

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra Psychologie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Stigmatizace ve vztahu k řešení duševních problémů studentů středních škol

Stigma in relation to dealing with mental health problems of high school
students

Kateřina Šemberová

Vedoucí práce: PhDr. Anna Frombergerová, Ph.D.
Studijní program: Psychologie s rozšířením o speciální pedagogiku
Studijní obor: Psychologie

2023

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Stigmatizace ve vztahu k řešení duševních problémů studentů středních škol potvrzují, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzují, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 10.7.2023

Ráda bych poděkovala PhDr. Anně Frombergerové, Ph.D. za veškerou vstřícnost, připomínky a cenné rady při zpracování této bakalářské práce. Mé poděkování náleží také všem respondentkám za čas a ochotu sdílet se mnou své zkušenosti. V neposlední řadě děkuji také mým blízkým, kteří mě při psaní práce podporovali.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá tématem stigmatizace duševního zdraví u studentů středních škol. Věnuje se zejména vlivu na řešení duševních problémů, zejména vyhledání odborné pomoci. Právě stigmatizace může v tomto ohledu působit velmi negativně. Teoretická část práce se věnuje popisu stigmatizace, vybraných duševních problémů, vývojového období adolescence a možností řešení duševních problémů v tomto období. Praktická část poté spočívá v kvalitativním výzkumu, který hlouběji postihuje danou problematiku prostřednictvím rozhovorů. Výzkumný soubor se skládá z 5 respondentek ve věkovém rozmezí 21-29 let, které byly vybrány skrz dotazníkové šetření. Respondentky v rozhovorech retrospektivně popisují své zkušenosti s duševními problémy a jejich stigmatizací v průběhu středoškolského studia. Cílem práce je podrobnější prozkoumání této problematiky, zejména co se týče otázek negativního vlivu stigmatizace na vyhledání odborné pomoci, faktorů, které mají na stigmatizaci vliv a osobního vnímání stigmatizace respondentkami. Rozhovory byly následně vyhodnoceny za použití tematické analýzy, která odhalila pět základních témat – definování stigmatu, sebestigmatizace, vyhledání odborné pomoci, informovanost a vliv okolí.

KLÍČOVÁ SLOVA

stigmatizace, duševní problémy, úzkost, deprese, adolescence

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the topic of mental health stigma among high school students. It mainly focuses on its role in dealing with mental health problems, mainly seeking professional help. It is the stigma that can be very negative in this regard. The theoretical part of the thesis describes stigma, selected mental health problems, the developmental period of adolescence, and options for dealing with mental health problems during this period. The practical part consists of qualitative research that goes deeper into the issue through interviews. The research sample consists of 5 female respondents in the age range of 21-29 years, who were selected through a questionnaire survey. In the interviews, the respondents retrospectively describe their experiences of mental health problems and their stigma during their secondary school years. The aim of this thesis is to explore this issue in more detail, particularly in relation to the issues of the negative impact of stigma on seeking professional help, the factors that influence stigma and the respondents' personal perceptions of stigma. The interviews were then analysed using thematic analysis, which revealed five main themes - defining stigma, self-stigmatisation, seeking professional help, awareness and the influence of the environment.

KEYWORDS

stigmatisation, mental health problems, anxiety, depression, adolescence

Obsah

Úvod	8
Teoretická část	10
1 Stigmatizace	10
1.1 Definice pojmu a jeho vývoj v historii	10
1.2 Utváření stigmatu	11
1.3 Druhy stigmatizace	11
1.4 Stigmatizace duševních onemocnění	12
1.4.1 Vývoj přístupu společnosti k jedincům s duševním onemocněním	12
1.4.2 Současné postoje společnosti k jedincům s duševním onemocněním	14
1.4.3 Faktory, které ovlivňují rozvoj stigmatu	15
1.4.3.1 Sociální faktory	15
1.4.3.2 Vliv médií	16
1.4.3.3 Deinstitutionalizace a stigma	17
1.5 Dopady na stigmatizované jedince	18
1.5.1 Copingové strategie	19
1.6 Destigmatizace	19
2 Duševní onemocnění	21
2.1 Definice	21
2.2 Vybraná duševní onemocnění	21
2.2.1 Afektivní poruchy	21
2.2.2 Neurotické poruchy	22
2.3 Stigmatizace u depresivních a úzkostných problémů	23
3 Adolescence	25
3.1 Duševní poruchy v adolescenci	25
3.2 Stigma duševních problémů u adolescentů	26
4 Řešení duševních problémů u adolescentů	27
4.1 Možnosti odborného řešení duševních problémů adolescentů	27
Empirická část	29
5 Cíl a výzkumné otázky	29
5.1 Výzkumné otázky	29
5.2 Metodologie	29
6 Metody sběru dat a zpracování dat	30
6.1 Sběr dat	30

6.1.1	Dotazník	30
6.1.2	Kritéria pro výběr respondentů z dotazníku	32
6.1.3	Etika výzkumu.....	33
6.2	Zpracování dat	33
6.2.1	Tematická analýza	33
7	Výzkumný soubor	35
7.1	Respondentka 1	35
7.2	Respondentka 2.....	36
7.3	Respondentka 3.....	36
7.4	Respondentka 4.....	37
7.5	Respondentka 5.....	37
8	Prezentace výsledků	39
8.1	Definování stigmatu.....	39
8.2	Sebestigmatizace.....	41
8.3	Vyhledání odborné pomoci.....	43
8.4	Informovanost.....	46
8.5	Vliv okolí.....	47
9	Diskuse.....	51
10	Závěr.....	55
11	Seznam použitých informačních zdrojů	57
12	Seznam příloh.....	63

Úvod

V současné době, nyní nesoucí následky pandemie a válečného konfliktu na Ukrajině, stále přibývá množství jedinců s duševními problémy. Jen po první vlně pandemie se až trojnásobně zvětšilo množství jedinců trpících příznaky středně těžké nebo těžké deprese či úzkosti a vzrostlo tedy až na celkovou hodnotu 20 %. Zároveň bylo prokázáno, že se tento problém dotýká především mladých lidí (Bartoš et al., 2020). Pro adolescenty tedy tato situace může být velmi závažná, krizové období pro rozvoj mnoha duševních problémů a poruch se totiž nachází právě v tomto vývojovém období (Rapee et al., 2019).

V rámci tématu výzkumu je podstatný především fakt, že duševní problémy v současnosti stále podléhají stigmatizaci. Právě psychická onemocnění se řadí mezi skupinu znaků, které jsou spojené s obecně nejvyšší mírou stigmatizace, což má velmi negativní následky (Ocisková a Praško, 2015). Klíčové je to, že právě stigma (především konkrétně sebestigma) působí jako nejčastější faktor, který zabraňuje jedincům s duševními onemocněními vyhledat odbornou pomoc (Corrigan, 2004).

Nejvíce stigmatizace zasahuje jedince s psychotickými poruchami, mezi které se řadí například schizofrenie, která byla také v tomto kontextu patrně nejvíce zkoumána. Stigmatizace týkající se afektivních a neurotických poruch, mezi které se řadí deprese a úzkosti – jenž jsou předmětem tohoto výzkumu – se však od psychotických poruch liší. Zároveň se jim však ve výzkumu dostává menší pozornosti, což je jeden z důvodů, proč tyto skupiny poruch volím pro svou práci. Dalším důvodem je jejich relevantnost pro zvolenou cílovou věkovou skupinu. Ta se skládá z respondentů, kteří v průběhu svého středoškolského studia zažívali depresivní a úzkostné symptomy. Na adolescenci se soustředím, protože se jedná o krizovou skupinu pro vznik a rozvoj a těchto problémů (viz výše). U adolescentů mimoto stigma hraje velkou roli i kvůli tomu, že zejména sebestigmatizace má velmi negativní vliv na sebepojetí a sebevědomí, jehož kladné utváření je právě v adolescenci velmi důležité (Ocisková a Praško, 2015).

Moje bakalářská práce *Stigmatizace ve vztahu k řešení duševních problémů studentů středních škol* se věnuje zmíněné problematice. Toto téma mě zaujalo především proto, že se jedná o něco, s čím jsem se i já mnohokrát i osobně setkala, zejména v rámci studia psychologie. Jsem toho názoru, že je velmi důležité tuto problematiku více prozkoumat,

mnohá zjištění by totiž v tomto ohledu mohla přispět ke snížení stigmatizace a jejích důsledků. Kromě přínosu v podobě samotného výzkumu si však myslím, že může práce hrát roli i v šíření povědomí o existenci této problematiky. V rámci stigmatizace je totiž velmi podstatné snižovat i míru tabuizace, která se k tomuto tématu váže. Velmi přínosné je dle mého názoru také seznámit se s pohledem a přímými výpověďmi osob, které jsou stigmatizací zasaženy.

Teoretická část popisuje stigmatizaci, například její vývoj v průběhu historie, její podobu a důsledky u duševních poruch, co zde vede k jejímu vzniku, ale naopak i snížení, tedy destigmatizaci. Následně je prostor věnován i vybraným duševním problémům, popisu adolescence a způsobů odborného řešení duševních problémů v tomto období. Mezi cíle praktické části patří téma podrobněji prozkoumat, pozornost je přitom soustředěna především na vliv stigmatizace k vyhledání odborné pomoci, na faktory, které stigmatizaci ovlivňují, ale také na to, jak ji studenti středních škol osobně vnímají a prožívají. K tomuto účelu je využit kvalitativní typ výzkumu v podobě polostrukturovaných rozhovorů s pěti respondentkami, které retrospektivně popisovaly své zkušenosti z doby studia na střední škole. Na základě toho bylo možné získat odpovědi na výzkumné otázky a vyzdvihnout zejména způsoby, kterými by mohlo dojít ke snížení stigmatizace.

Teoretická část

1 Stigmatizace

1.1 Definice pojmu a jeho vývoj v historii

Slovo „stigma“, v překladu znak nebo stopa, které nese svědectví, používali poprvé staří Řekové pro znamení vypalovaná otrokům, později se tento rozšířil i na tělesné vady a celkově jakékoliv fyzické znaky, které mají negativní dopad na hodnocení daného jedince (Ocisková a Praško, 2015).

Proměnu pojem zaznamenal i v dobách raného křesťanství. Zde dochází k výskytu jediného kladného pojetí, a to v podobě označení stigmat jako ran na Kristově těle při ukřižování. Znaky této povahy jsou proto chápány jako symboly náboženské víry. K tomuto konceptu existuje však i diametrální pojetí, které spojuje určité tělesné znaky, přesněji nazývané „stigma diaboli“, se zlem, které v křesťanském pojetí představuje ďábel. Tento přístup shledal vysokou popularitu v dobách středověku při honech na čarodějnice. Není možné opomenout také jedno z více rozšířených pojetí stigmatu, a to poukázání na špatný zdravotní stav člověka, kvůli kterému je lepší se danému jedinci vyhýbat (tamtéž, 2015).

Společným znakem všech těchto pojetí (s výjimkou pojetí spojeného se spiritualitou) je, že se stigma vždy váže k člověku, který se vyznačuje nějakým znakem, který je vnímán jako negativní a odděluje svého nositele od většinové společnosti nebo ho umísťuje na její okraj. Stěžejní také je, že se k němu vážou negativní předsudky a stereotypy, které jedinci znemožňují úplné zapojení do většinové společnosti (tamtéž, 2015). Tuto skutečnost reflektuje například i definice z psychologického slovníku:

„dědičný nebo vrozený znak; též předem dané záporné až hanlivé hodnocení, které okolí přisoudí jedinci, skupině nebo organizaci“ (Hartl, 2004, s. 262).

Stigmatem se v tomto ohledu zabýval i sociolog Erving Goffman, který je průkopníkem jeho moderního pojetí. Podle něj je stigma takovým atributem, který je pro jedince diskreditující. Na základě tohoto atributu jedinci jeho okolí často připisuje i další negativní atributy. Tato situace vede k tomu, že velmi snadno dochází k diskriminaci toho jedince společností a jak Goffman podotýká, ostatní jej dokonce vnímají jako něco méně než člověka (Goffman, 2003).

1.2 Utváření stigmatu

Podle Thornicrofta (2009, v Ocisková a Praško, 2015) se proces utváření stigmatu dělí do následujících fází. Při prvním setkání s daným člověkem dochází k procesu rozpoznání odlišných znaků, což vede ke značkování neboli „labellingu.“ Výsledkem je přisouzení určité nálepky danému člověku. Tyto nálepky jsou podle Ociskové a Praška (2015) buď tradiční, kdy používáme vlastní laické hodnocení, nebo diagnostické, ve formě odborné diagnózy. Na proces značkování následně nasedá stereotypie, během které dochází ke spojování zjištěných znaků s dalšími vlastnostmi jedince, přičemž většinou jsou takové úsudky chybné.

Na tomto místě je vhodné více rozvést povahu stereotypů. Stereotyp tvoří vždy nějaké obecně sdílené přesvědčení o určité skupině lidí, které se pojí k nějakému znaku, který tato skupina sdílí. Když tedy dojde k rozpoznání tohoto znaku, dojde zároveň k aktivaci vlastností a charakteristik spojených s tímto znakem, například již zmíněné očekávané nebezpečí ze strany tohoto jedince (Výrost a Slaměník, 2008).

Na stereotypii navazuje separace, kdy se daný člověk jasně vymezuje vůči skupině, ke které se vztahují stereotypy a odděluje se od ní. Vzniká tu tedy jasně vnímaný pocit „my“ versus „oni“. Celý proces je následně ukončen ztrátou pozice a diskriminací, čímž se dostáváme k finálnímu projevu stigmatu, který se projevuje omezováním možností jedinců a jejich vyčleňování z většinové společnosti.

1.3 Druhy stigmatizace

Pokud mluvíme o stigmatu, je nutné si uvědomit, že neexistuje pouze v podobě výše uvedené definice, tedy ve smyslu stigmatizujícího pohledu většinové skupiny ke znevýhodněnému jedinci. V literatuře se nejčastěji objevuje dělení stigmatu na tyto 3 skupiny – stigma sociální, strukturální a internalizované (Livingston a Boyd, 2010). Sociální stigma se týká obecně rozšířených negativních stereotypů většinové společnosti vůči stigmatizované menšině. Strukturální stigma zahrnuje nejružnější pravidla apod., které vedou k omezení práv nebo možností jedinců nesoucích nějaké stigma. Internalizované stigma nebo také self-stigma/sebestigma, se týká procesu, během kterého si znevýhodněný jedinec zvnitřní představy, které o něm okolí má a má nyní tyto negativní předsudky i sám o sobě.

Podobnou, rozšiřující klasifikaci popisuje Clement et al. (2015). Kromě konceptu internalizovaného stigma zmiňuje ještě několik dalších. Očekávané stigma se vztahuje k očekávání daného jedince, že v důsledku svého stigmatu bude vnímán negativně a bude s ním proto odlišně zacházeno. Zakoušené stigma představuje konkrétní situace, ve kterých se takové jednání ze strany společnosti skutečně naplňuje. Vnímané stigma reflektuje jedincův názor na to, do jaké míry má veřejnost stigmatizující pohled. Schvalované stigma/schválení stigmatu (stigma endorsement – překlad autorky bakalářské práce) zahrnuje jedincovy vlastní stigmatizující postoje vůči ostatním. Stigma při léčbě (treatment stigma – překlad autorky bakalářské práce) je stigma, které se váže k vyhledání odborné pomoci.

1.4 Stigmatizace duševních onemocnění

1.4.1 Vývoj přístupu společnosti k jedincům s duševním onemocněním

Při otázkách, co způsobuje duševní onemocnění, se již lidé z prvních civilizací uchýlovali k velmi negativním vysvětlením. Původ hledali v nejrůznějších magických silách a božstvech, onemocnění bylo vnímáno jako jistá forma trestu, prokletí nebo posednutí zlými silami (Ocisková a Praško, 2015). Stigmatizace duševně nemocných se tedy vyskytuje již od úplného počátku, vysvětlení jeho zdroje totiž vedlo ke strachu z těchto osob a jejich nepřijetí společností (Petr a Marková, 2014).

S výjimkou několika starověkých civilizací, například Indie, Egypt a Řecko, příliš nedocházelo k pokusům o léčbu. Řešení představovaly především nejrůznější rituály, ochranné předměty (tamtéž, 2014), objevily se ale i snahy vyhnat demony z těla pomocí surových metod jako bičování, hladovění nebo pouštění žilou (Nolen-Hoeksema, 2012).

