

**Univerzita Pardubice**

**Filozofická Fakulta**

**Stigmatizace a sebestigmatizace v percepci lidí  
s diagnózou schizofrenie**

**Bc. Lucie Kretová**

**Diplomová práce**

**2018**

Univerzita Pardubice  
Fakulta filozofická  
Akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lucie Kretová**  
Osobní číslo: **H16421**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Resocializační pedagogika**  
Název tématu: **Sebestigmatizace a stigmatizace v percepci lidí s diagnózou schizofrenie**  
Zadávající katedra: **Katedra věd o výchově**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Závěrečná práce pojednává o sebestigmatizaci a stigmatizaci lidí s diagnózou schizofrenie. Teoretická část je zaměřena na témata stigmatizace a sebestigmatizace, schizofrenii jako nemoci a vliv této diagnózy na život jedince. Cílem empirické části je zjistit, do jaké míry se lidé se schizofrenií sami cítí stigmatizováni. Nástrojem sběru dat bude sebehodnotící metoda ISMI (The Internalized Stigma of Mental Illness Scale), což je škála měřící míru sebestigmatizace u jedinců s psychickou poruchou. Výzkumný soubor budou tvořit jedinci s diagnózou schizofrenie.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Alanen, Y.O. (1997). Schizophrenia: its origin and the need adapted treatment. London: Karnac books.

DOUBEK, P.; PRAŠKO, J.; HERMAN, E.; HONS, J. Psychóza v životě život v psychóze (příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny). Praha: Maxdorf, 2008, 63 s. ISSN 987-80-7345-156-1.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. Ošetřovatelství v psychiatrii. 1.vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. 1.vyd. V Praze: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Marcela Ehlová, Ph.D.**  
Katedra věd o výchově

Datum zadání diplomové práce: **31. března 2017**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2018**



prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.  
děkan



L.S.



Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2017

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mě požadovat příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Jičíně dne 20.3.2018

Bc. Lucie Kretová

### Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce, PhDr. Marcele Ehlové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, podněty, ochotu a podporu při psaní této diplomové práce. Dále děkuji všem informantům, kteří se zúčastnili výzkumu zpracovaného v teoretické části této práce. V neposlední řadě děkuji pedagogům, kteří mě resocializační pedagogikou po dobu studia provázeli a obohacovali.

## **Anotace**

KRETOVÁ, Lucie: *Stigmatizace a sebestigmatizace v percepci lidí s diagnózou schizofrenie*. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Katedra Věd o výchově. Vedoucí práce: PhDr. Marcela Ehlová, Ph.D. Stupeň odborné kvalifikace: magistr. Pardubice, 2018.

Diplomová práce se zaměřuje na téma stigmatizace a sebestigmatizace z pohledu lidí, kteří mají diagnózu schizofrenie. Cílem práce je zjistit, do jaké míry se lidé se schizofrenií cítí být stigmatizováni. Teoretická část práce se zabývá základními charakteristikami schizofrenie, účinky nemoci na chování člověka, či na jeho sociální fungování, sebestigmatizací a tím, jak lidé se schizofrenií vnímají stigmatizující projevy veřejnosti. Praktická část práce popisuje kvalitativní výzkum. Byly použity dva nástroje sběru dat – sebehodnotící škála ISMI a polostrukturované interview. V závěrečných kapitolách jsou data interpretována a komparována.

## **Klíčová slova**

Stigmatizace, sebestigmatizace, schizofrenie, kvalitativní výzkum, ISMI

## **Title**

Stigma and self-stigma in perception of people with diagnosis of schizophrenia.

## **Annotation**

KRETOVÁ, Lucie: *Stigma and self-stigma in perception of people with diagnosis of schizophrenia*. Master thesis. The University of Pardubice. Department of Educational Sciences. Supervisor: PhDr. Marcela Ehlová, Ph.D. Degree of professional qualification: master. Pardubice, 2018.

This Master thesis focuses on the topic of stigmatization and self-stigmatization from the point of view of people who have a diagnosis of schizophrenia. The aim of the work is to find out what extent people with schizophrenia feel stigmatized. The theoretical part deals with the basic characteristics of schizophrenia, the effects of illness on human behavior and social functioning, sebestigmatization and how people with schizophrenia perceive manifestation of stigmatization by society. Practical part describes qualitative research. Two data collection tools were used here - ISMI self-assessment scale and semi-structured interview. Data are interpreted and compared in the final chapters.

## **Key words**

Stigmatization, sebestigmatization, schizophrenia, qualitative research, ISMI

# Obsah

Úvod .....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 Schizofrenie .....	13
1.1 Důležité charakteristiky schizofrenie.....	13
1.2 Vliv nemoci na psychiku člověka .....	16
1.3 Vliv nemoci na chování člověka.....	18
1.4 Sociální dopady nemoci.....	20
2 Stigmatizace .....	23
2.1 Význam pojmu a základní charakteristiky stigmatizace .....	23
2.2 Postoje společnosti a stigmatizace osob s duševním onemocněním.....	26
2.3 Sebestigmatizace.....	31
2.4 Odmítání přijmout diagnózu a stigmatizaci .....	32
3 Vnímání stigmatizace a prožitky diskriminace .....	35
3.1 Sociální izolace.....	35
3.2 Stigmatizace a rodina .....	37
3.3 Stigmatizace a sociální prostředí .....	39
PRAKTICKÁ ČÁST.....	41
4 Metodologie výzkumu .....	41
4.1 Definice výzkumného problému .....	41
4.2 Cíle výzkumu.....	42
4.3 Kvalitativní výzkum.....	43
4.3.1 Metody sběru dat.....	43
4.3.2 Způsob zpracování dat .....	45
4.4 Charakteristika výběru informantů .....	46
4.5 Proces přípravy výzkumu a jeho limity.....	47
4.5.1 Proces přípravy výzkumu.....	47
4.5.2 Limity výzkumu .....	47
5 Interpretace výsledků šetření.....	50
5.1 Informant A .....	50
5.2 Informant B.....	54
5.3 Informant C.....	60



5.4 Závěr výzkumu.....	65
Diskuze .....	67
Závěr .....	68
Použité zdroje:.....	70
Přílohy:.....	75

## **Seznam obrázků**

Obrázek č. 1: Průběh psychotického onemocnění.....	18
Obrázek č. 2: T-skóre informanta A.....	50
Obrázek č. 3: T-skóre informanta B.....	54
Obrázek č. 4: T-skóre informanta C.....	61
Obrázek č. 5: Porovnání T-skóre informantů.....	66

# Úvod

Téma stigmatizace je v posledních letech velmi závažným problémem. Nejen Česká psychiatrická společnost ČLS JEP, ale také organizace světové úrovně (Evropská unie, NATO) považují stigmatizaci spojenou se schizofrenií za jeden ze stěžejních bodů, jež negativně ovlivňuje kvalitu života lidí nemocných schizofrenií. V současnosti probíhá několik destigmatizačních programů, které mají společnosti přiblížit příznaky schizofrenie, možnosti efektivní léčby a dostupnost velkého počtu služeb.

Ústředními tématy této diplomové práce jsou stigmatizace, sebestigmatizace a lidé s duševním onemocněním. Práce popisuje nejen základní poznatky z těchto tematických okruhů, ale propojuje teoretické poznatky s praktickými zážitky lidí se schizofrenií. Důvodem k sepsání diplomové práce byla osobní zkušenost. Klienti Péče o duševní zdraví, se kterými mám možnost komunikovat díky své dobrovolnické činnosti v organizaci, se svěřují s pocity silné otažitosti a nepochopení ze strany společnosti. Vadí jim zkoumavé pohledy a odmítavé postoje lidí. Neslyšela jsem je však mluvit o tom, jaké má na ně diskriminace či stigmatizace vliv, zda mění jejich fungování, chování či vnímání sebe sama.

Určila jsem si tedy cíle výzkumu. Hlavním cílem práce je zjistit, do jaké míry se lidé se schizofrenií sami cítí být stigmatizováni. Vedlejším cílem výzkumu je provést komparaci výsledků šetření získaných metodou standardizovaného dotazníku ISMI a získaných metodou polostrukturovaného interview. Pro naplnění hlavního cíle naplním nejdříve dílčí cíle výzkumu, které byly odvozeny od cíle práce a položek sebehodnotící škály ISMI. Jedná se o tyto dílčí cíle - Zjistit, jak moc cizí se v tomto světě cítí být osoby se schizofrenií. Zjistit, do jaké míry souhlasí lidé se schizofrenií se stereotypy o duševně nemocných. Zjistit, jak silně vnímají osoby se schizofrenií diskriminaci ze strany společnosti. Popsat, do jaké míry se lidé se schizofrenií stahují ze společnosti. Zjistit, jak hodně se cítí být lidé se schizofrenií odolní vůči stigmatu.

Cílů zmíněných ve třetím odstavci bude dosaženo hlavní metodou sběru dat - sebehodnotící metodou ISMI (The Internalized Stigma of Mental Illness Scale), což je škála měřící míru sebestigmatizace u jedinců s psychickou poruchou. Jako další metodu sběru dat jsem použila polostrukturovaný rozhovor. Za informanty jsem zvolila jednotlivce žijící na Jičínsku a v okolí, kteří mají diagnózu schizofrenie, a zároveň projevíli souhlas s účastí na výzkumu.

Obor Resocializační pedagogika provádí korekci patologického a deviantního chování. Cílovou skupinou pro ni mohou být zcela jistě i osoby s duševním onemocněním, u kterých se deviantní chování vyskytuje. Tato diplomová práce bude tedy přínosem pro odbornou veřejnost i pro Resocializační pedagogiku jako obor.

# TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce zpracovává informace a údaje z dostupných zdrojů odborné literatury, odborných časopisů, článků, specializovaných webových stránek atd. Vymezuje teoretický rámec výzkumného problému. Teoretická část je členěna do tří kapitol – Schizofrenie, Stigmatizace, Vnímání stigmatizace a prožitky diskriminace.

## 1 Schizofrenie

Cílem této kapitoly je představit důležité aspekty schizofrenie, které mohou mít vliv na chování a jednání jedince, na jeho prožívání reality, zapojení do sociálního prostředí, na jeho sociální vazby, a tím zavdat příčinu společnosti ke stigmatizaci. Nejprve se budu zabývat samotnou nemocí a představím její hlavní charakteristiky. Poté zmíním, jaké má nemoc následky na lidskou psychiku. Zaměřím se i na chování lidí s duševním onemocněním, jaký na ně má nemoc vliv. V poslední části této kapitoly se budu věnovat sociálním dopadům, které s sebou nemoc pro nemocného člověka přináší.

Psychózu popsal a použil poprvé toto označení Ernst von Feuchtersleben. Do roku 1845 bylo používáno termínů šílenství nebo mánie. Jeho původ je z řeckého *psyché* (duše, mysl) a *-osis* (chorobný či abnormální stav). Neexistuje jednotně uznávaná a používaná definice psychózy. V psychiatrii je však tímto pojmem označováno závažné duševní onemocnění, které se vyznačuje ztrátou kontaktu s realitou. Charakteristická je také přítomnost psychotických příznaků – poruchy vnímání (iluze, halucinace), poruchy myšlení (dezorganizované myšlení, bludy) a poruchy chování (Horáček, 2003).

### 1.1 Důležité charakteristiky schizofrenie

Pro schizofrenní poruchu je typická mnohotvárnost psychopatologie, příčin a průběhu onemocnění i reakce na léčbu. Je ovlivněno nejen myšlení, cítění, vnímání, ale také jednání, schopnost uspokojivě naplnit život a dostát svým životním rolím (Petr, 2014). Stejně tak je nutné uvědomit si diverzitu uvnitř heterogenní skupiny osob se schizofrenií. Může se jednat o mladé dospělé, dospělé či o starší osoby. Lišit se mohou intenzita a průběh onemocnění, jakož i z nich vyplývající praktické důsledky nemoci. Různorodost skupiny nemocných schizofrenií se ještě o trochu zvýší, uvědomíme-li si, že muži a ženy mají přirozeně odlišná přání, problémy, potřeby péče a podpory. Ovšem záleží též na skutečnosti, ve které fázi života

se nemocný nachází, jaká je jeho sociálně-ekonomická pozice a z jakého kulturního prostředí člověk přichází (Pěč, Probstová, 2009).

Schizofrenie propuká u jedince většinou v období dospívání nebo rané dospělosti. Jedním z možných indiciátorů propuknutí nemoci je silný stres. V tomto období působí na jedince velké množství stresorů. Dospívající dokončuje své vzdělání, očekává se od něj brzké osamostatnění jak finanční, tak opuštění prostředí rodinné homeostázy. Také se od něj očekává, že si bude schopen najít pracovní uplatnění, životního partnera, usadí se a bude mít rodinu. Na mladého jedince je toho najednou moc (Probstová, Pěč, 2014).

Podle Pěče a Probstové (2009) mají lidé trpící schizofrenií i přes velkou diverzitu jedno společné: ve svém fungování pociťují velká omezení. Omezení vyplývají zejména ze dvou faktorů – z psychického onemocnění a z premorbidních vlastností osobnosti. Kučerová (2010) připodobňuje ve své knize *Schizofrenie v kazuistikách* podstatu schizofrenní mysli k oloupanému pomeranči. Dole jsou jednotlivé dílky pomeranče spojené, zatímco nahoře jsou volně rozpojené a samostatné. U schizofrenie jsou také jednotlivé složky psychiky (vnímání, emotivita, myšlení, paměť aj.) pohromadě, ale jejich vzájemná součinnost je narušena.

*„Podle převažující symptomatologie v psychopatologickém obraze se podle MKN-10 u schizofrenie rozeznává několik forem, z nichž nejčastější je paranoidní schizofrenie (F20.0), dále hebefrenní schizofrenie (F20.1, hlavně u mladých a mladistvých pacientů), katatonní schizofrenie (F20.2), diferencovaná schizofrenie (F20.3). Rozdíly mezi těmito typy však nejsou podstatné a nejsou ani nijak přesně ohraničené, často se mohou navzájem prolínat nebo postupem času se může měnit jedna v druhou.“* (Kučerová, 2013, str.89) Podle aktuálně platné 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je potřeba sledovat přítomnost těchto příznaků: ozvučování myšlenek; vkládání nebo odnímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné vnímání a bludy ovládání; pasivita nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují jevy nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky. Specifické příznaky se pojí s konkrétními podtypy schizofrenie F20.0 – F20.6.

U člověka se schizofrenií můžeme pozorovat jeho projevy. Pokud zaznamenané projevy nadměrného vyjádření standardních funkcí, jedná se o příznaky pozitivní, pokud zaznamenané jejich úbytek, jedná se o negativní příznaky onemocnění (Vágnerová, 2008). Toto rozdělení je běžnější, využívané v praxi. Pozitivní příznaky jsou takové, které s sebou přináší něco navíc, tedy projevy, které se v běžné normě nevyskytují. Zcela určitě sem budou patřit halucinace. Jde o poruchu vnímání, kdy pacient vnímá takové vjemy, které vznikají

pouze v jeho mozku, ostatní lidé je nevnímají. Jsou rozlišovány halucinace sluchové, zrakové, chuťové, čichové nebo dotykové. Nemocný může mít například pocit, že jídlo chutná jako otrávené, nebo že mu po těle pochodují brouci. Další jsou bludy – mylná přesvědčení, která nemocný považuje za reálná. Jeho přesvědčení je nevyvratitelné. Ostatní lidé ho nesdílejí, však nemocný v něm přetrvává, i když mu jsou předloženy důkazy o opaku. Bludy mívají různé podoby, člověk může mít pocit, že ho sledují, že se o něm mluví v televizi, nebo že má například nadpřirozenou schopnost. Mezi další pozitivní příznaky se řadí dezorganizovaná řeč, ztráta náhledu, ztráta kontaktu s realitou, neúčelné chování aj. Na druhé straně stojí příznaky negativní, které jako by nemocnému vlastnosti odnímal. Jsou to například apatie, ztráta energie, ztráta zájmů, pasivita, oploštělá afektivita a neschopnost prožívat emoce, abulie aj. (Petr, 2014). Záludnost negativních příznaků spočívá v tom, že na ně medikamentózní léčba působí jen velmi málo. Nemocného tak postupující nemoc vysiluje a pozvolna ničí (Kučerová, 2013).

Další skupinou příznaků, která se často objevuje u pacientů se schizofrenií, jsou kognitivní příznaky. Vyznačují se poruchami paměti, zhoršením pozornosti, neschopností číst či sledovat televizi a celkovým zhoršením mentální výkonnosti (Petr, 2014). Do kognitivních příznaků řadíme ještě poruchy vnímání a motorických dovedností. U vnímání je postiženo zejména vnímání komplexních sociálních situací. Člověk se schizofrenií není schopen pochopit kontext dané sociální situace. Často si situaci interpretuje na základě současných detailů a nedokáže tak zpracovat emoční obsahy druhých lidí (založené na kontextu minulých zážitků a zkušeností) na odpovídající úrovni. Z poruch motoriky je významná porucha automatismů, tedy každodenních úkonů, které si většinou ani neuvědomujeme. Tyto činnosti, jako je vaření či úkony v domácnosti, představují souhru myšlenkových, percepčních a motorických procesů. Pokud je souhra narušena, výsledkem je úbytek sociálních dovedností ve formě obvyklých každodenních úkonů, což může mít přesah do oblasti sociálního života nemocného (Probstová, Pěč, 2014).

Kučerová (2013) rozděluje příznaky na nápadné, méně nápadné a nenápadné. Za nápadné považuje ty pro laika lehce poznatelné, jako např.: inkohrentní myšlení, pseudofilozofování, bludy a halucinace. Mezi nápadné příznaky můžeme také řadit agresivitu a neklid. Méně nápadné a nenápadné příznaky nejsou patrné na první pohled, zejména laik je tedy snadno přehlédne. Autorka mezi ně řadí depresivní nálady, úzkost a emoční oploštělost. Zejména apatie a hypobulie bývají velmi nenápadné, okolí posuzuje stav jako pouhou lenost pacienta.

Dalším důležitým příznakem nemoci je absence náhledu na chorobnost prožitků (Ocisková, 2015). Náhled je základní předpoklad pro práci na úpravě nemocného. Vztahuje se k uvědomování si nemoci, možných následků i k potřebě léčit se. Pokud nemá člověk dostatečný náhled, těžko se zapojuje do spolupráce s terapeutem, či organizací rehabilitačního a svépomocného charakteru. I přes neúplný náhled se daří zapojovat jedince se schizofrenií do určité formy spolupráce, např.: pracovní aktivity (Probstová, Pěč, 2014).

## **1.2 Vliv nemoci na psychiku člověka**

V předešlé podkapitole bylo zmíněné připodobnění psychiky k oloupanému pomeranči. Přesně takto si můžeme představit psychiku člověka trpícího schizofrenií. Nemocný je člověk stejně tak, jako zdravý jedinec – vnímá okolní svět všemi smysly, má své touhy a pocity, dokáže myslet (někteří nemocní i přes schizofrenii mohou dosahovat mimořádných výkonů, jako stát se uznávaným odborníkem, profesorem nebo získat Nobelovu cenu), pamatují si zážitky z dětství, nebo rodinný recept na pečení borůvkového koláče. Je pro něj však složitější porozumět vzájemnému propojení těchto složek psychiky, jakoby některé spoje chyběly. Psychické procesy člověka se schizofrenií jsou též rozdílné v době relapsu onemocnění, či v době, kdy probíhá jeho remise.

Při počáteční fázi onemocnění (tzv. prodromální fázi) je možné pozorovat na jedinci změny. Objevují se různé typy varovných signálů (prodromů), jež se mohou měnit s časem. Berou na sebe podobu psychotických příznaků, či méně výrazných projevů trvajících však delší časový úsek. Téměř nenápadné projevy lze jen těžko přičítat schizofrenii, působí spíše jako změna osobnosti nemocného. Jsou to například zahloubanost, stranění se společností, uzavírání se do sebe, zvýšení zájmu o bizarní činnosti, vyhasnutí zájmu o aktivity a činnosti, které dotyčný dříve provozoval (Drake, Lewis, 2005).

Pro člověka se schizofrenií bývá těžké soustředit se jen na jednu věc, v hlavě se mu ozývá spousta naléhavých myšlenek, které ostatním nedávají smysl. I to zavdává důvod, že se občas cítí být „odpojen“ od ostatních (Probstová, Pěč, 2014). Pro lidi v okolí bývá nesnadné racionálně se s nemocným domluvit, jelikož pro něj dostávají události a věci jiný význam. S největší pravděpodobností je narušena selektivita vnímání, jež má organismu sloužit jako obranný mechanismus proti nadměrnému zatížení nepotřebnými informacemi. Zjednodušeně řečeno, nemocný vnímá vše současně. Nezbyvá mu, než si udělat v tomto chaosu systém. Přiřadí všem věcem určitý význam, což je pro zdravého člověka nepochopitelné, tudíž pokládá tyto významy za bludy nemocného (Ocisková, 2015).



Myšlení člověka se schizofrenií někdy ztrácí logickou provázanost. Nemocný pak pociťuje zmatek. Nesouvislé myšlení může vygradovat až do stavu, kdy nejde sdělovanému obsahu vůbec porozumět (tzv. slovní salát). Tyto lidé se někdy cítí být „průhlední“ a zranitelní, což v nich vzbuzuje úzkost a strach. Někdy mají naopak přesvědčení, že ostatní lidé z nich mají strach nebo cítí vůči nim odpor. Kvůli halucinacím (nejčastěji se objevují u klientů se schizofrenií sluchové halucinace) může mít dotyčný dojem, že slyší jednotlivé zvuky či hlasy. Ty mohou jeho jednání komentovat, popisovat jeho aktivity, nebo mu různé činnosti přikazovat. Pro schizofrenii jsou typické intrapsychické halucinace - zvuky přicházejí spíše zevnitř mysli než z vnějšího prostředí (Probstová, Pěč, 2014). Podle Ociskové (2015) sluchové halucinace nejen komentují či přikazují, nýbrž diskutují o nemocném ve třetí osobě.

