



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Stigmatizace psychických poruch v historii a v současných kulturách

Stigmatization of psychic disorders throughout history and in present cultures

Vypracovala: Barbora Balounová
Vedoucí práce: Mgr. Bc. Tomáš Mrhálek, Ph.D.

České Budějovice 2021

Poděkování

Děkuji Mgr. Bc. Tomášovi Mrhálkovi, Ph.D , vedoucímu mé bakalářské práce, za odborné vedení, poskytnuté rady a připomínky

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných ... fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne

.....

Barbora Balounová

Abstrakt

Název práce: Stigmatizace psychických poruch v historii a v současných kulturách

Autor práce: Barbora Balounová

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Tomáš Mrhálek, Ph.D.

Bakalářská práce se zabývá stigmatizací psychických poruch v průběhu historie a v dnešních kulturách. Jedná se o teoretickou práci, jež má v první části shrnout, jak se v historii pohlíželo na psychické poruchy a jak s lidmi s těmito poruchami bylo zacházeno. V části druhé se práce věnuje dnešnímu pohledu na psychické poruchy v jednotlivých kulturách a s nimi spojenou stigmatizaci. Práce by měla osvětlit vývoj pohledu na psychické poruchy a poukázat na současné nedostatky v povědomí společnosti.

Klíčová slova: psychické poruchy, kultura, stigmatizace, sebestigmatizace, historie, sociální izolace, vztahy

Abstract

Title: Stigmatization of psychic disorders throughout history and in present cultures

Author: Barbora Balounová

Supervisor: Mgr. Bc. Tomáš Mrhálek, Ph.D.

This bachelor thesis deals with the stigmatization of mental disorders in the course of history and today's culture. This is a theoretical work that aims to enlighten, in the first part, how mental disorders were viewed in history and how people were treated. The second part of the thesis deals with today's view of mental disorders in individual cultures and describes the associated stigmatization. The work should shed light on the development of the view of mental disorders and point out the current shortcomings in the consciousness of society.

Key words: mental disorders, culture, stigmatization, self stigmatization, history, social isolation, relationships

Obsah

Úvod	7
Metodika	8
1. Psychické poruchy	9
1.1 Schizofrenie	9
1.1.1 Bludy	10
1.1.2 Halucinace	11
1.1.3 Dezorganizovaná řeč a myšlení, dezorganizované chování	11
1.1.4 Poruchy emocionality	11
1.2 Deprese	12
1.2.1 Mírná deprese	13
1.2.2 Středně těžká deprese	13
1.2.3 Těžká deprese	14
1.3 Histrionská porucha osobnosti	14
2 Stigmatizace	15
2.1 Definice	15
2.2 Základní komponenty stigmatizace	16
2.3 Druhy stigmatu	17
2.4 Stigmatizace jednotlivých poruch	18
2.4.1 Schizofrenie	18
2.4.2 Depresivní porucha	18
2.4.3 Histrionská porucha osobnosti	19
3 Stigmatizace v historii	19
3.1 Starověk	19
3.1.1 Egypt	20
3.1.2 Indie	21
3.1.3 Čína	22
3.1.4 Řecko	22
3.1.5 Řím	23
3.2 Středověk	24
3.3 Novověk	28
4 Dopady stigmatizace v současné době	30
4.1 Role médií	31

4.1.1	Sociální média	32
4.2	Pohled na psychické poruchy v jednotlivých kulturách	33
4.2.1	Asie.....	34
4.2.2	Afrika	35
4.2.3	Evropa	36
4.3	Sociální izolace jako faktor stigmatizace.....	37
4.3.1	Afrika	39
4.3.2	Asie.....	39
4.3.3	Evropa	40
4.4	Práce.....	40
4.4.1	Afrika	40
4.4.2	Asie.....	41
4.4.3	Evropa	41
4.5	Vliv stigmatizace na vztahy a rodinu.....	42
4.5.1	Afrika	42
4.5.2	Asie.....	43
4.5.3	Evropa	45
5	Diskuze	46
6	Závěr.....	51
	Zdroje	52

Úvod

Toto téma jsem vybrala, jelikož narážím na častou misinterpretaci psychických poruch. Práce by tak měla osvětlit, proč tomu tak je. Zda je to pouze záležitostí dnešní moderní doby, kdy se význam ztrácí, nebo zda se jedná o problém dlouhodobého rázu. Práce se bude pohybovat především na poli sociální psychologie. Stigmatizace je stále je v České republice stále menšinově zpracována. Podíváme-li se do učebnic psychologie, nebo celkově psychologické literatury, je stigmatizace pouze zmíněna a v některé literatuře často opomíjena.

Mezi knihy, které se zajímají čistě o stigmatizaci patří *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch* od Ociskové a Praška. V zahraničí se touto problematikou zabýval mimo jiné také Goffman v knize *Stigma*. Právě díky nedostatečnému zpracování se pak psychologové setkávají s klienty, kteří kvůli stigmatizaci psychických poruch nemohou např. sehnat práci, či zapadnout do kolektivu a jsou společností odmítáni. Z tohoto důvodu je důležité se jí zabývat, jelikož se jedná nejen o problém v České republice, ale také v celém světě, kdy se stigmatizace liší v každé kultuře a také v otázce historie, ze které si každá kultura přejímá názory.

Práce si klade za cíl vytvořit určitý souhrn poznatků, který by popisoval problematiku stigmatizace a nazírání na psychické poruchy. Jak bylo jednáno s lidmi trpícími psychickou poruchou v minulosti? K jakým změnám došlo v nynějších kulturách? Jak jednotlivé kultury na psychické poruchy a s nimi spojenou stigmatizaci, nahlízejí? Zároveň by práce měla upozornit na případné nedostatky v edukaci o této problematice.

Metodika

Práce využívá formu teoretického přehledu, zaměřeného na rozbor literatury věnující se stigmatizaci duševních poruch v historii a současnosti. Vymezení stigmatizace a historický přehled byl tvořen primárně na základě rešerše knižních publikací. Část věnovaná současnému stavu a interkulturními srovnání vychází z analýzy databázovaných článků, jejichž obsah byl tematicky rozdělen na:

- Obecné pojetí psychických poruch
- Sociální izolace
- Oblast práce
- Oblast sociálních vztahů

Tyto oblasti jsou pak popisovány v kontextu kulturního aspektu stigmatizace z pohledu Afriky, Asie a Evropy, která reprezentuje západní optiku.

Celkem bylo pro práci využito:

20 knih

29 vědeckých zahraničních článků

1. Psychické poruchy

Ač se tak nemusí zdát, psychické poruchy člověka provází již po staletí. První zmínky o nich lze pozorovat již ve starověkém Egyptě, Mezopotámii a později také v Řecku, kde je za nejvýznamnější osobu v této tématice považován lékař Hippokrates, který jako první zastával názor, že duševní poruchy jsou chorobami mozku a odpoutal se tak od tehdejšího mystického pohledu (Dušek, 2010).

Než ovšem zabřednu do historického pohledu na psychické poruchy, je třeba si psychické poruchy definovat. Psychické poruchy nelze zcela definovat jako celek, jelikož se jedná o soubor poruch s různým začleněním. Pro diagnostiku psychických poruch je tak důležité definovat i normu psychického zdraví, která pomáhá určit, co již nespadá do onoho normálu. Stejně jako kritérium normálnosti není daný stav, ale proces, který se vždy k něčemu vztahuje, tak i na zdraví nemůžeme nahlížet jako na daný stav. Zdraví je proces, který je dynamický a vždy se vyvíjí ve vztahu k nějakému prostředí (Dušek, 2010).

Pro účely této práce jsem vybrala psychické poruchy, které jsou snadno vysledovatelné jak v historii, tak i napříč kontinenty. Jedná se tak o depresivní poruchy, histrionskou poruchu osobnosti a schizofrenii.

1.1 Schizofrenie

Schizofrenie je charakteristická nepřiměřenou, či oploštělou afektivitou a význačnými poruchami vnímání a myšlení. I přesto jsou však obvykle zachovány intelektové schopnosti a jasné vědomí. Nejčastěji je postižena osobnost ve svých nejpodstatnějších funkcích. Pro osoby, u kterých je diagnostikována schizofrenie, jsou typické především sluchové halucinace, kdy slyší své myšlenky, nebo si myslí, že někdo jiný je slyší také. Jsou to většinou hlasy, které nějakým způsobem komentují jejich chování. Dále je postiženo také vnímání, kdy se barvy a zvuky zdají příliš hlasité, nebo pozměněné. Do popředí se dostávají ty rysy celku, které jsou nepodstatné či okrajové a které jsou u normálně zaměřené aktivity potlačené (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

Pro přehlednější popis schizofrenie jsem vybrala dvě definice, které mohou být použity pro porovnání předchozího popisu

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě. Schizofrenie je typicky procesuální choroba se začátkem v pubertě nebo rané dospělosti. Je to závažné psychotické onemocnění charakterizované významnými poruchami v oblasti myšlení, vnímání, emocí a kognitivních funkcí (Ocisková & Praško, 2015, str.45).

Schizofrenie je duševní onemocnění, jehož název pochází z řečtiny (schizis=rozštěp, frén=mysl) a vystihuje dobře jakési rozštěpení či roztržení psychiky nemocného, jehož vnímání, myšlení, city, vůle a vnější projevy jsou tak chorobně změněny, že jsou pro okolí velmi těžko pochopitelné, čímž se dále zhoršuje již primárně narušený kontakt nemocného s okolím a jeho odtržení od společnosti a reality (Musil, 2006, str.105).

Schizofrenie se vyskytuje stejně často u mužů i žen, ale rozdíl je zde v počátku onemocnění, které u mužů probíhá mezi 15. a 25. rokem, a u žen mezi 25. a 35. rokem a pokud nástup onemocnění proběhne dříve, stává se náročnějším, jelikož pacient ještě nedosáhl plně psychosociální zralosti. V rozvoji schizofrenie je také významným ukazatelem míra životního stresu, genetické predispozice, kdy se onemocnění stává pravděpodobnějším, jestliže se v rodině již vyskytuje a také pokud nastaly nějaké komplikace v těhotenství. Jedná se buďto o trvalý, nebo epizodický průběh s narůstajícími nebo trvalými defekty. Základem léčby je pak vždy farmakoterapie antipsychotiky, které působí proti halucinacím, depresím, úzkosti a mohou také oživit či zklidnit motoriku (Ocisková & Praško, 2015).

1.1.1 Bludy

Mezi nejčastější symptomy se tak řadí bludy, halucinace, dezorganizované myšlení a řeč, dezorganizované chování, katatonie a poruchy emocionality. Bludy jsou typické tím, že vznikají v důsledku nemoci a ostatní lidé s pacientem nesdílejí přesvědčení, které je bludy způsobeno. Mohou mít různou podobu a konkrétně u schizofrenie se nejčastěji objevují bludy vztahovačnosti a paranoidně-perzekuční bludy, kdy se dotyčný cítí pronásledován. Dále se jedná o bludy kontrolování a ovlivňování, kdy má dotyčný pocit, že na někoho působí na dálku a jsou většinou ovlivněny prvotní zkušeností, motivačními faktory a poruchou zpracování informací. Poslední, religiózní bludy, jsou spojené se sebepoškozováním, protože jsou klinicky významné, jelikož mají horší terapeutický výsledek a pacienti jimi trpící jsou oproti ostatním pacientům se schizofrenií závažněji nemocní (Bankovská Motlová & Koukolík, 2004).

1.1.2 Halucinace

Halucinace jakožto symptom schizofrenie jsou nejčastěji sluchové a vyskytují se až v 50%. Mohou být však i zrakové a taktilní a jedná se o vjemy bez vně existujícího objektu. Sluchové halucinace jsou popisovány jako, jejichž obsah je většinou nepříjemný a různí se jejich počet působící na pacienta. Tyto hlasy mohou být ve formě teleologické halucinace, kdy člověku buďto radí, nebo se mezi sebou hádají. Další formou jsou imperativní halucinace, kdy hlasy přikazují (Bankovská Motlová & Koukolík, 2004). Mimo jiné pacienti také nabývají dojmu, že jim někdo vkládá do hlavy myšlenky, vnímají své myšlenky jako ozvučené, nebo jim jsou odjímány a je jim tak bráněno v jejich vlastní aktivitě. K halucinacím dochází v souladu s bludy a chováním (Dušek, 2010).

1.1.3 Dezorganizovaná řeč a myšlení, dezorganizované chování

Pro další ze symptomů, dezorganizovanou řeč a myšlení, se v klinické psychologii zažil pojem formální porucha myšlení a mělo by se na něj nahlížet jako na součást širší poruchy, jelikož je složité určit, zda porucha řeči u schizofreniků spadá přímo pod dezorganizaci řeči, nebo dezorganizaci myšlení, protože se jedná o distorzi skutečnosti, chování a poruch myšlení. Takovýto jedinec má obtíže udržet a vnímat směr, kterým se ubírá konverzace, a z jeho odpovědí na otázku může vzniknout slovní salát, přičemž používá také neologismů. Objevuje se také chudost vět, nesprávná gramatická spojení a zárazy v řeči. Na toto vše navazuje dezorganizované chování, které je možné vyzorovat již ze způsobu oblékání, které je neadekvátní k dané situaci, nebo z hygienických návyků, které není schopen často udržet (Bankovská Motlová & Koukolík, 2004).

1.1.4 Poruchy emocionality

Poslední ze symptomů, které v práci popíšu, jsou poruchy emocionality. Jsou to především poruchy pocitů, motivace, afektivity a nálady, jejichž narušení ústí v anhedonii, zintenzivnění pocitů, apatii, abulii, nepřiléhavou afektivitu, otupělou afektivitu, deprese a úzkosti (Bankovská Motlová & Koukolík, 2004). Citový život schizofreniků tak bývá chudší a projevuje se ztrátou vazeb s okolím, těžkostí navazovat vztahy přátelské a intimní, kdy nejsou schopni prožívat lásku a nenávisť, ale na druhou stranu mají nepřiměřené reakce. Ztrácejí reálné zájmy, je oslabena jejich vůle a mají tendenci k sociální izolaci. Všechny tyto aspekty poté často vedou k suicidalitě (Musil, 2004).

1.2 Deprese

Asi každý někdy prožívá období, kdy je smutný, nechce se mu nic dělat a o nic nemá zájem. Právě mírná deprese je pochopitelná reakce na stres způsobený životními událostmi, jako je například zaměstnání, škola, či problémy v rodině. Ovšem jedná-li se o stav, který přetrvává po delší dobu, jedná se již o depresivní poruchu (Nolen-Hoeksema, 2012).

Ocisková a Praško (2015) uvádějí, že deprese je nejčastější porucha u mladých i starších dospělých a podle světové organizace jí trpí kolem 350 milionů lidí a je nejčastější příčinou invalidity. V knize se dále odhaduje, že v roce 2020 bude již druhou nejčastější.

