

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Vztah mezi sebestigmatizací a strategiemi zvládní  
stresu u lidí s depresivní poruchou**

Relations between self-stigma and coping strategies in  
people with depression disorder



Magisterská diplomová práce

Autor: Mgr. Otto Rek

Vedoucí: PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.

Olomouc

2017

Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, dizertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.

### **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Vztah mezi sebestigmatizací a strategiemi zvládnání stresu u lidí s depresivní poruchou“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

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

Mé poděkování patří PhDr. Marii Ociskové, Ph.D. za odborné vedení, cenné připomínky a trpělivost, rovněž také mé rodině a přátelům za podporu a také lékařům a psychologům, kteří se zapojili do sběru dat. Bez vás by tato práce nevznikla. Děkuji.

# Obsah

Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST .....	8
1 Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch .....	8
1.1 Definice stigmatizace a vymezení pojmů.....	8
1.2 Teorie stigmatizace .....	10
1.2.1 Stigma dle Goffmana .....	10
1.2.2 Komponenty stigmatu dle Linka a Phelana.....	11
1.2.3 Stigma dle Thornicrofta a jeho společníků .....	12
1.3 Druhy stigmatu.....	12
1.4 Aktéři v procesu stigmatizace psychických poruch .....	13
1.4.1 Sdělovací prostředky .....	13
1.4.2 Laická veřejnost .....	14
1.4.3 Zdravotnický personál.....	15
1.5 Důsledky stigmatizace .....	16
1.6 Sebestigmatizace .....	19
1.7 Důsledky sebestigmatizace .....	21
2 Strategie zvládání zátěže .....	23
2.1 Adaptace.....	23
2.2 Zátěž a stres.....	23
2.3 Teorie stresu.....	26
2.3.1 Cannonova teorie .....	26
2.3.2 Selyeho teorie.....	26
2.3.3 Lazarusova transakční teorie stresu.....	27
2.4 Významné zátěžové situace .....	28
2.5 Strategie zvládání stresu (coping) .....	29
2.6 Teorie copingu .....	31
2.6.1 Psychodynamické teorie copingu.....	31
2.6.2 Kognitivní teorie copingu .....	32
2.6.3 Teorie copingových zdrojů .....	33
2.7 Druhy copingu.....	33
2.8 Důsledky copingu .....	35
2.9 Stigmatizace, sebestigmatizace a coping .....	35
3 Depresivní porucha .....	37
3.1 Klinický obraz.....	37
3.2 Diagnostika depresivní poruchy z hlediska MKN-10 .....	38

3.2.1	Poruchy nálady (afektivní poruchy).....	38
3.2.2	Depresivní fáze (F32).....	39
3.2.3	Periodická (rekurentní) depresivní porucha (F33) .....	40
3.3	Diagnostika depresivní poruchy z hlediska DSM-5.....	42
3.3.1	Depresivní poruchy .....	42
3.3.2	Velká depresivní porucha.....	42
3.4	Prevalence .....	43
3.5	Komorbidita .....	44
3.5.1	Komorbidita deprese s jinými psychickými poruchami.....	44
3.5.2	Komorbidita deprese se somatickými nemocemi.....	45
3.6	Etiologie.....	46
3.7	Léčba.....	48
3.7.1	Biologická léčba.....	49
3.7.2	Psychoterapie .....	50
3.8	Stigmatizace, sebestigmatizace a copingové strategie u depresivní poruchy.....	51
	EMPIRICKÁ ČÁST .....	55
4	Metodologie výzkumu .....	55
4.1	Význam výzkumu .....	55
4.2	Cíle a hypotézy výzkumu.....	55
4.3	Metody získávání dat .....	57
4.3.1	Demografický dotazník.....	57
4.3.2	Klinický dotazník .....	58
4.3.3	Škála internalizovaného stigmatu psychických poruch (ISMI) .....	58
4.3.4	Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II).....	59
4.3.5	Dotazník strategií zvládnání stresu (SVF-78).....	61
4.4	Průběh sběru dat.....	62
4.5	Etické aspekty výzkumu .....	64
4.6	Statistické zpracování dat.....	65
5	Výzkumný vzorek .....	65
5.1	Kritéria výběru vzorku .....	65
5.2	Charakteristika vzorku .....	66
6	Výsledky výzkumu.....	72
6.1	Shrnutí výsledků výzkumu.....	78
7	Diskuze.....	80
8	Závěry .....	87
	Souhrn .....	88
	Seznam použitých zdrojů a literatury.....	92

Seznam příloh .....	111
Příloha 1: Zadání diplomové práce	
Příloha 2: Abstrakt diplomové práce	
Příloha 3: Seznam zařízení, které se zúčastnily výzkumu	
Příloha 4: Testová baterie	

## Úvod

Lidé trpící psychickou poruchou musí často čelit předsudkům a diskriminaci ze strany "normální" části společnosti. Je smutné, že při většině nemocí postižený člověk vyvolává v druhých lidech lítost a ti se mu pak snaží nějakým způsobem pomoci, zatímco většina psychiatrických pacientů musí čelit nejen své nemoci, ale také odsuzujícím postojům a diskriminačnímu jednání ze strany okolí - Lidé s psychickou poruchou jsou v naší kultuře silně stigmatizováni. Stigma se tak pro postiženého stává "druhou nemocí", násobí utrpení, jenž způsobuje samotná psychická porucha. (Finzen, 2000). Nezřídka se stává, že lidé s psychickou nemocí negativní stereotypy o nedostatečnosti psychicky nemocných lidí přijmou za své, uvěří, že jsou „vadní“ a začnou podle toho uvažovat, prožívat a jednat. Takovýto jedinec stigmatizuje sám sebe, jde o tzv. sebestigmatizaci. Lidé s vysokou mírou sebestigmatizace často užívají takové strategie zvládnání náročných situací, které jim z dlouhodobého hlediska škodí, prohlubují nemoc i sebestigmatizaci samu. Jedna z cest, jak zlepšit kvalitu života a zefektivnit léčbu psychiatrických pacientů je naučit je používat adaptivnější strategie, jakými zvládají stres pramenící z jejich nemoci a sebestigmatizace. V této práci sleduji sebestigmatizaci a strategie zvládnání stresu u lidí s depresivní poruchou. Ač depresivní porucha (resp. afektivní poruchy) nepatří mezi nejstigmatizovanější z psychických nemocí (Ocisková & Praško, 2015) a četnost výskytu sebestigmatizace u deprese nedosahuje četnosti výskytu např. u schizofrenie (Brohan, 2010a), jde o jednu z nejčastěji se vyskytujících a nejzávažnějších psychických nemocí, které vážně narušují kvalitu života a nezřídka vedou i ke smrti postiženého (WHO, 2017).

Cílem této práce je tedy prozkoumat vztah mezi strategiemi zvládnání stresu a sebestigmatizací u lidí trpících depresivní poruchou. Doufáme, že výsledky práce přispějí ke snaze vyvinout strategie, které pomůžou lidem s psychickou poruchou rozvinout efektivní strategie zvládnání stresu, snížit míru jejich sebestigmatizace a v neposlední řadě také napomůžou pochopit utrpení lidí s psychickou poruchou, resp. s depresí.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch

### 1.1 Definice stigmatizace a vymezení pojmů

Původ termínu *stigma* lze vystopovat ve starověkém Řecku. Označovaly se jím tělesné znaky, o nichž se předpokládalo, že odrážejí nenormální nebo dokonce vadné morální vlastnosti daného jedince. Šlo o znamení, které vyřezávaly či vypalovaly do těl otroků, zrádců či zločinců. Takto označený člověk byl považován za nečistého a bylo třeba se mu vyhýbat. V období křesťanství získal termín stigma dvojí smysl: náboženský a lékařský. Ve smyslu náboženském označovalo tělesné znaky svátosti, které se projevovaly jako rozkvetlé květy na pokožce. Ve smyslu lékařském, stigma poukazovalo na tělesné znaky fyzické poruchy. V současné době se tento termín užívá ve svém původním významu, vztahuje se však spíše k hanbě, než k jejímu tělesnému důkazu. (Goffman, 2003)

Velký psychologický slovník (Hartl & Hartlová, 2010: 553) definuje **stigma** či **stigmatizaci** jako „odsuzující společenský postoj pro údajnou duševní, tělesnou nebo sociální méněcennost, následně vedoucí k odmítání a vyloučení jedince, skupiny či organizace z okolní společnosti“.

**Předsudek** je nejčastěji vymezován jako zvláštní druh postoje, jehož specifickou vlastností je předpojatost, to znamená, že neodráží realitu a neopírá se o objektivní znalosti, vztahuje se k nějaké sociální kategorii, bývá velmi negativně emočně nasycený, a proto je velmi odolný vůči změnám a je pokládán za příčinu diskriminace. (Průcha, 2011; Hnilica, 2011). Obecně panuje shoda, že nejdůležitějším faktorem pro vznik a vývoj předsudků je sociální prostředí, v němž jedinec vyrůstá (Průcha, 2010).

G. W. Allport (2004) vytvořil škálu nepřátelských akcí, které mohou vůči lidem, kterých se předsudky týkají, vznikat: 1. stupeň - osočování, 2. stupeň - vyhýbání se, 3. stupeň - diskriminace, 4. stupeň - fyzické napadání, 5. stupeň - vyhlazování. Dle Allporta (2004) většina lidí k aktivní diskriminaci, případně k vyšším stupňům nepřátelských akcí, nepřikročí, avšak platí, že aktivita v podobně jednoho stupně usnadňuje přechod na stupeň vyšší.

S tématem stigmatizace úzce souvisí také pojem sociální **stereotyp**, který označuje „souhrn úsudků o osobnostních rysech nebo tělesných charakteristikách celé skupiny lidí“.



(Hartl & Hartlová, 2010: 552). Užívání stereotypů umožňuje rychlé zpracování informací, ovšem za cenu jejich zkreslení. Není produktem vlastních zkušeností, ale produktem příslušnosti k určité skupině a jako takový je přebírán již hotový. Některé stereotypy jsou, stejně jako předsudky, v čase relativně stabilní, přenášejí se mezi generacemi a jsou obtížně změnitelné (Průcha, 2010). Jsou rozlišovány heterostereotypy, které se týkají cizích skupin, a autostereotypy, které se týkají skupiny, k níž jedinec přísluší. Ač jsou stereotypy v čase relativně neměnné, významným faktorem vytváření či změny autostereotypů a heterostereotypů může být propaganda. (Ocisková & Praško, 2015)

Poslední z pojmů, který je důležitý pro pochopení dalšího textu je diskriminace. Sociální **diskriminace** je definována jako „omezování nebo poškozování určitých společenských skupin v jejich právech a nárocích“ (Petrušek et al., 1996), či „nerovné nebo předpojaté zacházení s jedincem nebo skupinou“. (Hartl & Hartlová, 2010: 103) O diskriminaci se jedná, pokud se předsudek odráží ve faktickém jednání, tedy v negativní akci vůči diskriminovanému jedinci či skupině. (Průcha, 2011)

**Výzkumné tradice studia stigmatu a předsudků:** Z výše předložené definice stigmatizace plyne, že je tento jev mnoha autory pokládán za určitý druh předsudku. V literatuře se však může setkat s výzkumem stigmatu i předsudků coby samostatných fenoménů. Tento stav vysvětlují Phelan et al., (2008) či Stuber et al. (2008) tím, že výzkumné tradice stigmatu a předsudku mají počátek v klasických pracích Ervinga Goffmana (Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity, 1963) a Gordona W. Allporta (O povaze předsudků, 1958). Přestože mají koncepce stigmatu a koncepce předsudků velmi mnoho společného a rozdíly lze spatřovat jen v odlišném akcentu na jednotlivé stránky, jeden zásadnější rozdíl však mezi těmito dvěma jevy existuje: výzkum každého z nich je primárně cílen na jiný typ lidských charakteristik. Zatímco výzkum stigmatizace je spojován s deviací v chování, identitě nebo s nemocí či postižením, výzkum předsudků se zaměřuje na mnohem „běžnější“ jevy s jednoznačně zásadnějšími dopady, jako je např. problematika rasy, pohlaví, věku či společenského postavení (Phelan et al., 2008).

## 1.2 Teorie stigmatizace

Výzkum konceptů stigmatu se dostal do popředí zájmů badatelů v 60. letech minulého století. (Janoušková & Winkler, 2015) a v posledních desetiletích pozornost badatelů k tomuto fenoménu dramaticky vzrostla. (Link & Phelan, 2001) Stigma je zkoumáno prizmatem interakcionistické sociologické tradice. V rámci této tradice se na stigma pohlíží jako na způsob utváření symbolických významů v oblasti sociálních interakcí a následné připisování těchto významů určitým skupinám nebo jednotlivcům, kteří jsou označeni za nositele deviace neslučitelné s normalitou. Normalita a deviace jsou chápány jako výsledky mezilidských interakcí, nikoli objektivně dané stavy. (Janoušková & Winkler, 2015) V literatuře se objevuje mnoho odlišných přístupů k vymezení konceptu stigmatu a stigmatizace. (Brakel, 2005; Link & Phelan, 2001) V následujících řádcích se pokusím nastínit některé z nich.

### 1.2.1 Stigma dle Goffmana

Goffman (2003: 10-13) popsal stigma jako „*silně diskreditující atribut*“, jako „*nežádoucí odlišnost od toho, co jsme očekávali*“ a také jako něco, co redukuje nositele stigmatu „*z osoby celistvé a obyčejné na osobu, jež je poskvrněna a jejíž hodnota klesla*“. Stigma je formováno v rámci mezilidských vztahů a ovlivňuje sociální identitu a život jedince. (Janoušková & Winkler, 2015)

Goffman (2003) rozlišoval tři druhy stigmat: **tělesné** – tj. různá znetvoření; **charakterové** – tj. slabá vůle, agresivita, nepoctivost atd., zde spadají také psychické poruchy; **kmenové** – tj. jež se mohou šířit po rodových liniích a rovnoměrně kontaminovat všechny členy rodiny, jde např. o rasu, národnost, náboženství.

Užitečnost Goffmanova pojetí pro pochopení stigmatu v oblasti zdraví, v kontextu současné společnosti, však byla některými autory zpochybněna. (Livingston & Boydová, 2010) Goffmanovu pojetí je vytýkáno několik nedostatků, mezi které patří např. užití zastaralého jazyka, užití konceptů nereflektující současnou společnost nebo příliš zobecňující aplikace stigmatu. (Weiss et al., 2006) Někteří autoři přepracovali Goffmanovo pojetí stigmatu tak, aby jej bylo možno použít pro studium sociální dimenze veřejného zdraví v kontextu současného světa, tj. globalizace a multikulturalismu. (Např. Corrigan & Watson, 2002; Link & Phelan, 2001)

### **1.2.2 Komponenty stigmatu dle Linka a Phelana**

Link a Phelan navazují na Goffmanovo dílo, rozvíjejí jej a doplňují o strukturální rozměr. (Janoušková & Winkler, 2015) V navrhované teorii těchto autorů je stigma chápáno jako proces skládající se z několika vzájemně provázaných komponent. (Abbey, et al., 2011; Yang et al., 2004)

První komponentou je **značkovací reakce** - lidé tímto způsobem rozlišují a dávají nálepky odlišnostem. Jde o běžnou, normální a užitečnou aktivitu, pomocí které si lidé vytvářejí kategorie a klasifikace. Značkovací reakce se stává stigmatizující, pokud se rozvine do následujících fází. (Abbey, et al., 2011)

Další komponentou je **aplikace stereotypů** - je vytvořen vztah mezi označeným individuem a stereotypní, nechtěnou sociální charakteristikou - negativní stereotyp (např. "Lidé se schizofrenií jsou agresivní"). (Abbey, et al., 2011)

Následuje **separace** - umístění označované osoby do kategorie, která ji odlišuje od zbytku lidstva, od "normálních lidí". Začíná se rozlišovat mezi "my" a "oni" (např. "Nesmím mít psychickou poruchu"). (Abbey, et al., 2011)

Další komponentou je **emocionální reakce** - Předchozí kognitivní procesy jsou doprovázeny emočními reakcemi. Emoční rozsah není omezen, může jít o hněv, strach či zhnusení, ale také o lítost, pocity viny nebo o pocity zodpovědnosti za stav daného člověka. (Abbey, et al., 2011; Yang et al., 2004)

Další komponentou je **ztráta statutu a diskriminace** - Označovaná osoba zažívá ztrátu statutu a diskriminaci. (Abbey, et al., 2011)

A konečně, poslední komponentou je **rozdíl v moci** - označovaná a diskriminovaná osoba je nyní velmi zranitelná, neboť rozdíl v moci se odráží v sociální, ekonomické, kulturní politické i psychologické sféře. (Abbey, et al., 2011)

Každá z komponent může mít různou sílu. Nálepky mohou být více či méně společensky nápadné, mohou vést k mnoha různým stereotypům, nebo jen k několika, spojení mezi nálepkou a stereotypem může být silné i slabé, lidé se mohou stigmatizovaným více či méně vyhýbat, emocionální reakce mohou být zahlcující, nebo triviální a rozsah ztráty sociálního

statutu a diskriminace může být značný, ale i relativně malý. Souhrnně lze tedy říci, že stigma, jako celek, může mít různou "sílu". (Yang et al., 2004)

### **1.2.3 Stigma dle Thornicrofta a jeho společníků**

Stigma v kontextu psychických poruch má určitá specifika. (Janoušková & Winkler, 2015) Dle autora v sobě stigma zahrnuje tři navzájem propojené složky, které se na vzniku a udržování stigmatu podílejí (Thornicroft et al., 2008) Jsou to:

- **Ignorance - Problém znalostí:** Přestože se nacházíme v době internetu, kdy jsme zahlceni informacemi, povědomí veřejnosti o psychických poruchách je napříč jednotlivými státy na velmi nízké úrovni. (např. Crisp et al., 2005; Winkler et al., 2015; Winkler et al., 2016)
- **Předsudky - Problém postojů:** Předsudky většiny populace vůči minoritní skupině v sobě zahrnují nejen negativní myšlenky (stereotypy), ale především také negativní emoce, jako jsou například úzkost, hněv, odmítání, nepřátelskost nebo zhnusení. Díky zapojení emocionální reakce mohou předsudky predikovat diskriminaci s mnohem větší přesností než stereotypy. (Thornicroft, 2007)
- **Diskriminace - Problém chování:** Diskriminace zasahuje lidi s psychickou poruchou v mnoha oblastech a činí tak jejich život a zvládání nemoci mnohem obtížnější. Více o dopadech stigmatizace bude popsáno níže v textu.

## **1.3 Druhy stigmatu**

Corrigan a Watson (2002b) rozlišují veřejné (osobní) stigma a internalizované stigma (sebestigmatizace). **Veřejné stigma** se dá obecně shrnout jako „reakce většiny populace vůči lidem s psychickou poruchou“. **Sebestigmatizace** je pak předsudek, který lidé s psychickou poruchou obrazejí proti sobě.

Naproti tomu Livingston a Boydová (2010) na základě dostupné literatury vymezují tři úrovně stigmatu, které vzájemně interagují:

- **Sociální** (veřejné) – jakým způsobem se stigma projevuje v dané společnosti, kultuře, médiích, každodenních zvycích a postojích,

- **Strukturální** (institucionální) – na úrovni fungování organizací, úřadů, zaměstnavatelů apod.,
- **Internalizované** (sebestigmatizace či pocíťované stigma) – proces, při kterém si zasažení jedinci souhlasí se stereotypy, které kolují mezi majoritní společností, předpokládají sociální odmítnutí a považují se za méněhodnotné členy společnosti; jde tedy o internalizované stigma.

Někteří autoři rozlišují další druhy stigmatu:

- **Zakoušené stigma** (*felt stigma*) – Popisuje negativní dopady jedincova povědomí o tom, jak společnost vnímá a jak se bude pravděpodobně chovat ke skupině lidí, ke které jedinec náleží (např. psychicky nemocní). (Herek et al., 2009)
- **Vnímané stigma** (*perceived stigma*) - Jedincovo povědomí o stereotypech kolujících o určitých skupinách ve společnosti. (Corrigan et al., 2006)

## 1.4 Aktéři v procesu stigmatizace psychických poruch

Ke stigmatizaci lidí s psychickou poruchou dochází po celém světě (Babic, 2010), míra stigmatizace se však v jednotlivých zemích liší v závislosti na kulturně-společenském vývoji v dané společnosti. (Winkler et al., 2016).

### 1.4.1 Sdělovací prostředky

Média jsou pro veřejnost jedním z nejdůležitějších zdrojů informací o psychických poruchách (Babic, 2010), Podílejí se na konstruování společenské reality, včetně vymezení normality a deviace. (Babic, 2010) V médiích však o psychických poruchách informují zpravidla laici a silně se podílí na udržování, vesměs, negativního stereotypu psychických poruch a podporují tak stigmatizaci psychicky nemocných lidí. (Babic, 2010; Praško et al., 2011). Řada výzkumů prokazuje, že média vykreslují lidi s psychickou poruchou v negativním světle. Lidé s psychickou poruchou jsou v médiích nejčastěji dávání do souvislosti s agresivním chováním a připraveností zranit sami sebe nebo druhé lidi, že jsou

nevyléčitelní a že mají pro společnost malou anebo žádnou hodnotou. (Nawka et al., 2012; Beldie et al., 2012)

Například analýza 450 článků týkajících se psychických poruch v šesti nejčtenějších tištěných médiích v České, Slovenské a Chorvatské republice, zveřejněné během pěti týdnů v roce 2007, odhalil, že více než polovina z analyzovaných článků obsahovala negativní tvrzení, která přispívají k stigmatizaci lidí s psychickou poruchou. Bylo zjištěno, že nejčastěji zmiňovanou poruchou v tištěných médiích všech tří zemí byly poruchy zneužívání návykových látek a nejstigmatizovanější jsou psychotické poruchy. (Nawková, et al., 2012)

Ač v ČR média prokazatelně podporují stigmatizaci lidí s mentální poruchou, existují televizní pořady a články psané předními experty v psychiatrii, které vykreslují psychiatrické pacienty s empatií a pochopením, bez stigmatizujícího pohledu. Česká psychiatrická společnost vytvořila cenu pro novináře, kteří svou tvorbou přispívají k destigmatizaci lidí s psychickou poruchou. (Beldie et al., 2012)

#### **1.4.2 Laická veřejnost**

Na lidi s psychickou poruchou laická veřejnost pohlíží jinak, než na osoby postižené tělesným onemocněním. Ve většině případů somatické nemoci je porucha funkce nějakého orgánu pro laika relativně srozumitelná a dobře ohraničená. U jedince s psychickou poruchou toto ohraničení není tak zřetelné. Změny v prožívání a chování se mohou projevat i bez spojení s onemocněním, což je rozdíl oproti somatickým nemocem. Pro laika z toho plyne, že psychicky nemocný člověk je jiný než zdravý člověk, a také jiný, než člověk s tělesnou nemocí. Psychická nemoc se mu může jevit jako vady povahy, např. že je slabý, neschopný, nespolehlivý, nekontrolovatelný, hloupý či nebezpečný. (Libiger, 2001) Laická veřejnost často vede dichotomickou taxonomii psychických poruch: první kategorie představuje „šílenství“ v pravém slova smyslu, druhá kategorie představuje „nervové zhroucení“. (Chromý, 1990). Dle původu psychické poruchy laická veřejnost často rozlišuje příčiny na **charakterové** (slabost, zvrhlost apod., **organické** (dědičné zatížení, nemoci mozku apod.) a **situační** (trauma, životní těžkosti apod.). Dle předpokládané příčiny poruchy se formuje postoj k postiženému. Pokud je příčina charakterová, postižený by se měl „snažit změnit“ nebo by „měl být převychován“, při organické příčině by měl být léčen, případně izolován a při situační příčině by jej měli všichni chápat a pomáhat mu, případně by „už bylo na čase se vzchopit“. V každém z těchto případů je postoj a chování k postiženému odlišný.

(Praško et al., 2011) Rozdíly v míře stigmatizace podle diagnózy se objevují velmi často i ve výzkumech. (Janoušková & Winkler, 2015)

Obecně je úroveň stigmatizace uživatelů služeb duševního zdraví vysoká. Ve výzkumech se však velmi často objevují rozdíly v míře stigmatizace dle konkrétní diagnózy. (Thornicroft et al., 2009) Nejsilněji stigma dopadá na pacienty trpící schizofrenií a bipolární afektivní poruchou. Stigma se však také týká poruch osobnosti, poruch příjmu potravy, úzkostí a obsedantně kompulzivní poruchy. (Jelenová et al, 2012)

V roce 2013 zkoumali Winkler se spolupracovníky (2016; 2015) v České republice míru reportovaného a zamýšleného stigmatizujícího jednání vůči lidem s psychickou poruchou a výsledky srovnávali s obdobným šetřením provedeným v Anglii. Výzkumu se zúčastnilo 1797 respondentů z České republiky a 1720 respondentů z Anglie. Výzkum přinesl důkazy o markantních rozdílech v jednání vůči lidem s psychickou poruchou v obou zemích. 40,8 % českých respondentů by vadilo žít s někým, kdo má psychickou poruchu, 35,8 % by vadilo s touto osobou pracovat, 30,8 % by vadilo s touto osobou bydlet v sousedství a 26,4 % by se nechtělo přátelit s člověkem trpícím psychickou poruchou. Ve srovnání s anglickými respondenty jsou výsledky Čechů až několikanásobně vyšší.

### **1.4.3 Zdravotnický personál**

Zdravotničtí pracovníci v oblasti duševního zdraví ovlivňují rozvoj stigmatu na dvou rovinách: jednak coby experti ovlivňují názor veřejnosti a jednak jsou v každodenním kontaktu s lidmi s psychickou poruchou, čímž výrazně ovlivňují jejich zdravotní stav, sociální situaci a případný rozvoj internalizovaného stigmatu. (Janoušková & Winkler, 2015); Angermeyer & Matschinger, 2003)

Mezi lékaři existují sklony určitý typ poruchy přeceňovat, tj. poruchy spíše s biologickou etiologií, a některé poruchy podceňovat, tj. poruchy spíše s psychologickou etiologií. Pokud poruchu lékař přeceňuje, může mít tendenci rezignovat na její vyléčitelnost. Pokud poruchu podceňuje, může léčbu celkově podcenit a pacientovy potíže zlehčovat či vyvrátit. Postoj zdravotníka k pacientovi je rozhodující pro jeho angažovanost v léčbě pacienta. Zdravotník nejčastěji stigmatizuje ty pacienty, u kterých je očekávána obtížná léčba (např. poruchy osobnosti), ale také ty, kteří mu nejsou z nějakého důvodu sympatičtí (např. z důvodu pacientovy kritiky zdravotníka). (Ocisková & Praško, 2015)

Dle dostupných výzkumů jsou lidé s psychickou poruchou stigmatizováni veškerým zdravotnickým personálem, jak mezi všeobecnými lékaři, tak mezi psychiatry a lékaři jiných specializací a také mezi studenty medicíny a jiných zdravotnických oborů. Tyto stigmatizační postoje se však nevyskytují vždy. (Corrigan, 2014; Nordt et al., 2006; Sartorius et al., 2010)

Ve středoevropských a východoevropských státech bývalého Východního bloku je stigma zdravotnického personálu vůči lidem s duševní poruchou stále nedostatečně prozkoumané téma. Ukazuje se, že míra stigmatizačních postojů mezi lékaři vůči lidem s psychickou poruchou je v ČR na nižší úrovni, než mezi všeobecnou populací, nicméně stigmatizační postoje jsou stále na vysoké úrovni. V tomto ohledu jsou výsledky výzkumu srovnatelné s výsledky z Itálie, VB a USA. (Kingdon et al., 2004; Magliano et al., 2004; Stuber et al., 2014)

## 1.5 Důsledky stigmatizace

Stereotypy „duševně nemocného“ kolující mezi lidmi mohou mít pro jedince jak pozitivní, tak i negativní dopady. Mezi **pozitivní dopady** patří potřeba jedince ochraňovat, mít s ním soucit, mohou zesílit rodinné vazby, nebo jako příležitost k osobnímu růstu. (Herman & Miall, 1990; Corrigan & Watson, 2002). Je však potřeba zdůraznit, že negativní důsledky nálepky „duševně nemocného“ ty pozitivní značně převyšují. Významným **negativním důsledkem** stereotypů duševní poruchy je právě stigmatizace. Angermeyer & Matschinger (2003) Uvádí se, že stigma je vedle psychické poruchy „druhou nemocí“, kterou je postižený zatížen a násobí utrpení, jež způsobuje samotná porucha. (Finzen, 2000) Například v roce 2011 zakusil nějakou formu diskriminace 88 % dotázaných lidí, kteří využívali některou ze služeb duševního zdraví. (Corker et al., 2013) Stigma duševní poruchy znamená největší překážku k dosažení lepší péče a vyšší kvality života lidí trpících psychickou poruchou. (Praško et al., 2011; Pearl et al., 2016; Sartorius et al., 2010)

**Vyhýbaní se léčbě:** Obava ze stigmatizace může mít významný vliv na vyhledávání léčby. Psychické poruchy, navzdory vysoké prevalenci, zůstávají často neléčeny. (Salize et al., 2007) Výzkum provedený v šesti evropských zemích ukázal, že asi polovina případů psychické poruchy vyžadující léčbu, nebyla odborně léčena. (Alonso et al., 2007) V obavách ze stigmatizace nevyhledá odbornou pomoc polovina až dvě třetiny lidí, kteří by mohli z



psychiatrické léčby profitovat. (Corrigan et al., 2009) Snaha vyhnout se stigmatu je jednou z nejvýznamnějších překážek při léčbě u většiny psychických poruch. (Barney et al., 2009)

**Adherence v léčbě:** Významnou úlohu hraje stigmatizace, resp. obava z ní, u adherence k léčbě. Adherence k léčbě je definována jako „*míra, se kterou pacienti v léčbě dodržují doporučení a pravidla spojení s léčbou*“. (Cinculová et al., 2015: 7) Adherence u psychických poruch je jedním z hlavních faktorů ovlivňujících úspěšnost léčby a sekundárně také kvalitu života a sociální adaptaci. (Ustundağ & Kesebir, 2013) Někteří pacienti ze strachu před nálepkou „duševní poruchy“ a následnou stigmatizací odmítají s odborníkem jakkoliv komunikovat, případně své potíže bagatelizují. (Ocisková & Praško, 2015) Následné psychologické a sociální poškození pacienta má další nepříznivý vliv na poruchu samotnou a může vést k jejímu prohloubení. (Villares & Sartorius, 2003) Někdy, ve strachu ze stigmatizace (hanby), odrazují postiženého od léčby na psychiatrii příbuzní a rodina, protože se obávají, že stigma duševní poruchy padne na celou rodinu. Postiženého člena rodiny se snaží přesvědčit, aby „se vzchopil“, případně se jej snaží před rozvojem choroby chránit zabezpečovacím chováním (mírnější nároky, pomoc apod.), což však symptomy poruchy zpevňuje. (Ocisková & Praško, 2015)

**Rodina:** Stigmatizační jednání se může přenést z duševní poruchou postiženého jednotlivce také na celou jeho rodinu. Z výzkumu vyplynulo, že 21 % probandů s psychickou poruchou uvedlo, že cítili, že se druzí lidé k jejich rodinám chovali nevhodně, když se dozvěděli, že byli hospitalizováni. (Struch et al., 2008).