Ocisková (2015) uvádí, že afekty u nemocných schizofrenií jsou nepřiměřené nebo otupělé. Intelekt a vědomí bývají u většiny zachovány, v průběhu let se však začínají objevovat kognitivní defekty. Mezi nejdůležitější patologické fenomény negativně ovlivňující psychiku jedince potom uvádí ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek, dále bludné vnímání a blud ovládání. Negativní vliv na pacientovu psychiku má také objevující se pasivita, nebo naopak pocity ovlivňování k činnostem, poruchy abstraktního myšlení a negativní příznaky nemoci.

Časem a postupem choroby dochází u schizofrenie k tzv. astenizaci osobnosti. To znamená postižení tělesné složky, oslabení a zeslábnutí (Kučerová, 2013). Tato nevykonnost, rychlá unavitelnost a zpomalení tempa má na psychiku člověka negativní vliv. Lidé se schizofrenií se také cítí prázdní a nezakotvení. Mají mnohdy potíže uvědomovat si pocity a vyjádřit je slovy. Schizofrenní onemocnění někdy bývá doprovázeno depresivními stavy, zejména po prvních atakách nemoci, kdy si jedinec po odeznění potíží uvědomí rozměr tohoto onemocnění a jaké ztráty ho do budoucna čekají (Probstová, Pěč, 2014).

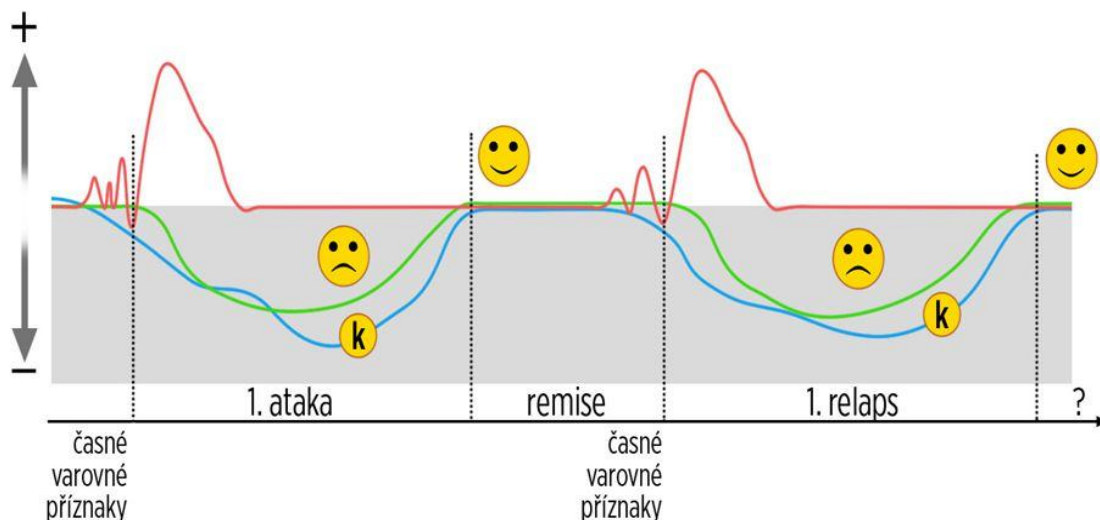
Celkově hodnotí lidé se schizofrenií kvalitu svého života jako nižší. Negativně posuzují zvláště svou finanční situaci, celkové negativní pocity a menší uspokojení ze života. Všechny předešlé údaje výrazně kontrastují se skutečností, že lidé s psychickou nemocí mají většinou stejná přání a životní cíle jako ostatní občané např.: dobré zdraví, příjemné bydlení, mít milujícího partnera a dobré vztahy v rodině, smysluplnou práci, opravdové přátele, sebeúctu, uznání druhých a možnost osobního rozvoje (Pěč, Probstová, 2009).

### 1.3 Vliv nemoci na chování člověka

Chování a jednání lidí se schizofrenií ovlivňuje bezpočet podnětů. Značný vliv mají nejen sociální faktory, ale také to, v jaké fázi onemocnění se jedinec právě nachází. Jednou z fází schizofrenie je ataka. Pro nemocného to znamená výskyt pozitivních, negativních i kognitivních příznaků. Obvykle trvá přibližně 6 měsíců. Jelikož je schizofrenie epizodické onemocnění, bývá provázeno opakovanými atakami onemocnění – relapsy. Blížící se relaps lze účinně podchytit a zmírnit, a zkrátit tak průběh ataky. Jedinec nebo častěji jeho okolí si všímá tzv. prodromů (časných varovných příznaků). Rozpoznání a zachycení prodromů má v dlouhodobé léčbě zásadní význam, především přispívá k prevenci relapsu onemocnění. Cílem dlouhodobé léčby je pak dosažení remise, což je časový úsek, kdy člověk nepocítuje příznaky nemoci, je vcelku bez potíží a zvládá běžný život (Petr, 2014). Projevy chování se tedy mění cyklicky v souvislosti s průběhem nemoci.

Obrázek č. 1: Průběh psychotického onemocnění

### Průběh psychotického onemocnění a doporučená doba léčby



Zdroj:

[https://www.google.cz/search?q=pr%C5%AFb%C4%9Bh+psychotick%C3%A9ho+onemocn%C4%9Bn%C3%AD&espv=2&biw=1093&bih=498&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjOkPy50-jLAhWHEiwKHcXQCdwQ\\_AUIBygC&dpr=1.25#imgrc=gzjsINc\\_hco87M](https://www.google.cz/search?q=pr%C5%AFb%C4%9Bh+psychotick%C3%A9ho+onemocn%C4%9Bn%C3%AD&espv=2&biw=1093&bih=498&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjOkPy50-jLAhWHEiwKHcXQCdwQ_AUIBygC&dpr=1.25#imgrc=gzjsINc_hco87M)

Lidi se schizofrenií provází někdy zvláštní, pro společnost nenormální nebo nepatřičné chování, které souvisí s jejich změněným vnímáním, např.: úšklebky, pochechtávání, podivná

repetativní gesta, mluvení či mumlání si pro sebe. V relapsu onemocnění se potom objevuje halucinatorní chování. Postižený naslouchá zvukům nebo hlasům, které na něj mluví, odpovídá jím. Ostatní však tyto hlasy neslyší. Postižený sleduje něco a mluví o něčem, co ostatní nevidí (Ocisková, 2015). Doopravdy se chování lidí se schizofrenií nezřídka odráží v bludech a halucinacích. Můžeme se setkat s náslechoým postojem, kdy je klient v naslouchající pozici a soustředění. Mnohdy se také cítí být těmito patologickými výtvoři mozku ohrožen, dokonce pod vlivem bludu i jedná – zabarikádjuje se v bytě před odplatou nepřátel, kteří mu závidí jeho nadpřirozené schopnosti. Častými projevy chování jsou také zvýšené psychomotorické tempo a neklid. Základem poruchy paranoidní schizofrenie jsou snížené volní kapacity, jež jsou jednou z příčin pasivity v oblasti činnosti, zaměstnání a zájmů (Probstová, Pěč, 2014).

Na chování lidí se schizofrenií má také vliv medikamentózní léčba. Zejména u těch osob, kterým byla podávána antipsychotika I. generace (chlorpromazin, haloperidol, perfenazin) byla zjištěna řada vedlejších účinků, především tzv. extrapyramidový syndrom. Obtíže se vyznačují ztuhlostí svalů, třesem, celkovým zpomalením pohybů či snížením mimiky. Při dlouhodobém užívání hrozí projev mimovolních pohybů a vnitřního neklidu, který ústí v popocházení nebo motorický neklid (akathisie). Lidé užívající antipsychotika I. generace mohou působit nepřítomným dojmem z důvodu nadměrného útlumu, který léky mohou způsobit. U antipsychotik II. generace (risperidon, olanzapin, quetiapin, clozapin) je extrapyramidový syndrom mírnější. Nemusí se objevit vůbec. Nevýhodou je však zvýšení chuti k jídlu, což často vede k obezitě. Především ženská část pacientů tento vedlejší účinek léků těžce snáší (Probstová, Pěč, 2014).

Janík (1987) popsal některé typické znaky, jak deviantní chování osoby se schizofrenií vnímají zdraví lidé. Na prvním místě se prý laik soustředí na oči. Mohou být zakalené, poklidné, vyhaslé, vytřeštěné nebo vystrašené, pohled pak převládá tupý, nepřítomný, nesoustředěný, strnulý, upřený, zmatený. Dále si lidé všímají výrazu a psychomotoriky. Výraz může být křečovitý, strnulý, nepřítomný či zjasněný (vypadá „jakoby spadl z měsíce“). Mezi výrazové projevy můžeme také zařadit „šílený smích“. Další, co laická veřejnost hodnotí, je řeč. Řeč je nesouvislá, nesrozumitelná, zmatená a nepřirozená. Z psychomotorických pohybů lidé evidují pohyby nemocného jako neopatrné, neobratné, nemotorné, roztržité, prudké, neohrabané, šhubavé a trhavé. Chování popisují jako dětinské, neodpovědné, nevypočitatelné, zvláštní, podivné, neovládané, neklidné a směšné. Tyto vnější projevy jsou často až druhotné znaky duševních poruch. Ukazuje se, že jako primární identifikační kritérium slouží laikům

poruchy jednání a rozumových funkcí – nerozumnost a pošetilost vede lidi s duševní poruchou „dělat věci, co by zdravý člověk nikdy neudělal“, chovají se pudově a nechápou svou situaci.

#### **1.4 Sociální dopady nemoci**

Odmítání kontaktu se světem, kterému nemocný schizofrenií kvůli nemoci přestal rozumět, poznamenává především jeho vztahy a sociální vazby. Mnohdy není schopen vztahy udržet, natož vstupovat do nových (Vágnerová, 2008). Většinou se tito lidé vyznačují menší sociální sítí než zbytek společnosti. V důsledku toho se mohou jen málo spoléhat na sociální podporu okolí (Pěč, Probstová, 2009).

Základní úskalí spočívá v chování nemocného. Chová se zvláště, bizardně, je s ním těžká komunikace, lidé nevědí, co od něj mohou očekávat. Převažuje zde tedy tendence izolovat odlišné jedince (Vágnerová, 2008). Nadměrná koncentrace na vnitřní svět k sociální izolaci také výrazně přispívá (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Lidé si neumí představit, co schizofrenie jako nemoc obnáší a jak mají jednat s lidmi, kteří jsou jí postiženi. Výsledkem bývá bezradnost, křečovitost, strach z jedné strany a společenská izolace, odmítání a vyloučení na straně druhé. Dochází i ke změně rodinných vztahů a celkové atmosféry rodiny. Atmosféra je napjatá, nepříjemná, příbuzní sice vidí, že se člen domácnosti změnil a není ve své kůži, neví však proč. Rodina je velmi důležitým subjektem v životě nemocného, proto se vztahy v rodině a fungováním rodiny zabývají odborníci a snaží se nalézt opět společnou řeč (Vágnerová, 2008).

U nemocných pozorujeme úbytek sociálních dovedností, jako jsou péče o domácnost, schopnost se někam dopravit, nakupovat, rozumně nakládat s penězi, vařit... Člověk se schizofrenií se v některých případech nedokáže bez pomoci jiné osoby sám přepravit z bodu A do bodu B. Při čekání na autobus je nejistý, neklidný, lidí čekajících na zastávce se několikrát ujistí, jestli jeho linka opravdu už nejela, nebo zda jezdí na tuto zastávku. Mezery v podobných sociálních dovednostech jsou v některých případech důvodem selhání v sociálních rolích (Probstová, Pěč, 2014). Pro lidi z okolí duševně nemocného je také těžko pochopitelná situace, kdy má nemocný odlišné verbální projevy, než na jaké jsou zvyklí. Lidé, u kterých je možné pozorovat příznaky schizofrenie, často hovoří zvláštním jazykem, kterému ostatní nerozumí. Vytváří neologismy, běžná slova užívají v naprosto jiném kontextu nebo slovně vyjadřují tok myšlenek, který se však podobá brainstormingu (Benson, 2010).

Dalším dopadem schizofrenního onemocnění je fakt, že se u lidí se schizofrenií často vyskytují patologické jevy, kterými jsou bezdomovectví a nezaměstnanost. Je také prokázáno, že míra reprodukce u této skupiny je výrazně nižší než u zbytkové populace (Cohen, 2002). Šupa (2006) rozvádí myšlenku takto: od 80. let je zastánci psychiatrické rehabilitace zdůrazňováno, že duševní nemoc se neprojevuje jen nějakým duševním (mentálním) defektem či symptomy, ale projevuje se také značnými sociálními limity, nezpůsobilostmi pro určité činnosti či handicapem v různých oblastech. Dopady těchto potíží se ukazují v oblasti sociální a společenské. Důsledky jsou zřetelné v nezaměstnanosti, bezdomovectví, sebevražednosti, stigmatizace, společenské izolace či marginalizace. Zároveň upozorňuje, že potíže způsobené nemocí nestačí tedy řešit pouze na úrovni péče zdravotnické, ale je třeba zajistit pro tuto skupinu osob odpovídající služby následné, komunitní sociální péče. Tedy je potřeba pečovat o lidi trpící schizofrenií ve spolupráci s více resorty.

Ocisková (2015) je podobného názoru – že schizofrenie může snižovat nebo úplně ničit schopnost dlouhodobě a soustavně vykonávat pracovní činnost (ať už kvůli negativním příznakům, kognitivnímu deficitu či astenizaci osobnosti) a dotýká se také dopadu nezaměstnanosti. Nemocní jsou prostřednictvím absence zaměstnání odkázáni na čerpání prostředků ze státního sociálního zabezpečení. Libiger (2002) však není tak skeptický, co se týče oblasti zaměstnanosti a schopnosti pracovat. V průmyslových zemích pracuje o něco méně než 20% lidí se závažným duševním onemocněním. Pracovní výkon u nich však není závislý na intenzitě psychopatologie. Mnohem více se v něm odráží pracovní prostředí, zda je pracovní doba pravidelná, bez stresu, zda má nemocný přesně vymezené povinnosti. Takovéto pracovní prostředí pak působí pozitivně na psychické zdraví a motivuje nemocného zůstat mimo nemocnici. Více než polovina nemocných je s podporou způsobilá získat a udržet si pracovní místo.

Jak již bylo zmíněno, společnost se domnívá, že duševně nemocný člověk je nebezpečný a má sklon k násilí. Spojnice mezi nemocí a vyšším rizikem násilí existuje, je to však velmi složitý vztah. Násilí je nejčastěji spojováno s abusem návykových látek a závislostí. Abusu i závislosti se duševně nemocný člověk brání hůře než zdravý jedinec. Proto vyšší výskyt těchto poruch mezi psychotiky zodpovídá za část násilí spojeného s duševní nemocí. Překvapivé však je, že jedinci s psychotickými příznaky (paranoidní bludy, tenze, úzkost rostoucí z neuchopitelnosti psychózou změněného světa) nepáchají násilí motivované k obraně proti domnělému nebezpečí, které jim ponouká nemoc. Nemocní mnohdy vynakládají značné úsilí, aby se vyhnuli použití násilí při obraně proti bludům a halucinacím.

Většina lidí trpících duševní poruchou nikdy nespáchala násilný trestný čin. Naopak v mnohých případech se právě oni sami stávají oběťmi násilných trestných činů (Libiger, 2002).

## 2 Stigmatizace

Ve druhé kapitole se zaměřím na stěžejní téma této diplomové práce, jímž je stigmatizace. Zejména v období posledních 20 let se stalo toto téma v České republice velice diskutovaným a žádaným. Pro odborníky z oboru psychiatrie se rovněž stala stigmatizace předmětem výzkumů, odborných článků ve vědeckých časopisech a další odborné literatury. Nejprve se budu zabývat významem pojmu stigmatizace a jeho důležitými charakteristickými znaky. Dále tím, jaký postoj zaujímá společnost vůči osobám s duševním onemocněním. Pak se zaměřím na sebestigmatizaci, která má silný vliv jak na osobu s duševní nemocí samotnou, tak na stav a průběh jejího onemocnění. V závěru kapitoly přijde řeč na důsledky sebestigmatizace, zejména na odmítání přijmout diagnózu a s ní se pojící stigmatizaci.

### 2.1 Význam pojmu a základní charakteristiky stigmatizace

Slovo stigma bývá překládáno jako určitý znak (stopa), který nese konkrétní význam. Tento pojem pochází z antického Řecka, kdy vypovídal o tělesném znaku neobvyklém, nedostatečném nebo morálně špatném. Sémantický původ řeckého slova se vztahuje přímo k vypálenému znamení či tetování. Nositeli tohoto znaku byl dán znehodnocující přívlastek, který zapříčinil jeho diskriminaci (Hinterhuber, 2001). Toto označení, tedy stigma, bylo pro ostatní znamením, podle kterého byli jeho nositelé rozpoznáváni a poté vylučováni ze společnosti (Wenigová, 2005).

V pozdější době se pojem dostává do širšího kulturního slovníku a souvislostí. Například v 19. století popisovala kriminalistika stigmata zločinců. Byly to znaky spojující zločince díky jejich shodným fyzickým rysům. Jejich vzhled je tedy usvědčoval pro zločinecký charakter. Cílem těchto stigmat bylo jednak upozornit na nebezpečné fyzické rysy osob žijících v tamější společnosti, tak také rozpoznat a izolovat kriminální živly, nejlépe ještě před spácháním trestného činu (Bártlová, 2006).

Goffman (2003), uznávaný americký sociolog, titulovaný „otec stigmatu“, uvádí, že stigma je intenzivně diskreditující atribut (nedostatek, handicap). Atribut je podle něj znak, který lidem usnadňuje vzájemnou komunikaci. Na základě interakce mezi lidmi, si člověk vytvoří něco jako imaginární identitu jedince - podle jeho chování, vyjadřování, vzhledu atd. Stigma dělí na zjevné (např. neklid) a skryté (např. negramotnost). Stigmatizací potom Goffman rozumí apriorní (předchůdné) negativní hodnocení člověka, většinou generalizované na jeho celou osobu.

Současní autoři Hartl a Hartlová (2009) definují stigmatizaci jako společenský předsudek vůči někomu, jemuž jsou pak přisuzovány záporné vlastnosti; předem dané záporné hodnocení, které je okolím přisouzeno jedinci, skupině nebo organizaci. Zároveň zmiňují, že jednou z nejvíce stigmatizovaných skupin jsou lidé s psychickou poruchou. Tento jev souvisí s vývojem pojetí duševních nemocí. Naopak anglický sociolog a vysokoškolský učitel Anthony Giddens (1999) pojímá stigma jednoduše. Podle něj je možné říci, že stigma je jakákoliv fyzická nebo sociální vlastnost, která je považována za zdroj hanby.

Já nejvíce sympatizuji s názory Prof., MUDr., Csc. Jana Libigera, který ve vědeckém časopise *Sanquis* uvádí: „Je to proces, který umožňuje rozpoznání příslušnosti jedinců ke skupině. K té se potom ostatní chovají relativně jednotným, předvídatelným způsobem, který odpovídá předpokládaným skupinovým vlastnostem. Stigma zdůrazňuje skupinovou identitu jedince a oslabuje váhu jeho individuálních vlastností.“ (Libiger, 2002, str.14)

Zdrojem stigmatu jsou vzájemně se prolínající faktory, a to skutečná odlišnost duševně nemocných, předsudky, nároky a hodnoty prostředí, ve kterém jedinec žije. Skutečná odlišnost spočívá v nápadném vzhledu a chování nemocného, v pohybových zvláštích a manýrování, či podivnému přesvědčení, které dotyčný získá díky chorobným vjemům v jeho mozku. Ke skutečné odlišnosti přispívá též psychiatr, který dotyčnému doporučuje užívat neuroleptika (Libiger, 2002). Druhým zdrojem stigmatu jsou předsudky. Pojmy stigma a předsudek nejsou totožné. Stigma může být důsledkem předsudků. Z obecného stereotypu si lidé vybírají ty vlastnosti, které následně použijí pro charakteristiku všech duševně nemocných. Příkladem – duševně nemocný je považován za nespolehlivého, nepředvídatelného a nebezpečného. Předsudek je pak posilován a přiživován médii. O „šilencích“ si můžeme přečíst v knihách, časopisech, v internetových článcích, v novinách, můžeme zhlédnout filmy s touto tematikou. Tyto často přibarvené a fantastické příběhy v lidech zakořeňují předsudky a následně vedou ke stigmatizaci duševně nemocných (Kusá, Ondrejka, 2006). Za třetí zdroj stigmatu jsou označovány hodnoty a nároky prostředí. Jinými slovy kultura, do které je nemocný zasazen. V některých zemích je předmětem stigmatizace onemocnění tuberkulózou, pohlavními nemocemi nebo leprou. Duševní onemocnění pro člověka potom neznamená až tak vážný sociální dopad (Libiger, 2002).

Stigmatizace je tedy proces založený na předsudcích společnosti a jejich strachu z neznámého. Lidé nejsou dostatečně poučení o duševních nemocech, jaké jsou příčiny a příznaky nemoci, jak je možné léčit ony poruchy, nevědí, jak se chovat k osobám s duševní



poruchou, a že jejich diskriminující přístup nemocným ještě více uškodí a ublíží jejich psychice, naruší jejich sebepojetí, což má za následek další prohloubení nemoci.

V průběhu interpersonální komunikace mezi nemocným a ostatními lidmi, během interakcí každodenního života si lidé všímají deviací, jimiž se odlišuje od projevů většinové společnosti. Již v tomto období dochází ke stigmatizaci, ještě daleko před stanovení diagnózy psychiatrem. Laici si všímají nejvíce vnějších projevů postiženého, které se mohou nějakým způsobem odlišovat - výrazů, pohybů, slovního vyjadřování, postojů. Pokud zaznamenají, že se dotyčný chová „divně“ nebo, že „blázní“, začne tak proces stigmatizace, který může vést až k stigmatizaci trvalé (Bártlová, 2006). Společnost je vybavena tzv. mechanismy sociální kontroly, která umožňuje regulovat deviantní projevy. Jako extrémní možnost může dojít k vyloučení jedinců s deviantním chováním z rámce zdravé populace (Janík, 1987).

