b>	<b>t=6,512, df=95; p&lt;0,001</b>

Poznámky: statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; df (stupně volnosti), SD (směrodatná odchylka); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness)

Graf 8: Změny v celkovém skóru ISMI na začátku a konci pobytu



#### 6.2.4.1 Sebestigmatizace a demografické faktory

Sebestigmatizace měřená celkovým skóre ISMI (na počátku pobytu) pozitivně korelovala s délkou trvání psychické poruchy. Délka trvání psychické poruchy korelovala také se subškálou *Odcizení* a *Vnímanou diskriminací*. Počátek onemocnění koreloval pouze se subškálami *Odcizení* a *Vnímanou diskriminací*. Věk, počátek nemoci, ani počet hospitalizací s celkovým skóre ISMI nekorelovaly (Tabulka 50). V celkové míře sebestigmatizace ISMI jsme nenalezli rozdíly mezi pohlavím, partnerským vztahem, zaměstnáním, vzděláním (Tabulka 50). Muži a ženy se mezi sebou významně lišili pouze

v subškále ISMI *Odolnosti proti stigmatu*. Dále jsme našli rozdíl mezi skupinami dle vzdělání v subškále ISMI *Vnímaná diskriminace* a *Souhlas se stereotypy* (Tabulka 50).

Tabulka 50: Vztah mezi sebestigmatizací a demografickými faktory

Demografické faktory	ISMI skór	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Sociální stažení se	Odolnost proti stigmatu
<b>Pearsonova korelace</b>						
Věk	-0,010	-0,160	0,078	-0,110	0,023	0,190
Délka trvání	<b>0,262 S*</b>	<b>0,283 S**</b>	0,118	<b>0,286 S**</b>	0,200	0,103
Počátek nemoci	-0,180	<b>-0,319 S**</b>	-0,026	<b>-0,244 S*</b>	-0,112	0,054
No.hospitalizací	0,022	0,110	-0,087	-0,018	0,004	0,049
<b>T-test pro nezávislé výběry mezi skupinami</b>						
<b>M / Ž</b>	64,81±13,53/ 61,81±13,68/ unpaired t- test: t=0,96, df=94; ns	13,96±3,92 13,86±3,72 unpaired t-test: t=0,13, df=94; ns	13,89±3,24 12,78±3,25 unpaired t-test: t=1,50, df=94; ns	9,70±2,93 9,84±2,73 unpaired t-test: t=-0,22, df=94; ns	13,63±3,88 12,90±3,90 unpaired t-test: t=0,83, df=94; ns	13,63±2,27 12,43±2,55 unpaired t-test: t=2,12, df=94; <b>p&lt;0,05</b>
<b>Zaměstnaní Ano/Ne</b>	62,67±13,53 63,09 ±13,85 unpaired t- test: t=-0,141, df=90, ns	13,93±3,61 13,88±3,97 unpaired t-test: t= 0,060, df=90, ns	13,28±3,32 13,00±3,25 unpaired t-test: t=0,388, df=90 ns	9,60±2,81 10,21±2,68 unpaired t-test: t= -1,011, df=90, ns	13,07±3,99 13,35±3,83 unpaired t-test: t=-0,334, df=90, ns	12,79±2,21 12,65±2,78 unpaired t-test: t= 0,278, df=90, ns
<b>Partner Ano/Ne</b>	62,33±12,76 63,23 ±15,25 unpaired t- test: t=-0,310, df=94, ns	13,77±3,75 14,09±3,81 unpaired t-test: t=-0,394, df=94, ns	13,08±2,99 13,11±3,74 unpaired t-test: t=-0,046, df=94, ns	9,82±2,43 9,77±3,33 unpaired t-test: t=0,081, df=94, ns	12,97±3,53 13,34±4,49 unpaired t-test: t=-0,453, df=94, ns	12,69±2,61 12,91±2,41 unpaired t-test: t=-0,420, df=94, ns
<b>On- way ANOVA porovnání mezi skupinami</b>						
<b>Vzdělání</b>						
základní (n=7)	69,71±12,35	15,29±4,78	14,57±2,64	11,29±1,71	15,71±3,45	12,86±3,02
vyučení (n=29)	66,17±12,47	14,55±3,31	14,17±2,989	10,76±2,44	13,83±3,49	12,86±2,15
středoškolské (n=41)	60,46±13,82	13,51±3,85	12,63±3,89	9,15±2,73	12,59±3,55	12,59±2,65
vysokoškolské (n=18)	58,11±13,49	12,83±3,65	11,72±3,14	9,06±3,21	11,67±4,52	12,83±2,72
	one-way ANOVA; F=2,410, df=3: ns	one-way ANOVA; F=1,248, df=3: ns	one-way ANOVA; F=3,020, df=3: <b>p&lt;0,05</b>	one-way ANOVA; F=3,202, df=3: <b>p&lt;0,05</b>	one-way ANOVA; F=2,647, df=3: ns	one-way ANOVA; F=0,085, df=3: ns

Poznámky: Pearsonova korelace (P); Spearmanova korelace (S); statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; ns (není statisticky významné); No. (počet); ANOVA (analýza rozptylu); Unpaired T-test (T-test pro nezávislé výběry); ns (není statisticky významné); ISMI (Internalize Stigma of Mental Illness)

#### 6.2.4.2 Sebestigmatizace a klinické faktory

Celkový skór ISMI pozitivně korelovalo s objektivním i subjektivním hodnocením závažnosti CGI na začátku pobytu, objektivní stupnicí úzkosti (HAMA), depresivitou (BDI-II), subjektivní stupnicí úzkosti (BAI), Sheehanovou škálou úzkosti (SPRAS), sociální úzkostí (LSAS), stupnicí znevýhodnění (SDS), negativně se spokojeností

se životem (SWL), stejně jako všechny subškály ISMI s výjimkou *Odolnosti proti stigmatu* a objCGI, které spolu nekorelovaly. Čím vyšší je objektivně i subjektivně hodnocená závažnost psychické poruchy, úzkost, depresivita, sociální úzkost a omezení vyplývající z psychické poruchy, tím vyšší je míra sebestigmatizace nebo naopak (tato studie nemůže odpovědět na kauzalitu). Větší životní spokojenost souvisí s nižší mírou sebestigmatizace, viz Tabulka 51.

Tabulka 51: Vztah mezi sebestigmatizací a klinickými faktory

Klinické faktory	ISMI skór	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Sociální stažení se	Odolnost proti stigmatu
ObjCGI_počátek	<b>0,381**</b>	<b>0,382**</b>	<b>0,274**</b>	<b>0,391**</b>	<b>0,365**</b>	0,157
SubjCGI_počátek	<b>0,422**</b>	<b>0,427**</b>	<b>0,297**</b>	<b>0,355**</b>	<b>0,389**</b>	<b>0,279**</b>
HAMA	<b>0,380**</b>	<b>0,343**</b>	<b>0,340**</b>	<b>0,261*</b>	<b>0,360**</b>	<b>0,228*</b>
BDI-II_počátek	<b>0,676**</b>	<b>0,633**</b>	<b>0,571**</b>	<b>0,566**</b>	<b>0,621**</b>	<b>0,371**</b>
BAI_počátek	<b>0,531**</b>	<b>0,463**</b>	<b>0,497**</b>	<b>0,484**</b>	<b>0,485**</b>	<b>0,302**</b>
SPRAS	<b>0,586**</b>	<b>0,528**</b>	<b>0,488**</b>	<b>0,459**</b>	<b>0,556**</b>	<b>0,403**</b>
LSAS	<b>0,590**</b>	<b>0,506**</b>	<b>0,605**</b>	<b>0,482**</b>	<b>0,580**</b>	<b>0,248*</b>
SWL	<b>-0,473**</b>	<b>-0,565**</b>	<b>-0,301**</b>	<b>-0,433**</b>	<b>-0,356**</b>	<b>-0,322**</b>
SDS	<b>0,491**</b>	<b>0,437**</b>	<b>0,453**</b>	<b>0,401**</b>	<b>0,436**</b>	<b>0,287**</b>

Poznámky: Spearmanova korelace (S); statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; CGI (Clinical Global Impression); objCGI (objektivní CGI); subjCGI (subjektivní CGI); HAMA (Hamilton Anxiety Scale A); BDI-II (Beck Depression Inventory); BAI (Beck Anxiety Inventory); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness), SWL (Satisfaction with Life Scale); LSAS (Liebowitz Social Anxiety Scale); SPRAS (Sheehan Patient-Related Anxiety Scale); SDS (Sheehan Disability Scale)

#### 6.2.4.3 Sebestigmatizace, klinické škály a změny během léčby

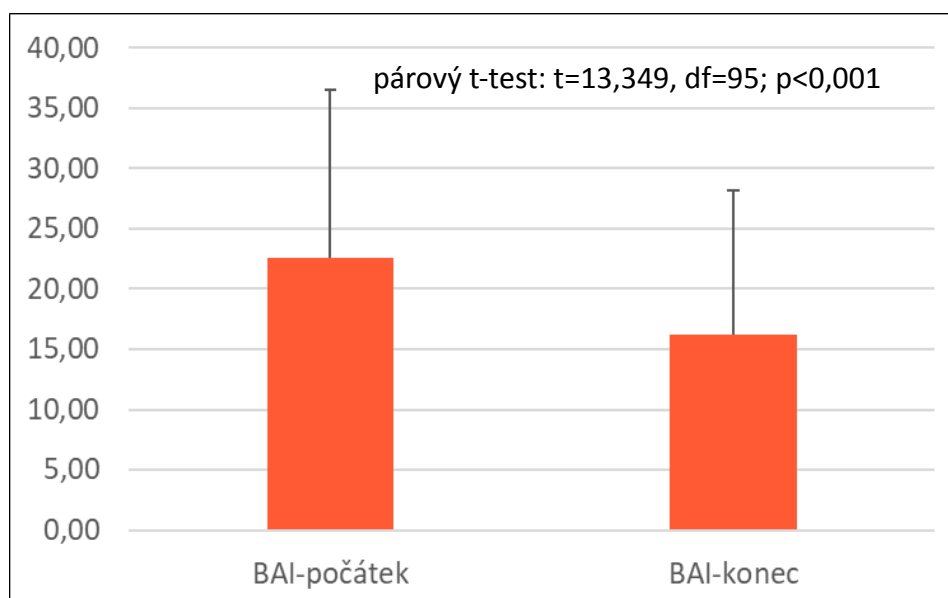
V rámci počáteční a konečné fáze psychoterapeutického pobytu jsme sledovali změny ve vybraných klinických škálách včetně změn v celkovém skóru ISMI. Zaměřili jsme se na změny ve škále BAI, BDI-II, objCGI, subjCGI a subjCGI vnímaného zlepšení. Ve všech uvedených škálách došlo v průběhu léčby ke statisticky významnému poklesu. Statisticky významný pokles byl zaznamenán jak ve škálách hodnotících míru deprese, úzkosti, závažnosti psychopatologie, tak v míře sebestigmatizace (Tabulka 52; Graf 9; Graf 10). Po léčbě odpovídaly příznaky úzkosti zdravé míře úzkosti (Kamarádová a kol., 2015) a stupeň depresivity klesl na úroveň mírných příznaků (Ocisková a kol., 2017).

Tabulka 52: Průměrné skóry stupnic v průběhu pobytu

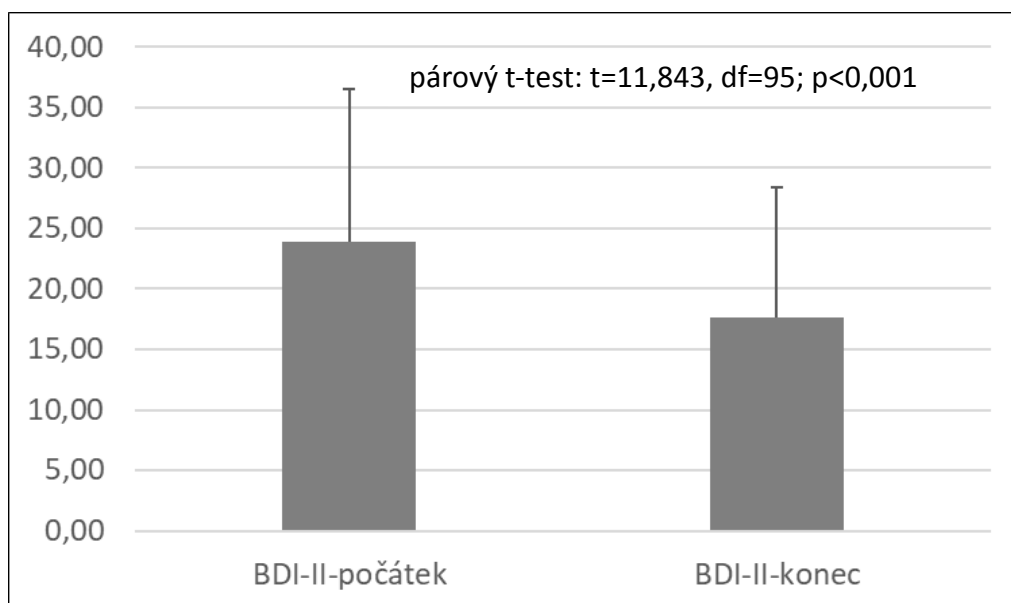
	Počátek léčby	Konec léčby	Statistika (Párový T-Test)
BAI	22,63 ± 13,88	16,21 ± 11,97	t=13,349, df=95; <b>p&lt;0,001</b>
BDI-II	23,86 ± 12,70	17,60 ± 10,78	t=11,843, df=95; <b>p&lt;0,001</b>
ObjCGI	3,03 ± 0,71	2,49 ± 0,73	t=9,168, df=95; <b>p&lt;0,001</b>
SubjCGI	3,96 ± 1,15	3,38 ± 1,06	t=6,726, df=94; <b>p&lt;0,001</b>
ISMI skór	62,66 ± 13,65	59,19 ± 14,32	t=6,511, df=95; <b>p&lt;0,001</b>

Poznámky: Data jsou uvedena jako průměry a směrodatné odchylky (sd); CGI (Clinical Global Impression); objCGI (objektivní CGI); subjCGI (subjektivní CGI); BDI-II (Beck Depression Inventory); BAI (Beck Anxiety Inventory); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness)

Graf 9: Průměrné skóry posuzovací stupnice BAI a změny v průběhu léčby



Graf 10: Průměrné skóry posuzovací stupnice BDI a změny v průběhu léčby



### 6.2.5 Sebestigmatizace a diagnostické podskupiny

Pacienty jsme rozdělili do pěti základních skupin podle hlavní diagnózy, se kterou byli přijati na psychotherapeutický pobyt: (1) panická porucha s/ bez agorafobie; (2) sociální fobie; (3) generalizovaná a smíšená úzkostně-depresivní porucha; (4) somatoformní poruchy; (5) poruchy přizpůsobení. Skupinu pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou jsme nezahrnuli do porovnání pro malý počet respondentů (n=3). Diagnostické skupiny se mezi sebou významně neliší v celkové míře sebestigmatizace ani v jednotlivých subškálách ISMI (Tabulka 53). Pacienti s neurotickými poruchami se sebestigmatizují přibližně stejně.

Tabulka 53: Sebestigmatizace a diagnostické podskupiny

ISMI	Panická porucha s/bez agorafobie (n=9)	Sociální fobie (n=26)	GAD a úzkostně-depresivní porucha (n=43)	Poruchy přizpůsobení (n=9)	Somatoformní poruchy (n=9)	Statistika
ISMI skór	66,78 ± 16,02	65,19 ± 12,15	61,77 ± 15,27	57,67 ± 12,77	60,44 ± 5,41	One-Way ANOVA: F=0,829, df=94, n.s.
Odcizení	14,56 ± 4,91	14,23 ± 3,29	13,98 ± 4,04	13,56 ± 3,05	13,11 ± 2,32	One-Way ANOVA: F=0,235, df=94, n.s.
Souhlas se stereotypy	14,11 ± 3,98	13,88 ± 2,59	12,95 ± 3,63	11,22 ± 2,54	13,00 ± 2,00	One-Way ANOVA: F=1,411, df=94, n.s.
Vnímaná diskriminace	10,44 ± 2,29	10,23 ± 3,18	9,69 ± 3,03	9,44 ± 1,51	9,33 ± 1,12	One-Way ANOVA: F=0,384, df=94, n.s.
Sociální stažení	14,22 ± 4,49	13,50 ± 3,75	13,19 ± 4,15	11,67 ± 3,97	12,67 ± 0,87	One-Way ANOVA: F=0,589, df=94, n.s.
Odolnost proti stigmatu	13,44 ± 2,61	13,35 ± 2,37	12,64 ± 2,39	11,78 ± 3,11	12,33 ± 2,87	One-Way ANOVA: F=0,938, df=94, n.s.

Poznámky: One-Way ANOVA (jednosměrná analýza rozptylu); ns (není signifikantní); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness)

## 6.2.6 Sebestigmatizace a komorbidita

Dále nás zajímal rozdíl v míře sebestigmatizace v závislosti na přítomnosti komorbidní depresivní poruchy, další úzkostné poruchy a poruchy osobnosti.

### 6.2.6.1 Komorbidita s depresivní poruchou

Pacienty s poruchami neurotického spektra jsme rozdělili dle přítomnosti komorbidní depresivní poruchy na dvě skupiny. Statistická analýza neukázala významný rozdíl v míře sebestigmatizace ani v subškálách ISMI mezi skupinami s nebo bez komorbidní deprese (Tabulka 54).

Tabulka 54: Porovnání sebestigmatizace skupiny s a bez komorbidní deprese

ISMI	Bez depresivní poruchy (n=31)	S depresivní poruchou (n=65)	Statistika
ISMI skór	60,32 ± 14,08	63,77 ± 13,41	Unpaired T-test: t=-1,159, df=94, n.s.
Odcizení	13,45 ± 4,03	14,09 ± 3,64	Unpaired T-test: t=-0,779, df=94, n.s.
Souhlas se stereotypy	12,65 ± 3,31	13,31 ± 3,25	Unpaired T-test: t=-0,928, df=94, n.s.
Vnímaná diskriminace	9,39 ± 2,21	10,00 ± 3,01	Unpaired T-test: t=-1,011, df=94, n.s.
Sociální stažení	12,48 ± 4,11	13,40 ± 3,78	Unpaired T-test: t=-1,079, df=94, n.s.
Odolnost proti stigmatu	12,35 ± 2,59	12,97 ± 2,48	Unpaired T-test: t=-1,117, df=94, n.s.

Poznámky: Unpaired T-test (T-test pro nezávislé výběry); ns (není signifikantní); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness)

### 6.2.6.2 Komorbidita s další úzkostnou poruchou

Dále jsme porovnali skupiny s výskytem další komorbidní úzkostné poruchy k hlavní diagnóze a skupinu bez komorbidní úzkostné poruchy. Obě skupiny se liší v celkové míře sebestigmatizace a subškále *Odcizení* a *Odolnost proti stigmatu*. Skupina s výskytem další komorbidní úzkostné poruchy vykazuje statisticky významně vyšší míru sebestigmatizace a významně vyšší skóry v *Odcizení* a *Odolnosti proti stigmatu*, než skupina bez komorbidní úzkostné poruchy (Tabulka 55).

Tabulka 55: Porovnání sebestigmatizace skupiny s a bez komorbidní úzkostné poruchy

ISMI	Bez další úzkostné poruchy (n=76)	S další úzkostnou poruchou (n=20)	Statistika
ISMI skór	61,08 ± 13,69	68,65 ± 11,98	Unpaired T-test: t=-2,254, df=94, <b>p&lt;0,05</b>
Odcizení	13,45 ± 3,74	15,55 ± 3,43	Unpaired T-test: t=-2,275, df=94, <b>p&lt;0,05</b>
Souhlas se stereotypy	12,78 ± 3,26	14,30 ± 3,09	Unpaired T-test: t=-1,880, df=94, n.s.
Vnímaná diskriminace	9,61 ± 2,76	10,55 ± 2,78	Unpaired T-test: t=-1,359, df=94, n.s.
Sociální stažení	12,76 ± 3,89	14,40 ± 3,71	Unpaired T-test: t=-1,690, df=94, n.s.
Odolnost proti stigmatu	12,49 ± 2,48	13,85 ± 2,45	Unpaired T-test: t=-2,192, df=94, <b>p&lt;0,05</b>

Poznámky: Unpaired T-test (T-test pro nezávislé výběry); ns (není signifikantní); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness)

### 6.2.6.3 Komorbidita s poruchou osobnosti

Na závažnost sebestigmatizace má vliv komorbidní porucha osobnosti. Pacienti s komorbidní poruchou osobnosti se sebestigmatizují ve statisticky významně vyšší míře než pacienti bez poruchy osobnosti, a to ve všech subškálách ISMI s výjimkou *Odolnosti proti stigmatu* (Tabulka 56).

Tabulka 56: Porovnání sebestigmatizace skupin s a bez komorbidní poruchy osobnosti

ISMI	Bez poruchy osobnosti (n=67)	S poruchou osobnosti (n=29)	Statistika
ISMI skór	59,46 ± 12,62	70,03 ± 13,27	Unpaired T-test: t=-3,711, df=94, <b>p&lt;0,001</b>
Odcizení	12,91 ± 3,45	16,14 ± 3,52	Unpaired T-test: t=-4,186, df=94, <b>p&lt;0,001</b>
Souhlas se stereotypy	12,54 ± 3,12	14,38 ± 3,29	Unpaired T-test: t=-2,613, df=94, <b>p&lt;0,05</b>
Vnímaná diskriminace	9,15 ± 2,62	11,31 ± 2,56	Unpaired T-test: t=-3,730, df=94, <b>p&lt;0,001</b>
Sociální stažení	12,18 ± 3,61	15,24 ± 3,73	Unpaired T-test: t=-3,779, df=94, <b>p&lt;0,001</b>
Odolnost proti stigmatu	12,69 ± 2,43	12,97 ± 2,79	Unpaired T-test: t=-0,495, df=94, n.s.

Poznámky: Unpaired T-test (T-test pro nezávislé výběry); ns (není signifikantní); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness)

## 6.2.7 Sebestigmatizace a osobnostní charakteristiky

Osobnostní rysy byly hodnocené pomocí TCI. Celková míra sebestigmatizace koreluje pozitivně středně silně s osobnostní charakteristikou Vyhýbání se poškození (Harm Avoidance), negativně s charakteristikami Závislost na Odměně (Reward Dependence) a Sebeřízením (Self-directedness), viz Tabulka 57. Povahu vztahu mezi sebestigmatizací a osobnostními charakteristikami neznáme. Je možné, že jedinci s vyšším skóre Vyhýbání se poškození, nižším skóre Závislost na odměně a Sebeřízení mají větší tendenci k sebestigmatizaci nebo příčinnost funguje obráceně. Temperamentová charakteristika Vyhýbání se poškození koreluje se všemi subškálami ISMI. Charakteristika Závislost na odměně negativně koreluje se subškálami ISMI s výjimkou *Vnímané diskriminace* (Tabulka 57). Z charakterových rysů je významné Sebeřízení, které negativně koreluje se všemi subškálami ISMI (Tabulka 57).

Tabulka 57: Korelace mezi sebestigmatizací a osobnostními rysy dle Cloningerova TCI

Dimenze dle Cloningera	ISMI skóre	Odcizení	Souhlas se stereotypy	Vnímaná diskriminace	Sociální stažení se	Odolnost proti stigmatu
<i>Temperamentové dimenze</i>						
Vyhýbání se poškození	<b>0,475<sup>***</sup></b>	<b>0,458<sup>***</sup></b>	<b>0,429<sup>***</sup></b>	<b>0,381<sup>***</sup></b>	<b>0,439<sup>***</sup></b>	<b>0,235<sup>*</sup></b>
Vyhledávání nového	0,057	-0,048	0,052	0,102	0,022	0,166
Závislost na odměně	<b>-0,254<sup>*</sup></b>	<b>-0,205<sup>*</sup></b>	<b>-0,211<sup>*</sup></b>	-0,160	<b>-0,228<sup>*</sup></b>	<b>-0,265<sup>**</sup></b>
Vytrvalost	-0,152	-0,100	-0,184	-0,140	-0,063	-0,184
<i>Charakterové dimenze</i>						
Sebeřízení	<b>-0,515<sup>***</sup></b>	<b>-0,529<sup>***</sup></b>	<b>-0,449<sup>***</sup></b>	<b>-0,461<sup>***</sup></b>	<b>-0,456<sup>***</sup></b>	<b>-0,208<sup>*</sup></b>
Spolupráce	-0,003	0,069	0,002	0,036	0,048	<b>-0,233<sup>*</sup></b>
Sebepřesah	0,113	0,118	0,114	0,138	0,108	-0,029

Poznámky: Pearsonova korelace (P); statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; TCI-R (Temperament and Character Inventory); Vyhýbání se poškození (Harm Avoidance); Vyhledávání nového (Novelty Seeking); Závislost na odměně (Reward Dependence); Vytrvalost (Persistence); Sebeřízení (Self-directedness), Spolupráce (Cooperativeness), Sebepřesah (Self-transcendence); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness)

## 6.2.8 Sebestigmatizace a disociace

Míra disociace měřená škálou DES, včetně skóru pro patologickou disociaci (DES-T) významně pozitivně středně silně korelovaly s celkovou mírou sebestigmatizace ISMI



včetně subškál ISMI s výjimkou subškály *Odolnost proti stigmatu* (Tabulka 58). Pacienti s vyšší mírou disociace (zdravé nebo patologické) se sebestigmatizují ve vyšší míře.

