

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

**Bakalářská práce**

**Sebestigmatizace a stigmatizace ve středoškolském  
prostředí očima duševně nemocných**

**Michaela Koubková**

Plzeň 2023

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

Katedra sociologie a sociální práce

**Studijní program Sociologie**

**Bakalářská práce**

**Sebestigmatizace a stigmatizace ve středoškolském  
prostředí očima duševně nemocných**

**Michaela Koubková**

*Vedoucí práce:*

Mgr. Alena Glajchová, Ph.D.

Katedra sociologie a sociální práce

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2023

## Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Sebestigmatizace a stigmatizace ve středoškolském prostředí očima duševně nemocných“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí bakalářské práce za použití pramenů uvedených v seznamu literatury.

V Plzni, dne 27.04.2023

.....

(podpis studentky)

## Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Aleně Glajchové, Ph.D. za cenné rady, věcné připomínky, ochotu a čas, který mi věnovala v průběhu zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji všem participantkám za jejich čas a ochotu sdílet se mnou své zkušenosti, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

# Obsah

<b>1. ÚVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1. DUŠEVNÍ NEMOC A DUŠEVNÍ ZDRAVÍ</b> .....	<b>3</b>
2.1.1. DUŠEVNÍ NEMOCI U ADOLESCENTŮ .....	4
<b>2.2. STIGMA A STIGMATIZACE</b> .....	<b>5</b>
2.2.1. VZTAH STIGMATU A DUŠEVNÍ NEMOCI.....	6
2.2.2. DRUHY STIGMATU .....	7
2.2.3. SEBESTIGMATIZACE.....	8
2.2.4. ROLE STIGMATIZUJÍCÍHO JAZYKA .....	9
2.2.5. DESTIGMATIZACE .....	9
2.2.6. PSYCHIATRICKÁ PÉČE A STIGMA .....	10
<b>2.3. PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE JAKO TOTÁLNÍ INSTITUCE</b> .....	<b>11</b>
2.3.1. RYSY TOTÁLNÍ INSTITUCE .....	12
<b>2.4. OBRAZ DUŠEVNÍ NEMOCI V MÉDIÍCH</b> .....	<b>13</b>
<b>3. ANALYTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>14</b>
<b>3.1. METODOLOGIE</b> .....	<b>14</b>
3.1.1. CÍL A VÝZKUMNÁ OTÁZKA .....	14
3.1.2. VÝBĚR PARTICIPANTŮ .....	14
3.1.3. SBĚR DAT .....	15
3.1.4. ETICKÉ ZÁSADY .....	15
3.1.5. ZPŮSOB ANALÝZY DAT .....	15
<b>3.2. PŘEDSTAVENÍ PARTICIPANTŮ</b> .....	<b>16</b>
<b>3.3. ZJIŠTĚNÍ Z ROZHOVORŮ</b> .....	<b>16</b>
3.3.1. HOSPITALIZACE .....	16
3.3.2. SŽÍVÁNÍ SE S ROLÍ NEMOCNÉHO A PROMĚNA IDENTITY V PROSTŘEDÍ TOTÁLNÍ INSTITUCE .....	19
3.3.3. KAŽDODENNOST A INTERAKCE S VRSTEVNÍKY PO NÁVRATU Z HOSPITALIZACE.....	22

3.3.4. ROLE MÉDIÍ VE VZTAHU K DUŠEVNÍ NEMOCI .....	28
<b>4. ZÁVĚR.....</b>	<b>29</b>
<b>5. RESUMÉ.....</b>	<b>30</b>
<b>6. SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>31</b>
<b>7. PŘÍLOHY .....</b>	<b>34</b>

# 1. ÚVOD

Ve své bakalářské práci se věnuji tématu Sebestigmatizace a stigmatizace ve středoškolském prostředí očima duševně nemocných. Duševní onemocnění je charakterizováno úzkostí a poruchou v důležitých aspektech života a je nepochybné, že se jedná o nepříjemný a zlomový moment v životě každého jedince. Diagnóza duševní nemoci změnil život, na jaký byl člověk zvyklý. O to víc pak můžou situaci v prožívání nemoci komplikovat předsudky zakořeněné ve společnosti, které se pojí s určitou dysfunkcí jedince, poruchou v oblasti duševního zdraví a mnohdy tyto předsudky konotují nějaké nebezpečí.

V otázce vnímání duševního onemocnění očima veřejnosti mají velký vliv média, která často o duševně nemocných hovoří hlavně v kontextu trestných činů nebo tragických událostí. Takový obraz pak nemocnému znesnadňuje zařadit se zpátky do běžného života co nejjednodušším způsobem. Výskyt duševních nemocí ve společnosti vzrůstá. Nejen proto je důležité, aby ve společnosti probíhala osvěta a zvýšila se tak informovanost, která podle mého názoru může výrazně přispět k minimalizaci předsudků, stigmat a následné diskriminace.

Je několik důvodů, proč jsem si vybrala právě téma stigmatizace duševního onemocnění. Domnívám se, že v takové životní situaci se může ocitnout kdokoli z nás, právě i v důsledku rostoucích požadavků na trhu práce, požadavků na výkon a četnost sociálních rolí, která na jedince vytváří tlak. Mám s vybraným tématem zprostředkovanou zkušenost, která mě přiměla se o danou problematiku blíže zajímat. Ačkoliv věřím, že je téma aktuální, vnímám ho jako ve společnosti opomíjené a stále tabuizované. Pokud jedinec duševně onemocní, má tato situace jistě velký vliv na jeho uplatnění ve společnosti a do velké míry může ovlivnit i vlastní sebehodnocení.

Téma jsem specifikovala na oblast středoškolského prostředí, neboť se k němu váže období dospívání, což může podle mého názoru prožívání případného stigmatu ještě zintenzivnit. V období dospívání může mít jedinec křehký vztah k sobě samému a duševní onemocnění může pohled na sebe sama ještě více ovlivnit. Mými participanty

budou osoby, které mají z období dospívání zkušenost nejen s duševním onemocněním, ale rovněž s hospitalizací na psychiatrii v důsledku duševních obtíží. Mapování zkušenosti s hospitalizací mi umožní zkoumat také proces návratu do třídního kolektivu.

Cílem mé práce je popsat, jak interpretují svoji zkušenost s duševní nemocí participanti, kteří se s ní potýkali v době studia na střední škole a podstoupili v rámci léčby hospitalizaci. Zároveň si kladu za cíl zjistit, zda participanti na střední škole pociťovali a zakoušeli stigmatizaci a do jaké míry jejich život ovlivnila sebestigmatizace.

První část mé bakalářské práce je věnována teoretickému vymezení tématu, zabývala jsem se zde duševním zdravím, duševní nemocí, adolescencí, stigmatem duševních nemocí, stigmatem spojeným s psychiatrií, totálními institucemi a vysvětlení vlivu médií. Ve druhé části se věnuji praktickému zpracování tématu, zjištění z kvalitativních rozhovorů s participanty a přiblížení jejich osobní zkušenosti.



## 2. TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1. DUŠEVNÍ NEMOC A DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Zdraví podle Světové zdravotnické organizace znamená celkovou fyzickou, duševní a sociální pohodu [WHO 2013]. Duševní zdraví pak definuje jako stav duševní pohody, ve kterém si každý uvědomuje svůj vlastní potenciál, může čelit běžným stresům života, může pracovat produktivně a plodně a je schopen přispívat a podílet se na životě ve své komunitě. Absence rozpoznaného duševního onemocnění není nutně ukazatelem duševního zdraví. S ohledem na toto tvrzení duševní zdraví nebo stav pohody chrání před rozvojem duševního onemocnění, zatímco duševní onemocnění zvyšuje riziko duševního diskomfortu/nepohody [NÚDZ 2021]. Duševní zdraví je nedílnou součástí zdraví a celkové pohody obecně. Duševní zdraví by mělo být vnímáno se stejnou urgencí, jako je to s fyzickým zdravím: “Bez duševního zdraví neexistuje zdraví” [WHO 2013].

Mnoho faktorů, jako například stres, náhlé traumatizující změny, rodinné nebo pracovní komplikace, může narušit duševní zdraví jedince. Mezi další faktory patří i osobnostní predispozice. Narušení duševního zdraví se může časem rozvinout v duševní onemocnění, které působí změny v našich emocích, myšlení nebo i chování. Podle Národního ústavu duševního zdraví trpělo v roce 2020 téměř 30 % dospělé populace nějakým duševním onemocněním. Jedním z důsledků duševního onemocnění může být v krajních případech až sebevražda [NÚDZ 2021].

Nemoc můžeme charakterizovat jako potenciál vlastností organismu, které omezují jedincovy možnosti vyrovnat se v průběhu života s nároky prostředí, v němž jedinec žije. Nemoc, stejně jako zdraví, má svůj biologický, psychický a společenský aspekt. Nemoc člověku brání, aby plnil své sociální role. Sociolog Parsons definoval nemoc jako „poruchu schopnosti individua plnit očekávané úkoly a role“. V Parsonsově pojetí nemoc znamená odchylku nebo deviaci od normální sociální role. Důvodem chápání nemoci jako deviace je společenská nežádoucnost tohoto stavu a nemožnost plnit očekávání, která s sebou jeho sociální role nese [Bártlová 2006].

Z pohledu sociologie můžeme definovat tři fáze nemoci. V první fázi se objevují počáteční symptomy nemoci a pacient si začíná uvědomovat své nové postavení. V druhé fázi pacient vyhledává pomoc od ostatních, nebo se mu pomoci dostane bez jeho žádosti. Třetí fázi je fáze akceptování choroby, v níž na sebe pacient pohlíží jako na nemocného, nevydává se za zdravého a je srozuměn s rolí pacienta. U neurotických pacientů existuje jisté specifikum, kdy se u nich nevyskytuje první fáze nemoci a vstupují rovnou do druhé fáze [Bártlová 2006].

V sociologii obvykle rozlišujeme mezi termíny „disease“, „illness“ a „sickness“ v kontextu zdravotního stavu a vztahu jednotlivce ke společnosti. Disease se používá k popisu biologických a lékařských aspektů onemocnění, illness odkazuje na subjektivní zkušenosti jednotlivce, které mohou být ovlivněny kulturními faktory a vztahem k nemoci a sickness se týká společenských a sociálních důsledků nemoci pro jedince, například absence v práci nebo sociální vyčlenění [Cockerham 1997].