Jelikož je již rok 2021, tento odhad lze ověřit na oficiálních stránkách organizace WHO, která nyní uvádí, že deprese je vedoucí příčinou invalidity celosvětově a významně přispívá k celkové světové zátěži nemocemi, přičemž stránka udává také rozdílný počet lidí trpících depresí, který je nyní kolem 264 milionů (WHO,2020).

Pokud bychom měli depresi definovat, jedná se o psychický stav, kdy se jedinec vyznačuje skleslou náladou, úbytkem energie, ztrátou zájmů, objevujícími se úzkostmi a postupnou sociální izolací. Depresi rozdělujeme na mírnou, středně těžkou a těžkou a řadí se mezi afektivní poruchy, neboli poruchy nálady (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

Další definice

Depresivní porucha může proběhnout jako jedna epizoda – depresivní epizoda, nebo se tyto epizody mohou opakovat – rekurentní depresivní porucha (Svoboda et al., 2006, str. 204).

Deprese je považována za poruchu tehdy, když jsou příznaky natolik vážné, že jedinci narušují každodenní život, a přetrvávají několik týdnů (Nolen-Hoeksema, 2012, str.539).

Deprese je charakterizována epizodami chorobného smutku, projevy sklíčené nálady, často neodklonitelné, které působí nemocnému velkou duševní trýzeň a bolest. Doprovází ji ztráta sebedůvěry, snížení sebevědomí a sebeobviňování s pesimistickým obsahem myšlení, sníženým zájmem o činnost či záliby a neschopností se radovat ze zážitků a situací dříve potěšujících (Ocisková & Praško, 2015, str.87).

Jelikož je deprese jednou z nejrozšířenějších poruch, je dobré umět rozpoznat její příznaky, protože jejich včasná identifikace může předejít suicidalitě, která je s depresí úzce spojena. Řada depresí může také ustoupit neléčeně a jejich průměrná délka je 20 týdnů, ale každá prodělaná depresivní epizoda zvyšuje riziko jejího návratu. I přesto, že se objevuje možnost tohoto spontánního uzdravení, je třeba depresi léčit kvůli riziku recidivity, chronicity, ekonomickému dopadu a snížené kvalitě života. Nejčastějšími příznaky kromě těch, již výše uvedených jsou také příznaky somatické, kdy dochází k úbytku na váze, ztrátě libida, ztrátě chuti k jídlu, bolestem hlavy apod. (Svoboda et al., 2006).

1.2.1 Mírná deprese

Aby mohla být diagnostikována mírná deprese, musí ji jedinec prožívat nejméně dva týdny. Tato depresivní fáze člověka obtěžuje a má lehké obtíže s vykonáváním práce. Takový jedinec zažívá depresivní náladu, pomalu ztrácí zájem, registruje zvýšenou únavu a můžou se u něj objevovat také somatické příznaky (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

U jedince by se měly objevit cca tři příznaky. Jsou tím myšleny příznaky jako je ztráta energie, zájmů nebo potěšení při aktivitách, které jsou jinak příjemné. Dále myšlenky na smrt a sebepoškozování, nebo bezdůvodné výčitky a pocity neodůvodněné viny. Snížená schopnost myslet, soustředit se, nerozhodnost, váhavost, snížené psychomotorické tempo, poruchy spánku a nechutenství (Dušek, 2010).

1.2.2 Středně těžká deprese

Tato fáze musí trvat déle než dva týdny za předpokladu výskytu alespoň dvou ze tří nejtypičtějších příznaků typických pro mírnou depresi, přičemž se může probíhat bez somatických příznaků, nebo za jejich přítomnosti, kdy se jich objevuje čtyři a více. Jedinec je schopen pracovat, účastnit se společenských akcí za mírných obtíží (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

Jsou na mysli příznaky jako u mírné deprese, za předpokladu, že budou ve větší míře i s nejtypičtějšími příznaky pro depresi (Dušek, 2010).

1.2.3 Těžká deprese

U těžké deprese probíhá dále rozdělení na tu nepsychotické formy, kdy se musí vyskytovat přinejmenším osm příznaků a psychotické formy, kdy se objevují také bludy, halucinace a stupor (Dušek, 2010).

Pacient trpící těžkou depresí se projevuje agitovaností, pocíťuje stísněnost, prožívá silné pocity viny a ztrátu sebeúcty. U této formy deprese se téměř vždy vyskytuje nebezpečí sebevraždy a sebepoškozování a jsou přítomny somatické příznaky (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

1.3 Histrionská porucha osobnosti

Další psychickou poruchou, na kterou jsem se v práci rozhodla zaměřit je histrionská porucha, jež byla dříve nazývána hysterií. Člověk jí diagnostikovaný se projevuje jako egocentrický, jejich nálada se velmi rychle střídá a často mají přehnané emoční prožívání. Tito lidé mají sklon k vytváření „scén“, velké dramatičnosti a často rádi intrikují. Je u nich tedy rozvinut sklon k herectví, protože mají rozvinutou představitost a manipulují lidmi k dosažení vlastních cílů (Nývltová, 2010).

Mezi její příznaky patří sebedramatizace, teatrálnost, přehnaný projev emocí, sugestibilita, mělká a labilní emotivita, trvalé vyhledávání vzrušení a ocenění druhými, nepatřičná svůdnost ve zjevu a chování a nadměrné soustředění na fyzickou atraktivitu (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

„Pacienti s histrionskou poruchou osobnosti používají emočně expresivní styl, hledají pozornost druhých a chovají se dramaticky. Ženy často flirtují, naříkají si a projevují dětskou závislost. Muži jsou také egocentričtí a závislí, rádi se chlubí a předvádějí“ (Ocisková & Praško, 2015, str.207).

Pro člověka s histrionskou poruchou je náročné, pokud není středem pozornosti, v takový moment se může stát, že jsou raněny jejich city a jejich sklon k teatrálnosti může celou situaci výrazně zdramatizovat. Jsou zaměřeni na okamžité uspokojení svých potřeb, kvůli čemuž jsou jejich interpersonální vztahy často konfliktní, jelikož je nezajímají prožitky druhých, pokud neslouží nějakým způsobem k jejich předvádění a posunu do centra pozornosti. Jejich kognitivní styl bývá impresionistický za postrádání přesnosti a

vyznačují se velkou lhavostí, která může přejít až do bájných příběhů, které později vyprávějí (Praško, 2003).

Lidé s histrionskou poruchou mohou svůj stav léčit terapiemi, zde je ovšem velmi důležitý postoj, jaký terapeut zaujme. Pacienti si často terapeuta staví do role svého zachránce. Terapeut by však neměl kromě příliš přátelského postavení zaujímat příliš chladné postavení, protože je třeba si uvědomit, že pacient pravděpodobně v dětství trpěl deprivací, a tak by jeho touha po pozornosti měla být akceptována laskavým přístupem. Zde také může hrozit, pokud nebude terapeut opatrný, že se nechá pacientem zmanipulovat (Praško, 2003).

2 Stigmatizace

Již tedy jádro celé práce, stigmatizace. V dnešní době je již povědomí o psychických poruchách poměrně velké. Už víme, jak tyto poruchy diagnostikovat, jaké jsou jejich rozdělení, příznaky, ale hlavně víme, že tyto poruchy existují a jsou v povědomí nejen v odborné sféře, ale také v té laické. Tak tomu ovšem nebylo vždy. Stejně jako se rozvíjel a vytvářel obor psychologie, dostávali jsme se od čarodějnictví, posednutí d'áblem k psychickým poruchám. Osoba trpící psychickou poruchou nebojuje pouze s ní, ale velmi často také řeší právě problém stigmatu, který vytváří společnost.

2.1 Definice

Stigma je přívlastek, který je znehodnocující a může způsobovat diskriminaci jejího nositele. Původ slova stigma pochází z řečtiny, a to konkrétně již z antického Řecka a bývá překládáno jako znak, či stopa, která nese určité svědectví, upozorňuje na něco neobvyklého, především na tělesné znaky, nebo to, co je z morálního hlediska považováno za špatné (Ocisková & Praško, 2015). V minulosti toto slovo stigma však nemělo negativní význam. V dnešní době má však stigmatizace negativní vliv kvůli labelingu, marginalizaci a jednoduše vyřazení osob trpících psychickou poruchou ze společnosti pouze proto, že nějakou mají. Stigma je spojeno s předsudky a jev principu způsobeno chybějícími vědomostmi a strachem, který podporuje tvorbu zakořeněných mýtů a předsudků. Následkem stigmatizace se stává diskriminace, která ústí v násilí a porušování základních lidských práv. Na osoby s psychickou poruchou je často nazíráno,

jako na nebezpečné, nekompetentní a nespolehlivé což způsobuje jejich izolaci, ztrátu domova a ekonomické odmítnutí (Babic et. al., 2017).

2.2 Základní komponenty stigmatizace

Jako má každá psychická porucha svůj průběh, tak má svůj průběh také stigmatizace, která začíná značkováním, neboli labellingem. Poté dochází ke stereotypizaci, která je spojena s odlišnostmi v chování, či odlišnými vlastnostmi a znaky. Po této fázi dochází k separaci, kdy dochází k rozdělení na dvě skupiny, a nakonec úplná ztráta pozice a diskriminace, kdy je stigmatizovaný jedinec odmítnut a vyloučen. Tyto komponenty zároveň patří mezi zásadní problémy společnosti. Například s labelingem se každý z nás setkává na denní bázi ať už o tom víme nebo ne. Může jít například o to, když nám někdo řekne, že jsme špti, nebo podivíni a podobně. My sami lidem také přisuzujeme nálepky ať je to úmyslné, nebo neúmyslné.

Labelling, neboli nálepky, se v naší společnosti vyskytují až přespříliš. Jedná se o odchylky od normy, které mají buďto pozitivní význam, nebo bohužel většinou negativní. Nálepkami se zabývá také teorie labellingu se kterou přišel sociolog Howard Becker a popisuje, jak negativní nálepky člověka stigmatizují, diskriminují a předurčují k tomu, aby tyto nálepky, které mu jsou přisouzeny naplnil. Lidé, kterým je takováto negativní nálepka přisouzena, ji později přijímají do svého sebepojetí a sociální identity, přičemž mění také své chování. Právě nálepkování psychických poruch je příkladem, jak fungují, ale zde vyvstává také otázka, zda jsou to opravdu nálepky, které jedince vyřazují ze společnosti, nebo zda za to může odlišné chování, které je u každé poruchy jiné a často se výrazně odlišuje od normy již stanovuje daná společnost (Thorová, 2015).

O něco horší jsou pak stereotypy, což jsou schémata pro sociální skupiny a jedná se o soubory charakteristik, které mají vystihovat určitou skupinu lidí. Samozřejmě máme různé druhy stereotypů, které se mohou týkat etnických skupin, žen a mužů, příslušníků různých profesí a podobně (Výrost, 2018). Každý stereotyp zahrnuje více atributů, které se hodí pro danou skupinu více i méně a některé jsou neutrální. V závislosti na vhodnosti použití v nás posléze vyvolávají emoční reakce, které ovlivňují náš postoj ke kategorii, které je připisujeme. Kvůli těmto atributům a vyvolaným emočním reakcím máme sklon zaujímat „předsudečné postoje“ také vůči jedincům, kteří předtím nebyli součástí dané kategorie. Atributy vznikají na základě nějaké zkušenosti a nejsou založené na logice (Hnilica, 2010).

Dalším stádiem stigmatizace je separace, kdy jsou stigmatizovaní jedinci odděleni od hlavní skupiny, kterou je společnost. Toto rozdělení můžeme interpretovat jako oddíly na táboře. V tom prvním a větším, je většina lidí ve společnosti a v tom druhém, který je podstatně menší, jsou stigmatizovaní jedinci. Stejně jako tomu bývá i u táborů, v jednom z nich je lepší zázemí, možnosti a přístup, tím by v tomto případě byl tábor první. Je to klasické rozdělení na „my“ a „oni“ (Ocisková & Praško, 2015).

Posledním stádiem je diskriminace a je jí myšleno nespravedlivé chování k jednotlivcům na základě skupiny, ke které jsou řazeni. Diskriminace se nejvíce projevuje tím, že je jedinec znevážen, odmítnut a vyloučen a je mu odpírán přístup ke vzdělání, práci, zdrojům a podobně. Takováto diskriminace poté může vrcholit až genocidou, týráním a zneužíváním, jelikož má často podobu agrese (Hnilica, 2010).

2.3 Druhy stigmatu

Nejzákladnější rozdělení stigmatizace, které máme je na stigmatizaci veřejnou a osobní. Veřejné stigma zahrnuje reakce široké veřejnosti vůči skupině, které jsou založené na stigmatu dané skupiny. I přesto, že jsme zvyklí rozlišovat mezi skupinami ve společnosti a nějakým způsobem je označovat, „nálepkovat“, nejedná se o samozřejmý proces. Ve společnosti pak probíhá selekce těch odlišností, na kterých ve společnosti záleží. Právě u veřejného stigma fungují komponenty výše popsané a diskriminace stigmatizovaných osob vrcholí například tím, že jsou odmítáni na pohovorech, nebo při snaze zařídit si bydlení (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005). I zde je třeba brát na zřetel, že vše, co vnímáme je ovlivňováno kulturními vzorci, a tudíž se stigma v každé zemi budou lišit. Nejde tedy o univerzální nálepky a postoje, ale jsou specifickými pro tu danou kulturu. Tam, kde je člověk s psychickou poruchou považován za příliš odlišného a nebezpečného pro společnost, je jinde obdivován a považován za spirituálně nadaného (Ocisková & Praško, 2015).

Osobní stigma se týká reakcí jednotlivců, kteří patří do stigmatizované skupiny a obrací stigmatizující postoje proti sobě. Stejně jako veřejné stigma zahrnuje i osobní stigmatizace stereotypy, předsudky a diskriminaci. Dalším rozdílem oproti veřejnému stigmatu je, že se skládá z vnímaného stigmatu, zakoušeného stigmatu a sebestigmatizace. U osobního stigmatu se objevuje negativní smýšlení o sobě, kdy si jedinec myslí, že je neschopný a nebezpečný, souhlasí s předsudky o něm a má nízké

sebevědomí, přičemž sabotuje svou možnost získat práci a nevyhledává pomoc (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2015).

2.4 Stigmatizace jednotlivých poruch

Kromě vysvětlení jednotlivých poruch a pojmu stigmatizace považuji za důležité také říci, jaká stigmata jsou ohledně různých psychických poruch zažita ve společnosti a s jakými oslovenými se nejčastěji setkávají stigmatizovaní jedinci.