Tabulka 58: Korelace mezi sebestigmatizací a zdravou nebo patologickou disociací

Subškály ISMI	DES skóre	DES-T
ISMI celkový skór	<b>0,467<sup>P**</sup></b>	<b>0,466<sup>P**</sup></b>
Odcizení	<b>0,480<sup>P**</sup></b>	<b>0,492<sup>P**</sup></b>
Souhlas se stereotypy	<b>0,378<sup>P**</sup></b>	<b>0,374<sup>P**</sup></b>
Vnímaná diskriminace	<b>0,475<sup>P**</sup></b>	<b>0,452<sup>P**</sup></b>
Sociální stažení se	<b>0,420<sup>P**</sup></b>	<b>0,428<sup>P**</sup></b>
Odolnost proti stigmatu	0,128	0,124

Poznámky: Pearsonova korelace (P); statistická významnost \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness Scale); DES (Dissociation Scale); DES-T (patologická disociace)

## 6.2.9 Sebestigmatizace a traumatizace v dětství

Traumatizace v dětství byla hodnocena dotazníkem CTQ od Bernsteina a Finka (1998). Celkové skóre sebestigmatizace ISMI mírně až středně silně pozitivně koreluje s emočním a psychickým týráním a zanedbáváním. Uvedené domény CTQ korelují také se subškálami ISMI *Odcizení*, *Vnímaná diskriminace* a *Sociální stažení se*. Subškála ISMI *Odolnost proti stigmatu* nekoreluje s žádnou traumatickou zkušeností z dětství. Subškála *Souhlasu se stereotypy* pozitivně koreluje pouze s emočním týráním a emočním zanedbáváním v dětství (Tabulka 59).

Tabulka 59: Vztah mezi sebestigmatizací a traumatizací v dětství dle CTQ

Subškály ISMI	Emoční týrán	Psychické týrán	Sexuální zneužívání	Emoční zanedbávání	Psychické zanedbávání
ISMI celkový skór	<b>0,343**</b>	<b>0,231*</b>	0,134	<b>0,294**</b>	<b>0,233*</b>
Odcizení	<b>0,388**</b>	<b>0,229*</b>	0,175	<b>0,309**</b>	<b>0,277**</b>
Souhlas se stereotypy	<b>0,255*</b>	0,195	0,042	<b>0,220*</b>	0,168
Vnímaná diskriminace	<b>0,323**</b>	<b>0,246*</b>	0,142	<b>0,244*</b>	<b>0,282**</b>
Sociální stažení se	<b>0,353**</b>	<b>0,238*</b>	0,096	<b>0,278**</b>	<b>0,202*</b>
Odolnost proti stigmatu	0,050	0,022	0,103	0,146	0,008

Poznámky: Pearsonova korelace (P); statistická významnost \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness Scale); CTQ (Childhood Trauma Questionnaire)

## 6.2.10 Sebestigmatizace a rodičovská výchova

Rodičovský styl byl hodnocený pomocí Dotazníku rodičovských stylů výchovy (PBI; Parker, Tupling, & Brown 1979). *Mateřská péče* statisticky významně nekoreluje s celkovým skóre sebestigmatizace. *Otcovská péče* je s celkovým skóre ISMI v negativním vztahu, tj. vyšší míra pociťované péče od otce v dětství je pravděpodobně spojená s nižší tendencí k sebestigmatizaci. *Mateřská a otcovská hyperprotektivita* jsou ve slabé pozitivním vztahu se sebestigmatizací. Otcovská a mateřská hyperprotektivita koreluje se subškálami ISMI *Odcizení*, *Vnímanou diskriminací* a *Sociálním stažením se*. *Odolnost proti stigmatu* nekoreluje významně s žádným rodičovským stylem (Tabulka 60).

Tabulka 60: Vztah mezi sebestigmatizací a rodičovskou výchovou

Subškály ISMI	Otcovská péče	Otcovská hyperprotektivita	Mateřská péče	Mateřská hyperprotektivita
ISMI celkový skór	<b>-0,219*</b>	<b>0,309**</b>	-0,160	<b>0,248*</b>
Odcizení	<b>-0,296**</b>	<b>0,370**</b>	-0,228*	<b>0,286**</b>
Souhlas se stereotypy	-0,147	<b>0,215*</b>	-0,084	0,188
Vnímaná diskriminace	-0,141	<b>0,269*</b>	-0,186	<b>0,229*</b>
Sociální stažení se	-0,206	<b>0,250*</b>	-0,179	<b>0,251*</b>
Odolnost proti stigmatu	-0,066	0,146	0,066	0,034

Poznámky: Pearsonova korelace (P); statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness); PBI (Parental Bonding Instrument)

## 6.2.11 Sebestigmatizace a vztahová vazba

Vztahová vazba byla hodnocená Dotazníkem zkušeností v blízkých vztazích (ECR–R; Fraley, Waller, & Brennan 2000). Úzkostná ani vyhýbavá vztahová vazba v partnerských vztazích nekoreluje s celkovou mírou sebestigmatizace, ani jednotlivými subškálami ISMI nesouvisí (Tabulka 61).

Tabulka 61: Vztah mezi sebestigmatizací a vztahovou vazbou

Subškály ISMI	Úzkostná vazba	Vyhýbavá vazba
ISMI celkový skór	0,183	0,159
Odcizení	0,132	0,110
Souhlas se stereotypy	0,204	0,178
Vnímaná diskriminace	0,077	0,054
Sociální stažení se	0,203	0,181
Odolnost proti stigmatu	0,134	0,132

Poznámky: Pearsonova korelace (P); statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness Scale); ECR-R (Experience in Close Relationship)

## 6.2.12 Regresní analýza sebestigmatizace a souvisejících faktorů

Protože korelační analýzy ukázaly celou řadu souvislostí mezi sebestigmatizací a klinickými, demografickými a osobnostními faktory, dalším krokem bylo zjistit, které z nich jsou nejvýznamnější a nedochází mezi nimi ke kolinearitě. Pro zjištění nejvýznamnějších faktorů jsme použili lineární zpětnou krokovou regresní analýzu. Do krokové regrese jsme zařadili pouze nezávislé proměnné, které korelovaly středně nebo silně se sebestigmatizací, nikoliv faktory s nízkými korelačními koeficienty (HAMA, objCGI začátek, subCGI začátek, DES-T, BDI-II začátek, BAI začátek, LSAS celkový skóre, SDS celkem, Vyhýbání se ohrožení, Závislost na odměně, Sebeřízení). Závislou proměnnou byla míra sebestigmatizace hodnocená ISMI. Zpětnou regresivní analýzou prošla délka trvání poruchy, Sebeřízení, počáteční hodnota depresivity BDI-II a celkový skóre sociální úzkosti LSAS, které dohromady vysvětlují 58,4 % sebestigmatizace (Tabulka 62).

Tabulka 62: Regresní analýza pro závisle proměnnou ISMI

ISMI	Regresory	B	SE	$\beta$	t	Signifikance
10. krok	Trvání poruchy	0,252	0,122	0,158	2,060	0,043
	Sebeřízení	-0,466	0,209	-0,210	-2,228	0,029
	BDI-II počátek	0,448	0,110	0,403	4,081	0,000
	LSAS-celkový skóre	0,102	0,036	0,252	2,862	0,005

F= 28,058 df=77; p<0,001; Adjusted R Square = 0,584

Poznámky: statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; SE (standardní chyba);  $\beta$  (beta); B (regresní koeficient); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness); Sebeřízení (Self-Derectedness); BDI-II (Beck Depression Inventory); LSAS (Liebowitz Social Anxiety Scale)

## 6.3 Sebestigmatizace a změna v léčbě

Vztah sebestigmatizace na počátku pobytu k terapeutické změně byl studovaný jak pomocí korelací relativních změn v terapeutických stupnicích k sebestigmatizaci, tak pomocí regresní analýzy.

### 6.3.1 Korelační analýzy sebestigmatizace a relativních změn

Korelační vztahy mezi sebestigmatizací na počátku léčby a relativními změnami v postuzovacích stupnicích ukázaly, že celkové skóre ISMI statisticky významně nekoreluje s relativní změnou v objCGI ani v subjCGI (Tabulka 63). Statisticky významné

korelace byly zjištěny mezi mírou sebestigmatizace hodnocenou ISMI a relativní změnou v BDI-II a v BAI. Čím vyšší je na počátku léčby míra sebestigmatizace, tím dochází během léčby k menšímu relativnímu poklesu depresivity nebo celkové úzkosti (Tabulka 63).

*Tabulka 63: Vztah mezi sebestigmatizací na počátku léčby a změnou v léčbě*

Změny v hodnoticích nástrojích	ISMI skór
objCGI - relativní změna	0,025
subjCGI - relativní změna	-0,103
BDI-II - relativní změna	<b>-0,261*</b>
BAI - relativní změna	<b>-0,246*</b>
ISMI - relativní změna	0,028

Poznámky: Spearmanova korelace (S); statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; CGI (Clinical Global Impression); objCGI (objektivní CGI); subjCGI (subjektivní CGI); BDI-II (Beck Depression Inventory); BAI (Beck Anxiety Inventory); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness)

Při hodnocení vztahu mezi změnou sebestigmatizace a změnou psychopatologie pomocí korelační analýzy nebyl zjištěný vztah mezi relativní změnou v objCGI nebo subjCGI a změnou míry sebestigmatizace. Byl však zjištěný pozitivní korelační vztah na hranici statistické významnosti mezi relativní změnou depresivity hodnocenou BDI-II a změnou sebestigmatizace. Je tedy patrný trend k tomu, že čím více se sníží míra depresivních příznaků, tím dochází k většímu poklesu sebestigmatizace. Statisticky významná pozitivní korelace je mezi relativní změnou úzkosti hodnocené BAI a relativní změnou v ISMI (Tabulka 64). To znamená, že větší pokles úzkostnosti během terapie významně souvisí s větším poklesem sebestigmatizace.

*Tabulka 64: Vztah mezi změnami v sebestigmatizaci a změnou v léčbě*

Změny v hodnoticích nástrojích	ISMI-relativní změna
objCGI-relativní změna	0,146
subjCGI-relativní změna	0,006
BDI-II-relativní změna	0,193 (p= 0,06)
BAI-relativní změna	<b>0,366***</b>

Poznámky: Spearmanova korelace (S); statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; CGI (Clinical Global Impression); objCGI (objektivní CGI); subjCGI (subjektivní CGI); BDI-II (Beck Depression Inventory); BAI (Beck Anxiety Inventory); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness)

### 6.3.2 Regresní analýzy relativních změn v posuzovacích stupnicích

Regresní analýzy zkoumající závislost relativních změn v posuzovacích stupnicích na demografických, klinických a osobnostních faktorech byly krokem ke zjišťování, nakolik

se ISMI na změně psychopatologie v léčbě podílí jako nezávislý faktor a nakolik je závislé na jiných hodnocených parametrech. Pro tento účel byly použity krokové regresní analýzy (zpětná kroková regrese), do kterých jako závislé proměnné vstupovaly relativní změny v posuzovacích stupnicích a jako nezávislé regresory ISMI a demografické, osobnostní a klinické faktory, které významně korelovaly se změnou v hodnotících stupnicích v korelační analýze.

Jako regresory pro závislé proměnnou *relativní změna v objCGI* vstoupily do regresní analýzy následující regresory: objCGI-počátek, Vyhledávání nového, Sebeřízení, ISMI celkový skór. Uvedené faktory vstoupily do regresní analýzy, ve třech krocích prošly dva z nich (pozitivně hodnocení objektivního CGI na počátku a negativně osobnostní faktor Vyhledávání nového) (Tabulka 65). Tyto dva regresory společně vysvětlují 7,5 % relativní objektivní změny v celkovém klinickém dojmu. Celkové skóre ISMI do posledního kroku neprošlo.

Tabulka 65: Regresní analýza pro závisle proměnnou objCGI relativní změna

Relativní změna objCGI	Regresory	B	SE	$\beta$	t	Signifikance
3. krok	objCGI-počátek	0,053	0,025	0,211	2,133	0,036
	Vyhledávání nového	-0,007	0,003	-0,208	-2,102	0,038

F= 4,827 df=95; p<0,01; Adjusted R Square = 0,075

Poznámky: statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; SE (standardní chyba);  $\beta$  (beta); B (regresní koeficient); objCGI (objektivní hodnocení Clinical Global Impression); Vyhledávání nového (Novelty Seeking)

Jako regresory pro závislé proměnnou *relativní změna v subjCGI* vstoupily do regresní analýzy následující regresory: subjCGI-počátek, Vyhledávání nového, disociace DES, ISMI celkový skór. Ve třech krocích prošly dva z nich, a to počáteční hodnocení subjektivního CGI a osobnostní faktor Vyhledávání nového, které společně vysvětlují 15,1 % relativní změny v subjektivním celkovém klinickém dojmu. Celkový skór ISMI do posledního kroku neprošel (Tabulka 66).

Tabulka 66: Regresní analýza pro závisle proměnnou subjCGI relativní změna

Relativní změna subjCGI	Regresory	B	SE	$\beta$	t	Signifikance
3. krok	subjCGI-počátek	0,091	0,025	0,353	3,647	0,001
	Vyhledávání nového	-0,012	0,006	-0,199	-2,059	0,042

F= 9,077 df=91; p<0,001; Adjusted R Square = 0,151

Poznámky: statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; SE (standardní chyba);  $\beta$  (beta); B (regresní koeficient); subjCGI (pacientovo subjektivní hodnocení Clinical Global Impression); Vyhledávání nového (Novelty Seeking)

Jako regresory pro závislé proměnnou *relativní změna v BDI-II* vstoupily do regresní analýzy následující regresory: subjCGI na počátku, délka trvání poruchy, osobnostní rysy Vyhýbání se poškození, Sebeřízení, disociace (škála disociace DES), úzkostná vztahová vazba (dotazník blízkých vztahů ECR-R), emoční, psychické týrání a zanedbávání a sexuální zneužívání (dotazník traumatizace v dětství CTQ), mateřská a otcovská hyperprotektivita a péče (dotazník rodičovských stylů PBI), příznaky úzkosti na počátku (BAI), sociální úzkost (dotazník sociální úzkosti LSAS\_vyhýbání), ISMI celkový skór. Uvedené faktory vstoupily do regresivní analýzy a ve dvanácti krocích prošly tři z nich (negativně trvání poruchy, pozitivně mateřská péče a hyperprotektivita v dětství). Tyto tři faktory společně vysvětlují 18,9 % relativní změny v závažnosti depresivity. Celkový skór ISMI do posledního kroku neprošel (Tabulka 67).

*Tabulka 67: Regresní analýza pro závisle proměnnou BDI-II relativní změna*

Relativní změna BDI-II	Regresory	B	SE	$\beta$	t	Signifikance
12. krok	Trvání	-0,007	0,003	-0,234	-2,167	0,034
	PBI_Matka_péče	0,011	0,003	0,377	3,304	0,002
	PBI_Matka_hyperprotektivita	0,010	0,004	0,286	2,504	0,015

F= 6,436 df=70; p<0,001; Adjusted R Square = 0,189

Poznámky: statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; SE (standardní chyba);  $\beta$  (beta); B (regresní koeficient); PBI (Parental Bonding Instrument)

Jako regresory pro závislé proměnnou *relativní změna v BAI* vstoupily do regresní analýzy následující regresory: subjCGI-počátek, Vyhledávání nového, Sebeřízení, disociace, úzkostná vztahová vazba (dotazník blízkých vztahů ECR-R), emoční, psychické a sexuální zneužívání a zanedbávání (dotazník traumatizace v dětství CTQ), mateřská a otcovská ochrana a péče (dotazník rodičovských stylů PBI), ISMI-celkový skór, příznaky úzkosti na počátku (BAI), příznaky deprese na počátku (BDI-II). Uvedené faktory vstoupily do regresivní analýzy a ve dvanácti krocích regrese prošly tři z nich (negativně počáteční hodnocení subjektivního CGI, osobnostní faktor Vyhledávání nového a otcovská hyperprotektivita v dětství). Tyto tři regresory společně vysvětlují 24,7 % relativní změny v míře úzkosti hodnocené BAI. Celkový skór ISMI do posledního kroku neprošel (Tabulka 68).

Tabulka 68: Regresní analýza pro závisle proměnnou BAI relativní změna

Relativní změna BAI	Regresory	B	SE	$\beta$	t	Signifikance
12. krok	subjCGI - počátek	-0,051	0,014	-0,361	-3,702	0,000
	Vyhledávání nového	-0,009	0,003	-0,281	-2,874	0,005
	PBI_Otec_hyperprotektivita	-0,005	0,002	-0,231	-2,365	0,021

F= 9,750 df=80; p<0,001; Adjusted R Square = 0,247

Poznámky: statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; SE (standardní chyba);  $\beta$  (beta); B (regresní koeficient); subjCGI (pacientovo subjektivní hodnocení Clinical Global Impression); PBI (Parental Bonding Instrument); Vyhledávání nového (Novelty Seeking)

Poslední regresní analýza je věnovaná faktorům, které ovlivňují změnu v ISMI. Jako závislá proměnná vstoupila do regresní analýzy relativní změna v ISMI, jako nezávislé regresory relativní změna v BAI, relativní změna v BDI-II, počátek poruchy, osobnostní rys Sebeřízení, Výchýbavá vztahová vazba, mateřská péče v dětství (dotazník rodičovských stylů PBI). Uvedené faktory vstoupily do regresivní analýzy, ve čtyřech krocích regrese prošly pozitivně tři z nich (relativní změna v BAI, věk počátku nemoci a PBI-mateřská péče v dětství). Tyto regresory společně vysvětlují 7,4 % relativní změny sebestigmatizace hodnocené ISMI (Tabulka 69).

Tabulka 69: Regresní analýza pro závisle proměnnou ISMI relativní změna

Relativní změna ISMI	Regresory	B	SE	$\beta$	t	Signifikance
4. krok	BAI – relativní změna	0,149	0,052	0,300	2,874	0,005
	Věk počátku poruchy	0,002	0,001	0,258	2,499	0,015
	PBI_Matka_péče	0,002	0,001	0,214	2,072	0,042

F= 7,978 df=75; p<0,001; Adjusted R Square = 0,074

Poznámky: statistická významnost \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; SE (standardní chyba);  $\beta$  (beta); B (regresní koeficient); ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness); BAI (Beck Anxiety Inventory); PBI (Parental Bonding Instrument)

## 6.4 Vyjádření se k platnosti hypotéz

Následující část obsahuje vyjádření se k jednotlivým postulovaným dílčím hypotézám.

V první hypotéze jsem předpokládala, že míra sebestigmatizace bude souviset s následujícími faktory:

**(1) H<sub>A</sub> – 1: Celková míra sebestigmatizace souvisí s vybranými klinickými, osobnostními proměnnými u hospitalizovaných pacientů s poruchami neurotického spektra:**

**(a) vyšší závažností celkové psychopatologie;**

Tato dílčí hypotéza byla **potvrzená** korelační analýzou. Vyšší míra sebestigmatizace pozitivně souvisí jak s vyšším objektivním hodnocením závažnosti poruchy lékařem, tak s vyšším subjektivním hodnocením závažnosti poruchy pacientem.

**(b) s mírou disociativních příznaků;**

Tato dílčí hypotéza byla **potvrzená** zjištěním vysoké míry korelace mezi skóry škály disociativní zkušenosti (DES) i patologické disociace (DES-T) s celkovým ISMI skóre. Podobně jako celkový skóre ISMI korelují pozitivně i jednotlivé subškály ISMI (Odcizení, Souhlas se stereotypy, Vnímání diskriminace, Sociální stažení se), kromě subškály Odolnost proti stigmatu.

**(c) se závažností úzkostí;**

Tato dílčí hypotéza byla **potvrzená** jak: (i) vysokou korelací mezi sebestigmatizací hodnocenou celkovým skóre ISMI (i jednotlivými subškálami) a subjektivně posuzovanou úzkostností pacientem v posuzovací stupnici BAI, tak (ii) vysokou korelací ISMI a jejích subškál s objektivně hodnocenou závažností úzkosti hodnocenou HAMA.

**(d) se závažností depresivity;**

Tato dílčí hypotéza byla **potvrzená** nálezy o vysoké míře korelace mezi ISMI a jejími subškálami a subjektivně hodnocenou závažností depresivity v dotazníku BDI-II.

**(e) se sociální úzkostí;**

Tato dílčí hypotéza byla **potvrzená** korelacemi mezi skóry sebestigmatizace hodnocenými ISMI a jejími subškálami a posuzovací stupnicí sociální úzkosti LSAS.

**(f) s komorbidními poruchami;**

Tato dílčí hypotéza byla **potvrzená** pro souvislost mezi sebestigmatizací a komorbidním výskytem další úzkostné poruchy nebo poruchy osobnosti. Neprokázali jsme ale souvislost mezi sebestigmatizací a komorbidní depresí.

**(g) s osobnostními rysy Vyhybání se poškození a Sebeřízení;**

Tato dílčí hypotéza byla **potvrzená** jako pozitivní korelace Vyhybání se poškození a negativní korelace Sebeřízení s celkovými skóry ISMI i jeho subškálami. Kromě toho byly



zjištěné nízké negativní korelace celkového skóru ISMI a některých jeho subškál (kromě Vnímané diskriminace) s temperamentovým rysem Závislost na odměně.

**(h) s úzkostnou a vyhýbavou vztahovou vazbou;**

Nepodařilo se prokázat, že by míra sebestigmatizace souvisela s vyhýbavou nebo úzkostnou vztahovou vazbou v partnerských vztazích. Korelační koeficienty s ISMI i s jednotlivými subškálami byly nízké.

**(i) s traumatizací v dětství;**

Tato dílčí hypotéza byla **potvrzená** pro emoční týrání, psychické týrání, emoční zanedbávání a psychické zanedbávání a celkový skóre sebestigmatizace hodnocený ISMI. Nebyla potvrzená pro vztah sebestigmatizace a sexuálního zneužívání. U traumatizace v dětství je tedy emoční a psychické týrání a zanedbávání spojeno se zvýšenou mírou sebestigmatizace, sexuální zneužívání nikoliv, což vzhledem k nízkému počtu probandů se sexuálním zneužíváním může být falešně negativní výsledek.

**(j) rodičovským stylem výchovy**

Tato dílčí hypotéza byla **potvrzená** negativní korelací mezi celkovým skórem ISMI a Otcovskou péčí, pozitivní korelací mezi celkovým skórem ISMI a Otcovskou hyperprotektivitou a pozitivní korelací mezi celkovým skórem ISMI a Mateřskou hyperprotektivitou. Subškála Mateřská péče s celkovým skórem ISMI nekoreluje.

Ve druhém kroku hodnocení vztahu mezi sebestigmatizací, demografickými, klinickými a osobnostními faktory byla provedená zpětná regresní analýza, která očistila výsledky od kolineárních vztahů. Sebestigmatizace je z 58% propojená se čtyřmi hlavními regresory, kterými jsou délka Trvání poruchy, snížené Sebeřízení, vyšší míra Depresivity a vyšší míra Sociální úzkosti.