### **2.1.1. DUŠEVNÍ NEMOCI U ADOLESCENTŮ**

V této části bych chtěla přiblížit období adolescence a jeho specifika, protože zaměření mé bakalářské práce se vztahuje k této životní fázi. Obdobím adolescence označujeme vývojové období mezi patnáctým a dvacátým rokem života. Jedná se o období mezi dětstvím a dospělostí. Tato významná životní fáze je charakteristická nejen biologickými změnami, ale i sociálními faktory, které pomáhají vytvářet a přebírat sociální roli dospělého jedince. Pro adolescenci je příznačná komplikovanost průvodních jevů. Kvůli svému krizovému rázu představuje zranitelný stupeň životního vývoje. Vyhrocené potíže tohoto období nazýváme krizí zrání (adolescenční krizí). Podstatným úkolem tohoto období je najít vlastní identitu, utvořit koncept sebe sama. Při tomto procesu si utváříme obraz o vlastních schopnostech, o svém těle a jeho potřebách, o mužských a ženských rolích a o příslušnosti k sociálním skupinám, s kterými se ztotožňujeme. Právě v období adolescence má na jedince velký vliv skupina jeho vrstevníků prostřednictvím tzv. „looking glass self“ (zrcadlené Já), kdy člověk sám sebe poznává na základě reakcí ostatních. Pojetí vlastního Já, schopnost hodnotit se i schopnost k regulaci vlastní osobnosti jsou v důsledku zranitelnosti příznačné k tomuto období snadno postižitelné [Bártlová 2006].

Většina duševních potíží se rozvíjí mezi 12. - 24. rokem života. 50 % duševních onemocnění se rozvine do 14 let, 75 % duševních onemocnění do 25 let. Duševní nemoci s sebou přináší negativní důsledky, přetrvávají do dospělosti a zvyšují riziko sebevraždy v populaci. V České republice je sebevražednost druhou hlavní příčinou úmrtí mladých lidí ve věku 15-29 let (2016), třetí v adolescentní skupině 15-19 let. Škola má zásadní postavení v oblasti prevence pro adolescenty. Znají zde běžné fungování dítěte, mají možnost zachytit odlišnost a změny v projevu a fungování a mají možnost spolupracovat s celým systémem, to znamená s rodinou, školním psychologem, nebo školním poradenským pracovištěm a zároveň se mohou angažovat v preventivních programech. [Hrivíková et al. 2018].

## **2.2. STIGMA A STIGMATIZACE**

Pro mou bakalářskou práci je nezbytné definovat mimo jiné pojmy stigma a stigmatizace. Stigma obecně lze chápat jako znehodnocující přívlastek, který zpravidla může zapříčinit diskriminaci svého nositele. Historicky stigma označovalo cejch, podle kterého byli jeho nositelé rozpoznáváni a vylučováni ze společnosti [Wenigová 2005].

Erving Goffman definuje tři typy stigmatu – tělesné vady, vady charakteru a stigmata rasy, národa a náboženství. Zmiňuje, že do vad charakteru patří spolu s alkoholismem, nezaměstnaností a homosexualitou právě duševní poruchy. Goffman zároveň uvádí, že stigmatizovaní i nestigmatizovaní jsou produktem téže normy, kdy jedni jsou označeni za „normální“ a druzí za „devianty“ [Goffman 2003].

Stigmatizace je proces složený z několika stádií. Thornicroft definoval komplexní model stádií stigmatizace, který je složen ze 4 komponent, a to značkování, stereotypie, separace a ztráta pozice včetně diskriminace. Při značkování dochází k procesu zaznamenávání důležitých odlišností a vlastností, které se liší od normy. U stereotypie je odlišnost spojena s nepřijatelnými osobnostními znaky, při separaci dochází k rozlišení na „my“ a „oni“ a následnou diskriminací dochází k znevážení, odmítnutí a vyloučení stigmatizovaného jedince. Thornicroft vnímá problém stigmatizace ve 3 rovinách – problém znalostí (nevědomost), problém postojů (předsudky) a problém

jednání (diskriminace). Předsudečné jednání zahrnuje emoce jako odpor, nepřátelství, odmítání či zlost. [Thornicroft et al. 2009].

### 2.2.1. VZTAH STIGMATU A DUŠEVNÍ NEMOCI

Stigma duševní nemoci pramení zejména z nedostatečné informovanosti o duševních nemocech doprovázené strachem, předsudky a diskriminací. V historii se duševně nemocní potýkali s izolací a exkluzí, která ale v jisté formě může přetrvávat i dodnes a zároveň je posilována existencí institucionálních forem zdravotní a sociální péče. Duševní poruchy mají kromě zdravotních důsledků také důsledky sociální: narušení vztahů s blízkými, riziko bezdomovectví, sebevražedného jednání, možnost nedobrovolné léčby a hospitalizace. Psychické onemocnění se navíc často projevuje navenek bizarním či neobvyklým chováním [Pěč 2019].

Goffman popsal, jak souvisí stigma duševní nemoci s vyčleňováním duševně nemocných ze společnosti. Pacienti jsou v psychiatrických zařízeních izolováni a považováni za odlišné, deviantní a neschopné se přizpůsobit normám společnosti. Tento proces byl označen jako proces deindividuace, kdy pacienti přestávají být vnímáni jako jednotlivci se svými vlastními zkušenostmi a potřebami a jsou vnímáni pouze jako součást stigmatizované skupiny. Goffman tvrdil, že izolace pacientů a jejich vyčlenění z běžného života vytváří dojem, že jsou méněcenní a že jejich duševní stav je důvodem pro toto vyčleňování. Podobný přístup lze podle Goffmana pozorovat nejen v psychiatrických léčebnách, ale i v běžném životě [Goffman 1961]. S vyčleňováním duševně nemocných souvisí také termín „sociální vzdálenost“. Tento termín, poprvé použil americký sociolog Emory S. Bogardus, který se v 20. letech 20. století zabýval výzkumem postojů a předsudků vůči různým skupinám lidí, včetně etnických a náboženských menšin. Bogardus definoval sociální vzdálenost jako *"míru náklonnosti nebo odmítnutí, kterou sleduje jedinec, když se snaží navázat mezilidské vztahy s jiným jedincem nebo s jinou skupinou jedinců"* [Bogardus 1925]. Ve výzkumech stigmatu duševní nemoci se často právě sociální vzdálenost měří. Pokud je naměřena vysoká míra sociální vzdálenosti, jedná se o tendenci, kdy se lidé snaží minimalizovat nebo úplně vyhnout kontaktu s duševně nemocnými, protože by podle jejich očekávání mohli být nepříjemní nebo nebezpeční [Janoušková et al 2018].

Etiketizační teorie uvádí, že žádné chování není vrozeně deviantní. Ještě před samotnou návštěvou psychiatra a určením diagnózy probírá určité oceňování potenciálního psychiatrického pacienta jeho okolím. Pokud zjistí, že se jedinec „chová divně“ nebo „blázní“, začne značkovací proces, který může vést až k trvalé stigmatizaci. Laici vidí příčinu většinou v charakterové, organické nebo situační rovině. Primární rozhodnutí o tom, kdo je, nebo není psychiatrický pacient, tudíž stanovuje jeho okolí a nikoliv lékař. To dokládá i skutečnost, že psychiatr ve své ambulanci označí téměř sto procent pacientů psychiatrickou diagnózou [Baudiš 2002]. Diagnóza, kterou nemocní dostanou, pak funguje jako jakási „nálepka“. Okolí se od nich často více či méně odvrací a oni sami přestávají mít v okolí důvěru, což může vést ke vztahovačnosti. Stigma pak může narušit i vztah lékař – pacient. Pacient začne omítat léky a zdráhá se hovořit o svých problémech a pocitech [Marková Venglářová, Babiaková 2006].

Nejvýrazněji jsou stigmatizaci vystaveny psychózy. Psychóza označuje závažnou duševní poruchu, která se vyznačuje ztrátou kontaktu s realitou. Pojí se s ní řada psychotických příznaků, jako poruchy vnímání, formální i obsahové poruchy myšlení, nezářidka doprovázené poruchami chování [Horáček 2003]. Nemocní s psychózou nejvíce zasahuje stigmatizace proto, neboť se jejich chování jeví z pohledu ostatních jako odlišné, bizarní a prožívání jako nepochopitelné a cizí [Ocisková, Praško 2015].

### **2.2.2. DRUHY STIGMATU**

Existuje několik typů stigmatu souvisejících s duševním onemocněním. Ve své práci rozlišuji veřejné stigma, sebestigmatizaci, internalizované stigma, strach z labellingu, stigma podle asociace a strukturální stigma. V této části přiblížím, jak se typy stigmatu liší.

Veřejné stigma se týká negativních postojů a diskriminačního chování běžné populace vůči lidem s duševním onemocněním. Je vlivné zejména proto, že určuje kontext, ve kterém jednotlivci v komunitě reagují na začínající problémy s duševním zdravím, kliničtí lékaři reagují na jednotlivce, kteří začínají s léčbou, a ovlivňuje způsob, jakým je vytvářena veřejná politika v oblasti duševního zdraví [Pescosolido et al . 2010]. V případě sebestigmatizace se jedná o internalizaci negativních stereotypů a

přesvědčení o duševních onemocněních jednotlivci s duševním onemocněním, což může vést ke snížení sebeúcty a neochotě vyhledat pomoc [NÚDZ 2019]. Internalizované stigma souvisí především se strachem ze stigmatizace nebo diskriminace ostatními kvůli duševní nemoci. Souvisí s ním prožitky hanby a studu za svůj zdravotní stav a strach z reálné stigmatizace [Taft et al. 2017]. Strachem z labellingu je vysvětlována neochota jednotlivců zveřejnit své duševní onemocnění nebo přijmout diagnózu kvůli strachu ze stigmatizace nebo nálepkování. Stigma podle asociace se pojí s blízkými pacienta. Týká se stigmatizujících postojů a chování vůči jednotlivcům, kteří jsou spojeni s lidmi s duševním onemocněním, jako jsou členové rodiny nebo přátelé. Posledním typem je strukturální stigma, které se vztahuje k sociálním, ekonomickým a politickým systémům a politikám, které vytvářejí a udržují diskriminační praktiky vůči jedincům s duševním onemocněním [Thornicroft 2011].