2.4.1 Schizofrenie

K lidem trpícím schizofrenií je připisováno poměrně velké množství negativních stigmat, jelikož většina výzkumů zabývající se tímto onemocněním zkoumá pouze negativní důsledky. Celkově jsou tyto výzkumy také orientované spíše na negativní reakce populace na člověka diagnostikovaného schizofrenií, než aby zkoumaly přímo postoje osob se schizofrenií, kteří jsou stigmatizaci vystaveni. Kvůli některým těmto výzkumům jsou pak lidé se schizofrenií stigmatizováni jako nebezpeční, jako se tomu stalo u výzkumu, který zjišťoval, kolik pacientů u sebe v době psychické epizody mělo zbraň. Výsledky tohoto výzkumu pak převzala média, která je zkusila do podoby, kdy osoby se schizofrenií nazvala šílenci, psychicky narušenými a blázný, což jsou slova sama o sobě hluboce stigmatizující. Jelikož mnoho lidí přebírá své vědomosti a názory právě z médií, tato stigmata se rychle uchytila a jejich problematika se ještě znásobila tím, že jsou běžně používána také pro lidi s kriminální činností, kteří žádnou psychickou poruchou nejsou diagnostikováni (Ocisková & Praško, 2015).

2.4.2 Depresivní porucha

Stigmatizace deprese je závislá na několika faktorech. Tím prvním, o kterém se zmíním je věk, který hraje roli nejen u veřejné stigmatizace, ale především u té osobní, kdy lidé nad 65 let vnímají stigmatizaci mnohem méně. Stigmatizace deprese se také liší v závislosti na demografické skupině. U depresivní poruchy je mnohdy také zlehčována veřejnost jedince jí trpící hodnotí jakožto slabé, kteří se přece můžou snadno dát „dohromady“ a stačí jen „zapnout“ vůli. Asi nejvíce nebezpečným předsudkem je pak vyjádření, že deprese je „trest Boží“, jelikož v nemocném působí ještě větší pocity, i přes to, že nikdo nemá právo posuzovat druhého a určovat tak, zda je nemocný trestán. U depresivní poruchy jsou nejvíce stigmatizováni ti jedinci, kteří se pokusili o sebevraždu, protože většina společnosti zastává názor, že pouze „šílenci se chtějí zabít“. Tato

stigmatizace má pak za následek, že si dotyčný často nechce vyhledat odbornou pomoc (Ocisková & Praško, 2015).

2.4.3 Histrionská porucha osobnosti

U histrionské poruchy je třeba si uvědomovat její příznaky, chceme-li stigmata vyzorovat. Jelikož tito lidé mají tendenci strhávat na sebe pozornost a mají neadekvátní emoční reakce, jsou společností často stigmatizováni opět oblíbeným slovem „blázen“. Mezi další stigma patří oslovení „hysterky“, „vzteklouni“, nebo také „divní“ a vzhledem k jejich maladaptivním postojům na sebe tyto nálepky snadněji přebírají (Ocisková & Praško, 2015).

3 Stigmatizace v historii

Jak jsem již psala, psychické poruchy nás provázejí odjakživa. Jejich definice vznikala a měnila se po staletí, přičemž před vznikem psychologie byly psychické poruchy často zaměňované za magii, posednutí d'áblem a podobně. Přesto však dnešní psychické poruchy a jejich stigmatizaci můžeme v historii vyzorovat díky příznakům, které se příliš nezměnili a u poruch zůstali poměrně stejné. Tehdejší postoj k psychicky nemocným lidem nám také dokládají literární díla, mezi která patří například Kladiivo na čarodějnice. Tato kapitola by tak měla popsat postupně se vyvíjející úroveň péče o osoby s psychickou poruchou, která se z primitivního zařikávání démonů dostala až po zdůvodněné konceptuální terapie, odpovídající dané době a získaným poznatkům. Nyní však k psychickým poruchám ve starověku a stigmatizaci s nimi spojenou.

3.1 Starověk

Víra v bohy, rituální obřady, tvorba model, nošení talismanů, víra v nadpřirozené bytosti a mocnosti. To vše započalo vývoj psychiatrie. Lidé pohánění strachem z těchto nadpřirozených bytostí začali již v době starověku stigmatizovat jedince, kteří trpěli nějakou psychickou poruchou a tuto jejich nemoc označovali za trest těchto entit, nebo posednutí démony a „lččili“ je například trepanací, nebo se chránili různými amulety. Po sléze se ovšem začali objevovat první zárodky léčitelství a vznikl tak šamanismus, který vycházel z kultu démonů a duchů. Již zde bych začala s menším rozdělením podle zemí, jelikož stále platí jiný kraj, jiný mrav (Vencovský, 1996). V tomto období bych se také

spíše zaměřila na to, jak lidé s psychickými poruchami byli léčeni, jelikož v tomto případě můžeme pouze odhadovat, jak byli tito lidé stigmatizováni, bez toho abychom k tomu měli nějaké podklady.

3.1.1 Egypt

K tomu, abychom mohli vysvětlit přístup egyptanů k psychicky nemocným lidem, je třeba se zaobírat také jejich léčitelstvím a tudíž svitky, které jsou nejcennějším zdrojem informací. Jedná se především o Erebsův papyrus, který obsahuje informace o léčení duševně chorých. Jsou v něm například texty modliteb k zařikávání duchů, kteří způsobují posedlost a tím pádem duševní choroby. Jedná se o vůbec první zmínky o psychických poruchách v Egyptě. Ve starověkém Egyptě dokonce byly dva chrámy zasvěcené melancholikům, kteří byli kněžimi léčeni tím, co dnes považujeme za psychohygienu a později byly přeměněny v azyly pro duševně nemocné. Mezi tyto prostředky patřily různé hry, zpěv a tanec, což je mělo zbavit smutných a těžkomyslných představ.

Toto primitivně vědecké léčitelství však mizí s nástupem Nové říše a psychické poruchy začínají být spojovány s nadpřirozenými silami a démony a lékaři fyzikové jsou nahrazeni kněžimi zařikávači, kteří léčí vyháněním ducha z těla. Zajímavé také je, že před nástupem víry v démony, léčitelé znaly léky, které je možné dodnes najít v lékárnách a jednalo se o různé bylinky, soli mědi a zinku. S nástupem zařikávačů jako by bylo všechno toto vědění zapomenuto a k léčbě se začali používat například výkaly. Pokud tedy člověk trpěl například schizofrenií, byl kněžím-zařikávačem odveden do chrámu, nebo na jiné posvátné místo a léčen za pomoci modliteb, kadidla a výkalů, které díky silnému zápachu měly zlého ducha vyhnat z těla (Vencovský, 1996). Egyptané si byli také vědomi histrionské poruchy osobnosti. Zatímco ostatní psychické poruchy léčili také přikládáním amuletů na tělo a zařikáváním, v případě hysterie se jednalo o téměř naivní léčbu, která probíhala za rozpouštění vonného vosku v podobě posvátného ptáka Ibise (Černoušek, 1994).

Lidé trpící psychickou poruchou tak nebyli plně izolováni od společnosti jako tomu bylo například ve středověku, přesto byli stigmatizováni, a to především tím, že se věřilo, že jsou posedlí démony, či zlými duchy. Přesto však v Egyptě byla snaha se o tuto skupinu lidí postarat, což dokazují dochované lékařské svitky a vznik azylových domů. Ostatně vyspělost tehdejší medicíny bychom mohli hledat také v Homérově Odysee.

Takové mocné léky, a účinné, Diova dcera měla.

Ty Thómová choť jí svěřila, Polydamna z Egypta.

Živná prst' tam rodí přemnoho bylin smíchaných.

Mnohé zhoubné a mnohé uzdravující.

Tam je lékařem každý a znalým

jako snad nikdo na světě ze všech lidí.

Vždyť bůh Paion je znalec jejich.

(Homér, 1956 in. Vencovský, 1996, str.22)

3.1.2 Indie

Stejně jako v Egyptě i zde bylo duševní onemocnění dílem zlých duchů a démonů, kteří posedli rozum lidí. Indové však rozeznávali několik duševních chorob a každá z nich byla způsobena jedním démonem. Démon Pikšaka může symbolizovat schizofrenii, jelikož k jeho popisu patřilo, že způsobuje ztrátu paměti, zmatenou řeč a nemocný jím posednutý se projevoval jako špinavý, zraňoval se, pobíhal nahý a znečišťoval se. Histrionské poruše by pak bylo možné přisoudit démony hned tři. Mezi ně patří Daity, který vyvolával zlomyslnost, vznětlivost a vychloubačnost. Démon Gandharva zase neklid, vzrušenost, zdobení se a démon Jakša zase smyslnost, marnotratnost a upovídánost. Porovnáme-li si tyto příznaky démonů s příznaky popsány v první kapitole, můžeme soudit, že se v Indii opravdu zabývali léčením schizofrenie, poruch paměti a histrionskou poruchou.

Dále rozeznávali několik druhů epilepsie, jejíž příznaky také popsali. Mimo jiné určili příčiny, za kterých mohlo vzniknout šílenství, a to nevhodnou stravou, silným vzrušením a poruchou mísení vzduchu v těle. V závislosti na příčině pak byla duševní choroba léčena například projímadly a dietou a pokud usoudili, že se jedná o nadpřirozenou příčinu, byl nemocný potírán zapáchajícími zvířecími produkty. Největším přínosem indického léčení bylo jejich pochopení významu a moci mluveného slova, a zdůrazňování lidského přístupu k duševně chorému, kdy doporučovali laskavé a vlídné zacházení s nemocným (Vencovský, 1996).

3.1.3 Čína

Čínské léčitelství psychických nemocí bylo stejně jako v předchozích zemích postaveno na víře v nadpřirozeno a proto chování, které bylo odlišné od tehdejší normy, bylo považováno za dílo démonů působení tajemných sil. K léčbě bylo opět používáno rituálů, zařikáváním a tělo bylo potřeno zapáchající mastí, která byla nejčastěji z tygří krve, nebo housenek. Při zkoumání tehdejší literatury se zjistilo, že také v Číně byla jakási zařízení pro duševně choré (Vencovský, 1996).

3.1.4 Řecko

Řecké lékařství bylo založené, také jako předchozí popsané země, na víře. V tomto případě však řekové měli své bohy více zlidštěné, a tak je ukazovali se svými klady i zápory (Vencovský, 1996). Tento základ víry v nadpřirozeno, kdy bohové stáli za tím, když někdo onemocněl může být způsoben tím, že až do 6. století př.n.l. řekové čerpali své vědomosti ze starověkého Egypta, Mezopotámie a sousedních zemí (Hunt, 2015).

Starověké Řecko je pro psychologii důležité také kvůli líčení fenomenologii duševních chorob a etiologickému výkladu vzniku duševních chorob, k čemuž slouží Homérové eposy *Ílias* a *Odysea*, ve kterých můžeme pozorovat. Přeci jen se v psychologii setkáváme například s Elektríným a Oidipovým komplexem. Důležitou roli pro rozvoj léčitelství měl bůh Asklépios, který dokázal všechny vyléčit. Jeho učencům se pak říkalo asklépiovci a léčili po celé zemi. Asklépiovci sehráli významnou roli také v Hippokratově rodišti, kde díky nim v podstatě vymizeli kněží, kteří léčili za pomoci „magie“. V 7 století př.n.l. se tak v Řecku začaly vytvářet a šířit přírodovědecké koncepce. Začali se objevovat první filozofové, kteří se významně podílely na utváření mnohých oborů (Vencovský, 1996).

Mezi významné osoby utvářející tehdejší léčitelství patřil Hippokrates. Hippokrates na rozdíl od svých předchůdců věřil, že mentální disfunkce nejsou dílem bohů nebo démonů, ale hledal jejich přirozené vysvětlení. Oddělil tak medicínu od pověr a náboženství. Jeho největším přínosem bylo rozdělení temperamentu, které založil na teorii, která nám říká, že jsou-li čtyři tělní tekutiny (krev, žlutá žluč, černá žluč, hlen) v rovnováze, pak je člověk i jeho tělo zdravé. Tuto teorii také využil na vysvětlení duševních chorob a nemocí (Hunt, 2015). Vznik duševních chorob je pak závislý na tom, jaká z tělesných tekutin zaplavuje mozek. Černá žluč podle něj způsobovala melancholii,

žlutá žluč způsobovala duševní chorobu, která se projevovala vznětlivostí a neklidem a pojmenoval ji jako mánii. Dále rozlišoval frenitis a parafrenitis, které se projevovají zmateností, byli spojené s průběhem nějaké těžké tělesné nemoci a lišili se svým vznikem a průběhem (Vencovský, 1996). Hippokrates také používal pojem hysterie, ale označoval s ním tělesnou nemoc, která vycházela z předpokladu, že ženská děloha je pohyblivý se orgán, který když vystoupí příliš vysoko, způsobuje ženě křeče. Popsal také poporodní depresi, poruchy paměti a tvrdil, že sny nemocných by neměly být přehlíženy, jelikož mohou být významné pro vysvětlení duševní choroby (Černoušek, 1994).

Další důležitou postavou starověkého Řecka je Platon, který do psychiatrické terminologie přinesl pojem apatie a mánie. Tvrdil, že duševní choroby mohou být buďto tělesného původu, nebo božského a jejich léčení by tak mělo spočívat především v rozhovorech s nemocným, díky čemuž léčitel získal potřebné informace a vliv, aby nemocnému mohl pomoci na správnou cestu. Zároveň však tvrdil, že jakékoliv „vědecké“ ošetření přísluší pouze vyšší vrstvě a duševně choří, kteří jsou vznětliví a nevléčitelní, by se měli zahubit. Platon také zavedl metaforu o vozatajovi a koňském spřežení, kdy říká, že by se naše choutky neměli potlačovat, nýbrž ovládat (Hunt, 2015).

Platon a Hippokrates samozřejmě nebyli jediní, kteří měli nějaký přínos pro rozvoj psychologie. Mezi další významné postavy patřil také Aristoteles, Empedoklés, Alkmaión, Hérofilos a Erasistratos. Právě Erasistratos je známý jako první psychoterapeut, který zastával názor, že citově konfliktní situace mohou způsobit zádumčivost, která lze vyléčit pouze řešením základní psychogenní konfliktové traumatizace (Vencovský, 1996).

3.1.5 Řím

Na starověké Řecko navazuje starověký Řím, jelikož obě kultury byly v úzkém kontaktu a římané od řeků mnoho přebrali. Většina teorií tedy navazují na ty řeckého původu. Mezi výrazné postavy římského lékařství patří Asklépiadés, který v podstatě učil, že se tělo skládá z atomů, mezi kterými jsou póry. Pokud tyto póry byly příliš zúžené, vznikla nemoc a byla léčena masážemi a hojivými mastmi. Z duševních chorob rozlišoval akutní a chronické a zavedl pro ně pojem insania, přičemž věřil, že mohou být vyvolány citovými vzruchy a traumaty. Také rozlišoval dva druhy fantazií, bludy a halucinace (Hunt, 2015). Byl také zakladatelem muzikoterapie v psychiatrii a doporučoval umisťovat duševně choré do světlých místností. Stejně jako v Egyptě se pak kvůli víře, v tomto případě křesťanství, upustilo od vědeckého lékařství a začal se zastávat názor, že

psychické nemoci a nemoci celkově jsou dílem démonů a slouží jako Boží trest, přičemž je lze vyléčit pomocí modliteb.