Druhá alternativní hypotéza postulovala, že vyšší míra sebestigmatizace souvisí v horších výsledky léčby. Při konkretizaci na dílčí hypotézy lze konstatovat následující:

**(2) H<sub>A</sub>-B: Vyšší míra sebestigmatizace souvisí s horšími výsledky v léčbě:**

**(k) u pacientů s vyšší závažností sebestigmatizace je míra pozitivní změny psychického stavu v léčbě hodnocená relativním poklesem ve stupnici objCGI nižší;**

V korelační analýze se neukázalo, že by relativní změna v objektivním CGI významněji souvisela s ISMI skóry na počátku léčby. Pacienti se ve změně v objektivním hodnocení závažnosti poruchy podle míry sebestigmatizace v průběhu léčby nelišili. Tato dílčí hypotéza se ve studii **nepotvrdila**.

**(l) u pacientů s vyšší závažností sebestigmatizace je míra pozitivní změny psychického stavu v léčbě hodnocená relativním poklesem ve stupnici subjCGI nižší;**

V korelační analýze se neukázalo, že by relativní změna subjektivního CGI významněji souvisela s ISMI skóry na počátku léčby. Pacienti se ve změně v subjektivním hodnocení závažnosti poruchy podle míry sebestigmatizace v průběhu léčby nelišili. Tato dílčí hypotéza se ve studii **nepotvrdila**.

**(m) u pacientů s vyšší závažností sebestigmatizace je míra pozitivní změny psychického stavu v léčbě hodnocená relativním poklesem ve stupnici BAI nižší;**

Korelační analýza ukázala na statisticky významnou souvislost mezi mírou sebestigmatizace a menším relativním poklesem v hodnocení BAI. To znamená, že čím více se pacienti na počátku léčby sebestigmatizovali, tím menší byl pokles jejich úzkostné symptomatologie v léčbě. Tato hypotéza byla tedy ve studii **potvrzená**.

**(n) u pacientů s vyšší závažností sebestigmatizace je míra pozitivní změny psychického stavu v léčbě hodnocená relativním poklesem ve stupnici BDI-II nižší;**

Tato hypotéza byla ve studii **potvrzená**. Ukázalo se, že čím větší změnu v příznacích deprese pacient po léčbě vykazuje, tím méně se sám na počátku léčby stigmatizoval a naopak, čím více se sebestigmatizoval na počátku, tím menší pokles v depresivních příznacích během léčby vykáže.

**(o) změna míry sebestigmatizace v průběhu léčby pozitivně koreluje se změnou v psychopatologii v jednotlivých posuzovacích stupnicích;**

Tato hypotéza se plně **potvrdila** pro vztah mezi změnou sebestigmatizace a změnou celkové úzkosti během léčby v BAI, ovšem u vztahu mezi změnou sebestigmatizace

a změnou depresivity v BDI-II jde o trend, protože korelační vztah je na hranici významnosti. Tato hypotéza se nepotvrdila pro objektivní ani subjektivní celkové hodnocení závažnosti poruchy v CGI.

## **6.5 Diskuze**

Do výzkumného souboru bylo zařazeno celkem 96 hospitalizovaných pacientů s poruchou neurotického spektra diagnostikovanou zkušeným psychiatrem podle MKN-10 (panická porucha a / nebo agorafobie, sociální fobie, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně depresivní porucha, somatoformní porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, poruchy přizpůsobení). Tato studie se zaměřila na zjišťování vztahu mezi sebestigmatizací a vybranými klinickými, demografickými a psychologickými parametry (demografické faktory, závažnost depresivních a úzkostných příznaků, osobnostní charakteristiky, typ vztahové vazby, rodičovské styly výchovy, traumatizace v dětství, míra disociace) u hospitalizovaných pacientů s poruchami neurotického spektra léčených na Psychoterapeutické stanici Oddělení psychiatrie v Liberci. Dalším cílem bylo prozkoumat vztah mezi mírou sebestigmatizace a změnou v posuzovacích stupnicích během léčby.

### ***(1) Sebestigmatizace, demografické a klinické faktory***

V naší studii hospitalizovaných pacientů jsme zjistili, že sebestigmatizace je u této skupiny pacientů průměrná (na začátku pobytu T-skór = 50; na konci pobytu T-skór = 47). Po absolvování 6týdenního terapeutického programu byla výsledná úroveň sebestigmatizace významně nižší. Výsledky se shodují se studií Ociskové a kol. (2014, 2015, 2018), která zjistila, že míra sebestigmatizace je u pacientů s úzkostnými poruchami průměrná (T-skór = 51). Kamarádová a kol. (2016) také zjistila průměrnou míru sebestigmatizace u úzkostných poruch (T-skór 47). Pokud to porovnáme s výsledky studií s jinými okruhy poruch, míra sebestigmatizace je buď podobná, nebo mírně nižší než u závažných psychických poruch (Kamarádová a kol., 2016; Vrbová a kol., 2016; Turkmen a kol., 2017; Holubová a kol., 2018). Tyto studie však nezjišťovaly pokles míry sebestigmatizace v průběhu léčby. V tom je tato studie originální, protože ukazuje na pokles míry sebestigmatizace po absolvování psychoterapeutického pobytu. Není jasné, zda míra sebestigmatizace klesala přímo v důsledku terapie, nebo klesala druhotně díky

poklesu symptomatologie. Na to by bylo potřeba vytvořit studii, která by porovnávala změnu sebestigmatizace skupiny léčené pouze psychofarmaky se skupinou léčenou psychoterapií.

Dle našich zjištění sebestigmatizace nekoreluje s demografickými charakteristikami, jako je věk, počátek nemoci, počet hospitalizací, pohlaví a partnerský vztah. Úroveň vzdělání souvisela se sebestigmatizací pouze v dílčích subškálách, nikoliv v celkové míře sebestigmatizace (vnímaná diskriminace a souhlas se stereotypy). V některých studiích je důležitým demografickým faktorem zaměstnání (Kamarádová a kol., 2015; Kalisová a kol., 2018), což se v naší studii neprokázalo. Naše závěry se částečně shodují s dalšími studiemi, které uvádí, že demografické faktory (pohlaví, dědičnost psychické poruchy a vzdělání) nesouvisí se sebestigmatizací u různých diagnostických skupin (Gerlinger a kol., 2013; Vrbová a kol., 2014; Kamarádová a kol., 2015; Sedláčková a kol., 2015; Kalisová a kol., 2018). Cinculová a kol. (2015; 2017) také neprokázala souvislost mezi sebestigmatizací a věkem, věkem nástupu poruchy, ale našla souvislost mezi sebestigmatizací a počtem hospitalizací, kterou jsme. Zjištěný nesoulad ve výzkumných zjištěních může být způsobený odlišným vzorkem pacientů, který tvořili pacienti s úzkostnými poruchami hospitalizovanými na Psychoterapeutickém oddělení. V naší studii sebestigmatizace korelovala s délkou trvání poruchy. Studie Kalisové a kol. (2018) je v souladu s našimi výsledky u pacientů s psychotickými poruchami, kde délka trvání poruchy souvisí s mírou sebestigmatizace. Turkmen a kol. (2017) zjistil, že délka trvání poruchy souvisí s narušeními v oblasti sociálního fungování a se sebestigmatizací. Dle uvedené studie s narůstající délkou trvání psychické poruchy roste také míra sebestigmatizace, zejména souhlas se stereotypy a snižuje se schopnost sociálního fungování.

Některé neurotické poruchy, jako např. obsedantně kompulzivní porucha nebo somatoformní porucha jsou zatíženy sebestigmatizací více (Shape, & Wessely, 2000; Angermeyer a kol., 2002), než např. poruchy přizpůsobení, kde okolí i jedinec většinou chápou příčiny rozvoje potíží ve spojení se stresem (Ocisková, & Praško, 2015). V naší studii jsme ale neprokázali rozdíl v míře sebestigmatizace mezi diagnostickými podskupinami neurotických poruch. Zjistili jsme, že diagnostické podskupiny se mezi sebou v celkové míře sebestigmatizace významně neliší, tedy pacienti s poruchami neurotického spektra se sebestigmatizují přibližně stejně bez ohledu na konkrétní diagnostickou jednotku. Kamarádová a kol. (2016) při porovnání sebestigmatizace různých diagnostických skupin

uvádí, že míra sebestigmatizace se neliší mezi diagnostickými skupinami. Ocisková a kol. (2015) uvádí, že nezáleží ani tak na konkrétní diagnóze, ale spíše na subjektivně i objektivně hodnocené závažnosti poruchy a přítomnosti komorbidních poruch osobnosti. Zdá se, že úroveň sebestigmatizace není odlišná ani mezi diagnostickými jednotkami v rámci diagnostické skupiny neurotických poruch.

### ***(2) Sebestigmatizace a závažnost poruchy***

Závažnost příznaků, ať už subjektivně nebo objektivně hodnocené aktuální psychopatologie, nebo závažnost příznaků úzkosti a deprese se v tendenci k sebestigmatizaci jeví jako důležitá. Většina výzkumů zaměřených na téma sebestigmatizace poukazuje na významnou souvislost mezi internalizovanou stigmatizací a intenzitou příznaků deprese, úzkosti a větší závažností psychopatologie u různých psychických poruch (Markowitz, 2001; Vrbová a kol., 2014; Kamarádová a kol., 2016; Hajda a kol., 2015; Cinculová a kol., 2015; Ocisková a kol., 2016; Lorona a kol., 2018). Stejně jako Ocisková a kol. (2015) a Kamarádová a kol. (2016) jsme zjistili, že sebestigmatizace souvisí s objektivně a subjektivně hodnocenou závažností poruchy.

Z našich výsledků vyplývá, že vyšší míra sebestigmatizace pozitivně souvisí s vyšším objektivním hodnocením závažnosti poruchy lékařem, s vyšším subjektivním hodnocením závažnosti poruchy pacientem, s vyšší subjektivně posuzovanou úzkostí a depresivitou pacienta. Výsledky jsou v souladu se studií Ociskové, Praška a Kamarádové (2015) a Ociskové, Praška a Sedláčkové (2015) u pacientů s neurotickými poruchami, kteří zjistili, že sebestigmatizace pozitivně korelovala se závažnější objektivní a subjektivní psychopatologií, intenzivnějšími příznaky úzkosti a deprese. Jedinci s vyšší mírou sebestigmatizace mohou prožívat změny v sebepojetí, být více náchylní k rozvoji depresivních a úzkostných příznaků, obav z odmítnutí v podobě sociální úzkosti a vyhýbavému chování vedoucímu k izolaci (Rüsch, Corrigan a kol., 2009).

### ***(3) Sebestigmatizace a komorbidita***

K vyšší míře sebestigmatizace přispívá komorbidní výskyt dalších úzkostných poruch a poruch osobnosti. Oproti předpokladu v hypotézách jsme nepotvrdili významný rozdíl v míře sebestigmatizace u jedinců s nebo bez komorbidní deprese. Toto zjištění je s ohledem na pozitivní korelaci mezi závažností depresivních symptomů a sebestigmatizací k zamyšlení. Je otázka, jestli pacienti skutečně trpěli mírnou, střední nebo těžkou depresivní

poruchou, když měli psychiatrem primárně diagnostikovanou úzkostnou poruchu, kde depresivní příznaky nemohly dominovat. Vysvětlením může být, že komorbidní depresivní poruchu jsme potvrdili pouze prostřednictvím strukturovaného interview M.I.N.I, ale pacienti s nebo bez komorbidní deprese mohli mít spíše podobnou závažnost depresivních příznaků dle BDI-II. Naše zjištění jsou v rozporu se studií Ociskové a kol. (2015) u neurotických pacientů, která uvádí, že komorbidní depresivní porucha stanovená také pouze M.I.N.I významně souvisí se sebestigmatizací.

Jako významná se jeví přítomnost další komorbidní úzkostné poruchy a komorbidní poruchy osobnosti, kde se skupiny s komorbidním výskytem uvedených poruch sebestigmatizují ve vyšší míře než pacienti bez komorbidních poruch. Význam komorbidní poruchy osobnosti je v souladu s výzkumem Ociskové a kol. (2015) a Rüsche a kol. (2006), kteří potvrzují vyšší míru sebestigmatizace u pacientů s komorbidní poruchou osobnosti. Rüsche a kol. (2006) se zaměřil na přesnější diagnostiku pacientek s čistou sociální fobií a hraniční poruchou osobnosti, kde skupina pacientek s poruchou osobnosti se sebestigmatizovala ve významně vyšší míře. Obdobná zjištění u komorbidních poruch osobnosti (konkrétně emočně-nestabilní poruchy) uvádí ve svém výzkumu také Grambal a kol. (2016), kde primární diagnózu poruchy osobnosti stanovil psychiatr. V opozici s tímto zjištěním je výzkum Livingstona a Boyda (2010) kteří uvádí, že míra sebestigmatizace nesouvisí s druhem psychické poruchy.

K úvaze může být zamyšlení, že přítomnost komorbidních úzkostných poruch nebo poruch osobnosti může být znakem celkově závažnějších psychických potíží, se kterými se pacient potýká, než konkrétní přidruženou poruchou. Tato úvaha může být předmětem dalších studií. V naší studii byla komorbidní porucha osobnosti a další komorbidní úzkostná porucha diagnostikovaná pouze na základě běžného diagnostického rozhovoru nikoliv na základě diagnostického interview (validita diagnózy je tedy snižená). Podobný design stanovení komorbidních poruch byl také ve studii Kamarádové a kol. (2016) a Ociskové a kol. (2015), kde poruchu osobnosti potvrzovali tři nezávislí psychiatři na základě diagnostického rozhovoru. V obou studiích se zjistilo, že pacienti s komorbidní poruchou osobnosti se sebestigmatizují ve větší míře, což je v souladu s našimi závěry. I v uvedených studiích ale chybělo potvrzení diagnózy poruchy osobnosti diagnostickým interviewem.

#### ***(4) Sebestigmatizace a osobnostní charakteristiky***

Sebestigmatizace je zkoumána v kontextu osobnostních psychologických faktorů v různých výzkumech napříč odlišnými diagnostickými kategoriemi (Yanos a kol., 2008; Ocisková, Praško a kol., 2015; Ocisková, Praško, & Kamarádová, 2015; Ocisková a kol., 2018). Například Praško a kol. (2016) zkoumali sebestigmatizaci a osobnostní charakteristiky u depresivních pacientů, Vrbová a kol. (2018) u pacientů se schizofrenií a u psychotických poruch, u neurotických poruch Ocisková, Praško a Kamarádová (2015) a Ocisková, Praško a Sedláčková (2015). Výsledky studie Liotti (2013) ukázaly přímou souvislost mezi temperamentovou dimenzí Vyhýbání se poškození, charakterovou dimenzí Sebeřízení a úzkostnými symptomy. Samochowiece a kol. (2005) našli u úzkostných pacientů významně zvýšené všechny subškály Vyhýbání se poškození, snížené Vyhledávání nového u žen, zvýšenou Závislost na Odměně a sníženou Vytrvalost, Sebeřízení a Spolupráci. Souvislost mezi sebestigmatizací, zvýšeným vyhýbáním se poškození a sníženým sebeřízením byla nalezená i v jiných studiích (Ocisková, Praško a Sedláčková, 2015; Ocisková, Praško, Kamarádová, 2015; Praško a kol., 2016).

V naší studii jsme zjistili, že sebestigmatizace pozitivně středně silně koreluje s osobnostní charakteristikou Vyhýbání se poškození (Harm Avoidance), negativně s charakteristikami Závislost na Odměně (Reward Dependence, nízká korelace) a Sebeřízení (Self-directedness, silná korelace). Vyhýbání se poškození a Sebeřízení korelují také se všemi subškálami ISMI (Závislost na odměně nekoreluje s Vnímanou diskriminací). Zdá se, že přítomnost vyššího skóru Vyhýbání se poškození v kombinaci s nízkou Závislostí na odměně a nízkým Sebeřízením může být jeden z osobnostních profilů spojených s tendencí k sebestigmatizaci (Svrakić a kol., 2002; Kose, 2003). Povahu vztahu mezi sebestigmatizací a osobnostními charakteristikami neznáme. Je možné, že jedinci s vyšším skóre Vyhýbání se poškození, nižším skóre Závislost na odměně a nižším Sebeřízením mají větší tendenci k sebestigmatizaci nebo příčinnost funguje obráceně. Pro další výzkumy může být přínosné zjistit, s jakými dílčími subškálami temperamentových a charakterových rysů (zejména Vyhýbání se poškození, Závislost na odměně a Sebeřízení) sebestigmatizace blíže souvisí. Ocisková a Praško (2015) uvádí, že sebestigmatizace u úzkostných poruch také koreluje s uvedenými osobnostními charakteristikami, které jsme našli v naší studii (Vyhýbání se poškození, Sebeřízení).

Obdobná zjištění uvádí Ocisková, Praško a Kamarádová (2015), kteří zjistili, že sebestigmatizace pozitivně koreluje s osobnostním rysem Vyhýbání se poškození a Sebeřízení, oproti našim zjištěním našli vztah také s Perzistencí, která se v naší studii nepotvrdila. Jejich výzkum probíhal na úzkém vzorku úzkostných poruch, v naší studii byly zařazené všechny neurotické poruchy dle MKN-10. Významná je také osobnostní charakteristika Vyhýbání se poškození v souvislosti s vyšší mírou sebestigmatizace u pacientů s neurotickým spektrem poruch (Ocisková a kol., 2014; Ocisková a kol., 2018).

Ocisková, Praško a kol. (2015) dále zjistili, že vysoká míra Sebeřízení a naděje snižují výskyt sebestigmatizace. Margeticová s kolegy (2010) také našla u pacientů se schizofrenií vztah mezi sebestigmatizací a vysokým Vyhýbáním se poškození a nízkým Sebeřízením, stejně tak i Wachleski a kol. (2008). U pacientů s depresivními poruchami se také vyskytuje vysoká úroveň Vyhýbání se poškození oproti zdravé populaci spojené se serotonergní aktivitou, která zvyšuje pravděpodobnost rozvoje úzkostných a depresivních poruch (Cloninger, 1986; Pelissolo & Corruble, 2002). V naší studii v regresní analýze prošlo jako významný prediktor sebestigmatizace pouze Sebeřízení, nikoliv Vyhýbání se poškození.

S ohledem na předpokládanou vrozenost temperamentových a částečnou vrozenost charakterových rysů můžeme pouze předpokládat, že přinejmenším uvedené temperamentové charakteristiky (Vyhýbání se poškození a Závislost na odměně) mohou předcházet zvýšené sebestigmatizaci. Je tak možné, že pacienti, kteří se sebestigmatizují, mohou být citlivější na odmítnutí v sociálních vztazích v souvislosti s vrozeným vyhýbáním se poškození a nižším sebeřízením.

##### ***(5) Sebestigmatizace a disociace***

Ve škále disociace (DES) dosahovali pacienti průměrně  $14,93 \pm 13,91$  bodů (Carlson & Putnam, 1993), která se vyskytuje u úzkostných poruch (Praško, Grambal a kol., 2016). Dle Carlsona a Putnama (1993) je tato úroveň disociace nízká. Patologická míra disociace je  $9,49 \pm 13,31$  a je srovnatelná s výsledky studie na české populaci neurotických poruch (Praško, Grambal a kol., 2016). Příčiny disociace mohou být různé. Disociace může být vyústěním traumatických zkušeností, jako je zneužívání nebo špatné zacházení (Simeon a kol., 2001; Ahrens & Aldana, 2012), které může předcházet



rozvoji úzkostné symptomatologie (Roy, 2002; McFarlane a kol., 2005), dále může souviset s genetickými faktory, druhem výchovy, dalšími jinými faktory, užíváním benzodiazepinů.

Dle korelační analýzy hladin anxiolitik a míry normální i patologické disociace je lékové ovlivnění míry disociace možné (mezi proměnnými jsme našli mírný vztah). Další korelace (které nejsou uvedené ve výsledcích studie) jsme našli také mezi disociací a počtem komorbidních poruch, traumatizací v dětství, otcovskou a mateřskou rodičovskou výchovou a úzkostnou vztahovou vazbou. Je potřeba také podotknout, že mnoho jedinců s úzkostnými poruchami má komorbidní poruchu osobnosti s výskytem patologické disociace (Pollatos a kol., 2008; Herbert & Pollatos, 2014; Ricciardi a kol., 2016). Míra disociace měřená škálou DES, včetně skóru pro patologickou disociaci (DES-T) významně korelovala se sebestigmatizací. Pacienti s vyšší mírou disociace (zdravé nebo patologické) se sebestigmatizují ve vyšší míře. Stejně výsledky uvádí Ocisková, Praško a Sedláčková (2015).

#### **(6) *Sebestigmatizace a traumatizace v dětství***

Opakované vystavení dítěte traumatickým zážitkům, které nemá vyvinuté seberegulační mechanismy a musí disociovat traumatické zážitky, ovlivňuje psychologickou organizaci celé osobnosti (Howell, 2005; Chefetz, 2015). Chronická traumatizace může navodit funkční reorganizaci osobnosti, rozvoj oddělených struktur osobnosti, které nejsou plně integrované (Sar & Öztürk, 2007; Bromberg, 2012). V této studii jsme zjistili, že průměrné skóry v dotazníku traumatizace v dětství (CTQ) jsou pro: emoční, psychické týrání a sexuální zneužívání nízké, pro emoční zanedbávání středně velké a pro psychické zanedbávání jsou na hranici nízké až středně velké úrovně (Bernstein & Fink, 1998). Zjistili jsme, že sebestigmatizace (a subškály *Odcizení*, *Vnímaná diskriminace* a *Sociální stažení se*) mírně až středně silně pozitivně koreluje s emočním a psychickým týráním a zanedbáváním. Subškála *Souhlas se stereotypy* pozitivně koreluje pouze s emočním týráním a emočním zanedbáváním v dětství. Nenalezli jsme vztah mezi sexuální traumatizací v dětství a sebestigmatizací. Toto zjištění může být faktem, že tento vztah tam není, nebo může být způsobené falešně negativním výsledkem z důvodu nízkého počtu probandů se sexuálním zneužíváním ve vzorku. Na základě zjištěných výsledků je možné, že pacienti s emočním nebo psychickým týráním nebo zanedbáváním se mohou cítit více odcizení a sociálně stažení od společnosti s potenciálním rozvojem sebestigmatizace.

Zjištěné výsledky nelze plně podložit existujícími výzkumy. Traumatizace v dětství v souvislosti se sebestigmatizací je měřená u pacientů se závislostí na alkoholu, nikoliv u neurotických poruch. Výzkum Stolzenburga a kol. (2017), který užíval stejnou stupnici na měření dětské traumatické zkušenosti (CTQ) jako my v této studii zjistil, že traumatizace v dětství koreluje s vyšší mírou sebestigmatizace, větším souhlasem se společenskými stereotypy aplikovanými na osobu pacienta a s většími negativními dopady na sebevědomí. Dle uvedené studie traumatické dětské zkušenosti zhoršují sebestigmatizaci u závislosti na alkoholu (Stolzenburg a kol., 2017). Melchior a kol. (2019), kteří zkoumali sebestigmatizaci u žen se závislosti na návykových látkách a komorbidní posttraumatickou stresovou poruchou naopak uvádí, že závažnost příznaků posttraumatické stresové poruchy a traumatizace v dětství přímo neovlivňují vznik a rozvoj sebestigmatizace.

### ***(7) Sebestigmatizace a rodičovská výchova***

Několik druhů rodičovského chování souvisí s nadměrnou úzkostí u dětí, včetně vysoké úrovně kritiky a nadměrné kontroly, nízké úrovně vřelosti a nedostatečné podpory autonomie (Whaley a kol., 1999; McLeod a kol., 2007; Budinger a kol., 2013). Výchovné působení rodičů ovlivňuje pravděpodobnost rozvoje úzkostné poruchy u dítěte (Wood a kol., 2003). Jiné výzkumy neprokázaly souvislost rodičovského stylu výchovy a neurotických poruch (Woodruff-Borden a kol., 2002; Ginsburg, Grover, & Jalongo, 2004; Drake & Ginsburg, 2011).