### **2.2.3. SEBESTIGMATIZACE**

Sebestigmatizace vzniká, pokud člověk zná společenské předsudky, které se vztahují k dané skupině, souhlasí s nimi a aplikuje je sám na sebe. Pokud například ví, že si společnost o lidech s duševním onemocněním myslí, že jsou slabší, zvnitřní si tento předsudek a začne si pak sám o sobě myslet, že je slaboch [NÚDZ 2019]. Jednou z reakcí na sebestigmatizaci jsou pocity studu. Lidem, kteří vykazují vysokou míru očekávaného či skutečného stigmatu se daří hůře v souvislosti se sebeúctou, životní spokojeností i v zaměstnání [Thornicroft 2011]. Podle výzkumu Národního ústavu duševního zdraví realizovaného v roce 2015 se 133 účastníků si 60 % zúčastněných myslí, že jim duševní nemoc zkažila život, 50 % se cítí nepochopených a 45 % se stýká s lidmi méně než dříve [NÚDZ 2019].

Pokud si osoby potýkající se s duševním onemocněním myslí, že došlo k vyzrazení jejich diagnózy, nebo pokud k tomu opravdu došlo, může se stav těchto osob zhoršit. Tuto skutečnost dokládá studie, kdy studenti, kteří v minulosti prošli psychiatrickou léčbou, podstoupili test inteligence. Při některých testech ostatní členové skupiny o diagnóze věděli, při některých nikoliv. Výsledky ukázaly, že pokud ostatní o diagnóze věděli, student v daném testu dosáhl nižšího výsledku. Celkově lepších výsledků dosáhli ti, kteří svůj stav zamlčeli [Quinn, Kahng, Crocker 2004].

## 2.2.4. ROLE STIGMATIZUJÍCÍHO JAZYKA

NÚDZ upozorňuje na problém stigmatizujícího jazyka, kdy vyjádření Je duševně nemocný/Potýká se s depresí nebo Marta je schizofrenička./Marta se potýká se schizofrenií. může mít výrazně odlišný stigmatizující dopad [NÚDZ 2019]. Vlivem stigmatizujícího jazyka se ve svých destigmatizačních snahách zabýval sociolog Patrick Corrigan. Poukázal na to, že používání stigmatizujícího jazyka může udržovat škodlivé postoje a stereotypy. Věřící, že je důležité používat jazyk, který je uctivý a přesný a neposiluje negativní stereotypy o duševních chorobách [Corrigan 2006]. V této souvislosti se domnívám, že název mé bakalářské práce, ač nechtěně, stigmatizující vyjádření obsahuje.

Důsledkem tohoto procesu je skutečnost, že lidé trpící psychickou poruchou nechápou nemoc jako jeden z aspektů svého života, ale jako klíčový aspekt své hlavní identity, jako svůj „hlavní status“. Posun, kdy sami sebe přestaneme identifikovat s určitým zdravotním stavem a začneme se bytostně identifikovat s danou poruchou, je zásadní, protože tyto nálepky s sebou nesou nižší společenský status lidí, které označují, a to jednak v očích aktéra, ale i v očích druhých [Thornicroft 2011].

## 2.2.5. DESTIGMATIZACE

Destigmatizace je v posledních letech jedním z cílů psychiatrie. Destigmatizační programy s vidinou zvýšení informovanosti o duševních problémech probíhají také na školách. Tyto programy zprostředkovávají kontakt studentů s lidmi, kteří se s duševní poruchou léčí. Cílem těchto programů je právě osvěta, vzdělávání a upozorňování na existující stigma, což se jeví jako účinná strategie ke snižování stigmatu kolem duševních nemocí [NÚDZ 2019].

Některé strategie, které pomáhají destigmatizovat duševní onemocnění, zahrnují:

- Poskytování přesných a podrobných informací o duševních chorobách může pomoci snížit dezinformace a negativní stereotypy.

- Kampaně na zvyšování povědomí o duševním zdraví: Tyto kampaně mohou pomoci zvýšit povědomí veřejnosti o problémech duševního zdraví a snížit stigma spojené s duševním onemocněním.
- Prosazování změny politiky: Prosazování politik, které prosazují rovnost a začleňování lidí s duševním onemocněním, může pomoci vytvořit společnost, která bude více akceptovat a podporovat osoby s duševním onemocněním.
- Změna jazyka: Používání nestigmatizujícího a respektujícího jazyka při diskusi o duševní nemoci může pomoci snížit negativní postoje a stereotypy.
- Hledání a propagace pozitivního zastoupení v médiích: Zastoupení lidí s duševním onemocněním v médiích může ovlivnit postoje a snížit stigma tím, že poskytne pozitivní obrazy a příběhy o uzdravení.

[NÚDZ 2019]

## 2.2.6. PSYCHIATRICKÁ PÉČE A STIGMA

V České republice je péče o duševní zdraví poskytována v několika formách. Probíhá v oblasti psychiatrické, ošetrovatelské, psychologické a sociální a zaměřuje se na osoby s duševní poruchou. Péči můžeme rozdělit do tří úrovní – intramurální (institucionální), extramurální (denní centra, chráněná bydlení) a semimurální (psychiatrická ambulance a krizová centra) [Marková, Venglářová, Babiaková 2006].

Stigmatizací jsou zatíženy nejen psychické poruchy, ale také některé druhy léčby či léčebných postupů. V případě neurotických poruch, kdy zároveň sám jedinec nebo jeho příbuzní věří předsudkům spojeným s psychickým onemocněním, nebo se samotnou léčbou, mívá jedinec tendence se psychiatrické léčbě vyhýbat. Bývá pak nabádán ke zkoušení „běžných metod“, které by mu mohly přinést úlevu, jako například výlety, relaxační metody, konzumace dobrého jídla, sport, či změna prostředí. Pro mnoho lidí, kteří vnímají stigmatizaci psychiatrie, je téměř každá možnost lepší než volba psychologické a psychiatrické péče. Tato strategie řešení nicméně bývá účinná především při obyčejné pochmurné náladě. V případě neurotických poruch se kýžený



výsledek nedostaví a strach ze stigmatizace zde funguje jako překážka k úspěšné léčbě [Ocisková, Praško 2017].

Objevující se důkazy naznačují, že šíření veřejných informací o duševních nemocech může zabránit nebo snížit sebestigmatizaci. Vzdělávání pacientů a jejich rodin o duševních chorobách jim pomůže pochopit, že vyhledání pomoci není známkou slabosti. Tento přístup vyžaduje více času a úsilí než péče omezená na předepisování léků, ale má větší šanci na dlouhodobý úspěch, protože zlepšuje náhled pacienta [Kamarádová, Látalová, Praško 2014].

Institucionalizace byla historicky zdrojem stigmatu pro osoby s duševním onemocněním. V minulosti byly psychiatrické léčebny často vykreslovány jako místa zanedbávání, zneužívání a špatného zacházení, což vedlo ke škodlivým postojům a přesvědčením o těch, kteří byli institucionalizováni. Toto stigma může být zvláště škodlivé pro ty, kteří zažili duševní onemocnění, a může vést k neochotě vyhledat pomoc nebo léčbu kvůli strachu, že budou označeni nebo souzeni. Navíc může být zkušenost s pobytem v psychiatrické léčebně stigmatizována, protože může být vnímána jako známka slabosti nebo selhání [Sobotka 2022].

V otázce institucionalizace psychiatrické péče existují dvě paradigmaty. Zastánci institucionalizace se domnívají, že pacient je jakýmsi „objektem“, který je potřeba mít pod dohledem a oddělit jej od „zdravé“ populace, neboť jeho stav by v některých případech mohl ohrozit samotného pacienta i jeho okolí, což je logické vyústění odpovědnosti, kterou lékař za stav pacienta nese. Odpůrci institucionalizace prosazují deinstitucionalizaci péče o duševně nemocné a zdůrazňují nutnost komunitní péče, aby tito lidé mohli žít plnohodnotný život. Dlouhodobé hospitalizace ve zdravotnických a sociálních zařízeních brání člověku v opětovném zařazení zpět do společnosti [Sobotka 2022].

### **2.3. PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE JAKO TOTÁLNÍ INSTITUCE**

Z pohledu sociologie představuje psychiatrická nemocnice jeden z typů totální instituce. Tento termín přinesl do sociologie Erving Goffman a totální instituce definuje

jako „místo, které slouží současně jako bydliště i pracoviště a v němž větší počet podobně situovaných jedinců odříznutých na delší dobu od vnější společnosti vede společně navenek uzavřený a formálně spravovaný způsob života“ [Goffman 1961].

Goffman rozlišuje několik skupin totálních institucí, a to instituce zřízené za účelem péče o ty, kteří se o sebe sami nedokáží postarat (sirotci, senioři, mentálně či fyzicky postižení); instituce pro ty, kteří nejen, že o sebe nedokáží pečovat, ale jsou pro společnost riziková (lidé s nakažlivými chorobami); instituce, které mají za cíl oddělit nebezpečné osoby od zbytku společnosti (vězení, ústavy pro převýchovu nezletilých a agresivních šílenců); zařízení pro realizaci technických záležitostí souvisejících s provozem společnosti (kasárny, námořní lodě, internátní školy) a zvláštní chráněná prostředí (kláštery a azyly) [Goffman 1961].

### **2.3.1. RYSY TOTÁLNÍ INSTITUCE**

Goffman definoval několik rysů charakterizujících totální instituce. Totální instituce nutí člověka provádět činnosti jako spánek, práce, nebo užívání volného času na jednom místě a pod dozorem jedné jediné autority. Člověk v normálních podmínkách zpravidla provozuje tyto činnosti odděleně a na více různých místech. Všechny tyto činnosti jsou prováděny za přítomnosti dalších osob a na všechny je pohlíženo stejně, ne jako na individuální bytosti. Činnosti mají stanovený rozpis, který je pro všechny závazný. Pokud chovanec neplní rozpis, nebo se nechová tak, jak mu stanovuje personál, následují sankce. Všechny činnosti mají svým způsobem přispívat k plnění oficiálního cíle a poslání organizace. Totální instituce přejímá za jedince zodpovědnost, ten je odpovědnosti zbaven. Kontakt s vlastním zaměstnáním, domácností a rodinou je umožněn pouze personálu, nikoliv však chovancům, což vede k zpretrhání rodinných, profesních a občanských svazků, které před vstupem do instituce navázali. Toto umocňuje rozdíly mezi statusem personálu a chovanců. Zaměstnanci mají o chovancích více informací než naopak. Totální povaha institucí je symbolizována bariérami, které brání setkávání s vnějším světem a znemožňují odchod. Bariéry často nabývají i konkrétních hmotných forem (zamčené dveře, vysoké zdi, ostnatý drát atd.) [Goffman 1961].