S psychicky nemocnými bylo zacházeno poměrně tvrdě, společnost se jich stranila a často byli uvězněni v okovech, a to pokračovalo až do doby, než do Říma přišel Sórános. Sórános zaprvé rozdělil duševní choroby do tří skupin. Jednalo se o frenitis, což bylo akutní onemocnění spojené s horečkou, mánie a melancholie. Je považován za zakladatele lůžkové péče v psychiatrii, jelikož doporučoval izolovat duševně nemocného na lůžku za neustálého hlídání ošetřovateli. Sórános tvrdil, že by se s duševně nemocnými mělo zacházet vlídně, s melancholiky vesele a s příliš veselými vážně. Doporučoval masáže, procházky, cvičení a další prostředky psychohygieny (Vencovský, 1996).

3.2 Středověk

Ve středověku nám již začíná možnost podrobněji sledovat průběh stigmatizace psychicky nemocných osob. Stejně jako ve starověku se zde setkáváme s vírou, že psychické nemoci jsou Božím trestem a lidé, kteří svým chováním vybočují z normy jsou buďto posedlí démony, nebo ovládají magii, ovšem v tomto případě se jedná o vystupňování této víry na její vrchol. To vše bylo způsobeno úpadkem vědeckého myšlení, kterého se zmocnila církev a veškeré tyto vybočení z normy, se snažila vysvětlit podle Bible. Jelikož byli příznaky psychické nemoci považovány za trest Boží, jednalo se s těmito jedinci velmi krutě. Duševně nemocní lidé byli mučeni, vězněni v okovech, bití, probíhal u nich exorcismus a v dalších případech dokonce upálení. Tyto formy mučení byly pravděpodobně provozovány za účelem vymýtit jakékoliv formy samostatného a protidogmatického myšlení (Ocisková & Praško, 2015).

V raném středověku je pro nás asi nejdůležitější pro pochopení následujícího vývoje postojů k duševně chorým a následnému zacházení s nimi, lékařská škola v Salernu. Jednalo se o školu, ve které se mísilo lékařství východních a západních zemí, přičemž zde mohly studovat také ženy, které se učily především porodnictví a bylinkářství. Významnou postavou této školy je lékař Gariopontus žijící kolem roku 1050, který vydal spis *Passionarius*, který popisoval melancholii a mánie a přidává popis duševní nemoci jevící se v dnešní době jako davové šílenství. Podnětem k popsání davového šílenství, které definuje jako nemoc postihující najednou několik lidí, kteří šubou tělem, slyší hlasy a tančí, bylo pravděpodobně Garipontovo setkání

s náboženskou sektou, které v té době putovaly mezi městy. Tyto sekty, mezi které patřila například sekta bratří a sester svobodného ducha, byly pronásledovány církví, jelikož se snažily odstranit společenskou nerovnost. Gariopontus dále vydal Démonologii, která byla ve 13. století uzákoněna zřízením inkvizice. Salernská škola však zanikla 12. století, přičemž byla vzorem pro vznik mnoha dalších institucí, mimo jiné i katedrální školy u Svatého Víta v Praze (Vencovský, 1996).

Jak už jsem psala, lidé s psychickými poruchami byly ve středověku mučeni, bití a podobně. Podíváme-li se konkrétně na melancholii, zjistíme, že kromě obvyklého zacházení s nemocnými, se zde objevuje protipól. Ten lze vysvětlit na osobě Martina Luthera. V době, kdy Martin Luther pobýval na hradě Wartburgu, projevoval to, čemu v dnešní době říkáme vazbová psychóza. Zakoušel těžké halucinace a další problémy, které převedl na démonickou personifikaci ďábla, což mu pomohlo vyrovnat se s těmito stavy. Jeho sužování démony nakonec vyvrcholilo v jakýsi Lutherův útok na své vlastní nevědomí. Luther dokázal velmi dobře verbalizovat své démonické nevědomí, které v podstatě symbolizovalo základnu melancholie. Přírodní rozměr bytí nechal zastoupit démonickými postavami, což mu pomohlo k lepšímu pochopení jeho stavu (Černoušek, 1994). Podíváme-li se tedy na to, jak byli vnímáni lidé s melancholií, na jedné straně nám je popisován kacíř posedlý démony a na straně druhé nám je předestřen obraz bojovníka, jakéhosi rytíře, který je zbožný a se svými démony stále bojuje.

Dalším kamenem úrazu bylo vydání buly v roce 1484 papežem Inocencem VIII., která spustila velký hon na čarodějnice a posedlé, k čemuž ještě přispěla kniha Kladivo na čarodějnice, vydaná roku 1488. Jednalo se o návod, jak rozpoznat posedlé a jak se k nim zachovat. Stále platí, že mezi posedlé patřili také duševně choří lidé. V průběhu let 1581-1593 tak bylo následkem těchto událostí popraveno jen v trevírském knížectví na tisíc lidí. Pokud se duševně nemocným podařilo zachránit se, schovávali se v kláštřích a útulcích (Ocisková & Praško, 2015). V rámci inkvizičních procesů docházelo kromě smrti duševně chorých, k jejich mučení. Jednalo se především o natažení na skřípec, nebo válec a pálení těla. Statisticky k těmto procesům docházelo více u žen než mužů a jednalo se především o ženy trpící hysterií, nebo určitou formou schizofrenie. Krásným příkladem ženy trpící schizofrenií ve středověku je Jana z Arku, která trpěla paranoidními bludy a zrakovými i sluchovými halucinacemi nesoucími náboženský význam. V jejím případě se jednalo pravděpodobně o paranoidně halucinatorní formu schizofrenie, kvůli které byla později upálena (Vencovský, 1996).

I přesto se však našli tací, kteří byli výrazně proti tomuto všeobecnému mínění a hlásali, že posednutí je pouze psychická nemoc, která má přírodní původ, a tak by tito lidé měli být v péči lékařů a ne zabíjeni. Jedná se například o Reginalda Scotta (1538-1599), který vydal knihu proti pálení čarodějnic a Johanese Weyera (1515-1588), který učil, že duševní nemoci mají medicínské příčiny (Ocisková & Praško, 2015).

Někdy se v této souvislosti mluví o první psychiatrické revoluci. Vráťm-li se k Weyerovi, právě jeho můžeme brát za osobu, která zažehla pochodeň této revoluce. Weyer šel proti církvi svými spisy, které ji zesměšňovali a zároveň vysvětloval původ bludů, halucinací a dalších příznaků z hlediska vědeckého. V těchto spisech jasně říká, že čarodějnice jsou pouze duševně choré a měli by být potrestáni mniši, kteří je zabíjejí. Byl také prvním lékařem, který si spojil dohromady vliv jedů na psychiku člověka, kdy například rulík, mák, či indické konopí, mohly způsobit bludy, zmatenost, halucinace a tělesnou nehybnost. Psal však vždy pouze o těch příznacích, které viděl na vlastní zkušenost (Vencovský, 1996).

Ve středověku se nám také objevuje asi první literární dokument, který zachycuje průběh duševní choroby. Jedná se o Deník Christoha Haizmana z roku 1677 a obsahuje celistvou kazuistiku posednutí, s popsanou melancholií a paranoidní psychózu s bludy. Christoph Haizman byl umělec, který podle svých slov upsal svou duši d'áblu, poté co se mu zjevil v lese. Sám se pak dobrovolně přihlásil do azylu v Mariazellu, kde byli duševně choří léčení pomocí exorcismu. Po tomto třídenním exorcismu zde Haizman zůstal i nadále a tvořil svá díla, která byla později rozebrána pomocí psychoanalýzy. Z těchto kreseb bylo zjevné, že Haizman trpěl depresemi a schizofrenií, což doložil také jeho deník (Černoušek, 1994).

Dalším momentem, o kterém je třeba se zmínit, je Lod' bláznů. Jedná se o dílo literární dílo z roku 1494, které vyprávělo o lodi plné bláznů plavící se po moři. Toto téma se později stalo námětem dalších básní, písní a také obrazů. Lod' bláznů však nebyla daleko od pravdy a měla reálný základ. Lodě plné „bláznů“ plující mezi městy opravdu existovali, jelikož z tehdejších bláznů se často stávali tuláci, kvůli odvrhnutí společností. Ti pak byli vyháněni za městské hradby a toulali se po kraji hledajíc nějaké útočiště. Následně je však město začalo odchyťávat a platilo námořníkům, aby je odvezli jinam (Foucault, 1994). Tento krok zajišťoval městu, že se „blázni“ nebudou volně toulat krajem. Duševně nemocný už není pouze posedlý démonem, nebo šašek bavící urozené, či člověk bloudící lesy. Je prostě jen blázen, který byl podle tehdejšího smýšlení právem

stigmatizován a vyobcován. Často tito lidé byli také na pranýři a nezdědka kdy se stávalo, že když byli vyhnáni z měst, lidé je ukamenovali (Černoušek, 1994).

V malém procentu byli psychicky nemocní přijímáni do špitálů. Vystává tak teorie, že ti, kteří byli vyhnáni z města byli cizinci a města se o své „blázny“ určitým způsobem starala. V 16. století došlo ke střetu dvou názorů v péči o psychicky nemocné a o jejich postavení. Prvním z nich byl výše popsáný církevní středověký a druhým byl renesanční světový názor, kdy se společnost začala osvobozovat od prostého přisluhování církvi (Foucault, 1994). Zastáncem humanitního přístupu byl v té době například Juan Luis Lodovico Vives (1492-1535), který hlásal, aby byl k duševně nemocným zaujat především lidský postoj. Nejdříve by tak mělo být zjištěno, zda se jedná o psychickou poruchu vrozenou a podle toho by se postupovalo v léčbě. Pokud by psychickou poruchu nešlo vyléčit, mělo by se usilovat alespoň o to, aby se nezhoršovala a s nemocným by měl mít léčitel soucit, přičemž by měl ke každému přistupovat individuálně. Bohužel pro psychicky nemocné, zůstal Vives pouze u hlásání svých názorů a nikdy se mu nepovedlo je převést do praxe.

V tomto období se tak spíše uplatňovala teze, podle které duševní poruchy nešlo léčit a duševně nemocní tak nevyžadovali žádné ošetření a ochranu. Byli proto dále ve vězeních, útulcích a nemocnicích. Pokud byly činy a výroky duševně nemocných neprominutelné, tehdejší církve k nim byla „milosrdnější“ pouze v tom, že je místo upalování topila. Onemocnění duševní chorobou bylo ve společnosti vnímáno více jako veřejná hanba, než lidské neštěstí. Psychicky nemocní jedinci tak byli stále v okovech. Byli zavíráni do klecí a vystavováni veřejnému posměchu a týrání. S těmito lidmi se také zacházelo v některých evropských zemích jako se zvířaty, kdy je umísťovali do lesních rezervací, kde je lidé mohli honit a zabíjet (Vencovský, 1994).

Ve Francii se až do roku 1792 s psychicky nemocnými lidmi, kdy jim Philippe Pinel (1755-1826) „sundal“ okovy, zacházelo po vzoru výše popsanému. Psychicky nemocní lidé byli drženi ve vězeních společně se zločinci, často neměli volný pohyb a chyběla jim jakákoliv péče. To se následovně díky Pinelovi změnilo, když vyčlenil tuto skupinu psychicky nemocných a umístil je do psychiatrických ústavů, kde zavedl léčbu prací a ukázal tak společnosti, že je možné psychické poruchy léčit, nebo alespoň zmírnit, pokud je s lidmi zacházeno vlídně a jsou umístěni v příznivém prostředí. Pinelova příkladu se chopilo velké množství lékařů, ale přesto v mnoha ústavech přetrvávali staré způsoby až do počátku 19. století (Ocisková & Praško, 2015).

3.3 Novověk

V tomto období dochází k výraznému pokroku v péči o duševně choré, kdy došlo z důvodu požadavku lidskosti, k umístování těchto jedinců do zvláštních útulků a nemocnic. Některá města začala duševně choré přijímat také do káznic, kde byli rozdělováni na klidné a neklidné jedince. Ti, kteří byli považováni za klidné se po káznici mohli volně pohybovat a zaměstnávat se různými druhy práce. Z významných osobností, kromě Pinela, hraje důležitou roli Giovanni Morgagni (1682-1777), který psychické příznaky přisuzoval organickému poškození mozku. Důkazem toho, že se tehdejší léčitelé snažili pochopit vlivy sociálního prostředí, je také Bernardo Ramazziny (1633-1714), který se snažil pozorovat nemoci z povolání a vliv pracovního prostředí na lidský organismus a stal se tak jakýmsi průkopníkem takzvané průmyslové psychologie (Vencovský, 1996).

Jelikož ukazovat „blázny“ byl poměrně starý zvyk, setkáváme se s ním i v tomto období, kdy byli tito lidé ukazováni davům za peníze. Jednalo se například o nemocnici Bethlehem, nebo Francii celkově, kde byla procházka k blázinci rodinnou činností. Ve Francii dokonce v prvních letech 19. století probíhala představení, kde se blázni dávali do hereckých rolí a také do rolí diváků. Jednalo se tak o jakési divadlo šílenství, které dokazovalo, že v 18. století psychicky nemocní lidé neměli takovou volnost jako v renesanci, protože byli znovu uvrhnuti za mříže a na člověka již není nahlíženo, jako na obludu v lidském nitru, ale společnosti více připomíná jakési zvíře (Foucault, 1994).

V 18. století se začali formovat podmínky pro psychiatrii jakožto samostatné lékařské disciplíny a démonické chápání psychických poruch konečně ustoupilo do pozadí. Poslední čarodějnický proces pak proběhl ve Švýcarsku roku 1782. Mezi pro nás významné osobnosti patří Francois Boissier de Sauvages (1706-1767), který vytvořil klasifikační spis nemocí. V širší míře se zabýval hysterií, u které definuje záchvaty křečí jako mozkového původu a slovo hysterie používá také v charakteristice dalších duševních onemocnění. Při její terapii, kladl důraz na vlídnost, laskavost a důvěru (Vencovský, 1996).

I přesto, že na počátku novověku došlo k rozvoji v oblasti psychických poruch a stavění špitálů, je s duševně nemocnými stále zacházeno špatně. Nemocní byli poutáni za kotníky řetězy ke zdi a chovalo se k nim, jako k zvířatům. Neseťkáváme se tedy s

démonismem, ale s nahlížením na člověka jako na zvíře. Osvícenství v tomto směru šílenství vnímá jako spojení člověka s jeho animalitou (Foucault, 1994).