V naší studii jsme zjistili, že retrospektivně hodnocená rodičovská vazba a výchova pacientů v dětství (PBI) byla v případě otcovské péče nízká, v případě otcovské hyperprotektivity vysoká. Mateřská péče byla také nízká, mateřská hyperprotektivita naopak vysoká. Stejně závěry uvádí i Picardi a kol. (2013), který zjistil, že pacienti s úzkostnými poruchami měli významně nižší úroveň péče od matky v dotazníku PBI (Parental Bonding Instrument) a hraničně nižší péči ze strany otce dle PBI než u neklinické výzkumné populace. Otcovská i mateřská výchova se u pacientů s neurotickým spektrem poruch nejspíš vyznačovala menším projevováním pečujícího citu a větším zastoupením kontroly nebo hyperprotektivity (Parker, Tupling, & Brown, 1979). Přitom jak uvádí Parker a kol. (1979), optimální rodičovství je obvykle považované za kombinaci vysoké péče a nízké kontroly. Dle Halla a kol. (2004) je mateřská péče nejsilnějším prediktorem duševního zdraví. Ženy s optimálními profily mateřské a otcovské vztahové vazby (vysoká péče / nízká hyperprotektivita) měly méně depresivních symptomů, méně negativně

smýšlely, více si věřily, měly vyšší sebeúctu než ženy s jinými vztahovými profily připoutání (Hall a kol., 2004).

Souvislost mezi rodičovskými styly a sebestigmatizací není ve výzkumných studiích zkoumaná. Výzkumy se zaměřují spíše na roli rodičovského stigmatu a sebe-stigmatu v hledání pomoci pro sebe nebo své blízké (Surapaneni, 2018). V souvislosti se sebestigmatizací se jako významná ukazuje otcovská péče, kdy vyšší míra pocíťované péče od otce v dětství je pravděpodobně spojená s nižší tendencí k sebestigmatizaci. Mateřská péče nekorelovala se sebestigmatizací. Mateřská i otcovská hyperprotektivita jsou ve slabé pozitivním vztahu se sebestigmatizací a subškálami *Odcizení*, *Vnímanou diskriminací* a *Sociálním stažením se*. Větší kontrola a hyperprotektivita ze strany matky nebo otce může mít dopad na sebedůvěru a sebevědomí pacienta s možnou náchylností k sebestigmatizaci (Wolfradt a kol., 2003).

#### **(8) Sebestigmatizace a vztahová vazba**

U pacientů s neurotickým spektrem poruch jsme dle dotazníku ECR-R zjistili, že vztahová vazba v partnerských vztazích je pro úzkostnou vazbu v průměru  $4,76 \pm 7,96$ ; pro vyhýbavou vazbu  $3,78 \pm 5,61$ , což v porovnání s neklinickou populací představuje zvýšené průměrné skóre v obou škálách (Lečbých & Pospíšilíková, 2012; Seitl, Charvát, & Lečbých, 2016; Hašto a kol., 2018). Výzkumy vztahové vazby u neurotických poruch, zejména úzkostných, našly souvislost mezi úzkostnou a ambivalentní vazbou a rozvojem úzkostí u dospělosti (Brumariu a kol., 2012; Myhr a kol., 2004; Doron a kol., 2012). Skóry úzkostného a vyhýbavého připoutání jsou u neurotických poruch vyšší než u neklinické populace, což je v souladu se zjištěním Picardiho a kol. (2013).

Jedinci s vysokými skóry vztahové úzkosti, vyhýbání nebo obojího, cítí nejistotu, mají tendenci spoléhat se na sekundární strategie připoutání (Cassidy & Kobak, 1988). Pocit nebezpečí ve vztahovém připoutání vytváří obecnou zranitelnost k rozvoji psychických poruch, konkrétní porucha závisí na genetických, vývojových a environmentálních faktorech (Mikulincer & Shaver, 2012). Nejisté připoutání je spojené s depresí (Catanzaro & Wei, 2010), klinicky významnou úzkostí (Bosmans a kol., 2010), obsedantně - kompulzivní poruchou (Doron a kol., 2009), posttraumatickou stresovou poruchou (Ein-Dor a kol., 2010). V této studii jsme ale nenalezli vztah mezi úzkostnou

a vyhýbavou vztahovou vazbou a sebestigmatizací, ani v jednotlivých subškálách ISMI. Zdá se, že vztahové připoutání (bezpečné nebo nejisté) nemá vliv na míru sebestigmatizace.

### **(9) Regresní analýza sebestigmatizace**

V krokové regresní analýze jsme zjistili nejvýznamnější prediktory sebestigmatizace. Jsou jimi délka trvání poruchy, Sebeřizení, počáteční hodnota depresivity (BDI-II) a závažnost sociální úzkosti (LSAS). Tyto regresory dohromady vysvětlují 58,4 % sebestigmatizace. Zdá se, že vyšší míra sebeřizení, chrání pacienty s neurotickými poruchami před rozvojem sebestigmatizace. Zjištěné výsledky jsou v částečném souladu se studií Ociskové, Praška a kol. (2015) u úzkostných pacientů, kteří za nejvýznamnější prediktory sebestigmatizace uvádí osobnostní charakteristiku Sebeřizení, intenzitu depresivních příznaků a Vyhýbání se poškození. Vyhýbání se poškození do výsledných prediktorů regresní analýzou neprošlo.

### **(10) Sebestigmatizace a efektivita léčby**

Druhým cílem výzkumu bylo zjistit, jestli vyšší míra sebestigmatizace souvisí v horších výsledky léčby. Jak uvádí někteří autoři, sebestigmatizace souvisí se sníženou spoluprací a efektivitou léčby u různých psychických poruch (Ritsher & Phelan, 2004; Tsang, Fung, & Chung, 2010; Vrbová a kol., 2014; Uhlmann a kol., 2014; Sedláčková a kol., 2015). Přítomnost sebestigmatizace snižuje účinnost kombinované léčby úzkostných poruch (Ocisková a kol., 2018). Dle našich zjištění sebestigmatizace nesouvisí se změnou objektivní a subjektivní závažnosti poruchy. Praško a kol. (2016) ovšem uvádí, že relativní změna v objektivním hodnocení závažnosti poruchy depresivních pacientů se sebestigmatizací významně souvisí. Toto zjištění může být vysvětlené jinou kategorií psychické poruchy, kde byla objektivní závažnost patologie vyšší oproti pacientům s neurotickými poruchami, a relativní změny v průběhu léčby mohly být významnější.

Nalezli jsme významnou souvislost mezi mírou sebestigmatizace a menším relativním poklesem v hodnocení příznaků úzkosti a deprese, což studie Praška a kol. (2016) potvrzuje. Jedinci, kteří se více sebestigmatizují vykazují menší pokles depresivních a úzkostných příznaků během léčby. Podle některých autorů sebestigmatizace souvisí se zvýšenou úzkostí, depresivitou a závažností psychopatologie na počátku léčby u neurotických poruch (Drapalski a kol., 2013; Ocisková a kol., 2018). V souladu s našimi výsledky měli pacienti s vyšší mírou sebestigmatizace po kombinované léčbě menší zlepšení

příznaků úzkosti (Ocisková a kol., 2018). Stejně výsledky popisuje také Praško a kol. (2016) na populaci pacientů s depresivními poruchami, který uvádí, že nižší léčebná úspěšnost je spojená s vyšší mírou sebestigmatizace. Ocisková a kol. (2015) potvrzuje toto zjištění také u pacientů s neurotickým spektrem poruch.

Dále jsme zjistili, že po absolvování terapeutického pobytu se významně snížila míra deprese, úzkosti, závažnosti psychopatologie a sebestigmatizace. Po léčbě odpovídaly příznaky úzkosti míře úzkostných příznaků, která je běžná v neklinické populaci (Kamarádová a kol., 2015) a stupeň depresivity klesl na úroveň mírných příznaků (Ocisková a kol., 2017). Z regresní analýzy vyplynulo, že sebestigmatizace není nejdůležitější faktor související s terapeutickou změnou, protože jsou zde ve hře významnější faktory, jako jsou počáteční hodnocení subjektivního a objektivního CGI, osobnostní faktor Vyhledávání nového, trvání poruchy, mateřská péče a hyperprotektivita v dětství, otcovská hyperprotektivita v dětství, které predikují efektivitu léčby výrazněji a mohou také vysvětlit vyšší míru sebestigmatizace na počátku. Protože závažnost sebestigmatizace souvisí se závažností psychopatologie, nabízí se otázka, zda přímým ovlivněním sebestigmatizace můžeme ovlivnit i psychopatologii. To z našeho výzkumu určit nemůžeme, ovšem je možné naplánovat výzkum, který by se zaměřil na tuto otázku.

## **6.6 *Limity Studie II***

Studie II má řadu omezení. Testová baterie se skládala ze sebeposuzovacích dotazníků, které mohou být ovlivněné subjektivní výpovědí pacienta. Výhodou je jistě použití objektivních hodnotících metod (objektivní závažnost patologie CGI, HAMA, MINI), které zvyšují validitu zjištěných výsledků. Výzkumný soubor tvořil heterogenní vzorek pacientů s neurotickým spektrem poruch, které mohou mít další přidružené komorbidní poruchy. V naší studii jsme nedělali bližší objektivní diagnostické metody, které by přítomnost komorbidních poruch potvrdily. V dalších výzkumných záměrech by bylo na zvážení udělat s každým pacientem podrobné psychologické vyšetření zejména pro identifikaci případné poruchy osobnosti. Ve studii nebyly monitorované přesné úpravy nebo změny dávek medikace, medikace byla zaznamenána v polovině psychoterapeutického pobytu (ve 3. týdnu), což je jistě limitem této studie s možností ovlivnění výsledků. Pacienti užívali různé dávky odlišných antidepresiv, anxiolitik, antipsychotik, proto je potřeba zmínit možný vliv rozdílné medikace na úspěšnost léčby.

Výzkum byl realizovaný pouze na jednom pracovišti, kde probíhá 6týdenní psychoterapeutický pobyt pro léčbu neurotických poruch různé závažnosti (od mírných adaptačních poruch přes těžší neurotické poruchy spojené se znevýhodněním). Při porovnání diagnostických podskupin neurotických poruch v míře sebestigmatizace je limitem malý počet respondentů v některých skupinách, který mohl způsobit falešně negativní výsledek. Pro větší validitu zjištěných výsledků a porovnání jednotlivých psychických poruch by byl jistě vhodnější větší výzkumný soubor (zejména při zjišťování vztahu mezi sebestigmatizací a sexuální traumatizací v dětství, kde v našem výzkumném vzorku bylo pravděpodobně málo jedinců s tímto druhem traumatizace).

Jedním z limitů může být moje role výzkumníka a psychoterapeuta na Psychoterapeutické stanici PO KNL. Dvojí role mohla ovlivnit motivaci pacientů účastnit se výzkumu dvojím způsobem (strach z neúčasti nebo strach z účasti). Tuto skutečnost jsem s pacienty řádně ošetřila v úvodním individuálním pohovoru se zdůrazněním, že účast je zcela dobrovolná, z neúčasti ve výzkumu nevyplývají žádné emoční ani jiné důsledky v rámci terapeutické spolupráce, pacienti nemají ani směrem ke mně ani k oddělení nebo jiným osobám povinnost účastnit se výzkumu. Navzdory uvedeným limitům studie se ukazuje, že sebestigmatizace je faktorem, který je významně spojený s psychickým stavem pacientů zejména s těžší psychopatií.

## **6.7 Závěry Studie II**

*Studie II* se zaměřila na výzkum demografických, klinických a osobnostních charakteristik v kontextu sebestigmatizace. Dalším cílem byl výzkum efektivity léčby pacientů s neurotickými poruchami po absolvování psychoterapeutického pobytu. Hlavním zjištěním je, že sebestigmatizace souvisí se závažností poruchy, úzkostností a depresivitou, sociální úzkostí, komorbidním výskytem dalších úzkostných poruch nebo poruchy osobnosti, disociací, osobnostními rysy Vyhýbání se poškození, Závislost na odměně a Sebeřízení, rodišovským stylem výchovy a traumatizací v dětství. Nepodařilo se nám prokázat souvislost mezi vztahovou vazbou v blízkých vztazích a sebestigmatizací. Nejvýznamnějšími prediktory sebestigmatizace jsou délka trvání poruchy, snížené Sebeřízení, vyšší míra depresivity a vyšší míra sociální úzkosti. Sebestigmatizace není nejdůležitější faktor související s terapeutickou změnou (důležité je především počáteční hodnocení subjektivní a objektivní závažnosti, osobnostní faktor Vyhledávání nového, trvání

poruchy, mateřská péče, hyperprotektivita a otcovská hyperprotektivita v dětství, které výrazněji predikují efektivitu léčby). Zjistili jsme, že vyšší míra sebestigmatizace souvisí s menším poklesem příznaků úzkosti a deprese v průběhu léčby. Sebestigmatizace je proto důležitým faktorem v komplexních léčebných intervencích.

## **SOUHRN**

Výzkumným záměrem této disertační práce byl výzkum problematiky sebestigmatizace v kontextu dosud méně zkoumaných proměnných (zvládací strategie, kvalita života) u poruch ze schizofrenního, depresivního a neurotického okruhu, a podrobnější zaměření se na další potenciální důležité proměnné v sebestigmatizaci (osobnostní charakteristiky, vztahová vazba, traumatizace v dětství, rodičovské styly, vliv na efektivitu léčby) u skupiny poruch neurotického spektra. Teoretická část je věnovaná problematice stigmatizace a sebestigmatizace u vybraných psychických poruch. Výzkumná část je rozdělená na dvě dílčí studie se zaměřením na ambulantní a hospitalizované pacienty (*Studie I* a *Studie II*).

*Studie I* se účastnilo 343 ambulantních pacientů ze třech diagnostických okruhů psychických poruch dle MKN-10. Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit úroveň sebestigmatizace u ambulantních pacientů léčících se pro poruchy schizofrenního, depresivního a neurotického spektra v kontextu strategií zvládnání zátěže a kvality života. Dalším cílem bylo porovnat uvedené skupiny psychických poruch a najít podobnosti a rozdíly ve sledovaných proměnných (průřezové sledování). *Studie II* se účastnilo 96 hospitalizovaných pacientů s poruchami neurotického spektra dle MKN-10. Cílem této studie byl výzkum sebestigmatizace v souvislosti s dalšími potenciálně významnými proměnnými (osobnostní charakteristiky, disociace, vztahová vazba, rodičovské styly, traumatizace v dětství). Dále jsme sledovali vliv některých proměnných na výsledky léčby po absolvování 6týdenního psychoterapeutického pobytu na PO KNL, a.s. včetně změn v míře sebestigmatizace (longitudinální sledování).

Hlavní výzkumná zjištění *Studie I* pro poruchy schizofrenního spektra jsou následující. Studie se zúčastnilo 109 pacientů s poruchami schizofrenního spektra a 91 zdravých kontrol. Ve srovnání s kontrolní skupinou měli pacienti nižší kvalitu života. Hodnocení sebestigmatizace dosahuje průměrných skóre, stejně jako je průměrné užití pozitivních

strategií zvládání. Negativní strategie zvládání jsou pacienti užívané v průměrné míře, ale na hranici s jejich nadužíváním. Nalezli jsme souvislost mezi sebestigmatizací, subjektivní závažností poruchy, zaměstnaností, strategiemi zvládání a kvalitou života. Kroková regresní analýza ukázala, že negativní, pozitivní strategie zvládání, subjektivní závažnost a kvalita života jsou nejsilnější prediktory závažnosti sebestigmatizace. Větší užívání negativních strategií zvládání, snížené užívání pozitivních strategií, větší subjektivní závažnost poruchy a snížená kvalita života zvyšují sebestigmatizaci nebo naopak.

*Studie I* u 81 ambulantních pacientů s depresivními poruchami a 43 zdravých kontrol dále potvrdila průměrnou míru sebestigmatizace a nižší úroveň kvality života u pacientů s depresivní poruchou ve srovnání se zdravými kontrolami. Kvalita života a větší subjektivní a objektivní závažnost poruchy významně souvisí se sebestigmatizací. Pacienti s depresivními poruchami užívají pozitivní strategie zvládání v průměrné míře, negativní strategie zvládání maladaptivní nadužívají. Vícenásobná regresní analýza ukázala, že objektivní hodnocení závažnosti poruchy, negativní strategie zvládání a kvalita života jsou významnými prediktory sebestigmatizace. *Studie I* u 153 ambulantních pacientů s poruchami neurotického spektra dále potvrdila vztahy mezi kvalitou života, sebestigmatizací, závažností poruchy a strategiemi zvládání zátěže. Pacienti s poruchami neurotického spektra užívají pozitivní i negativní strategie zvládání v průměrné míře. Celková úroveň sebestigmatizace byla u této skupiny pacientů průměrná a nebyla příliš ovlivněná druhem diagnózy neurotické poruchy. Pacienti s větší závažností poruchy, vyšší sebestigmatizací a negativními strategiemi zvládání, vykazovali nižší kvalitu života.

Porovnání třech diagnostických skupin ukázalo, že strategie zvládání, závažnost poruchy a kvalita života jsou významnými faktory spojenými se sebestigmatizací u ambulantních pacientů s poruchami depresivního, schizofrenního a neurotického spektra. Pacienti s poruchami schizofrenního spektra měli ve srovnání s neurotickými poruchami významně nižší kvalitu života. Nejistili jsme rozdíly mezi užíváním pozitivních nebo negativních strategií zvládání mezi třemi skupinami, skupiny se lišily pouze v užívání specifických strategií zvládání zátěže. Pacienti s poruchami depresivního nebo neurotického spektra vykazují nižší míru sebestigmatizace než pacienti s poruchami schizofrenního spektra. Zdá se, že závažnost psychické poruchy hraje významnou roli v sebestigmatizaci, v kvalitě života i ve strategiích zvládání zátěže. Závěrem *Studie I* je zjištění, že závažnost



poruchy, strategie zvládání i kvalita života významně souvisí se sebestigmatizací u ambulantních pacientů s poruchami depresivního, schizofrenního a neurotického spektra.

Ve *Studii II* jsme zjistili, že celková míra sebestigmatizace souvisí s vybranými klinickými a osobnostními proměnnými u 96 hospitalizovaných pacientů s poruchami neurotického spektra. Vyšší míra sebestigmatizace koreluje jak s vyšším objektivním hodnocením závažnosti poruchy lékařem, tak s vyšším subjektivním hodnocením závažnosti poruchy pacientem; subjektivně i objektivně posuzovanou úzkostností pacienta; subjektivně hodnocenou závažností depresivity; subjektivně hodnocenou závažností sociální úzkosti; komorbidním výskytem dalších úzkostných poruch nebo poruchy osobnosti; vyšší mírou disociativní zkušenosti i patologické disociace; s osobnostními rysy Vyhýbání se poškození, Závislosti na odměně a Sebeřízení; emočním a psychickým týráním a zanedbáváním v dětství; otcovskou péčí a hyperprotektivitou a mateřskou hyperprotektivitou (nikoliv péčí). Nepodařilo se nám prokázat souvislost mezi vztahovou vazbou v blízkých vztazích a sebestigmatizací.

Vícenásobná zpětná regresní analýza identifikovala za nejvýznamnější faktory vyšší míry sebestigmatizace délku trvání poruchy, snížené sebeřízení, vyšší míru depresivity a vyšší míru sociální úzkosti, které dohromady vysvětlují 58 % sebestigmatizace. Dále jsme zjistili, že sebestigmatizace není nejdůležitější faktor související s terapeutickou změnou (důležité je především počáteční hodnocení subjektivní a objektivní závažnosti, osobnostní faktor Vyhledávání nového, trvání poruchy, mateřská péče, hyperprotektivita a otcovská hyperprotektivita v dětství, které výrazněji predikují efektivitu léčby). Zjistili jsme, že vyšší míra sebestigmatizace souvisí s menším poklesem příznaků úzkosti a deprese v průběhu léčby. Sebestigmatizace je proto důležitým faktorem v komplexních léčebných intervencích.

Praktickým přínosem disertační práce je potvrzení souvislosti mezi sebestigmatizací a některými demografickými, klinickými a osobnostními proměnnými u různých skupin psychických poruch. Významným zjištěním je také vztah sebestigmatizace a efektivity kombinované léčby v rámci psychoterapeutického pobytu. Sebestigmatizace je aktuálním tématem ve výzkumné činnosti i klinické praxi. Zjištěné výsledky mohou být podkladem pro cílenou tvorbu a rozvoj intervenčních strategií zaměřených na snížení sebestigmatizace pro různé skupiny psychických poruch, nebo pro realizaci dalších výzkumných studií v oblasti sebestigmatizace.

## Seznam použitých zdrojů a literatury

- Adams, S. M. (2007). *Retention of previously incarcerated women in a community-based residential substance abuse treatment program*. University of Kentucky.
- Adan, A., Serra-Grabulosa, J. M., Caci, H., & Natale, V. (2009). A reduced Temperament and Character Inventory (TCI-56). Psychometric properties in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 46(7), 687-692.
- Adewuya, A. O., Owoeye, A. O., Erinfolami, A. O., & Ola, B. A. (2011). Correlates of self-stigma among outpatients with mental illness in Lagos, Nigeria. *Int J Soc Psychiatry*, 57(4):418-27.
- Ahrens, C. E., & Aldana, E. (2012). The ties that bind: understanding the impact of sexual assault disclosure on survivors' relationships with friends, family, and partners. *J Trauma Dissociation*, 13(2), 226–243.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Albrecht, G. Walker, V., Levy, J. (1982). Social distance from the stigmatized: a test of two theories. *Soc Sci Med*, 16, 1319–1327.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217–237.
- Aldwin, C. M. (2007). *Stress, coping, & development: An integrative perspective*. 2nd ed. New York, NY: Guildford Press.
- Alexander, L., & Link, B. (2003). The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health*, 12(3), 271-289.
- Alikaj, V., Skendi, V., Zenelaj, B., & Allkoja, B. (2017). Parenting styles and anxiety disorders in children – A study in an Albanian clinical population. *European Psychiatry*, 41, 429.

- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N. & Shaver, P. R. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal Relationships*, 14, 45-63.
- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., Shaver, P. R. & Gillath, O. (2008). Psychometric properties of the Spanish and American versions of the ECR adult attachment questionnaire: a comparative study. *European Journal of Psychological Assessment*, 24, 9-13.
- Alvidrez, J., Snowden, L. R., Rao, S. M., & Boccellari, A. (2009). Psychoeducation to address stigma in Black adults referred for mental health treatment: a randomized pilot study. *Community Ment Health J*, 45(2), 127–136.
- Amador, X. F., & Seckinger, R. A. (1997). The assessment of insight: A methodological review. *Psychiatric Annals*, 27, 798–805.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition DSM-5. Arlington: American Psychiatric Association.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Matschinger, H., & Stengler-Wenzke, K. (2002). Depression and quality of life: results of a follow-up study. *Int J Soc Psychiatry*, 48(3), 189–199.
- 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.
- Arboleda-Flórez, J. (2002). What causes stigma? *World Psychiatry*, 1(1):25-6.
- Arbuckle, R., Frye, M. A., & Brecher, M., et al. (2009). The psychometric validation of the Sheehan Disability Scale (SDS) in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 165(1–2), 163–174.
- Arenofsky, J. (2011). *Conquering the stigma within*. Esperanza: Hope to cope an anxiety and depression, 1.
- Armstrong, K., & Khawaja, N. (2002). Gender Differences in Anxiety: An Investigation of the Symptoms, Cognitions, and Sensitivity towards Anxiety in a Nonclinical Population. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*.

Arowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (2008). *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. New York, NY: Guilford Press.

Baldwin, M. W., Keelan, J. P. R., & Fehr, B. (1996). Social-cognitive conceptualization of attachment working models: availability and accessibility effects. *J Pers Soc Psychol*, 71, 94–109.

Banás, P. (2003). *Vztah temperamentu a charakteru podle C. R. Cloninger k existenciální škále ESK*. Diplomová práce, FFUK, Praha.

Bandelow, B., Späth, C., Tichauer, G. A., Broocks, A., Hajak, G., & Rütther, E. (2002). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. *Compr Psychiatry*, 43, 269–78.

Barata, A., Gonzalez, B. D., & Sutton, S. K., et al. (2016). Coping strategies modify risk of depression associated with hematopoietic cell transplant symptomatology. *Cancer*, 122(3), 2110–2116.

Barney, L. J., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2009). Exploring the nature of stigmatizing beliefs about depression and help-seeking: implications for reducing stigma. *BMC Public Health*, 9, 61.

Beck, A. T. (1975). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press Inc.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. J. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory Twenty-five years of evaluation. *Clin. Psychol. Rev.* 8, 77–100.

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, 213–223.

Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*. 67 (3), 588–97.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T. (2008). The Evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*, 165(8), 969–977.
- Behzadi, B., & Parker, G. (2015). A Persian version of the parental bonding instrument: Factor structure and psychometric properties. *Psychiatry research*, 225(3), 580-587.
- Berger, M., Wagner, T., & Baker, L. (2005). Internet use and stigmatized illness. *Soc Sci Med*, 61(8), 1821–1827.
- Berlim, M. T., Mcgirr, A., & Fleck, M. P. (2008). Can sociodemographic and clinical variables predict the quality of life of outpatients with major depression? *Psychiatry Res*, 160(3), 364–371.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis*, 174(12), 727–735.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151 (8), 1132-1136.
- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 (3), 340-348.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*, 27(2), 169-90.

- Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z., & Jackson, C. (2007). Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behav Res Ther*, 45(5):1025-37.
- Blalock, J. A., & Joiner, T. E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive Therapy & Research*, 24, 47-65.
- Blankertz, L. (2001). Cognitive components of self-esteem for individuals with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 99–106.
- Bobes, J., & Garcia-Portilla, M. P. (2005). Quality of life in schizophrenia. In: Katschnig, H., Freeman, H., & Sartorius, N. (2005). *Quality of Life in Mental Disorders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd, 153–168.
- Bonfils, K. A., Lysaker, P. H., Yanos, P. T., Siegel, A., Leonhardt, B. L., James, A. V., Brustuen, B., Luedtke, B., & Davis, L. W. (2018). Self-stigma in PTSD: Prevalence and correlates. *Psychiatry Res*, 265, 7-12.
- Bosmans, G., Braet, C., Van Vlierberghe, L. (2010). Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clin Psychol Psychother*, 17, 374–385.
- Bourion-Bédès, S., Schwan, R., Laprevote, V., Bédès, A., Bonnet, J-L., & Baumann, C. (2015). Differential item functioning (DIF) of SF-12 and Q-LES-Q-SF items among french substance users. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 172.
- Bouwman, C., de Sonnevile, C., Mulder, C. L., & Hakkaart-van Roijen, L. (2015). Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2125-2142.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss*, Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss*, Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

- Bowling, A. (1995). The concept of quality of life in relation to health. *Medicina Nei Secoli Arte E Scienza*, 7, 633–645.
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Compr Psychiatry*, 55(1), 221-231.
- Bradstreet, S., Dodd, A., & Jones, S. (2018). Internalised stigma in mental health: An investigation of the role of attachment style. *Psychiatry Res*.
- Brandes, M., & Bienvenu, O. J. (2006). Personality and anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 8(4), 263-9.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: an integrative overview. In: Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (1998). *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford, 46–76.
- Brenner, K., St-Hilaire, A., Liu, A., Laplante, D. P., & King, S. (2011). Cortisol response and coping style predict the quality of life in schizophrenia. *Schizophr Res*, 128(1–3), 23–29.
- Brockington, I., Hall, P., & Levings, J., et al. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *Br J Psychiatry*, 162, 93–99.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122, 232–238.
- Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process, Trauma and Dissociation*. Hillsdale, MI: The Analytic Press.
- Bromberg, P. M. (2012). *The Shadow of the Tsunami and the Growth of the Relational Mind*. London: Routledge.
- Brook, O. H., van Hout, H. P. J., Nieuwenhuis, H., & de Haan, M. (2003). Effects of coaching by community pharmacists on psychological symptoms of antidepressant users; a randomized controlled trial. *European Neuropsychopharmacology*, 13 (5), 334–354.

- Brown, R. C., Berenz, E. C., Aggen, S. H., Gardner, C. O., Knudsen, G. P., & Reichborn-Kjennerud, T., et al. (2014). Trauma exposure and Axis I psychopathology: a cotwin control analysis in Norwegian young adults. *Psychol Trauma*, 6, 652–60.
- Brumariu, L. E., Obsuth, I., & Lyons-Ruth, K. (2012). Quality of attachment relationships and peer relationship dysfunction among late adolescents with and without anxiety disorders. *J Anxiety Disord*, 27(1), 116–24.
- Budinger, M. C., Drazdowski, T. K., & Ginsburg, G. S. (2013). Anxiety-Promoting Parenting Behaviors: A Comparison of Anxious Parents with and without Social Anxiety Disorder. *Child psychiatry and human development*, 44(3), 412-418.
- Büchter, R. B., & Messer, M. (2017). Interventions for reducing self-stigma in people with mental illnesses: a systematic review of randomized controlled trials. *German medical science: GMS e-journal*.
- Burger, P. H., Neumann, C., Ropohl, A., Paulsen, F., & Scholz, M. (2016). Development of depression and deterioration in quality of life in German dental medical students in preclinical semesters. *Ann Anat*, 2(16), 940–960.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(1), 65-72.
- Camp, D. L., Finlay, W. M. L., & Lyons, E. (2002). Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Soc Sci Med*, 55(5), 823–834.
- Carlson, E. B. & Putnam, F. W. (1993). *An update on the Dissociative Experience Scale*. *Dissociation*, 6(1), 16-27.
- Carlson, E. B. (1997). *Trauma assessment: a clinician's guide*. New York: Guilford Press.
- Carlson, E. B., Waelde, L. C., Palmieri, P. A., Macia, K. S., Smith, S. R., & McDade-Montez, E. (2018). Development and validation of the dissociative symptoms scale. *Assessment*, 25, 84–98.
- Carrara, B. S., & Ventura, C. A. A. (2018). Self-stigma, mentally ill persons and health services: An integrative review of literature. *Arch Psychiatr Nurs*, 32(2), 317-324.



- Cassidy, J., & Kobak, R. R. (1988). *Clinical implications of attachment*. In: Belsky J, Nezworski T, editors. Hillsdale: Erlbaum, 300–323.
- Cassidy, J., Lichtenstein-Phelps, J., Sibrava, N. J., Thomas, C. L., & Borkovec, T. D. Generalized anxiety disorder: connections with self-reported attachment. *Behav Ther*, 2009, 40, 23–38.
- Catalani, C., & Minkler, M. (2010). Photovoice: A review of the literature in health and public health. *Health Education & Behavior*, 37, 424–451.
- Catanzaro, A., & Wei, M. (2010). Adult attachment, dependence, self-criticism, and depressive symptoms: a test of a mediational model. *J Pers*, 78, 1135–1162.
- Cavelti, M., Kvrjic, S., Beck, E. M., Rüsçh, N., & Vauth, R. (2012). Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Compr Psychiatry*, 53(5), 468-79.
- Cinculova, A., Kamaradova, D., Ociskova, M., Prasko, J., Latalova, K., Vrbova, K., Mainerova, B., Kubinek, R., Tichackova, A., Jelenova, D., Sandoval, A., & Havlikova, P. (2015). Adherence, Self-stigma and Discontinuation of Pharmacotherapy in Anxiety Disorders – Cross-sectional Study. *European Psychiatry*, 30(1), 1113.
- Cinculova, A., Prasko, J., Kamaradova, D., Ociskova, M., Latalova, K., Vrbova, K., Kubinek, R., Mainerova, B., Grambal, A., & Tichackova A. (2017). Adherence, self-stigma and discontinuation of pharmacotherapy in patients with anxiety disorders - cross-sectional study. *Neuro Endocrinol Lett*, 38(6), 429-426.
- Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *J Abnorm Psychol*, 103(1), 103-16.
- Clark, M. J. (2008). *Community health nursing: advocacy for population health*. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Clay, S., Schell, B., & Corrigan, P. W. (2005). *On our own, together: Peer programs for people with mental illness*. Vanderbilt University Press; Nashville.

- Cloninger, C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 3, 167–226.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Svrakic, D. M. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychological Reports*, 69, 1047–1057.
- Cloninger, C. R. (1994). The genetic structure of personality and learning: A phylogenetic perspective. *Clinical Genetics*, 46, 124–137.
- Cloninger, C. R. (2002). Functional neuroanatomy and brain imaging of personality and its disorders. In H. D'haenen, J. A. den Boer, & P. Willner (Eds.), *Biological psychiatry* (Vol. 2, pp. 1377–1385). Chichester, United Kingdom: Wiley.
- Cloninger, C. R. (2004). *Feeling good: The science of well-being*. New York: Oxford University Press.
- Cloninger CR. (2008). *The psychobiological theory of temperament and character: comment on Farmer and Goldberg*. *Psychol Assess*, 20(3): 292-9.
- Cook, J. A., Copeland, M. E., & Hamilton, M. M. et al. (2009). Initial outcomes of a mental illness self-management program based on wellness recovery action planning. *Psychiatr Serv*, 60(2), 246–249.
- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 810–832.
- Comer, J. S., Blanco, C., & Hasin, D. S., et al. (2011). Health-related quality of life across the anxiety disorders. *The Journal of clinical psychiatry*. 2011;72(1):43-50.
- Conner, K. O., McKinnon, S. A., Ward, C. J., Reynolds, C. F., & Brown, C. (2015). Peer education as a strategy for reducing internalized stigma among depressed older adults. *Psychiatr Rehabil J*, 38(2), 186-93.
- Corr, P. J., Pickering, A. D., & Gray, J. A. (1995). Personality and reinforcement in associative and instrumental learning. *Personality & Individual Differences*, 19, 47–71.

- Corr, P. J., Wilson, G. D., Fotiadou, M., Kumari, V., Gray, N. S., & Checkley, S., et al. (1995). Personality and affective modulation of the startle reflex. *Personality & Individual Differences*, 19, 543–553.
- Corr, P. J., Kumari, V., Wilson, G. D., Checkley, S., & Gray, J. A. (1997). Harm avoidance and affective modulation of the startle reflex: A replication. *Personality & Individual Differences*, 22, 591–593.
- Corrigan, P. (1998). The Impact of Stigma on Severe Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5.
- Corrigan, P. W., Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol*, 54(9), 765-76.
- Corrigan, P. W., Giffort, D., & Rashid F. (1999). Recovery as a psychological construct. *Commun Ment Health J*, 35, 231–239.
- Corrigan, P. W., River, L. P., & Lundin, R. K., et al. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *J Commun Psychol*, 28,91–103.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. *Clin Psychol Sci Pract*, 7,48–67.
- Corrigan, P. W., & Lundin, R. K. (2001). *Don't Call Me Nuts! Coping with the Stigma of Mental Illness*. Tinley Park, IL: Recovery Press.
- Corrigan, P. W., & Holzman, K. L. (2001). *Do stereotype threats influence social cognitive deficits in schizophrenia?* In P. W. Corrigan & D. L. Penn (Eds.), *Social cognition and schizophrenia* (175–192). Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., & Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull*, 27(2):187-95.
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull*, 27(2):219-25.

- Corrigan, P.W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M.A. & Penn, D.L. (2001) Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 953-958.
- Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., White, K., & Kubiak, M. A. (2002). Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophr Bull*, 28(2), 293-309.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Corrigan, P. W. (2002). Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatr Q*, 73(3), 217-28.
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *J Health Soc Behav*, 44(2):162-79.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Ottati, V. (2003). From whence comes mental illness stigma? *Int J Soc Psychiatry*, 49(2):142-57. Review.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625.
- Corrigan, P. W., & Calabrese, J. D. (2005). Strategies for Assessing and Diminishing Self-Stigma. *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change*, 239–56.
- Corrigan, P. W. (2005). *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. American Psychological Association; Washington DC.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). Understanding the self-stigma of mental illness. *J Soc Clin Psychol*, 25, 875–884.
- 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., Larson, J., & Rusch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8, 75–81.
- Corrigan, P., Morris, S., & Larson, J., et al. (2010). Self-stigma and coming out about one’s mental illness. *Journal of Community Psychology*, 38, 259–27.
- Corrigan, P., Roe, D., & Tsang, H. (2011). *Challenging the Stigma of Mental Illness*. Hoboken: John Wiley and Sons.
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsche, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Res*, 189(3), 339–343.
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*, 57(8), 464-469.
- Corrigan, P. W., Kosyluk, K. A., & Rüsche, N. (2013). Reducing self-stigma by coming out proud. *American journal of public health*, 103(5), 794-800.
- Corrigan, P. W., Sokol, K. A., & Rüsche, N. (2013). The impact of self-stigma and mutual help programs on the quality of life of people with serious mental illness. *Community Ment Health J*, 49(1), 1–6.
- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rüsche, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the "why try" effect. *J Ment Health*, 25(1), 10-5.
- Cotton, S. M., McCann, T. V., Gleeson, J. F., Crisp, K., Murphy, B. P., & Lubman, D. I. (2013). Coping strategies in carers of young people with a first episode of psychosis. *Schizophr Res*, 146, 118–124.
- Couture, S. M. & Penn, D. L. (2003). Interpersonal Contact and the Stigma of Mental Illness: A Review of the Literature. *Journal of Mental Health*, 12, 291-305.
- Cozzarelli, C., Karafa, J. A., & Collins, N. L. (2003). Stability and change in adult attachment styles: associations with personal vulnerabilities, life events, and global construals of self and others. *J Soc Clin Psychol*, 22, 315–346.

- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2005). Quality of life and anxiety disorders: a population study. *J Nerv Ment Dis*, 193(3), 196-202.
- Crandall, C. S., & Eshleman, A. (2003). A justification-suppression model of the expression and experience of prejudice. *Psychol Bull*, 129(3):414-46. Review.
- Crawford, P., & Brown, B. (2002). Like a friend going round': reducing the stigma attached to mental healthcare in rural communities. *Health Soc Care Community*, 10(4):229-38.
- Crawford, T. N., Livesley, W. J., & Jang, K. L. (2007). Insecure attachment and personality disorder: a twin study of adults. *Eur J Personality*, 21, 191–208.
- Crocker, J., Major, B., Steele, C. (1998). Social stigma. In: Gilbert D, editor; Fiske ST, editor; Lindzey G, editor. *The handbook of social psychology*. 4th ed. Vol. 2. New York: McGraw-Hill, 504–553.
- Černoušek, M. (1994). Šílenství v zrcadle dějin. Praha: Grada.
- Čikošová, E., Preiss, M. (2011). *Parental Bonding Instrument*. Otrokovice: Propsyco, s.r.o.
- Dahlquist, L. M., Czyzewski, D. I., & Jones, C. L. (1996). Parents of children with cancer: A longitudinal study of emotional distress, coping style, and marital adjustment two and twenty months after diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 541–554.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychol Bull*, 113, 487–96.
- Darraj, H. A., Mahfouz, M. S., Al Sanosi, R. M., Badedi, M., & Sabai, A. (2017). The Self-Stigma of Depression Scale: Translation and Validation of the Arabic Version. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 8(1), 96-100.
- Davey, G. C. L., Burgess, I., & Rashes, R. (1995). Coping strategies and phobias: the relationship between fears, phobias and methods of coping with stressors. *Br. J. Clin. Psychol*, 34, 423–434.
- De Ayala, R. J., Vonderharr-Carlson, D. J., & Kim, D. (2005). Assessing the reliability of the Beck Anxiety Inventory scores. *Educ Psychol Meas*, 65(5), 742–756.

- De Azevedo Marques, J. M., & Zuardi, A. W. (2008). Validity and applicability of the Mini international neuropsychiatric interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *Gen Hosp Psychiatry*, 30, 303–310.
- 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 Fruyt, F., Van De Wiele, L., & Van Heeringen, K. (2000). Cloninger's Psychobiological Model of Temperament and Character and the Five-Factor Model of Personality. *Personality and Individual Differences*, 29, 441-452.
- De Lima Silva, V., de Medeiros, C. A., & Guerra, G. C., et al. (2014). Quality of life, integrative community therapy, family support, and satisfaction with health services among elderly adults with and without symptoms of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 10, 811–816.
- Dell, P. F., & O'Neil, J. A. (2009). *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*. New York: Routledge.
- Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group (1998). *Psychol Med*, 28, 551–8.
- Dijkstra, M. T. M., & Homan, A. C. (2016). Engaging in Rather than Disengaging from Stress: Effective Coping and Perceived Control. *Frontiers in Psychology*, 7, 1415.
- Dietrich, S., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2004). The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 348–354.
- Domschke, K., Stevens, S., Pfleiderer, B., & Gerlach, A. L. (2010). Interoceptive sensitivity in anxiety and anxiety disorders: an overview and integration of neurobiological findings. *Clin. Psychol. Rev*, 30, 1–11.
- Doron, G., Moulding, R., & Kyrios, M. (2009). Adult attachment insecurities are related to obsessive compulsive phenomena. *J Soc Clin Psychol*, 28, 1022–1049.

- Doron, G., Moulding, R., Nedeljkovic, M., Kyrios, M., Mikulincer, M., & Sar-El, D. (2012). Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychol Psychother*, 85, 163–78.
- Drake, K. L., & Ginsburg, G. S. (2011). Parenting practices of anxious and non-anxious mothers: A multi-method multi-informant approach. *Child Fam Behav Ther*, 33(4), 299–321.
- Drapalski, A. M., Lucksted, A., & Perrin, P. B., et al. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiat Serv*, 64, 264–269.
- Duchesne, S. & Larose, S. (2007). Adolescent parental attachment and academic motivation and performance in early adolescence. *Journal of Applied Social Psychology*, 37, 1501-1521.
- Eack, S. M., & Newhill, C. E. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull*, 33(5), 1225–1237.
- Ein-Dor, T., Doron, G., & Solomon, Z. (2010). Together in pain: attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. *J Couns Psychol*, 57, 317–327.
- EMA. (2002). [Accessed March 20, 2009]. Available from:<http://www.ema.europa.eu/pdfs/human/ich/013595en.pdf>.
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., & Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull*, 29(2), 321–326.
- Eng, W., Heimberg, R. G., Hart, T. A., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion*, 1(4), 365-80.
- Enns, M. W., Cox, B. J., Parker, J. D., & Guertin, J. E. (1998). Confirmatory factor analysis of the Beck Anxiety and Depression Inventories in patients with major depression. *Journal of Affective Disorders*, 47, 195–200.
- Ernder, A., Andersson, L., Magnusson, A., & Lutzen, K. (2009). Varying views of life among people with long- term mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(1), 54-60.



- Evans, L. D., Kouros, C., & Frankel, S. A., et al. (2015). Longitudinal Relations between Stress and Depressive Symptoms in Youth: Coping as a Mediator. *Journal of abnormal child psychology*, 43(2), 355-368.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., & Leen-Feldner, E. W. (2004). A critical review of the empirical literature on coping and panic disorder. *Clin. Psychol. Rev*, 24, 123–148.
- Ferjenčík, J., (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- Fink, D. S., & Galea, S. (2015). Life course epidemiology of trauma and related psychopathology in civilian populations. *Curr Psychiatry Rep*, 17, 5–9.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol*, 46, 839–852.
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie*. Praha: Portál.
- Foucault, M. (1994). *Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Fredrickson, B., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychol Sci*, 13, 172–75.
- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychol Med*, 31(6):1025-35.
- Friedman, L. C., Kalidas, M., Elledge, R., & Optimism, E. R., et al. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psychooncology*, 15(7), 595–603.
- Frischholz, E. J., Braun, B. G., Sachs, R. G., & Hopkins, L., a kol. (1990). The Dissociative Experiences Scale: Further replication and validation. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 3(3), 151-153.

- Fung, K. M., Tsang, H. W., & Cheung, W. M. (2011). Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res*, 189(2), 208–214.
- Gaebel, W., Zäske, H., & Baumann, A. E., a kol. (2008). Evaluation of the German WPA “program against stigma and discrimination because of schizophrenia – Open the Doors”: results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophr Res*, 98(1–3), 184–193.
- Gallo, K. M. (1994). First person account: Self-stigmatization. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 407–410.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T., & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25, 603–611.
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155–164.
- Giammanco, M. D., & Gitto, L. (2016). Coping, uncertainty and health-related quality of life as determinants of anxiety and depression on a sample of hospitalized cardiac patients in Southern Italy. *Qual Life Res*, 25(11), 2941–2956.
- Gillespie, N. A., Cloninger, C. R., Heath, A. C., & Martin, N. G. (2003). The genetic and environmental relationship between Cloninger’s dimensions of temperament and character. *Pers Individ Dif*, 35(8), 1931–1946.
- Ginsburg, G. S., Grover, R. L., & Ialongo, N. (2004). Parenting behaviors among anxious and non-anxious mothers: Relation with concurrent and long-term child outcomes. *Child Fam Behav Ther*. 2004;26(4):23–41.
- Girma, E., Tesfaye, M., Froeschl, G., Möller-Leimkühler, A. M., Dehning, S., & Müller, N. (2013). Facility based cross-sectional study of self stigma among people with mental illness: towards patient empowerment approach. *Int J Ment Health Syst*, 7(1), 21.

- Glass, J. (1989). *Private terror/public life: Psychosis and the politics of community*. London: Cornell University Press.
- Gloria, C. T., & Steinhardt, M. A. (2014). Relationships among positive emotions, coping, resilience and mental health. *Stress and Health* . Advance online publication.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of a Spoiled Identity*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Goossens, P. J., Van Wijngaarden, B., Knoppert-van Der Klein, E. A., & Van Achterberg, T. (2008). Family caregiving in bipolar disorder: caregiver consequences, caregiver coping styles, and caregiver distress. *Int J Soc Psychiatry*, 54, 303–316.
- Gormley, B., & McNeil, D. E. (2010). Adult attachment orientations, depressive symptoms, anger, and self-directed aggression by psychiatric patients. *Cogn Ther Res*, 34, 272–281.
- Grambal, A., Prasko, J., & Kamaradova, D., et al. (2016). Self-stigma in borderline personality disorder – cross-sectional comparison with schizophrenia spectrum disorder, major depressive disorder, and anxiety disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2439-2448.
- Granello, D. H., & Wheaton, J. E. (2001). Attitudes of undergraduate students toward persons with physical disabilities and mental illnesses. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 32(3), 9-16.
- Green, G., Hayes, C., Dickinson, D., Whittaker, A., & Gilheany, B. (2003). A mental health services users perspective to stigmatization. *Journal of Mental Health*, 12, 223–234.
- Gulsun, M., Doruk, A., Uzun, O., Turkbay, T., & Ozsahin, A. (2007). Effect of dissociative experiences on drug treatment of panic disorder. *Clin Drug Investig*, 27, 583–590.
- Gutiérrez-Zotes, A., Labad, J., & Martín-Santos, R., et al. (2016). Coping strategies for postpartum depression: a multicentric study of 1626 women. *Arch Womens Ment Health*, 19(3), 455–461.
- Guy, W. (1976). Clinical Global Impressions". *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology—Revised*. Rockville, MD: U.S. Department of Health, Education, and Welfare; Public Health Service, Alcohol; Drug Abuse, and Mental Health Administration;

National Institute of Mental Health; Psychopharmacology Research Branch; Division of Extramural Research Programs, 218–222.

Hajda, M., Kamaradova, D., & Latalova, K., et al. (2015). Self-stigma, treatment adherence, and medication discontinuation in patients with bipolar disorders in remission – a cross sectional study. *Act Nerv Super Rediviva*, 5(1–2), 6–11.

Hall, L. A., Peden, A. R., Rayens, M. K., & Beebe, L. H. (2004). Parental bonding: a key factor for mental health of college women. *Issues Ment Health Nurs*, 25(3), 277-91.

Hammer, J. H., & Vogel, D. L. (2010). Men's help seeking for depression: the efficacy of a male-sensitive brochure about counseling. *Couns Psychol*, 38(2), 296–313.

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 32, 50–55.

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, 40–49.

Hansson, L., & Björkman, T. (2005). Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scand J Caring Sci*, 19, 32–38.

Hašto, J., Kaščáková, N., Furstová, J., Poláčková Šolcová I., Vacková, K. A., Heveriová, M., & Tavel, P. (2018). Dotazník prožívání blízkých vztahů (ECR-R) a sociodemografické rozdiely vo vzťahovej úzkostnosti a vyhýbavosti. *Československá psychologie*, 62(1).

Hawton, A., Green, C., Dickens, A. P., Richards, S. H., Taylor, R. S., Edwards, R., & Campbell, J. L. (2011). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*, 20(1), 57–67.