Proces stigmatizace by bylo možné popsat ještě takto. Vaším kolegou v práci byl muž, kterého jste znali 2 roky. Během té doby jste si vytvořili dobrý pracovní vztah. V posledních 2 měsících se však začal váš kolega chovat podivně. Často mluvil o entitách, které řídí jeho myšlenky, že jistě ovládnou myšlení i vaše a všech ostatních. Pokud máte tuto zkušenost a posléze se dozvíte, že byl odvezen do psychiatrické nemocnice na hospitalizaci, utvoříte si představu o tom, co duševní nemoc vlastně znamená. Bude pro vás jako nesrozumitelné, divné chování, střídané občas normálními projevy. Utvoříte si tedy názor na duševní nemoci, však bez racionálních argumentů a znalostí oné nemoci. Tento názor předáte dál, vytváří se generalizované trvalé přesvědčení o lidech s psychickými obtížemi (Wenigová, 2005).

Jak je známo, média mají velký vliv na smýšlení jedince a na jeho postoje. Ve velké míře též přispívají ke stigmatizaci lidí s duševním onemocněním. Je to způsobené faktem, že masmédiá zastávají roli prostředníka mezi publikem a skutečností. Skutečnost však není publiku přímo dostupná. Pokud příjemci nemají svou vlastní osobní zkušenost s popisovanou skutečností, získají jediné informace o tématu prostřednictvím médií. Je pak vysoce pravděpodobné, že přijmou tuto informaci (DeFleur, Ballová–Rokeachová, 1996). Uvádím výzkum, který se uskutečnil v roce 2007 odborníky v oboru psychiatrie. Výzkum demonstruje obraz duševních poruch v českých tištěných médiích. Monitorováno bylo 6 nejčtenějších deníků (Blesk, MF Dnes, Právo, Aha!, Lidové noviny, Šíp) a 6 nejčtenějších týdeníků (Rytmus života, Nedělní Blesk, Chvilka pro tebe, Blesk pro ženy, Katka, Svět ženy). Zkoumanými proměnnými byly: senzacechtivost, sociální začlenění, agresivita, celebrita, zavádějící informace, celkový dojem (titulek) a celkový dojem (článek). Za týden 19.3.- 25.3.

2007 bylo nalezeno 41 článků, z toho 23 v seriózních denících, dále SD (MF Dnes, Právo, Lidové noviny), 15 v bulvárních denících, dále BD (Blesk, Aha!, Šíp) a 3 v týdenících. Senzacectivost se objevila v 87% článků BD a v 13% článků SD. Člověk s duševním onemocněním byl jako agresor popsán 35% SD a v 27% BD. Celebrita byla zmíněna v souvislosti s duševní poruchou v 67% článků BD, oproti tomu v SD o ní nebyla ani zmínka. Zavádějící informace se objevila v 27% článků BD, v SD nebyly zavádějící informace zaznamenány. Celkové vyznění titulku v negativním smyslu se objevilo v 39% sdělení v SD a v 53% sdělení v BD. Celkové vyznění článku pak bylo negativní v 48% sdělení SD a v 80% sdělení BD. Ačkoliv výsledky výzkumu nejsou zatím kompletní, naznačují, že míra stigmatizace duševních poruch je v českých tištěných médiích vysoká a je potřeba se tímto problémem zabývat (Nawková, Daněčková, Vondráčková, Nawka, 2008).

## **2.2 Postoje společnosti a stigmatizace osob s duševním onemocněním**

Na příkladu minulosti vidíme, že případy stigmatizace a diskriminace jdou s lidstvem už odedávna, ať už jsou založeny na etnicitě, sexuální preferenci, pohlaví aj. Ocisková (2015) zmiňuje uznávaného sociologa Ervinga Goffmana, který zastává kritický názor na většinovou (tzv. normální) společnost. Podle něj si lidé konstruují různé teorie a ideologie proto, aby si ospravedlnili a také vysvětlili stigmatizaci vůči druhým jedincům. Jako příklad uvádí žluté hvězdy Davidovy. Stigmatizovaný jedinec je tak vyloučen z plného přijetí normální většinou, v tomto důsledku pak může být zesměšňován, trestán, mohou mu být upírána práva, může být vystaven výsměchu nebo odmítavým reakcím. Goffman (1963) po analýze stigmatu zjistil, že stigmatizovaná osoba je nejčastěji definována jako „méně než člověk“.

Stigmatizace osob s duševní poruchou v sobě nese předpoklad o morální slabosti, nebezpečnosti, kontaminaci a vině těchto lidí. Těmito stereotypy jsou následně lidé s duševním onemocněním hodnoceni a prezentováni ve společnosti či v médiích. Jedním ze základních stereotypů, kolujících ve společnosti, je stereotyp duševně nemocného. Uplatňuje se právě tehdy, když slyšíme souseda vyprávět vtipy na téma psychiatrická nemocnice, v hovorových obratech typu „Blázníš, jíst párek s marmeládou! Tady je to jak v blázinci.“, když nám televizní hlasatelka sděluje konkrétní případ generalizovaný na všechny duševně nemocné, nebo v uměleckých dílech „bláznivých“ autorů (Ocisková, 2015).

Duševní nemoc se projevuje jinak než nemoc fyzická. Fyzická nemoc se projevuje poruchou nějakého orgánu a jeho funkce. Je to pro společnost srozumitelné, jasně ohraničené. U duševní nemoci je však toto ohraničení méně zřetelné. Chování duševně nemocného se může

jevit většinové společnosti jako vystupňování situací, které na zvládnutelné úrovni známe z běžného života. My se s nimi dokážeme vypořádat, proto vyvodíme závěr, že pokud to někdo nedokáže, je slaboch a hoden opovržení. Však pro lidi s psychickými problémy jsou pro nás fádňá úkoly, náročné, někdy nepředstavitelné (Wenigová, 2005).

Ze sociálního hlediska je schizofrenie výrazně stigmatizujícím onemocněním, posílení předsudků a stigmatu nahrává nedostatek znalostí o příčině schizofrenie. Představitost pak dává možnost lidem vymýšlet původ choroby i zcela iracionálně, např. vstoupení ďábla (Vágnerová, 2008).

Po pravidelných rozborech výzkumů byl zjištěn poznatek, že společnost spojuje jeden postoj vůči lidem s duševním onemocněním. Je jím zachovat si výrazný odstup od těchto lidí – tzv. sociální distance. Je upozorňováno také na negativní postoj – odmítání duševně nemocných (Janík, 1987). Nejvíce stigmatizovanou duševní nemocí je schizofrenie. Téměř každý tento pojem zná, ne vždy ale ví, co si pod ním představit (Heretik, 2007). V roce 2004 proběhl v České republice výzkum, který se zabýval názory veřejnosti na tuto poruchu. Dotázaných bylo 667 lidí. Ukázalo se, že celých 19% si myslí, že je schizofrenie projevem rozpolcené osobnosti, 11% považuje pacienty se schizofrenií za divné. 13% dotázaných si myslí, že jsou osoby se schizofrenií nebezpeční, 44% pak že jsou nevyzpytatelní a 7% tvrdí, že se chovají jako blázni. Naopak jen 4% uvedla, že vypadají docela normálně. 26% respondentů uvedlo, že v nich tyto osoby vzbuzují pocity úzkosti a nejistoty. Kde ale můžeme vidět silně stigmatizující postoj, je toto zjištění – čtvrtina respondentů navrhla umístit nemocné schizofrenií do psychiatrických léčeben, 46% respondentů doporučilo omezit jejich chování (DEMA, 2004).

Výzkum realizovaný na Slovensku dospěl k ještě více odmítajícím závěrům. Třetina dotazovaných souhlasila a dalších 8% silně souhlasilo s tvrzením, že by lidé s duševní nemocí měli být izolováni. S tím, že jsou tyto lidé agresivní a nebezpeční, souhlasilo 34% a 8% silně souhlasilo (Sabolčáková, Magurová, 2011).

Vágnerová (2009) objasňuje tři základní důvody, proč se stigma v určité společnosti (blízkém okolí jedince s psychickou poruchou) rozšíří. Prvním důvodem je, že si lidé stigmatem omlouvají současnou sociální nespravedlnost – např. lidé s duševní nemocí jsou nebezpeční, proto je dobré, když jsou hospitalizováni v psychiatrických nemocnicích. Druhým důvodem je, že vytvořené stigma slouží lidem jako podpora jejich základních psychologických potřeb – např. člověk porovná svůj život s životem duševně nemocného, při porovnání si uvědomuje,

že je na tom lépe, a to mu dělá dobře. Třetí důvod, proč stigma ve společnosti přetrvává, je ten, že stigma tvoří tzv. mentální zkratky, které člověku dovolí vytvořit si v okamžiku názor na psychicky nemocného jedince – např. jdu na kamarádovu oslavu, kde bude i jeho bratr, který má schizofrenii. Vím, co od něj mohu očekávat.

Myšlenka toho, že víme, co můžeme od druhých očekávat, nám dává pocit bezpečí. Již odedávna kolují společností určité praktické tipy, jak poznat, co je v souladu s normou, tedy bezpečné, a co ze společensky uznávané normy vybočuje. Laik věří, že pozná duševně nemocného již podle vzhledu. Nemocný má v sobě něco, čím se odlišuje od ostatních. Prý se jedná o cizost a ztuhlost (Janík, 1987).

Obraz o duševně nemocných ve společnosti lze modifikovat představou o příčině poruchy. Jak si laická veřejnost interpretuje původ onemocnění, tím je proměnlivá intenzita odmítání značkových jedinců. Postoje laiků k příčinám psychických poruch je možné rozdělit následujícím způsobem. Pokud se jedná o příčinu charakterovou (méněcennost, slabost, zvrhlost, nemorálnost), pak veřejnost vyžaduje, aby se dotyčný snažil změnit, případně aby byl převychován. Pokud je příčinou organická deviace (dědičné zatížení, nemoc mozku), je společnost toho názoru, že by lékaři nemocného měli léčit, pokud jsou jeho obtíže vyléčitelné, pokud ne, měli by ho izolovat. Nejpriznivější pohled je tzv. peristatický výklad, který vidí příčinu v událostech, které se jedinci přihodily (zhroucení po traumatu, životní rány, zhoršení životního situace). Z této situační příčiny mají lidé pochopení, přístup k nemocnému člověku by podle nich měl být chápající a pomáhat mu se vzchopit (Ocisková, 2015).

Hinterhuber (2001) popisuje trvalá přesvědčení a mínění vůči lidem s psychickými poruchami. Odvíjí se podle něj ve třech systémově propojených rovinách. První dimenze je kognitivní, vztahuje se ke schopnosti přijímat informaci, která navzdory schopnosti osvojovat si lehce nové věci, přeci jen tuto skutečnost popírá (vzdoruje jí). Například máme v hlavě zakódováno, že lidé ignorují faktické skutečnosti, nebo že pravdivé informace naopak lidé neberou vážně. Druhá dimenze je nazývána afektivní. Ta zastupuje pozitivní a negativní emoce, se kterými se konkrétní objekt v tomto postavení setkává. Získané pocity se zdají být potvrzeny, přemění se v trvalé a později hrají zásadní roli ve vytváření postojů a předsudků. Kvůli těmto pocitům, strachu, odporu, antipatiím, má vzdor vůči vysvětlovacím a informačním kampaním větší účinek než kampaně samotné. Lidé stále popírají tyto jim poskytované informace, duševně nemocné, jejich blízké okolí, ale také léčebné instituce oboru psychiatrie. Třetí dimenzí je dimenze konativní, jež popisuje připravenost k sociálnímu

chování a jednání vůči lidem trpícím duševním onemocněním. Ještě dnes se stává, že se společnost na tyto jedince dívá skrz prsty, nedokáže s nimi jednat jako k sobě rovným, vyřazovací tendence jsou velmi silné.

Otázkou stigmatizace se zabývají i organizace světové úrovně. Jejich cílem je utváření lidských a rovnocenných podmínek pro všechny lidi na Zemi bez rozdílu pohlaví, rasy, vyznání či zdravotního stavu. WPA (World Psychiatric Association) odstartovala projektem „Open the Doors“ v roce 1996 rozsáhlou osvětovou kampaň s cílem dosáhnout změny postojů okolí k lidem se schizofrenií. Profesor Norman Sartorius a jeho pracovní kolektiv určili směr kampaně, která byla prováděna mimo jiné také u našich sousedů v Německu a Rakousku. Stanovili dva hlavní cíle:

1. Ve spolupráci a v úzkém kontaktu s nejsledovanějšími médii dát široký základ pro vysvětlovací program obyvatelstvu.
2. Zkušením odborníků z přímého kontaktu s nemocnými budou adekvátně informovat veřejnost prostřednictvím témat zaměřených na psychiatrii (Hinterhuber, 2001).

V roce 2004 se Česká republika též připojila ke globálnímu programu proti stigmatizaci a diskriminaci u schizofrenie (WPA). Osvětový projekt pod názvem Změna se snaží změnit situaci stigmatizace duševních poruch v ČR. Jeho součástí byly destigmatizační kampaně v pražských stanicích metra a dopravních prostředcích – plakáty s příběhy duševně nemocných, roznášení letáčků v ulicích větších měst, anonymní poradenství, internetové poradenství, pořádání vzdělávacích akcí. Činnost byla zaměřena především na veřejnost, pacienty, jejich příbuzné, lékaře, zdravotníky a státní správu (Wenigová, 2005).

Sociální politika ČR se snaží utvářet rovné prostředí pro své občany, a podporuje proto proces destigmatizace v zemi. K 1.10.2016 probíhalo v České republice současně 35 aktivit, které měly za cíl zmírňovat stigmatizaci ([www.reformapsychiatrie.cz](http://www.reformapsychiatrie.cz)). Na podzim 2017 odstartoval další z projektů destigmatizace, jehož cílem je zajištění efektivní destigmatizace lidí s duševním onemocněním v ČR. Globálním cílem je trvalé zvýšení kvality života všech osob s duševním onemocněním v České republice. Plánovaná doba projektu je 5 let ([www.desetigmatizace.info](http://www.desetigmatizace.info)).

Lidé už si často uvědomují, že si člověk nevolí svou rasu či pohlaví, nebo nemůže ovlivnit své tělesné postižení. Neuvědomují si, že stejně tak si nevolí nebo nemůžou ovlivnit duševní poruchu. Většina lidí se domnívá, že psychické onemocnění je něco „jiného“. Očekává se

totiž, že člověk by měl mít své chování pod kontrolou, stejně tak myšlenky a emoce. Ty to názory jsou však založeny na stereotypch či falešných obrazech (Vágnerová, 2009).

V roce 2004 byl proveden výzkum „Názory na schizofrenii“. Výzkum se konal v rámci projektu Změna ve spolupráci s agenturou DEMA. Výzkumu se zúčastnilo 700 dospělých lidí v ČR. Z něj získané poznatky jsou v souladu s názory a pohledy odborníků uvedených v této diplomové práci na psychiatrii a s ní se pojící stigmatizaci. Výsledky výzkumu ukázaly, že:

1. Minimální procento lidí odmítlo vyjádřit svůj názor na schizofrenii.
2. Chování vůči lidem s duševním onemocněním se děje na základě laického pohledu na duševní nemoci. Tento pohled vychází z historického pojetí duševních chorob, předávaného z generace na generaci. Často s sebou nese neověřená tvrzení a stereotypy. Příklad: „Schizofrenik = nebezpečný člověk, násilnické povahy“.
3. Úvahy o duševní nemoci jsou vytěsněny. Navenek lidé své mínění deklarují buď nezájmem, nebo stručnými výroky. Výroky jednak soucitnými „jsou to chudáci“, jednak věcnými „jsou to nemocní lidé“, či dokonce pejorativními a odsuzujícími pojmenováními „jsou to cvoci, magoři, blázni“.
4. Veřejnost vnímá nestálost projevů chování nemocného a stále měnící se zdravotní stav. To se stává zdrojem obav a předsudků veřejnosti.
5. Obecná informovanost o podstatě a projevech schizofrenní poruchy je nedostatečná. Informace, které se k občanům dostávají, jsou náhodné a vytržené z kontextu.
6. Lépe se staví k nemocným (například nechtějí je izolovat, podporují léčbu a sociální inkluzi) ta část populace, která se dostává s osobami s diagnózou schizofrenie do kontaktu (rodinný příslušník, kolega v práci, známý, přítel) (Wenigová, 2005).

Za přínosná, ve smyslu pohledu veřejnosti na duševní onemocnění, považuji též doporučení, na kterých se shodli vedoucí pracovníci EU, NATO a Světové a české Psychiatrické společnosti ČLS JEP na konferenci psychiatrické péče v Evropě, které pořádalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Na konferenci bylo předneseno, že duševní poruchy představují jedno z největších zdravotních postižení současné EU (pravděpodobně je další zhoršení situace), proto je nezbytné investovat do duševního zdraví a pohody. Hovořilo se zde o stigmatizaci a diskriminaci jako o překážce při efektivním řešení problematiky duševního zdraví v zemích Evropy. Jejich řešením by mělo být společné úsilí všech států především o zvýšení informovanosti (nejvíce je nutné se zaměřit na rizikové skupiny jako sociálně vyloučené osoby a starší občany, mládež s vysokým rizikem sebevražd,...). Obsahem

předávaných informací by nemělo být jen rozpoznání příznaků duševních poruch, ale důraz by měl být kladen také na možnost jejich efektivní léčby a v současnosti i dostupnost velkého počtu služeb, které poskytují osobám s duševním onemocněním kvalitní péči (Raboch, 2009).

### **2.3 Sebestigmatizace**

Sebestigmatizace, self-stigma neboli internalizované stigma je výsledkem zvnitřnění veřejného stigmatu.

Internalizovaným stigmatem je označován proces, který má zpravidla tři fáze. Během nich člověk se schizofrenií postupně přijímá za své negativní stereotypy, které vůči němu zaujímají druzí lidé. V první fázi se stigmatizovaný jedinec poprvé setkává se sníženým přijetím ze strany okolí. Když si začne uvědomovat stereotypy, které ostatní vedou ke změněnému jednání vůči němu, je ve druhé fázi. Když si stereotypy uvědomí, postupně s nimi začíná souhlasit. V poslední třetí fázi již s nimi souhlasí a aplikuje je na sebe. Tím je proces internalizace kompletní (Corrigan et al., 2009).

Důležitý terminologický rozdíl je mezi pojmem veřejné stigma a osobní stigma. Veřejné stigma se uplatňuje, když běžná populace používá předsudky a diskriminaci vůči lidem s duševním onemocněním (Corrigan et al., 2006). Osobní stigma se potom skládá z vnímaného stigmatu, zakoušeného stigmatu a sebestigmatizace. Vnímané (očekávané) stigma znamená, že nemocní jsou přesvědčeni o postojích široké veřejnosti vůči lidem s duševní poruchou a vůči sobě jako členovi stigmatizované skupiny (Lebel, 2008). Zakoušené stigma se vztahuje k emočnímu prožívání omezení nebo diskriminace, se kterou se již nemocný setkal. Sebestigmatizaci jde vyjádřit jednoduše jako to, jak stigma sám nemocný přijal (Corrigan et al., 2006).

Sebestigmatizace bývá provázena změnou sebepojetí, ztrátou pozitivních přesvědčení o sobě, snížením sebevědomí a sebedůvěry (Corrigan et al., 2006). Nemocný člověk prožívá pocit vlastního znehodnocení a odmítnutí, často, i když k tomu ve skutečnosti nedošlo (Jsem nebezpečný, když mě napadají takové myšlenky). V očekávání diskriminace a ponižování používá sebestigmatizující jedinec různé, často dysfunkční strategie (stahuje se do sebe, tají své problémy spojené s nemocí, izoluje se od jiných). Toto počínání má za následek snížení sebeúcty, pracovní schopnosti, sociálního fungování, ochuzení nebo ztrátu sociální sítě. V poslední řadě se stává bezmocným proti příznakům své nemoci a zdravotní stav se

zhoršuje. Stigmatizace ale především sebestigmatizace mohou být jedním z udržovacích faktorů onemocnění (Praško, 2008).

Sebestigmatizace zapříčiňuje například nedostatečný náhled na svou nemoc, což se projevuje ztrátou motivace k léčbě, nespoluprací a vzdorem. Názor, že by se měl léčit, totiž přichází ze světa, který nemocný vnímá cize a nepřátelsky. Velmi často také odmítají medikaci, která podněcuje pocity bezmoci. Psychická nemoc znamená pro člověka spoustu nepříjemných podnětů a zážitků, snižuje množství a kvalitu pozitivního prožívání. Mnohdy mu změni kompletně celý život. Týká se sociální situace, rodiny, pracovního uplatnění. Dá se říci, že zasahuje prostředí, ve kterém doposud jedinec žil a cítil se tam bezpečně (Vágnerová, 2008). Všechny tyto okolnosti si lidé čerstvě projevenou nemocí uvědomují, a proto není lehké skutečnost přijmout.

Jako příklad sebestigmatizace uvedu jeden z pracovního prostředí. Muž pracuje na dobrém místě v právnické firmě. Během let se vypracoval na úctyhodnou pozici. Pak však onemocněl duševní poruchou, musel se na pár týdnů uvolnit z práce. Nyní je v remisi onemocnění. Po návratu do práce se u něj začíná projevovat zvnitřnění stigmatu (sebestigmatizace) poklesem sebeúcty – „Nejsem asi hoden pracovat na tak dobrém místě.“ a poklesem sebedůvěry – „Na tolik práce nestačím.“ (Ocisková, 2015).

## **2.4 Odmítání přijmout diagnózu a stigmatizaci**

Pro úvod do této podkapitoly použiji příklad z praxe.