**Práce:** Stigma se lidem nevyhýbá ani v pracovním prostředí. Lidé s duševní chorobou mohou být na pracovišti vystaveni šikaně. (Faltus & Janečková, 2008) Bylo rovněž prokázáno, že stigmatizace má negativní dopad na možnost získat kvalitní zaměstnání. (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan et al., 2007)

**Bezdomovectví:** Lidé s psychickou poruchou také bývají ohroženi bezdomovectvím. Lidé s psychickou poruchou si kvůli stigmatu hůře hledají bydlení, přičemž diagnóza nebo současný duševní stav při tom hraje významnou roli, avšak i plně kompenzovaný jedinec může být pronajímatelem odmítnut. (Gray, 2002) Příčina bezdomovectví u lidí s psychickou poruchou může být i konflikt v rodině, kdy je nemocný odejít z domu přinucen, případně odejde sám ze své vůle. (Ocisková & Praško, 2015)

**Sociální izolace:** 41 % lidí s psychickou nemocí zakusilo odmítnutí přáteli a 35 % odmítnutí rodinnými příslušníky. (Struch et al., 2008)

**Rozvoj internalizovaného stigmatu:** Stigmatizace a její důsledky také mohou mít, a často mají, devastující účinek na osobnost postiženého člověka, který je manifestován v rozvoji sebestigmatizace. (Corrigan a Rao, 2012)

**Stigma psychiatrie:** Samotný obor psychiatrie je veřejností stigmatizován. Psychiatrie má kromě léčebné funkce také funkci kontrolní v podobě detence deviantních jedinců a psychiatrická práce je vnímána jako kontrola „nenormálních jedinců“. Další stereotyp má podobu přesvědčení, že psychické poruchy nejsou, ve srovnání se somatickými nemocemi, nemocemi v pravém slova smyslu a to vede k nedůvěře v možnosti psychiatrické léčby. Veřejnost také často negativně smýšlí o psychiatrech samotných, kteří jsou často označováni jako "taky blázni" a mohou budít nedůvěru, zejména u méně vzdělaných lidí. Nedůvěra v možnosti pomoci, nedůvěra v osobu psychiatra a strach, že psychiatr "do mě vidí" či "ještě by na mně něco našel" budí v přítomnosti psychiatra pocity diskomfortu, strachu a nebezpečí. Jednou z možností, jak se nejistotě bránit, je vysmát se jí, proto ve společnosti koluje řada vtipů o psychiatrech, kteří jsou často znázorňováni jako podivíni. (Praško et al., 2012) Stigmatizace oboru psychiatrie může být významným zdrojem mezilidských konfliktů. (Ocisková & Praško, 2015) Stigmatizovány jsou i některé druhy léčby psychických poruch, např. elektrokonvulzivní terapie. (Köhler, 2014)

Ve společnosti je nemoc vnímána jako jediná deviace, za kterou není nositel vnímán jako odpovědný a proto není sankcionován. To však neplatí pro historicky stigmatizované nemoci jako lepra, tuberkulóza, pohlavní choroby a psychické poruchy. U psychických poruch je stigmatizace vázána na nenormální chování, které okolí může vnímat jako ohrožující. Není však jasné, proč stigmatizace funguje i u poruch, které nejsou manifestovány ohrožujícím chováním (např. panická porucha či agorafobie). Pravděpodobně zde funguje již samotná nálepka psychické poruchy. Kromě toho laická nálepka "psychická porucha" či "psychická nemoc" nereflektuje rozmanitost psychických poruch. (Praško et al., 2012)

Jedinec s nálepkou psychicky nenormálního člověka je vystaven zvýšené společenské kontrole a každé jeho chování (i domnělé), které vybočuje z normy, je vysvětlováno stereotypem duševní poruchy. (Praško et al., 2012) Být v péči psychiatra či psychiatrického zařízení často znamená pro pocit ztráty cti. (Praško et al., 2011)

Ačkoliv je psychická nemoc jedna z nejčastějších příčin invalidity (např. WHO, 2016), rozpočty pro služby, které by mohly poskytnout efektivní léčbu a snížit tak břemeno

disability je, ve většině zemí světa, okolo 2-3 % výdajů na celkovou lékařskou péči. Psychiatrické nemocnice a další instituce, dokonce i v těch, ve kterých je zdravotní programy lépe financovány, trpí chronickým nedostatkem zdrojů potřebných k vylepšení fyzického stavu vybavení a k poskytnutí akceptovatelné standardní péče. (Beldie et al., 2012)

**Možnosti boje s veřejným stigmatem:** Závažnost dopadů stigmatizace se odráží v množství dokumentů na mezinárodní úrovni. V České republice se stigmatu na politické úrovni věnuje pozornost teprve od roku 2013 v souvislosti s reformou psychiatrické péče. Rovněž výzkum stigmatizace psychických poruch je v České republice, prozatím, v počátcích. (Janoušková & Winkler, 2015)

Veřejné stigma je možno redukovat intervencemi cílenými buď na všeobecnou populaci, nebo na její určitou skupinu (např. zdravotnický personál, studenti zdravotnických oborů, policisté...). (Janoušková & Winkler, 2015) Tyto intervence a programy musí mít dlouhodobý a systematický charakter, neboť krátkodobé programy a intervence se z dlouhodobého hlediska jeví neúčinné. (Sartorius et al., 2010) Nejúčinnější v boji s veřejným stigmatem se jeví být přímý sociální kontakt s lidmi s psychickou poruchou. (např. Pinfold et al., 2005)

Janoušková a Winkler (2015) uvádí jako příklad rozsáhlé kampaně, v jejímž rámci byly realizovány intervence zaměřené jak na všeobecnou populaci, tak na konkrétní skupiny obyvatel, britskou „Time to Change“. Kampaň byla vyhodnocena jako efektivní jak z ekonomického hlediska, tak z hlediska změny postojů veřejnosti vůči lidem s psychickou nemocí. (Evans-Lacko et al., 2013)

**Příklady aktivit boje s veřejným stigmatem v ČR:** Týdny duševního zdraví (2017), Projekt „Stopstigma.cz se zapojením peer-poradců“ (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2017), Festival „Mezi ploty“ (2017) či program „Blázníš, no a?“ (2017).

## 1.6 Sebestigmatizace

Sebestigmatizace, nebo také internalizované stigma (Livingston & Boydová, 2010) je postupný proces, během něhož jedinec nekriticky přijímá negativní postoje společnosti vůči lidem s psychickou poruchou (Janoušková & Winkler, 2015; Evans-Lacko et al., 2012), začíná s nimi souhlasit, aplikuje je na sebe samého (Corrigan a Rao, 2012) a internalizuje si

je. (Padurariu et al., 2011) Sebestigmatizace je v podstatě proces, kdy lidé s psychickou poruchou stigmatizují sami sebe. (Corrigan et al., 2009)

Livingston a Boydová (2010: 2151) definují sebestigmatizaci jako „*subjektivní proces odehrávající se v socio-kulturním kontextu, který může být charakterizován negativními pocity o vlastní osobě, maladaptivním chováním, transformací identity nebo souhlasem se stereotypy, které resultují z individuálních zkušeností, vnímání a/nebo anticipace negativních sociálních reakcí na základě vlastní psychické poruchy*“.

Sebestigmatizací trpí velké množství lidí s psychickou poruchou, nicméně tento jev není univerzální, protože ne každý si nutně stigma internalizuje. (Corrigan et al., 2009)

Lidé s psychickou poruchou si jsou většinou vědomi existence stereotypů a předsudků, které se o této skupině, mezi všeobecnou populací, tradují, nicméně existuje mnoho lidí s psychickou poruchou, kteří si sice jsou vědomi existence tohoto stigmatu, ale nesouhlasí s ním. (Jussim et al., 1995) Dle Corrigan a Watsona (2002b) se fenomén veřejného stigmatu manifestuje ve stereotypu, tj. negativních úsudcích o určité skupině (např. nebezpečí, neschopnost, charakterová vada), předsudcích, tj. souhlas s daným úsudkem a/nebo negativní emocionální reakce (např. hněv, strach) a diskriminaci, tj. důsledek předsudku projevující se v chování (např. odmítání, odepření zaměstnání či ubytování, odepření pomoci). Sebestigmatizace tak souvisí s tím, do jaké míry daný jedinec vnímá sebe sama jako člena stigmatizované skupiny (Phelan et al., 1998). Internalizované stigma obsahuje totožné komponenty, jako stigma veřejné. Jedinec souhlasí s veřejným stereotypem, že lidé s psychickou poruchou jsou např. slabí, neschopní se o sebe postarat apod., což vede k negativní emocionální odezvě a jedinci se tak snižuje sebeúcta (self-esteem) a osobní zdatnost (self-efficacy). Negativní myšlenky a emoce vůči vlastní osobě se mohou odrážet v projevovaném chování, v sebediskriminaci (self-discrimination). Tato sebediskriminace se může manifestovat například v selhávání usilování o práci nebo o nezávislé bydlení. (Corrigan & Watson, 2002a; Link, 1987)

Corrigan a Rao (2012) proces internalizace stigmatu popisují ve třech hierarchicky seřazených fázích, což nazývají „**modelem 3A**“. První fáze je **uvědomění (awareness)** si, že daný jedinec má vlastnosti (zdravotní stav), které jsou předmětem veřejného stigmatu. Ve druhé fázi daný jedinec **souhlasí (agreement)** s těmito negativními stereotyp. Ve třetí fázi tyto stereotypy jedinec **aplikuje (application)** na vlastní osobu. Dokud však jedinec

nevstoupí do třetí fáze internalizace stigmatu, na jeho sebeúctu a osobní zdatnost nemá stigma vliv a nelze to považovat za sebestigmatizaci (Corrigan et al., 2009).

Dle výzkumu Evans-Lacko et al. (2012) existuje vztah mezi mírou veřejného a internalizovaného stigmatu. V zemích s nižší mírou veřejného stigmatu, vyšší mírou vyhledávání odborné psychiatrické pomoci a s lepším přístupem k informacím o psychickém zdraví existuje rovněž nižší míra sebestigmatizace.

## 1.7 Důsledky sebestigmatizace

Sebestigmatizace má zásadní dopad na množství pacientů s psychiatrickou poruchou. Je příčinou široké škály negativních důsledků na osoby s psychickou poruchou a to jak na osobní úrovni (ovlivňuje kvalitu života a prognózu hlavní patologie), tak na úrovni sociální. (Padurariu et al., 2011)

Sebestigmatizace je rovněž spojováno se sníženým vyhledáváním pomoci a vyšším počtem hospitalizací. (Conner, et al. 2010) To, že lidé zatížení internalizovaným stigmatem nevyhledávají pomoc, má za následek prohlubování psychologických potíží. Kromě toho, meta analýza Livingstona a Boydové (2010) ukázala, že sebestigmatizace je soustavně spojována s vyšší závažností psychiatrických symptomů, a to včetně deprese a úzkostí. Kromě toho studie naznačují, že sebestigmatizace je, stejně jako veřejné stigma, spojována se sníženou adherencí k léčbě. (Fung et al., 2008; Vrbová et al., 2015; Cinculová et al., 2015) Sebestigmatizace také souvisí s užíváním negativních strategií zvládnání stresu. (Holubová et al., 2016)

**„Why try“ efekt:** Jedním z důsledků sebestigmatizace je tzv. "why try" efekt, během kterého sebestigmatizace narušuje dosahování životních cílů, nicméně, sebeúcta a osobní zdatnost mohou zraňující důsledky sebestigmatizace redukovat. Snížená sebedůvěra vede k pocitu nehodnosti chopit se příležitosti, což podkopává jakoukoliv snahu o nezávislost, jako například opatřit si plnohodnotnou práci. A podobně, úbytek pocitu osobní zdatnosti (self-efficacy) mohou vést k pocitu "proč se snažit", protože daný jedinec se domnívá, že není schopen dosáhnout svých životních cílů. (Corrigan & Rao, 2012; Corrigan et al., 2009)

Nízká sebeúcta a slabý pocit osobní zdatnosti jsou také spojovány s opomíjením příležitostí, což vede k nezaměstnanosti a životu závislému na druhých osobách. Sebestigmatizace také snižuje pocit vlastní hodnoty a naděje v dosahování vlastních cílů je

snížená rovněž. Sebestigmatizace se manifestuje skrze intrapersonální proces a hlavně skrze špatné zdraví a kvalitu života. (Corrigan & Rao, 2012)

**Paradox internalizovaného stigmatu:** Jak již bylo zmíněno v textu výše, sebestigmatizace není jedinou reakcí jedinců s psychickou poruchou na veřejné stigma. Část této populace si stigma internalizuje a trpí sníženou sebeúctou, pocíťovanou osobní zdatností a ztrátou cílů. Existují však ještě další dvě skupiny. Lidé, u kterých nebylo zjištěno, že by jim stigma duševní nemoci narušilo sebeúctu, reagují buď lhostejností, nebo rozhořčením. Toto závisí na jejich identifikaci s obvyklým obrazem skupiny „lidí s duševní nemocí“. Lidé, kteří se se skupinou duševně nemocných neidentifikovali, reagují lhostejností. Lidé, kteří se se skupinou duševně nemocných identifikovali, reagují „spravedlivým hněvem“ spojeným s pocitem osobního posílení (*empowerment*). Osobní posílení je v jistém smyslu opak sebestigmatizace, neboť s sebou přináší pocit moci, kontroly, aktivity, spravedlivého rozhořčení a optimismu. (Corrigan & Watson, 2002; (Corrigan & Rao, 2012) Corrigan et al. (2012; 2011; 2009) se domnívá, že právě z třetí skupiny si můžeme vzít inspiraci k tomu, jak dopady internalizovaného stigmatu mírnit.

**Možnosti boje s internalizovaným stigmatem:** Vývoj přístupů k redukování internalizovaného stigmatu je relativně novou oblastí výzkumu. V kritickém zhodnocení literatury o strategiích snižování internalizovaného stigmatu u lidí s psychickou poruchou publikovaných v letech 2000 až 2011, byly autory studie identifikovány dva hlavní přístupy pro snižování dopadů internalizovaného stigmatu (Mittal et al., 2012):

1. Intervence se snaží pozměnit stigmatizující přesvědčení a postoje jedince;
2. Intervence, které zvyšují zvládání internalizovaného stigmatu skrze pozvednutí sebeúcty, osobním posílením a chování vedoucí k vyhledávání pomoci.

Metody, které se v současné době užívají ke snižování internalizovaného stigmatu jsou různé formy psychoedukace, psychoedukace kombinovaná s kognitivní restrukturalizací a multimodální intervence. (Mittal et al., 2012)

Jednou ze slibných metod je „Ending self-stigma“, který má formu devíti skupinových setkání. Při setkáních se v intervenci využívají prvky edukace, kognitivně - behaviorální terapie, strategie k posílení vazeb v rodině a komunitě a techniky, jak reagovat na veřejnou diskriminaci. (Lucksted et al., 2011)

## 2 Strategie zvládání zátěže

### 2.1 Adaptace

**Adaptace**<sup>1</sup> je obecnou funkcí organismu a psychiky ve smyslu pasivního přizpůsobení se, ale i aktivního přizpůsobování prostředí potřebám člověka a dosažení a udržování relativní vnitřní rovnováhy – **homeostázy**. Je tak nezbytnou podmínkou přežití. (Nakonečný, 1997; Paulík, 2010; Hartl, Hartlová, 2010; Křivohlavý, 2001) Psychologicky adaptace zahrnuje přizpůsobení se chování, vnímání, myšlení, postojů. (Hartl, Hartlová, 2010)

Psychika směřuje k dosažení adaptace skrze svou funkci psychické **regulace** a tak umožňuje úspěšnější přizpůsobení se prostředí, plánovité změny prostředí i změny vlastního systému, v němž existuje. (Paulík, 2010) Nakonečný (1997) považuje regulaci a adaptaci za komplementární děje.

Opakem adaptovanosti je **maladaptace** či desadaptace. (Smékal, 2009) Jde o sníženou schopnost či úplné vymizení schopnosti přizpůsobit se měnícím životním podmínkám. (Thorová, 2015) Poruchy adaptace lze nalézt na pozadí řady poruch a onemocnění a zároveň mnoho poruch a onemocnění ovlivňuje adaptační funkci. (Thorová, 2015; Vágnerová, 2012)

Jedinec může být vystaven situacím, které vyžadují na adaptaci zvýšené nároky, kdy je potřeba vyvinout zvýšené úsilí a v extrémních případech ani nemusí na úspěšné zvládnutí situace stačit. (Paulík, 2010) Působení zátěžových situací může vést k narušení psychické rovnováhy, což resultuje ve změně prožívání, uvažování a chování jedince. Zátěžové situace lze rozlišovat z hlediska jejich závažnosti i možného přínosu k dalšímu vývoji potřebných kompetencí, eventuálně rozvoji celé osobnosti. (Vágnerová, 2012)

### 2.2 Zátěž a stres

Dle Le Fevreho a spolautníků (2003) byl Selye byl první, kdo použil termín „stres“ k popisu souboru tělesných a psychologických reakcí na nepříznivé podmínky a vlivy. Stresová reakce je adaptivním mechanismem, který slouží k přežití organismu. (Horáková, 2009)

Většina autorů považuje význam termínů **stres** (*stress*) a **zátěž** (*load*) za odlišný. Kebza (2005) či Paulík (2010) chápou zátěž jako úroveň požadavků kladených na

---

<sup>1</sup> „Pro označení adaptačních dějů se někdy, zejména zdůrazňuje-li se v této souvislosti sociální kontext adaptace, používá pojem **adjustace**.“ (Paulík, 2010: 11)

organismus, jíž je organismus schopen dostat a je považována za stimulující faktor, který je pro vývoj organismu důležitý, zatímco stres je vymezen jako "stav, kdy míra zátěže přesahuje únosnou mez z hlediska adaptačních možností organismu za daných podmínek". Paulík (2010: 41) Stres je v tomto smyslu specifický případ zátěže, která je chápána jako obecnější pojem. O stresové situaci hovoříme pouze v případě, kdy míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout. Obecně jde o nadlimitní zátěž. Ta vede k vnitřnímu napětí a ke kritickému narušení rovnováhy (homeostázy) organismu. (Křivohlavý, 2001) Smékal (2009) však uvádí, že základní princip bytí osobnosti však není homeostáza, ale **heterostáza**, tedy porušování rovnováhy ve smyslu vytváření nových podmínek prostředí, a obnova rovnováhy na vyšší úrovni. Homeostatické mechanismy slouží k sebezáchově, ale podmínkou sebe rozvoje jsou mechanismy heterostázy. Z tohoto úhlu pohledu je pro rozvoj organismu nutné, aby byl v určité míře vystavován nadlimitní zátěži.

Koncept stresu je však z hlediska přesného vymezení problematický. (viz např. Le Fevre et al., 2003) V důsledku popularizace tohoto pojmu došlo k posunu z hlediska jeho původního obsahu. V současné době se za stres běžně označuje jakákoliv zátěž bez ohledu na prospěšnost či škodlivost této zátěže, rovněž se nerozlišuje, o které části stresového procesu se v rámci pojmu „stres“ hovoří – nerozlišuje se podnět (stresor), průběh a důsledky stresového procesu. V důsledku toho se pojem stres stává vágním, inkonzistentním a obtížně definovatelným. (Kebza, 2005)

Soudobé definice stresu považují externí stres z prostředí za **stresor** a odezvu na stresor za stres nebo také distres. Stresory mohou mít fyzickou a sociální (resp. psychickou) povahu. (Nakonečný, 1997).

Někteří autoři stres dělí na eustres a distres. **Eustres** je intenzivní zátěž spojená s pozitivními emocemi, zatímco **distres** je nežádoucí, ohrožující stres, prožívaný jako nepříjemný. (Ogdenová, 2007) Poprvé toto rozdělení použil Selye (Le Fevre et al., 2003).

V lidském životě se vyskytují situace, které přesahují únosnou míru zátěže a jsou tudíž spojeny se stresem. Jsou mezi ně zpravidla řazeny: problém, frustrace, trauma,



deprivace, konflikty, nemoc, bolest, utrpení a krize<sup>2</sup>. Tyto situace lze chápat jako stresující situace, ale také jako jejich zdroje anebo jako důsledky stresu. (Vágnerová, 2012)

**Příznaky stresu:** Křivohlavý (1994) uvádí fyziologické, emocionální a behaviorální příznaky stresu, kterých je celá řada, proto na tomto místě jmenujeme jen některé z nich. Z **fyziologických příznaků** jde o nepříjemné pocity, jako jsou bolesti hlavy, bolesti břicha, změny tepové a dechové frekvence, svalové napětí atd. Z **emocionálních příznaků** jmenují např. změny nálad, únava, podrážděnost, nadměrné denní snění. A konečně, z **behaviorálních příznaků** jde např. o nepozornost, zvýšenou závislost na drogách, zvýšený příjem alkoholu, vykouřených cigaret, změny v životním stylu a sníženou pracovní výkonnost. Příznaky se mohou lišit, pokud je jedinec vystaven chronickému či akutnímu stresu (Paulík, 2010).

**Vliv stresu na zdraví:** Velmi diskutované je téma vlivu stresu na lidské zdraví. Vliv stresu na zdraví není přímý ani jednoznačný. (Ogdenová, 2007; Salleh, 2008) I když je nepochybné, že akutní a zejména silné stresory mohou mít přímý negativní dopad na zdraví, má se za to, že celkový účinek stresových situací na zdraví je výsledkem souběhu řady vlivů objektivní i subjektivní povahy. Mezi nemoci, v jejichž etiopatogenezi se objevuje stres, jsou často řazeny ischemická choroba srdeční, vředové onemocnění dvanáctníku nebo žaludku, migréna a astma. (Salleh, 2008; Schreiber, 2002)

To, jaký bude mít stres na organismus vliv, je otázka toho, jakým způsobem jsou stresory rozloženy v čase a způsob řešení stresové situace. Jednorázový, akutní a relativně silný stres, jehož působení je aktivně řešeno s kladným vyústěním a následným odpočinkem nebude pro zdraví představovat větší riziko. Naopak, dlouhodobý, nezvládaný chronický stres je pro zdraví rizikem vždy. (Kebza, 2005) Mezi faktory, které moderují vztah mezi stresem a nemocí Ogdenová (2007) řadí: cvičení, copingové styly a strategie, sociální podporu, osobnost a vnímaný stupeň vlastní kontroly.

---

<sup>2</sup> Paulík (2010: 50) podotýká, že zmiňované pojmy se mohou obsahově překrývat, nebo mohou být rozdíly vyvolány důrazem na jejich jednotlivé stránky, případně jedny jako obecnější koncepty zahrnují druhé, ať už částečně, nebo jako celky.

## 2.3 Teorie stresu

Teorie stresu se dají dělit podle toho, zdali jde o přístupy založené na **fyzilogii** a **psychofyzilogii** nebo založené na **teoriích (kognitivní) psychologie**. Mezi významné teorie z první zmíněné skupiny se řadí Cannonova a Selyeho teorie stresu, do druhé skupiny spadá hlavně transakční teorie Lazaruse a jeho spolupracovníků. Krohne (2002)

### 2.3.1 Cannonova teorie

Jedna z prvních teorií stresu pochází z pera Waltera Cannona. Cannon (1932) tvrdí, že vnější hrozby vyvolávají poplachovou reakci typu „boj a útek“ (*fight or flight*), která zahrnuje zvýšení aktivity a aktivace (*arousal*). Stres je v tomto případě chápán jako fyziologická reakce na vnější stresory. Dochází k mobilizaci celého organismu a k celkovému zvýšení činnosti sympatického nervového systému. Stres má adaptivní smysl, umožňuje jedinci zvládnout zátěžovou situaci. Cannon rovněž vyslovil předpoklad, že dlouhodobý stres může mít za následek zdravotní komplikace.

### 2.3.2 Selyeho teorie

Selye, na základě výzkumu na krysách, definoval stres jako „stav manifestovaný syndromem, který zahrnuje veškeré nespecificky indukované změny v biologickém systému“. (Selye, 1976: 64) Vzorec stereotypních biologických reakcí organismu na utrpení a neočekávaný fyzikální (tělesný či hmotný) tlak, který ohrožuje poškozením nebo zraněním nazval „**Obecný adaptační syndrom**“ neboli **GAS** (General Adaptation Syndrome). GAS neboli stresová reakce, probíhá ve třech fázích: 1) Poplachová reakce – aktivuje se sympatický nervový systém, nastávají výrazné fyziologické projevy; 2) Vyrovnávací fáze – opak poplachové reakce; 3) Vyčerpání – nevratné poškození či úhyn organismu. (Selye, 1976)

Fyziologické teorie Cannona a Selyeho položily základ pro výzkum stresu, avšak tyto teorie trpí určitými nedostatky. Obě teorie vycházejí z předpokladu, že jedinec reaguje na vnější stresory automaticky a vycházejí z jednoduchého pojetí podnět – reakce. Obě teorie chápou jedince jako pasivní bytost, která automaticky reaguje na vnější prostředí. Nevěnují pozornost rozdílům mezi individualitami a psychologickým faktorům přikládají jen malý

význam. Fyziologická reakce na stres je chápána jako neměnná bez ohledu na povahu stresoru. (Křivohlavý, 2001; Ogdenová, 2007)

### **2.3.3 Lazarusova transakční teorie stresu**

Lazarusova transakční teorie stresu a copingu je nejčastěji užívaný přístup k vyhodnocení procesu zvládnání stresových situací. (de Ridder, 1997) Transakční teorie stresu a copingu od svého prvního zveřejnění v roce 1966 prodělala několik zásadních revizí. (Krohne, 2002) Lazarusovy výzkumy stresu v sedmdesátých letech poprvé zahrnuly do výkladu stresu psychologické faktory. Lazarus nedefinuje stres jako specifický druh externí stimulace, ani jako specifický vzorec fyziologických, behaviorálních nebo subjektivních reakcí (Krohne, 2002), nýbrž jako „*vztah mezi jedincem a prostředím, který je zhodnocen jako vytěžující či přesahující jedincovy zdroje, a který ohrožuje jedincovu pohodu či blahobyt (well-being)*“.  
(Lazarus & Folkmanová, 1984: 19) Teorie identifikuje dva procesy, které jsou kritickými mediátory ve stresovém vztahu osoba – prostředí a v jejich okamžitých a dlouhodobých výstupech. Jsou jimi kognitivní zhodnocení situace a coping. (Folkmanová et al., 1986)

**Kognitivním zhodnocením** se míní proces vyhodnocení významnosti toho, jaký vliv má určitá interakce daného jedince s prostředím na jedincův blahobyt. Stresová reakce nastává tehdy, pokud jedinec vyhodnotí potenciální zátěžovou událost skutečně jako ohrožující. (Folkmanová et al., 1986) Lazarusův model hodnocení tudíž považuje jedince za myslící bytost, která hodnotí a interpretuje podněty z vnějšího prostředí, nereaguje na ně pouze pasivně. (Ogdenová, 2007) Kognitivní zhodnocení není nutně vědomého charakteru. (Lazarus & Folkmanová, 1984) Mnoho faktorů hraje roli coby determinanty kognitivního zhodnocení, včetně zobecněných přesvědčení o možnosti kontroly situace, závazku dosáhnout určitého cíle a novost daného stresoru. (Folkmanová, 1984) Lazarus vymezil tři druhy kognitivního zhodnocení: primární, sekundární a přehodnocení. (Lazarus & Folkmanová, 1984)

Dle Lazaruse a Folkmanové (1984) jedinec nejprve hodnotí událost samotnou, tzv. **primární zhodnocení** („Co to je? Hrozí to? Poškodí mě to?“). Primární zhodnocení se tedy týká zhodnocení stresového prostředí a uplatňuje se v něm řada osobnostních charakteristik jedince. Jedinec může určitou událost vyhodnotit čtyřmi možnými způsoby (Lazarus & Folkmanová, 1984):

1. **Bezvýznamnou** - tj. takovou, která se jej nijak netýká;

2. **Dobrou - pozitivní;**
3. **Škodlivou a ohrožující** – s velkou pravděpodobností může dojít k poškození; tento typ vyhodnocení může nabírat tři formy:
  - a. **Újma / ztráta** – souvisí s poškozením, které jedinec již utrpěl;
  - b. **Ohrožení** – souvisí s anticipovanou újmou či ztrátou;
  - c. **Výzva** - souvisí s událostmi, které obsahují potenciál růstu.

Stresory vyhodnocené jako možná újma, ztráta či ohrožení jsou spojeny s negativními emočními reakcemi, zatímco zhodnocení stresoru coby výzvy je spojeno s emocemi pozitivními. (Ntoumanis et al., 2009)

Dále nastává **sekundární zhodnocení**, kdy jedinec zvažuje klady a zápory copingových strategií, které může uplatnit („Zvládnou to? Jak?“), zhodnocení jejich důsledků. Sekundární hodnocení se zaměřuje na samotného jedince. (Lazarus & Folkmanová, 1984)

**Přehodnocení** se míní změna zhodnocení situace na základě nových informací z prostředí a/nebo z osobnosti. Od zhodnocení se liší pouze tím, že přichází po předchozím zhodnocení. (Lazarus & Folkmanová, 1984)

Výsledek primárního a sekundárního zhodnocení určí, zda se u jedince objeví stresová reakce, či nikoli. Podle Lazarusova modelu může mít stresová reakce různou podobu: (1) přímé jednání; (2) vyhledávání informací; (3) nečinnost; nebo (4) uplatnění prostředků ke zvládnutí stresu, jako je např. relaxace nebo obranné mechanismy. (Lazarus & Folkmanová, 1984) Postupy zvládnání se odvozují od základních reakcí na ohrožení ve smyslu útoku, útěku a ochromení. Můžeme je v chování druhého i vlastním pozorovat, uvědomovat si je a vůlí měnit. (Baštecká & Mach et al., 2015)

## 2.4 Významné zátěžové situace

Dle interakční teorie stresu je stresová situace (stresor) ta, která je vyhodnocena jako potencionálně ohrožující. Z toho vyplývá, že povaha dané situace je bezvýznamná, jde jen o tom, jak jedinec situaci kognitivně vyhodnotí. Přesto některé situace vyvolávají stresovou reakci častěji než jiné. Dle Ogdenové (2007) jsou jimi:

- **Významné události:** Dle Swindla a Mosse (1992) jsou stresory působící v oblastech, které jsou pro jedince subjektivně významné (např. práce, rodina, přátelé), způsobují větší zátěž než stresory z oblastí života, které jsou vnímány jako okrajové. V tomto

kontextu nelze nezmínit **teorii životních událostí** Holmese a Raheho (1967), která i přes jisté metodologické nedostatky poskytuje zevrubnou představu o tom, které životní události obecně lidé hodnotí jako nejvíce zátěžové. V seznamu náročných životních událostí se vysoko samozřejmě umístila i situace závažného onemocnění.