Hayhurst, K. P., Drake, R. J., Massie, J. A., Dunn, G., Barnes, T. R. E., Jones, P. B., & Lewis, S. W. (2013). Improved quality of life over one year is associated with improved adherence in patients with schizophrenia. *Eur. Psychiatr.*

- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychol Med*, 29(1):199-212.
- Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2014). Attenuated interoceptive sensitivity in overweight and obese individuals. *Eat. Behav*, 15, 445–448.
- Herman, N. J. (1993). Return to sender: Reintegrative stigma-management strategies of expsychiatric patients. *Journal of Contemporary Ethnography*, 22, 295–330.
- Heszen-Niejodek, I. (2000). Stress and coping-major controversy. In: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z, editors. *Man in times of stress*. Katowice: Publisher University of Silesia, 12–43.
- Hielscher, E., & Waghorn, G. (2017). Self-stigma and fears of employment among adults with psychiatric disabilities. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(12), 699–706.
- Hirschfeld, R. M., Dunner, D. L., & Keitner, G., et al. (2002). Does psychosocial functioning improve independent of depressive symptoms? A comparison of nefazodone, psychotherapy, and their combination. *Biol Psychiatry*, 51(2), 123–133.
- Holubová, M., Praško, J., Ocisková, M., Vaněk, J., Šlepecký, M., Zátková, M., Látalová, K., & Kolek, A. (2018). Three diagnostic psychiatric subgroups in comparison to self-stigma, quality of life, disorder severity and coping management cross-sectional outpatient study. *Neuro Endocrinol Lett*.
- Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (2), 277–290.
- Hosák, L., Preiss, M., Halíř, M., Čermáková, E., Csémy, L. (2004). Temperament and character inventory (TCI) personality profile in metamphetamine abusers: a controlled study. *European Psychiatry*. 19(4), 193-195.
- Hosák, L., Csémy, L., Preiss, M., & Čermáková, E. (2005). Predikce úspěšnosti ústavní odvykací léčby u závislých na metamfetaminu. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2, 82-87.
- Howell, E. F. (2005). *The Dissociative Mind*. Hillsdale, MI: The Analytic Press.

- Hughes, I., Budd, R., & Greenaway, S. (1999). Coping with anxiety and panic: a factor analytic study. *Br. J. Clin. Psychol*, 38, 295–304.
- Hugo, M. (2001). Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 419–425.
- Huntley, C. D., & Fisher, P. L. (2016). Examining the role of positive and negative metacognitive beliefs in depression. *Scand J Psychol*, 57(5):446-52.
- Hyder, S. E., Gabbard, G. O., & Schneider, I. (1991). Homicidal maniacs and narcissistic parasites. Stigmatization of mentally ill persons in the movies. *Hosp Commun Psychiatry*, 42, 1044–1048.
- Chamberlin, J. (1998). Citizenship rights and psychiatric disability. *Psychiatr Rehabil J*, 21, 405–408.
- Charles, H., Manoranjitham, S. D., & Jacob, K. S. (2007). Stigma and Explanatory Models Among People With Schizophrenia and Their Relatives in Vellore, South India. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(4), 325–332.
- Chefetz, R. A. (2015). *Intensive Psychotherapy for Persistent Dissociative Processes: The Fear of Feeling Real*. New York, NY: WW Norton.
- Christensen, M. V., & Kessing, L. V. (2005). Clinical use of coping in affective disorder, a critical review of the literature. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 1(1), 20.
- Chronister, J., Chou, C. C., & Liao, H. Y. (2013). The role of stigma coping and social support in mediating the effect of societal stigma on internalized stigma, mental health recovery, and quality of life among people with serious mental illness. *J Community Psychol*, 41, 582–600.
- Illing, V., Tasca, G. A., & Balfour, L. (2010). Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *J Nerv Ment Dis*, 198, 653–659.

- Innamorati, M., Erbuto, D., Venturini, P., Fagioli, F., Ricci, F., Lester, D., Amore, M., Girardi, P., & Pompili, M. (2016). Factorial validity of the Childhood Trauma Questionnaire in Italian psychiatric patients. *Psychiatry Res*, 30, 297-302.
- Ishak, W. W., Christensen, S., & Sayer, G., et al. (2013). Sexual satisfaction and quality of life in major depressive disorder before and after treatment with citalopram in the STAR\*D study. *J Clin Psychiatry*, 74(3), 256–261.
- IsHak, W. W., Mirocha, J., & James, D., et al. (2015). Quality of life in major depressive disorder before/after multiple steps of treatment and one-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*, 131(1). 51–60.
- Ivanová, K., & Zielina, M. (2010). *Etika pro vědecko-výzkumné pracovníky*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc.
- Jacofsky, M. D., Santos, M. T., & Neziroglu, F. (2009). The Maintenance Of Anxiety Disorders: Maladaptive Coping Strategies. *MentalHelp.net* [online]. San Diego: Centersite, 2009 [cit. 2018-07-02]. Dostupné z: <https://www.mentalhelp.net/articles/the-maintenance-of-anxiety-disorders-maladaptive-coping-strategies/>
- Janke, W., & Erdmann, G. (2002). *SVF 78: Eine Kurzform des Stressverarbeitungsfragebogen SVF 120*. A short form of stress management questionnaire SVF 120. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie, German.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions*. New York: The Free Press.
- Jansen, K., Campos Mondin, T., & Azevedo Cardoso, T. D., et al. (2013). Quality of life and mood disorder episodes: community sample. *J Affect Disord*, 147(1–3), 123–127.
- Johnson, T. P. (2014). *Snowball Sampling: Introduction*. In Wiley StatsRef: Statistics Reference Online (eds N. Balakrishnan, T. Colton, B. Everitt, W. Piegorisch, F. Ruggeri and J. L. Teugels).
- Johnstone, M. J. (2001). Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: Challenging the status quo. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 200–209.
- Julian, L. J. (2011). Measures of Anxiety. *Arthritis care & research*, 63 (0), 11.

- Kaasinen, V., Maguire, E. A., Kurki, T., Bruck, A., & Rinne, J. O. (2005). Mapping brain structure and personality in late adulthood. *NeuroImage*, 24, 315–322.
- Kalisova, L., Michalec, J., Hadjipapanicolaou, D., & Raboch, J. (2018). Factors influencing the level of self-stigmatisation in people with mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(4), 374–380.
- Kamarádová, D., Látalová, K., & Praško, J., et al. (2015). Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u psychických poruch – průřezová studie [Self-stigma, adherence to treatment and withdrawal of medication in psychiatric disorders – a cross-sectional study] *Psychiatrie*, 19(4), 175–183.
- Kamarádová, D., Praško, J., & Látalová, K., et al. (2015). Psychometric properties of the Czech version of the Beck Anxiety Inventory – comparison between diagnostic groups. *Neuroendocrinol Lett*, 36(7), 706–712.
- Kamarádová, D., Látalová, K., Praško, J., Kubínek, R., Vrbová, K., Mainerová, B., Cinculová, A., Ocisková, M., Holubová, M., Smoldasová, J., & Ticháčková, A. (2016). Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Prefer Adherence*, 22(10), 1289-98.
- Kampman, O., Viikki, M., Järventausta, K., & Leinonen, E. (2014). Meta-analysis of anxiety disorders and temperament. *Neuropsychobiology*, 69(3), 175-86.
- Kates, S. M., & Belk, R. W. (2001). The meanings of lesbian and gay pride day: Resistance through consumption and resistance to consumption. *Journal of Contemporary Ethnography*, 30, 392–429.
- Kato, T. A., Hashimoto, R., & Hayakawa, K., a kol. (2016). Multidimensional anatomy of 'modern type depression' in Japan: A proposal for a different diagnostic approach to depression beyond the DSM-5. *Psychiatry Clin Neurosci*, 70(1):7–23.
- Katschnig, H., Freeman, H., & Sartorius, N. (1997). *Quality of life in mental disorders*. England: Wiley.
- Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5(3), 139-45.



- Kay, J., & Tasman, A. (2006). *Psychological factors affecting medical condition*. In: Kay J, Tasman A, editors. *Essential Psychiatry*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2006, 811–22.
- Kennedy, F., Clarke, S., Stopa, L., Bell, L., Rouse, H., & Ainsworth, C., et al., (2004). Towards a cognitive model and measure of dissociation. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*, 35, 25–48.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, M. S. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kick, S. D., Bell, J. A., Norris, J. M., & Steiner, J. F. (1994). Validation of two anxiety scales in a university primary care clinic. *Psychosom Med*, 56(6), 570–576.
- Kim, S. W., & Hoover, K. M. (1996). Tridimensional personality questionnaire: assessment in patients with social phobia and a control group. *Psychol Rep*, 78, 43-9.
- Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R., Hayward, P., & Corrigan, P. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *J Ment Health*, 17, 482–491.
- Kroska, A., & Harkness, S. (2011). Coping with the stigma of mental illness: empirically-grounded hypotheses from computer simulations. *Soc Forces*, 89, 1315–1339.
- Kobak, K. A., Reynolds, W. M., & Greist, J. H. (1993). Development and validation of a computer-administered version of the Hamilton Rating Scale. *Psychological Assessment*, 5(4), 487-492.
- Kose, S. (2003). *A psychobiological model of temperament and character: TCI*. Yeni Symposium, 41, 86–97.
- Kožený, J., Tišanská, L., & Mezník, J. (1998). Dotazník temperamentových a charakterových rysů TCI: Profil osob ve výkonu trestu. *Československá psychologie*, 3, 218-226.

- Kurtz, M. M., Bronfeld, M., & Rose, J. (2012). Cognitive and Social Cognitive Predictors of Change in Objective versus Subjective Quality-of-Life in Rehabilitation for Schizophrenia. *Psychiatry research*, 200(2-3), 102-107.
- Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychol Bull*, 127(2):187-208.
- Lai, Y. M., Hong, C. P. H., & Chee, C. Y. I. (2000). Stigma of Mental Illness. *Singapore Medical Journal*, 42 (3), 111-114.
- Latalova, K., Prasko, J., Diveky, T., Kamaradova, D., & Velartova, H. (2011). Quality of life in patients with bipolar disorder – a comparison with schizophrenic patients and healthy controls. *Psychiatr Danub*, 23(1), 21–26.
- Látalová, K., Praško, J., & Kamarádova, D., a kol. (2014). Self-stigma and suicidality in patients with neurotic spectrum disorder – a cross sectional study. *Neuro Endocrinol Lett*, 35, 474–480.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lecrubier, L., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., Janavs, J., Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224-231.
- Lee, C. (2002). The impact of belonging to a high school gay/straight alliance. *High School J*, 85(3), 13–26.
- Lee, J. D., & Craft, E. A. (2002). Protecting One's Self From a Stigmatized Disease. Once One Has 128 It. *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 23, 267-299.
- Lee, K., Kim, D., & Cho, Y. (2018). Exploratory Factor Analysis of the Beck Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory-II in a Psychiatric Outpatient Population. *Journal of Korean medical science*, 33(16).

- Lečbých, M., & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály Experiences in Close Relationships (ECR): Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-psychologie*, 6, 1-11.
- Lenhardt, R. A. (2004). Understanding the mark: Race, stigma, and equality in context. *New York University Law Review*, 79, 803–931.
- Lenox-Smith, A., Macdonald, M. T., & Reed, C., et al. (2013). Quality of life in depressed patients in UK primary care: the FINDER study. *Neurol Ther*, 2(1–2), 25–42.
- Leon, A. C., Shear, M. K., Klerman, G. L., Portera, L., Rosenbaum, J. F., & Goldenberg, I. (1993). A comparison of symptom determinants of patient and clinician global ratings in patients with panic disorder and depression. *J Clin Psychopharmacol*, 13(5), 327–31.
- Lepage, M., Bodnar, M., & Bowie, C. R. (2014). Neurocognition: clinical and functional outcomes in schizophrenia. *Can J Psychiatry*, 59, 5-12.
- Levin, R., & Spei, E. (2004). Relationship of purported measures of pathological and nonpathological dissociation to self-reported psychological distress and fantasy immersion. *Assessment*, 11, 160–168.
- Levy, B., Tsoy, E., Brodt, M., Petrosyan, K., & Malloy, M. (2015). Stigma, social anxiety, and illness severity in bipolar disorder: Implications for treatment. *Ann Clin Psychiatry*, 27(1), 55-64. Review.
- 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. *Journal of anxiety disorders*, 20 (4), 444–58.
- Libigerová, E., & Mullerová, H. (2003). *Dotazník kvality života (Q-LES-Q): kvalita prožívání radosti a spokojenosti ze života: informace pro terapeuta*. Praha: Academia Medica Pragensis – Amedpra.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social Phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Liebowitz, M. (2014). *Test for Social Anxiety Disorder*. Columbia University Medical Center.

- Liebschutz, J. M., Buchanan-Howland, K., Chen, C. A., Frank, D. A., Richardson, M. A., Heeren, T. C., Cabral, H. J., & Rose-Jacobs, R. (2018). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) correlations with prospective violence assessment in a longitudinal cohort. *Psychol Assess*, 30(6), 841-845.
- Link, B. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52, 96–112.
- Link, B., Cullen, F., & Struening, E., et al. (1989). A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400–423.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27: 363-385.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2002). On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatr Rehabil Skills*, 6(2), 201–231.
- Liotta, M. (2013). Relationship Between Temperament and Anxiety Disorders: A Systematic Review. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 1(1).
- Liu, J., Li, L., & Fang, F. (2011). Psychometric properties of the Chinese version of the Parental Bonding Instrument. *Int J Nurs Stud*, 48(5):582-9.
- Livesley, W. J. (1991). Classifying personality disorders: ideal types, prototypes, or dimensions? *J Pers Disord*, 5, 52–59.
- 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. *Soc Sci Med*, 71, 2150–2161.
- Londahl, E., Tverskoy, A., & D'Zurilla, T. (2005). The relations of internalizing symptoms to conflict and interpersonal problem solving in close relationships. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 445-462.

Lorona, R. T., Fergus, T. A., Valentiner, D. P., Miller, L. M., & McGrath, P. B. (2018). Self-Stigma and Etiological Attributions About Symptoms Among Individuals Diagnosed With an Anxiety Disorder: Relations With Symptom Severity and Symptom Improvement Following CBT. *Journal of Social and Clinical Psychology, 37*(7), 536-557.

Lucksted, A., Drapalski, A., & Calmes, C., et al. (2011). Ending Self-Stigma: Pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses. *Psychiatr Rehabil J, 35*(1), 51–4.

Lyoo, I. K., Lee, D. W., Kim, Y. S., Kong, S. W., & Kwon, J. S. (2001). Patterns of temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry, 62*(8), 637-41.

Lysaker PH, Campbell K, Johannesen JK. Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders: evidence of an interaction. *J Nerv Ment Dis, 193*(5), 287–292.

Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2018). Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale. *Am J Psychiatry, 175*(1), 37-46.

Maier, S. F. (1984). Learned helplessness and animal models of depression. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry, 8*(3), 435–46.

Maier W, Buller R, Philipp M, & Heuser I. (1988). The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord, 14*(1):61–8.

Major, B., O'Brien, L. T. (2005). The Social Psychology of Stigma. *Annual Review of Psychology, 56*, 393–421.

Maldonado, J., & Spiegel, D. (1998). *Trauma, dissociation, and hypnotizability*. In: Marmar R, Bremner D, editors. *Trauma, Memory, and Dissociation*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Manos, R. C., Rusch, L. C., Kanter, J. W., & Lisa, C. (2009). Depression Self-Stigma as a Mediator of the Relationship Between Depression Severity and Avoidance. *Journal of Social and Clinical Psychology, 28*, 1128-1143.
- 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.
- Markowitz, F. E. (2001). Modeling processes in recovery from mental illness: relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *J Health Soc Behav, 42*, 64–79.
- Marteinsdottir, I., Tillfors, M., Furmark, T., Anderberg, U. M., & Ekselius, L. (2003). Personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory (TCI) in subjects with social phobia. *Nord J Psychiatry, 57*, 29-35.
- 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. *J Health Soc Behav, 41*, 208–223.
- Marquez-Arrico, J. E., Benaiges, I., & Adan, A. (2015). Strategies to cope with treatment in substance use disorder male patients with and without schizophrenia. *Psychiatry Res, 228*, 752–759.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self, and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2005). *An attachment model of personality disorders*. In: Lenzenweger MF, Clarkin JF, editors. Major theories of personality disorder. New York: Guilford, 231–281.
- McCay, S., Beanlands, H., Leszcz, M., Goering, P., Seeman, M. V., Ryan, K., Johnston, N., & Vishnevsky, T. (2006). A Group Intervention to Promote Healthy Self-Concepts and Guide Recovery in First Episode Schizophrenia: A Pilot Study. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 30*, 105–111.
- McCay, E., Beanlands, H., Zipursky, R., Roy, P., Leszcz, M., Landeen, J., & Chan, E. (2007). A randomised controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatisation in first episode schizophrenia. *Advances in Mental Health, 6*(3), 212–220.

- McFarlane, A., Clark, C. R., & Bryant, R. A., a kol. (2005). The impact of early life stress on psychophysiological, personality and behavioral measures in 740 non-clinical subjects. *J Integr Neurosci*, 4(1), 27–40.
- Mcknight, P. E., & Kashdan, T. B. (2009). The importance of functional impairment to mental health outcomes: a case for reassessing our goals in depression treatment research. *Clin Psychol Rev*, 29(3), 243–259.
- McLeod, B. D., Weisz, J. R., & Wood, J. J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 27(8), 986–1003.
- Melchior, H., Hüsing, P., Grundmann, J., Lotzin, A., Hiller, P., Pan, Y., Driessen, M., Scherbaum, N., Schneider, B., Hillemacher, T., Stolzenburg, S., Schomerus, G., & Schäfer, I. (2019). Substance Abuse-Related Self-Stigma in Women with Substance Use Disorder and Comorbid Posttraumatic Stress Disorder. *Eur Addict Res*, 25(1), 20-29.
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 157(5), 669–682.
- Mestdagh, A., & Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49(1), 79–87.
- Meyer, B. (2001). Coping with severe mental illness: relations of the brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. *J Psychopathol. Behav. Assess*, 23, 265–277.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených problémů ve znění 10. Revize *MKN-10*. (1992). Česká republika: Bomtom agency,s.r.o.
- Mick, E., Faraone, S., Spencer, T., Zhang, H., & Biederman, J. (2008). Assessing the validity of the quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire-short form in adults with ADHD. *J Atten Disord*, 11, 504–509.
- Michael, T., Zetsche, U., & Margraf, J. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*, 6(4), 136–142.

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1):11-15.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York, NY: Guilford Press.
- Miller-Matero, L. R., Chipungu, K., Martinez, S., Eshelman, A., & Eisenstein, D. (2016). How do I cope with pain? Let me count the ways: awareness of pain coping behaviors and relationships with depression and anxiety. *J Health Psychol*, 22(1), 19–27.
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., & Corrigan, P. W.(2012). Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature. *Psychiatr Serv*, 63(10), 974-81. Review.
- Mohr, S., Preisig, M., Fenton, B., & Ferrero, F. (1999). Validation of the French version of the parental bonding instrument in adults. *Personality And Individual Differences*, 26, 1065-1074.
- Mohr, P., Bravermanová, A., Kratochvílová, Z., Melicher, T., & Knytl, P. (2015). Kognitivní poruchy u deprese. *Čes a slov Psychiatr*, 111(6), 283 -289.
- Mochcovitch, M. D., Nardi, A. E., & Cardoso, A. (2013). Temperament and character dimensions and their relationship to major depression and panic disorder. *Braz J Psychiatry*, 34(3):342-51. Review.
- Mulder, R. T. (2002): Personality pathology and treatment outcome in major depression: Review. *American Journal of Psychiatry*, 3, 359-371.
- Morrow, D. F. (1996). Coming-out issues for adult lesbians: a group intervention. *Soc Work*, 41(6), 647–656.
- Munizza, C., Argentero, P., Coppo, A., Tibaldi, G., Di Giannantonio, M., Picci, R. L., & Rucci, P. (2013). Public beliefs and attitudes towards depression in Italy: a national survey. *PLoS One*, 8(5).
- Muntingh, A. D., Van der Feltz-Cornelis, C. M., Van Marwijk, H. W., Spinhoven, P., Penninx, B. W., & Van Balkom, A. J. (2011). Is the beck anxiety inventory a good tool to assess the



severity of anxiety? A primary care study in The Netherlands study of depression and anxiety (NESDA). *BMC Family Practice*, 12 (66).

Muhammad, N. A., Shamsuddin, K., Khairani, O. M., Shamsul Azhar, S. H., & Rahmah, M. O. (2014). Validation of the Malay version of the parental bonding instrument among Malaysian youths using exploratory factor analysis. *The Malaysian journal of medical sciences*, 21(5), 51-59.

Müllerová, H. (2001). Transcultural transmission and validation of the quality life questionnaire Q-LES-Q. (in Czech: Mezikulturní přenos a validace dotazníku kvality života Q-LES-Q.) *Psychiatrie*, 5, 80- 87.

Munizza, C., Gonella, R., Pinciaroli, L., Rucci, P., Picci, R. L., & Tibaldi, G. (2011). CMHC adherence to National Mental Health Plan standards in Italy: a survey 30 years after national reform law. *Psychiatr Serv*, 62, 1090–1093.

Myhr, G., Sookman, D., & Pinard, G. (2004). Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand*, 109, 447–56.

Oakley, L. D., Kanter, J. W., Taylor, J. Y., & Duguid, M. (2012). The self-stigma of depression for women. *Int J Soc Psychiatry*, 58(5), 512–520.

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., & Sedláčková, Z. (2013). Stigma and self-stigma in patients with anxiety disorders. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*. 55. 12-18.

Ocisková, M., Praško, J., Látalová, K., Kamarádová, D., Grambal, A., Sigmundová, Z., Sedláčková, Z. (2014). Internalizované stigma a efektivita farmakoterapie a psychoterapie u úzkostných poruch a poruch neurotického spektra. *Čes a slov Psychiatr*, 110(3), 133 -143.

Ocisková, M., Praško, J., Kamarádová, D., Grambal, A., Látalová, K., & Sigmundová Z. (2014). Relationship between internalized stigma and treatment efficacy in mixed neurotic spectrum and depressive disorders. *Neuro Endocrinol Lett*, 35(8), 711–717.

Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace psychických poruch*. Praha: Grada.

Ocisková, M., Praško, J., Maráčková, M., Kupka, M., & Preiss, M. (2015). A short version of the revised temperament and character inventory (TCI-56): validation of the czech translation. *Nepublikovaná data*.

Ocisková, M., Praško, J., Kamarádová, D., Grambal, A., & Sigmundová, Z. (2015). Individual correlates of self-stigma in patients with anxiety disorders with and without comorbidities. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *11*, 1767–1779.

Ocisková, M., Praško, J., & Kamarádová, D. (2015). Relationship between personality and self-stigma in mixed neurotic spectrum and depressive disorders – cross sectional study. *Activitas Nervosa Superior Redivida*, *57*, 1-2.

Ocisková, M., Praško, J., Látalová, K., Kamarádová, D., & Grambal, A. (2016). Psychological factors and treatment effectiveness in resistant anxiety disorders in highly comorbid inpatients. *Neuropsychiatr Dis Treat*, *12*, 1539–1551.

Ocisková, M., Sobotková, I., Praško, J., & Mihál, V. (2016). Standardization of the Czech version of the Snyder's Adult dispositional hope scale [Standardizace české verze Škály dispoziční naděje pro dospělé. In Czech]. *Psychologie a její kontexty*, *7*(1), 109–123.

Ocisková, M., Praško, J., Vrbová, K., Kasalová, P., Holubová, M., Grambal, A., & Machu, K. (2018). Self-stigma and treatment effectiveness in patients with anxiety disorders - a mediation analysis. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *14*, 383–392.

Ogden, J. (2000). *Health psychology*. Buckingham: Open Univ. Press.

Ogińska-Bulik, N., & Juczyński, Z. (2008). *Personality, stress and health*. Publisher; Difin.

Olatunji, B. O., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2009). Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Psychol Bull*, *135*, 974-999.

Orzechowska, A., Zajączkowska, M., Talarowska, M., & Gałęcki, P. (2013). Depression and ways of coping with stress: A preliminary study. *Medical Science Monitor : International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, *19*, 1050-1056.