Muž doporučený k vyšetření na psychiatrickém oddělení vejde do ordinace a spustí: „Co si to vůbec o mně myslíte, já přeci nejsem žádný blázen! To byla drzost mě poslat sem. Vždyť já mám jen nemocnou prostatu! Na urologii mě odmítají vyšetřit, tak jim prosím napište, že nejsem blázen, ať mě už konečně pořádně prohlídnou. Však ani doma by se mnou nemluvili, vždyť u nás v rodině nikdy žádný blázen nebyl!“ Úvodní slova pacienta trpícího somatoformní poruchou jsou pro lékaře častou záležitostí. Pacienti mnohokrát nejsou s to přijmout psychiatrickou diagnózu ani léčbu. V tomto případě muž po vyjádřeném pochopení lékařem a vysvětlení svých potíží jako „pochopitelný důsledek dlouhodobého stresu“ se léčit začal. Tento případ měl šťastný konec a pacient se vyléčil. U mnohých lidí to bývá ale obtížnější. Čím víc pacientů vnímá psychiatrickou diagnózu jako stigma, něco, o čem se nesmí dozvědět nikdo z práce, z rodiny nebo blízkého okolí. Čím více nemocný očekává odmítnutí ze strany blízkých či slyší poznámky zdravotnického personálu („*Zase další*



*hypochondr, vždyť mu nic není.“*), tím více se stává zahájení léčby svízelnějším (Praško, 2001).

Pokud člověk onemocní duševní poruchou, stává se rázem nedílnou součástí jeho života a při každodenních aktivitách ovlivňuje jeho bytí. Člověk, u něhož se objevilo chronické psychické onemocnění, k němu zaujímá obranný postoj. Nevnímá své onemocnění reálně. Chce se na něj dívat pouze jako na přechodný zdravotní problém, který za pár dní odezní. Často nechce přijmout, že s touto nemocí bude muset žít dlouho, možná do konce života (Křivohlavý, 2002). Odmítá psychiatrickou diagnózu proto, že nechce sám sebe stigmatizovat. Navíc její přijetí by znamenalo přijmout i dlouhodobý či celoživotní průběh nemoci. Odmítá přijmout diagnózu, protože to pro něj značí to samé, jako přijmout omezení své svobody, už nemoci být pánem svého osudu. Nemocný se domnívá, že ho budou neustále kontrolovat psychiatři, příbuzní, nebo že bude muset užívat psychofarmaka. Přijmutí diagnózy znamená také změnu dosavadního životního stylu. Je nucen přemýšlet o svém současném životě, ale především o následujících letech a budoucnosti (Ocisková, 2015).

Duševní porucha patří mezi stigmata působící především při blízkém interpersonálním kontaktu (rodina, pracoviště). Lidé reagují odmítající reakcí především z důvodu pocitu ohrožení. Je zajímavé, že stigmatizace probíhá i v případě OCD (obsedantně-kompulsivní poruchy), jež se projevuje v rovnání věcí, nekonečném ujišťování, filosofování, nadměrném kontrolování, mytí, zastavování atd., kde se pocit ohrožení nedostaví. Strach ze získání nálepky se jistě netýká jen onemocnění velké psychiatrie. Též drobné poruchy či nemoci malé psychiatrie nechťejí být označeny za „ty blázný“ jen proto, že navštěvují zdravotnické zařízení nebo ambulanci psychiatra. Ano, již fakt psychiatrického vyšetření může znamenat příležitost k nálepkování. Samotná nálepka „duševní nemoc“ odhlíží od individuality jedince, který ji získal. Když ji někdo dostane, už v podstatě jakoby nezáleželo na druhu jeho onemocnění a na projevech, které překáží v každodenním fungování. Například u lidí trpících OCD snaha vyhnout se nálepkování vede k popírání poruchy, odkládání léčby, nebo vyhýbání se léčbě. U některých jedinců může být strach z odezvy společnosti tak silný, že odkládá odborné vyšetření i několik let (Praško, 2008).

Pro každého člověka je těžké přijmout nálepku, téměř všichni se jí ze začátku brání. U psychotických poruch je i pro pacienta v remisi velmi těžké přijmout, že trpí schizofrenií. *„Určitě to nebyly projevy schizofrenie, prostě se stalo v krátkém časovém úseku spousta*

*náhodných, podivných situací.*“ Často nemocný přestane užívat léky kvůli pocitu – dokud beru léky, znamená to, že jsem blázen (Ocisková, 2015).

Pokud je člověku jednou přisouzena nálepka psychicky nemocného, je již poznamenán na celý život (Bártlová, 2006). To znamená, že se stane z běžného člověka jedinec „označkový“. V ten moment začíná čelit negativním vlivům stigmatizace. Nálepka zesiluje obranu nemocného proti tomu, aby akceptoval svou nemoc a přijal zodpovědnost. Dále snižuje kompliance, čímž se začne chovat nezodpovědně (v očích veřejnosti už nezodpovědný dávno byl). Nálepka pro člověka, který ji získal, znamená snížení vlastního sebehodnocení, postupně ztrácí svou hodnotu lidství. Přebírá od společnosti názory, všeobecné mínění, takže ztrácí nad svým životem kontrolu. Názory si zvnitřní, což vede k vlastní percepci nevléčitelného a odsouzeného na pomoc druhých. To, že člověk přijme nálepku, ztrácí kritické myšlení o sobě samém, což vede k izolaci a zvýšenému riziku chronifikace v důsledku opakovaných relapsů (Hinterhuber, 2001).

### **3 Vnímání stigmatizace a prožitky diskriminace**

V poslední kapitole teoretické části se zaměřím na to, jak lidé se schizofrenií stigmatizaci vnímají a prožívají. Prozkoumám aspekty sociální izolace, která často bývá následkem stigmatizace. Poté se zaměřím na témata rodina a sociální prostředí. Jaký vliv má stigmatizace na rodinu stigmatizovaného, a naopak jak působí rodina na jedince se schizofrenií. V poslední řadě jak vnímají podle literatury nemocní vliv stigmatizace na prostředí, ve kterém žijí.

Mnohá onemocnění, jež jsou udávána do kontextu se stigmatizací, jsou pošpiněním, veřejnou ostudou, a jako taková se stávají součástí sociální identity nemocného. Duševní onemocnění je bezpochyby jedním ze zvláště silných sociálních stigmat u nás. Bohužel pocit viny či vlastní méněcennost, se kterou se prezentují lidé s duševní poruchou, v podstatě nabádá lidi v jejich sociálním okolí, a podněcuje v nich možnost chovat se k nim jako k méněcenným (Bártlová, 2006).

Faktem rovněž je, že lidé trpící duševním onemocněním se ještě v dnešní, moderní době konfrontují s velkou mírou odsudku a vyřazovacími tendencemi, což jejich uzdravení, integraci a zlepšení jejich kvality života ovlivňuje (Hinterhuber, 2001). Předpojatost veřejnosti a sebestigmatizace jsou bariéry, které mohou zkomplikovat dosažení životních možností (Praško, 2008).

Z metaanalýzy 54 studií Gerlingera et al. (2013) vyplývá, že velký počet pacientů se schizofrenií vnímá stigmatizaci ze strany okolí a prožívají ho velmi negativně. Zhruba 64,5% pacientů se cítí být stigmatizováno a až 55,9% stigmatizaci skutečně pocítilo v reálném životě. Podle autorů se jak vnímané, tak reálně zažívané stigma pojí s více závažnou depresivní symptomatikou, větší sociální úzkostí, vyhýbavým chováním, nízkou sebedůvěrou, horším sociálním fungováním a celkově nižší kvalitou života. Z výzkumů rovněž vyplývá, že stigmatizace může vést k negativní diskriminaci. Diskriminace potom vede k nevýhodám v přístupu ke zdravotní péči, k horší péči a čtenějším životním událostem poškozujících sebevědomí (Sartorius, 2006).

#### **3.1 Sociální izolace**

Duševní onemocnění s sebou přináší mnohé strasti, jednou z nich je bludný kruh sociální izolace, ve kterém se lidé s duševní nemocí ocitnou. Cesta v onom bludném kruhu začíná při relapsu onemocnění, kdy nemocný není schopen zvládat těžkosti každodenního života, proto

se postupně přetrhávají sociální vazby s jeho okolím. Po odeznění akutní psychotické ataky již nemá sílu je znovu navazovat. Přetřhané sociální vazby způsobené psychózou a následná izolace jsou navíc utvrzené stigmatizací. Izolaci nemocný začne cítit jako součást vlastní choroby, ač je součástí sociálního mechanismu labellingu (Libiger, 2002).

Tím, že na osobu s duševním onemocněním je uplatňována teorie labellingu, tzv. etiketizační teorie, je vystavován daleko vyšší sociální kontrole a kontrole jeho fyzických či psychických projevů. Posuzující spoluobčané mají vyšší tendenci připisovat každou odchylku v jeho chování, byť se jedná jen o zdánlivou, psychické poruše. Nemocný se snaží tomuto nálepkování vyhnout. Skrývá poruchu, snaží se vyhýbat tématu psychického zdraví, čímž se stále víc a víc prohlubuje jeho sociální izolace (Kusá, Ondrejka, 2006).

Pokud je člověk vystaven negativnímu chování okolí, může dojít ke snížení vůle k životu a snížení radosti ze života. Izolace se může projevovat ve 3 oblastech. Jedna je sociální izolace, kde nemocný nekomunikuje s vnějším světem. Druhá je nazývána emocionální izolace. Vyznačuje se tím, že jedinec nemůže sdílet své pocity, přání, touhy, zážitky s ostatními. Třetím typem izolace je izolace kognitivní, kde jedinci začínají ucházet informace o věcech kolem něj, a také mu začínají chybět vzory, se kterými by se mohl jedinec ztotožnit (Davies, Neal, 1995).

Sociální izolace může mít mnoho významů, primárním je však absence sociálních kontaktů v oblasti interpersonálních vztahů. Sociální izolace ze strany společnosti vůči jedinci je považována za vědomé vyčlenění jedince ze společnosti z důvodu jeho odlišnosti, nedostatečnosti či nálepky. V opačném případě, pokud jde o izolaci z iniciativy izolovaného, pak bývá příčinou úzkost, strach a odpor z mezilidské komunikace. Většinou proto, že jedinec předpokládá, že jej ostatní zraní, zneváží nebo jakkoli poníží (Ocisková, 2015). Lidé se schizofrenií mívají tendenci uniknout ze svých těžko snesitelných stavů úzkosti, které vznikly v konfrontaci z vnějším světem. Unikají do svého vnitřního světa, který je pro ně alespoň o něco pochopitelnější, nebo většinu dne prospí. Dostávají se tak do izolace od ostatních. Někdy je však tato izolace doprovázena strachem z opuštění (Probstová, Pěč, 2014). Nemocný je vystaven trvalé stigmatizaci, která sociální izolaci může prohlubovat, zároveň vede k posílení příznaků a potíží, které schizofrenie zapříčiňuje. Tito lidé trpí nedostatkem sebedůvěry, zhoršuje se jejich uplatnění a brání jejich návratu do práce. Stigmatizace vede ke strachu a ten je zdrojem psychické zátěže (stresu), který mimo jiné nepříznivě ovlivňuje průběh onemocnění (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

K izolaci člověka trpícího duševní chorobou může přispívat též jeho rodina. Rodinní příslušníci se mnohdy snaží ochránit dobré jméno rodiny před „ostudou“ a podporují nemocného v odmítání odborné pomoci s tím, že tento problém zvládnou doma sami. Ve snaze udržet tajemství zdravotních problémů snižuje celá rodina včetně nemocného sociální kontakty s ostatními lidmi, izolují se. Toto jednání má za následek snižování kvality života jednotlivce, ale i celé jeho rodiny (Praško, 2001).

### **3.2 Stigmatizace a rodina**

Stigmatizace duševní poruchou zasahuje do života člověku, který zažil ataky onemocnění, avšak nejen jemu. Postihuje také členy jeho rodiny, známé, přátele, pracovníky, kteří se nemocnému věnují, dokonce samotné lékaře se zaměřením na psychiatrii a psychiatrii jako obor (Kusá, Ondrejka, 2006). Rodinné prostředí je však nesmírně důležité, neboť interakce uvnitř rodiny a rodinné klima mohou dosti výrazně spoluovlivňovat průběh psychotické poruchy (Bouček, 2004).

Velmi zásadní pro kvalitu života člověka s psychickou poruchou je rodinná situace, zejména podpora nejbližších. Většina duševně nemocných zůstává ve své původní rodině, méně často pak žije v domácnosti se sourozencem (Ocisková a kol., 2014) z důvodu jejich problémů se sociální interakcí, neschopnosti utváření pevných sociálních vazeb s novými lidmi i neschopnosti založit si svou vlastní rodinu. Též u jedince trpícího duševní nemocí často dochází k výrazným změnám v chování. Přestávají mu rozumět i jeho nejbližší přátelé, rodiče a sourozenci, což má dopad na interpersonální vztahy (Ocisková, 2015).

Někteří jedinci trpící duševním onemocněním raději své rodině o příznacích a zdravotních potížích nic nepoví, dokonce nepoví ani to, že se léčit začali. Jedním z důvodů mohou být obavy, že nejbližší lidé je za onemocnění nebo poruchu odsoudí, že ztratí svou pozici v rodině, nebo že jimi budou příbuzní opovrhovat apod. Bohužel, v některých rodinách se tak stane. Poté, co se diagnózu rodinní příslušníci dozvědí, mohou nemocné kritizovat, odmítat nebo znevažovat. Z druhé strany může rodina vyžadovat od nemocného, aby své zdravotní problémy před ostatními tajil pro blaho rodiny (Praško, 2008). Právě dopad na rodinu při výskytu duševní poruchy považují odborníci za příčinu dlouhého váhání (zda příznaky potlačovat, vydržet, či dokonce úplně popírat) a otálení s návštěvou odborné pomoci. Členové rodiny se snaží navenek tvářit jakoby nic, omlouvají absence nemocného v zaměstnání, vyřizují za něj úřední záležitosti. Toto jednání však podporuje zmíněnou izolaci, která působí

sociální újmu. Může také negativně působit na psychickou poruchu a prohlubovat její příznaky (Höschl, 2002).

Tak jako sám duševně nemocný dlouhou dobu vzdoruje přijetí svého onemocnění, stejně tak dlouho (někdy i déle) vzdorují této skutečnosti rodinní příslušníci. Proto ho často odrazují od návštěvy specialisty a řešení situace odbornou cestou. Po uvědomění si, že jde skutečně o psychickou poruchu, reaguje většina rodin tzv. začleňovací reakcí. Členové vynakládají značné úsilí o harmonizaci chování dotyčného člena, a s ní se pojící začlenění do skupiny (Chromý, 1990). Vzhledem ke stereotypnímu pojetí duševně nemocného a neznalost diagnózy rodinnými příslušníky jsou časté manipulace nemocného. Bývá na něj pohlíženo jako na osobu nesvéprávnou, jako na osobu, která nedokáže udělat své vlastní rozhodnutí a podle toho je s ním jednáno. Často to jsou rodiče, kteří si myslí, že vědí, co je pro nemocného nejlepší. Na názor člověka, který trpí schizofrenií, není vždy brán zřetel (Bártlová, 2006).

Příznivému klimatu uvnitř rodiny a více přijímacímu postoji ze strany rodinných příslušníků je možné napomocť edukací. Do edukačního procesu je třeba zasvětit také příbuzné či lidi v blízkém okolí nemocného. Předmětem může být druh psychotické poruchy, její projevy, průběh, predikce onemocnění. Nesmírně důležité je však informovat a naučit rodinu, jak zacházet s nemocným a jeho nemocí, jak jednat v určitých situacích (byť náročných) s úctou a respektem (Bouček, 2004). Dále odborníci doporučují navštívit organizace rodin, které nabízejí možnost sdílet zkušenosti. Organizace rodin pacientů s duševním onemocněním vznikají po vzoru psychiatrických institucí, které pořádají socioterapeutické a svépomocné kluby. Rodině udělá dobře možnost slyšet podobné životní příběhy, jaké prožívá sama, a také příležitost vyrazit do společnosti a beze strachu si o svých útrapách promluvit s dalšími lidmi (Ocisková, 2014). Jiná zařízení, jako denní klinika (stacionář, centrum), psychosociální centrum, socioterapeutické kluby, svépomocné skupiny nemocných a jejich příbuzných mají snahu pomoci nemocnému jedinci převzít alespoň do určité části odpovědnost za svůj aktuální stav a aktivně se zapojovat do léčebného procesu, následně procesu doléčování. Tato zařízení dbají na hodnotu klienta, jeho osobnost a oceňují vynaložené úsilí, které vkládá do zvládnutí své nemoci. Poskytované služby reflektují na potřeby klientů trávit svůj volný čas smysluplně a tím se zbavovat ubíjejících pocitů sociální izolace, podněcují svépomocné chování (Bouček, 2004).

### 3.3 Stigmatizace a sociální prostředí

Klientům s psychickou nemocí jsou odpírána základní občanská práva a musí se potýkat s nenápadnou, či okázalou diskriminací při žádosti o zaměstnání, při žádosti o získání vlastního bydlení, při výběru vysoké školy, dokonce i při zájezdu do zahraničí. S nedůvěrou je na ně pohlíženo i v případě vstoupení do manželského svazku či ve věci rodičovských práv. Sousedé, spolupracovníci, někdy dokonce i rodina a blízcí pohlížejí na osoby s duševním onemocněním jako na občany druhé kategorie. Neustálé odmítání člověka ze stany sociálních sítí, institucí a jeho vlastních zdrojů, degradace názorů nebo rozhodnutí mají značný dopad na jeho nemoc, proces uzdravení, samostatnost a tím pádem na celkovou kvalitu života (Vágnerová, 2009a).

Stereotyp duševně nemocného s sebou přináší nemocnému schizofrenií pozitivní i negativní důsledky. Pozitivních je však menšina (Ocisková, 2015). Negativní důsledky stigmatizace jsou ku příkladu: snižování příležitosti k dosažení dobrého pracovního místa, odebrání naděje na dobrou domluvu s ostatními lidmi, mnohdy snížení víry nemocného člověka v sebe samého a také víry v uzdravu, zvýšení situační zátěže, ztížení návratu do společnosti po relapsu jako svébytného jedince (Libiger, 2002). Za pozitivní dopady stigmatizace se dá považovat ochrana jednotlivce, soucit, empatie nebo snížení nároků na stigmatizovanou osobu (Kusá, Ondrejka, 2006).

Podle Vágnerové (2009a) se téměř 80 % duševně nemocných setkalo se zraňujícími nebo urážlivými poznámkami.

V některých zemích ale společnost s lidmi, kteří prožili ataku duševní nemoci, umí nakládat bez stigmatizačních postojů. Jako příklad uvádím Kanadu, kde se lékaři k pacientům chovají jako k lidským bytostem, zakládají si na chování, jež nesnižuje důstojnost člověka. Také přístup sociálního okolí pacientů bývá podporující, motivující. Například Pavlína Vágnerová uvádí v časopise *Esprit* od České asociace pro psychické zdraví svůj osobní zážitek: „*Ve zpětném pohledu na tamní pobyt musím říci, že o mě bylo výborně postaráno a denně mě navštěvovali lidé ze školy. Přišli nejen přátelé, ale i pracovníci zahraničního oddělení a profesori. Ti všichni mě viděli v onom zvláštním psychotickém stavu, ale neztráceli naději, že se vrátím do normálního života. Byli informovaní. Věděli, co jsou psychické nemoci, jak se mohou projevat a jaká je prognóza. Musela zafungovat určitá přirozená společenská osvěta o duševním zdraví a nemoci, kterou za svůj život prošli.*“ (Vágnerová, 2009b, str.10)

V Kanadě probíhají zcela otevřené mediální kampaně (některé z nich jsou šokujícího charakteru), které například demonstrují srovnání přístupu společnosti k fyzickým a psychickým nemocem. Konkrétně muž, kterého právě srazil automobil. Leží na silnici, je potlučený, krvácí. Kolem něj se seběhne hlouček lidí a říkají: „Vždyť on nekrvácí, jen se mu asi nechce do práce.“ Poznámky stejného charakteru slyší duševně nemocní od jejich spolupracovníků, když se po relapsu nemoci vrátí do zaměstnání. K destigmatizaci této oblasti dochází také díky otevřenosti a upřímnosti společensky uznávaných osobností, které se nebojí o svých psychických potížích veřejně hovořit (Vágnerová, 2009b).

V Japonsku má stigma, jež provází onemocnění mnohem horší dopady než je tomu například ve Spojených státech amerických. Poskvrnění se zde netýká pouze osoby samotné, ale přenáší se i na celý zbytek rodiny. Jinak je tomu v severských zemích Evropy, kde k lidem s osobní zkušeností s duševní nemocí přistupují ohleduplněji a pozitivněji (Murphy, 2001).

Z pohledu stigmatizace jedince společností můžeme hovořit o třech zdrojích stigmatu. Psychologickém – duševní méněcennost, zvrhlost či slabost, biologickém – dědičnost, genetická predispozice, a sociálním – krizové životní situace, zhoršení podmínek pro život (materiální, ztráta člena rodiny). V každém případě pacient by více než pohlížet na něj skrz prsty stigmatu ocenil přijetí, vstřícné reakce okolí a své začlenění do blízkého sociálního prostředí (Bártlová, 2006).



# PRAKTICKÁ ČÁST

Druhá část práce je věnována výzkumnému šetření, při kterém byla uplatněna kvalitativní metodologie. Zaměřila jsem se nejprve na definici výzkumného problému, mou motivaci k uskutečnění výzkumu a popsala jsem cíle výzkumu. Následně je rozpracován kvalitativní výzkum, jeho pozitiva, metody sběru dat i jejich zpracování. V praktické části nesmí chybět ani způsob výběru informantů. V poslední podkapitole zmiňuji, jak probíhala příprava výzkumu, a rozpracovávám možné limity práce.

Poslední kapitola praktické části se věnuje samotné interpretaci dat získaných sebestigmatizační škálou ISMI a metodou polostrukturovaného rozhovoru. Data jsou seřazena podle jednotlivých informantů. V podkapitole 5.1 Informant A jsou nejprve prezentovány výsledky všech subškál a výsledné škály ISMI, poté jsou rozebrány výpovědi z polostrukturovaných rozhovorů. Podkapitolu ukončuji komparací obou výsledků.

## 4 Metodologie výzkumu

### 4.1 Definice výzkumného problému

Jeřábek (1992) popisuje průběh celého výzkumného šetření od samého počátku až po prezentaci výsledků výzkumu. Proces výzkumu je náročný ve všech ohledech. Základním kamenem a prvním krokem je však podle autora dostat nápad. V mém případě byla námětem má individuální zkušenost. Během studia a odborných praxí jsem se seznámila s lidmi, kteří mají diagnózu schizofrenie, a jejich svět mě velmi zaujal. Pohybuji se v dané oblasti již čtyři roky. Po tuto dobu se setkávám s některými klienty Péče o duševní zdraví (dále „PDZ“) a jejich prostřednictvím si uvědomuji významný problém, kterým je stigmatizace.