První změna nastala až v 5. století před naším letopočtem díky lékaři Hippokratovi, který vyvrátil původní primitivní vysvětlení a zabýval se zejména vlivem tělesné roviny na psychiku. Jeho práce spočívala v definování tekutin v těle, jejichž nesprávné vyvážení vede k duševnímu onemocnění. (Ocisková a Praško, 2015). Právě u něj můžeme také zaznamenat i první začátky využívání léčebných metod. Většina z nich, například fyzická aktivita, vyvážená strava, masáže nebo relaxační koupele byly zajisté prvními správnými kroky, velmi časté byly však i poměrně nežádoucí způsoby, například vyvolávání zvracení nebo průjmu a omezení pohybu pacienta (Nolen-Hoeksema, 2012).

I přes to, že snahy porozumět duševním onemocněním a přicházet na nové léčebné metody se objevovaly ještě v 1. století našeho letopočtu, vývoj v této oblasti udělal velký krok zpět s nástupem středověku. Došlo k návratu k pohledu, jenž zaujímaly první civilizace, tedy vysvětlení skrz náboženství. Opět bylo tedy na duševní onemocnění pohlíženo jako na formu trestu nebo dokonce posednutí d'áblem a vzhledem k obrovskému vlivu, který mělo náboženství a církve na společnost, se proto duševně nemocní lidé dostali do velmi špatného postavení. Nevyskytovaly se zde žádné pokusy o efektivní pomoc nebo léčbu, cílem bylo jednoznačně vyloučit tyto jedince ze společnosti, a to buď jejich usmrcením nebo izolací. (Ocisková a Praško, 2015). K tomu sloužily například takzvané věže bláznů na okrajích měst nebo lodě bláznů. Obě zařízení představují jistou formu záruky, že se duševně nemocní lidé nemohou pohybovat ve městech mezi běžnými obyvateli (Petr a Marková, 2014).

Ke konci středověku se opět vrací názory, které spojují duševní onemocnění s medicínou. Za nejvýznamnější čin je považováno tvrzení lékaře a profesora Johanesse Weyea o původu duševních onemocnění v medicíně, což je označováno za první revoluci v psychiatrii. V průběhu osvícenství se toto pojetí rozšiřuje a s nástupem novověku dochází ke vzniku prvních ústavů. V počátcích ale bohužel opět docházelo k velmi nehumánnímu a krutému zacházení s pacienty a ústavy tak místo pomocného plnily spíše izolační charakter. K prvním zlepšením dochází ve Francii v roce 1792 vlivem Philippa Pinela, což je krok, který je označován za druhou psychiatrickou revoluci. Následně tedy dochází k prvním efektivním léčebným a terapeutickým postupům. Trvalo ovšem velmi dlouhou dobu, než se tyto změny rozšířily (Ocisková a Praško, 2015).

V průběhu 18.-19. století dochází k finálnímu odmítnutí myšlenky náboženského nebo magického vlivu na duševní onemocnění, zdroj obtíží je nyní kladen mimo tělesných základů také do psychických a sociálních. I přes to se ale pohled veřejnosti na tuto problematiku příliš nezměnil. Nemocní jedinci byli stále drženi ve velmi špatných podmínkách nebo byli dokonce vystavováni na obdiv běžné veřejnosti (Petr a Marková, 2014).

Postupně však dochází k dalšímu rozvoji poznání a studia duševních onemocnění, v podobě popisu jednotlivých psychických obtíží a hledání nových způsobů léčby. Ty se však nejprve podobají zmíněným Hippokratovým postupům a opět dochází praktikám jako

pouštění žilou, hladovění, ponoření do ledové vody nebo zabránění pohybu pacienta. Mnoho z těchto metod se objevuje ještě i v průběhu 20. století (Ocisková a Praško, 2015).

O velký přínos v poli terapie a léčby neuróz a psychóz se zasloužil Sigmund Freud (Petr a Marková, 2014). Freud zdůrazňoval roli dětství, zabýval se zdrojem úzkosti, nevědomými a obrannými mechanismy. Svými poznatky přinesl velké obohacení jak teorie, tak praxe v oblasti duševních onemocnění a ve velké míře ji ovlivnil i nadále, zejména s rozvojem psychoanalýzy. Freudovo působení je udáváno jako třetí psychiatrická revoluce (Ocisková a Praško, 2015).

Jedním z největších kroků zpět však představovala druhá světová válka, kdy byly desetitisíce duševně nemocných pacientů, mezi nimi i dětí, cíleně vyvražďovány za účelem vymýcení dědičných poruch (tamtéž, 2015). Poznatkem, který válečná období přinesla bylo však rozšíření povědomí o tom, že duševní onemocnění může postihnout i běžného zdravého jedince a psychiatrie tím dostala na důležitosti. Došlo k tomu kvůli častému výskytu shell shocku, neboli prvnímu označení posttraumatické stresové poruchy u vojáků (Petr a Marková, 2014).

50. léta následně představovala velmi pozitivní obrat, začaly se rozvíjet nové terapeutické směry, velkou roli sehrál také rozvoj neurověd a došlo k převratnému objevu psychofarmak, což je čtvrtou revolucí v psychiatrii. Zavedení léků a rozvoj psychoterapie vedl k tomu, že mnoho pacientů z ústavní léčby již tuto péči nadále nepotřebovalo a mnoho ústavů proto zaniklo a přednost dostala zejména komunitní péče (Ocisková a Praško, 2015).

1.4.2 Současné postoje společnosti k jedincům s duševním onemocněním

Postoj společnosti společně s péčí o duševně nemocné zažívá posun vpřed, negativní postoje a stereotypy však stále nevymizely. Podle Ociskové a Praška (2015) patří mezi nejvýraznější nálepka morální slabosti, nekontrolovatelnosti a nepředvídatelnosti chování. Thornicroft (2006) uvádí některé další mylné představy, například domnění, že lidé s duševním onemocněním nemohou pracovat, sami se rozhodovat, že duševní onemocnění nelze vyléčit, nebo naopak, že se daní lidé se dostatečně nesnaží své problémy překonat, protože kdyby to udělali, bylo by jim lépe. Vůbec nejsilnější vliv mají předsudky týkající se násilí a nebezpečného chování. Taková negativní představa vede k tendencím se takovému jedinci vyhýbat a dochází k jeho izolaci (tamtéž, 2015).

Při vytváření této představy však hraje největší roli právě stigma a stereotypizace. Na toto téma bylo provedeno mnoho výzkumů, často se lehce liší svými výsledky, žádné z nich však nedokládají jasnou souvislost mezi duševními onemocněními a násilím, spíše naopak (Torrey, 1994). Při jejich reflexi je velmi důležité nezaměřovat se pouze na výsledky, ale také na metodu. Jeden výzkum například zkoumal prevalenci jedinců s duševním onemocněním ve věznicích, nebral však ohled na povahu spáchaného zločinu, tedy jestli se skutečně vyskytovalo násilí či nikoliv. Takové výsledky však poté mohou negativně ovlivňovat pohled veřejnosti (tamtéž, 1994).

Jedna z nejnovějších metaanalýz na toto téma z roku 2020 shrnuje provedené studie, které se týkají násilného chování vedoucímu k zatčení nebo odsouzení daného jedince. Výsledky ukazují, že u jedinců, kteří za své činy dostali trestní sazbu v rozmezí 5-10 let je výskyt duševních onemocnění menší než 5 %. Toto procento se poté zvyšuje na 6-10 %, když se rámec zúží na poruchy osobnosti a schizofrenii a následně ještě na více než 10 % v případě osob zneužívajících návykové látky (Whiting et al., 2021).

I přes to je však pohled společnosti velmi odlišný. Podle výzkumů provedených na americké společnosti, vnímá přes 60 % zkoumaného vzorku jedince se schizofrenií jako nebezpečné pro své okolí, přičemž toto číslo ještě vzrůstá na 68 % v případě záměny schizofrenie za alkoholovou závislost. Může se zdát, že je tato problematika svázaná převážně jen s těmito potížemi, tato studie však přišla s překvapivým zjištěním. Výzkum zjistil, že 30 % lidí si spojuje násilí s depresivními potížemi a 20 % dokonce spojuje s násilím i psychické potíže, se kterými se setkáváme na denní bázi, ve výzkumu nazvané „daily troubles“. Výzkum nadále poukazuje na zajímavý fakt, že se toto procento navíc s průběhem času ještě zvyšuje (Pescisolido et al, 2019). Jak již bylo zmíněno, tento výzkum byl proveden na americké společnosti a není proto možné tvrdit, že jsou výsledky obecně platné i pro jiné společnosti. I tak mi však přišlo podstatné uvést zde právě tento, který dobře demonstruje, do jaké míry může stigmatizace dojít.

1.4.3 Faktory, které ovlivňují rozvoj stigmatu

1.4.3.1 Sociální faktory

Výše uvedený popis procesu od Thornicrofta (2006) mi přišlo vhodné uvést z toho důvodu, že na některých z jeho fází lze velmi dobře vysvětlit, proč se stigma vlastně rozvíjí. Jako první se budu soustředit na stereotypy. Ty jsou totiž jedním z příkladů schémat, které lidem

pomáhají orientovat se ve světě a organizovat ho takovým způsobem, aby pro ně byl přehledný a nedošlo k zahlcení informacemi. Slouží také jako prostředek získávání informací, které lze odvodit z minulých zkušeností (Výrost a Slaměník, 2008). Problémem však je, že množství informací získaných skrz stereotypy není pravdivých.

Stereotypy o duševních onemocněních mohou být sice i pozitivní, převažují však spíše negativní. Jedno z vysvětlení negativních stereotypů vychází z teorie ospravedlňování systémů. Tato teorie stojí na poznatku, že v případě, kdy ve společnosti dochází ke znevýhodnění nějaké menšinové skupiny, lidé mají tendenci vytvářet stereotypy, které tento stav vysvětlují tím, že si daní jedinci zapříčinili svou situaci sami (Jost a Banaji, 1994).

Další faktor se týká třetí fáze, tedy separace, kdy dochází k dělení na „my“ a „oni“. Členská skupina, do které jedinec patří, se nazývá ingroup, skupina, vůči které se jedinec se svou skupinou vymezuje, je outgroup. Jedinec musí nejprve cítit silnou sounáležitost s ingroup, aby se mohl vymezovat proti skupině jiné, musí tedy sdílet alespoň jeden společný znak. Je lidskou přirozeností chtít patřit do nějakých členských skupin, požadavkem zároveň však je i to, aby tyto skupiny byly pozitivně vnímané, protože skrz ně člověk utváří i pohled na sebe samého. Takové pozitivní vnímání je poté o to snazší, když se daná skupina vymezí vůči jiné skupině, kterou vnímá negativně, tedy outgroup. Výsledkem je, že lidé mají tendenci upřednostňovat ingroups a jejich členy před outgroups. U outgroups poté velmi roste tendence ke stereotypizaci, ale i odlišnému chování k těmto skupinám. Tento fenomén se nazývá ingroup favoritizace. Zároveň bylo prokázáno, že toto favoritizování je o tolik větší, pokud se tyto dvě skupiny společně nesetkávají a jejich členové tak nemají společný kontakt (Tajfel, 1974).

1.4.3.2 Vliv médií

Na vztah duševních onemocnění a násilí velmi dobře navazuje téma role médií ve stigmatizaci lidí s duševním onemocněním. Mnoho lidí si jistě vybaví velké množství případů, kdy byly záporné postavy, nejčastěji v podobě sériových vrahů, spojeny s poruchami osobnosti či jinými psychickými onemocněními, a právě toto sloužilo jako dostatečné vysvětlení toho, proč se daný člověk chová násilně – je duševně nemocný. Ke stigmatu přispívá mimo to také množství hororových filmů, které se soustředí na tematiku psychiatrických léčení.

Jako příklad uvádím studii, která analyzovala spojení duševních onemocnění s násilím v kanadských televizních filmech a seriálech v průběhu let 2013-2015, a přišla se zjištěním, že se toto spojení nachází až v 65 % zkoumaného materiálu. Tematika zotavení nebo rehabilitace se objevovala pouze v 9,2 %. Autoři studie však poukazují i na to, že se tato procenta v průběhu let snižovala, dochází tedy postupně ke zlepšování obrazu, který televize vytváří. Tuto změnu spojují s větší informovaností a destigmatizujícími programy (Whitley a Wang, 2017a). Stejní autoři zkoumali také novinové články a přišli zde s podobným vzorcem zlepšení, pozitivní novinové články se v průběhu let 2005-2015 zvýšily až o polovinu, přičemž negativních a stigmatizujících článků postupně ubývalo (Whitley a Wang, 2017b).

I přes to, že média hrála tomto ohledu především v minulosti hlavně negativní roli, není možné na tomto místě nezmínit také jejich pozitivní přínos. Média, zejména sociální sítě, mohou mít velký vliv i na snižování stigmatu. Právě jejich prostřednictvím často probíhá mnoho destigmatizujících strategií, které podrobně zmiňuji níže. Je možné zaznamenat množství kampaní, nejčastěji ve formě sdílení vlastních zkušeností, které se snaží o to, aby tematika duševních problémů nebyla tabuizována a stigmatizována (Betton et al., 2015). Benefiční povaze sociálních sítí zatím nebyla ve výzkumu věnována pozornost jako stránce negativní, tato problematika by však v budoucnu měla být určitě mnohem více zohledňována. Naslund et al. (2016) ve svém článku popisuje mnohé přínosy sociálních sítí. Zejména vzájemné sdílení, které nabízí možnost komunikovat s někým, kdo daným problémům rozumí a také je prožívá, má velmi pozitivní efekty. Především u jedinců se závažnými duševními poruchami to vede ke zlepšení v procesu uzdravení, ve wellbeingu a sociální integraci.

1.4.3.3 Deinstitutionalizace a stigma

Jistou roli ve formování pohledu společnosti hraje také fenomén deinstitutionalizace. Jedná se o proces, který se odehrával v průběhu 60.-70. let, během kterého docházelo k rušení velkých psychiatrických ústavů. Pacienti byli propouštěni do domácí péče a navštěvovat měli menší zařízení, stacionáře nebo komunitní centra. Stalo se tak v návaznosti na objev psychofarmak v 50. letech. Pozitivní důsledky vycházely z toho, že tehdejší kvalita péče v ústavech nebyla příliš vyhovující, domácí prostředí společně s psychofarmaky u mnoha pacientů tak vedlo ke značnému zlepšení. Mezi negativní důsledky však patří fakt, že mnoho zemí nebylo na tuto změnu připraveno. V zemích se

slabší ekonomickou situací například nebyla dostupná péče po odchodu z ústavu. Mnoho pacientů však dodatečnou pomoc po propuštění potřebuje a v případě, že se jim péče nedostane, může situace skončit bezdomovectvím nebo užíváním návykových látek. Studie WHO z roku 2003 přišla dokonce s faktem, že duševním onemocněním trpí v některých městech Evropy dokonce polovina bezdomovců (Nolen-Hoeksema, 2012). Deinstitutionalizace tedy vedla ke stigmatizaci v tom smyslu, že se společnosti dostalo mnoho negativních příkladů, často v podobě duševně nemocných lidí na ulici.

1.5 Dopady na stigmatizované jedince

Znevýhodnění a diskriminace se projevuje hned v několika oblastech. Thornicroft (2006) uvádí zejména oblasti osobního života, sociálních vztahů, pracovního uplatnění, ale i zdravotní péče.

Obtíže ve vztazích se často objevují již v rodinném prostředí, kdy často vychází z nepochopení, příkladem může být například obviňování daného jedince z lenosti. V pracovní oblasti Thornicroft uvádí potíže se získáním pracovního místa, ale i udržením pracovní pozice. Zmiňuje například výzkumy, které prokazují, že procento lidí s duševním onemocněním, kteří jsou zaměstnáni, je menší než u běžné populace, a dokonce i menší než u populace lidí se zdravotními obtížemi. To se následně může projevovat například nezaměstnaností nebo finančními obtížemi.

Thornicroft také uvádí, že diskriminace může pramenit i v jedinci samotném, konkrétně jeho sebestigmatu, kdy jedinec internalizuje stigmatizující názory společnosti. Mezi oblasti, které jsou tímto poté negativně zasaženy patří zejména self-esteem (vnímání vlastní hodnoty) a self-efficacy (víra ve vlastní schopnosti) (Corrigan, 2004). Corrigan dále uvádí, že sebestigmatizace dále vede ke studu z vlastních duševních problémů. Tomuto studu se lidé snaží vyhýbat tím, že se vyhýbají nálepky duševního onemocnění a čehokoliv s ním spojeného, což vede k tomu, že často buď nikdy nevyhledávají odbornou pomoc nebo mají po jejím vyhledání problém léčbu dodržovat. Z toho důvodu je to právě stigma, které je nejčastějším důvodem nevyhledání odborné pomoci. Není to však způsobeno čistě sebestigmatizací, určitou roli zde vždy hraje současně i sociální stigma (tamtéž, 2004).