## 2.4. OBRAZ DUŠEVNÍ NEMOCI V MÉDIÍCH

Vliv na pojetí duševních nemocí ve společnosti mají také média. Ta hrají aktivní roli v tom, jak je v naší kultuře formována a chápána duševní nemoc. Ta duševně nemocné často líčí jako útočné, zákeřné, nerozumné a neschopné [Janík 1987]. „*Míra obav veřejnosti z násilí a způsob, jakým tento aspekt zdůrazňují média, vysoce přesahují skutečnou míru rizika, jakou duševně nemocní představují.*“ Média v tomto ohledu hojně využívají stereotypy, které jsou zkratkou pro časově náročné pochopení tématu, navíc jsou motivována používat klišé a upevňovat předsudky diváků, protože sledovanost a přijatelnost pro diváky je hlavní hodnotou zpráv. Média se tak uchylují ke stereotypizaci duševně nemocných a vykreslují je buďto jako násilnické predátory, nebo bezmocné oběti. V tomto ohledu je zajímavá také kanadská studie, která se zabývala kreslenými pořady Walta Disneye. Autoři došli k závěru, že 85 % filmů obsahovalo slovní odkazy na duševní nemoci, které měly sloužit k vyloučení a zesměšnění daných postav [Thornicroft 2011].

Při analýze mediálního obrazu duševních nemocí ve studii vztahu duševních nemocí, násilí a sebevražd vyšlo najevo, že více než polovina zpráv zmiňovala nějaký druh násilí souvisejícího s duševním onemocněním. V novinových článcích bylo častěji zmiňováno v souvislosti s duševním onemocněním mezilidské násilí než sebevražda, a to navzdory skutečnosti, že výzkumy ukazují, že sebevražda mnohem více souvisí s duševní nemocí než mezilidské násilí [Swanson 2015].

Důsledky negativního mediálního obrazu osob potýkajících se s duševním onemocněním jsou podle studie Media Portrayal of Mental Illness and its Treatments velmi silné. Zhoršuje sebeúctu, chování při vyhledávání pomoci, při dodržování medikace a komplikuje celkové uzdravení. Zastánci duševního zdraví obviňují média z propagace stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním. Nicméně právě média mohou být také důležitým spojencem při zpochybňování předsudků veřejnosti, iniciování veřejné debaty a promítání pozitivních, lidsky zajímavých příběhů o lidech, kteří žijí s duševním onemocněním [Stuart 2006].

## **3. ANALYTICKÁ ČÁST**

### **3.1. METODOLOGIE**

Vzhledem k výzkumnému záměru jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. S participanty jsem uskutečnila polostrukturované rozhovory, které byly po předchozím souhlasu participantů nahrávané na diktafon. Styčná témata rozhovoru se opírala o předem vytvořenou osnovu (viz Příloha č. 1).

#### **3.1.1. CÍL A VÝZKUMNÁ OTÁZKA**

Cílem práce je odhalit, jakou zkušenost mají mladí dospělí s duševním onemocněním v době studia na střední škole a jaké významy přikládají této zkušenosti. Dílčím cílem je zjistit, zda se participanti potýkali se stigmatizací na střední škole a do jaké míry jejich život ovlivnila sebestigmatizace.

S ohledem na cíl jsem stanovila hlavní výzkumnou otázku: Jakou zkušenost mají a jaké významy přikládají své situaci ti, kteří se během svého středoškolského studia potýkali s duševním onemocněním?

#### **3.1.2. VÝBĚR PARTICIPANTŮ**

Pro tvorbu výzkumného vzorku jsem zvolila techniku nabalování (snowball sampling). Pro výběr jsem zvolila dvě kritéria, a to, aby participant měl z období středoškolského studia zkušenost s duševním onemocněním a zároveň i s hospitalizací. Důvodem, proč jsem se zaměřila na období středoškolského studia, byla skutečnost, že člověk se v této životní fázi nachází v adolescentním období, se kterým se obecně pojí komplikovanost průvodních jevů, o to víc mohou být, podle mého názoru, dopady případné stigmatizace zesíleny.

Výsledný výzkumný vzorek je tvořen pěti ženami. Oslovení muži s rozhovorem nesouhlasili. Při snaze získat participanty pro realizaci rozhovorů se mi ženy jevily jako sdílnější a ochotnější o své zkušenosti hovořit. Svou roli mohla sehrát také genderová

dimenze, která může ovlivnit to, jak lidé komunikují o prožitých událostech. Ženy jsou obecně více otevřené v komunikaci o svých pocitech, zatímco muži mohou mít tendenci své emoce potlačovat. Nejedná se však o univerzální pravidlo, ochotu sdílet svou zkušenost jistě ovlivnily také individuální charakteristiky participantů.

### **3.1.3. SBĚR DAT**

Sběr dat probíhal za využití polostrukturovaného rozhovoru. Odpovědi jsem po předchozím souhlasu participantek nahrávala na diktafon a následně přepisovala. Participantky jsem nechala zvolit, zda upřednostňují formu online nebo osobního rozhovoru. Online formu zvolily dvě participantky, zbylé tři rozhovory byly realizovány osobně.

### **3.1.4. ETICKÉ ZÁSADY**

Pro dodržení etických zásad během výzkumu jsem participantky ujistila, že získaná data budou anonymizována, ve své práci nepoužiji žádné osobní údaje, podle kterých by byly identifikovatelné. Neuvedu žádná jména, konkrétní místa ani jméno nemocnice, kde byly participantky hospitalizovány. Jména participantek jsem změnila na mnou zvolené pseudonymy. Ujistila jsem je, že na cokoliv můžou bez udání důvodu neodpovídat a před zahájením rozhovoru jsem se znovu ujistila, zda souhlasí s rozhovorem i s jeho nahráváním.

### **3.1.5. ZPŮSOB ANALÝZY DAT**

Získaná data z rozhovorů jsem přepisovala a přepis podrobila kódování. Ve vytisknutém textu jsem během opakovaného pročitání barevně zvýrazňovala otevřené kódy, členila je do kategorií a z kategorií usuzovala jednotlivá témata. Z analýzy rozhovorů vyvstaly čtyři hlavní oblasti, a to 1) jak participantky prožívaly hospitalizaci v důsledku svých psychických obtíží a následný návrat do školy po propuštění z nemocnice/zdravotnického zařízení, 2) jak se sžívaly s rolí nemocného a s proměnou identity 3) jak se proměnily jejich vztahy a interakce s vrstevníky a 4) jak vnímají roli

médií v pohledu společnosti na duševně nemocné. Na základě těchto hlavních tematických celků jsem se pokusila přiblížit zkušenosti participantek v zakoušení nemoci.

## **3.2. PŘEDSTAVENÍ PARTICIPANTŮ**

První rozhovor proběhl s participantkou Eliškou. Elišce je 23 let, poprvé byla hospitalizována v 16 letech, kdy byla studentkou druhého ročníku čtyřletého gymnázia. Do nemocnice se dostala kvůli sebepoškozování a konfliktům s matkou. Byla jí diagnostikována hraniční porucha osobnosti. Druhé participantce Ivaně je 22 let, poprvé byla hospitalizovaná, když byla studentkou prvního ročníku zdravotnické školy. Tou dobou se potýkala s problémy, které sama definuje jako mánie. Léčí se s bipolární afektivní poruchou. Třetí participantka Anežka se s duševními obtížemi začala potýkat ve 13 letech, kdy začala navštěvovat osmileté gymnázium. Ve svých šestnácti byla hospitalizovaná s diagnózou anorexie. Dnes studuje v zahraničí a prožitou zkušenost vnímá jako cennou právě pro aktuální studium psychologie. Čtvrté participantce Štěpánce je 22 let, poprvé byla hospitalizována v 15 letech a léčí se s hraniční poruchou osobnosti. Pátou participantkou je 24letá Lenka, první zkušenost s hospitalizací má z doby, kdy jí bylo 15 let a navštěvovala čtvrtý ročník osmiletého gymnázia. Byla jí diagnostikována schizoafektivní porucha.

## **3.3. ZJIŠTĚNÍ Z ROZHovorŮ**

### **3.3.1. HOSPITALIZACE**

Člověk potýkající se s duševním onemocněním si mnohdy v začátku svých potíží nemusí uvědomovat, že se jedná právě o duševní nemoc. Jak už bylo v teoretické části zmíněno, většinou je to právě okolí, které si povšimne změny a začne vzniklou situaci řešit. Pokud potíže rychle gradují, nebo dojde-li k nějaké zlomové události, bývá jedinec hospitalizován jako tzv. „akutní příjem“. To se pro něj může jevit jako takové vytržení z dosavadního života bez možnosti sám sebe na takovou změnu připravit. Vzhledem k tomu, že Eliška, Ivana i Lenka byly hospitalizovány jako tzv. „akutní

příjem“ a Štěpánce plánovanou hospitalizaci rodiče zatajili, musely se s touto nenadálou změnou vypořádat i ony.

Eliška mi vyprávěla, jak ji matka kvůli sebepoškozování a konfliktům vzala k obvodní lékařce, která kvůli čerstvým řezným ránám a popáleninám vypsala žádanku do psychiatrické nemocnice. Eliška zmiňovala, že ani u obvodní lékařky, ani při příjmu v psychiatrické nemocnici se lékaři téměř vůbec nebavili s ní, ale hlavně s Eliščinou matkou. Eliška v té době nebyla plnoletá, tudíž byl další postup řešen se zákonným zástupcem dítěte. Lékařka a matka se dohodly na hospitalizaci tentýž den. Zmíněnou situaci je ilustrována skutečnost, že děti jsou z participace na rozhodovacím procesu vyloučeny, což může negativně ovlivnit důvěru dítěte-pacienta k lékaři. *„No a ta doktorka se mě ptala jako co to je, tak jsem si vymyslela nějakou blbost, že jsem se spálila o troubu, nebo jako prostě co na tohle mam říct. Hlavně tam teda dlouho mluvila s mamkou no a tak. Já jsem nic moc sama o sobě neříkala. Hlavně teda mluvila s tou mamkou a pak jsme teda jely do nemocnice. Tam zase mluvili s mamkou, mě tam jako měřili, vážili. Já jsem celkově pořád nevěděla o co jde, co se bude dít, nebo co se může stát a tak.“* (Eliška)

Ačkoliv měla nastalá situace největší dopad na Elišku, ta jako by byla z rozhodování o sobě samé vyřazena a z pohledu mocenské nerovnosti lékař – pacient, se ocitla na pozici ještě za matkou. Pro Elišku neznalost dalšího postupu představovala stres a zmatek, který řešila dalším sebepoškozením. *„No, a tak jsme jeli, já jsem v tom autě usla a najednou tam bylo prostě Dětská psychiatrická nemocnice. Já jsem na to koukala jak zjara, jsem netušila, že nějaký takový zařízení vůbec existují. Ani jsem nevěděla, kde se vlastně nacházím. Tak jsem z toho byla dost taková vyděšená, špatná, ještě jsem se v tom autě popálila.“* (Eliška). Z úryvku je patrné, že s Eliškou se o tom, co ji čeká, nikdo nebavil. Což mohlo negativně ovlivnit její důvěru k lékařům i k matce, pro úspěšnou léčbu je ale spolupráce pacienta, rodiny a lékaře zásadní. Eliška zároveň dodává: *„A pak najednou mě tam prdli do té nemocnice a už jako mě tam nechali. No z toho jsem byla dost, jako dost, jako dost v šoku. To jsem tam ze začátku furt jenom brečela, to jsem ani nevěděla, co jako prostě má bejt.“* (Eliška). Pocit, kdy o své situaci člověk nemá přehled a nemá ani kontrolu nad tím, co se bude dít dál, je samozřejmě velmi stresující. O to víc pro člověka, který se vypořádává s duševními obtížemi.