Na základě předchozího textu, kde stigmatizaci podrobně vymezuji, mohu napsat, že lidé s duševním onemocněním pociťují odmítavé postoje od většinové společnosti, čelí otevřené i skryté diskriminaci a žijí pod zvýšeným tlakem, pod zvýšenou sociální kontrolou společnosti. Jejich chování a jednání je neustále analyzováno a každé nekonformní projevy bývají přičítány právě duševní nemoci. Sami klienti PDZ, se kterými mám možnost komunikovat, se svěřují s pocity silné odtážitosti a nepochopení ze strany společnosti. Necítí se dobře ve společnosti zdravých lidí. Vadí jim zkoumavé pohledy a odmítavé postoje. Neslyšela jsem je však příliš mluvit o tom, jaké má na ně zmíněná diskriminace či stigmatizace vliv, zda mění jejich fungování, chování či vnímání sebe sama.

Pokusila jsem se tedy vyhledat výzkumy na toto téma. Po nastudování dosud publikovaných výzkumů jsem zjistila, že stigmatizací duševně nemocných se zabývají výhradně odborníci z oblasti psychiatrie, psychologie a sociálních věd. Nejčastěji uskutečňují kvantitativní výzkumy s cílem rozšířit znalosti o vzájemných vlivech stigmatizace a různých jevů (např.: kvalita života, adherence k léčbě, postoje společnosti k duševně nemocným v ČR a v zahraničí). Nejčastější výzkumnou metodou bylo použití škál a inventářů. Pro měření stigmatizace bylo ve většině případů využito škály ISMI, což je škála měřící míru sebestigmatizace u jedinců s duševními poruchami. Dohledala jsem pouze několik výzkumů týkajících se sebestigmatizace, jež nebyly kvalitativní. Problémem bylo dohledat výzkum, který by zkoumal do hloubky postoje samotných pacientů k tomuto problému. Tyto skutečnosti se staly mou motivací ke kvalitativnímu zkoumání přímo z pohledu lidí trpících schizofrenií.

## 4.2 Cíle výzkumu

V této diplomové práci se zaměřuji na zodpovězení hned několika výzkumných otázek. Za prvé je mým cílem zjistit, do jaké míry si lidé se schizofrenií stigmatizaci zvnitřnili, tudíž jakou míru sebestigmatizace mají. Dalším cílem je provést komparaci výsledků šetření získaných metodou standardizovaného dotazníku ISMI a získaných metodou polostrukturovaného interview.

**Hlavním cílem empirické části** je zjistit, do jaké míry se lidé se schizofrenií sami cítí být stigmatizováni.

Jako dílčí cíle jsem si určila následující:

DCV1: Zjistit, jak moc cizí se v tomto světě cítí být osoby se schizofrenií.

DCV2: Zjistit, do jaké míry souhlasí lidé se schizofrenií se stereotypy o duševně nemocných.

DCV3: Zjistit, jak silně vnímají osoby se schizofrenií diskriminaci ze strany společnosti.

DCV4: Popsat, do jaké míry se lidé se schizofrenií stahují ze společnosti.

DCV5: Zjistit, jak hodně se cítí být lidé se schizofrenií odolní vůči stigmatu.

Jako **vedlejší cíl výzkumu** jsem si určila provést komparaci výsledků šetření získaných metodou standardizovaného dotazníku ISMI a získaných metodou polostrukturovaného interview.

### 4.3 Kvalitativní výzkum

Vzhledem k problematice výzkumu (téma stigmatizace je pro informanty velmi osobním a může pro ně být těžké o něm hovořit) jsem zvolila výzkum kvalitativní, který podle Hendla (2005) umožňuje získat podrobný popis případu a vhléd při zkoumání jedince, skupiny či fenoménu. Výzkumník tedy nezůstává pouze na povrchu, nýbrž se noří do hloubky k jádru problému, kde je možné zkoumat a komparovat různé procesy, sledovat jejich vývoj atd. Velkou výhodou kvalitativního výzkumu vidím v tom, že citlivě zohledňuje vliv kontextu, momentální situace a podmíněk. Vzhledem ke zvolené skupině informantů budou tyto vlastnosti výzkumu přínosné.

Strauss a Corbinová (1999) uvádí korespondující účel kvalitativního výzkumu, tedy hlouběji proniknout do problematiky jedince/skupiny a na základě jejich subjektivního vnímání/zkušenosti zjistit podstatu zkoumaného jevu. Díky kvalitativním postupům jsem se pokusila zkoumat určitý prvek, proces, fenomén ad. v jeho přirozených podmínkách a vyvinula jsem snahu mu porozumět. Na základě získaných poznatků jsem vytvořila zase komplexnější obraz daného problému (Reichel, 2009).

#### 4.3.1 Metody sběru dat

Jako hlavní metoda sběru dat byla využita sebehodnotící **metoda ISMI** (The Internalized Stigma of Mental Illness Scale), což je škála měřící míru sebestigmatizace u jedinců s psychickou poruchou. Vytvořili ji Jennifer Ritsherová (nyní Boydová) a výzkumný kolektiv. Škála je tvořena 29 položkami rozdělených do 5 subškál – odcizení (6 položek), souhlasu se stereotypy (7 položek), vnímané diskriminace (5 položek), stažení ze společnosti (6 položek) a odolnosti vůči stigmatu (5 položek) (Ocisková a kol., 2014).

Subškála *odcizení* hodnotí, zda se člověk s duševní poruchou domnívá, že kvůli své nemoci není plnohodnotným členem společnosti, či je z ní vyčleněný. Subškála také hodnotí, do jaké míry tomu tak je. Subškála *souhlasu se stereotypy* měří míru, v níž jedinec souhlasí s rozšířenými stereotypy o lidech s duševní poruchou. Další škála *vnímaná diskriminace* se zaměřuje na to, jak člověk hodnotí chování lidí z okolí vůči němu samému s předpokladem, že vědí o jeho psychické poruše. *Stažení ze společnosti* bylo zařazeno po zpovědích pacientů z fokusové skupiny, kteří uváděli, že se vyhýbají kontaktům s lidmi proto, aby je nezatěžovali svými psychickými problémy. Dalším důvodem vyhýbání se ostatním byl strach z odmítnutí, pokud by se lidé z okolí dozvěděli o duševní nemoci. *Odolnost vůči stigmatu* se zaměřuje

na hodnocení stupně, v němž je pacient schopen nepodlehnout sebestigmatizaci (Ocisková a kol., 2014).

Informanti hodnotí každou z položek tzv. Likertovou škálou („rozhodně nesouhlasím“, „nesouhlasím“, „souhlasím“ a „rozhodně souhlasím“). Škálu mohou pacienti vyplňovat samostatně, vzhledem k citlivosti tématu je však vhodné, aby byla při vyplňování přítomna zadávající osoba, která může zodpovědět případné dotazy (Ocisková a kol., 2014).

Touto metodou jsem získala data při setkání s každým jednotlivým informantem v době, kdy jsme měli za sebou poznávací část. Jedno sezení probíhalo cca 60 minut. Vzhledem ke skutečnosti, že byla ISMI pro informanty dost náročná, využila jsem dvoustránkovost testu. Po dokončení jedné strany jsem nabídla pauzu a občerstvení. Přestávka trvala cca 10 minut, během té doby měli informanti možnost se napít nápoje či si dát nějakou pochutinu. Během pauzy jsme si nenuceně povídali o všeobecných událostech nebo můj komunikační partner začal rozebírat dění v rodině a osobních vztazích. Po přestávce následovalo vyplnění druhé části dotazníku.

Pro důvěryhodnější výsledky výzkumu jsem se rozhodla využít také nástroje **polostrukturného interview**, které je zároveň nejužívanějším typem interview (Miovský, 2006). Podle vytvořené struktury otázek jsem během nahrávaných rozhovorů postupovala.

V kladení otázek jsem postupovala pružně, přizpůsobovala jsem jejich pořadí respondentovi, volila vhodnou formulaci otázky dle individuality respondenta a doptávala se. Pokud komunikační partner nevěděl, jak na otázku odpovědět, formulovala jsem znění otázky jinak nebo vysvětlila praktickým příkladem její smysl.

Smyslem interview je zjistit, do jaké míry se lidé se schizofrenií cítí být stigmatizováni, však pouze na základě jejich výpovědí, nikoliv za použití standardizovaného nástroje ISMI.

Před započítáním sběru dat jsem každého účastníka výzkumného šetření informovala o tom, že jimi poskytnutá data jsou zcela anonymní a diskrétní. Za účelem přesných dat bez zkreslení byly celé rozhovory fixovány na audiozáznam. Na začátku každé nahrávky uděluje respondent ústní souhlas se zaznamenáváním zvuku.

### 4.3.2 Způsob zpracování dat

Způsob zpracování dat získaných pro tento výzkum se diametrálně lišil v případě, kdy jsem vyhodnocovala škálu internalizovaného stigmatu, či v případě rozhovorů.

Při **zpracování dotazníku ISMI** se počítá celkové skóre škály a dílčí skóre subškál. Postup je následovný: Nejdříve je potřeba spočítat skóre subškál. Níže uvádím subškály a čísla položek, které je sytí:

- Odcizení – položky 1, 5, 8, 16, 17 a 21
- Souhlas se stereotypy – položky 2, 6, 10, 18, 19, 23 a 29
- Vnímaná diskriminace – položky 3, 15, 22, 25 a 28
- Stažení ze společnosti – položky 4, 9, 11, 12, 13 a 20
- Odolnost vůči stigmatu – položky 7, 14, 24, 26 a 27

U každé položky pacient v průběhu vyplňování zakroužkuje jedno ze čtyř možných čísel podle míry souhlasu s konkrétním tvrzením. Následně se sečtou skóre položek pro každou subškálu, čímž se získají hrubá skóre subškál. Dále převedeme na steny, za účelem srovnání informanta s výsledky širší populace psychiatrických pacientů. Průměrná hodnota subškál – sten – se pohybuje v pásmu 4–6, vyšší a nižší hodnoty svědčí pro významně odchylný výsledek pacienta ve srovnání s psychiatrickou populací. Poté se počítá celkové skóre ISMI. Výsledné skóre celé škály je založené na T-skóre. Platí, že hodnoty T-skóre v rozmezí 40–60 představují průměr. Hodnoty nižší než 40 a vyšší než 60 vypovídají o významně nižší nebo vyšší sebestigmatizaci. Odolnost vůči stigmatu je vůči zbylým subškálám inverzní, proto je nejdříve potřeba převést skóre u jednotlivých položek této subškály na inverzní. Ke 4 je inverzní 1 a naopak. K 3 je inverzní 2 a naopak. Poté, co jsou invertována skóre všech položek odolnosti vůči stigmatu, jednoduše se sečtou skóre ostatních subškál. Vyjde hrubé skóre ISMI, které převedeme na standardizovanou hodnotu T-skóre (Ocisková a kol., 2014).

Pro **zpracování dat z rozhovorů** jsem si jejich obsah nejprve doslovně přepsala. Po transkripci jsem rozhovory vytiskla. Poté jsem barevně rozlišovala jednotlivá tvrzení, ke které oblasti patří. Následovalo kódování, při kterém jsem k důležitým skutečnostem (výpovědím) z určité oblasti přiřazovala mně blízké kódy. Za pomoci kódů jsem provedla analýzu, následně syntézu. Tím jsem zodpověděla dílčí výzkumné otázky, a to mi umožnilo zodpovědět hlavní výzkumnou otázku.

Dalším krokem bylo interpretovat zanalyzovaná data. Pro větší přehlednost jsem je utřídila podle jednotlivých informantů A – C.

#### **4.4 Charakteristika výběru informantů**

S organizací Péče o duševní zdraví (PDZ) spolupracuji již čtvrtým rokem. Absolvovala jsem zde dvě souvislé odborné praxe a ve středisku Jičín působím již čtvrtým rokem jako dobrovolník. Díky mé spolupráci s PDZ jsem získala spoustu kontaktů na klienty organizace, kteří mají diagnózu schizofrenie. Toho jsem se rozhodla využít.

K sestavení výzkumného vzorku jsem si zvolila metodu záměrného výběru. V praxi se používá nejčastěji, umožňuje výzkumníkovi předem si určit a specifikovat kritéria, která by vzorek respondentů měl mít (Miovský, 2006). Ferjenčík (2000) zase uvádí tzv. kvótové výběry, které fungují na stejném principu. Výzkumník si určí kvótová kritéria, tedy znaky, které považujeme za potřebné zohlednit při výběru informantů.

Má kritéria výběru jsou pouze:

- 1. Kritérium** - diagnóza schizofrenie
- 2. Kritérium** - bydliště na Jičínsku a okolí
- 3. Kritérium** - ochota podrobit se výzkumu

Pracovníci centra nejdříve oslovili všechny klienty, kteří splňují má kritéria. Při souhlasu s účastí na výzkumu mi pracovníci zprostředkovali telefonní kontakt na klienty. S některými klienty jsem již byla v kontaktu díky mému dobrovolnictví, neznala jsem je však osobně. Jiní byli pro mě zcela novými. Získala jsem kontakt na dvanáct osob splňujících má kritéria. Jako výzkumný vzorek pro tuto diplomovou práci jsem si určila 3 informanty.

Dvanácti potenciálním účastníkům výzkumu jsem přidělila čísla od 1 do 12 a vylosovala náhodně tři čísla. Dané osoby jsem oslovila. Úspěch byl částečný. Dva informanti souhlasili se schůzkou. Třetímu nebylo možné se dovolat i po opakovaných pokusech. Musela jsem jej tedy nahradit a zvolit jiného informanta. Použila jsem stejnou metodu výběru. Následující informant odmítl spolupráci z důvodu zhoršení zdravotního stavu. Postup jsem opakovala.

Z dvanácti osob, které splňovaly má kritéria, jsem jednoduchým náhodným výběrem získala 3 informanty. Jedná se o dva muže a jednu ženu. Věk informantů se pohybuje mezi 26 – 50 lety. Demografické údaje nepovažuji v tomto výzkumu za podstatné, jelikož Standardizace

škály ISMI neprokázala závislý vztah mezi výsledky šetření a demografickými údaji respondentů.

## 4.5 Proces přípravy výzkumu a jeho limity

### 4.5.1 Proces přípravy výzkumu

Rozhodla jsem se využít metodologické triangulace k dosažení vyšší validity výzkumu.

Již v procesu přípravy tohoto výzkumu, jenž probíhal několik měsíců před sběrem dat, jsem vyhledávala standardizované postupy k měření míry stigmatizace. Nejčastěji byla požívána škála standardizovaného dotazníku ISMI. Text *Standardizace dotazníku ISMI* jsem si opatřila a patřičně prostudovala. Dohledala jsem si též již uskutečněné výzkumy, které využily tohoto nástroje sběru dat.

Jelikož byl jako druhý nástroj použit polostrukturovaný rozhovor, musela jsem si vytvořit strukturu otázek, kterou jsem následně uplatnila při rozhovorech (viz Přílohy). Byla jsem nucena vybrané téma dekomponovat na základní otázky. Zamýšlet se nad tím, co všechno sebestigmatizaci ovlivňuje, zapříčiňuje, jaké oblasti stigmatizace zahrnuje a v čem postiňuje daného jedince. Určila jsem si pět oblastí, díky kterým bude možné sebestigmatizaci posuzovat. Jsou to oblasti Odcizení, Souhlas se stereotypy, Vnímaná diskriminace, Stažení ze společnosti a Odolnost vůči stigmatu.

Po přípravě obou nástrojů jsem se zaměřila na přípravu klientů. Finálním získáním třech informantů pro výzkum jsem každého z nich kontaktovala a smluvila si s ním schůzku. První **schůzka** byla spíše **poznávacího charakteru**. Šli jsme třeba do kavárny na čaj, na procházku nebo jsme seděli na lavičce u rybníka. Dle mého názoru je žádoucí, abych s vybranými lidmi strávila alespoň trochu času a nenuceně si přitom s nimi povídala. Považuji za nezbytné alespoň částečné navázání vztahu a důvěry k odstranění vnitřních bariér klienta. Samozřejmě je jasné, že během dvou-tří schůzek nevznikne příliš důvěrný vztah. To není cílem. Po poznávací fázi bylo možné přejít s klienty ke sběru dat.

### 4.5.2 Limity výzkumu

Velmi důležitým aspektem, jež limituje tento výzkum je bez pochyby **duševní stav** jedince. Záleží, v jaké fázi onemocnění se informant v době nahrávání rozhovoru nachází. V případě, že je v remisi onemocnění, je pro něj snazší rozlišovat schizofrenní příznaky od reálného života, uvědomovat si skutečnost jeho bytí i rozjímat nad těžkými otázkami týkajícími se

stigmatizace. Naopak při relapsu nejsou lidé schopni soustředit se dostatečně dlouhou dobu, myslet či adekvátně odpovídat na otázky, nebo přičítají otázkám jiný význam.

Rovněž lze u této skupiny osob očekávat **kognitivní deficit**, který ovlivňuje klientovu schopnost vyjadřování a poskytnutí relevantních odpovědí. V mém případě mohu děkovat za příznivé okolnosti – všichni informanti se nacházeli v období remise. Jeden z nich uvedl, že měl teď horší období, že asi rok a půl nemohl vůbec mluvit. Rozhýbal čelisti a rozmluvil se asi dva týdny před naší schůzkou. Kognitivní deficit u informantů též nebyl nijak zvlášť znatelný.

Dalším z limitů výzkumu je **délka rozhovoru**, která se pohybuje od 30 do 65 minut. Uvědomuji si, že s prodlužující se dobou rozhovoru klesá klientova pozornost a schopnost soustředit se, čímž může být snížena vypovídající hodnota odpovědí. Zvolila jsem tedy dva zhruba půlhodinové úseky, kdy rozhovor probíhal. Po prvním úseku následovala přestávka na čaj, kávu či limonádu, kde jsem změnila téma hovoru a dala prostor na osvěžení. **Náročnost dotazníku** považuji za další z limitů. Dotazník je tvořen i dosti intelektuálními a existenciálními otázkami, což informanty vyčerpalo. Bylo však opět využito možnosti přestávky a odpočinku od psychické a kognitivní námahy.

Limity výzkumu jsem pocítila například i z **technické stránky**. Při jednom z rozhovorů se vyskytl technický problém s nahráváním zvuku. Několikrát se mi nahrávání z neznámých důvodů vypnulo, takže jsem musela přerušit rozhovor, třeba i v opravdu nevhodnou chvíli, kdy mi informant sděloval citlivá data. Důležité informace jsem ale hned po zapnutí nahrávání znovu zopakovala a nechala třeba i mého komunikačního partnera větu zopakovat. Cítila jsem stud za mé zdržení, navíc to oběma stranám připomnělo fakt, že jde o formální rozhovor v rámci výzkumu mé závěrečné práce (s tím souvisejícího postavení rolí já – výzkumník, on – nemocný), nikoli o rozhovor mezi přáteli.

Jiří Reichel (2009) uvádí, že typický pro všechny sociologické výzkumy je určitý stupeň neurčitosti, jelikož to, na co se výzkumník zaměří, je ovlivňováno mnoha faktory. Na sociální aspekt musí být však vždy pohlíženo jako na něco neustále se proměňujícího. Subjektivní hodnocení míry stigmatizace se mění v podstatě z hodiny na hodinu. Záleží na momentálním rozpoložení respondenta, na jeho zdravotním stavu, vzniklých či životních situacích apod. Jako další limit výzkumu vidím v souladu s autorem v tom ohledu, že jak získaná data o aspektu, tak interpretace těchto dat, jsou ve vysoké míře nepřesné. Důvodem je



určité subjektivní zabarvení ze strany informanta i následné subjektivní zabarvení ze strany zpracovávajícího informace. Tedy že výzkumník i zkoumaný soubor nedokáže být zcela objektivní a pocitově neutrální.

Dalšími faktory, které mohly výzkum zkreslit, jsou následující:

Klienti byli předem vytipováni a o spolupráci požádáni svými pracovníky PDZ. Vybráni byli jen ti jedinci, kteří souhlasili s účastí na výzkumu. Dotazování měli více prostoru se připravit a uvědomit si skutečnosti před polostrukturovanými rozhovory, jelikož proběhly až následující dny po dotazníkovém sběru dat. Ve škálách slyšeli otázky, kterými se dříve nemuseli zabývat.

## 5 Interpretace výsledků šetření

V poslední části této diplomové práce prezentuji čtenářům výsledky výzkumu již zpracovaných a zanalyzovaných dat. Prezentovat výsledky jsem se rozhodla podle jednotlivých informantů, jelikož se jedná o kvalitativní výzkum, ve kterém je stěžejním bodem zjistit, do jaké míry se vybraní lidé cítí být stigmatizováni, nikoliv posuzovat podle jednotlivých oblastí sebestigmatizace. Nejprve představím výsledky dotazníků ISMI, následně výsledky polostrukturovaného interview a na závěr každé podkapitoly provedu komparaci.

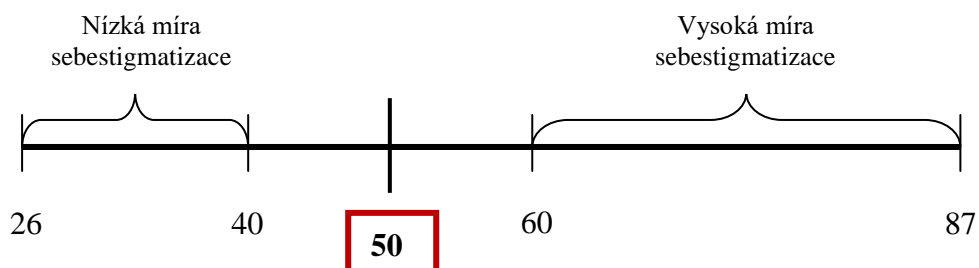
Na základě ochrany osobních údajů a anonymity, kterou účastníci výzkumu požadují, se zdržím uvádění demografických dat o jednotlivých informantech.