- **Nejednoznačné události:** Jednoznačné situace lze rychle vyhodnotit a zvolit si příslušnou copingovou strategii. U špatně čitelných stresorů musí jedinec vynaložit určitý čas a energii, aby posoudil, která z copingových strategií se jeví jako nejvhodnější. (Ogdenová, 2007)
- **Přetížení:** Někteří autoři však tvrdí, že kumulace „každodenních mrzutostí“ (*daily hassles*) může mít na zdraví významnější dopad, než efekt silných, jednorázových životních událostí (Kebza, 2005). Jedinci, kteří jsou vystaveni větší míře takovýchto stresorů, vnímají vyšší množství negativních dopadů, než jedinci vystavení nižší úrovni stresu (např. Birditt et al., 2011)
- **Stupeň vnímané kontroly:** Jedinec vystavený zátěžové události, kterou nemohl předvídat a kontrolovat tuto událost obvykle hodnotí jako více zátěžovou, než by tomu bylo naopak. (Ogdenová, 2007)
- **Přerušované působení stresorů:** Tento typ stresu je pro organismus nejnáročnější. Je svou povahou chronický a nelze se však na něj adaptovat. (Baštecká & Mach, 2015)

## 2.5 Strategie zvládnání stresu (coping)

Panuje obecný konsensus, že termín „coping“ odkazuje na adaptivní změny kognitivní a behaviorální úsilí pro zvládnutí psychologického stresu. (DeLongis & Holtzman, 2005)

**Coping**<sup>3</sup>, neboli **zvládnání** (Baštecká, Mach et al., 2015; Hartl, Hartlová, 2010; Nakonečný, 1997; Křivohlavý, 2001), je obecně definován jako „*schopnost člověka přiměřeně se vyrovnat s nároky, které jsou na něj kladeny, případně zvládat nadhraniční zátěže; může jít také o změnu vnímání situace nebo změnu postoje*“. (Hartl, Hartlová, 2010: 698) Pearlin & Schooler (1978: 2) definovali coping jako „*to, co lidé dělají pro to, aby se vyhnuli zničení stresory života*“. V podstatě jde o úsilí člověka kontrolovat, zmírnit nebo přivyknout si na ohrožení, které vede ke stresu (Feldman, 1996)

---

<sup>3</sup> „Coping z anglického *cope* – vyrovnávat se s něčím, zvládat něco – nepůsobí v doslovném překladu „zvládací“ či „vyrovnávací“ ani česky, ani srozumitelně. Pro stručnost se proto někdy ponechává původní anglický tvar“. (Baštecká a Mach, 2015: 437)

Za zvládání ohrožující zátěže lze považovat vše, co při a po ohrožení děláme a prožíváme a na co myslíme. Seznam konkrétních copingových strategií může být téměř nekonečný. (Baštecká & Mach, 2015) Coping je spíše záležitostí vědomé a dobrovolné volby chování, nežli automatický instinktivní akt. A podobně, subjektivní vnímání síly stresu související s určitou situací je rovněž důležitý: situace, které jsou pro některé jedince neutrální, mohou být jinými vyhodnoceny jako ohrožující. (Lazarus & Folkman, 1984)

**Rozdíl mezi adaptací a copingem:** Nyní vystává otázka, v jakém vztahu jsou koncepty adaptace a copingu. Dle Paulíka (2010) se adaptace uplatňuje při zvládání zátěže obecně, zatímco coping se uplatňuje v případech, kdy je zátěž vzhledem k odolnosti daného jedince nadlimitní a je potřeba vyvinout zvýšené úsilí k vyrovnání se s touto zátěží. Coping v tomto smyslu znamená „zvládání náročných stresových situací“.

Podobným způsobem chápe coping a adaptaci Foster. Ten vymezuje coping jako „komplexní odpověď na stresující nebo náročnou situaci, která má často defenzivní charakter“ a adaptaci chápe jako širší termín než coping. Adaptace podle něj přesahuje obranné a protektivní reakce až k takovým reakcím, které umožňují zlepšováním nebo maximalizováním souladu jedince s prostředím. (Foster, 1997: 190)

Z těchto prezentovaných hledisek je coping specifickou součástí adaptační funkce organismu, která má za úkol vyrovnávat se s nadlimitní zátěží.

**Klasifikace přístupů k výzkumu copingu:** Přístupy a pohledy na copingovou problematiku odrážejí širší debatu, která existuje v psychologii po desetiletí, tedy jde-li o vrozené dispozice (rysy), nebo spíše situační faktory. (např. Endler et al., 1993; Krohne, 2002)

1. **Dispoziční přístup** – zaměřuje se na relativně stabilní copingové strategie užívané jedincem v různých stresových situacích;
2. **Situační přístup** – pohlíží na coping jako na dynamický proces vykazující spíše nízkou konzistenci uvnitř i vně stresuplné situace.

V odborné literatuře se užívají termíny jako „copingové styly“, „copingové procesy“ a „copingové strategie“. Někdy to může odrážet pouze rozdílné užití terminologie, nicméně to také reflektuje pokračující debatu mezi příznivci dispozičního a situačního pohledu na problematiku copingu. Pojem „styl“ reflektuje rysovou perspektivu a naznačuje, že lidé jsou ve svých způsobech zvládání konzistentní. Pojmy „proces“ a „strategie“ reflektují stav a

naznačují, že lidé mají různé způsoby zvládnání, které jsou závislé na období jejich života a na požadavcích konkrétní situace. (Krohne, 2002; Lazarus, 1993; Ogdenová, 2007)

**Faktory ovlivňující coping:** Na tomto místě je nutné opět upozornit, že jde o subjektivní záležitost každého člověka. Roli proto hraje celá řada faktorů. Jsou jimi: genetika, věk, pohlaví, prodělané choroby, aktuální zdravotní stav, výchova, vzdělání, výchovné prostředí a kultura. (Balaščíková & Blatný, 2003; Křivohlavý, 2001; DeLongis & Holtzman, 2005) Výzkumy naznačují, že existuje konzistence v copingových reakcích jedinců a že tyto copingové styly souvisí s pěti základními osobnostními faktory. (DeLongis & Holtzman, 2005) Metaanalýza Tamrese a kolegů (2002) osvětluje i rozdíly v copingových strategiích z hlediska genderové problematiky. Bylo zjištěno, že ženy užívají adaptivnější (resp. „expresivní“) copingové strategie než muži.

Ogdenová (2007) zmiňuje další faktory, které mohou ovlivňovat copingové strategie. Jsou jimi: typ problému, na který je coping zaměřen, stupeň kontroly nad situací a dostupné zdroje.

## **2.6 Teorie copingu**

V průběhu 20. století postupně vznikly tři generace škol, které v současnosti představují i tři obecné teoretické přístupy ke copingu. Každá ze tří škol se zaměřila na určitý soubor proměnných, předpokládaných determinant copingového chování. (Balaščíková & Blatný, 2003; Suls et al., 1996) Ačkoli dle Radnitze a Tierskeho (2007) jiné vědecké práce popisovaly animální model copingu, který se zaměřoval na chování zvířat určené k přežití v nebezpečných podmínkách (např. Selye, 1976), byl tento model z velké části zavrhnut pro svou neadekvátnost k vysvětlení komplexnosti lidského copingu. (Radnitz & Tiersky, 2007)

### **2.6.1 Psychodynamické teorie copingu**

Psychologické studie copingu se datují do dob Sigmunda Freuda, který navrhnul koncept obranných mechanismů, jež byly definované jako mentální operace, které udržují bolestivé myšlenky a pocity mimo vědomí. (Manne, 2002)

Tento přístup vznikl na počátku 20. století a je spojován s psychoanalýzou a s důrazem na osobnostní dispozice coby hlavní prediktor chování. V rámci tohoto přístupu ke copingu bylo zvládání zátěže v podstatě ztotožněno s ego-obrannými mechanismy, které byly současně přijímány jako jeden z definujících znaků osobnosti. Obvykle specifikují zralé a primitivní copingové odezvy. Tyto teorie chápou coping jako nevědomý obranný mechanismus, který slouží k vyrovnávání se s negativními emocemi. Později bylo uznáno i možné působení vnějších hrozeb. (Balaščíková & Blatný, 2003; Radnitz & Tiersky, 2007)

Radnitz a Tiersky (2007) uvádějí jako příklad jedné z psychodynamických teorií copingu model Haana (1977).

### **2.6.2 Kognitivní teorie copingu**

Kognitivní teorie copingu se od psychodynamických teorií odlišují důrazem na kognitivní procesy, které jsou zprostředkovateli mezi externími stresory a individuální emocionální a behaviorální odezvou. (Radnitz & Tiersky, 2007)

Mezi nejvýznamnější mezi kognitivními teoriemi copingu patří **Lazarusova transakční teorie**. Coping je v transakční teorii definován jako „*neustále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí k zvládnutí specifických vnějších a/nebo vnitřních požadavků, které jsou vyhodnoceny jako vytěžující či přesahující zdroje daného jedince* (Lazarus and Folkman, 1984: 141) *a které ohrožují jedincovu pohodu či blahobyť*“. (Lazarus & Folkman, 1984:19). Coping má dvě základní funkce (Folkman et al., 1986):

1. Vypořádat se s problémem, který způsobuje distres;
2. Regulování emocí.

V Lazarusově teorii jsou emoce pokládány jak za původce (společně se stresovým zhodnocením), tak za výsledky dopadu copingu. Copingové strategie, které jsou efektivní pro jednoho, nemusí být nutně efektivní u druhého při stejných podmínkách. (Ntoumanis et al., 2009)

Lazarusův model hodnocení a interakce mezi jedincem a prostředím předznamenal nové pojetí stresové reakce – jedinec na vnější svět pasivně nereaguje, ale ovlivňuje ho, je s ním v interakci. (Ogdenová, 2007) Stres tak nemůže být vymezen objektivně, záleží, jaký význam přisuzuje jedinec určitému stresoru. (Baštecká & Mach, 2015)



### **2.6.3 Teorie copingových zdrojů**

Nebo také teorie zdrojů proti stresu představují most mezi biologickými a psychologickými teoriemi stresu. (Krohne, 2002) Už Lazarus a Folkmanová (1984) rozlišují mezi copingovými metodami a copingovými zdroji (*coping resources*). Copingové metody charakterizuje to, co lidé dělají a co si myslí, když se potýkají s obtížnými situacemi (např. se mohou modlit), zatímco zdroje jsou sociální a osobnostní charakteristiky, o které se jedinec může opřít, když má co dočinění se stresory. (Pearlin & Schooler, 1978) Copingové zdroje představují latentní dimenzi copingu, protože definují potenciál pro akci, ale ne akci samu o sobě. (Gore, 1985) Předpokládá se, že copingové zdroje ovlivňují volbu a/nebo účinnost copingových strategií, které lidé užívají v reakci na stres. (Thoits, 1995) Kvalitní copingové zdroje mohou moderovat negativní dopady stresu a zmírňovat jeho dopad a to i v případech, když jsou použity slabé copingové strategie. (Pearlin & Schooler, 1978) Spadají zde sociální a osobnostní konstrukty jako jsou sociální opora, sense of coherence, hardiness, self-efficacy nebo optimismus. (Krohne, 2002)

## **2.7 Druhy copingu**

Výzkumníci v průběhu let popsali řadu rozdílných druhů copingových strategií. V této kapitole představím nejčastější druhy copingu, tak, jak se objevují dostupné literatuře.

### **Coping zaměřený na problém a na emoce**

Lazarus a Folkmanová (1984) rozdělili copingové strategie do dvou skupin. Tyto dvě skupiny jsou v literatuře zmiňovány nejčastěji:

1. **Strategie zaměřené na zvládnání problému:** Představuje aktivity a snahu jedince konstruktivně řešit stresovou situaci. Může jít např. o pokus odstranit stresor. (Lazarus & Folkmanová, 1984) Carver et al., (1989) dále rozdělil coping zaměřený na zvládnání problému na aktivní coping/přímou akci, plánování a vyhledávání instrumentální sociální podpory (např. rady, asistence, informace).
2. **Strategie zaměřené na vyrovnávání se s emocionálním stavem:** Představuje aktivity jedince zaměřené na regulaci emocionálního stavu, k němuž došlo v důsledku působení stresoru. Může jít např. o zmírnění míry úzkosti a strachu. (Lazarus & Folkmanová, 1984) Carver et al., (1989) rozdělili coping zaměřený na vyrovnávání se s emocionálním stavem na vyhledávání emoční sociální opory (např.

sympatie, pochopení), pozitivní reinterpretace, akceptace reality situace, obracení se k náboženství, „popření“ či přehodnocení závažnosti stresoru.

Se strategií řešení problému se setkáváme již u malých dětí, kdežto strategie "uklidňování nálady" a vyrovnávání se s vlastním emocionálním vzrušením se objevuje až u adolescentů. (Křivohlavý, 2001)

### **Přibližovací a vyhýbavý coping**

Vedle nejčastějšího dělení copingu, tedy zaměření na problém či emoce, se v literatuře vyskytuje také třetí dimenze a to coping dělený na (Donnellan et al., 2006):

1. **Přibližovací coping:** Reflektuje kognitivní a behaviorální snahy řešit životní stresory. Zahrnuje konfrontování problému, sbírání informací a přímou akci. (Roth & Cohen, 1986)
2. **Vyhýbavý coping:** Zahrnuje pokusy popřít, minimalizovat nebo utéct ze stresové situace. (Parker & Endler, 1992)

### **Adaptivní a maladaptivní coping**

Většina autorů vymezuje coping pozitivně, někteří však poukazují na to, že se jedinec může se zátěží vyrovnávat jak adaptivně, tak také maladaptivně. (Minuchin, 1974. Např. autoři Dotazníku strategií zvládání stresu (Stress coping style questionnaire – SVF 78) rozdělují copingové strategie na pozitivní a negativní dle jejich adaptivního či maladaptivního potenciálu v řešení stresové situace. (Janke & Erdmann, 1997)

Lazarus (1993) však zdůrazňoval, že neexistují obecně úspěšné a neúspěšné copingové strategie, přestože některé strategie jsou často lepší než ostatní. Tvrdí, že jedinec, jemuž něco hrozí, dělá většinou to nejlepší, co může. O výsledku „špatně – dobře“ se rozhoduje v čase, např. krátkodobě dobře, dlouhodobě špatně. Přes zpochybnění špatných a dobrých strategií zvládání se v současnosti klinická pozornost soustřeďuje na vyhýbavé zvládání. Má se za to, že za určitých okolností je pro zvládajícího rizikem; pojí se s internalizací problémů (Steele et al., 1997) nebo sebeobviňováním (De Waal, 2006). Dvě stejné strategie použité dvěma různými lidmi nemohou být považovány shodně za pozitivní, neboť vždy záleží na kontextu situace a na osobnosti jedince. Holubová et al. (2016)

## 2.8 Důsledky copingu

Coping může resultovat v širokou paletu výstupů týkajících se emocí, chování i zdraví jedince. (Ntoumanis et al., 2009) Úspěšný coping je spojován s lepší kvalitou života, psychickým zdravím a remisí nemocí. Copingové úsilí může rovněž resultovat v pozitivní adaptaci na stresory, jako je např. nemoc. (Holland & Holahan, 2003) uvádí následující výstupy copingu: funkční status a zdravotní chování (*health behavior*). Účinné copingové strategie souvisí rovněž s životní spokojeností a emoční pohodou. (Chang, 2011)

Coping zaměřený na problém pozitivně koreluje s psychickou pohodou. Na druhou stranu, pokud jedinec využívá strategie zaměřené na zvládání emocí, výsledky vykazují spojitost spíše se zhoršeným psychickým zdravím. (Roe & Chopra, 2003)

Někteří autoři argumentují, že strategie zaměřené na problém jsou efektivnější v situacích, o kterých jedinec věří, že mohou být změněny, zatímco strategie zaměřené na vyrovnávání se s emocionálním stavem by měl být použit v situacích, které je obtížné, ne-li nemožné změnit. (Lazarus & Folkman, 1984)

**Coping a vztah stresu a nemoci:** Některé výzkumy naznačují, že copingové styly mohou moderovat vztahy mezi stresem a nemocí. U některých studií je výstupní proměnná spíše psychologické povahy a má podobu blahobytu (*well-being*), psychologického distresu nebo adjustace. (Ogdenová, 2007) To, jakým způsobem se jedinec adaptuje na životní stres, je velká komponenta jeho schopnosti regulovat životní spokojenost (*wel-being*) a udržovat si mentální zdraví. Coping zaměřený na problém vykazuje negativní asociace s velkým množstvím psychopatologických symptomů, zatímco na emoce zaměřený coping je kladně spojován s úzkostnými a depresivními poruchami (Bolger, 1990)

V rámci dělení copingu na přibližovací a vyhýbavý je přibližovací coping považován za adaptivnější než vyhýbavý coping, neboť je spojován s větší sebe-důvěrou a nižší mírou dysfunkce. (Moos, 2002)

## 2.9 Stigmatizace, sebestigmatizace a coping

Když se lidé s psychiatrickým znevýhodněním snaží fungovat v sociálních situacích a překonávat sociální obtíže, často tváří tvář značkování a stigmatizaci čelí pocitům bezmoci a zmaru. Lidé s psychiatrickým znevýhodněním jsou schopni se svou nemocí žít, pokud se naučí zvládat z nemoci pramenící stres. Schopnost zvládat stres zahrnuje vnitřní a vnější

zdroje. Vnitřní zdroje zahrnují identitu a schopnosti řešit problémy, vnější zdroje zahrnují rodinu, sociální síť a organizační podporu. (Wu et al., 2010) Lidé s psychickou poruchou se mohou pokoušet vyhnout předpokládané odmítnutí druhými lidmi tím, že si osvojí maladaptivní copingové strategie. (Kleim et al., 2008) Např. skrývat mentální poruchu před druhými lidmi, nebo omezit či se zcela stáhnout ze sociálních interakcí. (Holzinger et al., 2003; Link et al., 1997)

Dle Kleima a společníků (2008) mají maladaptivní copingové strategie jako zatajování nemoci a stažení se ze sociálního kontaktu potenciál zvyšovat efekty vnímaného stigmatu tím, že si stigmatizovaný jedinec omezuje sociální kontakty a zmenšuje sociální síť, čímž se může zvyšovat míra relapsů a dalších hospitalizací, nebo snižovat odezva na psychosociální intervenci. (Larsen et al., 1998; Robinson et al., 1999; Rogers et al., 2004)

Dle dalších výzkumů míra stigmatizace ovlivňuje individuální funkční vyhledávání pomoci v nemoci. (Corrigan, 2004) Dále, internalizované stigma souvisí s užíváním negativních copingových strategií, hlavně stažení se ze sociálního kontaktu (Kleim et al., 2008) a rovněž bylo zjištěno, že lidé s internalizovaným stigmatem užívají spíše copingové strategie zaměřené na zvládnání emocí, než na aktivní zvládnání problému a také se zvýšeně vyhýbají sociálním situacím (Rusch et al., 2009; Yanos et al., 2008).

### 3 Depresivní porucha

Deprese je častá psychická porucha charakteristická smutnou náladou, ztrátou zájmu o příjemné činnosti, pocity viny a snížené hodnoty sebe sama, narušením spánku a chuti k jídlu, pocity únavy a špatnou koncentrací. Deprese může být dlouhotrvající nebo rekurentní, podstatně narušuje jedincovo fungování v práci, ve škole a schopnost vyrovnávat se s denními stresory. Ve své nejtěžší formě může vést k sebevraždě. Existuje účinná léčba, využívá se biologické terapie a psychoterapie. Depresí trpí častěji ženy než muži. (WHO, 2017) Etiologie deprese je multifaktoriální. (Vágnerová, 2012)

#### 3.1 Klinický obraz

Deprese může být chronická a často rekurentní (Boland & Keller, 2009) a brzký nástup deprese může znamenat zvýšené riziko chronicity nemoci. (Costello, 2009) Depresivní epizoda spontánně odezní v průměru u 50 % nemocných do 6 měsíců. I když může jedinec ve své životě prodělat jen jednu epizodu, riziko rekurence je vysoké (50 % po první epizodě, po čtvrté epizodě až 90 %). Každá nová epizoda má 10-15 % riziko chronicity. (Raboch & Zvolský et al, 2001) U starších pacientů ve srovnání s pacienty ve středním věku, bylo zjištěno vyšší riziko relapsu. (Mitchell & Subramaniam, 2005)

**Emoce:** Základním symptomem je patologická depresivní nálada, která neodpovídá aktuální životní situaci nemocného a v průběhu času se málo mění. Orientační a adaptačně regulační funkce emocí je narušena, což má za následek neadekvátní prožívání zátěže a stresu. V krajním případě může dojít k afektivnímu stuporu. Depresivní nálada modifikuje všechny emoce a ovlivňuje tak veškeré prožívání. Vytrácí se prožívání pocitů radosti a potěšení z vykonávání oblíbených činností. Naopak, velmi často se objevují pocity viny, méněcennosti, zoufalství a beznaděje, které mohou nabýt bludného charakteru. (Vágnerová, 2012; Hoschl, 2004; WHO, 2006)

**Kognice:** Je narušená rovnováha emočního prožívání a rozumového hodnocení. Mění se obsah či forma kognitivních funkcí. Projevuje se negativní automatické uvažování, tj. dichotomické a selektivní hodnocení, neadekvátní generalizace, pesimismus, negativní postoj vůči přítomnosti, minulosti i budoucnosti, beznaděj a z toho plynoucí neadekvátní závěry. Mentální pochody jsou zpomaleny či utlumeny. Dochází k narušení pozornosti, učení, myšlení, rozhodování. U části nemocných se vyskytují bludné symptomy a halucinace. Obsahem depresivních bludů jsou pocity viny, bída, zájem o vlastní tělo a

perzekuční bludy. Časté jsou ruminace, hypochondrické a suicidální ideace a plánování. Objevuje se psychomotorická retardace. (Raboch & Zvolský et al., 2001; Vágnerová, 2012)

**Chování:** Aktivita je snižena, dominuje únava, hypobulie, avšak může být přítomná i úzkost a agitovanost. Agitovanost je symptomem závažnějšího průběhu choroby. Řeč je monotónní, tichá, zpomalená. V krajním případě může inhibice přerůst do depresivního stuporu. Deprese rovněž vede k útlumu potřeb a volní aktivity. Časté jsou suicidální pokusy. (Raboch & Zvolský et al., 2001; Vágnerová, 2012)

**Osobnost:** Deprese narušuje sebepojetí jedince, resp. sebehodnocení, které bývá výrazně zhoršené. Změněné sebepojetí se promítá do vztahů k jiným lidem a k veškerému společenskému dění, důsledkem jsou problémy ve všech oblastech života. (Vágnerová, 2012)

## **3.2 Diagnostika depresivní poruchy z hlediska MKN-10**

Depresivní porucha je v MKN-10 umístěná mezi poruchami nálady (afektivními poruchami), jejíž varianty jsou označeny kódem F30 – F39. (WHO, 2006).

### **3.2.1 Poruchy nálady (afektivní poruchy)**

Poruchy nálady v rámci MKN-10 zahrnují manické fáze (F30), bipolární afektivní poruchu (F31), depresivní fázi<sup>4</sup> (F32), periodickou depresivní poruchu (F33), perzistentní afektivní poruchy (F34), jiné poruchy nálady (F38) a kategorii neurčené afektivní poruchy (F39). Termíny „mánie“ a „těžká deprese“ se v této klasifikaci užívají k označení opačných konců afektivního spektra. (WHO, 2006)

Poruchy nálady patří mezi časté a závažné psychické poruchy. (např. Andrade et al, 2003; WHO, 2016). Hlavním projevem afektivních poruch je patologická nálada, která se vymyká běžnému kolísání nálad. Patická nálada se mění buď k depresi, nebo k elaci (povznesené náladě). Změny afektivity obvykle doprovází změna celkové aktivity. Patická nálada narušuje kognici, chování i somatické funkce. Výsledkem jsou adaptační poruchy a sociální selhávání. Patologie obvykle zasahuje všechny oblasti lidského života. (WHO, 2006)

---

<sup>4</sup> Dosud se užívaly termíny „fáze“ nebo „ataka“, teprve v poslední, 10. verzi MKN se začíná užívat termín „epizoda“. (WHO, 2006, s. 13)

K základním klasifikačním kritériím pro afektivní poruchy v MKN-10 patří (Raboch & Zvolský et al, 2001):

- **Příčina:** Rozeznává se příčina primární, kdy je původ symptomů nemoci spojen právě s danou nemocí (F30-F39) a příčina sekundární, kdy mají symptomy nemoci původ v poruchách chování způsobenými užíváním psychoaktivních látek (F10-F19.5), nebo jsou poruchy nálady způsobeny organicky (F06.3).
- **Polarita:** Rozeznává se bipolární a unipolární afektivní porucha.
- **Intenzita:** Rozeznává se lehká, střední a těžká intenzita poruchy. U těžké intenzity se dále rozlišuje, jestli jsou nebo nejsou přítomny psychotické příznaky.
- **Délka trvání:** Rozeznávají se krátkodobé výkyvy nálad (cyklotymie) nebo dlouhodobý pokles nálady (dystymie), který trvá 2 roky.

MKN-10 rozeznává následující **unipolární depresivní poruchy:**

- Depresivní fázi (F32)
- Periodickou (rekurentní) depresivní poruchu (F33)

### **3.2.2 Depresivní fáze (F32)**

Kategorie mírné, středně těžké a těžké depresivní fáze by se měly použít pouze pro jedinou (první) ataku. Další depresivní ataky se klasifikují pod jedním ze znaků periodické (rekurentní) depresivní poruchy. (WHO, 2006)

Za **hlavní symptomy** depresivní fáze se považují: 1) depresivní nálada, 2) ztráta zájmu a radosti, 3) zvýšená únavnost. Mezi jiné **vedlejší symptomy** depresivní fáze se řadí: 1) Zhoršené soustředění a pozornost, 2) Snížené sebevědomí a sebedůvěra, 3) pocity viny a bezcennosti (i při atace mírného typu), 4) Smutný a pesimistický pohled do budoucnosti, 5) Myšlenky na sebepoškození a sebevraždu, 6) Poruchy spánku, 7) Snížená chuť k jídlu. (WHO, 2006)

WHO (2006) u depresivní fáze rozeznává **čtyři formy:**

1. Mírná depresivní fáze (F32.0)
  - a. Bez somatických symptomů (F32.00)
  - b. Se somatickými symptomy (F32.01)
2. Středně těžká depresivní fáze (F32.1)
  - a. Bez somatických symptomů (F32.10)
  - b. Se somatickými symptomy (F32.11)

3. Těžká depresivní fáze bez psychotických symptomů (F32.2)
4. Těžká depresivní fáze s psychotickými symptomy (F32.3)

**Mírná depresivní fáze:** Jsou přítomny alespoň dva z hlavních příznaků a minimálně dva z příznaků vedlejších. Příznaky by měly být přítomny minimálně dva týdny. Pro diagnózu mírné fáze se somatickými příznaky je potřeba, aby byly přítomny alespoň 4 somatické příznaky, případně stačí 2-3 velmi výrazné. Člověk s mírnou fází deprese je schopen běžného života, ačkoliv symptomy mu fungování narušují. (WHO, 2006)

**Středně těžká depresivní fáze:** Pro diagnózu jsou přítomny alespoň 2-3 z hlavních příznaků deprese a minimálně 3-4 z vedlejších příznaků deprese. Člověk s touto formou deprese je schopen pokračovat v běžném životě jen se značnými obtížemi. Pro diagnózu středně těžké deprese se somatickými symptomy je potřeba, aby byly přítomny 4 nebo více somatických příznaků, nebo pouze 2-3, ale velmi výrazné. (WHO, 2006)

**Těžká depresivní fáze bez psychotických symptomů:** Musí být přítomny všechny 3 hlavní příznaky a minimálně 3 z vedlejších příznaků deprese, přičemž některé z nich by měly být závažné. Je přítomné výrazné zpomalení aktivity nebo naopak stísněnost a agitovanost. U těžkých případů je zřetelné nebezpečí suicidia. Depresivní fáze by měla trvat alespoň 2 týdny, avšak pokud jsou příznaky obzvláště závažné a začínají velmi rychle, lze diagnostikovat tuto depresivní fázi po méně než 2 týdnech. U této depresivní fáze je vždy přítomen somatický syndrom. Pacient není schopen vykonávat každodenní činnosti anebo jen velice omezeně. (WHO, 2006)

**Těžká deprese s psychotickými symptomy:** Tato forma deprese splňuje všechna kritéria pro F32.2, avšak jsou zároveň přítomny i bludy, halucinace nebo depresivní stupor. Bludy a halucinace mohou a nemusí být přiměřené náladě. (WHO, 2006)

### **3.2.3 Periodická (rekurentní) depresivní porucha (F33)**

Charakteristické jsou opakované depresivní epizody. Jednotlivé fáze trvají od 3 do 12 měsíců (průměrně okolo 6 měsíců), ale méně často se opakují. Aby mohla být diagnostikována periodická depresivní porucha, musí alespoň 2 fáze trvat minimálně 2 týdny a musí být odděleny obdobím několika měsíců bez zřetelného narušení nálady a pro jednotlivé fáze musí být splněna kritéria jako u depresivní fáze (F32). (WHO, 2006) Nesmí být přítomny samostatné fáze mánie (F30.1 a F30.2), avšak pokud se bezprostředně po depresivní epizodě vyskytují příznaky hypománie (F30.0), měla by se kategorie periodické deprese ještě použít.



Jednotlivé fáze jakékoliv tíže jsou vyvolávány stresovými událostmi. Riziko, že se u pacienta s periodickou depresivní poruchou vyskytne manická fáze, nikdy zcela nevymizí. (WHO, 2006)

Dle aktuální symptomatiky je periodická depresivní porucha členěna na následující subkategorie (WHO, 2006):

1. Periodická depresivní porucha, současná fáze mírná (F33.0)
  - a) Bez somatických symptomů (F33.00)
  - b) Se somatickými symptomy (F33.01)
2. Periodická depresivní porucha, současná fáze středně těžká (F33.1)
  - a) Bez somatických symptomů (F33.00)
  - b) Se somatickými symptomy (F33.01)
3. Periodická depresivní porucha, současná fáze těžká bez psychotických symptomů (F33.2)
4. Periodická depresivní porucha, současná fáze těžká s psychotickými symptomy (F33.3)
5. Periodická depresivní porucha, současně v remisi (F33.4)

**Periodická depresivní porucha, současně v remisi<sup>5</sup> (F33.4):** Jsou splněna kritéria pro periodickou depresivní poruchu v minulosti, avšak současný stav nesplňuje kritéria pro depresivní fázi s jakýmkoliv stupněm tíže, ani pro jinou poruchu nálady (F30-F39).