Osobně je pro mě překvapivé, jak moc je jedinec v tak zranitelné situaci neinformován a postaven mimo možnost rozhodování.

Štěpánčina zkušenost je do jisté míry podobná. Také byla z rozhodovacího procesu zcela vyloučena a na její hospitalizaci se domluvila její matka s psycholožkou, ke které Štěpánka neměla důvěru. *„Tak já jsem prvního září šla za mámou, jestli pojedeme nakoupit věci do školy. A počítala jsem s tím, že normálně nastoupím do školy, protože jsme to nijak neprobíraly a ona mi řekla, no nejdem, protože ty si jdeš sbalit a zítra odjíždíš do nemocnice. Brala jsem to jako strašnou podpásovku od rodičů, že mě na to vůbec nepřipravili. Stoprocentně to měli domluvený mnohem delší dobu dopředu.“* (Štěpánka).

Anežka jako jediná o své plánované hospitalizaci věděla předem, ale protože se s anorexií léčila už druhým rokem a obešla se do té doby bez hospitalizace, brala náhlý návrh hospitalizace jako vlastní selhání. *„Teď se třeba nemám vůbec problém o tom bavit, ani se za to nestydím. Beru to jako věc, která mě posilnila, v té době jsem na to byla háklivá a nechtěla jsem o tom mluvit, styděla jsem se za to. Protože to byla takový forma, že jak ta hospitalizace nepřišla hned, ale několik let jsme to udržovali bez toho. Tak to bylo takový jako selhání, že to nešlo bez toho.“* (Anežka).

Ivana i Lenka k začátku hospitalizace shodně uvedly, že se v té době potýkaly s manickou fází své nemoci. Důsledky hospitalizace si začaly uvědomovat až po nějaké době, kdy braly léky. Jejich stav před hospitalizací pravděpodobně nedovoloval plně se podílet na rozhodovacím procesu, obě uvádějí, že se v té době potýkaly také s bludy. Absenci kontroly nad svou situací, nevědomost, co se bude dít dál a nemožnost rozhodovat popisuje stejně jako ostatní participantky i Lenka. *„Měla jsem z toho spíš srandu, jak jsem netušila, jak to tam chodí. Měla jsem asi docela silné prášky. Protože ty první dny jsem měla takové, nevím, hodně špatně si je pamatuju. V té nemocnici jsem i brečela, že všichni ví, proč tam jsou a já nevím, proč tam jsem.“* (Lenka).

V analýze první části se objevilo několik důležitých témat. Prvním z nich je, že žádná z participantek neměla možnost podílet se na rozhodování o hospitalizaci. Vždy to bylo rozhodnutí autority lékaře, na kterém se více či méně podíleli rodiče participantek, a to zejména z důvodu věku. Je patrné, že participantky ovlivnilo, že za



ně v tak zranitelné situaci, ve které se nacházely, rozhodoval někdo jiný. U Anežky se projevil přístup, kdy hospitalizaci brala jako vlastní selhání. U Štěpánky v důsledku hospitalizace došlo k narušení důvěry k rodičům, kdy považovala za zradu, že jí o plánované hospitalizaci neinformovali včas.

### 3.3.2. SŽÍVÁNÍ SE S ROLÍ NEMOCNÉHO A PROMĚNA IDENTITY V PROSTŘEDÍ TOTÁLNÍ INSTITUCE

Jedna z věcí, kterou užívají ve své kritice zastánci komunitní péče vůči hospitalizaci v psychiatrických léčebnách, je dlouhodobé umístění pacienta za zdi léčebny. Hospitalizace, zvláště pokud jde o první hospitalizaci, trvá nejméně šest týdnů. Tento čas je určen pro zjištění správné diagnózy a nastavení odpovídající medicíny. Pro pacienta to ale znamená být delší dobu mimo dění, a to trápilo i Elišku. *„Nejvíce mě vlastně dostalo, když jsem se ptala už na tom příjmu, jak dlouho tam budu, jako kvůli škole a všemu, že jo. A ona na mě vyhrkla, že šest týdnů. Tak už z toho jsem byla, jako že, cože. Z toho mi úplně spadla čelist. No nakonec jsem tam byla přes sto dní, žejo, takže haha.“* (Eliška)

Právě dlouhodobost hospitalizace měla u Elišky velké reálné důsledky, a to jednak na postavení ve třídě, ale i na vzájemné vazby s dříve blízkými přáteli. Popisuje výraznou změnu v postavení mezi vrstevníky. *„Byla jsem (před hospitalizací) v centru dění té třídy, byla jsem nejvíce jako v důležitém jádru dění a strašně se mi to líbilo, všude být, všechny zajímat a právě z toho jsem byla nejvíce v p\*deli, když jsem se do nemocnice dostala, strašně jsem řešila čas, proto mě hrozně sejmulo, když mi řekla těch šest týdnů, kolik mi toho unikne, i jsem chodila do tanečních, unikne mi i to taneční, tam jsem pak chodila dodatečně, byla jsem z toho strašně v p\*deli, pak prostě už budeš out a pak jsem tak fakt byla.“* (Eliška). Dlouhodobost hospitalizace uvádí také jako příčinu ochladnutí blízkých přátelství, zmiňuje, že pokud by se jednalo o pravé přátele, nepřišla by o ně. Ze ztráty přátel ale viní primárně dlouhou dobu, kterou musela strávit hospitalizací. *„Mně by pomohlo, kdyby prostě, ale to je nereálný, hypoteticky vzato, kdyby se úplně smazal ten čas, kdy jsem tam nebyla, ty kámošky si našly někoho jiného, je to jasné, že nebudou čekat v koutě a čekat na mě, ale nepřišla bych o ně... myslím si, že tím návratem jsem o*

*ně přišla, už to bylo jiný, když takhle na někoho čekáš, třeba na partnera ve vězení, ale to je něco jinýho, je to krásná romantická představa, ale nikdo na tebe čekat nebude, takový věci se nedějou,*“ (Eliška). Sama Eliška shrnuje vliv její nepřítomnosti na přátelství jako „*krásnou sociologickou sondu, jak lidi fungují*“.

Další participantky uvádějí, že vlivem dlouhodobé izolace mimo svůj běžný život měly problém zvyknout si doma a komplikovalo jim to návrat. Ivana zmiňuje, že návrat do školy „nedávala“ a to bylo důvodem, proč se musela vrátit zpátky do nemocnice. Přiznává, že hospitalizace měla velký vliv na její každodennost a pobyt jí dal „facku“. Zmiňuje, že po návratu byla opakem sebe sama, měla velkou trému a nedokázala před třídou mluvit. Zajímavé je, že v nemoci spatřuje pozitivní vliv na svou každodennost, o který ji prášky připravily. „*Možná to bylo tím, jak mě rádobý stabilizovali. Jak se to hodně stabilizovalo do normálu. Předtím jsem byla víc komunikativní, ta mánie mi ulehčovala se projevovat. To mánie dělá, nebojíš se komunikovat, jít do vzrušujícího okamžiku, nedělá ti to problém a seš za to ráda. Vždycky je to skvělý období, pak se musí něco stát, následuje hospitalizace, jak to vygraduje, to to všechno smete a musíš začít odznova. Myslím, že teoreticky mít slabou mánií, když při tom máš ale hranici, tak z části ti to může věci ulehčovat.*“ (Ivana).

U Ivany jsou po návratu patrné pocity internalizované stigmatizace, s odsuzováním se podle svých slov nesetkala, ale předpokládala, že na ni ostatní pohlíží jinak. „*Po hospitalizaci na mě asi ostatní koukali jinak. Když někomu řekneš, že jsi byla na psychárně, tak tě lidi odsuzují, když to neznaj, tak to ty normální lidi nepochopí. Bojíš se. Já, když dávám hodně na názory druhých, tak nechceš být za blázna co má diagnózu a už je třikrát hospitalizovanej.*“ (Ivana). Z úryvku je patrná také dvojitá dimenze, kdy Ivana rozlišuje mezi „my“ a „ti druzí“, v uvedeném případě jsou ti druzí zároveň těmi „normálními“, od kterých lze očekávat nepochopení a odsouzení.

Pocity sebestigmatizace jsou patrné i z vyprávění Anežky, když popisuje, jak v nemocnici uvažovala o svém návratu do školy „*Pane bože, já teď byla v blázinci, co si o mně pomyslí, to ani nemůžu říct nahlas. V té době jsem na to byla háklivá a nechtěla jsem o tom mluvit, styděla jsem se za to.*“ (Anežka). Dodává, že zkušenost s hospitalizací má vliv na každodennost i do budoucna „*Já často přemýšlím, kde bych*

*byla, kdyby se to nestalo. Protože na člověku to zanechá jistý stopy a ovlivňuje to člověka v budoucnu. I když si teď připadám v pohodě a vyléčená. Tak občas pozoruješ, že to má vliv na aspekty života, ve smyslu sebedůvěry a tak.*“ (Anežka).

Štěpánka zmiňovala, že pro ni byl návrat těžký hlavně proto, že si v nemocnici utvořila svůj nový domov. Zdravotní sestry pro ni představovaly mateřský vzor a největší obavy měla z návratu domů. Obavy z domova měla mnohem větší než z návratu do školy. Jakmile se domů dostala, vymýšlela způsoby, jak by se mohla do nemocnice vrátit. *„Chtěla jsem si i zavolat záchranku, aby mě tam dovezla. A pak jsem začala páchat různé suicidální pokusy, abych se tam vlastně vrátila. Nikdy jsem se nechtěla zabít, jenom jsem se chtěla vrátit vždycky do té nemocnice.*“ (Štěpánka). Nemocnice pro ni začala fungovat jako azyl, kde se jí žilo mnohem lépe než v nefunkční rodině. Její role tudíž nenaplnovala rysy, o kterých pojednával Talcott Parsons ve své konceptualizaci sick role [Parsons 1951]. Štěpánka se nesnažila uzdravit a být nemocná pro ni znamenalo možnost vrátit se do nemocnice.