1.5.1 Copingové strategie

Copingové strategie jsou způsoby, kterými se jedinci se stigmatem vyrovnávají. Je velmi individuální, jakou strategii jedinec využije, velmi často jedinci využívají několik strategií najednou. LeBel (2008) popisuje čtyři copingové strategie, které lidé s duševním onemocněním velmi často využívají.

Mezi první se řadí snaha o skrytí projevů, které by mohly vést ke stigmatu před okolím a společností, tedy snaha o působit „normálně“. To však může dojít až k vyhýbání se situacím a sociálním interakcím, kde by mohlo být skryté odhaleno. Druhý je sociální aktivismus ve formě snahy o odstranění stigmatu. Může se jednat o v poslední době stále častější projevy snahy normalizovat problematiku duševního zdraví. V tomto případě se jedná o opak předchozí strategie, protože jedinci během tohoto procesu odhalují svou příslušnost k stigmatizované skupině. Třetí strategií je snaha o snížení stigmatu skrz vystupování jako určitý expert na danou problematiku, který se snaží o poskytnutí pomoci ostatním v podobné situaci skrz sdílení vlastních zkušeností. Poslední je vyrovnání se v průběhu času.

1.6 Destigmatizace

Corrigan a Penn (1999) přichází ze třemi základními strategiemi pro snížení stigmatu. Patří mezi ně protest, edukace a kontakt.

Protest spočívá v aktivním bránění vzniku nových a podpory existujících stereotypů. Ačkoliv je zajisté z jedné strany účinným způsobem, má i své komplikace. Corrigan a Penn (1999) poukazují na to, že i v případě, kdy je zabráněno šíření stereotypů, tyto stereotypy nevyumizí z povědomí společnosti, naopak jsou někdy ještě více umocněny. Problém tkví také v tom, že pozitivní výsledky protestu mají často jen krátké trvání. Druhým způsobem je snaha o šíření informací, které stereotypy přímo vyvrací. Tento způsob přináší velký přínos, protože byla zjištěna souvislost mezi větší informovaností a nižší stigmatizací. Většina výzkumů na toto téma potvrdila pravdivost tohoto tvrzení. Poslední strategií je přímý kontakt mezi většinovou společností a stigmatizovanou menšinou. Kontakt vede k tomu, že si většina může vytvořit vlastní obraz, obecně sdílené stereotypy začínají hrát menší roli a dochází ke zlepšení pohledu na stigmatizované jedince. Jsou zde však určité podmínky, jejichž dodržení vede k lepší efektivitě tohoto procesu mezi nimi zejména podobnost mezi danými jedinci, například stejný sociální status.

Aboleda-Flórez (2012) ve své práci shrnuje 6 hlavních přístupů vedoucích ke snížení stigmatu. Mezi první tři patří již zmíněné Corriganovy přístupy, nyní tedy představím tři zbývající. Prvním z nich je legislativní reforma, kterou představují zákony, které činí diskriminaci vůči lidem s duševním onemocněním nelegální. Další je advokacie, jejíž cílem je upozornit na danou problematiku a podpořit šíření povědomí společnosti, orientuje se ale i na vlivné osobnosti v politice, které mají možnost v tomto ohledu prosazovat změny. Poslední strategií je stigma self-management, který spočívá v nejrůznějších službách na podporu stigmatizovaných jedinců, ale i jejich rodin. Tyto strategie vedou zejména ke snížení sebestigmatizace a zvýšení self-esteemu, zejména skrz edukaci a kontakt.

2 Duševní onemocnění

2.1 Definice

Není příliš snadné jasně vymezit hranici mezi zdravím a nemocí, už například proto, že můžeme definovat jak subjektivní zdraví, kdy se daný jedinec sám vnímá jako zdravý a objektivní zdraví, kdy musí dojít ke splnění určitých norem, aby mohl být jedinec hodnocen svým okolím jako zdravý (Orel, 2020). Podobně je to i v oblasti psychiky, není zde žádné obecné vymezení duševního onemocnění, které by jej jasně oddělovalo od duševního zdraví, objevuje se naopak mnoho různých definic. Jednou z nich je definice duševní poruchy od Hartla (2004):

„klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech; šířeji zejména některých psychických procesů projevující se v myšlení, pocitech a chování člověka, které znesnadňují jeho adaptaci, interakci se sociálním okolím“

Na snahy oddělit duševní onemocnění od duševního zdraví skrz popisů nejrůznějších norem, dle kterých je jedinec hodnocen, navazují i pohledy, které nevnímají tyto dva pojmy jako dva protikladné póly. Dušek a Večeřová-Procházková (2015) popisují, že zdraví nelze vnímat jako stav, kdy se nevyskytuje nemoc, naopak zdraví vnímají spíše jako proces, ve kterém hraje velkou roli prostředí jedince.

2.2 Vybraná duševní onemocnění

V této kapitole nabízím stručný vhled do duševních onemocnění, kterým se věnuje empirická část této bakalářské práce. Afektivní a neurotické poruchy jsem si vybrala z toho důvodu, že se řadí mezi psychické potíže, které jsou v adolescentním věku nejčastější (World Health Organisation, 2021). Pracuji při tom s Mezinárodní klasifikací nemocí od Světové zdravotnické organizace, kde jsou duševní onemocnění uvedena v sekci F00-F99 Poruchy duševní a poruchy chování. Tato klasifikace je pravidelně přepracovávána a v současné době se u nás k roku 2023 používá její 10. revize.

2.2.1 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy neboli poruchy nálady jsou v MKN-10 uvedeny v sekci F30-F39. Jsou to taková duševní onemocnění, u kterých zaznamenáváme změny nálady v podobě snížení,

tedy deprese, ale také její protipól, mánie (MKN-10, 2023). Mezi symptomy manické epizody se řadí velmi zvýšená nálada, která může přecházet až do extrémního euforického nabuzení, které je charakteristické ztíženou schopností sebekontroly. Typické je také vysoké množství energie se současnou sníženou potřebou spánku, rychlá někdy až překotná řeč, hyperaktivita a vysoké až nereálné povědomí o svých vlastních schopnostech, což může být v některých případech nebezpečné. Depresivní příznaky jsou opakem, převažuje výrazný pokles nálady, pocity smutku, beznaděje, negativní pohled na sebe i své okolí, snížení aktivity a energie, ztráta zájmu o činnosti a věci, které byly do té doby zdrojem pozitivních pocitů. (Ocisková a Praško, 2015).

Střídavým výskytem manických a depresivních fází je charakteristická bipolární afektivní porucha. Doba, během které se epizody střídají, je individuální, může být v rámci měsíců, ale i let. Obvyklý rozvoj je udáván mezi 20-30 lety, ale i v jakýchkoliv jiných vývojových stádiích jedince. Nejčastější počátky byly zaznamenány v době, kdy dochází k vývojovým přechodům mezi jednotlivými obdobími, což staví období puberty v adolescenci jako rizikové (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Periodická depresivní porucha se naopak vyznačuje výskytem pouze depresivních epizod bez epizod manických. K rozvoji poruchy může docházet v jakémkoliv věku (MKN-10, 2023). Deprese je v současné době nejčastěji se vyskytující duševní poruchou u adolescentů, ale i mladých dospělých a umístila se i na čtvrtém místě mezi nejčastějšími nemocemi obecně. Své místo má také na předních pozicích mezi důvody, které způsobují invaliditu, její závažnější formy totiž komplikují až znemožňují i každodenní fungování (Ocisková a Praško, 2015).

2.2.2 Neurotické poruchy

Neurotické poruchy jsou v MKN-10 uvedeny v sekci F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Jejich hlavním znakem je úzkost, která se projevuje jak psychickými, tak fyzickými symptomy (MKN-10, 2023). Úzkost popisují Ocisková a Praško (2015) jako stav, kdy jedinec cítí strach a příznaky s ním spojené, ale nedokáže jasně definovat zdroj tohoto pocitu. Může se projevit v nějaké konkrétní situaci, například skrz panickou ataku, ale má i dlouhodobou formu. Druhou z těchto možností se vyznačuje generalizovaná úzkostná porucha, charakteristická častými negativní očekáváními,

strachem z nových situací, ale také mnohými fyzické úzkostnými projevy (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Mezi jednu z nejrozšířenějších úzkostných poruch lze zajisté zařadit také sociální fobii, která je podkategorií Fobických úzkostných poruch (MKN-10, 2023). Mezinárodní studie, která zkoumala četnost jejího výskytu u jedinců ve věku mezi 16-29 lety v sedmi různých zemích zjistila, že prevalence dosahuje až 36 % (Jeffries et al., 2020). Jedná se to typ úzkosti, který se projevuje při styku s lidmi. Jedinec se v takových situacích obává negativního hodnocení ze strany druhých, což ústí mimo psychických také v mnoho fyzických stresových projevů (např. červenání, třes, nevolnost) a nakonec může vést k vyhýbání se sociálním situacím (MKN-10, 2023). Počátek rozvoje sociální fobie se vyskytuje nejčastěji v průběhu adolescence (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

2.3 Stigmatizace u depresivních a úzkostných problémů

Nejvíce stigmatizace zasahuje jedince s psychotickými symptomy a poruchami, mezi které se řadí například schizofrenie, která byla také v tomto kontextu nejvíce zkoumána. Je to zejména kvůli závažnějším stereotypům, které jsou se schizofrenií svázané, například již zmíněná nebezpečnost, ale také nízká pravděpodobnost vyléčení se (Wood, et al., 2014). Stigma týkající se neurotických a afektivních poruch, jež jsou předmětem tohoto výzkumu, se však od psychotických poruch liší (Ocisková a Praško, 2015).

Již z názvu kapitoly je možné odvodit, že se stigma týká nejen afektivních a neurotických duševních poruch jako diagnóz, ale také úzkostných depresivních problémů, které se v životech lidí vyskytují například v obtížných životních situacích apod. Druhá zmíněná problematika je však nedostatečně prozkoumána, výzkumy totiž většinou pracují s jedinci s již určenými diagnózami. Existenci stigmatu zde však nelze vyloučit, zejména vzhledem k výše zmíněné studii o nebezpečnosti lidí s duševními problémy, která zahrnovala stigmatizující postoje i k lidem, kteří zažívají psychické problémy z důvodu různých životních okolností. V této kapitole uvádím informace o povaze stigmatizace u jedinců s afektivními a neurotickými poruchami, je však velmi pravděpodobné, že podobný vzorec prožívání se bude vyskytovat i u jedinců s depresivními a úzkostnými symptomy bez výskytu těchto poruch.

U afektivních poruch je rozdíl zejména mezi manickou a depresivní epizodou. Zatímco jedinci v mánii nezažívají prakticky žádnou sebestigmatizaci, naopak mají spíše zvýšené

sebevědomí a pocit nadřazenosti, po jejím odeznění a zejména v depresivní epizodě dochází k pravému opaku. Lidé v depresi si často nechtějí své onemocnění přiznat, a to zejména z toho důvodu, aby se vyhnuli nálepce slabosti a lenosti, kterou přisuzuje jak okolí, tak jedinec sám ve formě sebestigmatu. Často z toho důvodu mají také potíže o svých problémech mluvit (tamtéž, 2015).

U neurotických poruch není stěžejní sociální stigma, protože stereotypy nejsou tolik rozšířené, ale právě sebestigmatizace. Největším zdrojem negativních pocitů jsou jedincovy obavy z odsouzení okolím, proto často dochází k omezování sociálního kontaktu, který může v některých případech přerůst až v izolaci (tamtéž, 2015).

Rozdílů jsou i mezi jednotlivými poruchami, především co se týče intenzity stigmatu. Jeden z výzkumů zaznamenal intenzivnější dopady stigmatu na jedince s bipolární afektivní poruchou než na jedince s depresí (Lazowski et al., 2012). Deprese však dle jiné studie zaznamenala větší míru stigmatizace než sociální fobie (Lynch et al., 2021) a úzkosti (Wood et al., 2014). U úzkosti jsou méně závažné stereotypy a větší vnímaná naděje na uzdravení. S depresí jsou však svázané více negativní stereotypy než s úzkostí, například co se týče lenosti (tamtéž, 2014).

3 Adolescence

Adolescence je vývojové období, které se nachází na pomezí mezi dětstvím a dospělostí, konkrétně přibližně v druhých deseti letech života. Přesnější vymezení a také dělení se dále liší v závislosti na jednotlivých autorech.

Podle Macka (1999) je nejprve mezi 10(11)-13 lety časná adolescence, mezi 14-16 střední adolescence a nakonec pozdní mezi 17-20 lety. Odlišné dělení nabízí (Langmeier a Krejčířová, 2006). Zde dochází dělení na pubescenci a adolescenci. Pubescence je datována od 11 do 15 let a má dvě fáze. První z nich je puberta, kdy dochází k rozvoji sekundárních pohlavních znaků. Navazuje na ni fáze vlastní puberty (13-15), jejíž zakončením je dosažení reprodukční schopnosti. Období adolescence autoři datují mezi 15-22 lety a definují jej jako období, kdy dochází ke konečnému rozvoji reprodukčních schopností tedy dosažení konečné reprodukční zralosti. Na fyzické změny ke konci adolescence navazuje také rozvoj sexuality a objevují se první partnerské vztahy (Thorová, 2015).

Adolescence je obdobím, které je spojené s mnoha změnami. Patří mezi ně jak již zmíněné změny fyzické, tak psychické a sociální. Mezi psychické změny řadíme zejména proměnu emocionality v podobě výraznějšího emočního prožívání a emoční lability, ale také proměny v myšlení, například ve formě získání schopnosti abstraktního myšlení. Co se týče sociální stránky, důraz je kladen zejména na vrstevnickou skupinu, probíhá také postupné osamostatňování od rodiny (tamtéž, 2015). Důležitým vývojovým úkolem tohoto období je hledání vlastní identity a svého místa ve společnosti, což je proces, během kterého hraje výraznou roli právě již zmíněná vrstevnická skupina (Vágnerová, 2012).

3.1 Duševní poruchy v adolescenci

Podle statistik Světové zdravotnické organizace každý sedmý člověk ve věku mezi 10. a 19. rokem života má zkušenost s nějakou duševní poruchou, přičemž jako nejčastěji se vyskytující poruchy uvádí deprese, úzkosti a poruchy chování. Nejčastější vůbec jsou neurotické poruchy (World Health Organisation, 2021).

S tímto tvrzením souhlasí většina výzkumů, Rapee et al. (2019). popisují specifickou skupinu poruch, kterou tito autoři nazývají jako „sociálně-emoční poruchy“ (přeloženo autorkou bakalářské práce). Mezi tyto poruchy patří sociální fobie, generalizovaná

úzkostná porucha, těžká forma deprese a poruchy příjmu potravy. Mimo poslední se tedy jedná o poruchy, kterým je v této práci věnována pozornost.

Podstatné je také zejména to, že adolescence je obdobím, ve kterém tyto poruchy vznikají. To je dáno výššími nároky, mnoha novými událostmi a celkovou náročností tohoto období. Roli ale zároveň hrají i genetické a osobnostní předpoklady jedince (např. temperament), jedná se tedy o vzájemnou interakci (tamtéž, 2019).

3.2 Stigma duševních problémů u adolescentů

Stigmatizace duševních problémů v adolescentním věku je téma, které zatím nebylo tolik prozkoumáno. Vyskytuje se zde však vzhledem k dospělosti několik rozdílů. Odlišný je například charakter diskriminace. Zatímco dospělí jedinci ji zažívají převážně ve výše popsaných oblastech jako pracovní uplatnění apod., u adolescentů dochází zejména k sociálnímu vyloučení nebo negativnímu zacházení v rámci sociálních interakcí. Je to totiž právě jedincova sociální skupina, která v adolescenci hraje nejvýraznější zdroj stigmatu v podobě reakcí ostatních, v nejhorších případech dochází až k úplnému vyloučení ze skupiny. Vzhledem k tomu, že tyto skupiny dále hrají významnou roli při vytváření identity, může stigma tento proces narušit (Heary et al., 2017).

Další rozdíl mezi dospělými a adolescenty se týká vlivu na vyhledání odborné pomoci. Tato problematika nebyla zatím tolik podrobně prozkoumána, ale z výzkumů vyplývá, že zatímco u dospělých má největší negativní vliv sebestigma, u adolescentů je to převážně sociální stigma, které má v této oblasti negativní vliv (Nearchou et al., 2018). Zajímavým zjištěním stejné studie byl také fakt, že na zkoumaném vzorku 12-18 let měli nižší tendenci vyhledat odbornou pomoc starší adolescenci, patrně proto, že více vnímají vliv stigmatu.

4 Řešení duševních problémů u adolescentů

Při porovnání studií z několika různých zemí, které zkoumají, kolik adolescentů se závažnými depresivními a úzkostnými problémy vyhledá pomoc, bylo zjištěno, že se toto procento pohybuje přibližně od 18 do 34 % (Gulliver, 2010). Stejný problém potvrzují i výzkumy Světové zdravotnické organizace, která udává, že u adolescentů velmi často nedochází ani k správnému identifikování problému, natož jeho řešení. Tento problém přitom může dané jedince velmi negativně ovlivnit i v dospělém věku (World Health Organisation, 2021).