### 5.1 Informant A

Průměrnou hodnotím oblast *Vnímání diskriminace*, kde dosáhl informant stenů 5. Vyšších hodnot nabyl informant v oblastech *Souhlas se stereotypy* (8 stenů), *Odolnost vůči stigmatu* (8 stenů) a *Stažení ze společnosti* (7stenů). Naopak nižší hodnoty dosáhl v oblasti *Odcizení* (3 steny). Po uceleném pohledu na oblasti, jež pomáhají hodnotit sebestigmatizaci, vnímám u informanta A jako pozitivně laděné oblasti *Odolnost vůči stigmatu* a *Odcizení*. Za oblasti směřující negativním směrem (z pohledu sebestigmatizace a kvality života jedince) považuji *Souhlas se stereotypy* a *stažení ze společnosti*. Tyto dva jevy jsou pro jedince hrozbou. Však při zohlednění oblastí pozitivně laděných se pohybuje sebestigmatizace jedince v normě.

Skórováním jsem došla k výsledné hodnotě celkového skóre ISMI k hodnotě **50**, což vypovídá o naprosto průměrné hodnotě míry sebestigmatizace u informanta A. T-skóre 50 je přímo středním bodem, jelikož rozmezí průměrné sebestigmatizace lidí s duševní poruchou vymezuje T-skóre 40 – 60 bodů.

Obrázek č. 2: T-skóre informanta A



Při uplatnění polostrukturovaného interview jsem došla k níže uvedeným poznatkům.

### **Oblast Odcizení;**

Informant vypovídá o otázkách v této oblasti jako o očividném nesmyslu – neguje pocit cizosti v tomto světě, nevidí ve své nemoci důvod ke studu či špatným pocitům. Přijímá ji. *„No já sebou nejsem zklamaná. Tak mám kde bydlet, jdeme někdy na kafičko, si někdy po klubu zajdeme no, a to mě jako moc nevadí no.“ (myslí duševní nemoc)* Jediné, co trochu připouští, je neporozumění ze strany většinové (psychicky zdravé) společnosti: *„Myslím, že to většinou nechápu, tomu nerozuměj, co to je duševní nemoc, tak neporozuměj ani mně. Řeknou to nevíme, co je duševní nemoc. Tak se ani moc nebavěj se mnou.“*

### **Oblast Souhlas se stereotypy**

Některé otázky v této oblasti dělaly informantu A problémy, nedokázal se rozhodnout o svých názorech. Předpokládám, že důvodem by mohlo být částečné kognitivní postižení způsobené nemocí. Jednalo se především o otázky širokého charakteru, které se tázaly generalizovaně na všechny duševně nemocné. Odpovědi byly neurčité, bylo však možné vyvodit z nich souhlasný postoj se stereotypy o duševně nemocných lidech. Jako příklad uvádím odpovědi na otázku, zda jsou duševně nemocní lidé nebezpeční, zda by měli mít děti a na otázku, zda by měli uzavírat manželství: *„To já nevím tady to. To nerozeznám. Myslím, že by mohl ublížit. Možná no.“* *„Kdo má duševní nemoc, tak si myslím, že by nedokázal vychovat třeba dítě, že jo.“* *„Tak to nevím tedy. Myslím, že ne no, ale jako... nebo já nevím. Když jsou nemocný tak, tak by to třeba nezvládli. A co by nezvládli? Ten vztah nebo prostě, že by nezvládli ty podmínky, co má manželství prospívat.“*

Informant též uznává, že není úplně schopná o sobě rozhodovat, že na důležitá rozhodnutí potřebuje jiného člověka (opatrovníka). Také uvedla, že nemůže společnosti ničím přispět. Názor nezměnila ani po probrání možností, jak člověk může přispět. Přes všechna předchozí tvrzení si však myslí, že lidé s duševní nemocí mohou žít naplňující život. Uvedla také, že záleží na člověku, že to nedokáže rozhodnout. Prý poloviční šance, že to je pravda a poloviční šance, že to pravda není. Odmítá, že by na ní stereotypy seděly, prý je až moc hodná, že toho ostatní využívají.

### **Oblast Vnímaná diskriminace**

Po požádání jsem informantu vysvětlila pojem diskriminace. Vypověděl, že *„se to stává. Sem tam jo. Když vidí, že je člověk nemocnej, že by tudle práci nezvlád, tak radši jo. Je tady*

*takovej člověk, že když věděj, že je nemocnej, tak ho nechtěli no, do práce. Známej. Na otázku, zda se s ní někdy setkal na vlastní kůži, uvedl toto: „Ne, to ne. Ale někdy se mi stává, že by chtěli dirigovat, jak s malým dítětem. Tohle musíte takhle, tohle máte takhle dělat. To diktujou a to se mi nelíbí. Člověk už má něco za sebou a ví co a jak. A když si s něčím neví rady, tak se zeptá, že jo.“*

V jiných případech informant A nepociťuje diskriminaci.

### **Oblast Stažení ze společnosti**

Informant přímo vyslovil, že se nevyhýbá lidem. Ať jsou nemocní nebo jsou zdraví, se všemi se baví. Když jsem se však doptávala, došla jsem ke zjištění, že je kromě rodiny v kontaktu pouze s lidmi z PDZ, tedy také s duševním onemocněním. Nemá ani příliš zájem o navazování nových kontaktů, v PDZ prý jsou občas také noví lidé, tak preferuje lidi „z klubu“.

*„Tam spíš do PDZ choděj i nový lidi. Tak spíš tam. Tam je to lehčí se seznámit s někým.“*

Moc o sobě nemluví s ostatními lidmi. Kamarádce se se svou nemocí nesvěřuje, to pouze paní psychiatrice nebo sociální pracovníci. Informant také vnímá, že společenské předsudky ho vyčleňují z normálního společenského života. Myslí si, že: *„Jsou lidi, že s těma nemocnýma lidma moc nekomunikujou a vyhýbaj se jim raději.“* Co se však týče každodenních situací společenského života, jako jsou například nakupování či trávení času ve frontě, nedělají informantu A žádný problém. Cítí se stejně dobře mezi nemocnými jako zdravými. Uvádí však, že značná omezení cítí v přítomnosti dětí nebo mladých dospělých. Chtějí všechno hned, jsou netrpěliví, nebo v případě dětí, křičí a pobíhají, což informanta vyčerpává. Opačný postoj projevil k lidem důchodového věku, se kterými rád tráví čas. Podle režimu dne soudím, že informant A netrpí sociální izolací, jelikož uvedl 50% dne stráveného venku (ve městě, v klubu, v kavárně) a 50% doma.

### **Oblast Odolnost vůči stigmatu**

Informant nalézá pozitiva při hodnocení lidí s duševním onemocněním. Jedním z důvodů je přispění do společnosti duševně nemocných sám sebou a svými zkušenostmi, které mu pomáhají se s ostatními sdružovat do skupiny, kde si mohou lidé navzájem pomáhat. Dalším přínosem je, že je mu příjemné být viděn na veřejnosti s očividně duševně nemocnými, prý je to pohodlné a *„aspoň je zná“*. Také si můj účastník výzkumu myslí, že útrapy spojené s duševní nemocí ho zocelily. Nyní je schopen žít naplňující život. Je spokojen.

Veškeré odpovědi na otázky z tohoto okruhu byly laděny pozitivně. Tedy považuji tuto oblast za oblast se zatím nejnižší mírou sebestigmatizace.

### **Komparace výsledků výzkumu obou sběrných metod**

Začnu subškálou Odcizení, jelikož díky standardizovanému dotazníku odpovídá výsledek nízké míře sebestigmatizace informanta A. Vzhledem k tomu, že tato subškála hodnotí, nakolik se pacient cítí být kvůli své poruše ve společnosti plnohodnotným členem (či zda je vyčleněn), považuji ji za velmi důležitý bod zkoumání pro zodpovězení výzkumné otázky.

Sebehodnotící škála ISMI prokázala sten 3, což poukazuje na významnou odchylku ve srovnání s psychiatrickou populací. Tedy informant A se cítí být plnohodnotným členem společnosti, s nízkou mírou vyčleňovacích tendencí okolí. Podle rozboru složek interview hodnotím taktéž. Nalezla jsem pouze jednu odpověď, která by vypovídala o dopadu stigmatizace. Tudíž považuji výsledky obou výzkumů za korespondující.

V subškále, kde je posuzováno, do jaké míry jedinec souhlasí s rozšířenými stereotypy o lidech s psychickou poruchou, vyšel výsledek ISMI 8 stenů. Tento výsledek odpovídá velmi výrazné odchylce od zbytkové psychiatrické populace. Informant souhlasí ve velké míře se stereotypy. Z rozhovoru vyplynulo, že informant zaujímá mírně stigmatizující názor. Vysloveně však nesouhlasí s tím, že by na něj jakákoliv z charakteristik seděla. Pro mne není tato subškála příliš významná. To, že někdo věří stereotypům, ještě neznamena, že si tyto stereotypy stáhne na svou osobu. Otázka tohoto typu v dotazníku ISMI byla, nebyla však zohledněna výhodným bodovým ohodnocením. Celkově se dle mého názoru obě výzkumné metody ve výsledku shodují, liší se jen málo. Více vypovídající hodnotu by měl výsledek 7 stenů.

Vnímaná diskriminace byla vypočtena na střední hodnotu – 5 stenů. Informant A tedy dosahoval průměrných výsledků. Druhý nástroj sběru dat tento výsledek potvrdil. Považuji tedy výsledky obou výzkumů za korespondující.

Čtvrtou zkoumanou subškálou je Stažení ze společnosti. Po skórování ISMI jsem došla k výsledku 7 stenů, tedy významná odchylka od normy. Nejedná se však o výrazně vyšší odchylku. Informant se tedy podle dotazníku více vyhýbá vztahům s lidmi aj. z důvodu své nemoci. Díky polostrukturovanému interview jsem zjistila, že informant tráví dostatek času venku mezi lidmi, to však pro pozitivní či průměrný závěr oblasti nestačí. Kvůli dalším výpovědím informanta v této oblasti musím souhlasit s výsledky dotazníku ISMI.

Subškálu Odolnost vůči stigmatu jsem se rozhodla využít pro tento výzkum. Jelikož se jedná o inverzní škálu, její zjištěná hodnota (8) je vysoká. Má však pozitivní ladění. Interpretuji výsledek této subškály tak, že informant A má zvýšenou odolnost vůči stigmatu. Dle jeho odpovědí v kvalitativním dotazníku docházím ke stejnému názoru. Vzhledem k tomu, že informant nezodpověděl jedinou otázku s negativním zabarvením, navrhovala bych výstižnější hodnotou ISMI 9 stenů (dvě kategorie ještě zbývají k nejvyšší míře odolnosti vůči stigmatu). V podstatě se tedy výsledky obou měřících metod shodují.

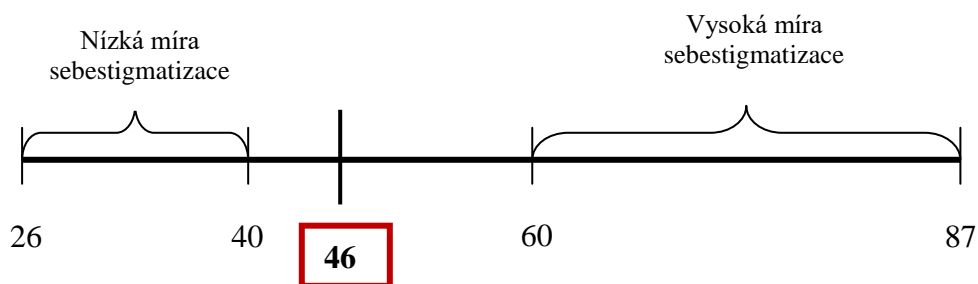
## 5.2 Informant B

Analyzovaná data informanta B získaná pomocí standardizované škály ISMI působí více stabilním dojmem, steny jednotlivých oblastí se pohybují převážně od 4 do 5 stenů. Jedinou výjimku činí subškála *Odolnost vůči stigmatu*, která prokazuje vyšší hodnotu 7 stenů. Subškály *Souhlas se stereotypy*, *Vnímaná diskriminace* a *Stažení ze společnosti* dosahují hodnoty 5 stenů, což je naprostý průměr ve srovnání s širší populací psychiatrických pacientů. Subškála *Odcizení* pak nabyla hodnoty 4 steny, což poukazuje na spodní hranici normy pro sebestigmatizaci informanta v dané oblasti.

V celkovém pohledu považuji výsledky za průměrné, laděné pozitivně. Oporou je především subškála *Odolnost vůči stigmatu*, která má významnou odchylku od průměru psychiatrických pacientů. Informant je více odolný vůči stigmatu ve společnosti. Mému tvrzení přisvědčuje i zmíněná subškála *Odcizení*, která se pohybuje na hraně normy a menšího pocitu odcizení od ostatních lidí.

Po skórování celkové hodnoty ISMI jsem získala T-skóre **46**. Tato hodnota se řadí do rozmezí 40 – 60 bodů, což poukazuje na průměrnou sebestigmatizaci jedince. Hodnota T-skóre se však pohybuje v polovině bližší nízké míře sebestigmatizace.

Obrázek č. 3: T-skóre informanta B



Druhou část podkapitoly věnuji prezentaci analyzovaných dat získaných metodou polostrukturovaného rozhovoru.

### **Oblast Odcizení**

Informant se cítí být vhodným člověkem do společnosti. Uznává své zvláštnosti, ty mu však nedělají problém. Uvedl: *„Je to v pohodě. Připadám si někdy mimo, ale rozhodně ne, že bych nepatřil do tohoto světa. To patří. Tak třeba to vnímání, že mám trochu jiný... A že jsem třeba zpomalenej a tak. Ted' jsem měl zrovna takový období horší, a já jsem nemohl vůbec mluvit. Nějak mi prostě nešlo hýbat pusou. Ted' jsem to ale rozhybal.“* Překvapil mě i jeho náhled. Uvedl, že si nemyslí, že by mu nemoc zničila život. Pouze změnila. **„V čem se změnil ten tvůj život? Tak ono se to úplně obrátilo. Mám úplně jiné přátele ted'. Jsem docela jel v drogách, takže jsem měl úplně jinej okruh přátel. Se to obrátilo k lepšímu.“**

V otázkách, které směřovaly k porovnání sebe a lidí bez duševní nemoci, nepůsobil informant už tolik vyrovnaně a pozitivně. Začal být rozpačitý, mluvil tiše, jeho verbální projev nekorespondoval s nonverbálním projevem. Na otázku, zda se cítí být v něčem méněcenný oproti duševně zdravým lidem, konstatoval, že se necítí méněcenně. Po menší odmlce dodal, že to je strašně těžká otázka, že neví, co k tomu má říct, což mě vedlo k pochybám jeho nesouhlasu. Stejně tak neurčitá odpověď na otázku – zda je sám sebou zklamaný a nonverbální komunikace, značily skrytou nespokojenost se stavem informanta. Odpověděl: *„Co mám dělat. Prostě počkám, až to přejde.“*

*„Kvůli tomu, že mám někdy jiný vnímání reality, tak jo, to se cítím někdy trapně. Ale kvůli tomu, že mám napsanou diagnózu na papíře, tak za to ne.“*

Z následujícího odstavce je patrné, co si myslí o většině lidí, co duševní onemocnění nemají. To, že lidi s duševní poruchou nemohou pochopit.

*„To jsem vyslechnul nějakej rozhovor. O někom se bavili: to je hroznej flákač po tátovi, on nedělá. Oni prostě nevědí, jak je to těžký, jak ty lidi i když chtěj, tak prostě nemůžou jít do tý práce. Kdežto já to vidím z tý druhý strany, že to prostě někdy nejde. Někdo třeba říká, že je doma furt, že leží, že je linej. Ono to jde třeba překonat jednou, po druhý, ale ono se to stupňuje. Nějaká sociální fobie a tak.“*

## Oblast Souhlas se stereotypy

Informant ze začátku působil vzhledem ke svým odpovědím nízkou mírou stigmatizace v této oblasti. Manželství duševně nemocných nevidí jako problém, když si ti dva rozumí, proč ne. Myslí si, že mohou tito lidé žít dobrý a naplňující život. Záleží, prý na tom, jak si to kdo zařídí. Nesouhlasí s tím, že na něm lidé poznají psychickou poruchu podle vzhledu. Naopak uvedl, že „*Spíš když jsem to někomu řekl, tak se divili a ptali se, co to je.*“

Informant si též myslí, že má společnosti rozhodně čím přispět. Všimá si například, že umí dobře popsat své pocity a bludy atd. Že je dobrý zprostředkovatel jevů ze světa schizofrenie. Platí to prý i naopak, dokáže člověku se schizofrenií vysvětlit některé věci „ze zdravého světa“, které mu nedocházejí. Vkládám úspěch, kterým se mi pyšnil.

*„Když jdu k psychiatrovi, tak si s ním povídám a on mi řekne: Heleďte, vy jste mi pomohl pochopit nějaký pacienty... Třeba teď pár dní zpátky se mi podařilo popsat pracovníci. Jsem si přemýšlel, jak se asi tak cejtím. A došlo mi, že si připadám jako štvaná zvěř. To je prostě tak výstižný! Řekl jsem to pracovníci a ona byla strašně ráda, že s tím bude zase pracovat dál.“*

Naopak v otázce potřeby „rozhodovat za něj“ informant B vypověděl podobně jako informant A, že potřebuje, aby za něj někdo rozhodoval. Rozdílem je však jeho vlastní neschopnost se rozhodnout. Proto je vděčný za rozhodnutí blízkých lidí kolem něj. „*To se mi stává teď docela dost poslední dobou. Psycholožka. Jsem pořád mluvil o práci, že mě to unavuje, že to nezvládám a tak nemohl jsem se rozhodnout, jestli mám přestat. Stejně tak i s tím telefonem, jsem měl pučený od kamaráda a nemohl jsem se rozhodnout, jestli ho chci. Prostě mi to nešlo. A s tou prací mi to nakonec rozhodla ona. Řekla tak dem a sepíšeme výpověď. Byl jsem pak rád, že jsem to udělal.*“

Patrná internalizace je v jeho názoru, že by lidé s duševním onemocněním měli mít děti. „*To není pak fér vůči nim.. Ze zdravých lidí vzejde nová generace dalších žejo. A z nemocných... Já třeba sám nechci mít dítě, aby nemělo to, co já. Abych zbytečně nedělal dalšího nešťastného člověka.*“

Předchozí odstavce nastiňují internalizované stigma. Předsudky o duševně nemocných lidech vnímá však informant B tak, že na něj nesedí. Uznává, že nezvládl pracovat, ale to je vše. Sklony k násilí ze strany duševně nemocných nedokáže posoudit, slyšel prý, že je to stejná pravděpodobnost jak u zdravých lidí.



## **Oblast Vnímaná diskriminace**

Informant B se setkal s přímou diskriminací. Sám uvedl, že jeho diagnóza byla důvodem k odepření možnosti ucházet se o pracovní pozici. Pracovnice u výběrového řízení ho odmítla přímo vzápětí, kdy vyslovil svou diagnózu. Toto se mu prý stalo pouze jednou, nemá pocit vícečetné diskriminace. Nemá ani pocit, že by s ním lidé jednali z povýšené pozice. To, že se s ním například někdy někdo nechce bavit a částečně ho přehlíží, připisuje osobnostním faktorům. Nemá pocit, že by to bylo kvůli nemoci. Připouští, že by s ním nějaký člověk mohl chtít navázat blízký vztah. Je si též vědom, že nemoc by někomu mohla vadit. Nerozhodný byl opět v otázce, kde má hodnotit postoj společnosti k sobě. Otázkou bylo, jestli si podle informanta lidé myslí, že nemůže v životě ničeho dosáhnout. Vyjádřil se však s nadějí v dobré smýšlení blízkých a známých:

*„Nevím, co si myslí lidé, ale já si myslím, že mě to hodně limituje. Většina lidí se mě snaží podporovat. Když jsem začínal s tou prací, tak byli všichni nadšený. Tak snad si to nemyslej.“*

Jak informant B uvedl, na svou kůži diskriminaci až příliš nepocítuje, silně ji však vnímá vzhledem k jiným lidem s duševním onemocněním (např. viz oblast Odcizení – rozhovor dvou neznámých o duševně nemocném). *„Třeba sociální pracovníci nebo zdravotníci, ti trochu vědí, o co jde, ty se v tom orientují, ale ostatní vůbec nevědí, o co jde. Třeba ti, co pracují ve fabrikách a tak.“*

## **Oblast Stažení ze společnosti**

Informant B jednoznačně odmítá, že by se vyhýbal lidem, kteří nemají duševní nemoc. Nenapadá ho však příliš konkrétních osob, se kterými má blízký vztah. Kromě rodinných příslušníků se vídá nejčastěji s lidmi z klubu PDZ a pracovníci. Za blízký vztah označuje také přátelství s několika lidmi s fyzickým hendikepem, ti podle jeho slov nejsou nemocní psychicky, ale jinak. Informant se účastní společensky žádoucích a volnočasových aktivit. Uvedl, že zhruba rok chodí do útulku venčit opuštěné psy. Do centra města čas od času zajde provozovat sportovní aktivitu. Tuto informaci jsem dostala až po skončení interview, v transkripci rozhovoru se tato informace tedy neobjeví. Považuji ji však za důležitou pro dosazení do obrazu zapojení informanta do jeho sociálního prostředí.

Z hlediska četnosti schůzek s lidmi a společenského kontaktu považuje současné období za více společenské, než tomu bylo před propuknutím nemoci. V současnosti chodí do společnosti často, téměř každý den. Jiná situace nastane, když není v dobrém duševním

rozpoložení. „*No když mi je špatně, tak se snažím nikam nechodit, abych to nerozšiřoval. Nevolám nikomu: hele mě je špatně! To ne. Ale když mi je dobře, tak zas jdu.*“ Informant nerad zatěžuje ostatní svou nemocí. Když mu není dobře, moc o tom s ostatními nemluví a nerozebírá své hlasové halucinace. Když je v pořádku, tak se prý rád pochlubí s úspěchy a zážitky.