**Somatický syndrom:** Vlivem deprese jsou narušeny i fyziologické procesy. Depresivní lidé mohou mít (Vágnerová, 2012):

1. Zpomalené a utlumené fyziologické procesy;
2. Tělesné potíže různého druhu.

Mezi příznaky somatického syndromu dále patří ztráta zájmu nebo ztráta radosti z aktivit, které jsou normálně příjemné, chybí emoční reaktivita na normálně utěšené okolí a události, ranní probuzení o dvě a více hodin dříve, než je obvyklé, deprese je horší ráno (ranní pesima), objektivní průkaz jasného psychomotorického zpomalení nebo agitovanosti, výrazná ztráta chuti k jídlu, úbytek na váze (často se uvádí 5 % nebo více tělesné váhy v posledním měsíci), výrazná ztráta libida. (Raboch & Zvolský et al, 2001; WHO, 2006)

---

<sup>5</sup> **Remise:** Ústup symptomatologie, nejsou splněna kritéria poruchy. **Relaps:** Návrat symptomatologie po dosažení remise, avšak před dosažením údravy. **Rekurence** (recidiva): Návrat symptomatologie po dosažení údravy. **Údrava:** Minimálně tři měsíce trvající remise. (Raboch & Zvolský et al., 2001)

### **3.3 Diagnostika depresivní poruchy z hlediska DSM-5**

DSM-5 vymezuje pro depresivní poruchy samostatnou kategorii.

#### **3.3.1 Depresivní poruchy**

Tato kategorie zahrnuje dysruptivní dysregulativní poruchu nálady, velkou depresivní poruchu (včetně depresivních epizod), perzistentní depresivní poruchu (dystymie), premenstruační dysforickou poruchu, depresivní poruchu vyvolanou užíváním návykových látek / léků, depresivní poruchu způsobenou jiným somatickým onemocněním, jinou specifikovanou depresivní poruchu, nespecifikovanou depresivní poruchu. (APA, 2015)

Společným znakem všech těchto poruch je přítomnost pocitu smutku, prázdnoty nebo přítomnost podrážděné nálady doprovázené somatickými a kognitivními změnami, které významně ovlivňují jedincovy funkční schopnosti. Rozdíly mezi těmito poruchami spočívají v délce onemocnění, časovém průběhu a předpokládané etiologii. (APA, 2015)

S kategoriemi „depresivní fáze (F32)“ a „periodická depresivní porucha (F33)“ uvedenými v MKN-10 se v DSM-5 překrývá kategorie „velká depresivní porucha“. (APA, 2015)

#### **3.3.2 Velká depresivní porucha**

Velkou depresivní poruchu (*major depressive disorder*) lze diagnostikovat, pokud je přítomno pět nebo více symptomů v průběhu 14 dnů a došlo ke změně předcházejícího funkčního stavu jedince. Zároveň musí být přítomnost alespoň jednoho ze dvou hlavních symptomů deprese: 1) depresivní nálada, 2) ztráta zájmu nebo radosti. Symptomy vyvolávají klinicky významnou nepohodu, nebo funkční narušení v sociální, pracovní, nebo jiných důležitých oblastech. (APA, 2015)

DSM-5 uvádí celkem 9 symptomů (včetně prvních dvou zmíněných výše) velké depresivní poruchy (blíže viz DSM-5). (APA, 2015)

Přítomnost depresivní epizody přitom nelze vysvětlit přítomností schizoafektivní poruchy, schizofrenie, schizofreniformní poruchy, trvalou poruchou s bludy nebo jinou specifikovanou nebo nespecifikovanou poruchou schizofrenního spektra nebo jinou

psychotickou poruchou a nebyla prokázána přítomnost manické nebo hypomanické epizody. Depresivní epizody rovněž nemohou být přičteny na vrub fyziologickým účinkům látek nebo jiným somatickým onemocněním. (APA, 2015)

### 3.4 Prevalence

Deprese je nejčastější důvod invalidity na světě (WHO, 2016), vyskytuje se ve všech kulturách (Simon, Chowdhary, Kaaya & Araya, 2009) a celosvětově jí trpí přes 350 miliónů lidí. (WHO, 2016)

**Celoživotní prevalence** se pohybuje od 3 % (Japonsko) do 16,9 % (USA), ve většině zemí se pohybuje mezi 8 - 12 %. V ČR je celoživotní prevalence depresivní poruchy 7,8 %. (Andrade et al, 2003)

**Jednoroční prevalence** velké depresivní poruchy je ve vyspělých zemích průměrně 5,5 % a v rozvojových zemích 5,9 %. (Kessler et al, 2010) První ataka velké depresivní poruchy může nastat v jakémkoliv věku, ale pravděpodobnost počátku onemocnění se značně zvyšuje s příchodem puberty. (APA, 2015) Ve většině zemí je obvyklý nástup první depresivní epizody ve věku 20 - 25 let. V Japonsku a v ČR se první ataka deprese objevuje později, kolem 30 let věku. (Andrade et al, 2003) Průměrná periodická prevalence deprese mezi adolescenty se uvádí okolo 3-4 %. (Fombonne, 1998) Diagnóza deprese v dětském věku je relativně vzácná, ačkoli mnoho dětí v období puberty a předškoláků má signifikantně internalizované symptomy dysforie a distresu. (Egger & Angold, 2006; Gross et al., 2006) Bodová prevalence (*point prevalence*) deprese v dětství se pohybuje v rozsahu 0,5-2,5 %. (Harrington, 1993)

Existuje zřetelný rozdíl v prevalenci v rámci **pohlaví**. Prevalence depresivní poruchy mezi muži a ženami je v rozvinutých zemích nejčastěji uváděná v poměru 1:2 (muži: ženy), (Piccinelli & Wilkinson, 2000; APA, 2015; Raboch & Zvolský et al, 2001; Liu et al., 2014), ačkoliv některé studie (např. Park et al., 2012), hlavně z Afrického kontinentu, toto nepotvrzují. (Simon, Chowdhary, Kaaya & Araya, 2009) Důvody, proč ženy častěji trpí depresivní poruchou, nejsou objasněny. (Baldwin & Birtwistle, 2002)

Diskutuje se rovněž faktor **věku**. Deprese u starších lidí je méně běžná, než deprese u mladých jedinců. (Ingram, Atchley & Segal, 2011; Kessler et al., 2010) Roční prevalence depresivní poruchy je v USA u jedinců od 18 do 29 let trojnásobně vyšší než prevalence u

jedinců, kterým je 60 let a více. (APA, 2015) Naopak, výzkum provedený v Číně odhaluje, že starší lidé jsou ohroženi depresivní epizodou častěji než mladí. (Liu et al, 2014) Mitchell & Subramaniam (2005) uvádí, že u starších pacientů bylo zjištěno vyšší riziko další depresivní epizody než u pacientů ve středním věku.

Rozdíly v prevalenci depresivní epizody mezi jednotlivými zeměmi naznačují, že **kulturní odlišnosti** nebo **odlišné rizikové faktory** mohou expresi deprese ovlivnit. (Weismann et al, 1996) Přes veškerou snahu výzkumníků se nedaří jasně postihnout kulturní faktory, které expresi deprese mezi jednotlivými kulturami ovlivňují. (Ingram, Atchley, Segal, 2011)

Mezi **další faktory** zvyšující výskyt deprese patří:

- Socioekonomické znevýhodnění (např. nízké vzdělání, negramotnost, chudoba); (Park et al, 2012; Simon, Chowdhary, Kaaya & Araya, 2009; Liu et al., 2014; Calvó-Perxas et al, 2015)
- Vystavení postiženého násilnému činu; (Simon, Chowdhary, Kaaya & Araya, 2009);
- Sociální izolace (např. rozvod, separace). Toto se týká hlavně mužské části populace; (Park et al, 2012; Simon, Chowdhary, Kaaya & Araya, 2009)
- Špatné rodinné prostředí a vztahy s dalšími lidmi; (Liu et al, 2014)
- Klimatické podmínky. V zemích, kde je méně světla a více chladu, bývá prevalence v populaci častější; (Vágnerová, 2012)
- Roční období. V letních měsících se deprese projevuje nejméně. (Vágnerová, 2012)
- Přítomnost jiné chronické nemoci.

### **3.5 Komorbidita**

Depresivní porucha často provází jiné chronické somatické či psychické onemocnění.

#### **3.5.1 Komorbidita deprese s jinými psychickými poruchami**

Depresivní epizody velké deprese jsou ve všech zemích silně komorbidní s jinými psychiatrickými onemocněními. (Andrade et al, 2003) Komorbidita velké depresivní poruchy s jinými psychickými poruchami roste společně s věkem pacienta. (Kessler et al, 2010; Mitchell & Subramaniam, 2005)

Kessler & Wang (2009) uvádí, že téměř 75 % lidí trpících depresí trpí ještě dalším psychiatrickým onemocněním. Podobné hodnoty uvádí i Otte (2008), kdy kolem 60-70 % pacientů s depresí má alespoň jednu komorbidní psychiatrickou nemoc a asi 30-40 % má dvě a více přidružených psychiatrických nemocí. Úzkostné poruchy a zneužívání alkoholových látek jsou nejčastější komorbidní poruchy.

Kessler et al (2003) uvádí, že 59 % lidí s celoživotní diagnózou deprese zároveň trpí i úzkostnou poruchou. Úzkostná porucha často předchází nástup depresivní poruchy. Nejsilnější vztahy byly zjištěny s generalizovanou úzkostnou poruchou a panickou poruchou. (Andrade et al, 2003)

Mezi další psychické poruchy, které jsou s depresí často komorbidní, patří poruchy spojené se zneužíváním návykových látek, mentální anorexie, mentální bulimie a hraniční porucha osobnosti. (APA, 2015)

U všech psychických poruch je zvýšené **riziko suicidia**. U 2/3 lidí trpící depresí se vyskytují suicidální myšlenky. 10 -15 % lidí s depresí suicidium dokoná. (Raboch & Zvolský et al, 2001) Dokonaná sebevražda je u mužů rovněž podstatně vyšší než u žen (ačkoliv je prevalence paradoxně vyšší u žen). (Moller-Leimkuhler, 2003)

### **3.5.2 Komorbidita deprese se somatickými nemocemi**

Ze somatických onemocnění je deprese přítomna hlavně u onkologických a kardiovaskulárních onemocnění, endokrinopatie (poruchy štítné žlázy, Addisonova choroba, dlouhodobá terapie kortikoidy, diabetes, obezita), nemocí revmatických, infekčních (hepatitida, mononukleóza, endokarditida), neurologických (roztroušená skleróza, centrální mozková příhoda, Parkinsonova choroba) a chronické bolesti. (Laňková & Raboch, 2013; Kang et al, 2015; Egede, 2007) Kessler et al. (2010) zjistil, že jednoroční komorbidita velké depresivní poruchy se somatickými nemocemi se ve vyspělých zemích s věkem snižuje.

Studie 30 801 dospělých lidí v USA zjistila, že jednoroční prevalence deprese u lidí trpících chronickou somatickou nemocí je 2,6 krát větší než u lidí bez chronické somatické nemoci. (Egede, 2007)

Studie provedená v 60 zemích světa, které se zúčastnilo 245 404 participantů, zjistila, že v průměru 9,3 % - 23,0 % participantů s jednou nebo více chronickými somatickými

nemocemi zároveň trpělo depresí (jednoroční komorbidita). 23 % participantů trpících dvěma a více somatickými nemocemi trpělo depresí. (Moussavi et al, 2007)

Kang et al. (2015) uvádí následující přehled studií komorbidity deprese se somatickými nemocemi. Komorbidní depresí (velká depresivní porucha) trpí:

- 10,8 % pacientů s rakovinou (Ng et al, 2011);
- 4,9 % u pacientů s rakovinou prsu (Kang et al, 2014);
- 25,5 % - 31 % pacientů přeživších mrtvici (Hackett M. L. & Pickles, 2014; So, 2014);
- 19,8 % pacientů s akutním koronárním syndromem (ACS) během hospitalizace (Thombs, 2006).

Laňková & Raboch (2013) uvádí následující statistiky jednoroční prevalence deprese u somatických onemocnění:

- 9,4 % chronicky nemocní celkově;
- 33 % hospitalizovaní pacienti celkově;
- 42 % hospitalizovaní onkologičtí pacienti celkově;
- 47 % cévní mozkové příhody;
- 45 % infarkt myokardu.

Deprese má negativní vliv na rozvoj výše zmíněných onemocnění, což zahrnuje zhoršenou kvalitu života a vyšší mortalitu pacientů, zhoršené projevy fyzických onemocnění, zvýšenou invaliditu a zvýšené výdaje na léčbu. (Kang et al, 2015; Moussavi et al, 2007)

### 3.6 Etiologie

Velká depresivní porucha je komplexní onemocnění a její etiologie je multifaktoriální. Sullivan et al, 2000; Saveanu & Nemeroff, 2012; Vágnerová, 2012

**Genetické faktory:** Dědičnost velké depresivní poruchy se pohybuje mezi 30 – 42 %, zatímco zbytek variability je dán faktory prostředí. (Sullivan et al, 2000) Studie dvojčat naznačují, že dědičnost depresivní poruchy se pohybuje dokonce až v 40 – 50 %. V rodinných studiích byl zjištěn dvojnásobný až trojnásobný nárůst celoživotního rizika rozvoje depresivní poruchy mezi příbuznými prvního stupně. (Lohoff, 2010)

V identifikaci a lokalizaci genu způsobující poruchy nálady stojí následující překážky: 1) za depresivní poruchu není zodpovědný pouze jediný gen, 2) každý další podezřelý gen přispívá jen v malé míře k celkovému genetickému riziku nemoci, 3) komplexní genetická heterogenita – nekolinásobně částečné překrývání souboru podezřelých genů (které interagují s prostředím) mohou predisponovat jedince k podobným syndromům, které jsou v klinických podmínkách nerozpoznatelné. (Lohoff, 2010)

Navzdory veškerým snahám nebyla dosud odhalena genetická variace, který by sama o sobě zapříčinila zvýšení rizika depresivní poruchy. Očekává se, že genetické varianty mají jen malý efekt na celkové riziko onemocnění. Pro rozvoj depresivní poruchy je zapotřebí mnoha genetických faktorů ve spojení s faktory environmentálními. (Lohoff, 2010)

**Neuroanatomické faktory:** Aktuální přístupy k depresi zahrnují několik kritických oblastí mozku a mozkových drah (*associated pathways*). Za použití magnetické rezonance byl u pacientů s depresivní poruchou zjištěn změněný objem některých oblastí mozku. Jde zejména o zmenšení velikosti hipokampu a *caudate nukleus* a nárůstu objemu hypofýzy. Zmíněné změny ve struktuře mozku jsou s největší pravděpodobností způsobeny stresem v období dětství, resp. v době kritického období vývoje mozku, než samotnou depresí. (Vythilingam et al, 2002) Saveanu & Nemeroff, (2012) uvádí PET studie (Drevets, 1999; Mayberg et al, 1999), jejichž výsledky podporují hypotézu, že je depresivní poruchu charakterizují abnormality v limbickém systému – v cerebrokortikálních okruzích, konkrétněji jde o sníženou aktivitu ve frontálních kortikálních oblastech a hyperaktivitu v amygdale a dalších limbických oblastech. Ve vztahu k depresi se jako nejdůležitější jeví *Subgenual cingulate kortex*; tato mozková oblast vykazuje výrazný pokles aktivity v odezvě na klinické zlepšení deprese po léčbě SSRI, elektrokonvulzivní terapií a dalšími novějšími terapiemi. Rovněž jde o cílovou oblast při léčbě hloubkovou mozkovou stimulací refrakterní deprese.

**Hormonální faktory:** Výzkumy ukazují, že existuje vztah mezi třemi hlavními mono-aminovými neurotransmitery v mozku (tj. dopamin, noradrenalin a serotonin) a specifickými symptomy velké depresivní poruchy. Symptomy deprese jsou spojeny s růstem nebo poklesem těchto neurotransmiterů. (Nutt, 2008; Saveanu & Nemeroff, 2012)

**Environmentální faktory:** Hlavním rizikem pro rozvoj deprese je **akutní stres**, tj. zkušenost s nepříznivou životní situací. Deprese se objevuje při zážitku ztráty ve smyslu self, stejně tak při ztrátě důležitých druhých či ztrátě vztahů, nebo ztráty hodnoty nebo

kompetence. (National research council, 2009) Dopad akutního stresu na jedince je však individuální (např. Folkman et al., 1986). Ačkoli akutní stres přispívá u zranitelných jedinců k rozvoji stresu, vztah stresu a deprese je oboustranný. Depresivní jedinci zakoušejí signifikantně více akutně-stresových situací, než zdraví jedinci. (National research council, 2009)

Dalším z environmentálních zdrojů deprese je **chronický stres**. Rovněž chronický stres a deprese má oboustranný efekt. Stres může zapříčinit depresivní ataku a deprese podřívá jedincovu schopnost vyrovnat se se stresem. Mezi časté chronické stresory patří sociodemografické a socioekonomické faktory a životní prostředí. (National research council, 2009)

Rozvoj deprese rovněž souvisí s obdobím, ve kterém bylo dítě vystavené **rané traumatické události**. Existují kritické období, kdy má traumatická událost zvláště silný dopad na vývoj daného jedince. Vystavení stresorům v dětství, jako např. zneužívání nebo zanedbávání během těchto zranitelných období, je jeden z hlavních důvodů, kdy environmentální faktory ovlivňují rozvoj depresivní poruchy. (Saveanu & Nemeroff, 2012) Trauma z raného životního období má dopad na klinický obraz deprese. Pacienti, kteří byli v dětství vystaveni traumatické události, měli dle Saveanu & Nemeroff (2012): a) nižší míru remise a uzdravení, b) delší trvání depresivních epizod, c) vyšší chronicitu nemoci, d) dřívější nástup depresivních symptomů. (Heim et al, 2008; Kaplan & Klinetob, 2000; Lara et al, 2000)

Nicméně, Collishaw et al. (2007) ukazuje, že část dětí, který byly vystavené zneužívání a zanedbávání, nebyla u nich rozvinutá ani deprese, ani jiné psychiatrické onemocnění. Resilience těchto dětí patrně souvisí s vnímanou pozitivní rodičovskou péčí, osobnostním stylem a kvalitou mezilidských vztahů.

### **3.7 Léčba**

Základním vodítkem pro volbu terapie deprese je intenzita aktuální depresivní epizody. U lehkých forem je dostačující psychoterapie. U těžších forem je nezbytná biologická léčba. (Raboch & Zvolský et al, 2001) Nejefektivnější je kombinace psychofarmak a psychoterapie. (Praško et al, 2012)

Cíle léčby se liší podle fáze onemocnění. V léčbě akutní fáze nemoci je hlavním cílem odstranění symptomů (dosažení remise). V další fázi je cílem udržet remisi a zabránit relapsu. Z tohoto důvodu se v léčbě pokračuje (pokračovací léčba). Pokračovací léčba by



měla trvat minimálně tři měsíce, optimální doba je šest měsíců. (Raboch & Zvolský et al., 2001; DeRubeis et al., 2008;

### **3.7.1 Biologická léčba**

Biologická léčba zahrnuje psychofarmaka, elektrokonvulzivní terapii a další méně obvyklé metody.

**Psychofarmaka:** K léčbě deprese se užívají farmaka ze skupiny antidepresiv. Jde o léky působící na patologicky pokleslou náladu a další příznaky depresivního syndromu. Spektrum doporučovaných antidepresiv se velmi rychle mění a rozšiřuje. (Raboch & Zvolský et al, 2001) Aktuálně existuje více jak 40 různých druhů antidepresiv s různými mechanismy účinku. (Svoboda et al., 2015) V současné době jsou antidepresivy první volby SSRI – selektivní inhibitory serotoninu. (Raboch & Zvolský et al, 2001); (Svoboda et al., 2015) Terapeutická účinnost jednotlivých antidepresiv je podobná – efekt se projeví u 50-75 % léčených pacientů. Rozdíly se mohou objevit ve frekvenci a intenzitě nežádoucích účinků. (Svoboda et al., 2015) Avšak, efektivita antidepresiv se projevuje spíše v potlačování depresivních symptomů nežli v léčebném efektu. Neexistují důkazy, že antidepresiva snižují budoucí riziko depresivní epizody, pokud je jejich užívání ukončeno. (APA, 2000).

**Elektrokonvulzivní terapie:** Užívá se u těžkých depresí s vysokým rizikem sebevraždy, psychotických, rekurentních, farmako-rezistentních depresí a také u depresí při demenci. Užívá se u bipolárních i unipolárních depresí. (Kohler, 2014; Raboch & Zvolský et al., 2001; Praško et al., 2012) Elektrokonvulzivní terapie patří mezi nejefektivnější metody léčby deprese, účinnost se uvádí kolem 71-94 %. (Praško et al, 2012; Kohler, 2014)

**Jiné metody:** Zde patří ne zcela obvyklé postupy, jako je fototerapie, spánková deprivace, transkraniální magnetická stimulace, elektrická stimulace vágového nervu (*vagus nerve*), behaviorální aktivace, neurofeedback, chronická stimulace Brodmannovy oblasti 25 (*subgenual cingulate region*). (Raboch & Zvolský et al, 2001; Praško et al, 2012; DeRubeis et al., 2008)

### **3.7.2 Psychoterapie**

Přestože posledních 30 let probíhá výzkum účinnosti psychologické léčby deprese, důkazy, že by jeden typ psychoterapie byl účinnější než jiný, chybí. (Saveanu & Nemeroff, 2012; van Oppen, 2008) Nejvíce prozkoumané formy psychoterapie deprese jsou kognitivně-behaviorální terapie a interpersonální terapie. (APA, 2017)

**Kognitivně behaviorální terapie (KBT):** KBT je typ terapie, ve kterém se pacient učí identifikovat a zvládat negativní myšlenky a vzorce chování, které přispívají k udržování deprese. Terapie pomáhá identifikovat škodlivé nebo negativní myšlenky, změnit nepřiměřené přesvědčení, změnit chování, které může depresi zhoršovat a interagovat s dalšími lidmi pozitivnějším způsobem. Dovednosti, které se pacient během terapie neučil, mu zůstávají. (APA, 2017; Praško et al., 2012; Baldwin & Birtwistle, 2002)

**Interpersonální terapie (IPT):** IPT je forma terapie, ve které se pacienti učí zlepšit své vztahy s druhými lidmi tím, že lépe vyjadřují své emoce a řeší problémy zdravějším způsobem. IPT pomáhá pacientům řešit a adaptovat se na problémové životní události, vybudovat sociální dovednosti a organizovat jejich vztahy, aby se zvýšila podpora copingových strategií s depresivními symptomy a životními stresory. (APA, 2017; Baldwin & Birtwistle, 2002)

**Jiné metody:** Dále se při léčbě deprese využívá např. podpůrné terapie, dynamické terapie, terapie zaměřené na problémy, nedirektivní poradenství (např. na osobu zaměřený přístup C. Rogerse), poradenství při zármutku (*bereavement counseling*) a skupinové terapie. (Praško et al., 2012; Baldwin & Birtwistle, 2002)

### 3.8 Stigmatizace, sebestigmatizace a copingové strategie u depresivní poruchy

**Podoba veřejného stigmatu depresivní poruchy:** Stigmatizace u afektivních poruch bývá méně intenzivní, než je tomu u schizofrenie a u závislosti. (Ocisková & Praško, 2015) Mezi nejčastější předsudečná přesvědčení vůči lidem trpícím depresí patří (Ocisková & Praško, 2015):

- Přesvědčení, že se onemocnění dá zvládnout silou vůle. (Coppens et al, 2013)
- Přesvědčení, že onemocnění je vadou charakteru postiženého.
- Přesvědčení, že nemoc má viníka.
- Přesvědčení, že nemoc je způsobena „vyšší mocí“.
- Přesvědčení, že lidé trpící depresí jsou nebezpeční a nepředvídatelní. (Nutt, 2008; Aromaa et al., 2011)

**Osobní (veřejné) stigma:** Ve finské studii, které se zúčastnilo 10 000 respondentů ve věku 18-80 let bylo zjištěno, že 86 % dotázaných považuje depresivní poruchu za skutečnou nemoc, avšak 41 % respondentů věří, že tato psychická porucha je známkou slabosti či přecitlivělosti a 58 % dotázaných věří, že lidé trpící depresí „by se měli dát dohromady“, tedy, že onemocnění se dá zvládnout vlastními silami a 62 % dotázaných věří, že lidé trpící depresí jsou nepředvídatelní. (Aromaa et al, 2011)

V jiné studii, která byla realizována v Německu, Maďarsku, Islandu a Portugalsku, jejíž vzorek tvoří 4011 respondentů, bylo zjištěno, že 48 % participantů sdílí názor, že lidé s depresí jsou nepředvídatelní, 35 % participantů se domnívá, že lidé s depresí mohou zvládnout svou nemoc vlastními silami, kdyby chtěli, a 32 % dotázaných by nevolilo politika, který trpěl depresí. (Coppens et al, 2013)

Lidé trpící depresivní či úzkostnou poruchou jsou v porovnání s lidmi trpící pouze tělesným onemocněním, vystaveni asi dvojnásobně zvýšené pravděpodobnosti stigmatizace a lidé, u kterých je úzkost či deprese komorbidní, je tato spojitost ještě vyšší. U lidí, kteří trpí chronickou tělesnou nemocí, byla mezi stigmatizací a jejich zdravotním stavem zjištěna relativně slabá spojitost. (Alonso et al., 2008)

Coppens et al. (2013) uvádí některé studie, které poukazují na to, že předsudky vůči depresi jsou spojovány hlavně se staršími lidmi, muži, lidmi méně sečtělými, menší obeznameností s psychickými nemocemi a lidmi s nižší úrovní vzdělání. (Aromaa et al., 2011; Connery & Davidson, 2006; Griffiths et al., 2008; Mann & Himelein, 2004)

Zdá se, že podle příslušnosti k určité sociodemografické skupině, existují rozdíly v důsledcích veřejného i internalizovaného stigmatu na postižené lidi. (Conner et al., 2010; Griffiths et al., 2008)

Vyšší úroveň znalostí o poruše a osobní kontakt s lidmi s danou poruchou předpovídají snížené osobní (tj. veřejné) stigma vůči lidem trpící depresí. (Grant et al., 2015) Vyšší míra osobního stigmatu je spojována s nižší otevřeností k léčbě deprese a přisuzování nižší hodnoty profesionální pomoci. (Coppens et al., 2013)

**Vnímané (předpokládané) stigma:** Z výše zmínění finské studie rovněž vyplývá, že pokud jde o vnímané stigma, 73 % respondentů uvedlo, že deprese může být druhými lidmi považována za zahanbující a stigmatizující nemoc a 66 % respondentů věří, že by jejich zaměstnání bylo ohroženo, pokud by se zaměstnavatel o jejich případných psychických problémech dozvěděl. (Aromaa et al., 2011)

Ve výše zmíněné studii ze čtyř evropských zemí bylo zjištěno, že vnímané stigma dosahuje u respondentů vyšších hodnot, než osobní stigma. 53 % dotázaných se domnívá, že „většina lidí věří, že lidé s depresí jsou nepředvídatelní“, 53 % uvedlo, že pokud by trpěli depresí, tak by to nikomu neříkali, 51 % se domnívá, že „většina lidí by nevolila politika, o kterém by věděli, že trpěl depresí“ a 50 % se domnívá, že „většina lidí věří, že lidé s depresí by se ze své situace dostali vlastními silami, kdyby chtěli“. (Coppens et al., 2013)

Rovněž lidé v USA s depresivní poruchou v primární péči očekávají, že budou stigmatizováni a že stigma bude mít negativní dopad na jejich možnost být zaměstnán, na zdravotní pojištění a na přátelské vztahy. (Roeloffs et al., 2003)

V mezinárodní studii, kterou tvořilo 17 výzkumů v 16 zemích světa, které se zúčastnilo 80 737 dospělých lidí, bylo zjištěno, že mezi lidmi, kteří trpí duševní poruchou či chronickým tělesným postižením, v současnosti vnímá stigmatizaci ze strany druhých lidí 13,5 % probandů (konkrétně 11,7 % dotázaných v rozvinutých zemích, v rozvojových zemích je toto číslo až dvojnásobně vyšší (tj. 22,1 %)). (Alonso et al, 2008)

Lidé se zvýšenou úrovní aktuální depresivní symptomatologie a také ženy uváděly zvýšené vnímané stigma vůči depresí. (Grant et al, 2015)

**Důsledky vnímaného stigmatu:** Vnímané stigma je spojováno se sníženou kvalitou života, sníženou sebe-úctou, zhoršenými pracovními výsledky a vykonáváním pracovní role, zvýšenými restrikcemi ve frekvenci či kvalitě sociálních a volnočasových aktivitách. Rovněž je vnímané stigma spojováno s větší závažností deprese, zvýšeným počtem neuspokojených

potřeb mentálního zdraví a sníženou adhezí k farmakologii (Brohan et al, 2010) a mírou akceptace určitého druhu léčby. (Givens et al, 2007)

Zvýšená úroveň vnímaného stigmatu předpovídá přesvědčení o prospěšnosti samostatném vypořádávání se s depresí a s depresí se suicidálními myšlenkami bez pomoci druhých. (Griffiths et al, 2011)

**Diskriminace:** V mezinárodní vícemístné průřezové studii, které se zúčastnilo 1082 lidí s depresivní poruchou, 79 % uvedlo zkušenost s diskriminací minimálně v jedné oblasti života. (Lasalvia et al, 2013) Podobný výsledek má i studie proběhnuvší ve státech Evropy, kde bylo ve vzorku 1182 lidí trpících bipolární či depresivní poruchou zjištěno, že 71,6 % těchto lidí vnímá střední nebo vysokou míru diskriminace ze strany druhých lidí. (Brohan et al, 2010)

**Sebestigmatizace:** Dle výzkumu, který byl realizován ve státech Evropy mezi lidmi trpícími bipolární či depresivní poruchou, 21,7 % účastníků nahlásilo střední až vysokou úroveň sebestigmatizace. (Brohan et al, 2010)

**Důsledky sebestigmatizace:** Ve studiích zabývajících se sebestigmatizací u pacientů s bipolární poruchou nebo depresivní poruchou bylo zjištěno, že sebestigmatizace zhoršuje kvalitu života, snižuje sebeúctu, snižuje morálku a zvyšuje vyhýbavé chování. Sebestigmatizace je rovněž spojována se závažnějším průběhem nemoci, negativními postoji vůči vyhledávání léčby a sníženou kompliancí v léčbě. (Brohan et al., 2010) Rovněž je sebestigmatizace spojována se sníženou spoluprací v psychosociální léčbě. (Fung et al., 2007)

Vyšší míra sebestigmatizace souvisí s vyšší úrovní depresivních (a psychotických) symptomů. (Boyd et al, 2016) Pocit odcizení nebo pocit devalvace coby člen společnosti, se jeví být aspektem internalizovaného stigmatu, které je v průběhu času silně propojeno se symptomy nemoci. (Ritscher & Phelan, 2004; Lysaker et al., 2007) Není však zcela jasné, které aspekty odcizení nejsilněji asociují se zvýšenými symptomy nemoci. (Boyd et al., 2016)

**Coping depresivních lidí:** Souvislost mezi závažností depresivních symptomů a vyhýbavou strategií je dobře zdokumentován. Vyhýbavý coping (např. vyhýbání se sociálním interakcím, únik do drog a alkoholu) často vede k depresivním náladám. (Manos et al., 2009) a má za následek zpoždění léčby (Ocisková & Praško, 2015)

**Postoj k pomoci a volba copingu:** Ve výzkumu provedeném ve čtyřech evropských zemích se ukázala vysoká míra otevřenosti k užití profesionální pomoci v případě, že by dotyčný zažil psychické zhroucení (82 %), rovněž vysoké procento účastníků (79 %) souhlasí, že v případě emocionálních problémů by se měly tyto problémy řešit profesionální pomocí. Přesto však účastníci v položce „v budoucnu možná využiji psychologické poradenství“ skórovali pouze v 40 % případů. 72 % dotázaných věří, že „je cosi obdivuhodného na lidech, kteří dokážou své problémy zvládat bez profesionální pomoci“ a 54 % souhlasí, že lidé by měli pracovat na svých vlastních problémech sami. (Coppens et al., 2013)

I další výzkumy potvrzují, že stigmatizace a sebestigmatizace souvisí se sníženým stupněm vyhledávání odborné pomoci. (Barney et al., 2006)

Lidé s depresivní poruchou užívají copingové strategie založené na vyhýbání se a popírání a mají potíže v nalezení pozitivních aspektů ve stresové situaci. (Orzechowska et al., 2013)

Muži mají oproti ženám tendenci depresi externalizovat, užívají „otupující“ strategie jako je zneužívání drog a alkoholu, vyhýbavé chování, dráždivost, emoční stažení se a zdrženlivost ve vyhledávání pomoci. (Oliffe & Philips, 2008; Moller-Leimkuhler, 2003) Celkově (v tomto smyslu bez spojitosti s depresí) je sebevražedné jednání je u mužů rovněž podstatně vyšší než u žen. (Moller-Leimkuhler, 2003)

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 4 Metodologie výzkumu

Výzkum využívá kvantitativní přístup. Důvodem je, že většina studií zabývajících se sebestigmatizací psychiatrických pacientů a copingovými strategiemi užívá právě kvantitativní metodologii. Díky tomu lze srovnat námi získané výsledky s výsledky studií dalších autorů. Výzkum má formu korelační studie. Data jsou získána pomocí psychologických testů a dotazníků. Metoda výběru vzorku je formou příležitostného výběru. Vyplněné baterie jsou sesbírány a jsou vyloučeny ty, které neodpovídají požadovaným kritériím. Data jsou převedeny do elektronické podoby (MS Excel 2013) a statisticky zpracovány (SPSS 17.0). Výsledky jsou popsány a interpretovány.