Lenka spatřovala v izolaci od okolního prostředí svá pozitiva. Zmiňovala, že díky tomu, že v nemocnici nemají pacienti přístup k telefonu a žijí jen v uzavřeném prostoru, pozorovala pozitivní vliv na sociální vazby s ostatními pacienty. *„Samotná hospitalizace byla skvělá v tom, že tam jsou s tebou v uvozovkách stejní lidi, nikdo tam nemá moc přístup k telefonu, fakt žiješ jenom v tamtom prostoru, takže ty přátelství jsou takový intenzivnější bez kontaktu se světem venku. Vždycky jsem si říkala, já jsem byla hospitalizovaná víckrát, že ty přátelství tam jsou takový intenzivnější, takový opravdovější.*“ (Lenka).

V druhé části jsem zaznamenala perspektivu, kdy se participantky dívají na prostředí nemocnice a prostředí domova jako na dva oddělené světy. Objevuje se zde dělení zdravých a nemocných na „my“ a ti druzí „normální“ [srov. Goffman 1961]. Dlouhodobá hospitalizace měla vliv na sociální vazby, postavení v hierarchii třídy i ztíženou adaptaci zpátky do běžného prostředí. Mnohem častěji než projevy stigmatizace se u participantek projevují sebestigmatizující pocity a očekávání, že budou stigmatizovány. Anežka pociťovala od některých vrstevníků nepochopení vlivem neznalosti onemocnění. Ivana na svém onemocnění spatřovala i pozitiva pro své dřívější

každodenní fungování a Lenka vnímala pozitivně izolaci od okolního světa pro sociální vazby v prostředí nemocnice.

### **3.3.3. KAŽDODENNOST A INTERAKCE S VRSTEVNÍKY PO NÁVRATU Z HOSPITALIZACE**

#### **3.3.3.1. MEDIKACE A JEJÍ DOPADY**

Prožívaná zkušenost, že zatímco fyzická nemoc je „opravdová nemoc“ a za tu duševní si člověk může spíše sám, se prolínala všemi mými rozhovory s participantkami. Často tento náhled zmiňovaly právě v souvislosti se sebepojetím a studem. Takové srovnávání s fyzickou nemocí uváděly Ivana, Štěpánka i Lenka. Podle Lenčiny zkušenosti se pocity studu a stigmatu nepojí s fyzickou nemocí, zatímco s duševní nemocí ano. U Lenky je patrné internalizované stigma. *„Jinak jsem v tom taková ostražitá, asi bych se tím nechtěla chlubit. Je to taková ostražitosť, že když to někomu řekneš, tak se mu dáváš napospas. Nebo čekáš odsouzení. Když to někomu řeknu, tak čekám, že u něj klesnu. Ale možná je to chyba mého nastavení, ale u fyzický nemoci bych asi nečekala, že u něj klesnu.“* (Lenka).

Ivana zmiňovala, že pojmout duševní nemoci způsobem, jakým je ve společnosti nahlíženo na fyzické nemoci, by mohlo pomoci ke snižování stigmatu. Ivana je také toho názoru, že pokud má člověk osobní zkušenost s duševní nemocí, přestane se na duševně nemocné koukat skrz prsty. Snižování stigmatu kolem duševních nemocí podle jejího názoru pomohla i pandemie covid-19, která byla velkým náparem na duševní zdraví mnoha lidí, a tak se o duševních nemocech a duševním zdraví začalo více mluvit. Oproti tomu, když se člověk léčil například v roce 2015 jako ona, byl automaticky „blázen“, „mimoň“ a tolik osvěty se nekonalo. Ivanin názor se shoduje se strategiemi, které jsou součástí destigmatizačních kampaní, jako právě například potřeba osvěty. Zároveň osobně vnímá vliv osvěty na atmosféru ve společnosti. I u ní je nicméně patrné internalizované stigma a stigmatizační postoje okolí předem očekává. *„Hrozně se na to nahlíží, že když máš něco s psychikou, tak jsi automaticky blázen. Myslím, že by mělo víc dát na roveň fyzická nemoc a fyzický zdraví s duševními nemocemi a duševním zdravím.“* (Ivana).

Tradice a historie lékařského přístupu ke zdraví, kdy se fyzické nemoci a duševní nemoci léčí odděleně, nikoliv holisticky, může být jedním z faktorů, proč je ve společnosti na duševní i fyzické zdraví nahlíženo odděleně. Nadřazenost fyzických nemocí může způsobovat také odlišný proces diagnostikování duševních a fyzických onemocnění. Zatímco fyzické nemoci mají často diagnostické postupy stanovené měřitelnými kritérii, diagnóza duševní nemoci je často komplikovanější a nedoložitelná měřitelnými kritérii. Nicméně právě holistický přístup, který se zaměřuje na člověka jako na celek, může pomoci i podle Ivany destigmatizovat duševní zdraví. „*Asi mi přijde, že společnost neví, že zdraví není jenom fyzické, ale i psychika je hrozně důležitá. Hrozně se na to nahlíží, že když máš něco s psychikou, tak jsi automaticky blázen.*“ (Ivana).

Štěpánka se s uvedeným postojem, že duševní nemoc není nemoc, na rozdíl od té fyzické, setkávala přímo u členů své rodiny. Tento přístup převzala i ona sama. Popisovala, že ještě před diagnostikováním duševní nemoci trpěla na časté angíny a bolesti břicha, což brala jako „něco normálního“, když se začala léčit s psychickými problémy, vinila se za ně, sama sebe vnímala jako „vadnou“, „postiženou“ a „tu, co si v očích okolí vymýšlí“. „*Všichni mi říkali, že jsem hypochondr. Proč se tohleto děje, proč jsem blázen. Je to všechno moje vina. Myslela jsem si, že jsem nějaká postižená a nevěděla jsem, co s tím můžu dělat. Předtím jsem to brala tak, že jsem fyzicky nemocná. Brala jsem to jako normální věc. Ale pak když jsem měla tu psychickou nemoc, tak mě máma ani nebrala k doktorovi, když mi něco bylo, říkala ty máš pořád něco a nikdy ti nic nezjistili. Pak jsem si v nemocnici začala říkat, co když je to jen moje vina, co když fakt jen stojím o tu pozornost.*“ (Štěpánka). Výrazy, kterými Štěpánka označovala sama sebe, často slýchala i od matky, která ji z duševní nemoci vinila. „*Máma to nebrala, že jsem nemocná, že je to nemoc. Nebrala to jako nemoc, brala to, že jsem vadná. Hypochondr, co si to vymýšlí. Věděla, že mám diagnózu, ale řekla si, že to není diagnóza jako ta fyzická. Když se o to člověk nezajímá, tak bere, že psychická nemoc je prostě, když je člověk blázen. A tak k tomu přistupovala celá moje rodina. Máma to brala tak, že si mám přestat vymýšlet a že když mě zaměstná, tak to bude lepší. Brala to tak, že si tu nemoc sama dělám a sama si od ní můžu pomoci.*“ (Štěpánka). Z přístupu, kdy Štěpánčinu angínu matka aktivně řešila s lékaři, zatímco od duševní nemoci si měla

Štěpánka pomoci sama, je jasně patrný dvojitý metr a pojetí fyzické nemoci jako něčeho nadřazeného. Z přístupu její matky je také patrná nevědomost a bagatelizování duševních nemocí, čemuž právě osvěta může výrazně pomoci.

Předpoklad, že pacient má po propuštění „vyladěnou“ medikaci tak, aby se mu žilo lépe, se v alespoň v případě mých participantek jeví spíše jako ideální případ než jako realita. Eliška, Ivana i Lenka zažívaly po návratu z hospitalizace situace, kdy jim právě účinky léků adaptaci zpátky spíš komplikovaly. Nejvýraznější negativní vliv na interakce měla předepsaná medikace pravděpodobně na Lenku. „*Pamatuju si momenty, kdy se tě člověk na něco zeptá a ty místo toho, abys mu nějak odpověděla, tak v hlavě jenom tak přemýšlíš, jak bude ta konverzace pokračovat, když odpovím tohle, jak bude pokračovat, když odpovím tamto. Spíš si představuješ, jsi ve své hlavě, úplně mimo a nic mu neodpovíš. Bylo hrozně těžký vést nějaký sociální interakce, hrozně těžký.*“ (Lenka).

Tlumivé účinky léků, které znesnadňovaly návrat, popisovala i Eliška. „*Jak jsem brala ty antidepresiva, antipsychotika, tak jako brala nebrala, podle toho, co jsem měla za období. Chodila jsem k psychologovi, psychiatrovi, různě mi je měnili, jak jsem se zrovna měla a neměla, hodně jsem spala, byla jsem utlumená, pak někdy jsem to nebrala, tak jsem byla v p\*deli, když jsem to přestala brát.*“ (Eliška). Právě nekomfortní pocity, které se s tlumivým účinkem léků pojí, Eliška řešila vysazením všech léků. Vysazení léků ze dne na den ji rozhodilo. Byla nucena vybrat si menší zlo mezi utlumením léky, nebo zhoršením stavu v důsledku absence léků. Obojí mělo negativní dopad na ni a pochopitelně i na její sociální interakce. „*Prášky mi ale dělaly únavu a bolest hlavy, tak se mi stýskalo po mým starým energickým já. Prášky mě štvaly a uváděly mě do deprese, když málo spím a dělám toho hodně, tak se cítím dobře, když moc spím a pořád jsem unavená, tak jsem naštvaná z promrhanyho dne.*“ (Eliška).