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, hraje v tomto ohledu velmi negativní roli právě stigma. Není však pouze jedinou příčinou, roli hrají v tomto ohledu i jiné faktory. Nyní tedy krátce rozvedu konkrétní důvody, které vedou k tomu, že adolescenti nevyhledávají odbornou pomoc při výskytu duševních problémů. Prvním z nich je například nedostatečná informovanost o tématu duševních problémů a možnostech jejich řešení, kde jistou roli hraje také nedůvěra v odborníky, například co se týče zachování mlčenlivosti. Jiné se vztahují ke stigmatu, největší roli hraje to, že jedinci své problémy vnímají velmi negativně a stydí se za ně. Výraznou roli hrají ale také finance a obecná dostupnost služeb (Radez, et al., 2021). Některá z těchto zjištění se objevují i v předchozí studii (Gulliver, 2010), která vyzdvihuje zejména obtíže s rozpoznáním problému, často spojené právě s nízkou informovaností, stud z prožívaných potíží, ale také tendence k samostatnému řešení daných problémů.

4.1 Možnosti odborného řešení duševních problémů adolescentů

Jednou z možností, kterou mohou adolescenti využít, a která by měla být ideálně nejlépe přístupná, je školní poradenství. Systém poradenství se v České republice dělí na dva typy pracovišť, které by spolu v ideálním případě měly spolupracovat. Prvním z nich je školní poradenské pracoviště, které se vyskytuje přímo na půdě školy. Působí zde výchovný poradce, školní metodik prevence, někdy také školní speciální pedagog a školní psycholog. Jedná se o bezplatné služby, které se zaměřují na primární prevenci, informační a poradenskou činnost. Školská poradenská pracoviště se naproti tomu vyskytují mimo školu, konkrétně se jedná o pedagogicko-psychologické poradny, speciálně-pedagogická centra. Jejich činnosti spadají zejména do informační, diagnostické, poradenské a

metodické oblasti, přičemž u speciálně pedagogických center je tato činnost specializovaná na žáky se speciálními vzdělávacími potřebami (Knotová, 2014).

Ve vztahu k řešení duševních problémů adolescentů hrají největší roli z výše zmíněných výchovný poradce, který je na školách vždy povinně a školní psycholog. Právě u školních psychologů je v současné době možné zaznamenat problém vysokého nedostatku. Dle Týdeníku školství, který čerpá ze statistik MŠMT, je největší problém právě na středních školách, kde bylo k dubnu 2022 zaměstnáno na plný úvazek pouhých 101 školních psychologů. Většina je totiž zaměstnána na menší úvazky, kdy tito psychologové často působí na více školách naráz. I tak se školní psychologové údajně vyskytují pouze na pětině škol. To tedy vede k situaci, kdy na jednoho psychologa zaměstnaného na plný úvazek, spadá celkem 4244 žáků (Týdeník školství, 2023).

Výchovnými poradci jsou nejčastěji učitelé školy, kteří zároveň splnili studium po výchovné poradce. Jeho funkcí na škole je provádění poradenství (především kariérové), metodické činnosti (např. pomoc pedagogům) a informační činnosti. Často také pracuje s třídním kolektivem a řeší problémové situace, například častou absencí žáků. Činnosti školního psychologa se týkají oblasti diagnostické a depistážní, především v souvislosti se školní připraveností a klimatem třídy, konzultační, poradenské a metodické (Knotová, 2014).

Mimo poradenství se nabízí také možnosti intervence, které je vhodné využít v moment, kdy se jedinec nachází v krizové, obtížné situaci, která se negativně promítá do jeho psychiky. Pokud jedinec tuto situaci není schopen vyřešit sám, může využít služby krizové intervence. V kritických situacích je samozřejmě vhodné využít také psychoterapeutické nebo psychiatrické pomoci, ta na rozdíl od krizové intervence však zpravidla probíhá dlouhodobě. Cílem intervence je naproti tomu poskytnout pomoc v aktuální situaci a zpravidla nemá dlouhé trvání. Tyto služby je možné využít jak ve formě telefonické, tak ambulantní, v podobě krizových center a nechybí ani forma terénní. Intervence je přitom bezplatná, telefonická i některé ambulantní služby navíc mohou probíhat anonymně, což je možnost, která se vyskytuje zejména u dětských krizových center (Nevypusť duši, 2023).

Empirická část

5 Cíl a výzkumné otázky

5.1 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky, které si tento výzkum klade, se soustředí na vliv stigmatizace duševních problémů ve vztahu k jejich řešení středoškolskými studenty, například ve formě vyhledání odborné pomoci. Jedná se převážně o hlubší prozkoumání povahy stigmatizace a toho, jak ji respondenti sami vnímají a jaký na ně má vliv. Pozornost je věnována také sebestigmatizaci.

1. Jak studenti středních škol vnímají a prožívají stigmatizaci duševních problémů?
2. Jak se projevuje negativní vliv stigmatizace ve vztahu k řešení duševních problémů?
3. Jaké faktory vedou ke snižování nebo naopak zvyšování vlivu stigmatizace na řešení duševních problémů u studentů středních škol?

Cílem práce je hlouběji porozumět dané problematice a zjistit, jaké jsou hlavní problémy stigmatizace duševních problémů u studentů středních škol. Na základě toho bude možné vydefinovat faktory, které tento fenomén umocňují, a naopak faktory přispívající ke snížení stigmatu, jejichž podpora by měla být základem například programů primární prevence na středních školách.

5.2 Metodologie

Ke zjištění odpovědí na výzkumné otázky byl využit kvalitativní výzkum ve formě polostrukturovaných rozhovorů. Kvalitativní typ výzkumu představuje podrobný vhled do zkoumaného tématu, neopomíjí však ani celek jako takový, zaměřuje se tedy i na kontext. Na rozdíl od výzkumu kvantitativního nejsou jeho výsledkem číselná data nebo zjištěné vztahy, cílem je do hloubky pochopit danou problematiku a její souvislosti a také zjistit, jaký význam jí dávají sami zkoumaní respondenti. Mnohdy se také může stát, že během zkoumání vzniknou nové hypotézy nebo se objeví nová témata. Mezi nejčastější výzkumné metody patří pozorování, analýza dokumentů a rozhovor (Hendl, 2005).

6 Metody sběru dat a zpracování dat

6.1 Sběr dat

Selekce respondentů probíhala z jedinců, kteří vyplnili dotazník šířený skrz sociální sítě (viz. kapitola 2.1.1) a splňovali kritéria potřebná pro výzkum. Mezi tato kritéria patřil věk nad 18 let a aktuální nebo ukončené studium na střední škole, během kterého respondenti zaznamenali zkušenost z duševními problémy (konkrétně zejména depresivní a úzkostné problémy). Posledním kritériem bylo, aby daní jedinci v tomto období zároveň vnímali a zažívali vliv stigmatu psychických problémů, které jim způsobovalo potíže, primárně ve vztahu k řešení těchto problémů. S vybranými respondenty byly následně provedeny polostrukturované rozhovory v délce přibližně 40-50 minut. Rozhovory byly provedeny v online formě, přes platformu Google meet, což byl způsob, který byl pro všechny respondenty nejvíce vyhovující.

Témata otázek, které byly položeny, kopírují části níže popsaného dotazníku. Nejprve byly kladeny dotazy ohledně volby střední školy, které měly uvolnit atmosféru a dát respondentům možnost se rozmluvit o jednoduchém tématu. Poté jsem se dotazovala na psychické problémy v průběhu studia střední školy. Následovalo téma informovanosti, jak o charakteru psychických obtíží, tak o tom, jak hledat pomoc. Relevance tohoto tématu se ve většině rozhovorech projevila tím, že se k němu dostali respondenti sami už u popisování psychických problémů. Nato respondenti popisovali svůj proces vyhledání odborné pomoci a faktory, které jej ovlivňovaly. Předposledním a hlavním tématem byla stigmatizace, respondenti měli popisovat, co si pod ní představí, své osobní, ale i obecné zkušenosti s ní, jak je stigmatizace ovlivnila apod. Naposledy byla pozornost věnována okolí respondentů, zda hraje stigmatizující roli, jestli představuje podporu a nabízí možnost sdílení. Většinou však otázky z posledního tématu byly zodpovězeny již během dřívějších částí rozhovoru.

6.1.1 Dotazník

Dotazník sloužil jako pomocný nástroj při shánění a respondentů. Požadovaná kritéria pro výběr účastníků k výzkumu byla velmi specifická, tato forma poskytla možnost vyfiltrovat neadekvátnější kandidáty. Začátek dotazníku se týkal základních informací – věk, pohlaví a typ středoškolského vzdělání. Následná část se skládala ze zkušeností s psychickými

problémy v průběhu středoškolského studia. Respondenti, kteří v době vyplnění dotazníku studovali na střední škole, uváděli aktuální informace, absolventi odpovídali retrospektivně. Otázky byly kladeny v souladu s oběma možnostmi – v čase přítomném i minulém. Další část se týkala zkušeností s psychickými problémy. Vzhledem k tomu, že je tato práce zaměřena na depresivní a úzkostné psychické problémy, vyhledala jsem několik nejpoužívanějších škál, které tyto problémy hodnotí. Škály neměly působit jako diagnostický nástroj, otázky z nich jsem proto nakombinovala, aby byly vhodné jak pro současné, tak retrospektivní hodnocení. Ve výsledku jsem tedy vybrala ke každému typu těchto problémů 10 otázek, kdy každá mapovala jeden symptom. Odpovědi byly ve formě škály obsahující 5 možností hodnotících intenzitu uvedeného symptomu: nevyskytovalo se, mírné, středně intenzivní, vážné, velmi intenzivní.

Využívala jsem při tom následující škály:

- Beckova škála deprese: Škála složená z 21 otázek s českým standardizovaným překladem. Nejvíce symptomů do dotazníku pramenilo právě z této škály (Ptáček et al., 2016).
- PHQ-9: Modified for teens: Škála pro měření deprese upravená pro měření deprese u náctiletých skládající se z 9 hlavních otázek a několika dodatečných – vlastní překlad (PHQ-9: Modified for Teens, 2010).
- Hamilton anxiety scale: 14 položková škála mapující symptomy úzkosti – vlastní překlad (Hamilton, 1959).
- GAD-7: 7 položková škála pro hodnocení úzkosti – vlastní překlad (Spitzer et al., 2006).

Poslední část dotazníku se týkala stigmatizace. Při jejím hodnocení jsem také kombinovala několik škál, každá z nich měla poměrně jiné zaměření. Výsledná podoba se skládala opět z 10 položek, které vznikly kombinací níže uvedených škál. Jednotlivé škály mají lehce odlišná zaměření, proto jsem si pro potřebu dotazníku vybrala 5 kategorií, každá tedy obsahovala dvě otázky. Mezi tyto kategorie patřil: souhlas se stereotypy, sebestigma spojené s vyhledáním odborné pomoci, vnímaná diskriminace majoritní společnosti, tabuizace a negativní pocity ohledně vlastní osoby/sebehodnocení. Úkolem respondentů bylo uvádět míru svého souhlasu s uvedenými výroky tak, aby byly odpovědi v souladu s jejich názory během středoškolského studia. Absolventi tedy opět odpovídali

retrospektivně. Forma odpovědí měla podobu Likertovy škály: silně nesouhlasím, nesouhlasím, něco mezi, souhlasím, silně souhlasím.

- SSOSH – Self-stigma of seeking help scale: Škála skládající se z 10 otázek se zaměřením na míru jedincovy sebestigmatizace, která by se projevila snížením jeho self-esteemu ve vztahu k vyhledání odborné pomoci při duševních problémech – vlastní překlad (Vogel, 2006).
- Škála ISMI: Škála s celkem 29 otázkami soustředící se na internalizaci stereotypů, jenž se k duševním problémům vztahují (Ocisková et al., 2014).
- The Stigma Scale: Škála s 28 položkami týkajícími se různých druhů stigmatu duševních problémů – vlastní překlad (King et al., 2007).

6.1.2 Kritéria pro výběr respondentů z dotazníku

I přes to, že dotazník nesloužil jako diagnostický prostředek, ani jako prostředek pro hodnocení duševních problémů nebo stigmatu, musela jsem si definovat určité hodnoty, které by respondenti měli splňovat, aby byli vhodnými kandidáty pro rozhovor. Důraz byl kladen na zkušenost s duševními problémy a stigmatizaci. U všech tří částí dotazníku (deprese, úzkost, stigmatizace) bylo možné dosáhnout maximálního součtu 50 bodů. Pro potřeby výzkumu jsem se rozhodla využít ty respondenty, jejichž celkový součet představoval minimálně 25 bodů buď v dotazníku pro depresi nebo pro úzkost a minimálně 25 bodů v dotazníku pro stigmatizaci. K rozhovoru jsem nakonec vybrala celkem 5 respondentek, jejichž „skóre“ vypadala takto.

	deprese	úzkost	stigmatizace
Respondentka 1	35	33	30
Respondentka 2	32	27	29
Respondentka 3	48	46	36
Respondentka 4	32	31	28
Respondentka 5	31	27	32

6.1.3 Etika výzkumu

Jak bylo výše uvedeno, respondentky byly vybrány na základě vyplnění dotazníku. Data z dotazníku byla anonymní, o čemž byli všichni respondenti v jeho úvodu informováni. Vyplnění bylo čistě dobrovolné, stejně tak jako uvedení e-mailové adresy na konci dotazníku, čímž respondenti nabízeli svou účast v rozhovoru. Před provedením rozhovoru byly všechny respondentky předem obeznámeny s přibližnou strukturou rozhovoru – tedy že bude kopírovat témata uvedená v dotazníku, do rozhovoru tedy vstupovaly se souhlasem tato témata sdílet. Byly také informovány o nahrávání rozhovoru a následné transkripci, s čímž poskytly souhlas. Proběhlo také sdělení o anonymitě výzkumu, tedy že v práci nebudou zmíněna jejich jména ani bližší osobní informace. Všechny uvedené informace byly zároveň uvedeny v informovaném souhlasu, který respondentky podepisovaly.

6.2 Zpracování dat

6.2.1 Tematická analýza

K analýze získaných dat byla využita metoda tematické analýzy. Tato metoda často nebývá zahrnována mezi běžné kvalitativní metody, jedná se spíše o způsob, jak pracovat s daty, který se mnohdy používá i napříč mnoha různými přístupy. Její hlavní podstatou je „(...) identifikace, analýza a uvádění vzorců, obsažených v datech“ (Braun, Clarke, 2006, s.79 – vlastní překlad autorky bakalářské práce). Její využití je příhodné tehdy, pokud je cílem popsat, jak různí probandí vnímají určité téma nebo jev (Švaříček, Šed'ová, 2007). To se hodí pro potřeby této bakalářské práce, protože je tímto způsobem možné reflektovat shodné anebo naopak rozdílné názory a vzorce působení vlivu stigmatu. Dalším důvodem, proč jsem se rozhodla využít právě tento způsob analýzy, je ten, že jsem se nejprve rozhodovala mezi možnostmi využití metody zakotvené teorie nebo fenomenologické analýzy. Tematická analýza je poté výhodná, protože se do jisté míry podobá oběma zmíněným metodám a v tom spočívá její flexibilita (Braun, Clarke, 2006).

Proces analýzy spočívá v tom, že nejprve dochází ke kódování jednotlivých rozhovorů, kódy jsou posléze kategorizovány do témat, a nakonec probíhá porovnání zjištěných témat mezi jednotlivými rozhovory (Švaříček, Šed'ová, 2007). Podrobně proces, kterým jsem se při analýze řídila, popisují Braun a Clark (2006), kteří definují celkem 6 následujících kroků. V počátku je klíčová příprava materiálu, u rozhovoru v podobě transkripce a

následné opakované čtení. Rozhovory byly nahrány a přepsány doslova, bez jakýchkoliv úprav, včetně nespisovných vyjádření apod. Dalším krokem je kódování celého materiálu, tedy všech rozhovorů zvlášť. Kódování bylo provedeno přes online platformu atlasti.com. Následně začíná proces hledání témat, která se skládají z jednotlivých kódů, přičemž posléze je podstatné nad tématy provést dodatečnou kontrolu. Předposlední fází je definování a pojmenování tématu a celý proces je zakončen výzkumnou zprávou.

7 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří zmíněných 5 respondentek ve věku od 21-29 let, které již v současné době nestudují na střední škole, své zkušenosti sdílely retrospektivně. Všechny respondentky studovaly na gymnáziu, a všechny jsou ženy, v tomto ohledu bohužel chybí větší rozmanitost.