Ve společnosti lidí, kteří nemají duševní nemoc, se cítí někdy nepříjemně. Uvedl, že je to ve chvílích, kdy nemůže nic říct, ať už z důvodu fyzického („prostě mu nejde mluvit“) či jednoduše neví, co by řekl. Nemá názor.

Na otázku, zda ho předsudky o duševně nemocných vyčleňují z normálního života, odpověděl, že jeho konkrétně ne. Stává se to hodně lidem, které zná. Informant si myslí, že důvodem je jeho vzhled. „*Tak já relativně vypadám zdravě, ale jiní ne.*“ Odmítá také, že by se neúčastnil společenského života z důvodu ochrany rodiny před společenskou ostudou. Jeho slovy o stažení ze společnosti: „*Asi 7 procent, když mám blbý období zdravotně, jinak vůbec.*“

### **Oblast Odolnost vůči stigmatu**

Poslední oblast se zaměřuje na jedince a jeho schopnost

Informant je přesvědčen, že duševně nemocní lidé prospívají společnosti. Nepůsobí mu problém objevit se na veřejnosti s očividně nemocným člověkem: „*Jo, mi to nevadí vůbec, cítím se pohodlně. Jako kdyby se to někomu nelíbilo, tak je to jeho problém. Třeba jdeme někdy s klubem a to někdo pozná jako „co jsme zač“. Mně to ale nevadí, tak jdu s nemocným, no a co.*“

Duševní onemocnění informanta zocelilo jak fyzicky, tak psychicky. Uvádí, že se už nebojí podnikat věci, kterých se dřív bál. Když má možnost jít třeba do kolektivu neznámých lidí, zkusí to a přijme pozvání. Je přesvědčen, že jednoho dne bude žít dobrý a naplňující život. Ví, jak to udělá, ale musí na tom ještě pracovat. V současné době nežije úplně podle svých představ. „*Kdybych si miň vymýšlel a víc si ho užíval. To bych chtěl změnit, to mě docela trápí. Je to možný určitě. Nejsem teď schopen, ale vím, jak bych to chtěl změnit, pracuju na tom.*“

### **Komparace výsledků výzkumu obou sběrných metod**

V oblasti Odcizení bylo zjišťováno, zda je informant vyčleněn ze společnosti, či do jaké míry se cítí být jejím plnohodnotným členem. Když na výpověď u rozhovoru z dané oblasti

pohlédnu komplexně, hodnotím u informanta míru sebestigmatizace střední. Kladné vnímání a hodnocení dotazovaných jevů se rovnalo negativním vyjádření. Mé závěry z rozhovoru se tedy shodují s výsledky ISMI, kde informant dosáhl skóre 4 stenů, tedy též střední míry sebestigmatizace. Na základě kvalitativního šetření bych navrhla poopravit hodnotu 4 steny na 5 stenů. Důvodem je primárně zjištěný nesoulad mezi významem verbálních a nonverbálních projevů.

Ze zjištěných skutečností hodnotím stigmatizaci informanta B v okruhu Souhlas se stereotypy za průměrnou, pohybující se na hranici s nižší mírou sebestigmatizace. V případném převodu na číselné vyjádření náležící tabulce ISMI bych za vhodnou považovala spíše hodnotu 4 steny. Po analýze dat vyplněného dotazníku ISMI informantem bylo zjištěna hodnota 5 stenů. Oba výsledky se však shodují v míře sebestigmatizace, jež vyšla u obou způsobů výzkumu – střední míra.

Oblast Vnímaná diskriminace hodnotím po komplexní analýze rozhovoru jako střední sebestigmatizaci. Tvrzení informanta sice zní zdánlivě příznivě, vždy však dodá nějakou drobnost, která není tak pozitivní. Tím, že velmi silně vnímá diskriminaci u ostatním, zvnitřňují se tyto postoje i k němu samému. Můj závěr se shoduje s výsledky škály ISMI. Hodnota subškály Vnímaná diskriminace dosáhla 5 stenů.

Na základě rozhovoru jsem získala dojem o nízké sebestigmatizaci v oblasti Stažení ze společnosti. Informant uvedl spoustu aktivit, které vykonává v souladu s ostatními jedinci ve společnosti. Není u něj problém navštěvovat místa plná lidí (obchodní domy, trh). Stýká se se známými (zda mají či nemají duševní nemoc, není podstatné). Sám hodnotí stažení se ze společnosti pouze z důvodu špatného duševního stavu. Po použití metody kódování jsem však spatřila i znaky, poukazující na sebestigmatizaci. Patří mezi ně absence přátel bez duševního onemocnění (uvedl skupinku lidí, se kterou je v kontaktu maximálně 3x do roka), jeho postoj, že když mu není dobře, tak ostatní nebude obtěžovat svými stavy, fakt, že se mezi lidmi, co nemají duševní nemoc, někdy cítí nepříjemně. Rovněž v rozhovoru je znatelný vliv známých (duševně nemocných lidí) na některé oblasti. Informant odpovídá např.: „*Mě to nevyčleňuje, ale hodně se to stává.*“ Tento vliv a jistě i jiné faktory mohou mít vliv na okruh, ve kterém se jedinec pohybuje. Informant se stýká a tráví čas téměř výhradně s lidmi, kteří mají také duševní nemoc, což může internalizaci stigmatu podporovat. Následkem pak může být ještě vyšší stažení ze společnosti jedinců bez duševní poruchy.

Vzhledem k uvedeným důvodům hodnotím u informanta B střední sebestigmatizaci. S hodnocením škálou ISMI tedy výsledek koresponduje. Informant dosáhl v subškále Stažení ze společnosti 5 stenů.

V oblasti Odolnost vůči stigmatu informant B působil i odpovídal pozitivně téměř ve všech otázkách. Sebestigmatizaci lze pozorovat u dvou posledních odpovědí. Důvodem ne zcela spokojeného života však může být řada faktorů a skutečností. Není věcné přisuzovat tuto skutečnost stigmatizaci. Odolnost informanta B vůči stigmatu považuji za vyšší, pozoruji u něj tedy nižší míru internalizovaného stigmatu v této oblasti. V sebehodnotící škále ISMI informant dosáhl v této oblasti hodnoty 7 stenů, což s mým zjištěním koresponduje.

### 5.3 Informant C

Třetímu informantu nebyl rozhovor příjemný. Byl nervózní, roztržitý, chodil kouřit. Jeho projev byl často neurčitý a nedokázal se rozhodnout, zda dá na škále ISMI *souhlasím* či *nesouhlasím*. U mnohých otázek, především u otázek směřovaných generalizovaně na názory společnosti nebo na možnosti duševně nemocných, uváděl neschopnost odpovědět jednoznačně. Vše je prý individuální, proto se nemůže jen tak rozhodnout. Uvítal by možnost střední neutrální odpovědi.

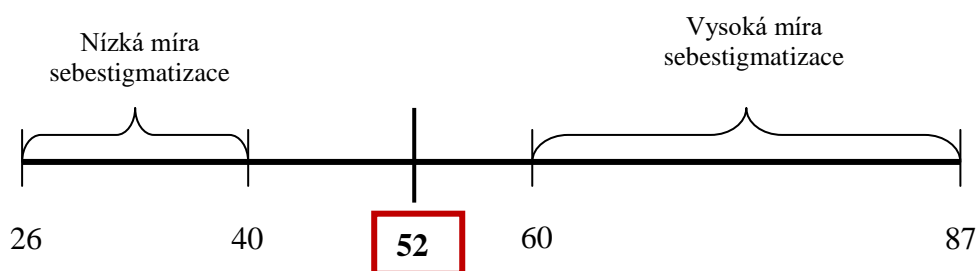
Při hodnocení sebehodnotící škály ISMI vykazoval informant C hodnoty enormní nebo hraniční. V subškále *Odcizení* dosáhl hodnoty 7 stenů (na hranici s 8 steny), což značí významnou odchylku od psychiatrické populace směrem k vyššímu pocitu odcizení od lidí v jeho okolí. Naopak v subškále *Souhlas se stereotypy* ukázalo skórování zcela opačnou míru stigmatizace - hodnotu 3 steny. Mohu ji interpretovat tak, že informant C nesouhlasí se stereotypy o duševně nemocných v takové míře, jako zbytek psychiatrické populace, což je pro něj přínosem (ve smyslu sebestigmatizace). *Vnímání diskriminace* a *Stažení ze společnosti* dosahují hodnot 6 stenů, což je stále v normě, však těsně na hranici se zvýšenou mírou sebestigmatizace v daných oblastech. Ve škále *Odolnost vůči stigmatu* vykazuje informant kladné výsledky. S hodnotou 7 stenů se pohybuje v oblasti, kde je nadprůměrně schopen čelit sebestigmatizaci.

Celkově hodnotím sebestigmatizaci jedince průměrnou. Důvodem je vysoká hodnota subškály *Odcizení* a hraniční hodnoty subškál *Vnímaná diskriminace* a *Stažení ze společnosti*. Subškála *Souhlas se stereotypy* ukazuje sice nižší míru sebestigmatizace a subškála *Odolnost*

vůči stigmatu dosahuje též pozitivních výsledků, tyto dvě oblasti mohou však pouze dorovnat předchozí tři oblasti.

Po skórování celkové hodnoty ISMI jsem získala T-skóre **52**. Tato hodnota se řadí do rozmezí 40 – 60 bodů, což poukazuje na průměrnou sebestigmatizaci jedince. Hodnota T-skóre se jen nepatrně pohybuje v polovině bližší vysoké míře sebestigmatizace.

**Obrázek č. 4: T-skóre informanta C**



V druhé části podkapitoly se zaměřím na prezentaci analyzovaných dat získaných metodou polostrukturovaného rozhovoru.

### **Oblast Odcizení**

V této oblasti informant vyjadřoval negativní pocity vůči svému onemocnění. Uvedl, že mu nemoc zničila život, a také že ho zklamalo, jak dopadl. Někdy se cítí trapně kvůli své nemoci. Tento typ citlivých otázek nechtěl dopodrobna rozebírat. V otázce, zda se cítí méněcenně oproti lidem, kteří nemají duševní nemoc, odpověděl: „*Tak na půl, jo a ne. Prostě třeba nezvládnou, to co oni. Ale jindy to zas zvládnou.*“

Pozitivní odpověď jsem dostala na otázku: Myslíš, že patříš do tohoto světa?

„*Patřím do tohoto světa. Patřím, já nikomu nic špatného nedělám. A snažím se být aspoň užitečnej.*“

### **Oblast Souhlas se stereotypy**

V této oblasti bylo pro mého komunikačního partnera velmi těžké odpovídat na otázky. Je u něj patrná neschopnost vyhodnotit své názory a postoje a syntetizovat je na jeden individuální

názor. Informant se setkal s tím, že by byl člověk s duševní nemocí agresivní. Nejprve se vyjádřil v tom smyslu, že mohou být duševně nemocní agresivní. Po zvážení si nebyl jistý. „*Tak to souvisí s tou nemocí. Každý to má jiný, ale může být nebezpečný nebo to. Půl na půl.*“

Na názor na manželství duševně nemocných je jednoznačný. „*Proč by nemohli mít. Co jim v tom brání. Když má nějakou schizofrenii, tak to nikomu snad nebrání, aby mohl žít s někým.*“ V možnosti mít dítě však hovořil zmateně, myslel, že se schizofrenie nemůže vyskytovat u potomků. Nedokázal také říci, zda by se člověk s duševním onemocněním dokázal postarat o dítě. Naplňující život mohou tito lidé žít jen pokud „*jsou v pohodě a všechno zvládají*“, jinak to nedokáže posoudit.

Informant si nemyslí, že by lidé rozpoznali jeho duševní onemocnění podle vzhledu. Rozhoduje o sobě sám. Když potřebuje poradit s něčím, s čím si sám neví rady, nedělá mu problém zajít a požádat o radu starší a zkušenější jedince. Myslí si také, že může přispět společnosti v mnohých drobnostech jako stáhnout kamarádům dobrý film, pomoci s prací fyzicky (vlastníma rukama) nebo říct svůj názor. Myslí si, že stereotypy o duševně nemocných lidech na něj spíš nesedí.

### **Oblast Vnímaná diskriminace**

Informant nepociťuje diskriminaci ze strany svého okolí, uvádí naopak přízeň a lidský přístup ze strany kolegů i nadřízených. V práci o nemoci vědí a přijímají ho přátelsky. Má pocit, že se občas někdo chová vůči němu povýšeně. Uvádí vrstevníky. Na otázku, zda ho kvůli jeho nemoci někdo přehlíží nebo nebere moc vážně, odpověděl neurčitě: „*Tak je to možný asi. Asi jak kdo. Někdo jo, někdo ne.*“ Není si sám sebou jistý. Neví, zda by s ním nějaká žena mohla chtít navázat blízký vztah. On by chtěl, pochybuje však, „*že by ho nějaká brala*“. Blízké přátele však informant má.

Nemá dojem, že by si lidé v okolí mysleli, že to v životě nikam nedotáhne. „*Rodina mě podporuje, babička, naši a já se podporuju taky.*“

### **Oblast Stažení ze společnosti**

Informant C přiznal, že se někdy vyhýbá blízkým vztahům s lidmi, kteří nemají duševní nemoc, aby předešel odmítnutí. Uvádí však spoustu přátel a jeho zájem se kamarádit a něco zažít. Proto vyvozují, že se vyhýbání blízkým vztahům kvůli odmítnutí pravděpodobně týká navazování vztahů s novými lidmi. „*Já mám kámošů, takový, takový, všechny možný a úplně*

*v pohodě. Z minulosti moc ne ani, to se nepotkáváme. Spíš nový, já se chci kamarádit. Tak já nevyvolávám problémy. Se chci kamarádit a zažít něco.*“ Informant nevnímá rozdíl v jeho postoji vůči kamarádům s duševní nemocí či bez ní.

Když je ve vesnici nebo okolí zábava, rád se jde bavit. Nemoc mu v tom prý nebrání, krom možnosti hodně pít. *„Pivo nemůžu tolik, panáky už vůbec, teda neměl bych.*“ Někdy se však následkem nemoci obává, co se na akci bude dít, a má strach, aby neudělal nějaký trapas. Většinou však své obavy překoná a akce se zúčastní.

S přáteli o své nemoci nemluví, jelikož je nechce zatěžovat. Dalším důvodem je s velkou pravděpodobností stud informanta, který vnímám z odpovědí týkajících se nemoci samotné a jejích projevů.

Má pocit, že ho stereotypy o duševně nemocných trochu vyřazují z normálního života. Jako příklad uvádí: *„To víš, že jsou drby a tak. Ani se nemusím otáčet a vidím, jak ty lidi plácají žejzo. O tobě, že jsi nemocnej.*“ Má to potom vliv na jeho hodnocení sebe sama.

### **Oblast Odolnost vůči stigmatu**

Informant si myslí, že lidé s duševní nemocí mohou přispívat společnosti, protože jsou to lidé jako všichni ostatní. Uvádí, že: *„Když na tom nejsou tak špatně, tak asi jo.*“ Je si též vědom přínosů, které mu nemoc dává. Rozhodně ho prý trápení spojené s ní zocelilo. Žije si svůj život, jak chce, není však spokojený se současným stavem. Už má vizi, kam se chce posunout a pracuje na ní. Myslí si, že stejně jako on mohou žít spokojený život i duševně nemocní. Záleží, jak si to kdo udělá.

Na otázku, zda se cítí pohodlně, když je na veřejnosti s očividně duševně nemocným člověkem, jsem zpozorovala nejistotu. Nejprve odpověděl, že je zná, tak proč by s nimi neměl chodit. Po mé odmlce, kdy jsem informantu nechávala čas na zhodnocení situace, dodal: *„Taky mě napadlo několikrát, že když jdu s lidma z klubu, tak že mě někdo uvidí. Taky mě to napadlo, ale chodím no. Se stýkám s různýma lidma.*“

### **Komparace výsledků výzkumu obou sběrných metod**

Na základě analýzy odpovědí polostrukturovaného rozhovoru posuzuji stigmatizaci v oblasti Odcizení jako oblast s vyšší mírou sebestigmatizace. Informant odpověděl bez známek sebestigmatizace jen v jediné otázce. Sebehodnotící škála ISMI ukázala v subškále *Odcizení* obdobný výsledek. Závěry z rozhovoru se tedy shodují s výsledky ISMI.

Oblast souhlas se stereotypy. Vzhledem k tomu, že nemá informant v některých odpovědích vyhraněný názor, přikládám k těmto odpovědím menší váhu. Z verbálního projevu rozpoznávám převládající postoj informanta C, že lidé s duševním onemocněním mohou mít sklony k násilí. Do dotazníku ISMI však zaškrtnul „Nesouhlasím“. Odpovědi na otázku jsou tedy opačné a nekorespondují. V ostatních odpovědích převládal pohled pozitivní, tedy málo stigmatizující. Informant má po analýze rozhovoru z mého pohledu nízkou míru souhlasu se stereotypy o duševně nemocných. Částečné skórování ISMI poukázalo na hodnotu 3 stenů, což rovněž poukazuje na nízkou míru sebestigmatizace. Výsledky obou nástrojů sběru dat se shodují.

Oblast Vnímaná diskriminace ukázala ve třech odpovědích kvalitativního rozhovoru pozitivní zabarvení, které odpovídá malé míře sebestigmatizace. Ve třech odpovědích přisvědčuje naopak negativnímu ladění, poukazujícím na vyšší míru sebestigmatizace. Sebestigmatizaci jedince C v oblasti Vnímání diskriminace tedy považuji v normě. Škála ISMI vyhodnotila tuto oblast též jako „v normě“, výsledná hodnota byla však na hraně s Vysokou mírou sebestigmatizace. Z mého pohledu považuji hodnotu 5 stenů za více odpovídající.

Z rozhovoru vyplynulo, že informant C je společensky aktivní jedinec. Má hodně přátel, účastní se společenských akcí, dochází do zaměstnání i na veřejná místa. Hodnocení nízké stigmatizace však narušuje fakt, že se s ostatními lidmi moc nechce bavit o sobě kvůli své nemoci. Vztah potom ztrácí kongruenci. Druhým negativním zjištěním je opět na rovině sociálně psychologické – informant pociťuje nepříjemné pocity z nevysloveného, vnímá, jak stereotypy o duševně nemocných kolují jeho okolím skrze známé z vesnice a má pocit, že ho to trochu vyřazuje z normálního života. V oblasti Stažení ze společnosti tedy informanta hodnotím střední mírou sebestigmatizace. Výsledky subškály ukázaly na střední míru stigmatizace. Obdobně jako v předchozí škále se hodnota pohybuje na hraně s Vysokou mírou sebestigmatizace. Vzhledem ke kvalitativní analýze opět považuji hodnotu 5 stenů za lépe vypovídající.

Poslední oblastí byla oblast Odolnost vůči stigmatu, kde kromě jednoho bodu – být viděn ve společnosti s očividně duševně nemocným člověkem, odpovídal informant bez známek zvnitřnění stigmatu. Proto hodnotím oblast Odolnost vůči stigmatu na základě polostrukturovaného interview jako oblast s nízkou mírou sebestigmatizace. Totožný výsledek jsem získala skórováním hodnot škály ISMI. S hodnotou 3 steny se výsledky dotazníkového šetření i analýza odpovědí rozhovoru rovnají.



## 5.4 Závěr výzkumu

Nejprve uvedu závěr šetření u každého informanta zvlášť, poté se pokusím popsat celkový závěr výzkumu. U všech informantů byla nejprve zkoumána data získaná sebehodnotící škálou ISMI, poté data získaná polostrukturovaným interview.

V oblasti Odcizení vykazoval informant A nízkou míru sebestigmatizace podle obou výzkumných metod. Oblast Souhlas se stereotypy prokázala shodný výsledek – vysokou míru sebestigmatizace. Intenzita sebestigmatizace se však liší o jednu jednotku (sten) při porovnání výsledků šetření dle sběrného nástroje. V oblasti Vnímaná diskriminace bylo zjištěno korespondující zjištění obou sběrných nástrojů. Závěrem je střední míra sebestigmatizace v dané oblasti. Stažení ze společnosti byla u informanta A škálou ISMI posouzena jako oblast s vysokou mírou sebestigmatizace. Kvalitativní rozhovor tento závěr potvrdil. V poslední oblasti, kterou je Odolnost vůči stigmatu, informant vykazuje podle obou výzkumných metod nízkou míru sebestigmatizace. Na základě dílčích zjištění hodnotím celkovou míru stigmatizace u jedince jako **střední**. Celková skóre škály ISMI výsledek potvrdil (T-skóre 50).

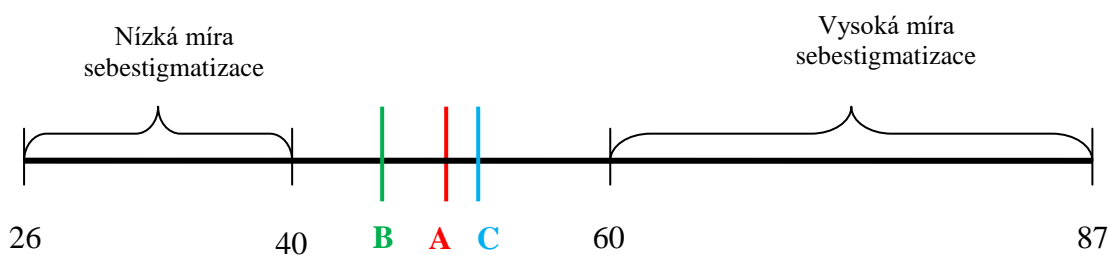
Když na analýzu rozhovoru z oblasti Odcizení pohlédnu komplexně, hodnotím u informanta B míru sebestigmatizace střední. Závěry z rozhovoru se tedy shodují s výsledky ISMI. Navrhuji zde ale zvýšit hodnotu sebestigmatizace o jednu jednotku. V oblasti Souhlas se stereotypy interpretuji míru sebestigmatizace za průměrnou, pohybující se na hranici s nižší mírou sebestigmatizace. Za pomoci druhého nástroje byla zjištěna zcela průměrná míra sebestigmatizace. Proto bylo navrženo vhodnější skóre 4 stenů, tedy o jednu jednotku nižší. Oblast Vnímaná diskriminace hodnotím po komplexní analýze rozhovoru jako střední sebestigmatizaci. Hodnota subškály ISMI ukázala korespondující výsledek. Střední sebestigmatizaci ukázalo také kvalitativní šetření v oblasti Stažení ze společnosti. S vyhodnocením škálou ISMI výsledek koresponduje. Poslední oblast Odolnost vůči stigmatu prokázala nízkou míru sebestigmatizace u informanta B pomocí obou výzkumných nástrojů. Jednotlivá zjištění v pěti oblastech ukazují na **střední** míru sebestigmatizace jedince s pozitivním laděním. Toto zjištění potvrzuje také celkové skóre sebehodnotící škály ISMI, kde informant B dosáhl T-skóre 46.