### **3.3.3.2. ŠKOLA, VRSTEVNÍCI**

Stigma, které se pojí s pobytem v psychiatrické nemocnici, způsobuje, že nemocný má snahu tajit před ostatními, že hospitalizaci podstoupil či podstupuje. Ve školním prostředí se ale takováto několikaměsíční absence utají těžko. Všechny participantky měly snahu svůj pobyt utajit. Zda se nakonec povedlo hospitalizaci utajit, záviselo na mnoha vlivech. Za Štěpánku i Lenku tuto otázku vyřešil třídní učitel. Ani pro jednu to

nebylo příjemné, a hlavně to bylo rozhodnutí někoho jiného. I zde se tedy objevuje faktor toho, že participantky o své situaci nemohly rozhodnout samy za sebe. Nikdo se jich nezeptal. Obě participantky se shodují, že ačkoliv to učitel myslel v dobrém, dopady na ně to dobré nemělo. Štěpánčina třídní učitelka třídě vysvětlila, co se stalo, a navrhla, aby spolužáci poslali do nemocnice dopis, že na ni myslí. *„Napsání dopisu se samozřejmě nekonalo, akorát to spustilo lavinu, že jsem prostě blázen, kterej jde do blázince, do léčebny. Spustilo to vlnu ještě většího opovržení vůči mně. Takže mi spíš psali, jaký to tam je, než že by se starali vyloženě o mě.“* (Štěpánka). Štěpánka také zmiňovala, že šikanou si procházela ještě před samotnou hospitalizací, stigma duševní nemoci šikanu zesílilo a poskytlo spolužákům další důvod posměchu. *„Vyloženě jako ve škole to pro mě byl teror i před hospitalizací, takže tam vlastně jsem věděla, do čeho jdu a bylo mi to v podstatě jedno, protože už jsem tam šla s pocitem, že mám nějaký kamarády v nemocnici. A ty za mnou v podstatě stojí.“* (Štěpánka).

Také Lenka zmiňuje, že o její hospitalizaci třídě řekl třídní učitel. Důvod, kterým učitelka hospitalizaci vysvětlila, Lence připadal nevhodný a znevažující. *„Těm lidem tam řekla, že se mi zbláznily hormony, že se to v pubertě stává. A mně to přišlo znevažující, nepřijemný, prostě fakt nepřijemný. Potom jedna moje kamarádka, asi v dobrý víře, napsala klukovi, co se mi líbil, že jim třídní učitelka vysvětlila, že se to v pubertě stává, že se mi asi zbláznily hormony. A ta kamarádka k tomu ještě dodala, že jsem si asi neuvědomovala, co dělám a jak to na ostatní působí a že to možná nebyla tak úplně moje vina, to bláznění. No prostě to bylo asi v dobrý víře, ale ublížilo mi to. Znělo mi to jako byla chudinka, a ještě za sebe neručila.“* (Lenka). Z Lenčiny vyprávění je patrná sebestigmatizace. Ačkoliv to její okolí, jak sama zmiňuje, nemyslelo zle, vztáhla si jejich jednání proti sobě a přeložila v „chudinku, která za sebe neručila.“ Zároveň Lenka popsala situaci, která už nebyla dobře míněná a aktérka v ní využila stigmatizující pohled, jaký se ve společnosti s duševními nemocemi pojí a jaký upevňují také média, a to konotaci duševní nemoci a potenciálního nebezpečí jedince pro ostatní. *„V návaznosti na to jiná holčina ve třídě vyprávěla, že jsem se do nemocnice dostala kvůli tomu, že jsem kluka, co se mi líbil, možná chtěla zabít. To prostě, nevím, podle mě tomu lidi nevěřili. Ale najednou máš pochybnosti sama v sobě, že co když tomu ty lidi budou věřit. Protože to, žes v tý nemocnici byla, pravda je.“* (Lenka). I Lenka si

pohledu veřejnosti na duševní nemoc v souvislosti s nebezpečným chováním byla vědoma.

Anežka zmiňuje, že již v období, kdy se léčila s anorexií ambulantně, její přátelství ochladla a po návratu z hospitalizace se přátelství snažila obnovit. *„Bylo to samozřejmě takový, že tou mojí nemocí jsem spoustu vztahů ztratila. Poznáš, kdo s tebou chce být v těžkých situacích a kdo ne. Ke spoustě lidem jsem si hledala cestu, protože třeba... já jsem jim to neměla za zlý, protože jsem byla ve stavu, kdy jsem se hodně izolovala, nechtěla jsem nikam chodit ještě před hospitalizací. Takže jsem jim neměla za zlé, že jsme se odcizili. Takže s hodně lidma jsme si museli najít cestu zpět k přátelství.“* (Anežka). Přesto Anežka zažívala předsudky, které se s anorexií pojí, hlavně ve smyslu bagatelizace nemoci. *„Lidi si toho všímali, protože to na mě bylo vidět. Ale nebylo to tak, že bych se jim svěřovala. Protože v tom věku to bylo takový, že ty lidi to úplně nechápali. Měli takový ty poznámky typu, tak se nažer. Necítla jsem se úplně bezpečně svěřit se někomu v mém věku.“* (Anežka). Anežka také vyprávěla, že měla kamarádku, jejíž sestra začala také trpět anorexií. Kamarádka se o sestře pohrdavě vyjadřovala, že nechápe, proč se sestra nenají, že je fakt hloupá. Anežka byla rozhořčená a vysvětlovala jí, že takhle to nefunguje. Vysvětlovala mi, že se po návratu neseťkávala se stigmatizací od ostatních, ale velkou roli v jejích sociálních vazbách hrálo „kdo to jak pochopil nebo jak to chtěl pochopit“.

Jak už bylo zmíněno v předchozí části, u Elišky měla velký vliv na sociální vazby s vrstevníky dlouhodobost hospitalizace a u Anežky došlo k ochladnutí sociálních vazeb ještě před hospitalizací, kdy musela řešit problémy související s onemocněním. Po hospitalizaci měla více síly budovat vazby, které vlivem nedostatku síly v době nemoci ztratila. Vliv hospitalizace na studium a na přístup učitelů všechny participantky popisovaly jako bezproblémový. Elišce dali pedagogové dostatek času na doučení zameškaného, popisovala, že k ní byli extrémně hodní, až lítostiví. Ivaně s doučením pomohli spolužáci a mnoho povinností jí učitelé odpustili. Anežka získávala studijní materiály již během hospitalizace díky kontaktu bratra s jejími spolužačkami. Štěpánka i Lenka popisovaly, že už si doučení tolik nepamatují, ale problém s učiteli, ani se zameškaným učivem neměly.



### 3.3.3.3. RODINA

Nemocnému může situaci komplikovat to, že zatímco on se změnil a naučil se se svým stavem pracovat, okolí zůstalo takové, jaké pro něj bylo před hospitalizací. V případě Štěpánky to znamenalo významnou komplikaci. Zažívala šikanu ve škole a doma její zdravotní stav znevažovali a dávali jí najevo, že si za něj může sama a sama se z něj může i dostat. „*Vyloženě jako ve škole to pro mě byl teror i před hospitalizací, takže tam vlastně jsem věděla, do čeho jdu a bylo mi to v podstatě jedno, protože už jsem tam šla s pocitem, že mám nějaký kamarády v nemocnici. A ty za mnou v podstatě stojí. Ale jako bála jsem se toho, co bude doma a i když jsem tam byla na dva dny, na víkend, tak jsem tam v noci brečela, bylo to hrozný prostě.*“ (Štěpánka). Štěpánka se tak musela potýkat s odmítnutím ze strany rodiny, stigmatizací a z nemoci se nejen sama obviňovala, ale byla obviňována i rodinou. Říkali jí, že je hypochondr, že si vymýšlí a jen usiluje o pozornost. Zmiňovala, že babička jí do nemocnice napsala dopis, kde uvedla, že je černá ovce rodiny a matka kvůli ní musí brát antidepresiva. Nemocnice pro ni představovala prospěšné prostředí, které doma neměla.

Podpora, kterou rodina poskytne nemocnému a přístup, jaký k situaci zvolí, hraje v životě nemocného významnou roli. Anežka zmiňovala, že otec pro ni představoval pocit jistoty a bezpečí a ve zvládnání její nemoci měl významný podíl. Bála se, že „nemocné praktiky“, které si při anorexii osvojila by jí znemožňovaly anorexii bezpečně zvládnout, ale otci dala veškerou důvěru v přípravě jídla. „*Ale nebyla jsem prostě schopná dát ani ránu bez toho, aniž bych vedle sebe měla toho tátu, kterej to všechno kontroluje za mě. Protože jsem se bála mít nad tím kontrolu sama. Protože jsem věděla, že bych zase sklouzávala dolů do těch nemocných praktik.*“ (Anežka). Anežčin bratr byl v kontaktu s jejími spolužáky a sháněl Anežce poznámky. Také Lenka, Eliška i Ivana zmiňovaly, že jim rodina poskytovala podporu. Štěpánka tak byla jedinou, která se se stigmatizací setkávala přímo od členů rodiny a je zřejmé, že to na její situaci mělo výrazný vliv, kdy neměla snahu vrátit se ke svému běžnému životu, naopak se snažila vrátit do bezpečného prostředí nemocnice.

Ve třetí tematické oblasti se projevilo dvojí dělení mezi duševní a fyzickou nemocí, kdy je na fyzickou nemoc nahlíženo jako na něco nadřazeného. Participantky

popisovaly tlumivý účinek léků, který způsoboval únavu a nekomfort a jedním z důsledků byl i dopad na sociální interakce. Také příkládaly velký význam podpoře rodiny, ale Štěpánka se s podporou rodiny nesetkala, naopak zde docházelo k odmítání a stigmatizaci.

### 3.3.4. ROLE MÉDIÍ VE VZTAHU K DUŠEVNÍ NEMOCI

Jak už jsem zmínila v teoretické části, i mediální obraz duševních nemocí, kdy se popisují převážně v souvislosti s trestnými činy, utváří pohled na duševní nemoci ve společnosti. Uvedený fakt si uvědomují i některé z mých participantek. U Ivany to například zvyšovalo obavu z toho, co si ostatní budou myslet, pokud se o jejím pobytu v psychiatrické nemocnici někdo dozví. *„Kamarádka má dceru a prej její spolužák pobodal někoho a poslali ho do nemocnice, kde jsem byla. A když se někdo zmíní okolo mě o té nemocnici, tak ti naskočí, pane bože, tam jsem byla! Obecně se ukazují na veřejnost hlavně ti, co udělali trestný čin, to je hrozný. Když se mluví o dpn v souvislosti s těmahle lidma, tak se to vykresluje jako (ta nemocnice) je blázelec a v souvislosti s těmahle lidma. V tu chvíli bych neřekla no já jsem tam byla taky. Všichni by byli hned jako cože?! Sice už mě ostatní znají, ale možná by si podvědomě vytvořili nějaký úsudek.“* (Ivana). Z úryvku je patrné, že způsob, jakým se ve společnosti a v médiích o duševních nemocech mluví, posiluje jednak stigma psychiatrické péče, ale také sebestigmatizaci jednotlivců, kteří psychiatrickou péči podstoupí. V tomto přístupu médií vidí problém i Anežka. *„Dnes už se duševní nemoc víc přijímá, ale v naší době to bylo vykreslované hodně negativně. A když je nějaká taková zpráva. Tak si říkám, proč mají potřebu to tam dávat. Za prvé je to soukromá věc a zadruhé jo, může být případ, kdy čin byl spáchán kvůli tomu, ale nemusí to tak být. Ta diagnóza tam třeba je a nemusí to mít souvislost. Takže to mě určitě hodně štve.“* (Anežka).