7.1 Respondentka 1

Respondentce 1 je 21 let, před dvěma lety ukončila studium na čtyřletém gymnáziu. Gymnázium nebyl její původní plán, ale nakonec se rozhodla, že nebude dělat tak důležité rozhodnutí o jiné variantě v pouhých 16 letech. Období, které respondentka na střední škole strávila, hodnotí velmi negativně. Velkou roli v tom hrál silný tlak na výkon a zhoršení známek, které se negativně projevilo i v osobním sebehodnocení. Společně s toxickým vztahem, který respondentka zažívala na začátku gymnázia, tyto faktory způsobily silný rozvoj poruchy osobnosti. Psychické problémy se projevily plačtivostí, přecitlivělostí, silnými úzkostmi a depresemi. Často docházelo k tomu, že respondentka musela ze školy odcházet dříve, protože jí dle jejích slov došla energie a bylo jí špatně. V tomto ohledu hodnotí jako přínosný rozvoj covidové pandemie od jara třetího ročníku a skrz celý čtvrtý ročník, protože jí nový systém výuky pomohl se se školou lépe vyrovnávat. Na druhou stranu však velmi negativně působila osamělost, způsobená izolací.

Co se týče vyhledání odborné pomoci, během střední školy nad tím respondentka neuvažovala. Měla totiž pocit, že bude v jejím případě neúčinná. Bylo to kvůli negativní zkušenosti z jejích 13-16 let. Ve svých 13 letech totiž zažila první panickou ataku kvůli rozchodu s přítelem, která měla velmi silný průběh v podobě několika denního zvracení. V následku na to jí bylo doporučeno docházení nejprve k psychologovi a poté na psychiatrii, to bylo ale neefektivní, měla pocit, že jí to vůbec nepomohlo. Jedinou pomoc, kterou na střední nakonec využila, byla od jejího kamaráda, který byl psycholog. I z toho se však stala negativní zkušenost.

Psychické potíže se však v průběhu čtvrtého ročníku stále stupňovaly a kritického bodu dosáhly po maturitní zkoušce, kdy se respondentka psychicky zhroutila, trpěla například také „slyšinami“ a docházelo už i k myšlenkám na sebevraždu. Pomoc jí tehdy poskytlo krizové centrum, kde jí byla předepsána antidepresiva. Než však stihla účinkovat,

respondentka se po dvou měsících způsobila velmi negativní stav kombinace několika Neuroolů s alkoholem, což vedlo k jednodennímu pobytu v psychiatrické léčebně. Tato událost v ní však vyvolala touhu dát věci trochu do pořádku a o pár měsíců později začala opět docházet k psychiatričce. To vedlo ke zlepšení, stále však dochází i k propadům.

7.2 Respondentka 2

Respondentce 2 je 23 let, čtyřleté studium na gymnáziu ukončila před 4 lety. Její názor byl nejprve takový, že na gymnázium nikdy nepůjde, zároveň však nevěděla, jakou jinou školu si vybrat. Období studia poté popisuje jako „období temna“, zmiňuje velkou odloučenost od ostatních, například kdy celý den po příchodu domů ze školy s nikým nekomunikovala. Bylo to kvůli vysoké únavě, kterou způsobovaly školní povinnosti, které zabíraly převážné množství jejího volného času. V reakci na tuto obtížnou situaci se u respondentky začaly rozvíjet symptomy silné derealizace a depersonalizace, které popisuje jako odloučení od reality a fungování na „automat“. Celkový stav doprovázely také symptomy deprese a úzkosti. Tyto potíže trvaly především v průběhu druhého ročníku na gymnáziu, ve třetím ročníku následovalo zlepšení. Respondentka si vyhledala informace o svých potížích, zejména co se derealizace a depersonalizace týče, na internetu a začala provádět praktiky, které jí pomáhaly tyto problémy překonávat. Nad vyhledáním odborné pomoci v té době často uvažovala, dokonce se se svými problémy i svěřila rodičům, ti jí však odbyli s tím, že se to určitělepší. Respondentka proto využila odbornou pomoc až po ukončení střední školy. Stalo se tak na základě rady kamarádky, která jí doporučila internetovou platformu [terap.io](#), kde je možné objednat se na terapie online formou. To respondentce vyhovovalo zejména z toho důvodu, že studovala na vysoké škole v cizině a tento způsob jí umožnil chodit na terapie v českém jazyce. V současné době má respondentka své problémy relativně podchycené a na terapii již nedochází.

7.3 Respondentka 3

Respondentce 3 je 23 let, od ukončení studia na čtyřletém gymnáziu uplynuly 4 roky. Na rozdíl od předchozích dvou respondentek bylo gymnázium vždy jejím plánem. Již na základní škole měla respondentka velmi dobré známky, které jí zajistily možnost dostat se na střední školu na základě průměru. Její touha po dobrých známkách pokračovala i na gymnáziu, zde však velmi vzrostla obtížnost a tlak na výkon. Tyto faktory způsobily, že nyní respondentka vnímá období strávené na gymnáziu jako negativní. Dle jejích vlastních

slov náročnost školy vyvolala psychické problémy, nejvíce již zmíněný tlak na výkon. Tyto problémy se začaly projevovat nejprve obtížemi se spánkem, na které později navazovaly úzkosti a depresivní symptomy. Období, které pro ni bylo v tomto ohledu nejtěžší, byl třetí ročník studia. K tomuto vyhledání pomoci se však dostala o dva roky po ukončení gymnázia, kdy jí opět působily velký problém školní povinnosti. Respondentka popisuje symptomy v podobě silných migrén, bolestí svalů, a spánku po dobu maximálně 4 hodin denně. Po třech měsících se opět svěřila doma a následně navštívila neurologii. Zde však zažila velmi negativní přístup lékařky, která jí žádným způsobem nepomohla. Zlomovým momentem bylo, když problémy se spánkem přetrvávaly a byly doprovázené silnými úzkostmi. Společně s rodiči se respondentka rozhodla, že začne docházet do psychoterapeutického sanatoria, kam se dostala přes známost. Vyhledání odborné pomoci jí velmi pomohlo a současně ji i stále využívá, například ve formě skupinové terapie.

7.4 Respondentka 4

Respondentce 4 je 23 let a studium na osmiletém gymnáziu ukončila před 4 lety. Stejně jako u předchozí respondentky bylo gymnázium její hlavní volba. Svůj dojem z období na gymnáziu vnímá nyní pozitivně, ale v průběhu se její hodnocení stříдалo, přičemž ke konci bylo převážně negativní. Současné pozitivní hodnocení vyplývá z toho, že si respondentka zpracovala negativní faktory a události, které se v té době děly a přenesla se přes ně. Mezi tyto faktory patřily především problémové vztahy ve školní třídě, ale i velký tlak na výkon ze strany školy. To vedlo k rozvoji depresivních, ale zejména úzkostných symptomů. Respondentka v té době však o těchto potížích nebyla dostatečně informovaná, úzkosti zaměňovala za obyčejnou nervozitu. Myslela si proto, že tyto problémy má každý, že je to běžné. V průběhu střední školy ji nikdy nenapadlo vyhledat odbornou pomoc, se školní psycholožkou měla totiž negativní zkušenost, dále ani nevěděla, k čemu všemu se dá školní psycholog využít. V současné době, zejména po změně prostředí po odchodu ze střední školy se její psychika i sebestigmatizace zlepšila.

7.5 Respondentka 5

Respondentce 5 je nyní 29 let, studium na osmiletém gymnáziu ukončila před 10 lety. Na školu se hlásila zejména kvůli doporučení rodičů, na stejnou školu nastupovalo několik jejích spolužáků ze základní školy. Celkový dojem z doby studia na gymnáziu popisuje negativně. Zmiňuje především tlak na výkon a problémy v kolektivu, v popředí šikana a

pomlouvání. Jedním z hlavních problémů pro ni bylo ranní vstávání, často se jí stávalo, že dojížděla až na druhou vyučovací hodinu, za což sklidila velmi negativní odezvy jak spolužáků, tak od učitelů, kteří jí často hrozili přezkušovacími komisemi. Co se týče psychických problémů, úzkostná byla respondentka již před studiem na gymnáziu, škola však tyto potíže velmi umocnila. Začaly se tu také objevovat depresivní symptomy, hlavním problémem byla však právě zmíněná úzkost, zejména z tlaku, který na ni byl vyvíjen. V době, kdy se tyto potíže odehrávaly, si však respondentka vůbec neuvědomovala jejich závažnost a přišlo jí, že to, co se jí děje, je normální. S tím se váže i to, že jí v té době nikdy nenapadlo vyhledat odbornou pomoc. K tomu dospěla až v momentu největšího zhoršení, ve třetím ročníku první vysoké školy, kterou studovala. Došlo u ní ke zhroucení v důsledku přetížení, důvodem k vyhledání pomoci zde ale už byly hlavně deprese. Pomoci se jí dostalo přes kamarádku, jejíž matka je psychiatřička, ta respondentce zvládla zařídit návštěvu na psychiatrii do pouhých několika dnů.

8 Presentace výsledků

Dle postupu tematické analýzy jsem v rozhovorech identifikovala 5 hlavních opakujících se témat. Patří mezi ně vnímání stigmatu, sebestigmatizace, vyhledání odborné pomoci, informovanost a vliv okolí.

8.1 Definování stigmatu

To, jak respondentky vnímají stigma a stigmatizaci, jsem zjišťovala především tak, že jsem je před otevřením tohoto tématu nechala tyto pojmy definovat. Prosila jsem o vyjádření toho, co si pod těmito pojmy samy od sebe vybaví, ještě před tím, než bych je potenciálně začala ovlivňovat dotazy apod. Zajímavým zjištěním pro mě bylo to, že definice, kterou respondentky uvedly, téměř ve všech případech korespondovala s jejich vlastními zkušenostmi.

Patrné je to hned u respondentky 1, která stigmatizaci definuje takto: *„Téma, který je, nevím, společností, nechci říct přehlížený, ale bagatelizovaný, generalizovaný... Já si myslím, že k tomu cejtím, že je tam taky nějaká vina a ten pocit, že když o tom mluvíš, tak ti někdo řekne – no to bys teda neměla, za to by ses měla stydět.“* V jejím rozhovoru se bagatelizace vinění sama sebe za své problémy objevuje častěji, především když zmiňuje, že se s těmito pohledy okolí na psychické problémy osobně setkávala, a to vedlo k tomu, že posléze bagatelizovala své vlastní problémy. Strach ze sdílení u ní dnes sice už není, ale v minulosti ji silně ovlivňoval, zejména po tom, co zažila několik negativních reakcí, například ze strany rodiny. Měla také obavy, jak by reagovala společnost: *„Že třeba přestanu být relevantní na trhu práce, že, no, že mě lidi nebudou brát vážně, že si z toho vyvodí nějaký vlastní závěry, který nejsou pravdivý.“*

Respondentka 2 stigma definuje takto: *„No, mě jako stigma... stigma mi prostě připomene odsuzování.“* Více je poté její pohled patrný z uvedených stereotypů: *„Jsou slabí. Nekontrolují svoje myšlenky, neumí ovládat svoje pocity. Nebo třeba... jo jasně, tohle je dobrý – lidi s psychickými problémy by si měli ty problémy vyřešit sami, protože vyhledat pomoc, je známka toho, že je s tebou něco špatně – což jako cože, co to znamená. Ale hlavně víš takový to, že nemůžeš přiznat, tu slabost, kterou máš, na venek“.* V citátu je patrná zejména slabost, kterou v rozhovoru respondentka zmiňuje mnohokrát. Často je to v souvislosti s její rodinou, ve které se *„slabost nepřiznává“*. Úryvek tedy víceméně opět

popisuje její příběh. Respondentka nesdílela své problémy s ostatními (kromě jednoho pokusu svěřit se rodině, který se nesetkal s pozitivní odezvou – viz. kapitola vyhledání pomoci) a uchýlila se k vlastnímu řešení: „*Já si myslím, že by bylo fajn s někým o tom mluvit a vědět, že tě jako neodsoudí. Ale já jsem si byla jako jistá...nebo jako já jsem si říkala, že mě ti lidi odsoudí, takže jsem to neříkala nikomu. Že si to jako budu řešit sama.*“

Velmi podobný vzorec lze zpozorovat i respondentky 3, jejíž pohled na stigmatizaci zní takto: „*Podle mě to je, jakože se ti lidi bojí říct, že mají nějaké duševní problémy... Protože se bojí, že je odsoudí to okolí. Tak třeba to okolí by se s nimi mohlo přestat bavit. Mohlo by je pomlouvat.*“ Přesně toto se opakovaně objevuje i v jejím rozhovoru. Respondentka téměř nikdy nesdílela problémy s ostatními, pokud to nebylo nezbytně nutné. U sdílení s rodinou to bylo v souvislosti s tím, že jí rodiče pomáhali ve vztahu k vyhledání pomoci a léčby. U přátel to bylo naopak z toho důvodu, že měla potřebu jim vysvětlit, proč s nimi nějakou dobu nekomunikovala. Problémy se sdílením u ní přetrvávají dodnes, pozitivní změnu však zaznamenala sebestigmatizace ve vztahu k vlastnímu sebehodnocení. Nejčastějším stereotypem, který si vybaví v souvislosti s duševním onemocněním, je nálepka bláznů.

U respondentky 4 dochází k podobné situaci jako u respondentky 1. Zde zní definice takto: „*Jako pod stigmatem si představím, ohledně těch duševních nemocí, že je to taková tendence zpochybňovat existenci toho jevu. Jo, jako myslím si, že to je snižování té důležitosti té věci. Prostě znevažování problémů*“. Opět se tu vyskytuje bagatelizace, která stejně jako u respondentky 1 vedla k zpochybňování závažnosti problémů a pocitům, že jsou tyto potíže normální, a že je prožívají všichni. Patrné je to také v nejčastějších pohledech společnosti, které vnímá: „*No, jakože to přeháněj, pak že možná úplně kecaj, že jsou právě třeba jenom nervozní. No, asi tohle. A že to jako není dostatečnej důvod s tím něco dělat, protože to není dostatečnej problém*“. Poslední věta reflektuje i jeden z důvodů, kvůli kterým nevyhledala odbornou pomoc. V rozhovoru respondentka dokonce uvádí, že se s podobným výrokem dokonce setkala osobně, z úst své kamarádky.

Poslední respondentka 5 zprvu nabízí spíše obecnou definici: „*To je těžký. Hele stigma je pro mě nějaká jako představa lidí o tom, jak to vypadá, nějaká představa generalizovaná o tom*“, více tento pohled rozvádí až u častých stereotypů: „*Hele podle mě hrozně záleží, o jakou skupinu se jedná. Já už si myslím, že je to dneska takový jiný. Ale myslím třeba, já nevim, u psychotiků pořád převažuje obrovský stigma, jsou nebezpečný. (...) No tak jsou to*

nějaký jako blázni, když někdo prostě skončí na hospitalizaci v Bohnicích, tak věřím tomu, že dodneška, že ty lidi si říkaj, no tak to je magor, ne. Přitom je to prostě normální součást léčby.“ V tomto případě již definice tolik nereflektuje osobní zkušenost. Respondentka totiž studuje psychologii, a i ve své práci se setkává s lidmi s duševními onemocněními, což má samozřejmě vliv i na její pohled na tuto problematiku. Opakuje se tu stereotyp blázna, překvapivé je však to, že je první, kdo zmiňuje stereotyp nebezpečnosti, který je v teorii vyzdvihován jako jeden z nejvýznamnějších. Je to možná z toho důvodu, že se setkává i s jedinci se zmíněnými psychotickými duševními onemocněními, u kterých tento stereotyp hraje výraznější roli a předchází respondentky se s ním proto nesetkaly.

Tématem, které se objevuje nejčastěji naskrz uvedenými definicemi, konkrétně u čtyř z pěti rozhovorů, je odsuzování okolí. Myslím, že to takto respondentky vnímají především z toho důvodu, že skoro všechny mají nějakou zkušenost s negativními reakcemi okolí na existenci psychických problémů. Ta se vyskytovala mnohdy i v osobní formě, kdy zazněla z úst někoho blízkého. Stigma však roli hraje i v opačném případě, jak zmiňuje respondentka 5: *„Ale vlastně i když jsem se třeba já osobně úplně nesetkala (s přímými negativními reakcemi v okolí), tak jako ta myšlenka jako toho, že bych to třeba jako řekla, někomu třeba, kdo se s tím nikdy nesetkal, tak je taková, jakože nevíš, jak bude reagovat. A to je podle mě součástí toho stigma. Když někomu budu říkat – hele tyjo, mám zlomenou nohu – tak vim, jak každé zareaguje. Řekne mi třeba – hele, to bude za pár tejdnu dobrý. Takže jenom ta myšlenka už je taková, že kvůli tomu bych to jako neřekla“.* Hned za odsuzováním se u tří pohledů na stigma promítá také skrývání problémů, které na odsuzování v podstatě přímo nasedá. Velmi často se toto téma také spojuje se sebestigmatizací, kdy dochází například ke kladení viny za prožívané problémy na vlastní osobu apod. V menší míře, ale ne zanedbatelné, byla vždy dvakrát zmíněna také témata stereotypu blázna, bagatelizace problémů a zmíněná vina.