18. století bylo také důležitým obdobím, právě díky již výše zmíněnému Philipovi Pinelovi, který se zasloužil o takzvanou druhou revoluci psychiatrie. V tomto období také probíhala Velká francouzská revoluce a bylo to tak období velkých změn, které dotkly také psychiatrie. Kromě průlomového roku 1793, kdy osvobodil první duševně choré, v tomto počínání pokračoval i následující roky a v každém zařízení, ze kterého vyvedl psychicky nemocné jedince, zavedl reformní program. Tento reformní program představoval ústav pro duševně choré jako samostatnou jednotku, která měla léčebnou, ošetrovatelskou a také výukovou funkci. Rozděлил ústav na jednotlivá oddělení podle povahy psychického onemocnění a usiloval o izolaci jedince od jeho domácího prostředí a kazajky používal pouze v krajních případech (Vencovský, 1994). Pinel se tak stal zásadní postavou, která odpoutala pohled na psychicky nemocného člověka od všech metafyzicky-spekulativních výkladů a osvobodil ho tak od „vězeňského režimu“. Člověk zde prodělal transformaci z osvícenského vnímání psychicky nemocného jedince, kdy byl považován v podstatě za zvíře, v osobu lidskou, která měla city a byla stejně tak člověkem jako každý jiný, pouze trpící onemocněním.

I přes Pinelovu revoluci se i v 19. století můžeme setkat se špatným zacházením s psychicky nemocnými, jelikož se jeho reforma nedotkla úplně všech institucí. V léčbě se tak objevují metody jako je pouštění žilou, přikládání pijavic a ponoření do studené vody, kdy hrozilo utonutí a striktně je odmítl až anglický lékař John Conolly (1794-1864). Mění se také vnímání příčiny psychického onemocnění, což způsobilo vydání knihy Utrpení mladého Werthera a příčiny psychických poruch tak začali být hledány více v psychických a sociálních jevech. Terapeutické metody v této době však nebyly příliš rozsáhlé a používaly se tak koupele, právní terapie, sedativa a hypnotika (Ocisková & Praško, 2015).

Období 19. století pak vrcholí Emilem Kreapelinem, který vydal Učebnici psychiatrie, ve které klasifikoval psychické poruchy. Spíše než typy a obsahy, pozoroval formy duševního onemocnění a spíše, než aby sledoval, co si nemocný myslí, zaměřil se na to, jak myslí (Černoušek, 1994).

Na přelomu 19. a 20. století na scénu vstupuje jedna z vůbec nejdůležitějších osob v psychologii, a to Sigmund Freud (1856-1939), který nám přináší nové teorie, mezi nimi

například psychoanalýzu. Jeho teorie psychiky, kterou rozdělil na Ego, Id a Superego výrazně ovlivnila klasifikaci psychických poruch (Hunt, 2015). Zdůraznil také důležitost vývojových období v dětství a začal odlišovat úzkostnou neurózu. O Freudově přínosu do psychologie bychom mohli mluvit hodiny, a přesto bychom nebyli u konce. Přešla bych proto k události, která opět ovlivnila psychické poruchy. Jedná se o třicátá léta v Německu a druhou světovou válku. Německo již v roce 1933 vydalo zákon o prevenci hereditárních chorob, kvůli čemuž bylo sterilizováno na 400 000 lidí a v roce 1939 byla dokonce povolena eutanázie těchto nemocných jedinců, a tak mezi lety 1939-1945 bylo zabito na 180 000 psychicky nemocných lidí (Ocisková & Praško, 2015). Psychicky nemocní lidé stáli na okraji společnosti i přesto, že společnost zaznamenala velký pokrok. Byli stále nazýváni zbytečnými, blázný, idioty a podobně. Byli společnosti na obtíž, a tak se rozhodlo o jejich sterilizaci a později jejich smrti (Burleigh, 2008).

Během druhé světové války docházelo, kromě velké stigmatizace psychicky nemocných lidí, také k velkému nárůstu depresí nejen u vojáků, ale u celé společnosti a v reakci na to došlo k rozvoji humanistické a behaviorální terapie. Po druhé světové válce se také objevily první léky, které dokázaly léčit schizofrenii a začalo se mluvit o psychofarmakoterapii v psychiatrii. Lidé tak byli konečně léčeni a mohli začít opouštět psychiatrické ústavy. O něco později se začala používat antidepressiva, přesto však byli psychicky nemocní stále stigmatizováni a jejich nemoc byla považována za slabost (Ocisková & Praško, 2015).

Lidé trpící psychickými poruchami byli stigmatizováni již od starověku, jak dokazuje tato kapitola. Pohled na ně prošel od posednutí d'áblem, čarodějnictví, odebrání jejich lidskosti, jejich zabíjení po staletí, až po moment, kdy na ně začalo být konečně nahlíženo jako na lidské bytosti. Stigmatizace však přetrvává do dnešní doby a je rozdílná v každé zemi, o čemž bude pojednávat kapitola následující.

4 Dopady stigmatizace v současné době

Stigmatizace má dopad na kvalitu života jedince, proto je důležité zkoumat, jaké oblasti stigmatizace psychicky nemocného ovlivňuje. Psychicky nemocný člověk se nepotýká pouze s nemocí samotnou, ale také s předsudky a stereotypy, které pramení

z neporozumění společnosti. Lidé s psychickou poruchou jsou tak často „okradeni“ o příležitosti, které definují „dobrý život“ a je tím myšleno například navazování vztahů, pracovní příležitosti a bydlení (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2015). Jedním z nejhorších dopadů stigmatizace, je skutečnost, že ve velké míře způsobuje snížení sebeúcty. To pak vede k závěru psychicky nemocných, že mají pouze málo na co být pyšní, nebo dokonce to, že jsou zklamáním. Pokud budeme nahlížet na důsledky stigmatizace v osobnosti člověka, můžeme zmínit tedy sebevědomí, sebepojetí a s tím spojené zrcadlové já. Stigmatizace také ovlivňuje sociální roli jedince a schopnost socializace (Link et al., 2001).

4.1 Role médií

Naše společnost je plná stereotypů a předsudků, ať už nám říkají, jak máme vypadat, nebo jak se máme chovat. Co je společensky přijatelné a co ne. Média v tomto hrají velkou roli, jelikož jsou pro veřejnost nejdůležitějším zdrojem informací o psychických poruchách (Ocisková & Praško, 2015). Můžeme na ně také pohlížet jako na podporovatele stigmatizace, ale také jako na spouštěč některých psychických poruch, a to především deprese.

Mezi masová média, která často podporují stigmatizaci psychických poruch, patří například televize a filmy. Jsou tím myšlené například titulky u zpráv, které jeden incident vztahují na všechny psychicky nemocné. Právě média často vztahují kriminální aktivity na psychicky nemocné jedince i přesto, že kriminální aktivity a psychické onemocnění mezi sebou nemají žádný prokazatelný vztah. Tento fakt je však opomíjen kvůli výdělečnosti těchto zpráv. Nejčastěji se tyto zprávy týkají schizofreniků, které média označují jako nebezpečné a šílené (Wahl, 1992). Ostatně, podíváme-li se někdy na zprávy, kde zločin nebo pouhé výtržnictví spáchal psychicky nemocný člověk, jeho onemocnění bude to nejvíce zdůrazněné v celé zprávě. Tato zpráva ale už nebude vysvětlovat, že byl-li to například „schizofrenik“, bylo jeho chování způsobené halucinacemi nebo bludy, které se zrovna v daný moment objevily. Nebo že zrovna prožíval epizodu a jinak je vzorným občanem. Takovéto stigma „šílence“ a kriminálnika je pak s člověkem neoddělitelně spjata a postupně ho vyřadí ze společnosti. Lidé, hltající tyto bulvární nebo zpravodajské zprávy, pak při přenosu informací ještě více zkreslí a pojmu do ní všechny osoby se schizofrenním onemocněním. Tento přenos informací můžeme připodobnit také ke hře na tichou poštu.

Také filmy často představují psychicky nemocné osoby jako kriminálníky, kdy jedna ze čtyř postav s psychickým onemocněním ve filmech někoho zabije. Jsou zobrazováni jako mnohem více agresivní a nebezpeční, a k zdůraznění těchto rysů je využíván také způsob jakým jsou natáčeni. Psychicky nemocné postavy ve filmech mají velmi podobný narativ, kdy se jedná o jedince bez rodinného zázemí, kteří jsou izolováni od společnosti, bez přátel a bez práce. Nemusí se však jednat pouze o jejich agresivní zobrazování. Psychicky nemocní jedinci často hrají roli také v dětských pořadech, kde zase plní roli zábavnou. Postoje lidí k psychicky nemocným jsou tak často stimulovány díky misinterpretaci již od dětství a prohlubuje se tak jejich netolerance k těmto lidem v dospělosti. Tyto aspekty médií jsou vnímány také odborníky, kteří toto negativní a zkreslené vyobrazení považují za neetické a vykořisťující a viní média z problémů, jako je potlačování symptomů, nevyhledávání pomoci a neschopností nemocných přijmout diagnózu (Stuart, 2006).

4.1.1 Sociální média

Přesto můžeme v posledních letech pozorovat zvýšený zájem o psychické poruchy v pozitivním slova smyslu, a to především díky sociálním médiím, která jsou viníkem, ale také určitým „spasitelem“ zároveň. Sociální média v dnešní době z velké části utvářejí naše sebepojetí, naše zrcadlové já, pomáhají nám v komunikaci se světem a přináší nové perspektivy do života a plní informační funkci, a to především pro adolescenty (Thompson, 2004)

Termín „zrcadlové já“, který hodnotím jako nejdůležitější pro vysvětlení vlivu sociálních médií na stigmatizaci, nám říká, že člověk si buduje své mínění o sobě tak, že na sebe pohlíží očima druhých. Názory druhých jsou směrodatné pro budování naší vlastní identity. Přičemž pro formování osobnosti jsou nejdůležitější členové tří typů primárních skupin, a to rodiny, skupiny vrstevníků a sousedství. Druzí pro nás tedy představují jakési sociální zrcadlo, které ukazuje mínění a názory druhých o nás. Je to naše představa o tom, co si druzí myslí o našich skutečích, motivech, o našem vystupování, charakteru a podobně (Keller, 2004).

Koncept zrcadlového já lze tedy upozorovat u sociálních médií, jelikož jejich vzestup dělá zrcadlové já více komplexním. Tato sociální média totiž lidem slouží jako zrcadlo, které jim dává zpětnou vazbu od ostatních. Na základě komentářů, likes či sledujících se vyvíjí naše sebepojetí. Lidé, kteří těchto sledujících mají méně, o sobě pak smýšlí často jako o nepopulárních a neatraktivních. Nejen že jsme médiím vystavení

pořád, ale toto vystavení vedlo ke znásobení počtu „zrcadel“, což dává prostor novým otázkám o vývoji našeho já. Už jen toto vystavení komentářům, které mohou mít negativní zabarvení, může mít dlouhodobé důsledky na psychiku člověka (Aiken, 2017).

Na sociálních sítích převládá kultura srovnávání, kdy máme tendenci se porovnávat skoro s každým, na koho na nich narazíme. Toto srovnávání pak může vyústit v sociální odtržení, snížení sebevědomí, úzkosti a deprese, jelikož sociální sítě nám také poskytují určitou anonymitu a díky nepřítomnosti face to face interakce vytváří půdu pro kyberšikanu. Kyberšikanu je pak často důvodem rozvoje psychických poruch a jejich stigmatizace (Srivastava et al., 2019).

Na druhou stranu však pozitivní účinky sociálních médií můžeme pozorovat v tom, že jelikož nám pomáhají propojit se s více lidmi, ti jedinci, kteří trpí psychickou poruchou mají možnost na těchto sítích nalézt ostatní s podobným onemocněním. Sociální média tak mohou také zmírnit sociální, emocionální a kognitivní izolaci, o které se budu ještě zmiňovat dále. Jako další pozitivum sociálních médií, můžeme také brát „influencery“, kteří sam trpí nějakou psychickou poruchou, nebo podporují povědomí o nich ve formách různých kampaní.

Podáváme-li se na psychické poruchy zvlášť, všeobecně jsou příznaky schizofrenie více vnímané jako duševní onemocnění, než je tomu u depresivního onemocnění. V případě schizofrenie je pak společností častěji doporučováno vyhledání odborné pomoci a je vnímána jako více nepředvídatelná (Angermeyer & Dietrich, 2005).

4.2 Pohled na psychické poruchy v jednotlivých kulturách

Stejně jako byla rozdílná stigmatizace v průběhu historie, je rozdílná i nyní mezi jednotlivými kulturami. Přišlo mi proto zajímavé tyto rozdíly krátce popsat. Vše, co vnímáme je totiž ovlivněno kulturou. Antropolog Edward Burnett Taylor (1987) definoval kulturu jako komplex obsahující poznání, víru, umění, morálku, právo, zvyky a jakékoliv další schopnosti a zvyklosti získané člověkem, jakožto členem společnosti.

Univerzalita psychických poruch mezi kulturami je známá věc. Každá kultura psychické poruchy ovlivňuje ve smyslu koncepce, vnímání, zkušenosti s příznaky, rozpoznávání a labelingu, klasifikace, a především ve způsobu léčby. Použití operacionalizovaných diagnostických kritérií, které pocházejí mimo kulturu, by měla být ideálně kombinovaná s domorodými formami vyjádření a klasifikací distresu v kultuře. Použití etického a

emického přístupu by dovolilo metodicky přesné a kulturně smysluplné srovnání (Chee Hong Ng, 1997).

4.2.1 Asie

V Asijských kulturách můžeme pozorovat několik názorů, podle kterých se zachází s psychickými poruchami, a to že všechny nemoci jsou řešeny integrovaným psychosomatickým nebo somatopsychickým způsobem. Jelikož duševní poruchy nejsou odděleny od fyzických poruch, nenalézáme tak ideu západních zemí, která říká, že příznaky pocházejí z psychiky člověka. I přesto je zde tendence léčit šílenství, které se týká především psychóz a několika abnormalit chování. Asijské země však zastávají spíše nadpřirozený, moralistický a náboženský přístup k psychickým poruchám, přičemž jsou stigmatizovány spíše ty psychické poruchy, které jsou chronické a stále se vracející, jelikož jsou považovány za výsledek spirituálního trestu, dědičných deficitů, nebo sociálních a morálních přestupků, což nám ukazuje nedostatek diferenciování mezi tělem a psychikou (Kirmayer, 1989).

Pacienti tak představují své problémy způsobem, který odpovídá jejich vnímání, prožívání a kultuře. V asijské kultuře tak dochází k somatizaci psychických příznaků, což může být dáno například silným vlivem tradiční medicíny, nebo chybějícím slovníkem k vyjádření emocí. Somatizace je častá také z toho důvodu, že je společensky přijatelnější přiznat se k fyzickému onemocnění, než k tomu psychickému. Psychické onemocnění je tak zatíženo stigmatizací (Chee Hong Ng, 1997).