### 4.1 Význam výzkumu

- Zkoumání copingových strategií a sebestigmatizace může hrát podstatnou roli v pochopení lidí s psychickou poruchou a to zvláště pro odborníky ve zdravotnictví. (Holubová et al., 2016)
- Výzkum copingových strategií a sebestigmatizace může přispět k vývoji psychoedukačních a podpůrných strategií, které mohou pomoci pacientům rozvinout adaptivnější copingové strategie a redukovat internalizované stigma. (Holubová et al., 2016)

### 4.2 Cíle a hypotézy výzkumu

#### Cíle výzkumu

1. Zjistit, jaký je vztah mezi mírou depresivity a mírou sebestigmatizace u lidí s depresivní poruchou.
2. Zjistit, jaký je vztah mezi užívanými copingovými strategiemi a diagnózou depresivní poruchy.
3. Zjistit, jaký je vztah mezi mírou sebestigmatizace a užívanými copingovými strategiemi u lidí s depresivní poruchou.

## Hypotézy

Pod čarou uvádíme příslušné zdroje, o které jsme se při tvorbě hypotéz opírali.

1. Lidé trpící depresí vykazují stejnou míru sebestigmatizace (ISMI) jako lidé s jinými psychickými poruchami<sup>6</sup>.
2. U lidí trpících depresí s růstem míry sebestigmatizace (ISMI) roste míra depresivity (BDI-II).<sup>7</sup>
3. Lidé trpící depresí užívají stejnou míru pozitivních copingových strategií (SVF-78) jako zdravá populace.<sup>8</sup>
4. Lidé trpící depresí užívají vyšší míru negativních copingových strategií (SVF-78) než zdravá populace.<sup>9</sup>
5. Lidé trpící depresí užívají vyšší míru copingové strategie „vyhýbání se“ (SVF-78) než zdravá populace.<sup>10</sup>
6. Lidé trpící depresí s vyšší mírou sebestigmatizace (ISMI) užívají vyšší míru negativních copingových strategií (SVF-78) a tento vztah zůstává statisticky významný i po vyloučení vlivu depresivity (BDI-II).<sup>11</sup>
7. Lidé trpící depresí s vyšší mírou sebestigmatizace (ISMI) užívají nižší míru pozitivních copingových strategií (SVF-78) a tento vztah zůstává statisticky významný i po vyloučení vlivu depresivity (BDI-II).<sup>12</sup>
8. Lidé trpící depresí s vyšší mírou sebestigmatizace (ISMI) užívají vyšší míru copingové strategie „vyhýbání se“ (SVF-78) a tento vztah zůstává statisticky významný i po vyloučení vlivu depresivity (BDI-II).<sup>13</sup>

---

<sup>6</sup> Tato hypotéza je navržena na základě výsledků výzkumu Ociskové et al., 2014.

<sup>7</sup> Tato hypotéza je navržena na základě výsledků výzkumu Boydové et al., 2016.

<sup>8</sup> Tato hypotéza je navržena na základě výsledků výzkumu Holubové et al., 2016.

<sup>9</sup> Tato hypotéza je navržena na základě výsledků výzkumu Orzechowké et al., 2013.

<sup>10</sup> Tato hypotéza je navržena na základě výsledků výzkumu Orzechowké et al., 2013.

<sup>11</sup> Tato hypotéza je navržena na základě výsledků výzkumu Holubové et al., 2016.

<sup>12</sup> Tato hypotéza je navržena na základě výsledků výzkumu Holubové et al., 2016.

<sup>13</sup> Tato hypotéza je navržena na základě výsledků výzkumu Connera et al., 2010.



### 4.3 Metody získávání dat

Metody sběru dat byly vybrány na základě jejich hojného využívání v rámci výzkumů a rovněž byly užity v některých studiích, se kterými srovnáváme naše vlastní výsledky.

Byla sestavena testová baterie o 8 stranách<sup>14</sup>. Úvodní list testové baterie obsahuje základní informace o výzkumu, informovaný souhlas s účastí na výzkumu, souhlas s nahlédnutím do zdravotnické dokumentace pacienta a demografický a klinický dotazník.

Pro posouzení míry sebestigmatizace u lidí trpících depresivní poruchou je použita Škála internalizovaného stigmatu psychických poruch (ISMI). Metodou pro posouzení míry depresivity je Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II) a konečně, pro zjištění užívaných copingových strategií je použit dotazník Strategie zvládání stresu (SVF-78). Vypracování testové baterie trvá pacientovi asi 35 minut.

Následuje stručný popis použitých metod.

#### 4.3.1 Demografický dotazník

Demografický dotazník obsahuje následující položky:

- Pohlaví (*vybrat z možností*)
- Věk (*vypsát*)
- Dosažené vzdělání (*vybrat z možností*)
  - ZŠ (základní škola)
  - SOU (střední odborné učiliště)
  - SŠ (střední škola)
  - VOŠ (vyšší odborná škola)
  - VŠ (vysoká škola, univerzita)
- Aktuální zaměstnání (*vybrat z možností*)
  - Student/ka
  - Živnostník/ce
  - Nezaměstnaný/á
  - Invalidní důchod
  - Starobní důchod

---

<sup>14</sup> Viz příloha č. 4

- Rodinný stav (*vybrat z možností*)
  - Svobodný/á
  - Ženatý / vdaná
  - Registrované partnerství
  - Rozvedený/á
  - Vdovec / vdova
  - Jiné (*vypsat*)

#### **4.3.2 Klinický dotazník**

Klinický dotazník obsahuje následující položky:

- Diagnóza;
- Délka léčby deprese;
- Počet depresivních epizod během života;
- Počet hospitalizací;
- Medikace psychofarmaky – název a současná dávka;
- Aktuální komorbidita.

Předpokládáme, že klinický dotazník nebudou probandi schopni řádně vyplnit, buď proto, že dané informace neznají vůbec, nebo jen částečně anebo nepřesně. Daná klinická data budou řádně vypsána ze zdravotnické dokumentace probandů, samozřejmě, pokud budou souhlasit s účastí na výzkumu a s nahlédnutím do zdravotnické dokumentace. Dotazník je do testové baterie umístěn z důvodu, aby probandi nenabyli dojmu, že jsou při získávání klinických údajů z jejich zdravotnické dokumentace obcházeni a aby touto cestou získali přehled o tom, které informace z dokumentace používáme.

#### **4.3.3 Škála internalizovaného stigmatu psychických poruch (ISMI)**

Škálu internalizovaného stigmatu psychických poruch ISMI (*The Internalized Stigma of Mental Illness Scale*) původně vypracovala Jennifer Ritscherová (Boydová) s kolegy (2003). V roce 2014 byla přeložena a standardizována pro českou populaci Ociskovou s kolegy (2014). ISMI je sebestigmatizační metoda, která slouží k měření sebestigmatizace u jedinců s psychickou poruchou. Škála obsahuje 29 položek, které je možno hodnotit na čtyřstupňové

škále („rozhodně nesouhlasím“ až „rozhodně souhlasím“). Položky jsou rozděleny do 5 subtestů (Ocisková et al., 2014):

1. **Odcizení:** Měří míru toho, nakolik se pacient domnívá, že kvůli psychické poruše není plnohodnotným členem společnosti. Tento subtest měří 6 položek;
2. **Souhlas se stereotypy:** Měří míru, v níž jedinec souhlasí se stereotypy o lidech s psychickou poruchou. Tento subtest měří 7 položek;
3. **Vnímaná diskriminace:** Měří pacientovo hodnocení chování lidí z okolí vůči němu za předpokladu, že vědí o jeho psychické poruše. Tento subtest měří 5 položek;
4. **Stažení se ze společnosti:** Měří míru pacientova stažení se ze sociálních kontaktů. Tento subtest měří 6 položek;
5. **Odolnost vůči stigmatu:** Měří míru toho, jak moc je pacient schopen nepodlehout sebestigmatizaci.

Proband označuje jednu možnost na čtyřstupňové škále podle míry souhlasu s určitým tvrzením. Poté se sečtou skóre položek pro každou subškálu a tak získáme hrubá skóre subškál. Celkové skóre se získá součtem skóru všech subškál. Při vyhodnocování celkového skóre je potřeba invertovat položky subškály Odolnost vůči stigmatu, neboť je vůči ostatním subškálám inverzní. (Ocisková et al., 2014)

Vnitřní konzistence metody je  $\alpha = 0,93$  a test-retest po 3 týdnech od prvního měření  $r = 0,90$ . Výsledné skóre celé škály má normy založené na T-skóre. Průměr představují hodnoty T-skóre v rozmezí 40-60. Tomu odpovídají hodnoty 49-78 hrubého skóru. Normy pro subškály se zakládají na stenech. (Ocisková et al., 2014)

Časová náročnost pro vypracování se odhaduje na 5 až 10 minut. (Ocisková et al., 2014)

#### **4.3.4 Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II)**

Beckova sebesuzovací škála deprese (*Beck Depression Inventory-II*) je všeobecně akceptovaný nástroj pro měření hloubky deprese u pacientů s již diagnostikovanou depresivní poruchou a lze jej použít také jako detektor možné deprese u normální populace. Užívá se také jako nástroj, který dokáže validně oddělit zdravou a patologickou populaci. (Preiss & Vacíř, 1999)

Položky BDI-II jsou zaměřeny na afektivní, kognitivní, motivační a fyziologické symptomy deprese. Pacient posuzuje svůj stav za posledních 14 dní. (Preiss & Vacíř, 1999)

BDI-II obsahuje celkem 21 položek. Každá z položek je hodnocena na čtyřbodové škále od 0 po 3. Pokud pacient označí v rámci jedné položky více odpovědí, započítáváme tu s nejvyšším bodovým ohodnocením. U položky 16 a 18 je oproti ostatním položkám možnost odpovídat na škále o 7 stupních (0, 1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 3b). Maximální počet bodů, který může pacient obdržet je 63. (Preiss & Vacíř, 1999)

Ocisková s kolegy (v recenzním řízení) ověřovali základní psychometrické vlastnosti českého překladu této metody. Vnitřní konzistence metody se jeví velmi vysoká (ordinální alfa = 0,90 u pacientů a 0,93 u kontrol), stabilita v čase, hodnocená v odstupu dvou týdnů, se jeví jako uspokojivá (vnitroskupinový korelační koeficient  $r = 0,83$  u pacientů a  $0,77$  u kontrol).

Dle Ociskové s kolegy (v recenzním řízení) vykázalo nejvyšší senzitivitu a specifitu skóre 17, které mělo míru senzitivity 96,0 % a specifity 91,0 %. Pokud uijeme takovouto hodnotu cut-off skóru, získáme tak největší pravděpodobnost odhalení depresivní poruchy a zajistíme si tak nejnižší pravděpodobnost chybného přiřazení diagnózy depresivní poruchy danému jedinci. Skóre, které slouží jako mezník, kdy již lze mluvit o silné psychické nepohodě a mělo by proběhnout řádné vyšetření je skóre 13. Toto skóre vykazuje senzitivitu 98,3 % a specifitu 83,7 %. Vzhledem k tomu, že jde o screeningovou metodu, překročení cut-off skóru automaticky neznamená, že daný jedinec trpí depresivní poruchou.

Dále, ve výzkumu nebyl zjištěn vztah mezi závažností deprese a skórem BDI-II. Rovněž nebyly zjištěny rozdíly mezi hodnotami pacientů s první epizodou deprese a pacienty s periodickou depresivní poruchou. (Ocisková et al., v recenzním řízení)

BDI je možno využít jak u dospělých, tak u adolescentů nad 13 let. Lze jej administrovat písemně, nebo lze jednotlivé položky pacientovi předčítat. Administrace i s vyhodnocením trvá 5-10 minut. (Preiss & Vacíř, 1999)

#### **4.3.5 Dotazník strategií zvládnání stresu (SVF-78)**

Dotazník strategií zvládnání stresu SVF-78 (*Stressverarbeitungsfragebogen*) je odvozen z dotazníku SVF-120. Tuto zkrácenou verzi vypracovali Wilhelm Janke a Gisela Erdamnnová (Janke & Erdmann, 1997). Jde o multidimenzionální sebe posuzovací inventář zachycující individuální tendence pro nasazení různých způsobů reagování na stres v zátěžových situacích. (Švancara, 2003)

Konstrukce dotazníku je odvozena z Lazarusovy teorie stresu. Stres je v rámci této metody považován za psychický a somatický stav, který v určitém okamžiku (nebo časovém úseku) déletrvajícím anebo silnějším odchylku od obvyklé úrovně excitace. Stres se odvozuje od somatických a psychických změn. Ke zpracování stresu dochází prostřednictvím jednak biologicko-fyziologickými adaptačními mechanismy, jednak také psychickými procesy, jimiž jsou strategie zvládnání stresu. Tyto strategie jsou považovány za habituální rysy osobnosti, jsou tedy relativně stabilní v čase a jsou relativně nezávislé na druhu zátěžové situace. Metoda SVF-78 vychází z předpokladu, že copingové strategie jsou při zpracování stresu natolik vědomé, že se lze na ně pomocí verbálních technik dotázat. (Švancara, 2003)

Dotazník SVF-78 se skládá ze 13 subtestů, celkově obsahuje 78 položek, každý subtest odpovídá 6 položkám. Všechny položky jsou uvedeny větou „*Když jsem někým nebo něčím poškozen(a), vnitřně rozrušen(a) nebo vyveden(a) z míry...*“. Proband přiřazuje jednu z pěti hodnot („vůbec ne“ až „velmi pravděpodobně“). Dotazník obsahuje následující subtesty (Švancara, 2003):

1. **Podhodnocení:** Tendence ve srovnání s ostatními si přisuzovat menší míru stresu;
2. **Odmítání viny:** Tendence zdůraznit, že nejde o vlastní odpovědnost;
3. **Odklon:** Odklon od zátěžových situací / aktivit, případně příklon k situacím inkompatibilním se stresem;
4. **Náhradní uspokojení:** Tendence obrátit se k pozitivním situacím / aktivitám;
5. **Kontrola situace:** Tendence analyzovat situaci, plánovat a uskutečnit jednání za účelem kontroly a řešení problému;
6. **Kontrola reakcí:** Tendence zjistit nebo udržet kontrolu vlastních reakcí;
7. **Pozitivní sebeinstrukce:** Tendence přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly;
8. **Potřeba sociální opory:** Přání zajistit si pohovor, sociální oporu a pomoc;
9. **Vyhýbání se:** Předsevzetí zamezit zátěžím nebo se jim vyhnout;

10. **Úniková tendence:** Tendence (rezignační) vyváznout ze zátěžové situace
11. **Perseverace:** Neschopnost myšlenkově se odpoutat, dlouho přemítat;
12. **Rezignace:** Tendence vzdávat se s pocitem bezmocnosti, beznaděje;
13. **Sebeobviňování:** Tendence připisovat zátěže vlastnímu chybnému jednání.

Subtesty 1 – 7 hodnotí pozitivní strategie zvládnání stresu, subtesty 10 – 13 hodnotí negativní strategie zvládnání stresu. Subtesty 8 a 9 se neřadí ani mezi pozitivní ani mezi negativní. Vyžadují samostatnou interpretaci a měly by být zvažovány v kontextu ostatních strategií. Hrubé skóry každého subtestu se poté převádí na T-skóry. (Švancara, 2003)

Psychometrické vlastnosti SVF-78 pro českou verzi této metody pocházejí ze studie Isinga, Weyerse, Jankeho a Erdmannové (2001). Průměr celého souboru v testové oblasti pozitivních strategií je 12,22 se směrodatnou odchylkou 2,32, průměr testové oblasti negativních strategií je 10,52 se směrodatnou odchylkou 3,86. Strategie „potřeba sociální opory“ má průměr 12,89 se směrodatnou odchylkou 5,22 a strategie „vyhýbání se“ má průměr 11,97 se směrodatnou odchylkou 4,71. (Švancara, 2003)

U téměř všech subtestů a všech subtestových oblastí byly zjištěny hodnoty vnitřní konzistence a reliabilita zjišťovaná metodou split-half vyšší než 0,80, místy vyšší než 0,9. Pouze u subtestů „odklon“ a „kontrola situace“ jsou hodnoty oproti ostatním subtestům lehce snižené. (Švancara, 2003)

Doba sejmutí dat není omezena, předpokládá se, že zabere průměrně 15 minut. (Švancara, 2003)

#### **4.4 Průběh sběru dat**

Sběr dat probíhal od září 2016 do března 2017 v soukromých i veřejných psychiatrických zařízeních ambulantního i lůžkového typu, rovněž byly do výzkumu zapojeny ambulance praktických lékařů.

Výzkum probíhal v zařízeních na území Moravskoslezského, Zlínského a Jihomoravského kraje. Byly kontaktovány i některá zařízení na území hlavního města Prahy, Pardubického a Olomouckého kraje, avšak ty buď s účastí na výzkumu nesouhlasily, nebo na žádost o umožnění výzkumu neodpověděly<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Seznam zařízení, které se výzkumu zúčastnily, uvádím v příloze 3.

Během září až listopadu 2016 byla daná pracoviště kontaktována a dotázána, chtějí-li se zúčastnit výzkumu. Pokud vedení pracoviště souhlasilo, další postup se odvíjel v závislosti na tom, šlo-li o ambulantní nebo lůžkové zařízení.

V případě psychiatrické ambulance nám vedení ambulance sdělilo předpokládaný počet pacientů, kteří splňují kritéria zařazení do výzkumu. Na základě toho jsme do ambulance osobně nebo poštovně doručili patřičný počet testových baterií. Následně lékaři při pravidelných kontrolách příslušné pacienty poučili o výzkumu a navrhli jim účast. Pokud pacient s účastí souhlasil, byla mu předložena testová baterie a souhlas s nahlédnutím do zdravotnické dokumentace. Pacient tyto dokumenty vypracoval buď na místě (v čekárně), nebo si je mohl odnést domů a přinést řádně vyplněné při další pravidelné prohlídce. Probandům bylo umožněno vyplňovat testovou baterii po částech, kvůli možným omezením v důsledku jejich zdravotního stavu (zhoršená soustředěnost). Následně lékař na základě zdravotnické dokumentace řádně vypracoval klinický dotazník, který je součástí testové baterie. Na konci února 2017 nám byly tyto dokumenty poštovně zaslány zpět anebo jsme si je v ambulanci vyzvednuli osobně.

V případě sběru dat v některém z lůžkových psychiatrických zařízení nám rovněž vedení sdělilo předpokládaný počet pacientů, kteří splňují kritéria zařazení do výzkumu. Na základě toho jsme si připravili příslušný počet testových baterií, osobně navštívili dané pracoviště, vybrané pacienty poučili o výzkumu a navrhli jim účast. Pokud pacient s účastí souhlasil, byla mu předložena testová baterie a souhlas s nahlédnutím do zdravotnické dokumentace<sup>16</sup>. Pacient tyto dokumenty vypracoval na místě. Následně jsme ve spolupráci s lékařem na základě zdravotnické dokumentace pacienta řádně vypracovali klinický dotazník, který je součástí testové baterie. Toto neplatí pro pacienty Psychiatrické nemocnice Kroměříž, Nemocnice s poliklinikou Havířov a Psychiatrické nemocnice Brno, kde baterii testů administrovali přímo pracovníci zařízení, a data nám byla zaslána poštou.

Následně jsme zhodnotili, byly-li v testové baterii řádně vyplněny všechny položky. Testové baterie, které byly neúplné či obsahovaly informace, které neodpovídaly kritériím vstupu do výzkumu, byly z výzkumu vyřazeny.

---

<sup>16</sup> Psychiatrická nemocnice v Opavě požadovala užívání vlastní podoby souhlasu s nahlédnutím do zdravotnické dokumentace. V rámci tohoto zařízení bylo tedy pracováno s tímto dokumentem.

## **4.5 Etické aspekty výzkumu**

### **Souhlas s účastí na výzkumu**

První stránka testové baterie obsahuje poučení o účelu daného výzkumu a základních právech účastníka výzkumu, tak, by rozuměl povaze a důsledkům použitého výzkumného modelu a zároveň si byl vědom rizik a výhod, které z výzkumu plynou. Pacient stvrzuje souhlas s účastí na výzkumu volbou „ano“ v položce „Souhlasím s účastí na výzkumu“.

### **Ochrana soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu**

Aby mohl být zpracován klinický dotazník, vybraní pacienti v rámci baterie testů volili tvrzení „ano/ne“ v položce „Souhlasím s nahlédnutím do své zdravotnické dokumentace pro účely výzkumu“. Pokud zařízení vyžadovalo k provedení výzkumu užití vlastní podoby souhlasu s nahlížením do zdravotnické dokumentace, byl tento dokument probandovi rovněž předložen. Zvolená forma souhlasu s nahlédnutím do zdravotnické dokumentace byla zvolena po diskuzi s vedoucí práce na základě zachování anonymity daného probanda. Pokud by proband souhlas s nahlédnutím do dokumentace podepisoval, došlo by ke ztrátě anonymity daného jedince.

### **Posouzení rizik a možností jejich prevence**

Pacientům byla nabídnutá možnost nahlédnout do testové baterie ještě před rozhodnutím, chtějí-li se výzkumu zúčastnit, aby identifikovali případné položky, na které nechtějí odpovídat. Zamezili jsme tak případnému nepříjemnému překvapení probanda, zvýšili tak transparentnost výzkumu, snížili možnost, že proband upustí od své účasti na výzkumu při vyplňování testové baterie a konečně, zmírnili možnost, že proband bude vystaven vnitřnímu konfliktu tím, že odhalí pro něj nepříjemnou položku během vyplňování testové baterie, ale zároveň bude ve výzkumu pokračovat, protože jej již započal a nechce se výzkumníka dotknout odchodem z výzkumu.

V případě, že byla testová baterie administrována autorem této práce osobně, byli probandi rovněž seznámeni s možností zeptat se na jakýkoliv aspekt výzkumu, či testové baterie.



## 4.6 Statistické zpracování dat

Odhad velikost výzkumného vzorku (*sample size*) byl stanoven pomocí programu G\*power 3. Data z řádně vyplněných testových baterií byly přepsány do programu Microsoft Excel 2013. Statistická analýza dat proběhla za využití statistického programu SPSS 17.0.

Deskriptivní statistika obsahuje absolutní četnosti, relativní četnosti (procenta), u příslušného typu dat stanovené minima a maxima měřených proměnných, dále průměry a směrodatné odchylky.

Ověření rozložení normality dat (skóry ISMI, SVF-78, BDI-II, věk, počet prodělaných depresivních epizod, počet hospitalizací a délka léčby deprese) proběhlo za pomoci Shapiro-Wilkova testu.

Ze srovnávacích testů byl použit jednovýběrový T-test. Pro zjišťování korelací mezi proměnnými jsme užívali Pearsonův nebo Spearmanův korelační koeficient. Pro zjištění korelací s vyloučením vlivu třetí proměnné byla použita parciální korelace. Pro zjištění velikosti účinku jsou užívány hodnoty dle Cohena (1988). Hladina významnosti je ve výzkumu nastavena  $\alpha = 0,05$ .

## 5 Výzkumný vzorek

Kritéria byla zvolena tak, aby byl vzorek lidí s diagnózou deprese kontaminován co nejméně, zároveň jsme chtěli, aby se výzkumu zúčastnili pouze dospělí jedinci. Způsob výběru vzorku je na základě dobrovolnosti.

### 5.1 Kritéria výběru vzorku

Do výzkumu **jsou zařazeni** jedinci, kteří:

- Jsou starší 18 let;
- Mají diagnostikovanou unipolární depresivní poruchou, resp. s depresivní fází (F32) nebo periodickou (rekurentní) depresivní poruchou (F33) dle kritérií MKN-10;
- Souhlasí s účastí na výzkumu;
- Souhlasí s nahlédnutím do své zdravotnické dokumentace.

Do výzkumu **nejsou zařazeni** jedinci, kteří:

- Jsou mladší 18 let,
- Nesplňují kritéria pro depresivní fázi či periodickou depresivní poruchu dle MKN-10;
- Jsou intelektově subnormní (intelektovou vyspělost lékař posoudí klinickým odhadem);
- Jsou částečně, nebo zcela negramotní (nebudou schopni vypracovat testovou baterii);
- Trpí těžkou fází deprese s psychotickými příznaky (pravděpodobně nebudou schopni testovou baterii řádně vypracovat);
- Trpí současně psychotickým onemocněním;
- Trpí současně organickým onemocněním;
- Trpí současně disociální poruchou osobnosti;
- Trpí současně aktuálními závislostmi nebo zneužívají návykové látky.

Jiné přidružené poruchy jsou ve výzkumu tolerovány.

## **5.2 Charakteristika vzorku**

Bylo získáno celkem 53 vyplněných testových baterií. Z výzkumu bylo vyřazeno 9 testových baterií a to z toho důvodu, že u 2 baterií bylo v klinickém dotazníku uvedeno, že proband netrpí depresivní poruchou, nýbrž smíšenou úzkostnou a depresivní poruchou, což neodpovídá kritériím vstupu do výzkumu. U 7 baterií chyběly řádně vyplněné údaje. Celkově je pro výzkum tedy vhodných 44 testových baterií. Minimální velikost výzkumného souboru byla statisticky stanovena na 43 účastníků. Získaný počet použitelných testových baterií tedy velmi těsně splňuje toto kritérium.

Demografické charakteristiky výzkumného vzorku zachycuje tabulka číslo 1 a tabulka číslo 2.

**Tabulka 1: Demografické charakteristiky vzorku**

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Pohlaví</b>	Ženy	33	75,0
	Muži	11	25,0
Celkem		44	100,0
<b>Vzdělání</b>	ZŠ	2	4,5
	SOU	17	38,6
	SŠ	16	36,4
	VOŠ / VŠ	9	20,5
Celkem		44	100,0
<b>Zaměstnání</b>	Zaměstnaný / živnostník	20	45,5
	Nezaměstnaný	6	13,6
	Invalidní důchod	12	27,3
	Starobní důchod	6	13,6
Celkem		44	100,0
<b>Rodinný stav</b>	Svobodný/á	11	25,0
	Vdaná / ženatý	17	38,6
	Rozvedený/á	12	27,3
	Vdovec / vdova	4	9,1
Celkem		44	100,0

Vysvětlivky: N = absolutní počet; M = průměr; SD = směrodatná odchylka; r = korelace; p = p-hodnota; t = t-hodnota; df = stupně volnosti

**Tabulka 2: Věk ve vzorku**

<b>Věk</b>				
<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
44	21,00	73,00	49,07	11,49

Vysvětlivky: N = absolutní počet; M = průměr; SD = směrodatná odchylka; r = korelace; p = p-hodnota; t = t-hodnota; df = stupně volnosti

Z tabulky 1 a 2 je patrné, že ve vzorku převažovaly ženy nad muži (75 : 25 %). Nejčastější dosažené vzdělání bylo střední odborné učiliště (39 %) a středoškolské (36 %). Převažující část pacientů z výzkumného vzorku je zaměstnaná či jsou živnostníky (45 %). Ve vzorku převažují lidé ženatí / vdaní (39 %). Průměrný věk lidí ve výzkumném vzorku je 49 let.

Klinické charakteristiky výzkumného vzorku popisují tabulky 3 - 6. Tabulka 3 prezentuje počet hospitalizací, délku léčby (v letech) a počet prodělaných depresivních epizod. Na tyto položky neodpovědělo všech 44 probandů zařazených do výzkumu. Absolutní počty probandů odpovídajících na příslušnou položku jsou uvedeny v tabulce ve sloupci N.

**Tabulka 3: Klinické údaje**

Klinické údaje	N	Minimum	Maximum	M	SD
Počet hospitalizací	43	0	13,00	3,21	3,32
Délka léčby	41	0,20	25,00	7,10	7,13
Počet epizod	36	1,00	50,00	6,44	8,98

Vysvětlivky: N = absolutní počet; M = průměr; SD = směrodatná odchylka; r = korelace; p = p-hodnota; t = t-hodnota; df = stupně volnosti

Z tabulky 3 je patrné, že průměrně byli lidé ve výzkumném vzorku hospitalizováni třikrát. Délka léčby je průměrně 7 let a počet prodělaných epizod deprese je průměrně 6 za život.