8.2 Sebestigmatizace

Jak bylo již zmíněno v praktické části, sebestigmatizace ovlivňuje jedince s duševními problémy ve velké míře, zejména co se týče vyhledání odborné pomoci, ale i vlastního sebehodnocení. Není tedy překvapením, že se toto téma opakovalo velmi často napříč provedenými rozhovory.

První vliv sebestigmatizace se váže právě k vyhledání pomoci a vztahuje se k již zmíněné bagatelizaci problémů. Velmi patrné je to u respondentky 1. I přes to, že měla velmi závažné potíže, včetně myšlenek na sebevraždu, nabyla dojmu, že to není nic důležitého, dokonce si myslela, že je to normální. To mělo přirozeně velmi negativní efekt, jak sama popisuje: „(...) *já jsem byla jako – mně se přece nic neděje. Potom já jsem byla jako že moje psy-... že moje myšlenky na sebevraždu jsou vlastně normální, že to je vlastně v klidu, že takhle to prostě je, no, asi na sebevraždu myslíme všichni. Právě kvůli tomu jsem strašně dlouho bagatelizovala a generalizovala svoje problémy, protože jsem to věděla, no, že...jsem přesně tohle říkala, tak tím pádem je to moje chyba.*“ K podobné situaci došlo i u respondentky 4, která popisuje, z jakého důvodu si myslela, že nepotřebuje odbornou pomoc: „*No asi že by mi to nepomohlo, že by to bylo zbytečný. A asi i jako že to maj všichni takhle a nechoděj, tak proč bych já musela, proč to jako já nedokážu zvládnout sama*“. V tomto úryvku je také možné zpozorovat náznaky viny a pocitů podrázenosti vzhledem k ostatním, když respondentka popisuje, že ostatní problémy zvládají, tím pádem by to neměl být problém ani pro ni. Toto téma je v jejím rozhovoru patrné několikrát, sebestigma v jejím případě způsobilo velký zásah do sebevědomí a pohledu na vlastní osobu. Zmiňuje například: „*Negativní na tom bylo, že já jsem v té chvíli nebyla schopná se s tím srovnat, jakože se tohle děje*“, „*Já jsem pak měla problémy...já jsem už tak sobě moc nevěřila, nebo jako když jsem byla malá, tak jo, mně to zkazil ten gympl.*“

Podobnou zkušenost popisuje i respondentka 3: „*Mně přišlo docela těžký si to připustit, že nejsem úplně v pohodě. Já vždycky jsem přemejšlela nad tím, proč nejsem tak odolná, že všichni vypadaj tak odolně, že to zvládaj.*“

Projevy sebestigmatizace u respondentek je tedy možné shrnout jako bagatelizace problémů aplikovaná na vlastní osobu, srovnávání se s ostatními, vina, pocity podrázenosti a potíže s připustit si prožívané problémy.

Pozitivním poselstvím rozhovorů bylo však také to, že u všech respondentek došlo v rámci sebestigmatizace k pozitivnímu vývoji. Na rozdíl od studia na střední škole v současné době popisují zlepšení v sebehodnocení a strachu sdílet své problémy. Respondentka 1: „*...co si kdo myslí o tom, že mám poruchu osobnosti je mi upřímně jedno, (...) ,...protože si myslím, že jsem jedna z nejsilnějších osobností, kterou mám kolem sebe, a i když mám někdy chuť schovat se pod peřinu a nevylézat někam, tak pořád mám v sobě tu neskutečnou vůli a chci se uzdravit a být zdravá a stabilizovaná.*“

Změnu popisuje také respondentka 2: „*No, já na sobě pracuju fakt každé den a k tomu patří i to uvědomování sebehodnoty a to, že ti lidi ti vlastně vůbec nemůžou určit tvoji sebehodnotu, oni na to vůbec nemůžou došáhnout, to není jejich...ale trvá to.*“ U respondentky 3 nedošlo ke změně ve vztahu ke strachu ze sdílení, její vlastní sebehodnocení se však změnilo: „*...to si už nemyslím. Že když máš ty psychický problémy, tak jsi něco miň. To si nemyslím.*“

Zásahu za to kladou nejčastěji svému okolí, především kamarádům, sociálním sítím a terapii. U respondentky 2 změnu mimo to ovlivnila také aktivní práce sama se sebou, u respondentky 5 navíc i práce a studium v oboru psychologie.

8.3 Vyhledání odborné pomoci

Vyhledání odborné pomoci je jedním z hlavních témat, na které se rozhovor soustředil. I přesto, že všechny respondentky zažívaly psychické problémy během studia střední školy, žádná z nich během tohoto období nevyhledala v tomto ohledu odbornou pomoc. Čtyři z dotazovaných tuto pomoc vyhledaly až na vysoké škole. U tří z nich přitom došlo ke kritickému zhoršení, kdy bylo řešení nevyhnutelné. Pouze respondentka 2 pomoc vyhledala z toho důvodu, že se k problémům zažívaným na střední škole přidávaly jiné věci, které chtěla na terapii řešit. Respondentka 4 odbornou pomoc nikdy nevyhledala, po opuštění střední školy totiž došlo ke zlepšení.

V rozhodování, zda k vyhledání odborné pomoci přistoupit, hrály významnou roli přesvědčení, která se u respondentek vyskytovala. Ta se týkala buď konkrétně odborné pomoci, například v souvislosti s předešlou negativní zkušeností. Respondentka 1 v tomto ohledu popisuje své návštěvy na psychiatrii mezi 13-16 lety: „*A já jsem měla pocit, že jsme se jako vídaly, ale bylo to k ničemu. Ona mi vůbec ničím nepomohla, měla jsem pocit, že mě v tom nechala. Takže když jsem se rozhodovala mezi tím, jestli si nechám nebo nenechám pomoci, tak jsem měla pocit, že stejně to k ničemu nebude, že ta terapie, co jsem měla za sebou stejně neměla žádný důsledek a byla jsem taková hodně zapšklá, že jsem si říkala, že se k tomu nebudu vracet, že to je mi k ničemu.*“

Tato přesvědčení se však nemusela týkat osobní zkušenosti. Vliv může mít i dojem, kterým pomoc působí. Respondentka 3: „*Výchovnou poradkyni byla jedna tělocvikářka, ale nebyla mi moc sympatická, takže jsem za ní jít nechtěla.*“ Respondentka 5: „*A určitě tam byla výchovná poradkyně, ale to byla tak strašná ženská, že za tou bych v životě nešla (...)*

Jakože jsem vůbec tu psychologku snad nikdy pořádně neviděla. Ani jsem tam neměla takovej jako pocit, že když ani toho člověka ani trošičku, jako jsi ani neviděl nikdy pořádně, tak ani nemáš chuť za nim jako jít“.

Podobnou zkušenost má i respondentka 4, která popisuje, že školní psychologka na jejich škole nikdy nepůsobila dojmem, že by bylo přínosné k ní jít, ani problém s alkoholem na lyžařském výcviku dle jejích slov nevyřešila příliš odpovídajícím způsobem. Nebylo to však pouze nepřítelivostí školní psychologky, respondentka poté dodává, že jí během střední školy nikdy ani nenapadlo psychologku ani jinou odbornou pomoc vyhledat. Z převážné části to bylo kvůli tomu, že své problémy velmi bagatelizovala a myslela si, že je to „normální“, roli však hrálo také stigma: *„Napadlo, napadlo mě to, přestože jsem se tehdy dostala do kontaktu s lidma, který chodili k psychologům. Mně to přišlo v pohodě, že oni choděj, ale sobě jsem si to stigmatizovala, že já to nepotřebuju“.*

To, že respondentku během studia na střední škole nikdy nenapadlo odbornou pomoc vyhledat se však neobjevilo pouze v tomto případě, ale hned ve třech z provedených pěti rozhovorů, například i u respondentky 5: *„Tenkrát mě to úplně nenapadalo, tenkrát jsem to asi ještě nebrala tak jako vážně, že jsem si řekla no, tak takhle ňák jsem.“*

Úplně rozdílná situace se odehrála u respondentky 2. Ta o vyhledání odborné pomoci přemýšlela již během studia na střední škole, když zažívala silné derealizace. Myslím si, že je zde tento rozdíl možná i z důvodu, že derealizace nejsou tak běžným problémem, člověk si snáze uvědomí, že není něco v pořádku a pozná, že se nejedná o „normální“ potíže, ale o něco, co je potřeba řešit. Respondentka se tedy svěřila rodině, odezva byla však velmi neadekvátní: *„To byla asi ta nejtěžší chvíle, přiznat tu slabost rodičům, protože v naší rodině se slabost nepřiznává. A takže...no a já jsem přišla, byli jsme na horách, já jsem přišla a říkam, že mám hroznou derealizaci a depersonalizaci v ten moment, tak jsem jim začala popisovat, co to znamená, ale ta odpověď byla – to přejde. A já úplně – tak děkuju za pomoc. Takže se mi nedostalo žádný terapeutický podpory, já jsem ani nevěděla, jak, kde.“*

Způsob, jakým respondentky nakonec vyhledaly odbornou pomoc, byl také ve třech případech velmi podobný. Jednalo se o zmíněný kritický stav, kdy pomoc již nešlo dále odkládat. Respondentka 1 například popisuje zkušenost, po které využila služby krizového centra: *„Já jsem se na konci čtvrtáku, tak jsem se totálně rozsypala, já jsem měla už i slyšiny, já jsem měla rozjetou tu psychickou nemoc už takovým způsobem, že jsem*

přemýšlela nad sebevraždou, takže tam to bylo už i kritický“. Krizové centrum však nesloužilo jako dostatečná pomoc, respondentka kvůli předávkování pěti Neuroly v kombinaci s alkoholem o dva měsíce později skončila v psychiatrické léčebně. Tato zkušenost pro ní však byla na jednu stranu i mírně pozitivní: *„(...) a to bylo pro mě takový poslední varování, že bych si měla najít terapeutku, tu jsem si našla a pak jsem si našla v prosinci i psychiatricku“.*

U respondentky 5 došlo k podobné situaci, jen později, ve třetím ročníku vysoké školy, v období státnic: *„A já tenkrát fakt jsem jako...já jsem i taková jako workoholická, takže tenkrát jsem se fakt jako úplně zhroutila, protože toho bylo prostě hrozně moc, jsem byla přetížená, nezvládala jsem to a vlastně řekněme, že ty stavy, který tam byly už od nějakýho počátku, tak mě to fakt už položilo.“* Pomoc se jí dostala přes kamarádku, která studovala psychologii, jejíž matka pracovala na psychiatrii a během několik dnů dokázala domluvit návštěvu. Ta stejná kamarádka pomoc také iniciovala, protože to byla právě ona, kdo rozpoznal, že má respondentka nějaké problémy.

Respondentka 3 podobnou situaci zažila v druhém ročníku vysoké školy: *„Nejdřív jsem se svěřila mamce, to bylo asi po 3 měsících, když už jsem spala max. 4 hodiny. Tou dobou jsem začala mít velmi silný a bolestivý migrény a bolely mě svaly. Mamka mě objednala na neurologii, protože se jí to nezdálo normální.“* Neurologie však bohužel v ničem nepomohla, respondentka popisuje spíše chladný přístup a žádné informace, které by jí pomohly. Po nějaké době se však potíže stále stupňovaly, až byla pomoc neodkladná, a tak využila služby psychoterapeutického sanatoria přes rodinnou známost.

Velmi podstatné je také to, že se všechny respondentky, které nakonec vyhledaly pomoc, shodly na tom, že by bylo ideální, kdyby k tomuto kroku přistoupily dříve. Respondentka 2: *„...každý den jsem s tím začala něco dělat, nějak na tom pracovat a každý den se to tou prací trochu zlepšovalo. Ale neměla jsem toho terapeuta, se kterým by to bylo určitě mnohem rychlejší...“* Respondentka 3: *„Jo, bylo by to lepší. Že by mi bylo líp dřív.“* Respondentka 5: *„Ale myslím si, že kdybych měla jakoby tu terapii, která by mi pomohla reflektovat, co se to teda děje, tak je možný, že bych takový ty jako nejhorší stavy, který nastaly, někdy po letech, tak by vlastně možná ani nenastaly. Nebo nastaly, ale v nějaký třeba menší míře.“*

8.4 Informovanost

Informovanost hrála u všech respondentek významnou roli, zejména ve vztahu k předchozímu tématu vyhledání odborné pomoci. V průběhu téměř všech rozhovorů se ukázalo, že respondentkám často chyběly informace, s jejichž přítomností by došlo k rychlejšímu řešení, ale zejména dřívějšímu rozpoznání problému. Za prvé se jednalo o nedostatečné povědomí o psychických problémech, které se vyskytovalo hlavně u tří respondentek (5, 4 a 3). To poté vedlo k nerozpoznání problému, a k domněnkám, že podobné problémy zažívají i ostatní a že je to „normální.“ Respondentka 5: *„Já myslím, že jsem to dokázala asi fakt pojmenovat až jako po nějaký době. Já si myslím...jako když jsem se dostala k tý psychiatrice, tak já si myslím, že...tou dobou já jsem vlastně nevěděla, s čím se léčím.“* Respondentka 4: *„A slovo úzkost jsem nevěděla, co to je, to až po střední, jsem to řešila s kamarádkou, co to je, ona to popsala, že to má, a mě to došlo, že jsem to měla taky. Ale já jsem to měla odmala a vždycky jsem tomu říkala, že jsem nervózní.“*

Zpozorovat bylo možné i chybějící informace ohledně odborné psychologické pomoci. Respondentka 3: *„Nenapadlo mě nikoho vyhledat. Ani jsem moc nevěděla, kam jít.“* Respondentka 4: *„Já jsem to, jak má fungovat školní psycholog, a co se s ním dá řešit, zjistila až po gymplu. Takže kdybych to věděla předtím a byla ještě na gymplu a byl by to někdo normální, sympatickej alespoň, tak by to bylo určitě dobrý tam zajít.“*

Chybějící informace se k respondentkám dostávaly nejčastěji skrze internet, komunikací s okolím, pozorováním sama sebe nebo od odborné pomoci. Pouze v případě respondentky 3 proběhl během studia na střední škole program týkající se prevence duševního zdraví. Ten byl však pouze jednodenní a sama respondentka tvrdí, že si z něj nic nepamatuje, nebyl to pro ni tedy výrazný přínos. Zbytek na střední škole žádnou prevenci v tomto smyslu neměl, a i když se v několika případech setkaly s předmětem psychologie jako součást společenských věd, nepřinesl jim žádné užitečné informace. Ptala jsem se tedy respondentek, jaké informace by jim dle jejich názoru pomohly, kdyby prevence na jejich školách probíhala. Vzhledem k začátku této kapitoly není překvapivé, že se jednalo zejména o informace ohledně psychických problémů. Respondentka 4: *„Pomohlo by mi, kdyby nám někdo jako...no já bych v té době potřebovala přístup k těm jako diagnózám nebo nějakým informacím, který by mi pomohly zjistit, co mi je“ (...)* *„No, nějak podpořit to, že je úplně v pořádku jít na terapii. A jaký všechny možnosti jsou“ (...)* *„Aby jako člověk nějak mohl rozpoznat, kdy už je vhodný to řešit třeba ty problémy.“* Respondentka

3: „*Určitě nějaká osvěta, co se jako děje nebo může být. Nějaká osvěta o duševním zdraví by mohla pomoci.*“

Dalším tématem, které se zde často objevovalo, byla také potřeba určité podpory v prožívaných potížích a také celkově větší odtabuizování dané problematiky. Respondentka 2: „*Já si myslím, že ten přednášející by měl vnést světlo do toho, že...jakože třeba říct ty třídy, že pokud se někdo cejtí...nebo pokud má někdo psychický problémy, tak si může být skoro sto procentně jistý, že v té třídě sedí někdo, kdo má takový stejný nebo jiný problémy taky, a že...víš, jakože prostě ne vždycky to, jak lidi vypadají, je doopravdy to, jak se cejtí. Třeba statisticky, já bych chtěla slyšet statistiku, kolik procent žáků trpí nějakýma psychickýma problémama“.* Respondentka 5: „*Hele, asi bych potřebovala slyšet, že to jako není normální. Jako...jakože není normální zaprvý jako se takhle cítit...nebo to říkám blbě, jakože to není v pořádku se takhle cejtít, aby si člověk jako nemyslel, že nějaký ty věci jsou normální, prostě nejsou.*“

8.5 Vliv okolí

Podobně jako informovanost, mělo i okolí velmi výrazný vliv. Ten se zde však netýkal pouze procesu vyhledání odborné pomoci, působil například i na psychické problémy. Nelze však říci, že by mělo okolí pouze negativní vliv, právě naopak. Negativní a pozitivní dopady působení okolí jsou v tomto případě téměř vyrovnané.