Například v Číně, kde je vyznáván taoismus, jsou emoce považované za nezdravé. Další, konfucianismus si cení vyhýbání emocí z důvodu zachování sociální harmonie. Jelikož zde tedy lidé příliš neprojevují své emoce, dochází často k potlačení například depresivních příznaků. I přesto, že se v Číně s psychicky nemocnými jedinci jednalo napříč historií relativně humánně, bylo tak činěno spíše z lítosti, než z pochopení. Na psychické poruchy je zde nahlíženo jako na trest od předků a bohů, který nenese pouze nemocný jedinec, ale celá rodina (Lin Tl in Kleiman, 1989).

Takovéto reakce jsou způsobené také tím, že japonská kultura dbá spíše na to, aby chování jedinců nepobouřilo společnost, než na city druhého a jeho vlastní ponížení. Každý projev, který vybočuje z nastavených společenských pravidel, i když se může

jednat pouze o dlouhý oční kontakt, je považován za škodlivý a zraňující (Kirmayer, 1989).

Rozdílný názor pak můžeme sledovat například na Srí Lance, kde nemocný není zodpovědný za svou nemoc a jeho postavení a role ve společnosti se onemocněním nijak nemění. Na psychické poruchy je zde nahlíženo jako na léčitelné a krátkodobé. Přesuneme-li se do Indie, můžeme opět pozorovat podobné nazírání na duševní nemoci, jako tomu bylo v Číně a Japonsku, a to především kvůli tamnímu kastovnímu systému. (Chee Hong Ng, 1997).

4.2.2 Afrika

Co se týče Afriky, převládá zde stále spíše názor historický. Psychické poruchy jsou tedy spojovány především s démony a zlými duchy a břímě stigmatizace je spojeno s celou rodinou, která si poté, co je nemocný jedinec vyřazen ze společnosti, nese také hanbu, kterou na ní psychické onemocnění vneslo (Ocisková & Praško, 2015). Většina obyvatelů Nigerie pak úplně odmítá jakýkoliv kontakt s psychicky nemocným (Kapungwe et al., 2010).

Psychické poruchy jsou jakousi tichou epidemií ve většině Afriky. To je způsobené nedostatkem edukace a zdrojů a malým přístupem ke zdravotnické péči. Kromě nedostatku zdravotnické péče se lidé v mnoha zemích Afriky potýkají se zvýšenou náchylností k duševním chorobám v důsledku řady rizikových socioekonomických faktorů, jako je chudoba, sociální nerovnost, hladomor a válečné konflikty. Z těchto důvodů je psychické onemocnění také málo řešeným, jelikož se lidé v Africe a různé organizace zabývají především primárními problémy, jako jsou různé nemoci, například malárie a aids, a nedostatek jídla. Kvůli negativním přístupům, nedostatku vzdělání a stigmatu, je lidem s duševní poruchou často odepřena lékařská péče a v některých částech Afriky se s psychicky nemocnými lidmi stále zachází nelidsky, kdy jsou drženi v okovech a týráni (Monteiro, 2015).

V Nigerii nahlízejí na psychicky nemocné, jako na nezodpovědné, a tudíž neschopné učinit vlastní rozhodnutí, nebo je považují za nebezpečné a obávané osoby, kterým by se společnost měla vyhýbat. Tento negativní přístup k psychicky nemocným může být vysvětlen díky studii (Gureje et al., 2005) zabývající se povědomím o psychických poruchách v Nigerii. Tato studie ukázala, že lidé nejčastěji vnímají psychické onemocnění jako následek užívání drog a omamných látek, přičemž druhým nejčastějším zdůvodněním vzniku psychicky nemocných udávali

posednutí zlými duchy. Pouze jeden z deseti respondentů věřil v biologické faktory. Dalším zajímavým důvodem pak byla chudoba. Na základě víry v posednutí duchy dochází k vyhledání pomoci u místních léčitelů, jelikož psychicky nemocní nevěří, že onemocnění podle nich způsobené duchy a magií by mohlo být vyléčeno v nemocnici.

To, jak to v Africe asi vypadá si můžeme představit na případu 27 leté Fatimy, která žije v Guinei v Africe. Fatima se potýká s depresemi a úzkostmi, které zasahují do jejího pracovního nasazení, každodenního fungování a schopnosti postarat se o své děti. Jelikož v místě jejího bydliště je nedostatek profesionálů, kteří by se zabývali psychickými onemocněními, zkusila se obrátit na místní léčitele, jelikož věřila, že její stav způsobují zlí duchové. I tento způsob léčení však opustila kvůli finančním nákladům, které se staly neúnosnými. Její deprese tak zůstává dále neléčená a Fatima svůj psychický stav skrývá nejen před přáteli, ale také před rodinou, jelikož se bojí odmítnutí, stigmatizace a následné sociální izolace (Monteiro, 2015).

Stigmatizace zde není problémem pouze sociálního charakteru, ale často přichází také z lékařského prostředí, kdy sestry v nemocničních zařízeních často zastávají názor společnosti a pacienty také stigmatizují. Soucítí tak spíše s rodinou psychicky nemocného než s ním samotným. Jejich postoje vůči psychickým nemocem jsou běžně vyzývány, jelikož s nimi přicházejí do kontaktu. V ten moment jsou lékaři schopni uznat, že psychicky nemocní lidé nejsou žádní „šílenci“ ani „blbci“, přesto je však vnímají jako přítěž pro společnost (Kapungwe et al., 2010).

4.2.3 Evropa

Také v Evropě stále převládají některá stigmata. Například v Anglii se ukázalo, že tolerance vůči psychickým poruchám oproti roku 1994 poměrně klesla. Ukázalo se tak například v ochotě interagovat s psychicky nemocným, nebo s nižším popřením tvrzení, že psychicky nemocní lidé jsou zátěží pro společnost. Podle studie (Mehta et al., 2009), která zkoumala přístup k psychickým nemocem v Anglii a Skotsku, lidé zastávají názor, že by se mělo pro psychicky nemocné vytvořit lepší prostředí a vřelejší přístup. I přesto, že tedy v obou zemích mírně klesla tolerance k psychicky nemocným, stále převládali pozitivní názory, které byli do značné míry ovlivněny různými kampaněmi propagující duševní zdraví.

V Evropě se všeobecně vyznávají hodnoty jako je individualismus, materialismus, soutěživost a zaměřenost na budoucnost. Právě očekávání, že by měl každý zvládnout vše sám může vyústit v stigmatizaci těch, kteří potřebují nějakou asistenci, což se týká

také psychicky nemocných jedinců. Soutěživost pak může vyvolat sebestigmatizaci, kdy se psychicky nemocní jedinci nemohou úplně vyrovnat zbytku společnosti, jelikož se s ostatními neustále porovnávají (Abdullah & L. Brown, 2011).

Německá studie zase ukázala, že lidé zde označují psychické onemocnění jako nevyzpytatelné a jejich většinu si spojují s agresivitou a nebezpečným chováním a lidé s takovýmto onemocněním se zapojují do kriminálních aktivit (Angermayer & Matschinger, 2005).

Studie zkoumající veřejné stigma v Řecku (Tzourava & Papadopoulos, 2014) naopak ukázala trochu jiný pohled na psychické onemocnění, kdy valná většina respondentů s psychicky nemocnými jedinci soucítila a všímali si stigmatizace vůči psychicky nemocným ve své kultuře. Přesto však prosazovali striktní sociální kontrolu nad danými jedinci. Zajímavým je také fakt, že tuto sociální kontrolu požadovali více respondenti, kteří se vzdělávali určitou dobu v Anglii než ti, kteří své studium absolvovali v Řecku, což je poměrně paradoxní vzhledem k četným kampaním na podporu psychických nemocných, které v Anglii probíhají.

V Turecku, které sice patří do EU, ale svou podstatnou částí území leží v Malé Asii, studie ukázala, že většina respondentů negativní postoj vůči depresi, vidí jako nebezpečnou. Více než polovina respondentů by pak člověku s depresí nepronajala bydlení a ani by s nimi nevstoupila do manželství a více jak čtvrtina prosazovala názor, že by se lidé s depresí neměli volně pohybovat ve společnosti. Negativní postoje převládají také vůči schizofrenii. V Turecku jsou lidé se schizofrenií také považováni za nebezpečné a respondenti by jim neposkytli bydlení, přičemž by jim vadilo bydlet i v blízkosti podobně nemocného člověka. I zde byl zastáván názor, že psychické poruchy jsou dílem duchů (Lauber & Rössler, 2007).

Velkou problematikou je také vliv médií na stigmatizaci. O tom se však zmíním v následující kapitole.

4.3 Sociální izolace jako faktor stigmatizace

Lidský jedinec přichází na svět s potencionálem stát se člověkem, tím se stáváme v procesu socializace. Jedná se o proces, při kterém si osvojujeme psychické reakce, vnímání, myšlení a cítění, což jsou vlastnosti, které nám umožňují žít život ve společnosti. Každá společnost nám udává naši sociální roli, která je regulovaná soustavou norem,

jimiž by se každý jedinec měl řídit. Tyto normy nám pomáhají pochopit činitele socializace. Jedná se především o rodinu, školu a vrstevnické skupiny. Rodina je totiž primárním nositelem kultury a poskytuje nám základ těchto norem a hodnot, přičemž nás vede ke společenskému životu. Vrstevnické vztahy pak upravují osobnost a její socializaci do kultury (Výrost, 2008). Skupina vrstevníků, může naše chování ovlivnit především v průběhu adolescence a v počátcích dospělosti, jelikož rodina v tomto období přestává být hlavním nositelem sociálních informací. Tato skupina se pak stává důležitým prvkem v hodnocení nás samých. S příslušníky této skupiny se následně srovnáváme a tento proces srovnávání se také odráží na tom, jak vnímáme samy sebe. Toto srovnávání pak také ovlivňuje stereotypy a předsudky, které při něm vznikají a následně stigmatizují jedince (Hayes, 2007). Socializace je tedy proces učení žít spolu a s druhými, který se děje na základě interakcí s ostatními (Novotná, 2008).

Porušíme-li normy dané společností, jsme jí sankciováni. Toto sankcionání poté vede buďto k vyřazení jedince ze společnosti a jeho stigmatizaci, nebo zde zafunguje sebestigmatizace jedince, který se následně sám izoluje. Sociální role tohoto člověka se mění, a tak i jeho chování.

Základní reakcí člověka trpícího stigmatizací, je stáhnutí se od společnosti, kdy se snaží těmto stigmatům vyhnout. Jelikož je člověk od přírody společenským, tato izolace vede ke zvýšení depresivních stavů, k pocitům osamělosti, beznaděje a slabosti. Tato izolace se projevuje ve třech oblastech života. Jedná se o sociální, kdy jedinec přestává komunikovat s ostatními a postupně odřízne svou rodinu a přátele. O izolaci emocionální, kdy člověk přichází o možnost sdílet své pocity s ostatními, jelikož si myslí, že mu neporozumí, nebo již trpí depresivními stavy a jeho emoce mu připadají banální a zatěžující pro ostatní. Posledním typem je kognitivní izolace, při které jedinci chybí vzory, se kterými by se mohl ztotožnit, nebo nezná nikoho podobného (Ocisková & Praško, 2015).

Sociální izolace je tak určitým bludným kruhem, který začíná počátkem onemocnění, kdy jedinec již není schopen zvládat každodenní život a potýká se s příznaky a epizodami onemocnění. Následkem toho začne zpřetrhávat vazby se svým okolím a poté, co tyto epizody odezní, nebo jsou v útlumu, již není schopen tyto vazby znovu navázat. Tím více se pak prohlubuje jeho izolace, přičemž se jedinec cítí osamělý a tato samota může znovu vyprovokovat nežádoucí příznaky a epizody onemocnění. Izolace se ještě více posiluje, a to především díky stigmatu, se kterým se jedinec potýká, až do té

míry, kdy ho přijme za vlastní součást i přesto, že se jedná o důsledek značkování a stereotypizace (Libiger, 2002).

Podíváme-li se na sociální izolaci v jednotlivých kulturách sociální izolace je přítomná ve všech, ale v každé kultuře v jiné míře. Nejvíce jsou sociálně izolovaní jedinci v Asii a Africe, což je dáno jejich pohledem na vznik psychických onemocnění, který je založený na nadpřirozených jevech. V Evropě je tato sociální izolace v menší míře, jelikož je zastáván názor vědecký při vzniku a léčbě psychických nemocí s čímž je spojeno také méně stigmat, které by vyřazovali jedince v takové míře, jako ve zbytku světa.

4.3.1 Afrika

V Africe dochází k sociální izolaci v rámci stigmatizace a sebestigmatizace. Příkladem je Zambie, kde dochází k úplnému vyloučení psychicky nemocného ze společnosti. Lidé s nimi odmítají i promluvit. Psychicky nemocní tak ztrácí jakékoliv sociální vztahy, jsou odmítáni na společenských akcích, nebo v obchodě a dostávají se tak do kompletní izolace, jelikož se jich zříká také rodina. To samé platí také v Nigerii a Etiopii (Kapungwe et al., 2010). Pokud nemocný tají svůj zdravotní stav, k sociální izolaci dochází v rámci sebestigmatizace, jelikož se jedinec obává vyloučení ze společnosti, a tak skrývá příznaky psychického onemocnění, přičemž limituje setkávání s druhými. Sám se tak postupně od společnosti odřízne (Monteiro, 2015).

Většina obyvatelů Nigerie pak úplně odmítá jakýkoliv kontakt s psychicky nemocným. V Zambii se lidé potýkají s úplným vyloučením z komunity (Kapungwe et al., 2010).

4.3.2 Asie

V Asii, například v Japonsku, kde je silná „shame“ kultura a touha po schválení společností, jsou jedinci s psychickou poruchou dokonce odrazováni od návratu do společnosti. Jejich vyřazení však nebývá tak silné jako v Africe. Jedinci se však často snaží sami izolovat, jelikož vnímají své onemocnění jako selhání a zklamání pro celou rodinu. Často si vyčítají, že nedokáží držet krok se zbytkem společnosti a nepřispívají jí, kvůli čemuž se častěji uzavírají a přerušují kontakty s ostatními (Chee Hong Ng, 1997).

Podle studie Mami et al. (2018) obyvatelé Japonska jako příčinu vzniku depresivního onemocnění a schizofrenie uvádějí, že byl jedinec špatně vychován a další část pak odpovídala, že se tak stalo, kvůli již špatnému charakteru jedince. Nejčastější

odpovědí bylo, že se tak stalo kvůli stresujícím okolnostem v životě člověka a většina respondentů zastávala názor, že se deprese sama vyléčí.

Jelikož v Japonsku zastávají tento názor vzniku psychických poruch, lidí s psychickým onemocněním se straní, protože si je spojují tedy e špatným charakterem a ten následně spojují s kriminální činností.