Ve čtvrté tematické oblasti jsem se zaměřila na roli médií z pohledu mých participantek. V této části vyplynula potřeba destigmatizace duševních nemocí a důležitost osvěty, protože duševní onemocnění se stále potýkají se stigmatizací.

## 4. ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo popsat, jak interpretují svoji zkušenost s duševní nemocí participanti, kteří se s ní potýkali v době studia na střední škole a podstoupili v rámci léčby hospitalizaci. Zároveň bylo mým záměrem zjistit, zda participanti na střední škole pociťovali a zakoušeli stigmatizaci a do jaké míry jejich život ovlivnila sebestigmatizace.

Z výzkumu vyplynulo, že člověk, který podstoupil hospitalizaci v rámci léčby duševního onemocnění a snaží se začlenit zpět mezi své vrstevníky, musí čelit mnoha překážkám. Se stigmatizací se může setkat nejen mezi vrstevníky, ale i u rodinných příslušníků. Dochází také ke změně chápání vlastní identity a jedinec se musí vypořádat také se sebestigmatizací, které v menší či větší míře čelily všechny mé participantky. Sebestigmatizace spojená s duševním onemocněním nekončí po návratu z hospitalizace, ale vliv na sebedůvěru a sociální vazby má i do budoucna, kdy participantky předem očekávaly odsouzení ze strany ostatních při prozrazení jejich onemocnění.

Zkušenosti dotazovaných dívek s duševním onemocněním odkazovaly rovněž k obtížné adaptaci zpátky do společnosti, která byla navíc problematizována tlumivými účinky léků, které nemocný musí brát a které dopadají na sociální interakce. V důsledku působení medikace se některé dívky od vrstevníků izolovaly.

Co se týče zakoušení stigmatizace a postoje společnosti, participantky zmiňovaly, že pokud by se začalo na duševní nemoci pohlížet tak, jak je pohlíženo na fyzické nemoci a pokud by probíhala větší osvěta, jistě by to napomohlo ke snižování stigmatizace. Některé z nich nicméně pociťují, že osvěta v oblasti duševního zdraví od dob jejich léčby pokročila, a tím částečně došlo k pomalému snižování negativního pohledu veřejnosti na duševních nemoci.

## **5. RESUMÉ**

This bachelor thesis explores the experiences of young adults who faced mental illness and hospitalization during their high school years. My goal is to find out whether they faced stigmatization and to what extent their lives were influenced by self-stigmatization. The data was acquired through a qualitative method using semi-structured interviews. The research revealed that participants had to face many obstacles. Stigmatization can be encountered not only among peers but also among family members. There is also a change in understanding of one's own identity, and individuals must also deal with self-stigmatization, which all my participants faced to a lesser or greater extent. Self-stigmatization associated with mental illness does not end after returning from hospitalization, and it has an impact on self-confidence and social bonds in the future. Participants expected condemnation from others if they revealed their illness. The suppressing effects of medication that the patient has to take and which impact social interactions raise problems with returning to society. As a result of the medication's effects, some girls isolated themselves from their peers. Regarding stigmatization and society's attitude, participants mentioned that if mental illness received the same level of understanding and empathy as physical illness, it would certainly lead to reduction in stigmatization. However, some still feel that education in the area of mental health has progressed since their treatment, and there has been a slow reduction in the public's negative view of mental illness. This bachelor thesis documents experiences of stigmatization and emphasizes the importance of destigmatization. This research contributes to the ongoing effort to destigmatize mental illness by highlighting the importance of discussing the issue of stigma.

## 6. SEZNAM LITERATURY

Babiaková, M. E. Marková, M. Venglářová. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada.

Baudiš, P., Libiger, J. 2002. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén.

Bártlová, S. 2005. *Sociologie Medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada.

Bogardus, E.S. 1925. "Social Distance and Its Origins." *Journal of Applied Sociology* 9: 216-226.

Cockerham, W. C., J. Ritche. 1997. *Dictionary of medical sociology*. Greenwood Press

Corrigan, P. 2006. "Language and Stigma." *Psychiatric services* 57(8):1218. DOI: 10.1176/appi.ps.57.8.1218.

Goffman, E. 1961. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*

Goffman, E. 2003. *Stigma: Poznámky k zvládání problému narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Horáček, J. 2003. *Psychoterapeutické přístupy v léčbě psychóz*. Praha: Amepra.

Janík, A. 1987. *Veřejnost a duševně nemocný*. Praha: Avicenum.

Janoušková M. A. Weissová. T. Formánek. E. Tušková 2018. *Evaluace programu Blázníš? No a!* [online]. [cit. 14.04.2023]. Dostupné z: <https://www.blaznis-no-a.cz/wp-content/uploads/2021/03/Zvren-zprva-z-vzkumu-BNA-2018.pdf>

Hrivíková Z. et. al. 2018. *Děti a mladí lidé a jejich potřeby v oblasti duševního zdraví* [online]. [cit.14.04.2023] Systémový projekt MPSV. Dostupné z: <http://www.pravonadestvi.cz/files/files/Prezentace-9---Specificke-poteby-dusevni-zdravi.pdf>

Látalová, K. D. Kamaradová, J. Praško. 2014. "Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression" *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1399-1405, DOI: 10.2147/NDT.S54081

NÚDZ. 2019. *Destigmatizační manuál. Na rovinu* [online]. [cit. 12. 2. 2023]. Dostupné z: <https://narovinu.net/wp-content/uploads/2018/11/destigmatiza%C4%8Dn%C3%AD-manu%C3%A1l-1.pdf>

Na rovinu. 2021. *Co je duševní zdraví?* [online]. [cit. 15.04.2023]. NÚDZ. Dostupné z: <https://narovinu.net/dusevni-zdravi-a-nemoc/>.

NÚDZ. 2021. *V důsledku pandemie covid-19 se s duševním onemocněním potýká téměř každý třetí dospělý. Podporu nabídne nový web* [online]. [cit. 17.04.2023]. Národní ústav duševního zdraví. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/v-dusledku-pandemie-covid-19-se-s-dusevnim-onemocnenim-potyka-temer-kazdy-treti-dospely-podporu-nabidne-novy-web>

Ocisková, M., J. Praško. 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing.

Ocisková, M. J. Praško. 2017 *Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing.

Parsons, T. 1951. *The Social System*. Chicago: Free Press.

Pěč, O. 2019. *Destigmatizace* [online]. [cit. 12.2.2023]. Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace>.

Pescosolido B.A. J.K. Martin. J.S. Long. T. R. Medina, J.C. Phelan, B. G. Link. 2010. "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *The American Journal of Psychiatry* 167(11):1321–1330. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09121743.

Quinn, D. M., S.K. Kahng. J. Crocker, 2004. Discreditable: Stigma effects of revealing a mental illness history on test performance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(7), 803–815. <https://doi.org/10.1177/0146167204264088>

Sobotka, J. 2022. *Duševní zdraví v zajetí institucionalizace – jsme schopni to změnit?* [online]. [cit. 15.03.2023]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/online-clanky/dusevni-zdravi-v-zajeti-institucionalizace-jsme-schopni-to-zmenit/>

Stuart H. 2006. Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness? *CNS Drugs* 20(2):99-106. doi: 10.2165/00023210-200620020-00002.

Swanson J.W. E.E. McGinty. S. Fazel. V. M. Mays. 2015. Mental illness and reduction of gun violence and suicide: bringing epidemiologic research to policy. *Ann Epidemiol* 25(5):366-76. doi: 10.1016/j.annepidem.2014.03.004.

Taft, T. et. al. 2017. *Stigmatization toward irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease in an online cohort*. *Neurogastroenterol Motil*, 29(2), 1-7. doi: 10.1111/nmo.12921

*The Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*. 2013.[online]. [cit. 18. 03. 2023] *World Health Organisation*, Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/424776/retrieve>

Thornicroft, G. A. Kassam. *Public attitudes and the challenge of stigma*. Oxford: Oxford University Press.

Thornicroft, G. 2011. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Wenigová, B. 2005. *Stigma a duševní poruchy* [online]. [cit. 20. 01. 2023]. Dostupné z: <https://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art415>

## **7. PŘÍLOHY**

### **Příloha č. 1 - Schéma polostrukturovaného rozhovoru**

**1. Představení výzkumu, ujištění anonymity a možnosti neodpovídat, dotaz na souhlas s nahráváním**

**2. Seznámení s participantem**

- osobní informace, věk, kdy začaly duševní potíže, typ absolvované střední

**3. První projevy psychických problémů**

- za jakých okolností, jaké problémy, jak to ovlivnilo dosavadní život  
- zda se participant někomu svěřil, popř. i někomu ve škole

**4. Začátek a průběh hospitalizace**

- jaké vzpomínky má participant spojené s hospitalizací,  
- jaká měl očekávání od návratu do školy po hospitalizaci  
- podpora rodiny, zda byl v kontaktu s někým ze školy (měl/a se na koho obrátit, když potřeboval/a pomoc nebo si jen popovídat?)

**5. Návrat po hospitalizaci**

- jak probíhala adaptace zpátky  
- zda probíhající léčba nějak ovlivňovala návrat  
- přístup spolužáků, přístup učitelů  
- zda ostatní věděli o hospitalizaci, případně od koho

**6. Projevy sebestigmatizace**

- jak se participant sžíval se svojí rolí nemocného, jak na ní reagoval, co prožíval, co pro něj představovala nálepka "nemocného"  
- zda se participant např. nějak stranil kolektivu, změny v sebepojetí, jak nahlížel na diagnózu

**7. Zhodnocení, destigmatizace**

- jak prožitou zkušenost vnímá zpětně



- jaké faktory nebo konkrétní činy okolí by participantovi v té době ulehčily návrat po hospitalizaci
- zda se s projevy stigmatizace setkal někde jinde

#### **8. Role médií**

- jaký mají podle participanta média přístup k duševním onemocněním

#### **9. Závěr, poděkování, rozloučení, ukončení interview**