To, kterým typem deprese probandi ve výzkumném vzorku trpí, uvádí tabulka 4. Ve třech případech nebylo v klinickém dotazníku uvedeno, o který typ deprese šlo. Tyto případy jsou v tabulce označeny jako „nespecifikovaná depresivní porucha“.

**Tabulka 4: Typ depresivní poruchy**

Deprese	N	%
F32.0	1	2,3
F32.1	13	29,5
F33.0	6	13,6
F33.1	21	47,7
Nspecifikována depresivní porucha	3	6,8
Celkem	44	100

Vysvětlivky: N = absolutní počet; M = průměr; SD = směrodatná odchylka; r = korelace; p = p-hodnota; t = t-hodnota; df = stupně volnosti

Nejčastějším typem deprese v našem vzorku je periodická depresivní porucha ve středně těžké fázi (48 %), druhá nejčastější diagnóza je středně těžká depresivní fáze (30 %). Většina pacientů ve vzorku netrpěla přidruženou psychickou nemocí (89 %). Tabulka 5 uvádí komorbidní psychické poruchy, které se ve výzkumném vzorku objevily.

**Tabulka 5: Komorbidita**

<b>Komorbidita</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Bez komorbidity	39	88,6
Emočně nestabilní porucha osobnosti; obsedantně-kompulzivní porucha	1	2,3
Nespecifikovaná úzkostná porucha	2	4,5
Rysy osobnosti závislé	1	2,3
Somatoformní poruchy – hypochondrická porucha	1	2,3
Celkem	44	100

Vysvětlivky: N = absolutní počet; M = průměr; SD = směrodatná odchylka; r = korelace; p = p-hodnota; t = t-hodnota; df = stupně volnosti

Tabulka 6 uvádí, ze které farmakoterapeutické skupiny daný počet probandů užívá medikaci. Položku týkající se medikace vyplnilo pouze 40 z celkového počtu probandů. Léčiva jsou v tabulce označena zkratkami, které jsou vysvětleny pod tabulkou.

**Tabulka 6: Medikace**

<b>Medikace</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
AD	8	20,0
AD, AP	7	17,5
AD, AP, ANX	6	15,0
AD, AP, ANX, STAB	5	12,5
AD, AP, STAB	4	10,0
AD, STAB	3	7,5
AD; ANX	5	12,5
AP, ANX	1	2,5
AP, STAB	1	2,5
celkem	40	100

Vysvětlivky: N = absolutní počet; M = průměr; SD = směrodatná odchylka; r = korelace; p = p-hodnota; t = t-hodnota; df = stupně volnosti; AD = antidepressiva; AP = antipsychotika; ANX = anxiolytika; STAB = stabilizátory nálady

Nejčastější farmakoterapeutickou skupinou léků užívanou v našem vzorku byla antidepresiva bez kombinace s jinými psychofarmaky (20 %). Významná část vzorku (18 %) užívala antidepresiva kombinované s antipsychotiky.

Výsledky probandů v SVF 78 popisuje tabulka 7. Ve výzkumu jsou využity výsledky pozitivních strategií (aritmetický průměr subtestů hodnotící pozitivní strategie zvládnání stresu), negativních strategií (aritmetický průměr subtestů hodnotící negativní strategie zvládnání stresu) a dvou strategií (samostatné subtesty), které vyžadují samostatnou interpretaci – strategie vyhledávání sociální opory a vyhýbání se (Švancara, 2003). Srovnání získaných dat s normou realizujeme v kapitole Výsledky.

**Tabulka 7: Výsledky SVF-78**

<b>SVF-78</b>	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Pozitivní strategie - celkem	44	5,00	19,14	12,26	3,54
Negativní strategie - celkem	44	4,75	22,50	15,93	3,29
Vyhledávání sociální opory	44	,00	22,00	13,06	6,31
Vyhýbání se	44	6,00	24,00	16,18	3,97

Vysvětlivky: N = absolutní počet; M = průměr; SD = směrodatná odchylka; r = korelace; p = p-hodnota; t = t-hodnota; df = stupně volnosti

Tabulka 8 uvádí výsledky probandů v ISMI - celkové skóre a subškály odcizení, souhlas se stereotypy, vnímaná diskriminace, stažení se ze společnosti a odolnost vůči stigmatu.

**Tabulka 8: Výsledky ISMI**

<b>ISMI</b>	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Celkem	44	43,00	91,00	67,20	11,98
Odcizení	44	6,00	23,00	15,27	4,01
Souhlas se stereotypy	44	9,00	23,00	14,25	2,88
Vnímaná diskriminace	44	5,00	17,00	10,75	2,74
Stažení se ze společnosti	44	6,00	22,00	13,84	3,51
Odolnost vůči stigmatu	44	7,00	15,00	11,61	1,83

Vysvětlivky: N = absolutní počet; M = průměr; SD = směrodatná odchylka; r = korelace; p = p-hodnota; t = t-hodnota; df = stupně volnosti

A konečně, tabulka 9 uvádí výsledky probandů v BDI-II ve srovnání s výsledky norem pro zdravou populaci a depresivní populaci dle Ociskové a kolegů (v recenzním řízení). Jak vidno, průměrné skóre depresivity (BDI-II) v našem vzorku je stejné, jako ve srovnávané skupině lidí s depresí, tedy 30 bodů.

**Tabulka 9: Výsledky BDI-II**

<b>BDI-II</b>	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Výzkumný vzorek	44	13	55	30,2	11,8
Normy - deprese	126	-	-	30,4	10,4
Normy - zdraví	126	-	-	8,1	7,9

Vysvětlivky: N = absolutní počet; M = průměr; SD = směrodatná odchylka; r = korelace; p = p-hodnota; t = t-hodnota; df = stupně volnosti

## 6 Výsledky výzkumu

### **Hypotéza 1: Lidé trpící depresí vykazují stejnou míru sebestigmatizace (ISMI) jako lidé s jinými psychickými poruchami.**

Pro potvrzení či odmítnutí první hypotézy je použit jedno-výběrový T-test. V našem vzorku se celkový průměr sebestigmatizace (ISMI) rovnal hodnotě  $M = 67,20$  se směrodatnou odchylkou  $SD = 11,98$ . Testová hodnota dle norem ISMI (Ocisková et al., 2014) byla stanovena na 63,5 (hodnota odpovídající T-skóru 50). Ukázalo se, že lidé s depresí v našem výzkumném vzorku vykazují vyšší míru sebestigmatizace, než jaká byla míra sebestigmatizace mezi lidmi ve srovnávané skupině,  $t(43) = 2,05$ ,  $p = 0,047$ .

Při převodu na T-skóry se však rozdíl jeví jako zanedbatelný, neboť průměrná hodnota hrubého skóru sebestigmatizace u našeho výzkumného vzorku ( $M = 67,20$ ) odpovídá T-skóru 52. V rámci stanovených norem je tato hodnota sebestigmatizace průměrná (normální T-skór odpovídá rozmezí 40-60) (Ocisková et al., 2014). Nicméně, vzhledem k existenci signifikantního rozdílu v sebestigmatizaci mezi depresivními lidmi v našem vzorku a mezi lidmi ve srovnávané skupině **hypotézu nepřijímáme.**

### **Hypotéza 2: U lidí trpících depresí s růstem míry sebestigmatizace (ISMI) roste míra depresivity (BDI-II).**

Pro zjištění správnosti této hypotézy je použit Spearmanův a Pearsonův korelační koeficient. Ve vzorku byla zjištěna silná kladná korelace mezi celkovým skórem sebestigmatizace (ISMI) a mírou depresivity (BDI-II),  $r = 0,67$ ,  $p < 0,001$ . Jeden ze subtestů ISMI – odolnost vůči stigmatu – neměl normální rozložení, proto je pro výpočet použit Spearmanův korelační koeficient. Pro výpočet korelací zbývajících čtyř subtestů ISMI (odcizení, souhlas se stereotypy, vnímaná diskriminace, stažení se ze společnosti), celkového skóre ISMI a celkového skóre BDI-II je použit Pearsonův korelační koeficient. Viz tabulky 10 a 11.



**Tabulka 10: Korelace mezi sebestigmatizací a mírou depresivních příznaků**

Psychodiagnostické metody		BDI-II: Celkem	
		r	p
ISMI	Celkem	<b>0,67</b>	0,001
	Odcizení	<b>0,66</b>	0,001
	Souhlas se stereotypy	<b>0,48</b>	0,001
	Vnímaná diskriminace	<b>0,56</b>	0,001
	Stažení se ze společnosti	<b>0,68</b>	0,001
	Odolnost vůči stigmatu	-0,27	0,69

Vysvětlivky: N = absolutní počet; M = průměr; SD = směrodatná odchylka; r = korelace; p = p-hodnota; t = t-hodnota; df = stupně volnosti

Všechny korelace v tabulce jsou signifikantní až na korelaci se subškálou „Odolnost vůči stigmatu“. Nicméně, vzhledem k tomu, že ostatní subškály korelují významně, tak i celkový skóre ISMI může statisticky významně korelovat s celkovým skórem BDI-II. **Hypotézu tedy přijímáme.**

**Hypotéza 3: Lidé trpící depresí užívají stejnou míru pozitivních copingových strategií (SVF-78) jako zdravá populace.**

Pro potvrzení či vyvrácení této hypotézy je použit jedno-výběrový T-test. V našem vzorku se celkový průměr pozitivních strategií (SVF-78) rovnal hodnotě  $M = 12,26$  se směrodatnou odchylkou  $SD = 3,54$ . Testová hodnota dle norem SVF-78 (Švancara, 2003) byla stanovena na 12,22. Ukázalo se, že lidé v našem výzkumném vzorku užívají stejnou míru pozitivních copingových strategií jako lidé ve srovnávané skupině  $t(43) = 0,08$ ,  $p = 0,93$ , neboť T-testem nebyl nalezen signifikantní rozdíl.

Pozitivní copingové strategie jsou složeným skórem ze 7 jednotlivých strategií (viz kapitola Metody získávání dat). Výsledky T-testu u jednotlivých strategií a u celkového (složeného) skóre „pozitivní copingové strategie“ prezentuje tabulka 11.

**Tabulka 11: Pozitivní copingové strategie T-test**

Pozitivní strategie	N	t	df	p
Pozitivní strategie - celkem	44	0,08	43	0,93
Podhodnocení	44	-0,95	43	0,34
Odmítání viny	44	1,21	43	0,23
Odklon	44	1,06	43	0,29
Náhradní uspokojení	44	2,59	43	<b>0,01</b>
Kontrola situace	44	-3,84	43	<b>0,001</b>
Kontrola reakcí	44	-1,73	43	0,08
Pozitivní sebeinstrukce	44	-4,56	43	<b>0,001</b>

Vysvětlivky: N = absolutní počet; M = průměr; SD = směrodatná odchylka; r = korelace; p = p-hodnota; t = t-hodnota; df = stupně volnosti

Jak je vidět z tabulky 11, lidé ve výzkumném vzorku se od srovnávané skupiny signifikantně lišili pouze ve strategiích „náhradní uspokojení“, „kontrola situace“ a „pozitivní sebeinstrukce“, což na významný rozdíl mezi celkovými pozitivními strategiemi mezi vzorkem a zdravou skupinou nestačilo. **Hypotézu tedy přijímáme.**

**Hypotéza 4: Lidé trpící depresí užívají vyšší míru negativních copingových strategií (SVF-78) než zdravá populace.**

Pro potvrzení či vyvrácení první hypotézy je použit jedno-výběrový T-test. V našem vzorku se celkový průměr negativních strategií (SVF-78) rovnal hodnotě  $M = 15,93$  se směrodatnou odchylkou  $SD = 3,29$ . Testová hodnota byla dle norem SVF-78 (Švancara, 2003) stanovena na 10,52. Dle výsledků, lidé v našem výzkumném vzorku užívají vyšší míru negativních copingových strategií, než lidé ve srovnávané skupině,  $t(43) = 10,89$ ,  $p = 0,001$ . Negativní copingové strategie jsou složeným skórem ze 4 jednotlivých strategií (viz kapitola Metody získávání dat). Výsledky T-testu u jednotlivých strategií prezentuje tabulka 12.

**Tabulka 12: Negativní copingové strategie T-test**

Negativní strategie	N	t	df	p
Únikové tendence	44	11,98	43	<b>0,001</b>
Perseverace	44	4,14	43	<b>0,001</b>
Rezignace	44	10,50	43	<b>0,001</b>
Sebeobviňování	44	7,82	43	<b>0,001</b>

Vysvětlivky: N = absolutní počet; M = průměr; SD = směrodatná odchylka; r = korelace; p = p-hodnota; t = t-hodnota; df = stupně volnosti

Z tabulky 12 je patrné, že všechny 4 strategie, ze kterých se skládá celkový skóre negativních strategií, se signifikantně odlišují od norem. **Hypotézu tedy přijímáme.**

**Hypotéza 5: Lidé trpící depresí užívají vyšší míru copingové strategie „vyhýbání se“ (SVF-78) než zdravá populace.**

Pro potvrzení či vyvrácení této hypotézy je použit jedno-výběrový T-test. V našem vzorku se celkový průměr copingové strategie „vyhýbání se“ rovnal hodnotě  $M = 16,18$  se směrodatnou odchylkou  $SD = 3,97$ . Testová hodnota byla dle norem SVF-78 (Švancara, 2003) stanovena na 11,44. Dle výsledků lidí, v našem výzkumném vzorku užívají vyšší míru copingové strategie „vyhýbání se“, než zdravá populace,  $t(43) = 7,90$ ,  $p = 0,001$ . **Hypotézu tedy přijímáme.**

**Hypotéza 6: Lidé trpící depresí s vyšší mírou sebestigmatizace (ISMI) užívají vyšší míru negativních copingových strategií (SVF-78) a tento vztah zůstává statisticky významný i po vyloučení vlivu depresivity (BDI-II).**

Pro zjištění správnosti této hypotézy je použita parciální korelace, aby se ve vztahu sebestigmatizace (ISMI) a negativních copingových strategií (SVF-78) mohl vyloučit vliv depresivity (BDI-II). Byla totiž zjištěná středně silná pozitivní parciální korelace mezi sebestigmatizací (ISMI) a negativními strategiemi zvládnání stresu (SVF-78),  $r = 0,38$ ;  $p < 0,01$ .

Vzhledem k tomu, že negativní copingové strategie jsou složeným skórem ze 4 dílčích strategií (únikové tendence, perseverace, rezignace a sebeobviňování), v tabulce 13 prezentují parciální korelace mezi jednotlivými strategiemi (SVF-78) a celkovou hodnotou sebestigmatizace (ISMI).

**Tabulka 13: Parciální korelace ISMI a negativní copingové strategie SVF-78**

Psychodiagnostické metody		ISMI: Celkem	
		r	p
<b>SVF-78: Negativní copingové strategie</b>	Negativní strategie - celkem	<b>0,39</b>	0,01
	Únikové tendence	0,27	0,08
	Perseverace	0,17	0,26
	Rezignace	<b>0,49</b>	0,001
	Sebeobviňování	0,21	0,17

Vysvětlivky: N = absolutní počet; M = průměr; SD = směrodatná odchylka; r = korelace; p = p-hodnota; t = t-hodnota; df = stupně volnosti

Jak vidno, pouze strategie „rezignace“ signifikantně středně silně koreluje s celkovým skórem ISMI, ostatní tři strategie nikoliv, tedy, pouze tuto strategii lze považovat za důsledek vlivu sebestigmatizace na užívání negativních copingových strategií. Ostatní tři strategie (únikové tendence, perseverace, sebeobviňování) nikoliv. Celkové skóre negativních strategií proto v parciální korelaci statisticky významně korelovalo se sebestigmatizací, proto **hypotézu přijímáme**.

Pro potřeby diskuze je potřeba ještě zmínit, že korelace mezi celkovými negativními strategiemi (SVF-78) a celkovou sebestigmatizací (ISMI) byla signifikantní i za použití prosté Pearsonovy korelace bez vyloučení vlivu depresivity (BDI-II),  $r = 0,63$ ,  $p < 0,001$ .

**Hypotéza 7: Lidé trpící depresí s vyšší mírou sebestigmatizace (ISMI) užívají nižší míru pozitivních copingových strategií (SVF-78) a tento vztah zůstává statisticky významný i po vyloučení vlivu depresivity (BDI-II).**

Pro zjištění správnosti této hypotézy je použita parciální korelace, aby se ve vztahu sebestigmatizace (ISMI) a pozitivních copingových strategií (SVF-78) mohl vyloučit vliv

depresivity (BDI-II). Výsledná korelace,  $r = 0,08$ ,  $p < 0,62$  však není signifikantní. Pro potřeby diskuze je potřeba ještě zmínit, že korelace mezi celkovými pozitivními strategiemi (SVF-78) a celkovou sebestigmatizací (ISMI) nebyla signifikantní i za použití prosté Pearsonovy korelace bez vyloučení vlivu depresivity (BDI-II),  $r = -0,20$ ,  $p < 0,18$ .

Vzhledem k tomu, že pozitivní copingové strategie jsou složeným skórem ze 7 dílčích strategií (podhodnocení, odmítání viny, odklon, náhradní uspokojení, kontrola situace, kontrola reakcí, pozitivní sebeintrukce), v tabulce 14 prezentují parciální korelace mezi jednotlivými strategiemi (SVF-78) a celkovou hodnotou sebestigmatizace (ISMI).

**Tabulka 14: Parciální korelace ISMI a pozitivní copingové strategie**

Psychodiagnostické metody		ISMI: Celkem	
		r	p
<b>SVF-78: Pozitivní copingové strategie</b>	Pozitivní strategie - celkem	0,08	0,62
	Podhodnocení	0,05	0,77
	Odmítání viny	-0,18	0,24
	Odklon	0,24	0,12
	Náhradní uspokojení	0,29	0,055
	Kontrola situace	-0,10	0,51
	Kontrola reakcí	0,04	0,80
	Pozitivní sebeintrukce	0,00	0,97

Vysvětlivky: N = absolutní počet; M = průměr; SD = směrodatná odchylka; r = korelace; p = p-hodnota; t = t-hodnota; df = stupně volnosti

Z prezentovaných výsledků je patrné, že žádná ze sedmi strategií tvořící složený skór „pozitivní copingové strategie“ není statisticky významná, což ve výsledku určuje statistickou nevýznamnost korelace mezi pozitivními copingovými strategiemi a celkovým skórem ISMI. Na základě těchto informací **hypotézu tedy nepřijímáme.**

**Hypotéza 8: Lidé trpící depresí s vyšší mírou sebestigmatizace (ISMI) užívají vyšší míru copingové strategie „vyhýbání se“ (SVF-78) a tento vztah zůstává statisticky významný i po vyloučení vlivu depresivity (BDI-II).**

Pro zjištění správnosti této hypotézy je použita parciální korelace, aby se ve vztahu mezi sebestigmatizací (ISMI) a copingovou strategií „vyhýbání se“ (SVF-78) mohl vyloučit vliv depresivity (BDI-II). Výsledná parciální korelace,  $r = -0,08$ ;  $p < 0,58$  však není statisticky významná. Pro potřeby diskuze je potřeba ještě zmínit, že korelace mezi strategií „vyhýbání se“ (SVF-78) a celkovou sebestigmatizací (ISMI) nebyla signifikantní ani za použití prosté Pearsonovy korelace bez vyloučení vlivu depresivity (BDI-II),  $r = 0,01$ ;  $p < 0,94$ . **Hypotézu tedy nepřijímáme.**

## **6.1 Shrnutí výsledků výzkumu**

***Hypotéza 1: Lidé trpící depresí vykazují stejnou míru sebestigmatizace (ISMI) jako lidé s jinými psychickými poruchami.***

Lidé v našem výzkumném vzorku se v míře sebestigmatizace statisticky významně liší od lidí s jinými psychickými poruchami ( $t(43) = 2,05$ ,  $p = 0,047$ ). Po převodu výsledku na T-skór zjistíme, že se lidé v našem vzorku trpí zvýšenou sebestigmatizací jen mírně nad normou (T-skór 52). Nicméně, vzhledem k existenci signifikantního rozdílu v sebestigmatizaci mezi depresivními lidmi v našem vzorku a mezi lidmi ve srovnávané skupině hypotézu **nepřijímáme.**

***Hypotéza 2: S růstem míry sebestigmatizace (ISMI) roste míra depresivity (BDI-II).***

Ve vzorku byla zjištěna silná kladná korelace ( $r = 0,67$ ,  $p < 0,001$ ) mezi celkovým skórem sebestigmatizace a mírou depresivity. Hypotézu **přijímáme.**

***Hypotéza 3: Lidé trpící depresí užívají stejnou míru pozitivních copingových strategií (SVF-78) jako zdravá populace.***

Nebyl zjištěn signifikantní rozdíl v užívání pozitivních copingových strategií mezi lidmi v našem výzkumném vzorku a zdravou populací. Hypotézu tedy **přijímáme.**

***Hypotéza 4: Lidé trpící depresí užívají vyšší míru negativních copingových strategií (SVF-78) než zdravá populace.***

Lidé v našem výzkumném vzorku užívají vyšší míru negativních copingových strategií, než lidé ve srovnávané skupině,  $t(43) = 10,89$ ,  $p = 0,001$ . Hypotézu tedy **přijímáme**.

***Hypotéza 5: Lidé trpící depresí užívají vyšší míru copingové strategie „vyhýbání se“ (SVF-78) než zdravá populace.***

Lidé v našem výzkumném vzorku užívají signifikantně vyšší míru copingové strategie „vyhýbání se“, než zdravá populace,  $t(43) = 7,90$ ,  $p = 0,001$ . Hypotézu tedy **přijímáme**.

***Hypotéza 6: Lidé trpící depresí s vyšší mírou sebestigmatizace (ISMI) užívají vyšší míru negativních copingových strategií (SVF-78) a tento vztah zůstává statisticky významný i po vyloučení vlivu depresivity (BDI-II).***

Mezi sebestigmatizací a negativními strategiemi zvládnání stresu jsme, i přes vyloučení vlivu depresivity, odhalili středně silnou pozitivní korelaci,  $r = 0,38$ ;  $p < 0,01$ . Hypotézu tedy **přijímáme**.

***Hypotéza 7: Lidé trpící depresí s vyšší mírou sebestigmatizace (ISMI) užívají nižší míru pozitivních copingových strategií (SVF-78) a tento vztah zůstává statisticky významný i po vyloučení vlivu depresivity (BDI-II).***

Při vyloučení vlivu depresivity nebyl zjištěn signifikantní vztah mezi mírou sebestigmatizace a užíváním pozitivních copingových strategií. Hypotézu tedy **nepřijímáme**.

***Hypotéza 8: Lidé trpící depresí s vyšší mírou sebestigmatizace (ISMI) užívají vyšší míru copingové strategie „vyhýbání se“ (SVF-78) a tento vztah zůstává statisticky významný i po vyloučení vlivu depresivity (BDI-II).***

Při vyloučení vlivu depresivity nebyl zjištěn signifikantní vztah mezi mírou sebestigmatizace a užíváním copingové strategie "vyhýbání se". Hypotézu tedy **nepřijímáme**.

## 7 Diskuze

***Hypotéza 1: Lidé trpící depresí vykazují stejnou míru sebestigmatizace (ISMI) jako lidé s jinými psychickými poruchami.***

Tuto hypotézu se nám nepodařilo potvrdit. Výsledky ukazují, že existuje signifikantní rozdíl mezi mírou sebestigmatizace (ISMI) u lidí s diagnostikovanou depresí v našem vzorku a lidí s jinými psychickými poruchami ze srovnávané skupiny. Hypotéza byla stanovena na základě studie Ociskové s kolegy (2014), ve které zaznívá, že pacienti s rozdílnými psychickými poruchami (organické poruchy, návykové poruchy, psychotické poruchy, afektivní poruchy, neurotické poruchy) se v míře sebestigmatizace statisticky významně odlišovali pouze v subškále „odolnost vůči stigmatu“, kterýžto rozdíl byl však zanedbatelný.

Přes veškerou snahu se nám nepodařilo najít studii, která by zdokumentovala výraznější hloubku sebestigmatizace u lidí s depresí v porovnání s jinými psychickými poruchami. Dostupné jsou pouze studie zachycující míru výskytu sebestigmatizace mezi psychickými poruchami (např. Brohan et al., 2010a; Brohan et al., 2010b), nikoliv hloubku sebestigmatizace. Z tohoto důvodu nemůžeme výsledky našeho výzkumu srovnat s jinými výzkumy, ani je ukotvit v teorii.

Vzhledem k tomu že celková míra sebestigmatizace měřená škálou ISMI pozitivně koreluje s nástroji měřící míru depresivity (CES-D,  $r = 0,53$ ,  $p < 0,001$ ; BDI-II,  $r = 0,61$ ,  $p < 0,001$ ; CGI-S,  $r = 0,41$ ,  $p < 0,001$ ) (Ocisková et al., 2014), může být problematické určit, zda jsou námi získané hodnoty míry sebestigmatizace dané skutečně sebestigmatizací, nebo jde o symptomy deprese (např. „odcizení“, které je považováno za jeden z příznaků deprese (Ritscher & Phelan, 2004), koreluje středně silně ( $r = 0,52$ ,  $p < 0,001$ ) s celkovým skórem depresivity měřeným BDI-II.

***Hypotéza 2: U lidí trpících depresí s růstem míry sebestigmatizace (ISMI) roste míra depresivity (BDI-II).***

Tuto hypotézu se nám podařilo potvrdit, přičemž jsme zjistili silnou pozitivní korelaci ( $r = 0,67$ ,  $p < 0,001$ ) mezi mírou sebestigmatizace (ISMI) a mírou depresivity (BDI-II). Tento výsledek není překvapující, neboť mnoho studií (např. Ocisková et al., 2014b; Ritscher et al., 2003; Livingston & Boydová, 2010) poukazuje na silnou spojitost mezi mírou sebestigmatizace a intenzitou deprese. Důvodem je negativní emocionální odezva pramenící



z přijetí negativních stereotypů společnosti, snížená sebeúcta (*self-esteem*) a osobní zdatnost (*self-efficacy*) a sebediskriminační jednání vystupující z negativních myšlenek a emocí vůči vlastní osobě. (Corrigan & Watson, 2002a; Link, 1987)

Nicméně, jak jsme již zmínili v textu výše, rovněž zde může mít vliv fakt, že škála ISMI vysoce pozitivně koreluje se inventářem BDI-II ( $r = 0,61$ ,  $p < 0,001$ ), takže výsledek lze interpretovat i tak, že se do celkového skóre sebestigmatizace (ISMI) promítla míra depresivity (BDI-II). Depresivní poruchu provází změny kognitivních funkcí, jako je negativní automatické myšlení, neadekvátní generalizace, pesimismus a negativní postoj vůči světu i vlastní osobě. (Raboch & Zvolský et al., 2001; WHO, 2006) Zvýšená míra sebestigmatizace tak může být projevem zvýšené míry depresivity.

***Hypotéza 3: Lidé trpící depresí užívají stejnou míru pozitivních copingových strategií (SVF-78) jako zdravá populace.***

Hypotézu se podařilo potvrdit. Dle výsledku našeho výzkumu neexistuje signifikantní rozdíl v užívání pozitivních copingových strategií mezi zdravou populací a depresivními lidmi v našem výzkumu. Tento výsledek je v souladu s výsledky Holubové et al. (2016), kde však autoři výsledek přičítají vlivu nízké závažnosti symptomů ve svém výzkumném vzorku, takže závažnost nemoci neovlivnila míru užívání pozitivních copingových strategií. Nutno podotknout, že studie Holubové et al. (2016) pracovala se vzorkem schizofrenních pacientů.

V našem výzkumném vzorku byla průměrná míra depresivity 30,2 bodů ( $SD = 11,8$ ). Dle studie Ociskové et al. (v recenzním řízení) nelze dle celkového skóre v BDI-II určit intenzitu deprese daného jedince, neboť mezi skórem BDI-II a diagnózou lehké, střední a těžké deprese nebyl nalezen statisticky významný rozdíl. V tomto ohledu nelze přičítat nepotvrzení hypotézy slabým příznakům deprese u pacientů ve vzorku, protože BDI-II toto nerozlišuje.

Procentuální zastoupení středně těžké deprese v našem vzorku je 78 % (F32.1 a F33.1). Pouze 16 % vzorku trpělo lehkou fází deprese (F32.0 a F33.0) a 7 % vzorku nemělo typ deprese specifikován. Pacienti v remisi nebyli do výzkumu zařazeni. V této práci nebyla stanovená hypotéza, která by se soustřeďovala na vliv míry depresivity (konkrétní diagnózy) na užití určitých copingových strategií, ale pouze srovnání copingových strategií zdravé populace s lidmi s diagnózou deprese bez ohledu na její hloubku. Přesto, vzhledem

k zastoupení středně těžké deprese ve vzorku, se nelze domnívat, že by výsledek byl ovlivněn slabými příznaky deprese u lidí ve vzorku.

Jedno z možných vysvětlení našeho výsledku bychom mohli najít v perspektivě pozitivní psychologie. Zastánci tohoto psychologického směru tvrdí, že i nemocní lidé mají k dispozici adaptivní zdroje zvládnání. Ve výzkumu Macaskillové (2012) velká část výzkumného vzorku depresivních lidí zmínilo, že jejich nemoc má i určité pozitivní aspekty, jako např. akcelerace osobního rozvoje a ocenění života. Mezi konkrétní copingové strategie využívané lidmi s depresivní poruchou, které lze považovat za adaptivní, patří např. praktikování zdravějšího životního stylu a zvládnutelné strukturování běžné dne. To vše by mohlo vysvětlovat stejnou úroveň užívání pozitivních copingových strategií u lidí s depresí a u zdravé populace.

***Hypotéza 4: Lidé trpící depresí užívají vyšší míru negativních copingových strategií (SVF-78) než zdravá populace.***

Tuto hypotézu se nám podařilo potvrdit. Při ověřování hypotézy nedošlo k žádnému překvapení. V literatuře je popsáno (např. Orzechowska et al., 2013; Manos et al., 2009) užívání negativních copingových strategií lidmi trpícími depresivní poruchou ve srovnání se zdravou populací.

Depresivní lidé se silně zaměřují na zmírnění nepříjemných emocí (Orzechowska et al., 2013), které jsou součástí klinického obrazu deprese (WHO, 2006). Mezi nejčastěji zmiňované negativní strategie užívané lidmi s depresí patří vyhýbání se, popírání a rezignace. Rovněž obtížně nalézají ve stresových situacích pozitivní aspekty. Důvodem pro negativní zhodnocování situace a životních událostí lidmi s depresí je narušení kognitivních funkcí vlivem deprese (Orzechowska et al., 2013). Tento úhel pohledu je v souladu s Lazarusovou kognitivní teorií stresu (Lazarus & Folkmanová, 1984).