4.3.3 Evropa

Sociální izolace v Evropě je opět o něco menší, než v Africe a Asii. Lidé jsou více ochotni s psychicky nemocnými jedinci navazovat kontakt a nedochází tak k jejich úplné izolaci od společnosti. Toto je dáno především větším povědomím o psychických poruchách. Zatímco v předešlých kulturách je na vznik psychických poruch nahlíženo v rámci nadpřirozených sil, špatného charakteru, či trestu od bohů, v Evropě je zastáván názor vědecký, díky čemuž psychické poruchy ve společnosti nebudí takový strach. Nevystává tedy potřeba psychicky nemocného sociálně izolovat pro vlastní bezpečí (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005).

4.4 Práce

Napříč kapitolami se opakuje neustále opakuje jako jeden z důsledků stigmatizace psychických onemocnění neschopnost řádného zařazení stigmatizovaných jedinců do pracovního procesu. Jelikož psychické onemocnění ovlivňuje sociální chování, motivaci, sebevědomí a mnoho dalších složek, které nás dělají lidmi, zaměstnavatelé často nechtějí přijmout člověka s psychickým onemocněním a nejčastěji zastávají názor, že takový člověk bývá málo výkonný, a tudíž méně prospěšný například pro firmu. Ovšem musíme také přihlížet na typ psychického onemocnění, přičemž jsou méně přijímáni lidé trpící schizofrenním onemocněním.

4.4.1 Afrika

Například v Nigerii studie pod vedením Oye Gureje (2005) ukázala, že lidé se obávali vést s psychicky nemocnými pouhou konverzací, přičemž téměř všichni respondenti by s nimi odmítli pracovat. Stejný názor zastávají také zaměstnavatelé. Psychicky nemocní lidé jsou tak odmítáni na pohovorech, ale také ze svých pracovních pozic, jestliže se u nich nějaké psychické onemocnění rozvinulo. V ten moment se pro své kolegy a nadřízené, kteří přidávají jedinci stigmata, stávají nebezpečnými, nepředvídatelnými, nebo dokonce neschopnými práce. Toto bohužel neplatí pouze v Nigerii, ale také v Ethiopii, Camerunu a většině afrických států. Tato neochota

společnosti poskytnou psychicky nemocným práci by pak mohla vysvětlit, proč je zde psychické onemocnění také spojováno s chudobou.

Jako další příklad bych uvedla Zambii, ve které je stigma silně rozšířeno a zakořeněno a pokud se u někoho objeví psychická porucha, je vyhozen ze svého zaměstnání a stigma psychické nemoci mu znemožňuje získat další (Kapungwe et al., 2010).

4.4.2 Asie

Obdobné názory se objevují také v Asii, která jak jsem již psala, vnímá psychické onemocnění podobně jako Afrika. I zde je velmi těžké pro psychicky nemocné jedince najít práci, nebo se v ní udržet, ovšem i přes podobné názory jim v Asii není znemožněné zařazení do pracovního procesu. Například v Japonsku, které si velmi zakládá na výkonnosti, se ve studii zkoumající self- efficacy ukázal velký pokles u psychicky nemocných jedinců, kteří svůj zdravotní stav považovali jako selhání, jelikož je brzdil ve výkonné práci. Objevoval se u nich také nedostatek motivace. Tato studie dále poukázala na rozdíl v zaměstnanosti psychicky nemocných jedinců v Číně a Japonsku, přičemž více zaměstnaných bylo v Číně. Kromě toho mělo 31% čínských respondentů zaměstnání na plný úvazek, zatímco u japonských respondentů byla tato míra pouze 2,9%. Oproti Číně se také v Japonsku prokázala mnohem nižší míra self- efficacy. V Japonsku totiž chybí uzpůsobení pracovního prostředí pro psychicky nemocné jedince, jelikož oproti Číně zaměstnavatelé neposkytují žádnou formu pomoci. Obyvatelé Japonska by tedy rádi pracovali, ale jejich zařazení do pracovního procesu je ztíženo z hlediska nepřizpůsobeného pracoviště, sociálního stigmatu a problému s interpersonálními vztahy (Amagai et al., 2016). Studie v Indii pak vyzorovala, že dokud byl psychicky nemocný schopen normálně pracovat, především nemocný se schizofrenní poruchou, byl také více přijímán ve společnosti, jelikož byl jejím aktivně zapojeným členem a byly mu také poskytnuty drobné benefity (Koschorke et al., 2014).

4.4.3 Evropa

V předchozích kulturách jsem se zmínila o problematice zaměstnání psychicky nemocných osob a v Evropě to není jiné. Jedná se tak o celosvětový problém, kdy by psychicky nemocní jedinci rádi pracovali, ale není jim tak často umožněno právě v důsledku stigmatizace, kdy jsou například lidé se schizofrenií nejčastěji odmítáni

z pracovních pozic. Tento problém se ukázal například v Německu, Anglii, ale také Polsku a dalších zemích Evropy (Manning & While, 1995).

V Evropě je však situace týkající se zaměstnání psychicky nemocných podstatně lepší, i když stále problematičtější. Psychicky nemocní jedinci nejsou úplně vyřazeni z pracovního procesu, ale častěji se stávají obětmi šikany ze strany kolegů. Většina firem má pak své vlastní psychology, kteří jsou zaměstnancům k dispozici a poskytují tak určitou pomoc pro psychicky nemocné (Corrigan, 2007). Ovšem opět záleží na místě, kde jedinec s psychickým onemocněním žije. V zemích s menší stigmatizací je menší míra jejich nezaměstnání. Zajímavý je také poznatek, že psychicky nemocní jedinci žijící v městech v zemědělských oblastech mají větší šanci být nezaměstnaní, než ti žijící v průmyslovějších částech (Evans-Lacko et al., 2013).

Největší míra stigmatizace byla zaznamenána například ve Španělsku, Maďarsku a Bulharsku, kde lidé věří, že jedinci se schizofrenií by neměli být zaměstnáváni. Na druhé straně země jako Německo a Island prokazují nejnižší známky stigmatizace psychických poruch v zaměstnání (Pescosolido et al., 2006).

4.5 Vliv stigmatizace na vztahy a rodinu

Pro psychicky nemocné lidi je kvůli jejich onemocnění a s ním spojenou stigmatizací náročné navazovat a udržovat vztahy nejen v rámci rodiny, ale v jakýchkoliv sociálních vztazích. Velmi často se také stává, že se stigmatizace přenáší na celou rodinu, ke které se pak společnost chová nevhodně.

4.5.1 Afrika

V Africe je téměř nemožné pro psychicky nemocné jedince navázat vztahy, nebo mít sociální život. To je zapříčiněno již výše popsanou sociální izolací a nemožností sehnat si práci. Právě práce často slouží k navazování sociálních vztahů. Rodina se jich zříká a společnost s nimi často odmítá promluvit. Rodiče pak dokonce popírají, že mají dítě s psychickou nemocí (Kapungwe et al., 2010).

Například v Zambii stigmatizace se zde nepřenáší pouze na rodinu nemocného, ale může se přenést na celou čtvrť ve které žije. Velkým problémem je také stigmatizace přicházející od rodiny psychicky nemocného, která jej určitým způsobem šikanuje, nebo dokonce opouští úplně. U rodičů takto nemocného člověka je naprosto běžné, že na

otázku, kolik mají děti zmíní pouze své zdravé děti a dítě s psychickými problémy naprosto tají (Kapungwe et al., 2010).

Určitá přesvědčení o příčině psychického onemocnění, jak už jsem psala, často zahrnuje celou rodinu, což je posléze nutí schovávat psychické onemocnění člena rodiny. Rodina se tak běžně snaží vyléčit psychickou nemoc rodinného příslušníka tradičními rituály. Mnoho odborníků kritizuje tyto tradiční přístupy k léčbě, které ubližují jedinci, jelikož zahrnují sputání, bičování a popálení nemocného, a naopak stigma ještě posilují a podporují (Drew et al., 2011).

4.5.2 Asie

V Asii je stigmatizace v rámci rodiny a vztahů možná ještě horší než v Africe. Například v Číně a Japonsku jsou psychicky nemocní jedinci považováni za nevhodné a lidé jsou odrazováni od vztahu s nimi. Toto je dáno také tradicí předků, kdy je psychické onemocnění často považováno trestem od nich. Pokud by tedy došlo ke svazku s psychicky nemocným člověkem, tato hanba a trest předků by se přenesl do rodiny nové, což je pro jejich kulturu nepřijatelné. Toto stigma se nevztahuje pouze na psychicky nemocného, ale také na celou jeho rodinu a bližní, jelikož jakékoliv spojení s psychicky nemocným je považováno za degradaci (Chee Hong Ng, 1997). Japonsku se také objevuje názor, že psychické onemocnění je důsledkem špatného charakteru a nemocný si za něj může sám. Z tohoto důvodu s ním pak lidé nechtějí navazovat přátelské a partnerské vztahy, jelikož psychické onemocnění pro ně signalizuje, že je člověk špatný (Matoba et al., 2018). Například v Hongkongu se až 40% lidí s nějakým psychickým onemocněním samo distancovalo od společnosti v rámci sebestigmatizace a chtělo spáchat sebevraždu (Lee et al., 2015).

Je zde také přítomna skutečnost, že pro asijské země je typická důležitost rodiny. Pokud tedy někdo trpí psychickou poruchou, její stigma se přenáší na celou rodinu, kvůli čemuž se mnoho lidí obává vyhledat si odbornou pomoc. Pokud však dojde k vyhledání odborné pomoci, rodina poskytuje velikou oporu pro jedince kvůli své semknutosti (Chee Hong Ng, 1997).

Například v Číně jsou sourozenci psychických nemocných v podstatě vyřazeni z možnosti založit rodinu, jelikož psychické onemocnění poskvřňuje rodinnou čest a jméno předků. Čím silnější je pak touha utajit toto poskvřnění rodiny, tím větší stigma

vzniká. Výsledkem je tedy somatizace a popření, které ulehčuje rodině od této hanby a stigmatizace (Lin TI in Kleiman, 1989).

Japonská kultura je na tom podobně jako Čína, jelikož je také postavena na rodinné pospolitosti. Je zde vysoko ceněna čistota, a proto japonská kultura přisuzuje psychickým poruchám především dědičný a biologický původ. Jedinec s psychickou poruchou se potýká se sociální diskriminací, v oblasti manželství, práce a vzdělání a která se dotýká také jeho rodiny a příbuzných. V Japonsku funguje takzvaná „shame“ kultura, kvůli čemuž zde mají lidé hluboce zakořeněnou touhu po skupinovém přijetí, kvůli kterému se rodina nemocného snaží co možná nejvíce oddělit od stigmatu psychické nemoci a jedinci, kteří trpí psychickou poruchou jsou často odrazováni od návratu do společnosti (Samuma, 1978).

V Indii rodina, zatížena stigmatem duševně nemocného člena, ho často opouští v psychiatrických léčebnách, jelikož jakékoliv spojení s psychicky nemocným zamezuje rodině v uzavření sňatků (Chee Hong Ng, 1997). Co se týče sňatku s psychicky nemocným, hraje zde velkou roli pohlaví. Pokud je tedy muž psychicky nemocný, příliš to sňatku nevadí, jelikož se nejedná o pokles v kastovním systému. Jedná-li se však o ženu s psychickou poruchou, sňatek s ní je považován za pokles ve společenské hierarchii. Rodiče dívek se tak snaží psychickou poruchu vyřešit co nejdříve a pak teprve domlouvají sňatek a doufají, že v budoucnosti se znovu nemoc nevyskytne. Toto vyřazení z možnosti manželství je také způsobeno neznalostí psychických poruch a jejich léčby. V Indii dokonce platí zákon o hinduistickém manželství, který znemožňuje především ženám s psychickým onemocněním možnost sňatku. I přesto však ke svazkům s psychicky nemocnými dochází, a to především kvůli snaze rodiny tuto onemocnění utajit, nebo vyléčit (Sharma, Tripathik & Pathak, 2015). Rodiny se o své psychicky nemocné členy snaží postarat, ovšem ze strachu že budou také odsuzováni, od této snahy často také ustupují, a nakonec je zapisují do psychiatrických nemocnic, kde je posléze opouštějí (Chee Hong Ng, 1997).

Základním rozdílem mezi Afrikou a Asií je tedy přenos stigmatizace na celou rodinu, ke kterému dochází v Asii, zatímco v Africe je stigmatizován především jedinec individuálně.

4.5.3 Evropa

V Evropě je poměrně odlišný pohled na vztahy a rodinu stigmatizovaného jedince, a to díky vědeckému pohledu na psychické poruchy. Rodina psychicky nemocného jedince může zprvu jeho onemocnění považovat za nezávažné, jelikož velmi často dochází k popření nastalé situace. Pokud zrovna rodina prochází popřením této skutečnosti, snaží se řešit životní problémy jedince, aby zakryla jeho zdravotní stav, mnohdy se daného člověka snaží přesvědčit, že mu vlastně nic není a že by se měl „vzchopit“ a tím pádem ho odrazují od léčby. Jakmile si však rodina plně uvědomí, že se skutečně jedná o psychické onemocnění, snaží se o podporu a znovu začlenění psychicky nemocného nejen do rodiny, ale také do společnosti. Všeobecně se však ukázalo, že se rodina chová ke svým psychicky nemocným členům často nespravedlivě, nebo hyperprotektivně. Z tohoto důvodu psychicky stigmatizovaní pociťují nedostatek soukromí (Ocisková & Praško, 2015).

Navazování vztahů je pak také problematické, ovšem spíše z hlediska zvýšené emocionality a větší závislosti na rodině, kdy je pro ně těžší pohybovat se mezi vrstevníky. Vztahy tak spíše pokulhávají v rámci projevujících se příznaků psychického onemocnění, než kvůli silné stigmatizaci jako tomu je v Asii a Africe. I přesto lidé projevují neochotu bydlet vedle někoho, kdo trpí například schizofrenií, nebo zastávají negativní postoj k jejich příchodu do rodiny v rámci manželství (Angermeyer & Dietrich, 2005).

Všeobecně pak platí, že starší osoby a ti, kteří mají nižší vzdělání, nebo nepřišli nikdy do kontaktu s psychicky nemocným člověkem, si od něj snaží udržet odstup, oproti těm, kteří jsou mladší, vzdělanější, nebo kteří se setkali s někým s psychickou nemocí (Link et al., 2004).

5 Diskuze

V první části práce jsem řešila to, jak se na psychické poruchy nahlíželo v historii, jak byly stigmatizovány a jak se zacházelo s psychicky nemocnými jedinci. Ve starověkých civilizacích šlo především o léčbu psychicky nemocných, která se v určitých bodech velmi podobala dnešní psychohygieně. Do této léčby patřilo například využití tanců, zpěvu a procházek. Zároveň starověké civilizace používali bylinky, které měli stimulační účinky stavěli zařízení pro léčbu psychicky nemocných (Vencovský, 1996).