- Osman, A., Hoffman, J., Barrios, F. X., Kopper, B. A., Breitenstein, J. L., & Hahn, S. K. (2002). Factor structure, reliability, and validity of the Beck Anxiety Inventory in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology, 58* (4), 443–56.
- Ottenbreit, N. D., & Dobson, K. S. (2004). Avoidance and depression: The construction of the Cognitive–Behavioral Avoidance Scale. *Behavior Research and Therapy, 42*(3), 293–313.
- Otsubo, T., Tanaka, K., Koda, R., Shinoda, J., Sano, N., Tanaka, S., Aoyama, H., Mimura, M., & Kamijima, K. (2005). Reliability and validity of Japanese version of the Mini-international neuropsychiatric interview. *Psychiatry Clin Neurosci, 59*, 517–526.
- Ouimet, A. J., Gawronski, B., & Dozois, D. J.. (2009). Cognitive vulnerability to anxiety: a review and an integrative model. *Clin. Psychol. Rev, 29*, 459–470.
- Pacchierotti, C., Bossini, L., Castrogiovanni, A., Pieraccini, F., Soreca, I., & Castrogiovanni, P. (2002). Attachment and panic disorder. *Psychopathology, 35*, 347–54.
- Padurariu, M., Ciobica, A., Persson, C., & Stefanescu, C. (2011). Self-stigma in psychiatry: ethical and bio-psychosocial perspectives. *Romanian Journal of Bioethics, 9*(1), 76–82.
- Papakostas, G., Petersen, T., Mahal, Y., Mischoulon, D., Nierenberg, A. A., & Fava, M. (2004). Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry, 26*(1), 13–17.
- Parcesepe, A. M., & Cabassa, L. J. (2013). Public stigma of mental illness in the United States: a systematic literature review. *Admin Policy Ment Health, 40*(5), 384–399.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *Br J Med Psychol, 52*, 1–10.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment, 5*, 164-172.
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *Journal of Positive Psychology, 3*, 137–152

- Pelissolo, A., & Corruble, E. (2002). Personality factors in depressive disorders: contribution of the psychobiologic model developed by Cloninger. *Encephale*, 28(4), 363-73. Review.
- Pélissolo, A., André, C., Pujol, H., Yao, S. N., Servant, D., & Braconnier, A., a kol. (2002). Personality dimensions in social phobics with or without depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 94-103.
- Penn, D. L., & Martin, J. (1998). The Stigma of Severe Mental Illness: Some Potential Solutions for a Recalcitrant Problem. *Psychiatric Quarterly*, 69 (3), 235–247.
- Phelan, J., Link, B., Stueve, A., & Pescosolido, B. (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, 188–207.
- Phelan, J. C. (2005). Geneticization of deviant behavior and consequences of stigma: the case of mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(4), 307-322.
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: one animal or two? *Social Science & Medicine*, 67(3), 358–367.
- Phillips, L. J., Francey, S. M., Edwards, J. & McMurray, N. (2009). Strategies used by psychotic individuals to cope with life stress and symptoms of illness: a systematic review. *Anxiety, Stress & Coping*, 22(4), 371-410.
- Picardi, A., Caroppo, E., & Fabi, E., a kol. (2013). Attachment and Parenting in Adult Patients with Anxiety Disorders. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health : CP & EMH*, 9, 157-163.
- Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., Vaingankar, J. A., Lim, S., Poh, C. L., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope, and self-esteem. *Psychiatry Res*, 246, 500-506.
- Plhánková, A. (2010). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Pollatos, O., Kurz A. L., Albrecht, J., Schreder, T., Kleemann, A. M., & Schöpf, V., a kol. (2008). Reduced perception of bodily signals in anorexia nervosa. *Eat. Behav*, 9, 381–388.

- Polišenská, A. V. (2009). Popis osobnosti pachatele trestného činu vloupání dle cloningerova dotazníku temperamentu a charakteru. *Československá psychologie*, 53(6).
- Pompili, M., Girardi, P., Lester, D., & Tatarelli, R. (2007). *Stigma and suicide risk*. In Tatarelli, R., Pompili, M., Girardi, P. *Suicide in Schizophrenia*. Hauppauge, NY: Nova Biomedical Books, 329-336.
- Ponizovsky, A. M., Finkelstein, I., Poliakova, I., Mostovoy, D., Goldberger, N., Rosca, P. (2013). Interpersonal distances, coping strategies and psychopathology in patients with depression and schizophrenia. *World J Psychiatry*, 3(3), 74–84.
- Powdthavee, N., Lekfuangfu, W. N., & Wooden, M. (2015). What's the good of education on our overall quality of life? A simultaneous equation model of education and life satisfaction for Australia. *Journal of behavioral and experimental economics*, 54, 10-21.
- Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy: Klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál.
- Praško, J., Raszka, M., & Adamcová, K., a kol. (2009). Predicting the therapeutic response to cognitive behavioral therapy in patients with the pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder. *Neuroendocrinol Lett*, 30(5), 615–623.
- Praško, J. (2011). *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigris.
- Praško, J., Kamarádová, D., Cakirpaloglu, S., Talová, B., Diveky, T., & Grambal, A., a kol. (2015). Predicting the therapeutic response to intensive psychotherapeutic programs in patients with neurotic spectrum disorders. *Activitas Nervosa Super Rediviva*, 57(1-2), 30-39.
- Praško, J., Ocisková, M., & Grambal, A., a kol. (2016). Personality features, dissociation, self-stigma, hope, and the complex treatment of depressive disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12, 2539–2552.
- Praško, J., Grambal, A., & Kasalová, P., a kol. (2016). Impact of dissociation on treatment of depressive and anxiety spectrum disorders with and without personality disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12, 2659–2676.
- Preiss, M., & Vacíř, K. (1999). *Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé – BDI-II* [Beck self-report depression scale for adults – BDI-II]. Brno: Psychodiagnostika.

- 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., & Klose, J. (2001): Diagnostika poruch osobnosti pomocí teorie C. R. Cloningeru. *Psychiatrie*, 4, 226-231.
- Preiss, M., Bareš, M., Kopeček, M., & Stopková, P. (2007). Je harm avoidance prediktorem odpovědi na léčbu?. *Psychiatrie*. 11(2): 72-73.
- Preiss, M., Nedvěd, J., Lenová, J., Fiury, L., & Čikošová, E. (2012). Měření vnímané vazby k rodičům - validizační studie dotazníku Parental Bonding Instrument. *Psychiatrie*. 16(2), 83-87.
- Priebe, S., McCabe, R., & Junghan, U., a kol. (2011). Association between symptoms and quality of life in patients with schizophrenia: a pooled analysis of changes over time. *Schizophr Res*, 133(1–3), 17–21.
- Pryce, C., Azzinnari, D., Spinelli, S., Seifritz, E., Tegethof, M., & Meinlschmidt, G. (2011). Helplessness: A systematic translational review of theory and evidence for its relevance to understanding and treating depression. *Pharmacology & Therapeutics*, 132 (3), 242–267.
- Pryor, J. B., Reeder, G. D., Yeadon, C., & Hesson-McInnis, M. (2004). A dual-process model of reactions to perceived stigma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 436–452.
- Pu, S., Nakagome, K., & Yamada, T., a kol. (2012). The relationship between the prefrontal activation during a verbal fluency task and stress-coping style in major depressive disorder: a near-infrared spectroscopy study. *J Psychiatr Res*, 46, 1426–34.
- Putnam, F. W. (1995). Traumatic stress and pathological dissociation. *Ann NY Acad Sci*, 771, 708–715.
- Ptáček, R., Raboch, J., Vňuková, M., Hlinka, J., & Anders, M. (2016). Beckova škála deprese BDI-II - standardizace a využití v praxi. *Čes a slov Psychiatr*, 112(6), 270 -274.

- Pyne, J., Eugene, J. K., Schroeder, P. J., Fortney, C. J., Edlund, M., & Sullivan, G. (2004). Relationship Between Perceived Stigma and Depression Severity. *The Journal of nervous and mental disease*, 192, 278-83.
- Rabkin, J. G. (1974). Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Psychol Bull*, 10, 9–33.
- Raknes, S., Pallesen, S., Himle, J. A., a kol. (2017). Quality of life in anxious adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11, 33.
- Ran, M. S., Zhang, T. M., Wong, I. Y., Yang, X., Liu, C. C., Liu, B., Luo, W., Kuang, W. H., Thornicroft, G., & Chan, C. L. (2018). CMHP Study Group. Internalized stigma in people with severe mental illness in rural China. *Int J Soc Psychiatry*, 64(1), 9-16.
- Rao, D., Pryor, J. B., Gaddist, B. W., & Mayer, R. (2008). Stigma, secrecy, and discrimination: ethnic/racial differences in the concerns of people living with HIV/AIDS. *AIDS Behav*, 12(2), 265-71.
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 162(6), 1171–1178.
- Rapee, R. M., & Coplan, R. J. (2010). Conceptual relations between anxiety disorder and fearful temperament. *New Dir Child Adolesc Devel*, 127, 17-31.
- Ricciardi, L., Demartini B., Crucianelli L., Krahé C., Edwards M. J., Fotopoulou A. (2016). Interoceptive awareness in patients with functional neurological symptoms. *Biol. Psychol.* 113 68–74.
- Richter, P., a kol. (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 Res*, 121(18), 31–49.
- Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res*, 129, 257–265.

- Ritsner, M., Kurs, R., Gibel, A., Ratner, Y., & Endicott, J. (2005). Validity of an abbreviated Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q-18) for schizophrenia, schizoaffective, and mood disorder patients. *Qual Life Res*, 14, 1693–1703.
- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Derhi, O., Yanos, P. T., & Lysaker, P. H. (2010). Talking about life and finding solutions to different hardships: a qualitative study on the impact of narrative enhancement and cognitive therapy on persons with serious mental illness. *J Nerv Ment Dis*, 198(11), 807–812.
- Roeloffs, C., Sherbourne, C., & Unutzer, J., a kol. (2003). Stigma and depression among primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 25, 311–315.
- Rogers, E. S., Ralph, R. O., & Salzer, M. S. (2010). Validating the Empowerment Scale With a Multisite Sample of Consumers of Mental Health Services. *Psychiatric Services*, 61, 933–936.
- Roisman, G. I., Fraley, R. C., & Belsky, J. (2007). A taxometric study of the Adult Attachment Interview. *Developmental Psychology*, 43(3), 675-686.
- Rosenfield, S., & Neese-Todd, S. (1993). Why model programs work: factors predicting the subjective quality of life of the chronic mentally ill. *Hosp Commun Psychiatry*, 44, 76–78.
- Roy, A. (2002). Childhood trauma and neuroticism as an adult: possible implication for the development of the common psychiatric disorders and suicidal behavior. *Psychol Med*, 32, 1471–1474.
- Rufer, M., Fricke, S., Held, D., Cremer, J., & Hand, I. (2006). Dissociation and symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder: a replication study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256, 146–150.
- Rugens, A., & Terhune, D. B. (2013). Guilt by dissociation: guilt primes augment the relationship between dissociative tendencies and state dissociation. *Psychiatry Res*, 206, 114–116.
- Rusch, N., Zlati, A., Black, G., & Thornicroft, G. (2014). Does the stigma of mental illness contribute to suicidality. *British J Psychiatr*, 205(4), 257–259.



- Russinova, Z., Roger, S., Gagne, C., Bloch, P., Drake, K. M., & Mueser, K. T. (2014). A randomized clinical trial of a peer-run antistigmaphotovoice intervention. *Psychiatric Services*, 65(2), 242–246.
- Rüsch, N., Hölzer, A., & Hermann, C. (2006). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *J Nerv Ment Dis*, 194, 766–773.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., & Powell, K., a kol. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: II. emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophr Res*, 110(1-3), 65–71.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S., & Batia, K. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: I. Predictors of cognitive stress appraisal. *Schizophr Res*, 110(1-3), 59-64.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., & Wassel, A., a kol. (2009). Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness. *Acta Psychiatr Scand*, 120(4), 320–328.
- Rüsch, N., Brohan, E., Gabbidon, J., Thornicroft, G., & Clement, S. (2014). Stigma and disclosing one's mental illness to family and friends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49(7), 1157-60.
- Rytwinski, N. K., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Coles, M. E., Liebowitz, M. R., Cissell, S., Stein, M. B., & Hofmann, S. G. (2009). Screening for social anxiety disorder with the self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Depress Anxiety*, 26(1), 34-8.
- Sadock, B., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan and Sadock's synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry Tenth North American Edition*. LWW.
- Sadow, D., Ryder, M., & Webster, D. (2002). Is education of health professionals encouraging stigma towards mentally ill? *Journal of Mental Health*, 11, 657–665.
- Samochowicz, J., Kucharska-Mazur, J., Hajduk, A., Wojciechowski, B., & Samochowicz, A. (2005). Personality profile of patients with anxiety disorder, as studied with the 16PF Cattell's questionnaire and Cloninger's TCI. *Psychiatr Pol*, 39(3), 527-36.

- Sampogna, G., Luciano, M., & Vecchio, V. D., a kol. (2018). The effects of psychoeducational family intervention on coping strategies of relatives of patients with bipolar I disorder: results from a controlled, real-world, multicentric study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 977-989.
- Sar, V., & Öztürk, E. (2007). Functional dissociation of the self: a sociocognitive approach to dissociation. *J Trauma Dissoc*, 8, 69–89.
- Sar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: an overview. *Epidemiol. Res. Int.*
- Saraceno, B., Levav, I., & Kohn, R. (2005). The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. *World Psychiatry*, 4(3):181–185.
- Sariusz-Skapska, M., Czabała, I., Dudek, D., & Zięba, A. (2003). Ocena stresujących wydarzeń życiowych i poczucie koherencji u pacjentów z chorobą afektywną jedno-i dwubiegunową. *Psychiatr Pol*, 37(5), 863.
- Seguí, J., Marquez, M., Garcia, L., Canet, J., Salvador-Carulla, L., & Ortiz, M. (2000). Depersonalization in panic disorder: a clinical study. *Compr Psychiat*, 41, 172–178.
- Seitl, M., Charvát, M., & Lečbych, M. (2016). Psychometrické charakteristiky české verze škály Experiences in Close Relationships (ECR) / Psychometric characteristics of the Czech version of Experiences in Close Relationships Scale. *Československá psychologie*, 60, 351-371.
- Seligman, M. E. (1972). Learned helplessness. *Annual review of medicine*, 23, 407–12
- 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., Raj, A. B., Sheehan, K. H., & Soto, S. (1988). The relative efficacy of buspirone, imipramine and placebo in panic disorder: a preliminary report. *Pharmacol Biochem Behav*, 29(4), 815–817.

- Sheehan, D. V., Harnett-Sheehan, K., & Raj, B. A. (1996). The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol*, 11(3), 89–95.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Bonara, L. I., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M. F., & Dunbar, G. C. (1997). Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*, 12, 232-241.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & 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. *J Clin Psychiatry*, 59(20), 22–33.
- Sheshtawy, E. A. (2011). Coping with stress and quality of life in schizophrenic patients. *Asian J Psychiatr*, 4(1), 51–54.
- Shimotsu, S., & Horikawa, N. (2016). Self-stigma in depressive patients: Association of cognitive schemata, depression, and self-esteem. *Asian Journal of Psychiatry*, 24, 125-129.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*, 57, 1024–1040.
- Schimmenti, A. (2016). Dissociative experiences and dissociative minds: exploring a nomological network of dissociative functioning. *J Trauma Dissoc*, 17, 338–61.
- Schimmenti, A. (2017). The trauma factor: examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. *J Trauma Dissoc*, 11, 1–20.
- Schore, A. N. (2009). *Attachment trauma and the developing right brain: Origins of pathological dissociation*. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 107-141). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma: a focus group study of schizophrenic patients, their relatives, and mental health professionals. *Soc Sci Med*, 56(2), 299–312.

Schwarzer, R., & Schwarzer, C. (1996). *A critical survey of coping instruments*. In M Zeidner and N S Endler (Eds), (1996). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (pp. 107–132). New York,: Wiley.

Sibley, C. G., & Liu, J. H. (2004). Short-term temporal stability and factor structure of the revised experiences in close relationships (ECR-R) measure of adult attachment. *Personality and Individual Differences*, 36, 969-975.

Simeon, D., Guralnik, O., Schmeidler, J., Sirof, B., & Knutelska, M. (2001). The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *Am J Psychiatry*, 158(7), 1027–1033.

Simmons, J. (2001). Satcher outlines plan to destigmatize mental illness. *Counseling Today*, 1, 19.

Sinclair, V. G., Wallston, K. A., & Strachan, E. (2016). Resilient coping moderates the effect of trauma exposure on depression. *Research in Nursing and Health*, 39(4), 244–252.

Sirey, J. A., Bruce, M. L., & Alexopoulos, G. S., a kol. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry*, 158(3), 479–481.

Sirey, J. A., Bruce, M. L., & Alexopoulos, G. S, a kol. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*, 52(12), 1615–1620.

Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A. S. (2015). Depression and quality of life in older persons: a review. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 40(5–6), 311–339.

Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychol Bull*, 129, 216–269.

Soffer-Dudek, N. (2014). Dissociation and dissociative mechanisms in panic disorder, obsessive–compulsive disorder, and depression: a review and heuristic framework. *Psychol. Conscious*, 1, 243–270.

- Solomon, Z., Dekel, R., & Mikulincer, M. (2008). Complex trauma of war captivity: a prospective study of attachment and post-traumatic stress disorder. *Psychol Med*, 38, 1427–1434.
- Spiegel, D. (1994). *Dissociation*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stallings, M. C., Hewitt, J. K., Cloninger, C. R., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1996). Genetic and environmental structure of the Tridimensional Personality Questionnaire: Three or four temperament dimensions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 127–140.
- Stein, M. B., & Heimberg, R. G. (2004). Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorders: Comparison to major depressive disorder in a community sample. *J Affect Disord*, 79, 161–166.
- Stolzenburg, S., Teßmer, C., Corrigan, P., Böttge, M., Freitag, S., Schäfer, I., Freyberger, H., & Schomerus, G. (2017). Childhood Trauma and Self-Stigma of Alcohol Dependence: Applying the Progressive Model of Self-Stigma. *Stigma and Health*.
- 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. *Depress Anxiety*, 19(3), 187–189.
- Strombek-Milczarek, M., & Talarowska, M. (2011). *Stress and Coping*. In: Talarowska M, Florkowski A, Gałeczki P, editors. *Fundamentals of psychology Handbook for medical students*. Wrocław: Publisher Continuo, 115–40.
- Stout, P. A., Villegas, J., & Jennings, N. A. (2004). Images of Mental Illness in the Media: Identifying Gaps in the Research. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 543–61.
- Stuber, J., Meyer, I., & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Soc Sci Med*, 67(3), 351–357.
- Stulz, N., & Crits-Christoph, P. (2010). Distinguishing anxiety and depression in self-report: purification of the Beck Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory-II. *J Clin Psychol*, 66(9), 927-40.

- Surapaneni, S. (2018). *The role of parental stigma on self-stigma and help-seeking intentions: Differences between Asian, Asian American, and Caucasian American populations*. Graduate Theses and Dissertations.
- Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand*, 106(3), 189-95.
- Szasz, T. S. (1974). *The myth of mental illness*. Foundations of a theory of personal conduct. New York: Harper & Row.
- Šídlová, M., Praško, J., & Jelenová, D., a kol. (2011). The quality of life of patients suffering from schizophrenia – a comparison with healthy controls. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 155(2), 173–180
- Švancara, J. (2003). *Strategie zvládání stresu – SVF-78*. Praha: Testcentrum.
- Tang, I. C., & Wu, H. C. (2012). Quality of life and self-stigma in individuals with schizophrenia. *Psychiatr Q*, 83(4), 497–507.
- Ten Doesschate, M. C., Koeter, M. W., Bockting, C. L., Schene, A. H. (2010). DELTA Study Group Health-related quality of life in recurrent depression: a comparison with a general population sample. *J Affect Disord*, 120(1–3), 126–132.
- Thara, R., Kamath, S., & Kumar, S. (2003). Women with schizophrenia and broken marriages--doubly disadvantaged? Part I: Patient perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 49(3), 225–232.
- Thoits, P. A. (2011). Resisting the Stigma of Mental Illness. *Social Psychology Quarterly*, 74(1), 6-28.
- Tiggemann, M., & Winefield, A. H. (2011). The effects of unemployment on the mood, self-esteem, locus of control, and depressive affect of schoolleavers. *J Occup Psychol*, 57(1), 33–42.
- Trew, J. L. (2011). Exploring the roles of approach and avoidance in depression: An integrative model. *Clinical Psychology Review*, 31 (7), 1156–1168.

- Tsang, H. W., Fung, K. M., & Chung, R. C. (2010). Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res*, 180(1), 10–15.
- Tulving, E. (2002). Episodic memory: From mind to brain. *Annual Review of Psychology*, 53, 1–25.
- Turner, R. M., Hudson, I. L., Butler, P. H., & Joyce, P. R. (2003). Brain function and personality in normal males: A SPECT study using statistical parametric mapping. *NeuroImage*, 19, 1145–1162.
- Turkmen, S., Yorulmaz, M., Koza, E., & Ozdemir, S. (2017). Internalized stigmatization and social functioning in psychiatric patients. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*.
- Üçok, A., Gorwood, P., & Karaday, G. (2012). Employment and its relationship with functionality and quality of life in patients with schizophrenia: EGOFORS Study. *Eur Psychiatry*, 27(6), 422–425.
- Uhlmann, C., Kaehler, J., Harris, M. S., Unser, J., Arolt, V., & Lencer, R. (2014). Negative impact of self-stigmatization on attitude toward medication adherence in patients with psychosis. *J Psychiatr Pract*, 20(5), 405–410.
- Ustündağ, M. F., & Kesebir, S. (2013). Internalized stigmatization in bipolar patients: relationship with clinical properties, quality of life and treatment compliance. *Turk Psikiyatri Derg*, 24(4), 231–239.
- Vaccarino, A. L., Evans, K. R., Sills, T. L., & Kalali, A. H. (2008). Symptoms of anxiety in depression: assessment of item performance of the Hamilton Anxiety Rating Scale in patients with depression. *Depression & Anxiety*, 25(12), 1006-1013.
- Van Tosh, L., & del Vecchio, P. (2000). *Consumer/Survivor-Operated Self-Help Programs: A Technical Report*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services.
- Varcarolis, E. M., & Halter, M. J. (2009). *Essentials of psychiatric mental health nursing*. St. Louis: Saunders Elsevier.

Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 150, 71–80.

Ventura, J., Helleman, G. S., Thames, A. D., Koellner, V., & Nuechterlein, K. H. (2009). Symptoms as mediators of the relationship between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res*, 113, 189–199.

Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *J Couns Psychol*, 53, 325–337.

Vrbová, K., Kamarádová, D., & Látalová, K., a kol. (2014). Self-stigma and adherence to medication in patients with psychotic disorders – a cross-sectional study. *Neuro Endocrinol Lett*, 35(7), 645–652.

Vrbová, K., Praško, J., Látalová, K., Ocisková, M., Holubová, M., Grambal, A., & Maráčková, M. (2016). Sebestigmatizace u pacientů s poruchami schizofrenního spektra. *Čes a slov Psychiatr*, 112(5), 211 -220.

Vrbová, K., Praško, J., Holubová, M., Kamarádová, D., Ocisková, M., Maráčková, M., Látalová, K., Grambal, A., Šlepecký, M., Zátková, M. (2016). Self-stigma and schizophrenia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 3011-3020.

Vrbová, K., Praško, J., Ocisková, M., Kamarádová, D., Maráčková, M., Holubová, M., Grambal, A., Šlepecký, M., Látalová, K. (2017). Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 23(13), 567-576.

Vrbová, K., Praško, J., Ocisková, M., Holubová, M., Kamarádová, D., Maráčková, M., Grambal, A., Šlepecký, M., & Látalová, K. (2017). Negative aspects of self-stigma in patients with schizophrenia spectrum disorders. *European Psychiatry*, 41, 390.

Vrbová, K., Praško, J., Ocisková, M., & Holubová, M. (2017). Comorbidity of schizophrenia and social phobia - impact on quality of life, hope, and personality traits: a cross sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 13, 2073–2083.



- Vrbová, K., Praško, J., Holubová, M., Šlepecký, M., & Ocisková, M. (2018). Positive and negative symptoms in schizophrenia and their relation to depression, anxiety, hope, self-stigma and personality traits - a cross-sectional study. *Neuro Endocrinol Lett*, 39(1), 9-18.
- Vrbová, K., Praško, J., Ocisková, M., Holubová, M., Kantor, K., Kolek, A., Grambal, A., & Šlepecký, M. (2018). Suicidality, self-stigma, social anxiety and personality traits in stabilized schizophrenia patients - a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 1(14), 1415-1424.
- Wadsworth, M. E., & Compas BE. (2002). Coping with family conflict and economic strain: The adolescent perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 12, 243–274.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr Bull*, 25, 467–478.
- 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, N. G., & Ross, C. A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavior genetic findings. *J Abnorm Psychol*, 106(4), 499–510.
- Wang, C. C., & Redwood-Jones, Y. A. (2001). Photovoice ethics: Perspectives from Flint Photovoice. *Health Education & Behavior*, 29, 560–572.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Kessler, R. C., Kovess, V., Lane, M. C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Seedat, S., & Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, 370, 841–850.
- Watson, S., Chilton, R., Fairchild, H., & Whewell, P. (2006). Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. *Aust N Z J Psychiatry*, 40(5), 478–481.

- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318.
- Watters, E. (2011). *Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche* Paperback. Free Press; Reprint edition
- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *J Pers Soc Psychol*, 55(5), 738-48.
- Weiss, J. (2005). A review of clinical experience and recommendations for improving patient care. *Cutis*, 75(2):32-8. Review.
- Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *J Consult Clin Psychol*, 67(6), 826–836.
- Wilhelm, K., Niven, H., Parker, G., & Hadzi-Pavlovic, D. (2005). The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychological medicine*, 35(03), 387-393.
- Wolfradt, U., Hempel, S., & Miles, J. N. (2003). Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behaviour in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 34(3), 521-532.
- Woo, J. M., Jeon, H. J., & Noh, E., a kol. (2015). Importance of remission and residual somatic symptoms in health related quality of life among outpatients with major depressive disorder: a cross-sectional study. *J Psychosom Res*, 78(1), 25–33.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M. , Hwang, W., & Chu, B. C. (2003), Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 134-151.
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., & Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 31(3), 364–374.
- World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. (1995). *Soc Sci Med*, 41(10), 1403-9.

- Woznicová, A. (2018). Recenze metody Parental Bonding Instrument. *Testforum*, 10, 17-22.
- Wright, E. R., Gronfein, W. P., & Owens, T. J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health Social Behavior*, 41, 68–90.
- Wright, E. R., Wright, D. E., Perry, B. L., & Foote-Ardah, C. E. (2007). Stigma and the sexual isolation of people with serious mental illness. *Social Problems*, 54(1), 78- 98.
- Wyrwich, K., Harnam, N., Revicki, A., Locklear, J., Svedsater, H., & Endicott, J. (2011). Assessment of quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire-short form responder thresholds in generalized anxiety disorder and bipolar disorder studies. *Int Clin Psychopharmacol*, 26(3), 121–129.
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv*, 59, 1437–1442.
- Yanos, P. T., West, M. L., Gonzales, L., Smith, S. M., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2012). Change in internalized stigma and social functioning among persons diagnosed with severe mental illness. *Psychiatry Res*, 200(2–3), 1032–1034.
- Yanos, P. T., Roe, D., West, M. L., Smith, S. M., & Lysaker, P. H. (2012). Group-Based Treatment for Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness: Findings from a Randomized Controlled Trial. *Psychological Services*, 9, 248–258.
- Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., & Lysaker, P. (2014). Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatric rehabilitation journal*, 38(2), 171-8.
- Yen, C. F., Chen, C. C., Lee, Y., Tang, T. C., Yen, J. Y., & Ko, CH. (2005). Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatr Serv*, 56(5), 599–601.
- Yen, C. F., Lee, Y., Tang, T. C., Yen, J. Y., Ko, CH., & Chen, C. C. (2009). Predictive value of self-stigma, insight, and perceived adverse effects of medication for the clinical outcomes in patients with depressive disorders. *J Nerv Ment Dis*, 197(3), 172–177.

Yen, C. F., Chen, C. C., Lee, Y., Tang, T. C., Ko, CH., & Yen, J. Y. (2009). Association between quality of life and self-stigma, insight, and adverse effects of medication in patients with depressive disorders. *Depress Anxiety*, 26(11).

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.

Zanarini, M. C., Ruser, T., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2000). The dissociative experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry*, 41(3), 223–227.

Zappia, S., Montemagni, C., Macrì, A., Sandei, L., Sigaudò, M., & Rocca, P. (2012). Coping styles in schizophrenia: a study of clinical and functional variables as determinants of strategies to cope with stress. *Riv Psichiatr*, 47, 238–245.

Zimmerman, M. A., & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *Am J Community Psychol*, 16(5):725-50.

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Česká a cizojazyčná anotace disertační práce

Příloha 2: Seznam tabulek, obrázků a grafů

Příloha 3: Seznam zkratk

Příloha 4: Instrukce k zadání dotazníku a demografický dotazník

## **ANOTACE DISERTAČNÍ PRÁCE**

**Název práce:** Sebestigmatizace a její důsledky u pacientů s psychotickými, afektivními a neurotickými poruchami

**Autorka práce:** PhDr. Michaela Holubová

**Vedoucí práce:** Prof. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc.

**Počet stran a znaků:** 254, 455 451

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 525

### **Abstrakt**

Stigmatizace a sebestigmatizace psychických poruch jsou důležitými tématy výzkumných studií i klinické praxe. Tato disertační práce se věnuje problematice sebestigmatizace v souvislosti s demografickými a klinickými proměnnými, kvalitou života, strategiemi zvládnání, osobnostními charakteristikami, vztahovou vazbou a traumatizací v dětství u pacientů s vybranými psychickými poruchami. Práce je rozdělená na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se věnuje vymezení stigmatizace a sebestigmatizace psychických poruch. Praktická část je rozdělená na dvě studie, a to *Studii I* realizovanou u ambulantních pacientů s poruchami schizofrenního, depresivního a neurotického spektra. Součástí *Studie I* bylo porovnání diagnostických skupin ve sledovaných proměnných. *Studie II* zkoumá sebestigmatizaci u hospitalizovaných pacientů s poruchami neurotického spektra, kteří absolvovali 6týdenní pobyt na psychoterapeutické stanici PO KNL. Součástí *Studie II* bylo posouzení efektivity léčby a změn sebestigmatizace v průběhu léčby. Hlavním výzkumným zjištěním je, že sebestigmatizace významně souvisí s demografickými, klinickými a osobnostními proměnnými pacientů s vybranými psychickými poruchami.

**Klíčová slova:** Sebestigmatizace, poruchy schizofrenního, neurotického a afektivního spektra, kvalita života, strategie zvládnání, osobnostní charakteristiky, vztahová vazba, traumatizace v dětství, disociace, rodičovská výchova, efektivita léčby

## ANNOTATION OF THE THESIS

**Title:** Self-stigmatization and its consequences in patients with psychotic, affective and neurotic disorders

**Author:** PhDr. Michaela Holubová

**Supervisor:** Prof. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc.

**Number of pages and characters:** 254, 455 451

**Number of appendices:** 4

**Number of references:** 525

### **Abstract:**

Stigmatization and self-stigmatization of mental disorders are important topics of research studies and clinical practice. This thesis deals with the issue of self-stigmatization in connection with demographic and clinical variables, quality of life, coping strategies, personality characteristics, attachment, parental bonding, and traumatization in childhood in patients with selected mental disorders. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part focuses on the definition of stigmatization and self-stigmatization of mental disorders. The practical part is divided into two studies, namely *Study I* implemented in outpatients with schizophrenic, depressive and neurotic disorders. *Study I* included a comparison of diagnostic groups in the monitored variables. *Study II* investigates self-stigmatization in hospitalized patients with neurotic spectrum disorders who have completed a 6-week stay at the Department of Psychiatry (Psychotherapeutic section). *Study II* included an assessment of treatment efficacy and changes in self-stigma during treatment. The main research finding is that self-stigma is significantly related to demographic, clinical and personality variables in patients with selected psychiatric disorders.

**Key words:** Self-stigma, Schizophrenic, Affective and Neurotic Spectrum Disorders, Quality of Life, Coping Strategies, Personality Characteristics, Attachment, Parental Bonding, Childhood Traumatization, Dissociation, Treatment Effectiveness

## **Příloha 2: Seznam tabulek, obrázků a grafů**

### **Seznam tabulek**

<i>Tabulka 1: Výhody a nevýhody zveřejnění psychické poruchy.....</i>	<i>31</i>
<i>Tabulka 2: Hierarchie přístupů k odhalení psychické poruchy.....</i>	<i>32</i>
<i>Tabulka 3: Matricový 5x5 model rovin korespondujících s temperamentem.....</i>	<i>47</i>
<i>Tabulka 4: Vrstvy osobnosti spolu se třemi charakterovými dimenzemi.....</i>	<i>49</i>
<i>Tabulka 5: Vstupní a vylučovací kritéria zařazení do Studie I a II.....</i>	<i>66</i>
<i>Tabulka 6: Sběr dat a počty oslovených psychiatrů.....</i>	<i>67</i>
<i>Tabulka 7: Údaje demografického dotazníku.....</i>	<i>69</i>
<i>Tabulka 8: Kritéria objektivního a subjektivního CGI.....</i>	<i>71</i>
<i>Tabulka 9: Popis strategií zvládnání dle SVF-78.....</i>	<i>78</i>
<i>Tabulka 10: Rodičovské styly.....</i>	<i>82</i>
<i>Tabulka 11: Popis výběrového souboru pacientů se schizofrenním spektrem poruch a kontrolní skupiny.....</i>	<i>89-90</i>
<i>Tabulka 12: Průměrné T-skóry zvládacích strategií dle SVF-78.....</i>	<i>91</i>
<i>Tabulka 13: Průměrná skóre ISMI a jednotlivých subškál.....</i>	<i>94</i>
<i>Tabulka 14: Sebestigmatizace, demografické a klinické faktory.....</i>	<i>95</i>
<i>Tabulka 15: Korelace mezi sebestigmatizací a strategiemi zvládnání.....</i>	<i>96</i>
<i>Tabulka 16: Vztah mezi doménami Q-LES-Q a ISMI.....</i>	<i>97</i>
<i>Tabulka 17: Model regresní analýzy sebestigmatizace.....</i>	<i>97</i>
<i>Tabulka 18: Popis výběrového souboru pacientů s depresí a kontrolní skupiny.....</i>	<i>106</i>
<i>Tabulka 19: Průměrné T-skóry zvládacích strategií dle SVF-78.....</i>	<i>108</i>
<i>Tabulka 20: Domény kvality života.....</i>	<i>108</i>
<i>Tabulka 21: Průměrné skóre ISMI a jednotlivých subškál.....</i>	<i>109</i>
<i>Tabulka 22: Korelace mezi sebe-stigmatizací, demografickými a klinickými faktory.....</i>	<i>109</i>



<i>Tabulka 23: Porovnání ISMI mezi skupinami dle demografických charakteristik.....</i>	<i>110</i>
<i>Tabulka 24: Korelace mezi sebestigmatizací ISMI a strategiemi zvládání.....</i>	<i>112</i>
<i>Tabulka 25: Vztah mezi doménami Q-LES-Q a subškálami ISMI.....</i>	<i>113</i>
<i>Tabulka 26: Regresní analýza ISMI a vybraných faktorů.....</i>	<i>113</i>
<i>Tabulka 27: Popis výběrového vzorku pacientů s neurotickými poruchami.....</i>	<i>121</i>
<i>Tabulka 28: Rozdíly v hodnotících škálách dle typu poruchy neurotického spektra.....</i>	<i>123</i>
<i>Tabulka 29: Rozdíly v hodnotících škálách v závislosti na demografických faktorech.....</i>	<i>124</i>
<i>Tabulka 30: Strategie zvládání zátěže (průměry a T-skóre).....</i>	<i>125</i>
<i>Tabulka 31: Domény kvality života a průměrné skóre.....</i>	<i>125</i>
<i>Tabulka 32: Subškály ISMI.....</i>	<i>126</i>
<i>Tabulka 33: Vztah mezi sebestigmatizací a demografickými a klinickými faktory.....</i>	<i>126</i>
<i>Tabulka 34: Vztah mezi strategiemi zvládání a ISMI subškálami.....</i>	<i>127</i>
<i>Tabulka 35: Vztah mezi Q-LES-Q doménami a ISMI.....</i>	<i>128</i>
<i>Tabulka 36: Regresní analýza pro závisle proměnnou ISMI.....</i>	<i>128</i>
<i>Tabulka 37: Popis souboru pacientů s neurotickým, depresivním a schizofrenním okruhem poruch.....</i>	<i>135</i>
<i>Tabulka 38: Korelace mezi sebestigmatizací, demografickými a klinickými faktory.....</i>	<i>137</i>
<i>Tabulka 39: Korelace sebestigmatizace s kvalitou života a strategiemi zvládání.....</i>	<i>138</i>
<i>Tabulka 40: Porovnání diagnostických skupin v ISMI, Q-LES-Q a strategiích zvládání.....</i>	<i>139-141</i>
<i>Tabulka 41: Regresní analýza ISMI jako závisle proměnné.....</i>	<i>141</i>
<i>Tabulka 42: Demografické faktory výběrového vzorku.....</i>	<i>151</i>
<i>Tabulka 43: Klinické faktory výběrového vzorku.....</i>	<i>152</i>
<i>Tabulka 44: Průměrné hodnoty v sebeposuzovacích stupnicích.....</i>	<i>154</i>
<i>Tabulka 45: Počet pacientů N dle objektivního hodnocení závažnosti poruchy CGI.....</i>	<i>155</i>
<i>Tabulka 46: Počet pacientů N dle subjektivního hodnocení závažnosti poruchy.....</i>	<i>156</i>
<i>Tabulka 47: Počet pacientů N dle subjektivního hodnocení zlepšení závažnosti poruchy.....</i>	<i>158</i>
<i>Tabulka 48: Průměrné dávky léků přepočtené dle lékových indexů.....</i>	<i>160</i>

<i>Tabulka 49: Subškály ISMI včetně porovnání na začátku a na konci pobytu</i> .....	161
<i>Tabulka 50: Vztah mezi sebestigmatizací a demografickými faktory</i> .....	162
<i>Tabulka 51: Vztah mezi sebestigmatizací a klinickými faktory</i> .....	163
<i>Tabulka 52: Průměrné skóry stupnic v průběhu pobytu</i> .....	164
<i>Tabulka 53: Sebestigmatizace a diagnostické podskupiny</i> .....	166
<i>Tabulka 54: Porovnání sebestigmatizace skupiny s a bez komorbidní deprese</i> .....	166
<i>Tabulka 55: Porovnání sebestigmatizace skupiny s a bez komorbidní úzkostné poruchy</i> .....	167
<i>Tabulka 56: Porovnání sebestigmatizace skupin s a bez komorbidní poruchy osobnosti</i> .....	167
<i>Tabulka 57: Korelace mezi sebestigmatizací a osobnostními rysy dle Cloningerova TCI</i> .....	168
<i>Tabulka 58: Korelace mezi sebestigmatizací a zdravou nebo patologickou disociací</i> .....	169
<i>Tabulka 59: Vztah mezi sebestigmatizací a traumatizací v dětství dle CTQ</i> .....	169
<i>Tabulka 60: Vztah mezi sebestigmatizací a rodičovskou výchovou</i> .....	170
<i>Tabulka 61: Vztah mezi sebestigmatizací a vztahovou vazbou</i> .....	170
<i>Tabulka 62: Regresní analýza pro závisle proměnnou ISMI</i> .....	171
<i>Tabulka 63: Vztah mezi sebestigmatizací na počátku léčby a změnou v léčbě</i> .....	172
<i>Tabulka 64: Vztah mezi změnami v sebestigmatizaci a změnou v léčbě</i> .....	172
<i>Tabulka 65: Regresní analýza pro závisle proměnnou objCGI relativní změna</i> .....	173
<i>Tabulka 66: Regresní analýza pro závisle proměnnou subjCGI relativní změna</i> .....	174
<i>Tabulka 67: Regresní analýza pro závisle proměnnou BDI-II relativní změna</i> .....	175
<i>Tabulka 68: Regresní analýza pro závisle proměnnou BAI relativní změna</i> .....	176
<i>Tabulka 69: Regresní analýza pro závisle proměnnou ISMI relativní změna</i> .....	176

### **Seznam obrázků**

<i>Obrázek 1: Proces internalizace stigmatu</i> .....	21
<i>Obrázek 2: Kontinuum reakcí v rámci sebestigmatizace</i> .....	22
<i>Obrázek 3: Model intervencí ke snížení sebestigmatizace</i> .....	29
<i>Obrázek 6: Průměrné skóry posuzovací stupnice BDI a změny v průběhu léčby</i> .....	165

## **Seznam grafů**

<i>Graf 1: Porovnání Q-LES-Q domén pacientů a kontrolní skupiny</i> .....	93
<i>Graf 2: Objektivní hodnocení závažnosti poruchy na počátku, v průběhu a na konci léčby (procenta pacientů s jednotlivým hodnocením)</i> .....	155
<i>Graf 3: ObjCGI hodnocení závažnosti poruchy na začátku a na konci léčby</i> .....	156
<i>Graf 4: Subjektivní hodnocení závažnosti poruchy na počátku, v průběhu a na konci léčby. (procenta pacientů s jednotlivým hodnocením)</i> .....	157
<i>Graf 5: SubjCGI hodnocení závažnosti poruchy na začátku a na konci léčby</i> .....	157
<i>Graf 6: Subjektivní hodnocení zlepšení stavu po týdnu, v průběhu a na konci léčby (procenta pacientů s jednotlivým hodnocením)</i> .....	158
<i>Graf 7: SubjCGI zlepšení závažnosti poruchy po 1. týdnu a 6. týdnu léčby</i> .....	159
<i>Graf 8: Změny v celkovém skóru ISMI na začátku a konci pobytu</i> .....	161
<i>Graf 9: Průměrné skóry posuzovací stupnice BAI a změny v průběhu léčby</i> .....	164
<i>Graf 10: Průměrné skóry posuzovací stupnice BDI a změny v průběhu léčby</i> .....	165

### **Příloha 3: Seznam zkratk**

BAI Beckův inventář úzkosti

BDI Beckův inventář deprese

CGI Celkový klinický dojem – sebeposuzovací a posuzovací škála

CO Spolupráce (Cloningerův charakterový osobnostní rys)

CTQ Dotazník traumatické zkušenosti v dětství

DES Škála disociativních zkušeností

DES-T Skór patologické disociace ve škále DES

DSM Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

ECR-R Dotazník zkušeností v blízkých vztazích

GAD Generalizovaná úzkostná porucha

HA Vyhýbání se poškození (Cloningerův temperamentový osobnostní rys)

HAM-A Hamiltonova stupnice hodnocení úzkosti

ISMI Škála internalizovaného stigmatu psychických poruch

KBT Kognitivně behaviorální terapie

LSAS Liebowitzova škála sociální úzkosti

MKN-10 Desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí

MINI Mezinárodní neuropsychiatrické vyšetření

NS Vyhledávání nového (Cloningerův temperamentový osobnostní rys)

PBI Dotazník rodičovských stylů výchovy

PS Vytrvalost (Cloningerův temperamentový osobnostní rys)

Q-LES-Q Kvalita života a životní spokojenost

RD Závislost na odměně (Cloningerův temperamentový osobnostní rys)

SD Sebeřízení (Cloningerův charakterový osobnostní rys)

SDS je Škála znevýhodnění

ST Sebepřesah (Cloningerův charakterový osobnostní rys)

SPRAS je Sheehanova stupnice úzkosti

SVF-78 Dotazník stylů zvládnání

SWL škála Spokojenosti se životem

TCI-R Inventář temperamentu a charakteru, revidovaná verze

WHO Světová zdravotnická organizace

## **Příloha 4: Instrukce k zadání dotazníku a demografický dotazník**

### **OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY, VZTAHOVÁ VAZBA A TRAUMATIZACE V DĚTSTVÍ V KONTEXTU SEBE-STIGMATIZACE**

Vážení účastníci výzkumu,

rádi bychom Vás požádali o spolupráci ve výzkumu v rámci postgraduálního doktorského studijního programu na LF Univerzity Palackého v Olomouci. Tento výzkum je zaměřený na zjišťování osobnostních charakteristik, vztahové vazby a traumatizace v dětství v kontextu sebe-stigmatizace u pacientů, kteří se léčí s psychickými potížemi na 6týdenním psychoterapeutickém pobytu Psychiatrického oddělení KNL, a.s. Výzkum probíhá ve spolupráci s Psychiatrickou klinikou Fakultní nemocnice v Olomouci pod vedením prof. MUDr. Jána Praška, CSc.

Vaše účast ve výzkumu je zcela **anonymní** (vyplněný dotazník nebude možné dát do souvislosti s Vaší osobou) a **dobrovolná** (účast probíhá pouze v rámci Vašeho zájmu, svou účast ve výzkumu můžete kdykoliv bez udání důvodů ukončit).

Data získaná z této studie budou přístupná pouze výzkumníkovi a budou uchována na bezpečném místě dle zákonem stanovených podmínek.

Tento výzkum je složený z několika dotazníků, které Vám budou předloženy na počátku léčby, v jejím průběhu a na konci léčby v různém složení. **Neexistují správné, ani špatné odpovědi**, řiďte se svými pocity a názory, odpovídejte však, prosím, podle svého nejlepšího vědomí a upřímně.

Pokuste se vyplňování dotazníků dokončit, nevyplněné nebo částečně vyplněné dotazníky nemohou být ve výzkumu použité. Na konci vyplňování, **prosím, zkontrolujte, zda jste vyplnili všechny položky**.

Povaha a účel výzkumu Vám bude vysvětlený zaškoleným psychologem na úvodním pohovoru. V případě jakýchkoliv dotazů, pocitů nebo vzpomínek, které by vyvstaly v souvislosti s vyplněním dotazníku a byly tíživé, se obračejte na Michaelu Holubovou (psycholog na psychoterapeutické stanici PO KNL).

**Vyplněním těchto dotazníků souhlasíte s účastí ve výzkumu.**

**Děkujeme Vám za Vaši spolupráci.**

PhDr. Michaela Holubová  
Oddělení psychiatrie KNL, a.s.

## SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

<b>Váš věk:</b>	<input type="text"/>	<b>Stav:</b>	1 - svobodný 2 - svobodný/á žije s partnerem 3 - ženatý/vdaná 4 - rozvedený/á bez partnera 5 - rozvedený/á s partnerem 6 - vdovec/vdova bez partnera 7 - vdovec/vdova s partnerem
<b>Pohlaví:</b>	0 - muž 1 - žena		
<b>Zaměstnání:</b>	0 - ano 1 - ne		
<b>Vzdělání:</b>	1 - základní 2 - vyučení 3 - maturita 4 - vysoká škola	<b>Jsem z rodiny:</b>	0 - úplné (rodiče žijí/žili stále spolu) 1 - neúplné (rozvedené / rodiče spolu nežijí)
<b>Důchod:</b>	0 - ne 1 - plný invalidní 2 - částečný invalidní 3 - starobní	<b>Aktuálně se celkově cítím:</b>	1 - normální, bez známek psychické nemoci 2 - mám nepatrné psychické potíže 3 - prožívám mírné známky duševní nemoci 4 - jsem nyní středně silně psychicky nemocen/á 5 - jsem zcela zřetelně psychicky nemocen/á 6 - jsem vážně/těžce duševně nemocná 7 - jsem úplně nejvíc psychicky nemocný/á
<b>Máte nějaké sourozence?</b>	0 - ano 1 - ne	<b>Kolik?</b>	<input type="text"/>
		<b>Vaše pořadí narození:</b>	<input type="text"/>
<b>Duševní nemoc, se kterou se léčím:</b>	<input type="text"/>		
<b>Duševní nemoc u mně trvá let:</b>	<input type="text"/>	<b>Počátek nemoci (v letech):</b>	<input type="text"/>
<b>Dědičnost:</b>	0 - v rodině nikdo netrpěl žádnou duševní nemocí 1 - v rodině se objevila duševní nemoc, ale jiná než mám já 2 - v rodině se objevila stejná nemoc jako mám já		
<b>Měl jste někdy kontakt s psychiatry?</b>	0 - pouze ambulantně 1 - byl/a jsem i hospitalizován/a	<b>Počet hospitalizací celkem:</b>	<input type="text"/>
<b>Na své psychické potíže užívám léky:</b>	0 - ano 1 - ne	<b>Sociální oporu a zázemí mám:</b>	0 - výborné, vždy se mi dostane pomoci 1 - poměrně dobré, mám kolem sebe dost pomoci 2 - dostatečné, ale mohlo by to být lepší 3 - průměrné, někdy ano, jindy ne 4 - nedostatečné, často mi chybí pomoc 5 - velmi špatné, nemám moc lidí, co by mi pomohli 6 - katastrofální, jsem úplně sám/a, nemám nikoho
<b>Léky na své psychické potíže užívám:</b>	0 - pravidelně, jak mám, a v určeném množství 1 - pravidelně, ale víc než bych měl/a 2 - nepravidelně, občas schválně vynechám 3 - nepravidelně, občas omylem zapomenu 4 - léky neužívám, nemyslím si, že mi pomohou	<b>Momentálně se mám:</b>	0 - velmi dobře, jsem v pohodě 1 - normálně, nic extra 2 - velmi špatně, stojí to za nic