***Hypotéza 5: Lidé trpící depresí užívají vyšší míru copingové strategie „vyhýbání se“ (SVF-78) než zdravá populace.***

Tuto hypotézu se nám podařilo potvrdit. Vyhýbání se patří mezi, v literatuře, nejčastěji zmiňované copingové strategie využívané lidmi s depresí, protože ti se takto snaží mírnit nepříjemné emoce. (Orzechowska et al., 2013)

Srovnání našich výsledků s výsledky studie Orzechowske et al. (2013) stěžuje fakt, že užíváme odlišný nástroj pro měření užitých copingových strategií. Náš nástroj SVF-78 zjišťuje 13 copingových strategií, které rozděluje na 2 skupiny – pozitivní strategie a negativní strategie a 2 samostatné strategie, které nejsou zařazené ani do jedné skupiny a vyžadují samostatnou interpretaci. Mezi tyto dvě nezařazené strategie spadá také strategie „vyhýbání se“ (Švancra, 2003). Orzechowska et al. (2013) užívá pro měření copingu COPE (Coping Orientations to Problems), sebeuposuzovací nástroj o 60 otázkách, které sytí 15 strategií, které tvoří 4 skupiny copingových strategií: zaměření se na problém, zaměření se na emoce, vyhledávání podpory a vyhýbavé chování. Ve výsledcích studie autoři uvádí, že depresivní lidé oproti zdravé populaci ve zvýšené míře užívají strategie založené na „vyhýbání se“. Lze pouze předpokládat, že koncept strategie „vyhýbání se“ v SVF-78 a v COPE měří stejný fenomén. Pro toto zjištění by bylo vhodné mít více informací o výsledcích ve srovnávaném výzkumu a o psychometrickém srovnání obou měřících nástrojů.

***Hypotéza 6: Lidé trpící depresí s vyšší mírou sebestigmatizace (ISMI) užívají vyšší míru negativních copingových strategií (SVF-78) a tento vztah zůstává statisticky významný i po vyloučení vlivu depresivity (BDI-II).***

Tuto hypotézu se nám podařilo potvrdit. I přes vyloučení vlivu depresivity (BDI-II) existuje středně silná pozitivní korelace ( $r = 0,38$ ,  $p < 0,01$ ) mezi mírou sebestigmatizace (ISMI) a mírou negativních copingových strategií (SVF-78). Výsledek tedy potvrzuje negativní vliv míry sebestigmatizace na řešení stresových situací.

Je potřeba také zmínit, že při užití prosté Pearsonovy korelace (tedy bez vyloučení vlivu depresivity v podobě BDI-II) byla zjištěna významně zvýšená pozitivní korelace ( $r = 0,63$ ,  $p < 0,001$ ) mezi celkovou mírou sebestigmatizace (ISMI) a užíváním vyšší míry negativních copingových strategií (SVF-78). To poukazuje na zřejmý vliv depresivity (BDI-II) na celkový výsledek, avšak, jak je zmíněno výše, i po vyloučení vlivu depresivity (BDI-II) existuje významná pozitivní korelace ( $r = 0,38$ ,  $p < 0,01$ ) mezi mírou sebestigmatizace (ISMI) a užíváním negativních copingových strategií (SVF-78).

Sebeobviňování, perseverace a rezignace pramenící z pocitu bezmoci a beznaděje lze považovat za maladaptivní strategie (Švancara, 2003) zvládání stresu typické pro depresivní

poruchu (Orzechowska et al., 2013; Sorg et al., 2012; WHO, 2006). V našem případě však vztah mezi těmito strategiemi a sebestigmatizací existuje i přes vyloučení depresivity.

Pozitivní vztah mezi mírou sebestigmatizace a užíváním maladaptivních copingových strategií je dobře zdokumentován (např. Holubová et al., 2016; Corrigan & Rao, 2012). Příčinou negativního vlivu sebestigmatizace na způsoby zvládnání stresu je dle Corrigan & Rao (2012) fakt, že jakmile si jedinec internalizuje negativní stereotypy o lidech s psychickou nemocí, odezvou bývá negativní emocionální reakce, která se může manifestovat ve snížené sebeúctě (*self-esteem*) a sníženém vnímání osobní zdatnosti (*self-efficacy*). Výsledkem může být tzv. „why try“ efekt, kdy jedinec pod vlivem snížené sebeúcty, sníženém pocitu osobní zdatnosti a zvýšeném pocitu neschopnosti dosáhnout vlastních životních cílů podkopává jakoukoliv praktickou snahu o nezávislost a chápání se životních příležitostí. Negativní sebeobraz vede k pasivitě, rezignaci, vyhýbání se (Holubová et al., 2016), tedy k jevům, které jsou z hlediska SVF-78 považovány za negativní způsoby zvládnání stresu pro jejich maladaptivní dopady z hlediska řešení stresové situace. (Švancara, 2003)

***Hypotéza 7: Lidé trpící depresí s vyšší mírou sebestigmatizace (ISMI) užívají nižší míru pozitivních copingových strategií (SVF-78) a tento vztah zůstává statisticky významný i po vyloučení vlivu depresivity (BDI-II).***

Hypotézu se nám nepodařilo potvrdit. Nebyl zjištěn signifikantní vztah mezi mírou sebestigmatizace (ISMI) a mírou užití pozitivních copingových strategií (SVF-78) bez vyloučení vlivu depresivity (BDI-II). Zajímavé je, že tento vztah nebyl signifikantní i za použití prosté Pearsonovy korelace, která vliv depresivity (BDI-II) nevylučovala. Výsledek naší parciální korelace i Pearsonovy korelace je v rozporu např. s výsledky studie Holubové et al. (2016), kde autoři identifikovali (u lidí se schizofrenií) středně silnou negativní korelaci ( $r = -0,49$ ,  $p < 0,01$ ) mezi pozitivními strategiemi (SVF-78) a celkovou mírou sebestigmatizace (ISMI).

Zde je otázkou, co mohlo náš výsledek způsobit. Vzhledem k tomu, že byla tato hypotéza stanovena na základě výsledku výzkumu Holubové et al. (2016), ve kterém se pracovalo se vzorkem lidí se schizofrenií, lze se domnívat, že rozdíl by mohl být způsobený právě tímto faktorem.

***Hypotéza 8: Lidé trpící depresí s vyšší mírou sebestigmatizace (ISMI) užívají vyšší míru copingové strategie „vyhýbání se“ (SVF-78) a tento vztah zůstává statisticky významný i po vyloučení vlivu depresivity (BDI-II).***

Hypotézu se nám nepodařilo potvrdit. Nebyl zjištěn signifikantní vztah mezi mírou sebestigmatizace (ISMI) a mírou užití copingové strategie „vyhýbání se“ (SVF-78) bez vyloučení vlivu depresivity (BDI-II). Tento vztah nebyl signifikantní ani za použití prosté Pearsonovy korelace, která vliv depresivity (BDI-II) nevyklučovala. Stejný výsledek zaznamenala i Holubová s kolegy (2016) u pacientů se schizofrenií, kde korelace mezi mírou užívání copingové strategie „vyhýbání se“ (SVF-78) a mírou sebestigmatizace (ISMI) nebyla signifikantní.

Dle manuálu SVF-78 (Švancara, 2003) lze copingovou strategii „vyhýbání se“ interpretovat jako pozitivní i jako negativní. Jako na pozitivní lze na tuto strategii pohlížet, pokud slouží jako způsob, jak zátěži zamezit na základě regulačních možností jedince. Jako na negativní, pokud slouží tomu, aby se jedinec zátěži vyhnul, což by z dlouhodobého nebo krátkodobého hlediska přispívalo ke zvýšení stresu. Tato nejednoznačnost se mohla na našem výsledku podepsat. Vysvětlovalo by to i výše zmíněný výsledek studie Holubové s kolegy (2016), kdy autoři studie rovněž užívali Dotazník strategií zvládání stresu SVF-78.

Kromě toho, při interpretaci strategie „vyhýbání se“ je důležité přihlídnout k věku probanda, kdy s přibývajícím věkem probanda se tato strategie využívá čím dál více a může znamenat adaptační facilitaci. (Švancara, 2003) Vztah mezi užíváním copingových strategií, sebestigmatizací a věkem není možné zjistit, neboť demografické proměnné nebyly do tohoto výzkumu zahrnuty.

### ***Limity výzkumu***

Tato studie má určité limity. Jedno z omezení spočívá v užití sebe-posuzovacích metod, které mohou být ovlivněny aktuálním stavem probanda, jeho ochotou upřímně odpovídat, jeho schopnosti introspekce a různými kognitivními deficity. (Holubová et al., 2016)

Další omezení tkví v užití malé velikosti výzkumného vzorku. Minimální velikosti vzorku byla stanovena na 43 účastníků, přičemž konečný počet probandů ve výzkumu po protřídění získaných testových baterií byl jen těsně nad touto hranicí, v počtu 44 probandů.

Nedostatečná velikost výzkumného vzorku zvyšuje riziko chyby II. druhu, tedy neoprávněného přijetí nepravdivé testované hypotézy, čímž by mohla být ohrožena validita výzkumu. (Ptáček & Raboch, 2010)

Malý výzkumný vzorek a fakt, že sběr dat probíhal jen na šesti zařízeních, byť ambulantního i lůžkového typu, umožňuje jen v omezené míře zobecnit výsledky výzkumu na celou populaci.

### ***Podněty pro budoucí výzkum***

V rámci výzkumu nebyly výsledky psychodiagnostických metod uváděny do kontextu získaných demografických a klinických údajů. Výzkum tak mohl být ochuzen o důležité informace, které by mohly vnést do výsledků statistických testů nový úhel pohledu. Zajímavé by jistě bylo v budoucnu vypracovat výzkum zohledňující tyto proměnné a jejich vztah se stigmatizací, depresivitou či užíváním strategií zvládnání stresu.

## 8 Závěry

Z našeho výzkumu plynou následující závěry:

- Lidé trpící depresí se v míře sebestigmatizace mírně liší od lidí s jinými psychickými poruchami.
- U lidí trpících depresí prokazatelně roste míra depresivity s mírou sebestigmatizace.
- Lidé trpící depresí užívají stejnou míru pozitivních copingových strategií jako zdravá populace.
- Lidé trpící depresí užívají vyšší míru negativních copingových strategií než zdravá populace.
- Lidé trpící depresí užívají ve větší míře copingovou strategii "vyhýbání se", než zdravá populace.
- U lidí trpících depresí existuje mezi sebestigmatizací a negativními strategiemi zvládnání stresu pozitivní vztah a to i přes vyloučení vlivu depresivity.
- U lidí trpících depresí, není mezi mírou sebestigmatizace a užíváním pozitivních copingových strategií statisticky významný vztah a to i přes vyloučení vlivu depresivity.
- U lidí trpících depresí, není mezi mírou sebestigmatizace a užíváním copingové strategie "vyhýbání se" statisticky významný vztah a to i přes vyloučení vlivu depresivity.

## Souhrn

Cílem této práce je prozkoumat vztah mezi strategiemi zvládání stresu a sebestigmatizací u lidí trpících depresivní poruchou.

Termín stigma má původ ve starověkém Řecku. V průběhu historie se význam stigmatu několikrát změnil. (Goffman, 2003) V současné době je stigma či stigmatizace chápána jako „*odsuzující společenský postoj, vedoucí k odmítání a vyloučení jedince, skupiny či organizace ze společnosti*“. (Hartl & Hartlová, 2010: 553)

Rozlišuje se vícero druhů stigmatu. Livingston a Boydová (2010) vymezují tři úrovně stigmatu, které vzájemně interagují, jsou jimi: 1) sociální stigma (předsudky ve společnosti), 2) strukturální stigma (na úrovni institucí), 3) internalizované stigma (proces souhlasu označených jedinců se stereotypy společnosti). Aktéry v procesu stigmatizace psychických poruch jsou hlavně sdělovací prostředky, laická veřejnost ale i zdravotnický personál. (Janoušková & Winkler, 2015)

Stigmatizace může mít pozitivní a negativní dopady na jedince postiženého duševní poruchou. Mezi pozitivní dopady spadá např. zesílení rodinných vazeb. Mezi negativní dopady patří vyhýbaní se léčbě, snížená adherence v léčbě, obtíže v rodinné a pracovní oblasti, bezdomovectví, sociální izolace a možnost rozvoje sebestigmatizace. (Janoušková & Winkler, 2015)

Sebestigmatizace je proces, kdy lidé s psychickou poruchou stigmatizují sami sebe. (Corrigan et al., 2009) Livingston a Boydová (2010: 2151) definují sebestigmatizaci jako „*subjektivní proces zakotvený v socio-kulturním kontextu, který může být charakterizován negativními pocity o vlastní osobě, maladaptivním chováním, transformací identity nebo souhlasem se stereotypy, které resultují z individuálních zkušeností, vnímání a/nebo anticipace negativních sociálních reakcí na základě vlastní psychické poruchy*“. Corrigan a Rao (2012) proces internalizace stigmatu popisují ve třech hierarchicky seřazených fázích (tzv. model 3A): 1) uvědomění, 2) souhlas, 3) aplikace. Sebestigmatizace je spojována s množstvím negativních důsledků, jako je např. vyšší závažností psychiatrických symptomů Livingstona a Boydové (2010), sníženým vyhledáváním pomoci (Conner, et al. 2010), sníženou adherencí v léčbě (Vrbová et al., 2015), užíváním negativních strategií zvládání stresu (Holubová et al., 2016) a tzv. „Why try“ efektem (Corrigan & Rao, 2012).

Obecnou funkcí organismu a psychiky je adaptace. (Nakonečný, 1997) Adaptace zahrnuje přizpůsobení se chování, vnímání, myšlení i postojů. (Hartl, Hartlová, 2010)



Jedinec může být vystaven situacím, které vyžadují na adaptaci zvýšené nároky. Rozlišuje se stres a zátěž. Zátěž je úroveň požadavků na organismus, již je organismus schopen dostat, zatímco stres je „stav, kdy míra zátěže přesahuje únosnou mez z hlediska adaptačních možností organismu za daných podmínek“. (Paulík, 2010: 41) Stresor je externí stres z prostředí. Stresory mohou mít fyzickou a sociální (resp. psychickou) povahu. (Nakonečný, 1997). Křivohlavý (1994) uvádí fyziologické (např. bolesti hlavy), emocionální (např. změna nálady) a behaviorální (např. snížená výkonnost) příznaky stresu, kterých je celá řada. (Křivohlavý 1994) Vliv stresu na zdraví není přímý ani jednoznačný, i když silné stresory mohou mít nepříznivý dopad na zdraví jedince. (Salleh, 2008)

Teorie stresu se dělí na přístupy založené na fyziologii a psychofyziologii a na přístupy založené na teoriích (kognitivní) psychologie. Lazarusova transakční teorie stresu a copingu je nejčastěji užívaný přístup k vyhodnocení procesu zvládnání stresových situací. (de Ridder, 1997) Lazarus a Folkmanová (1984: 19) definují stres jako „vztah mezi jedincem a prostředím, který je zhodnocen jako vytěžující či přesahující jedincovy zdroje, a který ohrožuje jedincovu pohodu či blahobyt (*well-being*)“. Teorie identifikuje dva procesy, které jsou kritickými mediátory ve stresovém vztahu osoba – prostředí a v jejich okamžitých a dlouhodobých výstupech. Jsou jimi kognitivní zhodnocení situace (jaký má situace vliv na jedincův blahobyt) a coping. (Folkmanová et al., 1986) Coping neboli zvládnání definovali Lazarus a Folkmanová (1984: 131) jako "*neustále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí k zvládnutí specifických vnějších a/nebo vnitřních požadavků, které jsou vyhodnoceny jako vytěžující či přesahující zdroje daného jedince* (Lazarus, 1993: 237) Lidé s psychickou poruchou mohou vlivem stigmatizace a sebestigmatizace užívat maladaptivní copingové strategie (např. stažení se ze sociálních interakcí). (Kleim et al., 2008)

Depresivní porucha může být chronická a často rekurentní (Boland & Keller, 2009). Charakterizuje jí narušení v oblasti emocí (depresivní nálada), kognice (např. negativní automatické myšlení), chování (např. časté suicidální pokusy) i osobnosti (narušené sebepojetí). (Raboch & Zvolský et al., 2001; WHO, 2006) Depresivní porucha se dle MKN-10 řadí mezi poruchy nálady. Rozlišuje se depresivní fáze (F32) a periodická (rekurentní) depresivní porucha (F33). Dle aktuální symptomatiky se rozlišují subkategorie: 1) mírná, 2) středně těžká, 3) těžká bez psychotických symptomů, 4) těžká s psychotickými symptomy; v případě rekurentní deprese ještě 5) periodická deprese současně v remisi. U mírné a střední fáze se rozlišuje, jsou-li přítomny somatické symptomy. (WHO, 2006)

Deprese je nejčastější příčina invalidity na světě (WHO, 2016) a vyskytuje se ve všech kulturách (Simon et al., 2009). Celosvětově jí trpí přes 350 miliónů lidí. (WHO, 2016) Celoživotní prevalence se pohybuje od 3 % (Japonsko) do 16,9 % (USA), ve většině zemí se pohybuje mezi 8 - 12 %. (Andrade et al., 2003) Zřetelný je rozdíl v prevalenci v rámci pohlaví, kdy ženy trpí depresí dvakrát častěji než muži. (Liu et al., 2014) Řada dalších faktorů zvyšuje výskyt deprese (např. socioekonomické znevýhodnění). (Park et al., 2012)

Etiologie deprese je multifaktoriální. Roli hrají genetické faktory (Lohoff, 2010), neuroanatomické faktory (Vythilingam et al., 2002), hormonální faktory (Nutt, 2008) a environmentální faktory (National research council, 2009). Deprese se léčí pomocí biologické terapie (tj. psychofarmaka, elektrokonvulzivní terapie a další) a/nebo psychoterapií (KBT, IPT a další). (APA, 2017; Raboch & Zvolský et al., 2001)

Stigmatizace u afektivních poruch bývá méně intenzivní, než je tomu u schizofrenie a u závislostí. (Ocisková & Praško, 2015), přesto 79 % lidí s depresí reportovalo zkušenost s diskriminací minimálně v jedné oblasti života. (Lasalvia et al., 2013) 21,7 % lidí s depresí vykazuje střední až vysokou úroveň sebestigmatizace. (Brohan et al., 2010a) Sebestigmatizace u depresivních lidí zhoršuje kvalitu života, snižuje sebeúctu, snižuje morálku a zvyšuje vyhýbavé chování a souvisí s negativními postoji vůči vyhledávání léčby a sníženou kompliancí v léčbě. (Brohan et al., 2010) Vyšší míra sebestigmatizace souvisí s vyšší úrovní depresivních (a psychotických) symptomů. (Boydová et al., 2016) Lidé s depresivní poruchou užívají copingové strategie založené na vyhýbání se a popírání a mají potíže v nalezení pozitivních aspektů ve stresové situaci. (Orzechowska et al., 2013)

V našem výzkumu jsme stanovili tři hlavní cíle. Prvním je zjistit, jaký je vztah mezi mírou depresivity a mírou sebestigmatizace u lidí s depresivní poruchou. Druhým je zjistit, jaký je vztah mezi užívanými copingovými strategiemi a diagnózou depresivní poruchy. Třetím je zjistit, jaký je vztah mezi mírou sebestigmatizace a užívanými copingovými strategiemi u lidí s depresivní poruchou. Na základě těchto cílů je stanoveno osm hypotéz výzkumu.

Výzkum využívá kvantitativní přístup. Kritérii vstupu do výzkumu je věk osmnáct a více let, diagnóza unipolární depresivní poruchy dle MKN-10 a souhlas s nahlédnutím do své zdravotnické dokumentace a souhlas s účastí na výzkumu. Vylučovacími kritérii jsou přítomnost následujících přidružených psychických poruch: psychotické onemocnění, organické onemocnění, disociální porucha osobnosti, aktuální závislost nebo zneužívání

návykových látek a těžká fáze deprese s psychotickými příznaky. Jiné přidružené poruchy jsou ve výzkumu tolerovány. Způsob výběru vzorku je na základě dobrovolnosti. Metodami sběru dat jsou demografický a klinický dotazník, dotazník Strategie zvládnání stresu SVF-78, Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II) Škála internalizovaného stigmatu psychických poruch (ISMI). Sběr dat probíhal v šesti psychiatrických zařízeních ambulantního i lůžkového typu. Po sesbírání a vyřízení získaných testových baterií tvoří výzkumný vzorek 44 lidí s diagnostikovanou unipolární depresivní poruchou. Odhad velikost výzkumného vzorku (*sample size*) byl stanoven pomocí programu G\*power 3. Data z řádně vyplněných testových baterií byly přepsány do programu Microsoft Excel 2013. Statistická analýza dat proběhla za využití statistického programu SPSS 17.0. Ověření rozložení normality dat proběhlo za pomoci Shapiro-Wilkova testu. Ze srovnávacích testů byl použit jedno-výběrový T-test. Pro zjišťování korelací mezi proměnnými jsme užívali Pearsonův nebo Spearmanův korelační koeficient. Pro zjištění korelací s vyloučením vlivu třetí proměnné byla použita parciální korelace. Hladina významnosti je ve výzkumu nastavena  $\alpha = 0,05$ .

Bylo zjištěno, že lidé trpící depresí se v míře sebestigmatizace mírně liší od lidí s jinými psychickými poruchami. Rovněž také, že u lidí trpících depresí prokazatelně roste míra depresivity s mírou sebestigmatizace. Dále, že lidé trpící depresí užívají stejnou míru pozitivních copingových strategií jako zdravá populace. Dále, že lidé trpící depresí užívají vyšší míru negativních copingových strategií než zdravá populace, a také, že lidé trpící depresí užívají ve větší míře copingovou strategii "vyhýbání se", než zdravá populace. V neposlední řadě bylo také zjištěno, že u lidí trpících depresí existuje mezi sebestigmatizací a negativními strategiemi zvládnání stresu pozitivní vztah a to i přes vyloučení vlivu depresivity. Dále, že u lidí trpících depresí, není mezi mírou sebestigmatizace a užíváním pozitivních copingových strategií statisticky významný vztah a to i přes vyloučení vlivu depresivity. A konečně, že u lidí trpících depresí, není mezi mírou sebestigmatizace a užíváním copingové strategie "vyhýbání se" statisticky významný vztah a to i přes vyloučení vlivu depresivity.

Limity této studie spočívají v užívání sebesuzovacích metod, které jsou zatíženy možným zkreslením výsledků ze strany probanda. Rovněž lze určitá omezení spatřovat v užití malého výzkumného vzorku, čímž by mohla být ohrožena validita výzkumu. A konečně, vlivem malého výzkumného vzorku je možné výsledky zobecnit jen ve velmi omezené míře. Cíl této práce a vytyčené cíle výzkumu se podařilo naplnit.

## Seznam použitých zdrojů a literatury

1. Abbey, S., Charbonneau, M., Tranulis, C., Moss, P., Baici, W., Dabby, L., Gautam, M., Paré, M. (2011). Stigma and discrimination. *Canadian journal of psychiatry*, 56 (10), 1-9.
2. Allport, G. W. (2004). *O povaze předsudků*. Praha: Prostor.
3. Alonso J., Codony M., Kovess V., Angermeyer M. C., Katz S. J., Haro J. M. et al (2007) Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *Br J Psychiatry* 190, 299–306.
4. Alonso, J., Buron, A., Bruffaerts, R., He, Y., Posada-Villa, J., Lepine J-P., Angermeyer, M. C., ..., von Korff, M. (2008). Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: results from the world mental health surveys. *Acta psychiatrica scandinavia*, 118, 305-314.
5. American Psychiatric Association. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am. J. Psychiatry* 157 (4), 1–45.
6. American psychiatric association. (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.
7. American psychological association. (2017). *Overcoming depression: How psychologists help with depressive disorders*. Získáno z: <http://www.apa.org/helpcenter/depression.aspx>
8. Amodeo, M., Griffin, M. L., Fassler, I. Clay, C. & Ellis, M. A. (2007). Coping with stressful events: Influence of parental alcoholism and race in a community sample of woman. *Health & social work*, 32 (4), 247-257.
9. Andrade, L, Caraveo-Anduaga, J. J., Beglund, P., Bijl, R. V., Dragomirecka E. ..., Wittchen, H-U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the international consortium of psychiatric epidemiology (ICPE) surveys. *International journal of methods in psychiatric research*, 12 (1), 3-21.
10. Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Cta psychiatr scand*, 108, 304-309.
11. Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J., Wahlbeck, K. (2011). Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 125–132.
12. Babic, D. (2010). Stigma and mental illness. *Materia socio medica*, 22 (1), 43-46

13. Balaščíková, V. & Blatný, M. (2003). Determinanty výběru strategií zvládnání. *Psychologický ústav Akademie věd ČR*, 9 (2), 1-20.
14. Baldwin, D. S. & Birtwistle, J. (2002). *An atlas of depression*. A CRC Press company.
15. Barney L. J., Griffiths K. M., Christensen H. & Jorm A. F. (2009) Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: implications for reducing stigma. *BMC Public Health*, 9, 61.
16. Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F. & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 40, 51-54.
17. Baštecká, B. & Mach, J., et al. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
18. Beldie, A., den Boer, J. A., Brain, C., Constant, E., Figueira, M. L. ... Wancata, J. (2012). Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 47 (1), 1-38.
19. Birditt, K. S., Cichy, K. E., & Almeida, D. (2011). Age differences in exposure and reactivity to interpersonal tensions among black and white individuals across adulthood. *Race and Social Problems*, 3, 225–239.
20. Blázníš? No a! (2017). *Pro učitele*. Získáno z: <http://www.blaznis-no-a.cz>
21. Boland, R. J., & Keller, M. B. (2009). Course and outcome of depression. In Gotlib, I. & Hammen, C. *Handbook of depression*. New York: Guilford Press.
22. Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 525-537.
23. Boyd, J. E., Hayward, H., Bassett, E. D. & Hoff, R. (2016). Internalized stigma of mental illness and depressive and psychotic symptoms in homeless veterans over 6 months. *Psychiatry research*, 240, 253-259.
24. Brakel van, W. H. (2005). Measuring health-related stigma - literature review. *Psychology, health & medicine*, 11 (3), 307-334.
25. Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2010b). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122, 232-238.
26. Brohan, E., Gauci, D., Sartorius, N. & Thornicroft, G. (2010a). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or

- depression in 13 European countries: The GEMIAN-Europe study. *Journal of affective disorders*, 1-8.
27. Calvó-Perxas, L., Garre-Olmo, J. & Vilalta-Franch, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of depressive and bipolar disorders in Catalonia (Spain) using DSM-5 criteria. *Journal of affective disorders*, 184, 97-103.
  28. Cannon, W. B. (1932) *The Wisdom of the Body*. New York: Norton.
  29. Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically-based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267–283.
  30. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví - Centre for mental health care development. (2017). *Stopstigma*. Získáno z: <http://www.cmhcd.cz/centrum/aktualni-projekty/stopstigma/>
  31. Cinculová, A., Kamarádová, D., Ocisková, M., Praško, J., ..., Ticháčková, A. (2015). Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u úzkostných poruch – průřezová studie. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 111 (1), 7-13.
  32. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (second edition). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
  33. Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, Ch., Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child abuse and neglect*, 31, 211-229.
  34. Conner, K. O., Copeland, V. C., Koeske, G. & Reynolds, Ch. F. (2010). Mental health treatment seeking among older adults with depression: The impact of stigma and race. *American association for geriatric psychiatry*, 18 (6), 531-543.
  35. Connery, H. & Davidson, K. (2006). A survey of attitudes to depression in the general public: a comparison of a gender differences. *Journal of Mental Health*, 15,179–189.
  36. Coppens, E., van Audenhove, Ch., Scheerder, G., Arensman, E., Coffey, C., Costa, S., ..., Hergerl, U. (2013). Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *Journal of affective disorders*, 150 (2), 1-10.
  37. Corker, E., Hamilton, S., Henderson, C., Weeks, C., Pinfold, V., Rose, D., Williams, P., ..., Thornicroft, G. (2013). Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008-2011. *The British journal of psychiatry*, 202, 58-63.

38. Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614 – 625.
39. Corrigan, P. W. & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry*, 57 (8), 464-469.
40. Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2002a). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and practice*, 9 (1), 35-53.
41. Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2002b). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, 1 (1), 16-20.
42. Corrigan, P. W. (2014) Erasing stigma is much more than changing words. *Psychiatric Services*, 65 (10), 1263-1264.
43. Corrigan, P. W., Larson, E. & Kuwabara, S. A. (2007). Mental illness stigma and the fundamental components of supported employment. *Rehabilitation psychology*, 52 (4), 451-457.
44. Corrigan, P. W., Larson, J. E. & Rusch, N. (2009). Self-stigma and the „why try“ effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry*, 75 (8), 75-81.
45. Corrigan, P. W., Rafacz, J. & Rusch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry research*, 189, 339-343.
46. Corrigan, P., Watson, A., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25 (8), 875-884.
47. Costello, M. (2009). Age of onset. In Ingram, R. E. *International encyclopedia of depression*. New York: Springer.
48. Crisp, A., Gelder, M. G., Goddard, E., Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4, 106–113.
49. de Ridder D. (1997) What is wrong with coping assessment? A review of conceptual and methodological issues. *Psychol Health*, 12, 417–31.
50. De Waal, F. (2006). *Dobráci od přírody*. Praha: Academia.
51. DeLongis, A. & Holtzman, S. (2005). Coping in context: The role of stress, social support, and personality in coping, *Journal of personality*, 73 (6), 1634-1656.

52. DeRubeis, R. J., Siegle, G. J. & Hollon, S. D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Neuroscience*, 9, 788-796.
53. Donnellan, C., Hevey, D., Hickey, A. & O'Neill, D. (2006). Defining and quantifying coping strategies after stroke: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 77, 1208-1218.
54. Drevets, W. C. (1999). Prefrontal cortical-amygdalar metabolism in major depression. *Acad Sci*, 877, 614-637.
55. Egede, L. E. (2007). Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *General hospital psychiatry*, 29, 409-416.
56. Egger, H. L. & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313–337.
57. Endler, N. S., Parker, J. D. A. & Summerfeldt, L. J. (1993). Coping with health problems: conceptual and methodological issues. *Can J Behav Sci*, 25, 384–99.
58. Evans-Lacko S., Henderson C. & Thornicroft, G. (2013). Public knowledge, attitudes and behaviour regarding people with mental illness in England 2009-2012. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 51-57.
59. Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R. & Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological medicine*, 42, 1741-1752.
60. Faltus, F. & Janečková, E. (2008). Vliv duševních chorob na pracovní výkonnost. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 104 (8), 313-319.
61. Feldman, R. S. (1996): *Understanding psychology*. McGraw: Hill comp.
62. Finzen, A. (2000). Stigma, Stigmabewältigung, Entstigmatisierung. *Psychiatrische Praxis*, 27, 316-320.
63. Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis, 46 (4), 839-852.
64. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1991). Coping and emotion. In A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (3rd ed., pp. 208–227). New York: ColumbiaUniversity Press.



65. Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50 (3), 571-579.
66. Fombonne E. (1998). The epidemiology of child and adolescent depression psychiatric disorders: recent developments and issues. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 7, 161–6.
67. Foster, J. R. (1997). Successful Coping, Adaptation and Resilience in the Elderly: An Interpretation of Epidemiologic Data. *Psychiatric quarterly*, 68 (3), 189-219.
68. Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., Corrigan, P. W., Lam, Ch. S. & Cheng, W-M. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International journal of social psychiatry*, 53 (5), 408-418.
69. Fung, K. M., Tsang, H. W. & Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric rehabilitation journal*, 32 (2), 95-104.
70. Givens, J. L., Katz, I. R., Bellamy, S. & Holmes, W. C. (2007). Stigma and the acceptability of depression treatments among african americans and whites. *J gen intern med*, 22 (9).
71. Goffman, E. (2003). *Stigma: Poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství.
72. Gore, S. (1985). Social support and styles of coping with stress. 263-278. In Cohen, S. & Syme, S. L. *Stress and Health*. Orlando: Academic.
73. Grant, J. B., Bruce, C. P. & Batterham, P. J. (2015). Predictors of personal, perceived and self-stigma towards anxiety and depression. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 1-8.
74. Gray, A. J. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95, 72-76.
75. Griffiths, K. M., Crisp, D. A., Jorm, A. F. & Christensen, H. (2011). Does stigma predict a belief in dealing with depression alone? *Journal of affective disorders*, 132, 413-417.
76. Griffiths, K. M., Christensen, H. & Jorm, A. F. (2008). Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry*, 8, 25.
77. Gross, D., Fogg, L., Young, M., Ridge, A., Cowell, J., Richardson, R., & Sivan, A. (2006). The equivalence of the Child Behavior Checklist across parent race/ethnicity, income level, and language. *Psychological Assessment*, 18, 313–323.

78. Haan, N. (1977). *Coping and defending: Processes of self-environment organization*. New York: Academic Press.
79. Hackett M. L. & Pickles K. (2014). Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke*, 9,1017–1025.
80. Harrington, R. (1993) Epidemiology. In: Harrington, R. *Depressive Disorder in Childhood Adolescence*. Chichester, UK: John Wiley.
81. Hartl, P. & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
82. Heim, C., Newport, J., Mletzko, T., Miller, A. H. & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33, 693–710.
83. Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56 (1), 32-43.
84. Herman, N. J. & Miall, Ch. E. (1990). The positive consequences of stigma: Two case studies in mental and physical disability. *Qualitative Sociology*, 13 (3), 251-269.
85. Hnilica, K. (2010). *Stereotypy, předsudky, diskriminace: Pojmy, měření, teorie*. Praha: Karolinum.
86. Holland, K. D., & Holahan, C. K. (2003). The relations of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, 18, 15–29.
87. Holmes, T. H. and Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–18.
88. Holubová, M., Praško, J., Hrubý, R., Látalová, K., ..., Gubová, T. (2016). Coping strategies and self-stigma in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Patient preference and adherence*, 10, 1151-1158.
89. Holzinger, A., Beck, M., Munk, I., et al. (2003). Stigma as perceived by schizophrenics and depressives. *Psychiatrische Praxis*, 30, 395 – 401.
90. Horáková, M. (2009). Výzkum strategií zvládnání stresu a jejich vztah k dalším charakteristikám u řidičů záchranné služby. *E-psychologie*, 3 (2), 10-21.
91. Hoschl, C. (2004). Poruchy nálady (afektivní poruchy). In Hoschl, C., Libiger, J. & Švestka J. *Psychiatrie (419-466)*. Praha: Tigris.

92. Chang, Y. (2011). Psychometric validity of the Problem-Focused Style of Coping scale: in relation to self-efficacy and life satisfaction among nursing staff in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (7), 1625–1631.
93. Chromý, K. (1990). Duševní nemoc: Sociologický a sociálně-psychologický pohled. Praha: Avicenum.
94. Ingram, R. E., Atchley, R. A. & Segal, Z. V. (2011). Vulnerability to depression: From cognitive neuroscience to prevention and treatment. NY: The Guilford press.
95. Ising, M., Weyers, P., Janke, W. & Erdmann, G. (2001). Untersucht zu den Gutekriterien des SVF 78 von Janke und Erdmann, einer Kurzform des Stressverarbeitungsfragebogen (SVF). Göttingen: Hogrefe.
96. Janke, W. & Erdmann, G. Unter Mitwirkung von M. Ising. (1997). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF 120)* nach W. Janke, G. Erdmann, K. W. Kallus und Boucsein. Kurzbeschreibung und Grundlegende Kennwerte. Göttingen: Hogrefe.
97. Janoušková, M. & Winkler, P. (2015). Stigma a psychiatrie. *Psychiatrie*, 19 (1), 30-36.
98. Jelenová, D., Kováčsová, A., Látalová, A., Švestka, J., Praško, J. (2012). Fighting stigma of psychiatric disorders in Czech Republic. *Psychiatric academy*, 1-5.
99. Jussim, L., Nelson, T. E., Manus, M., & Soffin, S. (1995). Prejudice, stereotypes, and labeling effects: Sources of bias in person perception. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 228–246.
100. Kang, H-J., Kim, S-Y., Bae, K-Y., Kim, S-W., Shin, I-S., Yoon, J-S., Kim, J-M. (2015). Comorbidity of depression with physical disorders: Research and clinical implications. *Chonnam Med J.*, 51 (1), 8-18.
101. Kang, J. I., Sung, N. Y., Park, S. J., Lee, C. G. & Lee, B. O. The epidemiology of psychiatric disorders among woman with breast cancer in South Korea: analysis of national registry data. (2014). *Psycho-Oncology* 23, 35-39.
102. Kaplan, M. J. & Klinetob, N. A. (2000). Childhood emotional trauma and chronic posttraumatic stress disorder in adult outpatients with treatment resistant depression. *J Nerv Ment Dis*, 188, 596–601.
103. Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
104. Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2009). Epidemiology of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression*. New York: Guilford Press.

105. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K., Rush, A. J., Walters, E. E. & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 89, 3095–3105.
106. Kessler, R., Birnbaum, H. G., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N., ..., Andrade, L. H. (2010). Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO world mental health survey initiative. *Depression and anxiety*, 27, 351-364.
107. Kingdon, D., Sharma, T., Hart, D. (2004) What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *The Psychiatrist* 28 (11), 401–406.
108. Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R. D., Hayward, P. & Corrigan, P. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of mental health*, 17 (5), 482-491.
109. Koffer, R. E., Ram, N., Conroy, D. E., Pincus, A. L. & Almeida, D. M. (2016). *Psychology and aging*, 31 (4), 301-320.
110. Kohler, R. (2014). Elektrokonvulzivní terapie. *Psychiatrie pro praxi*, 15 (1), 19-22.
111. Kohler, R. (2014). Elektrokonvulzivní terapie. *Psychiatrie pro praxi*, 15 (1), 19-22.
112. Krohne, H. W. (2002). Stress and coping theories. *International Encyclopedia of the Social Behavioral Sciences*, 22, 15163-15170.
113. Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
114. Laňková, J. & Raboch, J. (2013). *Deprese: Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Praha: Společnost všeobecného lékařství.
115. Lara, M. E., Klein, D. N. & Kasch, K. L. (2000). Psychosocial predictors of the short-term course and outcome of major depression: a longitudinal study of a nonclinical sample with recent onset episodes. *J Abnorm Psychol*, 109, 644–50.
116. Larsen, T. K., Johannessen, J. O., & Opjordsmoen, S. (1998). First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. Pathways to care. *British Journal of Psychiatry*, 172, 45 – 52.
117. Lasalvia, A., Zoppei, S., van Bortel, T., Bonetto, Ch., Cristofalo, D., Wahlbeck, K. Bade, S. V., ..., Thornicroft, G. (2013). Global pattern of experienced

- and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet*, 381, 55-62.
118. Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
119. Lazarus, R. S. & Launier, R. (1974) "Stress-related transactions between person and environment." *Perspectives in interactional psychology*. Springer US, 1978. 287-327.
120. Lazarus, R. S. (1974), Psychological stress and coping in adaptation and illness. *Psychiatry in medicine*, 5 (4), 321-333.
121. Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological inquiry*, 1 (1), 3-13.
122. Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic medicine*, 55, 234-247.
123. Le Fevre, M., Matheny, J. & Kolt, G. S. (2003). Eustress, distress, and interpretation in occupational stress. *Journal of managerial psychology*, 18 (7/8). 726-744.
124. Libiger, J. (2001). Stigma duševního onemocnění. *Psychiatrie*, 5 (1), 38-40.
125. Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C. & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia bulletin*, 30 (3), 511-541.
126. Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
127. Link, B. G. (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.
128. Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., et al. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 177 – 190.
129. Liu, J., Yan, F., Ma, X., Guo, H-L., Tang, Y-L., Rakofsky, J. J., Wu, X-M., Li, X-Q, ..., Xu, Q-Y. (2014). Prevalence of major depressive disorder and socio-demographic correlates: Results of a representative household epidemiological survey in Beijing, China. *Journal of affective disorders*, 179, 74-81.

130. Livingston, J. D. & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 71, 2150-2161.
131. Lohoff, F. W. (2010). Overview of the genetics of major depressive disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 12, 539-546.
132. 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*. Summer, 35 (1), 51–4.
133. Lysaker, P. H., Davis, L. W., Warman, D. M., Strasburger, A. & Beattie, N., (2007). Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations across 6 months. *Psychiatry Res*, 149, 89–95.
134. Macaskill, A. (2012). A feasibility study of psychological strengths and well-being assessment in individuals living with recurrent depression. *The journal of positive psychology*, 7 (5), 372-386.
135. Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., Maj, M. (2004) Beliefs about schizophrenia in Italy: a comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *Can J Psychiat* 49(5):322–330.
136. Mann, C. & Himelein, M. (2004). Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55,185–187.
137. Manne, S. (1773). Chronic illness, psychosocial coping with. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 1779.
138. Manos, R. C., Rusch, L. C., Kanter, J. W. & Clifford, L. M. (2009). Depression self-stigma as a mediator of the relationship between depression severity and avoidance. *Journal of social and clinical psychology*, 28 (9), 1128-1143.
139. Mayberg, H. S., Liotti, M., Brannan, S. K., McGinnis, S., Mahurin, R. K., Jerabek, P. A., ..., Fox, P. T. (1999). Reciprocal limbic-cortical function and negative mood: converging PET findings in depression and normal sadness. *Am J Psychiatry*, 156, 675–82.
140. Mezi ploty. (2017). *Informace*. Získáno z: <http://meziploty.cz>
141. Minuchin, S. *Families and Family Therapy*. Massachusetts, Harvard University Press, 1974.

142. Mitchell A. J. & Subramaniam, H. (2005). Prognosis of depression in old age compared to middle age: A systematic review of comparative studies. *The American journal of psychiatry*, 162 (9), 1588-1601.
143. 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. *Psychiatric services*, 63 (10), 974-981.
144. Mohino, S., Kirchner, T. & Forns, M. (2004). Coping strategies in young male prisoners. *Journal of youth adolescence*, 33 (1), 41-49.
145. Moller-Leimkuhler A. M. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur arch psychiatry clin neurosci*, 253, 1-8.
146. Moos, R. H. (2002). The mystery of human context and coping: An unraveling of clues. *American journal of community psychology*, 30, 67-88.
147. Moussavi, S., Chatterji, S., Vedes, E., Tandon, A., Patel, V., Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370, 851-858.
148. Nakonečný, M. (1997). *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia.
149. Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
150. National research council (2009). Etiology of depression. In National research council and National institute of medicine of national academies. *Depression in parents, parenting, and children: Opportunities to improve identification, treatment, and prevention*. Washington DC: The national academies press.
151. Nawka, A., Rukavina, V. T., Nawková, L., Jovanovič, N., Brbovič, O. & Raboch, J. (2012). Psychiatric disorders and aggression in the printed media: is there a link? A central European perspective. *BMC Psychiatry*, 12 (19), 1-8.
152. Nawková, L., Nawka, A., Adámková, T., Rukavina, V. T., Holcnerová, P., ..., Raboch, J. (2012). The picture of mental health/illness in the printed media in three central european countries. *Journal of health communication*, 17, 22-40.
153. Ng C. G., Boks M. P., Zainal N. Z., de Wit N. J. (2011). The prevalence and pharmacotherapy of depression in cancer patients. *J Affect Disord*, 131, 1-7.
154. Nordt, C., Rossler, W. & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia bulletin*, 32 (4), 709-714.

155. Ntoumanis, N., Edmonds, J. & Duda, J. L. (2009). Understanding the coping process from a self-determination theory perspective. *The British psychological society*, 14, 249-260.
156. Nutt, D. J. (2008). Relationship of neurotransmitters to the symptoms of major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 69, 4-7.
157. Ocisková M., Praško, J., Látalová, K., Kamarádová, D., Grambal, A., Sigmundová, Z., Sedláčková, Z. (2014b). Internalizované stigma a efektivita a efektivita farmakoterapie a psychoterapie u úzkostných poruch a poruch neurotického spektra. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 110 (3), 133-143.
158. Ocisková, M. & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada.
159. Ocisková, M., Praško, J. Kupka, M., Maráčková, M., Látalová, K., Cinculová, A., ..., Vrbová, K. (v recenzním řízení). Psychometrické vlastnosti české verze BDI-II u pacientů s depresí a u zdravých kontrol. *Československá psychiatrie*.
160. Ocisková, M., Praško, J., Dostálová, L., Kamarádová, D., Látalová, K., ..., Ticháčková, A. (2014). Sebestigmatizace u psychiatrických pacientů – standardizace škály ISMI. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110 (6), 301-310.
161. Ocisková, M., Praško, J., Dostálová, L., Kamarádová, D., Látalová, K., Cinculová, A., Kubínek, R., ..., Ticháčková, A. (2014). Sebestigmatizace u psychiatrických pacientů – standardizace škály ISMI. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110 (6), 301-310.
162. Ogden, J. (2007). *Health psychology: A text book*. Open university press.
163. Oliffe, J. L. & Philips, M. J. (2008). Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *American journal of men's health*, 5 (3), 194-202.
164. Orzechowska, A., Zaiaczkowska, M., Talarowska, M. & Galecki, P. (2013). Depression and ways of coping with stress: a preliminary study. *Medicine science monitor*, 19, 1050-1056.
165. Otte, Ch. (2008). Incomplete remission in depression: role of psychiatric and somatic comorbidity. *Dialogues in clinical neuroscience*, 10 (4), 453-460.
166. Padurariu, M., Ciobica, A., Persson, C. & Stefanescu, C. (2011). Self-stigma in psychiatry: Ethical and bio-psycho-social perspectives. *Romanian journal of bioethics*, 9 (1), 76-82.



167. Park, J. H., Kim, K. W., Kim, M-H., Kim, M. D., Kim, B-J., Kim, S-K., Kim, J-L., ..., Cho, M. J. (2012). A nationwide survey on the prevalence and risk factors of late life depression in South Korea. *Journal of Affective Disorders*, 138, 34-40.
168. Parker, J. D. & Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: a critical review. *Eur J Pers*, 6, 321-44
169. Patel, V., Simon, G., Chowdhary, N., Kaaya, S. & Araya, R. (2009). Packages of care for depression in low- and middle- income countries. *PLoS Medicine* 6 (10), 1-7.
170. Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
171. Pearl, R. L., Forgeard, M. J. C., Rifkin, L., Beard, C. & Bjorgvinsson, T. (2016). Internalized stigma of mental illness: Changes and associations with treatment outcomes. *Stigma and Health*. Advance online publication. 1-14.
172. Pearlin, L. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior*, 19, 2-21.
173. Petrusek, M., et al. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
174. Phelan, J. C., Bromet, E. J. & Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (1), 115-126.
175. Phelan, J. C., Link, B. G. & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science & Medicine*, 67, 358-367
176. Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *British journal of psychiatry*, 177, 486-492.
177. Pinfold, V., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P. (2005). Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *International Review of Pwpsychiatry*, 17, 123-131.
178. Praško, J., Buliková, B. & Sigmundová, Z. (2012). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén.
179. Praško, J., Diveky, T., Kamarádová, D., Grambal, A., Mainerová, B., ..., Šilhán, P. (2012). Stigmatizace a panická porucha. *Psychiatrie pro praxi*, 13 (3), 100-103.
180. Praško, J., et al. (2011). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
181. Preiss, M. & Vacíř, K. (1999). *Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé: BDI-II*. Brno: Psychodiagnostika.
182. Průcha, J. (2010). *Interkulturní psychologie: sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů*. Praha: Portál.

183. Průcha, J. (2011). *Multikulturní výchova: Příručka (nejen) pro učitele*. Praha: Triton.
184. Ptáček, R. & Raboch, J. (2010). Určení rozsahu souboru a power analýza v psychiatrickém výzkumu. *Česká a slovenská psychiatrie*, 106 (1), 33-41.
185. Raboch, J. & Zvolský, P. et al. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
186. Radnitz, C. L., & Tiersky, L. (2007). Psychodynamic and cognitive theories of coping. In *Coping with chronic illness and disability* (pp. 29-48). Springer US.
187. Ritsher J. B., Otilingam P. O., Grajales M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*; 121, 31-49.
188. Ritsher, J. E., Otilingam, P. O. & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121 (1), 31-49.
189. Ritscher, J. B. & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry res*, 129 (3), 257-265.
190. Robinson, D., Woerner, M. G., & Alvir, J. M. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 241 – 247.
191. Roe, D. & Chopra, M. (2003). Beyond coping with mental illness toward personal growth. *American Journal of Orthopsychiatry* 73, 334–344.
192. Roeloffs, C., Sherbourne, C., Unutzer, J., Fink, A., Tang, L. & Wells, K. B. (2003). Stigma and depression among primary care patients. *General hospital psychiatry*, 25, 311-315.
193. Rogers, E. S., Anthony, W., & Lyass, A. (2004). The nature and dimensions of social support among individuals with severe mental illnesses. *Community Mental Health Journal*, 40, 437 – 450.
194. Roth, S. & Cohen, L. J. (1986) Approach, avoidance, and coping with stress. *Am Psychol*, 41, 813–9.
195. Rusch, N., Corrigan, P. W., Powell, K., Rajah, A., Olschewski, M., Wilkniss, S., Batia, K. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior, and outcome. *Schizophrenia Research*, 110, 65–71.
196. Salize H. J., Rossler W. & Becker T. (2007) Mental health care in Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 257, 92–103

197. Salleh, M. R. (2008). Life Event, Stress and Illness. *Malays J Med Sci*, 15 (4), 9-18.
198. Sartorius, N., Gabel, W., Cleveland, H. R., Stuart, H., Akiyama, T., ..., Tasman, A. (2010). WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World psychiatry*, 9 (3), 1-14.
199. Saveanu, R. V. & Nemeroff, Ch. B. (2012). Etiology of depression: Genetic and environmental factors. *Psychiatr Clin N Am*, 35, 51-71.
200. Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
201. Schomerus, G., Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *Eur Arch Psychiatry CLin Neurosci*, 259, 298-306.
202. Schreiber, V. (2002) *Lidský stres*. Praha: Academia.
203. Smékal, V. (2009). *Pozvání do psychologie osobnosti: Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrastier & Principal.
204. Sniders, T. A. B. (2011). *Statistical Methods: Robustness*. Získáno z: <http://www.stats.ox.ac.uk/>
205. So E. S. (2014). Cardiovascular disease risk factors associated with depression among Korean adults with coronary artery disease and cerebrovascular disease. *Asia Pac Psychiatry*, 7 (2), 173-181
206. Sorg, S., Vogele, C. & Meyer A. H. (2012). Perseverative thinking in depression and anxiety. *Front psychol*, 20 (3).
207. Steele, R. G., Forehand, R., Armistead, L. (1997). The role of family processes and coping strategies in the relationship between parental chronic illness and childhood internalizing problems. *Journal of abnormal child psychology*, 25 (2), 83-94.
208. Struch, N., Levav, I., Shereshevsky, Y., Baidani-Auerbach, A., ..., Zehavi, T. (2008). Stigma experienced by persons under psychiatric care. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 45 (3), 210-218.
209. Stuber, J. P., Rocha, A., Christian, A., Link, B. G. (2014) Conceptions of mental illness: attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiat Serv* 65 (4),490–497.
210. Stuber, J., Meyer, I. & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social science & medicine*, 67, 351-357.

211. Sullivan, P. F., Neale, M. C. & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal psychiatry*, 157, 1552-1562.
212. Suls, J., David, J. P. & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of personality*, 64 (4), 712-734.
213. Svoboda, M., Češková, E. & Kučerová, H. (2015). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.
214. Swindle, R. E. Jr and Moos, R. H. (1992). Life domains in stressors, coping and adjustment, in W. B. Walsh, R. Price and K. B. Crack et al., *Person Environment Psychology: Models and Perspectives*, Mahawah, NJ: Erlbaum, 1–33.
215. Švancara, J. (2003). *Strategie zvládání stresu*. Praha: Testcentrum.
216. Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behaviour: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6 (1), 2-30.
217. Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next?. *Journal of health and social behavior*, extra issue), 53-79.
218. Thombs B. D., Bass E. B., Ford D. E., Stewart K. J., Tsilidis K. K., Patel, U, ..., Zeigelstein, R. C. (2006). Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med.*, 21, 30–38.
219. Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam, A. & Lewis-Holmes, E. (2008). Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International journal of mental health systems*, 2 (3).
220. Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M & INDIGO study group. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia. A corss-sectional survey. *Lancet*, 373, 408-415.
221. Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
222. Týdny duševního zdraví. (2017). *O týdnech*. Získáno z: <http://www.tdz.cz/>
223. Ustundağ, 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.
224. Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

225. Vágnerová, M. (2012). Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál.
226. Van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76 (6), 909-922.
227. Villares C. C. & Sartorius N. (2003). Challenging the stigma of schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatr*; 25, 1–2.
228. Vrbová, K., Kamarádová, D., Látalová, K., Praško, J., ..., Ticháčková, A. (2015). Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u psychotických poruch – průřezová studie. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 111 (3), 119-126.
229. Vythilingam, M., Heim, Ch., Newport, J., Miller, A. H., Anderson, E., Bronen, ..., Bremner, J. D. (2002). Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. *Am J Psychiatry*, 159, 2072-2080.
230. Weiss, M. G., Ramakrishna, J., & Somma, D. (2006). Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 11 (3), 277-287.
231. Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H-G., Joyce, P. R., ..., Yeh, E-K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, 276 (4), 293-299.
232. Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., Mladá, K., Bankovská Motlová, L., Evans-Lack, S. (2015). Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England. *European psychiatry*, 30, 801-806.
233. Winkler, P., Mladá, K., Janoušková, M., Weissová, A., Tušková, E., Csémy, L., Evans-Lacko, S. (2016). Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. Springer: *Soc psychiatry Psychiatr Epidemiol*.
234. World health organisation. (2006). Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
235. World Health Organization. (2016). *Depression: fact sheet*. Získáno z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

236. World Health Organization. (2017). *Depression*. Získáno z: <http://www.who.int/topics/depression/en/>
237. Wu, Hui-Ching, Wu, Ching-Kuan, Liao, Jing-Wei, Chang, Li-Hsin & I-Chen, Tang. (2010). Coping strategies of hospitalized people with psychiatric disabilities in Taiwan. *Psychiatr Q*, 81, 23-34.
238. Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*; 59 (12), 1437–1442.

# Seznam příloh

## Příloha 1: Zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2015/2016

Studijní program: Psychologie  
Forma: Kombinovaná  
Obor/komb.: Psychologie (PSYN)

### Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Mgr. REK Otto	Bezručova 163, Paskov	F150143

#### TÉMA ČESKY:

Vztah mezi sebestigmatizací a strategiemi zvládnání stresu u lidí s depresivní poruchou

#### TÉMA ANGLICKY:

Relations between self-stigma and coping strategies in people with depression disorder

#### VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Marie Ocisková, Ph.D. - PSY

#### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Struktura teoretické části:  
Sebestigmatizace  
Strategie zvládnání stresu  
Depresivní poruchy

Hlavní a dílčí cíle práce:  
Prozkoumat vztah mezi sebestigmatizací a strategiemi zvládnání stresu u lidí s depresivní poruchou.

#### Konkrétní metodické nástroje:

Pro výzkum je zvolena kvantitativní strategie výzkumu. Metodami sběru dat jsou demografický dotazník, pro měření míry sebestigmatizace je použita škála ISMI, pro diagnostiku strategií zvládnání stresu dotazník SVF 78 a pro měření hloubky deprese škála BDI-II. Způsob výběru je stanoven na základě dobrovolnosti. Pro statistickou analýzu dat jsou použity příslušné korelační koeficienty.

#### Charakteristika a četnost respondentů:

Výzkumnou populaci tvoří lidé s diagnostikovanou unipolární depresivní poruchou ve věku 18+ let. Předpokládaná velikost výzkumného vzorku je 70 respondentů. Sběr dat bude probíhat v soukromých a veřejných psychiatrických zařízeních s ambulantními a hospitalizovanými pacienty.

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Alboreda-Flórez, J. (2005). Stigma and discrimination: An overview. *World Psychiatry*, 4(Suppl. 1), 8-10.  
Brohan, E., Gaudi, D., Sartorius, N., Thornicroft, G., & GAMIAN-Europe Study Group (2010b). Self stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Journal of Affective Disorders*, 129, 56-63.  
Ocisková, M. & Práško, J. (2015). Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada.  
Ocisková, M., Práško, J., Látalová, K., Kamarádová, D., Grambal, A., Sigmundová, Z., & Sedláčková, Z. (2014b). Internalizované stigma a efektivita farmakoterapie a psychoterapie u úzkostných poruch a poruch neurotického spektra. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(3), 133-143.  
Práško, J., Látalová, K., Ticháčková, A., & Stárková, L. (2011). *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis.

Podpis studenta: 24 AS

Datum: 18.5.2011

Podpis vedoucího práce: Ci

Datum: 18.5.2011



## **Příloha 2: Abstrakt diplomové práce**

### **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Vztah mezi sebestigmatizací a strategiemi zvládnání stresu u lidí s depresivní poruchou

**Autor práce:** Mgr. Otto Rek

**Vedoucí práce:** PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 127 (233 958)

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 238

**Abstrakt:** Cílem této práce je prozkoumat vztah mezi strategiemi zvládnání stresu a sebestigmatizací u lidí trpících depresivní poruchou. Výzkum využívá kvantitativní přístup. Výzkumný vzorek tvoří 44 lidí s diagnostikovanou unipolární depresivní poruchou. Způsob výběru vzorku je na základě dobrovolnosti. Metodami sběru dat jsou demografický a klinický dotazník, dotazník Strategie zvládnání stresu SVF-78, Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II) a škála internalizovaného stigmatu psychických poruch (ISMI). Bylo zjištěno, že u lidí s depresí roste míra depresivity s mírou sebestigmatizace. Lidé s depresí užívají vyšší míru negativních copingových strategií než zdravá populace. Existuje pozitivní korelace mezi užíváním negativních copingových strategií a sebestigmatizací i přes vyloučení vlivu depresivity.

**Klíčová slova:** sebestigmatizace, strategie zvládnání stresu, depresivní porucha

## ABSTRACT OF THESIS

**Title:** Relations between self-stigma and coping strategies in people with depression disorder

**Author:** Mgr. Otto Rek

**Supervisor:** PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 127 (233 958)

**Number of appendices:** 4

**Number of references:** 238

**Abstract:** Goal of this study is to examine relationships between coping strategies and self-stigma in people with depressive disorder. This research uses quantitative approach. Sample consists of 44 people diagnosed with unipolar depressive disorder. Sampling is on a voluntary basis. Data collection methods are demographic and clinical questionnaire, Coping strategies questionnaire (SVF-78), Beck's depression inventory (BDI-II) and The Internalized stigma of mental illness scale (ISMI). Depression degree increases with degree of self-stigma in people with depression disorder. People with depression use higher degree of negative coping strategies than healthy population. There is positive correlation between usage of negative coping strategies and self stigma despite excluding impact of depression degree.

**Key words:** internalized stigma, coping strategies, depression disorder

### **Příloha 3: Seznam zařízení, které se zúčastnily výzkumu**

Výzkumu se zúčastnily tato zařízení:

- Nemocnice s poliklinikou Havířov
- Městská nemocnice Ostrava
- Hornická poliklinika s.r.o. v Ostravě
- Psychiatrická nemocnice Opava
- Psychiatrická nemocnice v Kroměříži
- Psychiatrická nemocnice Brno

## Příloha 4: Testová baterie

Vážené dámy a pánové,

Jsem studentem druhého ročníku magisterské psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Ve své diplomové práci se zabývám tím, jak tzv. sebestigmatizace u lidí s depresí souvisí s jejich způsoby zvládnání stresu. **Sebestigmatizace**, neboli vnitřní stigma, je jev, který nastává, když se lidé s psychickými obtížemi setkají s předsudky a nepříznivými reakcemi okolí právě kvůli svému psychickému stavu a tyto negativní názory přijmou za své, ztotožní se s nimi a začnou sami sebe negativně posuzovat.

Rád bych Vás požádal o vyplnění následujících dotazníků, které zjišťují hloubku deprese, způsoby zvládnání stresových situací a míru sebestigmatizace. Účast na výzkumu je **dobrovolná**. Z výzkumu lze kdykoliv bez udání důvodu **odstoupit**. Vámi uvedené údaje jsou zcela **anonymní**. **Neexistují dobré a špatné odpovědi**. Pokuste se, prosím, vyplňování dotazníků dokončit. Neúplně vyplněné dotazníky bohužel nelze použít. **Na konci vyplňování, prosím, zkontrolujte, zda jste vyplnili všechny položky.**

Děkuji za Váš čas a spolupráci.

Mgr. Otto Rek

### VYPLŇTE NEJDŘÍVE TYTO ZÁKLADNÍ ÚDAJE:

Souhlasím s účastí na výzkumu (zakroužkujte): ANO / NE

Souhlasím s nahlédnutím do své zdravotnické dokumentace pro účely výzkumu (zakroužkujte): ANO / NE

Pohlaví (zakroužkujte): muž / žena

Věk (roky): .....

Nejvyšší dosažené vzdělání (zakroužkujte): ZŠ SOU SŠ VOŠ VŠ

Aktuální zaměstnání (zakroužkujte): student/ka zaměstnaný/á živnostník/ce

nezaměstnaný/á invalidní důchod starobní důchod

Rodinný stav (zakroužkujte): svobodný/á ženatý / vdaná registrované partnerství

rozvedený/á vdovec/vdova jiné: .....

Jaká je Vaše konkrétní diagnóza (vypište):

Jak dlouho se s depresí léčíte (v měsících / letech):

Kolik depresivních epizod jste za svůj život prodělal/a (vypište číslicí):

Byl/a jste někdy hospitalizován/a v psychiatrické nemocnici? Pokud ano, kolikrát (vypište):

Jaké léky na depresi užíváte - název léků a současná dávka (vypište):

Byly u Vás diagnostikovány nějaké přidružené poruchy? Pokud ano, jaké (vypište):

Plné znění použitých psychodiagnostických metod je uvedeno v tištěné verzi diplomové práce.