V rámci analýzy však nejprve uvedu vlivy negativní. Mezi prvními z nich se řadí silný tlak na výkon ze strany školy, který podněcoval ke srovnávání se s ostatními, ale také k náročnému zvládnutí požadavků. Úplně všechny respondentky se v tomto ohledu shodují. Popisují silný tlak na výkon, a dokonce přímo uvádí, že škola byla důvodem, proč se jejich psychické problémy projeví až do takové míry. Respondentka 1: „*Byl tam hodně velký tlak na výkon, který jsem nebyla schopná ukonejšit, vlastně nedocházelo k tomu, že bych měla možnosti seberealizace, možnosti validace, a to právě dalo i k těm projevům té psychické nemoci.*“ Respondentka 3: „*Podle mě to ty problémy vyvolalo, ta škola. Tím, že jsem se musela pořád učit a musela mít nejlepší známky.*“ Respondentka 4: „*Hodně jsem se srovnávala s lidma. Jako to bylo od začátku, co jsem nastoupila na tu školu, nás k tomu vyloženě vedli. To byla jako soutěž.*“ (...) „*No, takže byly hodně pocity toho, že se musíš srovnávat, takový té méněcennosti, a že jsi k ničemu, tak to podporovali hodně učitelé.*“

Dle mého názoru však tlak na výkon neměl vliv pouze ve zmíněném rozvoji psychických problémů. Objevují se tu totiž silné tendence, mnohdy dokonce podporované školou, ke srovnávání se s ostatními spolužáky. Myslím si, že pokud jsou studenti vedeni k porovnávání sebe s ostatními, nezůstane to nutně pouze u školních výkonů, ale tato tendence může přerůst i do jiných oblastí. V rámci tohoto tématu je to možné zpozorovat v momentech, kdy respondentky popisují potíže si problémy připustit, pocity viny nebo méněcennosti, které se s potížemi objevují. Teoreticky by tedy tento tlak na výkon mohl být zdrojem umocnění psychických problémů, ale také stigmatizace a zejména poté sebestigmatizace.

Velmi výrazný vliv měly však také reakce, které se respondentkám dostávaly na jejich potíže od blízkého okolí. Jeden z případů je uveden již v kapitole vyhledání pomoci, kdy došlo k negativní bagatelizující reakci ze strany rodiny respondentky 2, když přiznala své psychické problémy. Podobné situace popisují i ostatní respondentky. Při dotazu, jestli respondentka 1 někdy řešila své problémy s kamarády nebo rodinou, odpovídá že spíše ne, že před nimi své problémy tajila. Bylo to tak z toho důvodu, že častokrát slýchala stereotypizující a stigmatizující názory: *„Jo, přesně k tomu docházelo a vůbec mi to nepomáhalo, tak jsem si to radši nechala pro sebe.“*

U respondentky 3 byla reakce smíšeného charakteru: *„Chvíli mi to trvalo, protože to bylo hodně těžký se svěřit. Mamka se dost vyděsila. Ale pak mi pomohla a celkově mi to pomohlo.“* Pomoc rodiny určitě hrála v jejím příběhu důležitou a pozitivní roli, přesto si však myslím, že mohla mít vliv i prvotní reakce. Je samozřejmé, že měla matka o respondentku starost, lze však říct, že zděšená reakce mohla zanechat jistý efekt v podobě vnímání duševních problémů jako něčeho negativního. Respondentka 3 je navíc v tomto ohledu stále velmi ovlivněná a své problémy s okolím nesdílí.

Reakce, která měla skutečný pozorovatelný dopad, se vyskytla u respondentky 4: *„No, takže mě se tady vybaví první to, že když jsem měla jako tendenci to řešit s kamarádkou, že se cejtím blbě, že mám blbý nálady, že mám depky, tak mi opakovaně říkala, že jsou lidi, kteří mají mnohem větší problémy, to mi teď došlo.“* (...) *„Jako působilo to na mě tak, že jsem si řekla – aha, tak to asi fakt není takovej problém. Hlavně slyšet to od blízkýho kamaráda je horší, než když by ti to řekl někdo cizí. A taky jsem pak mnohem víc přemejšlela, komu to jako řeknu“.* Právě tato respondentka zprvu neměla vůbec problém své problémy sdílet s okolím, dokonce o sobě říká, že je člověk, který sdílí až moc. Tato

reakce v ní však tyto tendence poměrně omezila. Horším důsledkem je však také to, že jedním z jejích důvodů nevyhledání odborné pomoci bylo domnění, že lidé mají horší problémy, které jsou schopni řešit sami. Je možné, že zdroj tohoto výroku sahá již do těchto momentů a ukazuje tedy, jak silný vliv může okolí na jedince mít. U této respondentky se také asi nejvíce projevují pocity viny, snížení sebevědomí apod, což může vést zase k tomuto citátu: *„Často jsem se setkala s tím, že lidem tvrdili, že si za to můžou sami, to jsem vnímala. To je hodně pohled společnosti.“*, bagatelizace prožívaných problémů k tomuto citátu: *„Protože doma to nebylo sice jako špatně, ale většinou mi na to řekli – tak se nestresuj. Nebo když jsem řekla, je mi naprd, tak – to budeš v pohodě. Jako takhle. Nebo jako snažili se mi pomoci, ale k ničemu to nebylo.“*

V souvislosti s posledním úryvkem se už však přesunu do pozitivních vlivů. Citát se může zdát negativní, obecně však svou zkušenost v rodině popisuje respondentka velmi pozitivně: *„My jsme jako abnormálně uvažující rodina, třeba oproti mejm kamarádům. Hodně empatický, nebojíme se spolu mluvit. Psychický problémy je u nás téma, který je na místě. Jako to, že jsem tomu otevřená, o tom mluvit, je určitě vliv rodiny.“* Myslím si, že několik negativních reakcí poměrně vyvažuje tento fakt. Hraje roli zejména k otevřenosti ke sdílení, kterou respondentka zmiňuje. Je to velký přínos, který určitě do jisté míry mohl způsobit snížení stigmatu.

Přímé sdílení s okolím vnímám jako velmi přínosné také v tom ohledu, že ve třech případech pomohlo respondentkám k vyhledání odborné pomoci. Respondentka 2 využila terapeutickou pomoc na základě doporučení kamarádky. Respondentka 3 využila pomoc na základě rodinné známosti a respondentka 5 na základě známosti kamarádky. Myslím si, že sdílení je proto velmi důležité, ne z toho ohledu, že daní lidé přímo zajistí pomoc, ale mohou podpořit k jejímu využití. To je něco, co by potřebovala například respondentka 4, když mluví o školním psychologovi: *„...já bych tam jen tak sama nešla. Asi jako by bylo fajn, kdyby mi to řekl někdo, jakože to je v pohodě. Takhle by to určitě probíhalo.“*

Pozitivní přínos sdílení však nemusí být pouze v přímém kontaktu. Respondentka 1 je například aktivní ve sdílení své cesty a svých problémů na sociálních sítích. Záleží jí zejména na autenticitě: *„Mně právě záleží na tom, sdílet tu psychickou nemoc, jak je. Já nepotřebuju sdílet žádný jako citáty nebo já nevím, víš, takový rady. Já se nesnažim lidem radit, ale snažim se jim říct, že jsme v tom spolu, protože psychický problémy máme do určitý míry všichni...“* Je toho názoru, že sdílení je velmi důležité, jak pro ni, když ohledně

toho zvládla zbořit své stigma, ale i pro ostatní, kteří si takové problémy zažívají. Tento pohled potvrzuje respondentka 4:

„A začala jsem poslouchat KPOP, kde jako mindset toho celého je hodně o tom, že si lidi můžou pomáhat, i když se jako neznaj, že tam máš podporu od cizích lidí, od těch umělců i jako fanoušků.“ V tomto ohledu popisuje zejména sociální síť Twitter jako základnu, kde tento pozitivní vliv probíhá v největší míře: *„...občas tam jsou takový vlákna, že kdybych tam prostě někam napsala jakoby co se mi děje a jestli to bude dobrý, tak vim, že tam dostanu podporu. Od úplně cizích lidí, jakože to je úplně jasný. Je to úplně jasnej podpůrný systém“* (...) *A ještě je super, že nějaká písnička probudí v nějakých lidech, že třeba začnou mluvit o tom tématu a zjistíš, s čím se ti lidi potýkali.“* Poslední věta reflektuje, že pozitivní efekt má také sledování problémů jiných osob, což i sama respondentka přímo zmiňuje jako přínos. Má v tomto ohledu ráda i filmy s touto tematikou.

Respondentka 5 naopak popisuje pozitivní vliv, který spočívá v tom, že tematika určitých duševních problémů přestává být, zejména na sociálních sítích, tabu: *„Dneska už mi přijde, že třeba co se týče těch úzkostí, nebo já to pozoruju, že se o tom třeba už trochu mluví, prostě na sociálních sítích nebo tak. Takže tam mi přijde, že to stigma je takový nějaký jako menší. Často vidím někde na instagramu nějaký reelsy o lidech, který tam o tom mluvěj, používá se to slovo úzkosti.“*

9 Diskuse

Ve vztahu k výše popsaným tématům analýzy se nyní budu věnovat tomu, jak uvedená zjištění odpovídají na výzkumné otázky práce a jak se tyto výsledky shodují nebo rozcházejí s předešlými výzkumy.

Odpověď na první otázku: *Jak studenti středních škol vnímají a prožívají stigmatizaci duševních problémů?* zazněla především v prvním analyzovaném tématu, kde respondentky uváděly své definice stigmatizace. Zajímavým zjištěním zde bylo, že respondentky poskytovaly definice, které se od sebe často i poměrně lišily, všechny měly však společný důraz na odsouzení okolím. To se ve výpovědích vyskytuje buď v podobě strachu z prisouzení negativních vlastností, které společnost spojuje s duševními problémy (například slabost) nebo celkové znevažování a bagatelizování těchto problémů.

S definicí stigmatu uvedené v teoretické části práce se respondentky shodují především právě ve zmíněném prisuzování negativních atributů a celkovému negativnímu charakteru hodnocení daného člověka. Mezi nejvýraznější stereotypy vztahující se k duševním problémům patří podle Ocisková a Praško (2015) nálepka slabosti, nekontrolovatelnosti a nepředvídatelnosti. Slabost v rozhovorech zaznívá hned několikrát, nekontrolovanost pouze v jednom případě ve vztahu k ovládnutí vlastních emocí. Nepředvídatelnost od žádné z respondentek nezazněla. Tento fakt patrně bude vycházet z toho, že o duševních problémech, se kterými se respondentky setkávaly, se ve společnosti tyto stereotypy příliš nevyskytují.

Co však v rozhovorech neočekávaně téměř vůbec nezaznělo, bylo téma znevýhodnění osob s duševními problémy, které je jedním z nejzásadnějších složek stigmatizace. O jisté formě diskriminace se zmiňuje pouze respondentka 1: *„Že třeba přestanu být relevantní na trhu práce, že, no, že mě lidi nebudou brát vážně...“* Myslím si, že právě u ní to zaznívá z toho důvodu, že se u ní na rozdíl ostatních respondentek vyskytuje porucha osobnosti, ohledně které se ve společnosti vyskytuje výraznější stigma než ohledně depresí a úzkostí. Respondentka se tedy měla možnost s těmito pohledy setkat více než ostatní. Dalším důvodem, proč omezování možností a diskriminace nepatří mezi hlavní témata rozhovorů, je velmi mladý věk respondentek. Všechny dívky popisovaly své zkušenosti z průběhu studia na střední škole, kdy přirozeně ještě neměly příliš možností osobně se setkat s

oblastmi života jako například pracovní uplatnění, ve kterém by se znevýhodnění mohlo objevovat.

Druhá otázka se věnovala tomuto tématu: *Jak se projevuje negativní vliv stigmatizace ve vztahu k řešení duševních problémů?* Není přílišným překvapením, že se zde potvrzují výsledky mnoha výzkumů na toto téma. Stigma bylo skutečně ve všech případech jedním z nejméně výrazných zdrojů nevyhledání odborné pomoci. Skoro ve všech případech je hlavním faktorem zmíněný strach z odsouzení okolím kvůli existenci duševních problémů, na základě čehož dochází k jejich skrývání. Výraznou roli hraje však i sebestigma, to se nejčastěji projevuje pocity studu, viny a sníženého sebevědomí. Ve vztahu k vyhledání odborné pomoci se také v několika rozhovorech vyskytly pohledy bagatelizující dané problémy, které vyústily v myšlenky, že prožívané potíže jsou „normální“ a zažívají je tedy všichni. Mimo to však také docházelo k tomu, že respondentky ani nepřemýšlely o tom, že by pomoc měly vyhledat nebo v tomto ohledu popisovaly chybějící informace. Všechny tyto faktory ústily v situaci, kdy 4 z 5 respondentek vyhledaly odbornou pomoc až po ukončení středoškolského studia, což všechny hodnotí negativně – tedy že k tomuto kroku měly přistoupit již dříve. U tří z nich totiž k vyhledání pomoci došlo až v kritickém stavu, kterému dle jejich slov mohlo být včasnou pomocí předejito.

Toto shrnutí tedy potvrzuje výzkumně zjišťované dopady stigmatu, ke kterým patří podle Corrigan (2004) zejména proměna v sebehodnocení a stud z duševních problémů. Stud následně vede k vyhýbání se nálepce duševního onemocnění, což uvádí jako důvod nevyhledání odborné pomoci. Z tohoto shrnutí však také vyplývá, že obavy z nálepky duševního onemocnění respondentky neuvádí jako stěžejní faktor vyhledání odborné pomoci. Přesto si však myslím, že charakter a zejména důsledky nálepky duševního onemocnění mají velmi blízko k tomu, co respondentky popisovaly, tedy stud, snížené sebevědomí apod. I přes to, že to tedy explicitně neříkají, může se u nich strach z nálepky projevovat také.

Z rozhovorů však spíše vyplývá, že nevyhledání pomoci spočívá zejména v nedostatečné informovanosti a znevažování prožívaných problémů. K tomuto rozdílu pravděpodobně opět dochází z toho důvodu, že byly tyto informace zjištěny prostřednictvím výzkumů na dospělé populaci, je proto nutné porovnání spíše s adolescentní věkovou skupinou. Zde se již informace částečně shodují. Dle výzkumů v adolescenci dochází především ke strachu z odsouzení ostatními a negativnímu zacházení s daným jedincem, což se v jisté míře

v rozhovorech vždy vyskytovalo. Výzkumy však kladou důraz převážně na vnímané sociální stigma, jako na negativního činitele v procesu vyhledání odborné pomoci. Rozhovory s respondentkami však ukázaly, že se na tomto procesu ve vysoké míře podílí právě i sebestigmatizace. Nejedná se tedy pouze o strach z negativního hodnocení okolím v případě vyhledání odborné pomoci, ale také internalizaci názorů, které pomoci také zabraňují, například bagatelizace problémů.

Poslední výzkumná otázka hledala odpověď na tuto problematiku: *Jaké faktory vedou ke snižování nebo naopak zvyšování vlivu stigmatizace na řešení duševních problémů u studentů středních škol?* Nejprve se budu věnovat faktorům, které stigma podporují. Mezi ně se řadí určitě především nedostatečná informovanost o psychických problémech, ale i způsobu vyhledání odborné pomoci. Čtyři z pěti respondentek na své střední škole v tomto ohledu neměly žádnou formu primární prevence nebo jakéhokoliv zdroje informací o této problematice. Poslední respondentka si pamatuje pouze to, že jeden preventivní program zažila, nic si z něj však nevybavuje. Dalším faktorem, který může stigma teoreticky také negativně ovlivnit, je tlak na výkon, který zažívaly všechny respondentky. Tlak na výkon podporuje srovnávání s ostatními, které může vést ke srovnávání i v jiných oblastech než jen školních, a podpořit tak jedincovo sebestigma a pocity méněcennosti ve vztahu k duševním problémům.

Co však působí jako jeden z nejsilnějších vlivů, jsou reakce okolí. U respondentek, které se setkaly s přímými negativními reakcemi rodiny nebo přátel, došlo v reakci na tyto situace k velmi negativním změnám, například k podpoře skrývání potíží a nárustu sebestigmatizace.