U informanta C posuzuji stigmatizaci v oblasti Odcizení jako oblast s vyšší mírou sebestigmatizace. Sebehodnotící škála ISMI ukázala v subškále Odcizení obdobný výsledek. Závěry z rozhovoru se tedy shodují s výsledky ISMI. Zjištění obou nástrojů sběru dat

v oblasti Souhlas se stereotypy se taktéž shodují. Byla zjištěna nízká míra sebestigmatizace. V oblasti Vnímaná diskriminace považují na základě výsledků rozhovoru sebestigmatizaci informanta C v normě. Škála ISMI vyhodnotila tuto oblast též jako střední míru sebestigmatizace, výsledná hodnota byla však na hraně s vysokou mírou sebestigmatizace. Z mého pohledu považují hodnotu 5 stenů za více odpovídající. Poslední oblastí byla oblast Odolnost vůči stigmatu, která vypovídala o nízké míře sebestigmatizace informanta. Stejný závěr potvrdila také škála ISMI. Na základě dílčích závěrů hodnotím míru sebestigmatizace informanta C jako **střední**. Celkové skóre ISMI dosáhlo hodnoty T-skóre 52, což odpovídá střední míře sebestigmatizace.

Cílem výzkumu bylo zjistit, do jaké míry jsou lidé s diagnózou schizofrenie sebestigmatizováni. Za využití dvou výzkumných metod, které byly využity k bádání, byla zjištěna střední míra sebestigmatizace u všech informantů. Ze třech zúčastněných lidí s diagnózou schizofrenie dosáhl nejvíce kladného hodnocení informant B, u kterého kvalitativní rozhovor určil střední míru sebestigmatizace s pozitivním laděním. Prostřednictvím škály ISMI bylo u tohoto jedince zjištěno T-skóre 46, což poukazuje na hodnotu blížíci se k hranici nízké míry stigmatizace. Informanti A a C se pohybují na středu průměrné míry sebestigmatizace. Na následujícím obrázku je znázorněno porovnání výsledků výzkumu jednotlivých informantů.

**Obrázek č. 5: Porovnání T-skóre informantů**



## Diskuze

V této diplomové práci jsem rozebírala stigmatizaci a sebestigmatizaci přímo z pohledu lidí trpících nemocí schizofrenie. Bylo tomu tak z důvodu malého počtu vědeckých prací zabývajících se stejným tématem.

Podarilo se mi dohledat práce zabývající se stigmatizací. Početná část se zaměřovala právě na stigmatizaci duševně nemocných, zaměření přímo na osoby se schizofrenií nebylo už tak časté. Našla jsem práce, které se zabývají stigmatizací ze strany určitých specifických skupin společnosti vůči duševně nemocným. Například Mgr. Michaela Holubová se ve své diplomové práci (2015) zabývá stigmatizací osob s duševním onemocněním ze strany vysokoškolských studentů, jiná absolventská práce popisuje výzkum na stigmatizaci z řad zdravotnického personálu, atd.

Co se týče výzkumů zaměřujících se na zkoumání stigmatizace, je naprostá většina kvantitativního charakteru. Využívá se měření sebehodnotící škálou ISMI. Tato škála však není jedinou a hlavní výzkumnou metodou. Odborníci z oboru psychiatrie, sociologie a sociální práce využívají ISMI jako metodu, která dotváří obraz o respondentech výzkumu. S výslednými hodnotami poté výzkumníci pracovali dále. Nespátřila jsem výzkum, který by využíval ISMI ke kvalitativním účelům.

Ve výzkumu této diplomové práce jsem využila škálu ISMI u třech informantů. Vyhodnotila každou z pěti oblastí, která posuzuje sebestigmatizaci a zohlednila srovnání s psychiatrickou populací. Následná komparace s kvalitativním získáváním dat (polostrukturovaný rozhovor) ukázala, že závěry se shodují. Plně se shodují však pouze v kategoriích s širokým rozmezím, tj. v kategoriích, které značí *Nízkou míru sebestigmatizace*, *Střední míru sebestigmatizace* a *Vysokou míru sebestigmatizace*. V hodnocení určité intenzity míry sebestigmatizace nebyla ISMI ve srovnání s kvalitativními metodami shodná. Lišila se u některých informantů v jednotlivých oblastech, vždy o jednu jednotku. V jedné položce jsem dokonce zjistila, že informant odpověděl při rozhovoru jednoznačně *Ano (4 body)*, přitom v dotazníku zaškrtnl rozhodně *Ne (1 bod)*.

I na základě výsledků mého výzkumu preferuji v přímé práci s klienty využívat individuální kvalitativní přístup. Hovořit s klienty, doptávat se na detaily, jelikož i drobný detail může pozměnit smysl situace, která se na první dojem zdá být jednoznačná. Při zkoumání závislosti různých znaků atd. shledávám metodu ISMI přínosným výzkumným nástrojem.

## **Závěr**

Tématem této diplomové práce je Stigmatizace a sebestigmatizace v percepci lidí s diagnózou schizofrenie. Zabývala jsem se zde stigmatizací a jejím dopadem na jednotlivce, kteří trpí duševním onemocněním. Středem zájmu nebyli odborníci, společnost či určité skupiny obyvatel, u kterých by stigmatizace mohla být posuzována. Můj zájem se zaměřil přímo na lidi, kteří stigmatizaci zažívají. Jejich pohled a výpovědi se staly stěžejními.

Určila jsem si jeden hlavní cíl práce - zjistit, do jaké míry se lidé se schizofrenií sami cítí být stigmatizováni. Jako vedlejší cíl výzkumu jsem si určila provést komparaci výsledků šetření získaných metodou standardizovaného dotazníku ISMI a získaných metodou polostrukturovaného interview. Pro naplnění hlavního cíle bylo potřeba zjistit všechny dílčí cíle výzkumu, které jsem odvodila od cíle práce a položek sebehodnotící škály ISMI. Jedná se o tyto dílčí cíle - Zjistit, jak moc cizí se v tomto světě cítí být osoby se schizofrenií. Zjistit, do jaké míry souhlasí lidé se schizofrenií se stereotypy o duševně nemocných. Zjistit, jak silně vnímají osoby se schizofrenií diskriminaci ze strany společnosti. Popsat, do jaké míry se lidé se schizofrenií stahují ze společnosti. Zjistit, jak hodně se cítí být lidé se schizofrenií odolní vůči stigmatu.

Diplomová práce byla rozdělena na dvě části – část teoretickou a část praktickou. V teoretické části práce jsem se zaměřila na onemocnění schizofrenie. Konkrétně na jeho nejvýznamnější charakteristiky, a na to, jaký vliv může mít onemocnění na psychiku, chování člověka a na jeho účast v sociálním prostředí. Zabývala jsem se také stigmatizací – základní charakteristikou, stigmatizujícím postojem společnosti k duševně nemocným, sebestigmatizací a z ní vyplývající nelibost přijmout diagnózu schizofrenie. V závěru teoretické části jsem se zaměřila na to, jak vnímají stigmatizaci jedinci s duševním onemocněním a zda pociťují diskriminaci. Rozebírám zde sociální izolaci a stigmatizaci v souvislosti s rodinou i sociálním prostředím.

Praktická část obsahuje dvě kapitoly. Jednou z nich je Metodologie výzkumu, kde popisují vše, co výzkumu předcházelo a jak výzkum probíhal. Definovala jsem výzkumný problém, určila cíle výzkumu. Poté jsem zdůvodnila využití kvalitativní metodologie, popsala metody sběru dat a způsob jejich zpracování. Nezapomněla jsem na popis výběru informantů a zmínil limity výzkumu. Druhá kapitola praktické části předkládá interpretovaná data a komparuje

výsledky obou sběrných nástrojů. V poslední podkapitole jsem shrnula všechny poznatky, které šetření poskytlo.

Hlavní cíl práce byl **naplněn**. Zjistila jsem, do jaké míry se lidé s diagnózou schizofrenie cítí být stigmatizováni. Ve všech třech případech jsem určila u informantů pomocí polostrukturovaného rozhovoru střední míru sebestigmatizace. Pomocí sebehodnotící škály ISMI jsem došla ke stejným zjištěním.

Vedlejší cíl byl také **naplněn**. Komparovala jsem výsledky šetření získaných metodou standardizovaného dotazníků ISMI a získaných metodou polostrukturovaného interview. Výsledné hodnoty byly shodné, lišily se jen maximálně o jednu jednotku.

Přínos práce shledávám především v rozšíření palety uskutečněných výzkumů na téma stigmatizace a sebestigmatizace lidí s diagnózou schizofrenie. Tato diplomová práce rozšiřuje obzor výzkumníků a zároveň usnadňuje zapojení probíraného tématu (vědeckého problému) do širšího kontextu zkoumání příslušného tematického okruhu. Hlavními zdroji dat a informací jsou samy osoby se schizofrenií, nikoliv lidé okolo nich, zbytek společnosti či jakýkoli jiný činitel (i nástroj). Výsledky výzkumu budou také poskytnuty přímo respondentům, pokud o ně projeví zájem.

## Použité zdroje:

### Tištěné zdroje:

BÁRTLOVÁ, S. (2006). Nemoc jako stigma. *Kontakt*, 8 (2), 265-271.

BENSON, Nigel C. *Psychiatrie*. 1.vyd. Ilustrace Piero. Praha: Portál, 2010. Seznamte se--. ISBN 978-80-7367-671-1.

BOUČEK, J. (2004). Rehabilitace v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*, 5, 250 – 252.

COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.

CORRIGAN, Patrick W., Amy C. WATSON a Leah BAAROVÁ (2006). Self-Stigma duševní nemoci: důsledky pro sebevědomí a sebeúčinnost. *Journal of Social and Clinical Psychology*. Vol. 25, č. 8, str. 875-884.

DEFLEUR, Melvin L. a Sandra J. BALL-ROKEACH. *Teorie masové komunikace*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 8071840998.

DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-628-5.

DRAKE, R. J. and S. W. LEWIS (2005). Early Detection of Schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*, Mar; 18 (2), 147-150.

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.

GERLINGER, G., M. HAUSER, M. De HERT, K. LACLUYSE, M. WAMPERS and C. U. CORRELL. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013; 12 (2): 155–164.

GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4.

GOFFMAN, Erving (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books.

- GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Most (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-21-0.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 9788073675691.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 8073670402.
- HERETIK, A., A. HERETIK jr., a kol. *Klinická psychologie*. Psychoprof, 2007. ISBN 9788089322008.
- HINTERHUBER, H (2001). Stigma schizofrenie: Snaha o jeho překonání. *Psychiatrie pro praxi*, 5, 216 – 220.
- HORÁČEK, Jiří. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Academia Medica Pragensis - Aमेpra, 2003. ISBN 80-86694-01-1.
- HÖSCHL, C., LIBIGER J. a ŠVESTKA J. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002. ISBN 82-900130-1-5.
- CHROMÝ, Karel. *Duševní nemoc: sociologický a sociálně-psychologický pohled*. Praha: Avicenum, 1990. Thomayerova sbírka. ISBN 80-201-0050-4.
- JANÍK, Aloiz. *Veřejnost a duševně nemocný*. Praha: Avicenum, 1987.
- JÁNSKÁ, V (2008). Sociální konstrukce předsudečné typizace lidí s duševním onemocněním. *Sociální práce*, 1, s. 61-67.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.
- KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2045-6.
- KUSÁ Z. a I. ONDREJKA (2006). Stigmatizácia a psychická porucha. *Kontakt*, s. 272-279.
- LEBEL, T (2008). Perceptions of and responses to stigma. *Sociol Comp*, 2: 409-432.

- LIBIGER, J (2002). Psychiatrie a stigma. *Sanquis*, s. 14 – 17.
- LIBIGER, J (2001). Stigma duševního onemocnění. *Psychiatrie*, 5 (1): 38 – 40.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 8024713624.
- MURPHY, Robert Francis. *Umlčené tělo*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-98-2.
- NAWKOVÁ, L., DANĚČKOVÁ, T., VONDRÁČKOVÁ, P. a A. Nawka (2008). *Obraz duševních poruch v českých tištěných médiích*. In: Raboch, J., et al. (ed.) *Quo vadis psychiatria?* Sborník přednášek a abstrakt VII. sjezdu České psychiatrické společnosti s mezinárodní účastí. Praha:Galén, 127-131.
- OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.
- OCISKOVÁ, Marie a kol. Sebestigmatizace u psychiatrických pacientů - Standardizace škály ISMI. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 2014, **110**(6), 301 - 310.
- OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J., VRBOVÁ, K., KAMARÁDOVÁ, D., JELENOVÁ, D., LÁTALOVÁ, K., MAINEROVÁ, B., SEDLÁČKOVÁ, Z., a A. Ticháčková (2014). Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 110(5), s. 250-258.
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
- PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- PRAŠKO, J (2001). Stigmatizace u „Psychogenních poruch“. *Psychiatrie*, 5 (1), s. 32-37.
- PRAŠKO, J., ADAMCOVÁ, K., KOPŘIVOVÁ, J., RASZKA, M. a J. Vyskočilová (2008). *OCD, Stigmatizace a odkládání léčby*. In: Raboch, J., et al. (ed.) *Quo vadis psychiatria?* Sborník přednášek a abstrakt VII. sjezdu České psychiatrické společnosti s mezinárodní účastí. Praha: Galén, s. 127-131.



PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

RABOCH, J (2009). Destigmatizace a zlepšování psychiatrické péče. *Česká a slovenská psychiatrie*, 105 (5), s. 224-225.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

STRAUSS, Anselm L a Juliet M CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 8073674149.

VÁGNEROVÁ, Pavlína (2009a). Stigma, strach, předsudky, odmítání. *Časopis České asociace pro psychické zdraví*, 13 (7-8), s. 6-7.

VÁGNEROVÁ, Pavlína (2009b). Kanada duševně nemocné respektuje. *Časopis České asociace pro psychické zdraví*, 13 (7-8), s. 10.

WENIGOVÁ, B. (2005). Stigma a duševní poruchy. *Sanquis*, 38, s. 24-28.

### **Internetové zdroje:**

*DESTIGMATIZACE v České republice: Výzkumná zpráva* [online].[cit. 2017-11-24]. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR\\_zprava\\_NUDZ.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR_zprava_NUDZ.pdf).

*Projekt DESTIGMATIZACE* [online]. [cit. 2017-11-24]. Dostupné z: <http://destigmatizace.info/o-projektu/>.

SABOLČÁKOVÁ, T. a D. MAGUROVÁ (2011). *Postavenie duševne chorého v spoločnosti*. Prešov, Bakalářská práce (BC). Prešovská univerzita v Prešově, Fakulta zdravotnických odborov, katedra ošetrovatelství. Dostupný z digitálního archivu: <http://unipo.sk/public/media/16593/Sabol%C4%8Dakov%C3%A1%20Magurov%C3%A1120D.pdf>

### **Ostatní zdroje:**

DAVIES, Dominic and Charles NEAL. 1995. Pink therapy: a guide for counsellors and therapists working with lesbian, gay and bisexuál clients. London: Open univerzity press.

DEMA. Názory na schizofrenii: Reprezentativní výzkum v ČR. Praha, 2004.

JEŘÁBEK, Hynek. *Úvod do sociologie výzkumu*. Skripta pro posluchače fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1992

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. Revize (1996). Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. Praha: Psychiatrické centrum.

ŠUPA, Jiří. Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“ Brno, 2006. Podkladový materiál pro proces komunitního plánování sociálních služeb ve městě Brně.

## **Přílohy:**

## České znění škály ISMI

### Škála internalizovaného stigmatu duševní nemoci.

V dotazníku používáme pojem „duševní nemoc“, ale vy si pod tímto pojmem představte jakýkoliv vám blízký pojem.

U každého tvrzení označte, zda s ním rozhodně nesouhlasíte (1), nesouhlasíte (2), souhlasíte (3) či rozhodně souhlasíte (4).

Tvrzení	rozhodně nesouhlasím	nesouhlasím	souhlasím	souhlasím rozhodně
1. Mám pocit, že kvůli své duševní nemoci nepatřím do tohoto světa.	1	2	3	4
2. Duševně nemocní lidé mají sklon k násilí.	1	2	3	4
3. Lidé mě diskriminují, protože mám duševní nemoc.	1	2	3	4
4. Vyhýbám se blízkým vztahům s lidmi, kteří nemají duševní nemoc, abych se vyhnul/a odmítnutí.	1	2	3	4
5. Stydím se nebo se cítím rozpačitě, protože mám duševní nemoc.	1	2	3	4
6. Duševně nemocní lidé by neměli uzavírat manželství.	1	2	3	4
7. Lidé s duševní nemocí prospívají společnosti.	1	2	3	4
8. Cítím se méněcenně ve srovnání s těmi, kteří nemají duševní nemoc.	1	2	3	4
9. Stýkám se s lidmi méně než dříve, protože kvůli své duševní nemoci mohu vypadat nebo se chovat „divně“.	1	2	3	4
10. Duševně nemocní lidé nemohou žít dobrý a naplňující život.	1	2	3	4
11. Moc o sobě nemluví, protože nechci druhé zatěžovat svou duševní nemocí.	1	2	3	4
12. Negativní předsudky vůči duševně nemocným lidem mě vyčleňují z normálního života.	1	2	3	4
13. Když jsem mezi lidmi, kteří nemají duševní nemoc, cítím se nepatřičně, jako bych mezi ně nepatřil/a.	1	2	3	4

<b>14. Cítím se pohodlně, když jsem na veřejnosti s očividně duševně nemocným člověkem.</b>	1	2	3	4
<b>15. Lidé se ke mně chovají povýšeně nebo se mnou jednají jako s dítětem jen kvůli tomu, že mám duševní nemoc.</b>	1	2	3	4
<b>16. Jsem sám/sama sebou zklamaný/á, protože trpím duševní nemocí.</b>	1	2	3	4
<b>17. To, že mám duševní nemoc, mi pokazilo život.</b>	1	2	3	4
<b>18. Lidé poznají, že mám duševní nemoc, podle toho, jak vypadám.</b>	1	2	3	4
<b>19. Protože mám duševní nemoc, většinou potřebuji druhé, aby za mě rozhodovali.</b>	1	2	3	4
<b>20. Neúčastním se společenského života, abych chránil/a svou rodinu a přátele před ostudou.</b>	1	2	3	4
<b>21. Lidé, kteří nemají duševní nemoc, mi nemohou porozumět.</b>	1	2	3	4
<b>22. Lidé mě přehlížejí nebo mě neberou moc vážně, protože mám duševní nemoc.</b>	1	2	3	4
<b>23. Nemohu společnosti ničím přispět, protože mám duševní nemoc.</b>	1	2	3	4
<b>24. Utrpení způsobené životem s duševní nemocí mě zocelilo.</b>	1	2	3	4
<b>25. Nikdo by neměl zájem navázat se mnou bližší vztah, protože mám duševní nemoc.</b>	1	2	3	4
<b>26. Celkem vzato, jsem schopen/na žít svůj život, jak chci.</b>	1	2	3	4
<b>27. Mohu žít dobrý a naplňující život, i když jsem duševně nemocný/á.</b>	1	2	3	4
<b>28. Lidé si myslí, že v životě nemohu ničeho dosáhnout, protože mám duševní nemoc.</b>	1	2	3	4
<b>29. Předsudky o duševně nemocných lidech na mě sedí.</b>	1	2	3	4

- 1 Zjistit, jak moc cizí se v tomto světě cítí být osoby se schizofrenií.
- 2 Zjistit, do jaké míry souhlasí lidé se schizofrenií se stereotypy o duševně nemocných.
- 3 Zjistit, jak silně vnímají osoby se schizofrenií diskriminaci ze strany společnosti.
- 4 Popsat, do jaké míry se lidé se schizofrenií stahují ze společnosti.
- 5 Zjistit, jak hodně se cítí být lidé se schizofrenií odolní vůči stigmatu.

### **Rozpracovaná struktura otázek:**

- 1A: Máte někdy pocit, že se nehodíte do tohoto světa? Vysvětlete proč.
- 1B: Cítíte se někdy méněcenně ve srovnání s ostatními lidmi, kteří nemají psychickou nemoc?
- 2A: Myslíte si, že by lidé s duševní nemocí měli vykonávat vedoucí pozice v zaměstnání?
- 2B: Myslíte si, že by měli lidé s duševní nemocí uzavírat manželství?
- 2C: Myslíte si, že by měli lidé s duševní nemocí mít děti?
- 3A: Řekla byste, že se k vám lidé chovají jako k sobě rovnému nebo naopak jako k dítěti?  
Proč tomu tak je?
- 3B: Myslíte si, že vás lidé diskriminují, protože máte duševní nemoc?
- 3C: Zažil jste někdy diskriminaci na vlastní kůži?
- 4A: Stýkáte se více s lidmi, kteří mají také duševní onemocnění nebo s lidmi, kteří duševní onemocnění nemají? Důvod?
- 4B: Stýkáte se s lidmi či chodíte na společenské události méně než před vaším onemocněním?
- 4C: Popište mi svůj běžný den.
- 4D: Chodíte spíš na procházku/do obchodu/ na poštu, nebo jste spíš doma?
- 5A: Myslíte si, že těžkosti, které jste kvůli vaší psychické nemoci prožil, vás zocelili?
- 5B: Přináší vaše nemoc omezení? Víte i o výhodách (plusech)?
- 5C: Myslíte si, že jste schopný žít naplňující a spokojený život i se svou duševní nemocí?