Vliv okolí však působil i pozitivně, nyní se tedy přesouvám do vlivů, které stigmatizaci snižují. Mezi ně patří podpora v blízkém okolí, hlavně co se týče rodiny a přátel. Bylo to právě okolí respondentek, díky kterému v mnoha případech došlo k vyhledání odborné pomoci. Destigmatizační vliv mají však také média, a především sociální sítě, které šíří povědomí o této problematice, ale také podporu pro jedince, kteří si duševními problémy prochází. To podporuje i zjištění, že přínos sociálních sítí udávají zejména respondentky, které v současné době popisují to, že jim již sdílení dělá menší problém, na rozdíl od respondentek, které tento vliv nemají. V neposlední řadě působila pozitivním vlivem také terapie. Ta přispívá mimo jiné také k větší informovanosti, co se duševních problémů týče. Pozitivní vliv informovanosti a obeznámenosti můžeme zaznamenat také u poslední

respondentky, která mimo terapie udává i pozitivní přínos práce a studia v oboru psychologie.

Těmto tématům se v teoretické části věnují kapitoly týkající se copingu a destigmatizace. Co se týče copingu, ze čtyř uvedených strategií v podobě skrývání projevů, aktivismu, pomoci ostatním skrz sdílení vlastních zkušeností a vyrovnání se v průběhu času, se vyskytly všechny možnosti, kromě aktivismu. U všech respondentek, zejména v průběhu střední školy, docházelo (nebo stále dochází) ke skrývání problémů. Vyrovnání se v průběhu času také patřilo mezi poselství, která se objevovala ve všech rozhovorech. Veřejné sdílení bylo patrné zejména u respondentky 1, která se mu nyní aktivně věnuje na svých sociálních sítích. Ostatní respondentky tento obsah na sociálních sítích spíše konzumují, než aby ho aktivně vytvářely. Tato možnost by tedy patrně také měla být v copingových strategiích také zahrnuta. V tomto případě se totiž opět potvrzuje silný vliv medií a internetu na snížení stigmatizace, zejména pak poté sebestigmatizace. V rámci destigmatizace se poté ze tří hlavních strategií podle Corrigan a Penna (1999) potvrdil především vliv edukace a kontaktu.

Mezi limity výzkumu patří především nízká heterogenita výzkumného souboru. Ten by se měl skládat z jedinců, kteří studovali na odlišných typech středních škol, ne pouze na gymnáziích. Dalším nedostatkem je fakt, že se ve vzorku nevyskytuje žádný respondent mužského pohlaví. Opačným problémem je naopak lehká rozdílnost v duševních problémech u respondentek. Zaměření práce bylo na depresivní a úzkostné problémy, které se vyskytovaly u všech respondentek. Došlo však také k tomu, že nějaké respondentky mimo tyto problémy zažívaly i jiné psychické obtíže, například poruchu osobnosti, které poté mohly vést k jiným zkušenostem. Částečně limitujícím byl také kvalitativní výzkumný design, protože není možné výsledky analýzy zobecnit a udávat je jako obecně platné. Jeho přínosem je však naopak podrobný vhled do problematiky, který skrz osobní výpovědi a příběhy nabízí poznatky, které mohou sloužit jako základna a inspirace pro následující zkoumání.

10 Závěr

V této bakalářské práci jsem se zabývala stigmatizací duševních problémů ve vztahu k jejich řešení u středoškolských studentů. Ve vztahu k výzkumným otázkám bylo zjištěno, že v souvislosti se stigmatizací respondentky vnímají především faktor odsuzování a přiřazování negativních osobnostních vlastností společností. Často se také objevoval problém bagatelizace a znevažování těchto problémů. Tyto skutečnosti se vztahují i k vyhledání odborné pomoci, na které má mimo to vliv také prožívaný stud, vina a snížené sebevědomí. V neposlední řadě hraje podstatnou roli také nedostatečná informovanost o možnostech řešení duševních problémů. Práce se soustředila také na faktory, které stigmatizaci ovlivňují. Mezi umocňujícími hrají hlavní roli zmíněná neinformovanost o pomoci, ale i o povaze problémů a negativní reakce z okolí. Pozitivně naopak působí podpora v okolí, média, sociální sítě, terapie a práce nebo studium v oboru.

Myslím si, že by tato zjištění mohla být přínosná jak pro lektory a vedoucí programů školní prevence, tak pro školní psychology. Ukazují totiž realitu toho, s čím konkrétně se studenti na středních školách mohou potýkat a na co je tedy potřeba se zaměřit. V rámci primární prevence mi přijdou velmi relevantní výpovědi respondentek o tom, co by ony samy v těchto programech uvítaly. Z těchto výpovědí, ale i z celkového výstupu práce lze shrnout, že nápomocné by bylo zejména poskytnutí informací. Ty by se měly týkat různých duševních problémů a možností jejich řešení. Důraz je potřeba klást také na osvětu v podobě toho, že potýkat se s duševními problémy může být sice běžné, člověk by však měl umět rozeznat hranici, ve které již prožívané potíže nejsou obvyklé, a kdy je již vhodné vyhledat pomoc. V neposlední řadě je důležitá i podpora a snaha o vytvoření a podporu pozitivního sebehodnocení. Pro efektivnější práci školního psychologa může být podstatné to, že by měl v ideálním případě více propagovat svoji přítomnost na škole a služby, které jsou studentům dostupné. Mnoho studentů o nich totiž nemusí mít dostatečné informace.

Myslím si, že vzhledem k současné situaci, kdy vzrůstá počet jedinců s duševními problémy, by tomuto tématu v budoucnu měla být určitě věnována mnohem větší pozornost. Práce otevírá hned několik oblastí, které by bylo dle mého názoru zajímavé a přínosné více prozkoumat. Patří mezi ně například pozitivní působení sociálních sítí, které v poslední době získávají větší a větší vliv, zejména u mladých lidí. Bylo by tedy dobré

zjišťovat, jakými způsoby lze skrz sociální sítě pozitivní vliv uplatnit. Další oblastí by mohlo být také zkoumání tlaku na výkon a srovnávání se s ostatními studenty ve vztahu ke stigmatizaci. Přínosné by mohl být také kvantitativní výzkum této problematiky, který by mohl potvrdit, zda tato zjištění platí i v obecné rovině.

-

11 Seznam použitých informačních zdrojů

ARBOLEDA-FLÓREZ, Julio, 2012. From Sin to Science: Fighting the Stigmatization of Mental Illnesses. *The Canadian Journal of Psychiatry* [online]. **57**(8) 457-463 [cit. 2023-07-07].

BARTOŠ, Vojtěch, CAHLÍKOVÁ Jana, BAUER Michal a CHYTILOVÁ Julie, 2020. *Dopady pandemie koronaviru na duševní zdraví*. Praha: Národohospodářský ústav AV ČR. Studie IDEA anti COVID-19. ISBN 978-80-7344-569-0.

BETTON, Victoria, BORSCHMANN Roman, DOCHERTY Mary, COLEMAN Stephen, BROWN, et al., 2015. The role of social media in reducing stigma and discrimination. *British Journal of Psychiatry* [online]. **206**(6), 443-444 [cit. 2023-07-07]. ISSN 0007-1250. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.152835

CLEMENT, S., O. SCHAUMAN, T. GRAHAM, et al., 2015. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine* [online]. **45**(1), 11-27 [cit. 2023-07-07]. ISSN 0033-2917. DOI:10.1017/S0033291714000129

CORRIGAN, Patrick W. a David L. PENN, 1999. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist* [online]. **54**(9), 765-776 [cit. 2023-07-07]. ISSN 1935-990X. DOI:10.1037/0003-066X.54.9.765

CORRIGAN, Patrick, 2004. How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist* [online]. **59**(7), 614-625 [cit. 2023-07-07]. ISSN 1935-990X. DOI:10.1037/0003-066X.59.7.614

DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

GOFFMAN, Erving, 2003. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství. Most (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-21-0.

GULLIVER, Amelia, GRIFFITHS Kathleen M. a CHRISTENSEN, Helen, 2010. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a

systematic review. *BMC Psychiatry* [online]. **10**(1) [cit. 2023-07-07]. ISSN 1471-244X. DOI:10.1186/1471-244X-10-113

HAMILTON, Max, 1959. The Assessment of Anxiety States by Rating. *British Journal of Medical Psychology* [online]. **32**(1), 50-55 [cit. 2023-07-07]. ISSN 00071129. DOI:10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x

HARTL, Pavel, 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-803-1.

HEARY, Caroline, HENNESSY, Eilis, SWORDS Lorraine a CORRIGAN, Patrick, 2017. Stigma towards Mental Health Problems during Childhood and Adolescence: Theory, Research and Intervention Approaches. *Journal of Child and Family Studies* [online]. **26**(11), 2949-2959 [cit. 2023-07-07]. ISSN 1062-1024. DOI:10.1007/s10826-017-0829-y

JEFFERIES, Philip, UNGAR Michael a LINCOLN, Sarah Hope, 2020. Social anxiety in young people: A prevalence study in seven countries. *PLOS ONE* [online]. **15**(9) [cit. 2023-07-07]. ISSN 1932-6203. DOI:10.1371/journal.pone.0239133

JOST, John T. a BANAJI, Mahzarin R, 1994. The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology* [online]. **33**(1), 1-27 [cit. 2023-07-07]. ISSN 01446665. DOI:10.1111/j.2044-8309.1994.tb01008.x

KING, Michael, DINOS, Sokratis, SHAW, Jenifer, WATSON, Robert, STEVENS, Scott et al., 2007. The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry* [online]. **190**(03), 248–254. DOI:10.1192/bjp.bp.106.024638

10.1192/bjp.bp.106.024638

KNOTOVÁ, Dana, 2014. *Školní poradenství*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4502-2.

LAZOWSKI, L., M. KOLLER, H. STUART a R. MILEV, 2012. Stigma and Discrimination in People Suffering with a Mood Disorder: A Cross-Sectional Study. *Depression Research and Treatment* [online]. 1-9 [cit. 2023-07-07]. ISSN 2090-1321. DOI:10.1155/2012/724848

LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ Dana, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

- LIVINGSTON, James D. a Jennifer E. BOYD, 2010. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*. [online]. **71**(12), 2150-2161 [cit. 2023-07-07]. ISSN 02779536. DOI:10.1016/j.socscimed.2010.09.030
- LEBEL, Thomas P., 2008. Perceptions of and Responses to Stigma. *Sociology Compass* [online]. **2**(2), 409-432 [cit. 2023-07-07]. ISSN 17519020. DOI:10.1111/j.1751-9020.2007.00081.x
- LYNCH, Hannah, MCDONAGH Cal a HENNESSY, Eilis, 2021. Social Anxiety and Depression Stigma Among Adolescents. *Journal of Affective Disorders* [online]. **281**, 744-750 [cit. 2023-07-07]. ISSN 01650327. DOI:10.1016/j.jad.2020.11.073
- NASLUND, J. A., ASCHBRENNER K., A., MARSCH, L.A. a BARTELS S., J., 2016. The future of mental health care: peer-to-peer support and social media. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* [online]. **25**(2), 113-122 [cit. 2023-07-07]. ISSN 2045-7960. DOI:10.1017/S2045796015001067
- NEARCHOU, Finiki A., BIRD, Niamh, COSTELLO, Audrey, DUGGAN, Sophie, GILROY, et al. 2018. Personal and perceived public mental-health stigma as predictors of help-seeking intentions in adolescents. *Journal of Adolescence* [online]. **66**(1), 83-90, [cit. 2023-07-07]. ISSN 0140-1971. DOI:10.1016/j.adolescence.2018.05.003
- Nevypust' duši, 2021. *Krizová centra*. [online]. 20.12. [cit. 3.7.2023]. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/2021/12/20/krizova-centra/>
- NOLEN-HOEKSEMA, Susan, 2012. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Vyd. 3., přeprac. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0083-3.
- MACEK, Petr, 1999. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-348-X.
- MKN-10, 2023. *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. [cit. 2023-07-07]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F34.9>
- OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO Ján, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

OCISKOVÁ, Marie, PRAŠKO, Ján, DOSTÁLOVÁ, Lenka, et al. Sebestigmatizace u psychiatrických pacientů – standardizace škály ISMI. *Česká a slovenská Psychiatrie* [online]. **110**(6), 301-310 [cit. 2023-07-07].

OREL, Miroslav, 2020. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-2529-6.

PESCOSOLIDO, Bernice A., MANAGO Bianca a MONAHAN John, 2019. Evolving Public Views On The Likelihood Of Violence From People With Mental Illness: Stigma And Its Consequences. *Health Affairs* [online]. **38**(10), 1735-1743 [cit. 2023-07-07]. ISSN 0278-2715. DOI:10.1377/hlthaff.2019.00702

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

PHQ-9: *Modified for Teens*, 2010. [online]. [cit. 2023-07-07]. Dostupné z: https://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/member_resources/toolbox_for_clinical_practice_and_outcomes/symptoms/GLAD-PC_PHQ-9.pdf

PTÁČEK, Radek, RABOCH Jiří, VŇUKOVÁ, Martina, et al, 2016. Beckova škála deprese BDI-II – standardizace a využití v praxi. *Česká a Slovenská psychiatrie* [online]. **112**(6), 270–27 [cit. 2023-07-07]. ISSN 1212-0383.

RADEZ, Jerica, REARDON Tessa, CRESWELL Cathy, LAWRENCE Peter J., EVDOKA-BURTON Georgina et al., 2021. Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry* [online]. 2021, **30**(2), 183-211 [cit. 2023-07-07]. ISSN 1018-8827. DOI:10.1007/s00787-019-01469-4

RAPEE, Ronald M., OAR, Ella L., JOHNCO Carly J., FORBES Miriam K., FARDOULY Jasmine et al., 2019. Adolescent development and risk for the onset of social-emotional disorders: A review and conceptual model. *Behaviour Research and Therapy* [online]. **123** [cit. 2023-07-07]. ISSN 00057967. DOI:10.1016/j.brat.2019.103501

SPITZER, Robert L., KROENKE, Kurt, WILLIAMS Janet B. W. a LÖWE, Bernd, 2006. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal*

Medicine [online]. 166(10) [cit. 2023-07-07]. ISSN 0003-9926.
DOI:10.1001/archinte.166.10.1092

TAJFEL, Henri, 1974. Social identity and intergroup behaviour. *Social Science Information* [online]. 13(2), 65-93 [cit. 2023-07-07]. ISSN 0539-0184.
DOI:10.1177/053901847401300204

THORNICROFT, Graham, 2006. Tackling discrimination against people with mental illness. Foundation MH, editor. ISBN 1-903645-80-8.

THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.

TORREY, E. Fuller, 1994. Violent Behavior by Individuals With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services* [online]. 45(7), 653-662 [cit. 2023-07-07]. ISSN 1075-2730.
DOI:10.1176/ps.45.7.653

Týdeník školství, nedatováno. *Psycholog působí jen na každé páté škole*. [online]. [cit. 3.7.2023]. Dostupné z: <https://tydenik-skolstvi.cz/psycholog-pusobi-jen-na-kazde-pate-skole/>

VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání druhé, doplněné a přepracované. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.

VOGEL, David L., WADE Nathaniel G. a HAAKE Shawn, 2006. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology* [online]. (3), 325-337 [cit. 2023-07-07]. ISSN 1939-2168. DOI:10.1037/0022-0167.53.3.325

VÝROST, Jozef a SLAMĚNÍK, Ivan, 2008. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1428-8.

WHITING, Daniel, LICHTENSTEIN, Paul a FAZEL, Seena, 2021. Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *The Lancet Psychiatry* [online]. 8(2), 150-161 [cit. 2023-07-07]. ISSN 22150366. DOI:10.1016/S2215-0366(20)30262-5

WHITLEY, Rob a WANG JiaWei, 2017a. Television coverage of mental illness in Canada: 2013–2015. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. **52**(2), 241-244 [cit. 2023-07-07]. ISSN 0933-7954. DOI:10.1007/s00127-016-1330-4

WHITLEY, Rob a WANG, JiaWei, 2017b. Good News? A Longitudinal Analysis of Newspaper Portrayals of Mental Illness in Canada 2005 to 2015. *The Canadian Journal of Psychiatry* [online]. **62**(4), 278-285 [cit. 2023-07-07]. ISSN 0706-7437. DOI:10.1177/0706743716675856

WOOD, Lisa, BIRTEL, Michele, ALSAWY, Sarah, PYLE, Melissa a MORRISON, Anthony, 2014. Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry Research* [online]. **220**(1-2), 604-608 [cit. 2023-07-07]. ISSN 01651781. DOI:10.1016/j.psychres.2014.07.012

World Health Organisation, 2021. *Mental health of adolescents*. [online]. 17.11. [cit. 3.7.2023]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

12 Seznam příloh

Příloha 1. – Informovaný souhlas

Příloha 2. – Rozhovor: Respondentka 1

Příloha 3. – Dotazník