Vencovský (1996) zmiňuje jako důležitou oblast ve vnímání psychických poruch starověké Řecko, které položilo základy psychologii. S Vencovským se shoduje také Hunt (2015) a Černoušek (1994), kteří zmiňují také Hippokrata a jeho vliv na následující vývoj pohledu na psychické poruchy a psychicky nemocné jedince. Všichni tři autoři se dále shodují na vlivu víry v nadpřirozeno, na smýšlení starověkých civilizací, které poté vinily zlé duchy a bohy za jejich vznik.

Nejhorším obdobím pro psychicky nemocné jedince byl středověk, jelikož na ně bylo nahlíženo jako na posedlé a zacházelo se s nimi nelidsky. V tomto případě hrálo velkou roli náboženství, respektive nástup křesťanství, které stigmatizovalo psychicky nemocné proto, že se lišili svým chováním od ostatních a nenaplnovali tak obraz církve o spořádaném občanovi. Psychicky nemocní však určitým způsobem ve středověku sloužili k upevnění moci církve, která jejich onemocnění později pojala jako neuposlechnutí Boha a vystrašila tím tak zbytek společnosti, aby se řídila jejich pravidly. V tomto tvrzení se shoduje Černoušek (1994) s Vencovským (1996) a oba zmiňují jako zásadní událost sepsání knihy Kladivo na Čarodějnice, která popisovala jak by se s psychicky nemocnými, kteří byli považováni za posedlé d'áblem, nebo ovládající magii, mělo zacházet.

Tito autoři, společně s Foucalem (1994) také popsali loď bláznů. Jednalo se o loď, na které se odváděli psychicky nemocní v 16. století, kteří byli městy vyhnáni za hradby.

Na počátku novověku začali vznikat první útulky pro duševně nemocné, přičemž jejich rozšíření proběhlo v 18. století, když Phillipe Pinel zavedl reformní program, který představoval ústav pro psychicky nemocné jako samostatnou jednotku s léčebnou

(Vencovský, 1996). O významu Pinela se zmiňují také autoři Ocisková a Praško (2015), Foucault (1994), Černoušek (1994) a Vencovský (1996), kteří mu přisuzují stejně významnou roli v rozvoji pohledu na psychicky nemocné jedince, se kterými bylo do té doby jednáno nehumánně.

Přístup k psychicky nemocným je až do konce 19. století v současné literatuře poměrně neřešeným tématem, kdy je literatury, jak v českém, tak i zahraničním prostředí opravdu poskrovnu. Obor psychologie se začal rozvíjet až právě v 19. století. Počátky psychologie se v podstatě vystavěly na poznacích starověkých civilizací a téměř přeskočili poznatky středověké. Znovu se začala využívat Hippokratova teorie temperamentu, která se později rozvinula. Na poznacích starověkého Řecka také vystavěl své teorie Freud. 19. století vrcholí vydáním Učebnice Psychiatrie Emilem Kraepelinem (Černoušek, 1994).

K druhé části práce, která se zabývá dopady stigmatizace a pohledem na psychické poruchy v jednotlivých kulturách získané poznání pramení téměř výhradně ze zahraničních zdrojů, jelikož v českém prostředí ve většině publikací jsou popisovány především všeobecné důsledky stigmatizace. Tato práce se zabývá konkrétním pohledem na psychické poruchy a jejich stigmatizaci a upozorňuje na markantnost rozdílu mezi evropským, asijským a africkým prostředím.

Podle antropologie Burnett Taylora (1987) je kultura komplex víry, poznání, morálky a zvyků. Tuto definici doplňuje Jan Průcha (2010), který kulturu definuje jako souhrn prostředků a mechanismů specificky lidské adaptace k vnějšímu prostředí, kdy je program jedinců fixován sociokulturními stereotypy a je předáván prostřednictvím kulturního dědictví. Kultura ovlivňuje psychické poruchy ve smyslu koncepce, vnímání, labelingu, klasifikace, zkušenosti s příznaky a ve způsobu léčby (Chee Hong Ng, 1997).

V Asijských kulturách je psychické onemocnění spojováno s fyzickými nemocemi. Dochází zde k somatizaci příznaků a psychické poruchy jsou považovány za dílo zlých duchů, spirituálních trestů a morálních přestupků (Kirmayer, 1989). Tyto informace potvrzuje například Lin Tl (1989). To platí především pro Čínu a Japonsko, kde je vysoce ceněna vnitřní čistota člověka a neprojevují se příliš emoce, což má souvislost s náboženstvím a hodnotovým systémem v obou zemích (Samuma, 1978).

V Africe stále jako příčiny psychických poruch uvádí především zlé duchy a posednutí, kvůli čemuž se psychicky nemocných jedinců společnost silně straní. Zde považují za příčinu především nízkou vzdělanost a socioekonomické faktory, které Afriku zatěžují a odstavují tak povědomí o psychických poruchách až na okraj. Psychicky nemocní jsou stigmatizováni celou společností včetně lékařského personálu, a tak se často uchylují k léčbě domorodými léčiteli. Toto tvrzení podporují také autoři Ocisková a Praško (2015), Monteiro (2015) a Kapungwe (2010), přičemž je doplňuje studie Gureje (2005), který se zabýval přístupem k psychickým poruchám v Nigerii. Tato studie ukázala, že lidé v Nigerii přisuzují vznik psychických poruch zlým ducům, užívání drog a často je spojují také s chudobou. Autoři se také shodují v tom, že v Africe probíhá silná stigmatizace psychicky nemocných jedinců.

Co se týče Evropy, stigmatizace je zde podstatně nižší, což připisují vyšší vzdělanosti a také menší náboženské víře. V Evropě také probíhá velké množství anti stigmatizujících kampaní. Přesto se na psychicky nemocné jedince často nahlíží jako na nebezpečné. Zde také závisí, v jaké části Evropy se pohybujeme. Například v Německu jsou psychické nemoci spojované spíše s negativními přisudky, kdežto ve skandinávských zemích je přístup k nim spíše pozitivní (Abdullah & L. Brown, 2011).

Jedním z významných faktorů, které ovlivňují stigmatizaci a sebestigmatizaci psychických poruch patří média. Ta hrají velkou roli ve vnímání psychických poruch a jak psychicky nemocní jedinci vnímají sami sebe. Právě média jsou také častým zdrojem dezinformací, které ovlivňují celý pohled na psychické poruchy. Ovšem v posledních měsících sledují přínos především sociálních sítích, které určitým způsobem boří mýty a tabu ohledně psychických nemocí a pomáhají k jejich destigmatizaci a normalizaci. Na sociálních sítích tak můžeme zpozorovat také různé organizace, které se zabývají duševním zdravím. Roli médií a jejich dopad na psychické poruchy zmiňuje Ocisková a Praško (2015), Srivastava (2019) a Aiken (2017). To, jak média zobrazují psychické poruchy, blíže popisuje Wahl (1992) a Stuart (2006), především v prostředí filmů a televizních zpráv.

Další zkoumanou oblastí byla problematika sociální izolace. Sociální izolace je jedním z důsledků stigmatizace a sebestigmatizace psychicky nemocných jedinců, kdy je člověk buďto vyřazen společností kvůli svému onemocnění, nebo se sám ze strachu z odmítnutí stáhne a postupně přeruší kontakty se svým okolím (Ocisková & Praško, 2015). Tuto myšlenku dále rozvíjí například Libiger (2002), který sociální izolaci

popisuje jako bludný kruh a vysvětluje, že sociální izolace sama o sobě vede ještě k hlubší izolaci, která může způsobit depresivní stavy.

V Africe byla zaznamenána nejvyšší míra sociální izolace oproti ostatním kulturám, jelikož psychicky nemocní jsou naprosto odmítáni společností (Kapungwe, et al., 2010)

V Asii je míra sociální izolace o něco nižší a dochází k ní především ze strany psychicky nemocného, který své onemocnění vnímá jako selhání (Chee Hong Ng, 1997).

V Evropě je její míra nejnižší, protože je zde zastáván vědecký pohled na psychické poruchy (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005).

Dále práce zkoumala dopad stigmatizace na pracovní proces, přičemž k největšímu omezení dochází opět v Africe, kde lidé odmítají s psychicky nemocnými pracovat, což potvrzují studie Gureje (2005) a Kapungwe (2010), které upozornili na vyřazení psychicky nemocných z pracovního procesu v Etiopii, Zambii, Nigerii a Kamerunu. V Asii jsou s psychicky nemocní jedinci vyřazováni kvůli nižší výkonnosti, motivaci a spojení psychických poruch se špatným charakterem (Amagai et al., 2016). V Evropě jsou celkově lepší podmínky pro psychicky nemocné v rámci zaměstnání, protože pokud se jedná o práci ve firmě, mají k dispozici firemního psychologa. V evropském prostředí dochází především k šikaně ze strany kolegů.

Poslední zkoumanou oblastí byl vliv stigmatizace na sociální život. Psychicky nemocného jedince v Africe popisuje Kapungwe (2010) jako člověka na úplném okraji bez jakéhokoliv sociálního života. Psychicky nemocných se zde nezřikají pouze přátelé, ale také rodina, která často popírá, že by měla člena rodiny s psychickým onemocněním. Tento jev popsal také Drew (2011), který kritizuje také způsob léčby psychických nemocí. V Asii, například v Číně je velmi důležitá rodina a pokud je jeden její člen psychicky nemocný, stigmatizace se přenáší nejen na něj, ale na celou rodinu, jelikož je často zastáván názor, že psychické onemocnění je trestem předků, nebo že se jedná o špatný charakter dotyčného (Chee Hong Ng, 1997). Podobně tomu je také v Japonsku. Psychické onemocnění zde hraje velkou roli také v rámci manželství, kdy je v podstatě nepřípustné, aby člověk s psychickým onemocněním, nebo člen jeho rodiny vstoupil do manželství. Takovýto sňatek je považován za pokles ve společnosti (Samuma, 1978). Podobný názor ohledně manželství s psychicky nemocným člověkem je zastáván v Indii, kde je podobný sňatek považovaný za pokles v kastovní společnosti (Sharma, Tripathik & Pathak, 2015).

V Evropě dochází spíše k podpoře ze strany rodiny, pokud si uvědomí, že se skutečně jedná o psychické onemocnění (Ocisková & Praško, 2015).

6.Závěr

V první části bakalářské práce jsem se zabývala definicí a vymezením psychických poruch. Jednalo se o depresi, schizofrenii a histriónskou poruchu, což jsou nejčastější psychické poruchy, které lze v historii vysledovat, a to i u významných historických osobností.

V kapitole druhé jsem vysvětlila, co je to stigmatizace, definovala labelling a stereotypy, jelikož jsou zásadními pro vznik stigmatizace a jak vypadá stigmatizace u jednotlivých poruch, kdy schizofrenní porucha a deprese jsou nejvíce zveličovány.

Ve třetí kapitole jsem se věnovala historickému pohledu na psychické poruchy a jejich stigmatizaci. Psychické poruchy byly stigmatizovány po staletí a jedná se o problém, se kterým se bude pravděpodobně bojovat vždy. Zajímavá je proměnlivost, kdy některé kultury měli k dnešnímu pojetí psychických poruch blízko již ve starověku, ale kvůli nástupu náboženství, jako by zapomněly veškeré dosavadní poznatky a ve středověku se uchýlili k poměrně primitivním přístupům vůči lidem s psychickým onemocněním. Celkově byl středověk nejobtížnějším obdobím, co se stigmatizace a léčby psychických poruch týče. Lidé byli v této době kompletně odříznuti od společnosti a bylo vůči nim jednáno nehumánně.

V poslední kapitole se zabývám dnešním pohledem na psychické poruchy a dopady stigmatizace. Tato kulturní srovnávací analýza ukazuje na mnoho přetrvávajících mýtů, a to především v Africe a o něco méně v Asii, kde stále uvádějí jako příčinu vzniku psychických nemocí posednutí zlými duchy, nebo trest od předků či bohů. Stigmatizace v dnešní době značně koreluje se vzděláním a ekonomickými faktory. Například v Africe, především ve vesnicích, kde je nízké vzdělání a kde se kvůli chudobě, nedostatku financí řeší jiné problémy a povědomí o psychických poruchách tak zůstává téměř neřešené v pozadí kultury.

I přesto, že se již považujeme za poměrně vyspělé kultury, stigma stále přetrvává a v některých zemích se oproti 20. století dokonce zhoršuje i přes četné anti stigmatické kampaně.

Zdroje

- 1) : Evans-Lacko, S., Knapp, M., McCrone, P., Thornicroft, G., & Mojtabai, R. (2013) The Mental Health Consequences of the Recession: Economic Hardship and Employment of People with Mental Health Problems in 27 European Countries. *PLoS ONE* 8(7): e69792. doi:10.1371
- 2) Abdullah, T., & Brown, T. (2011). Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *Clinical Psychology Review* 31, 934–948.
- 3) Aiken, M. (2017). *The Cyber Effect*. Dostupné z <https://lesley.edu/article/perception-is-reality-the-looking-glass-self>
- 4) Amagai, M., Li, C., Kobayashi, N., & Hiroshima, M. (2016). A Comparative Study of Self-Efficacy for Social Participation of People with Mental Illness in Japan and China. *Journal of Psychiatric Nursing*, 30, 406-411
- 5) Angermeyer M.C., & Dietrich S. (2005). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 163–179.
- 6) Angermeyer, M.C. & H. Matschinger, (2005). The stigma of mental illness in Germany: a trend analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(3), 276-84.
- 7) Bankovská Motlová, L., & Koukolík, F. (2004). *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Galén.
- 8) Burleigh, M. (2008). *Třetí říše Nové dějiny*. Argo.
- 9) Corrigan, P. W., Larson, E., & Kuwabara, S. A. (2007). Mental illness stigma and the fundamental components of supported employment. *Rehabilitation psychology*. 52 (4), 451-457.
- 10) Černoušek, Michal. (1994). *Šílenství v zrcadle dějin: Pojednání pro inteligentní čtenáře*. Grada.
- 11) Drew, N., Funk, M., Tang, S., Lamichhane, J., Chávez, E., Katontoka, S., Pathare, S., Lewis, O., Gostin, L., & Saraceno, B. (2011). Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *The Lancet*. 378(9803), 1664-1675.

- 12) Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada.
- 13) Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka : mezinárodní klasifikace nemocí. (2006). Psychiatrické centrum.
- 14) Gureje, O., Lasebikan, V. O., Ephraim-Oluwanuga, O., Olley, B. O., & Kola, L. (2005). Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *British Journal of Psychiatry*, 186, 436-441.
- 15) Hayes, N. (2007). *Základy sociální psychologie*. Portál.
- 16) Hnilica, K. (2010). *Stereotypy, předsudky, diskriminace*. Karolinum.
- 17) Hunt, M. M. (2015). *Dějiny psychologie*. Portál.
- 18) Chee Hong Ng. (1997). The stigma of mental illness in Asian cultures. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 382-390. Dostupné z : <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.908.4881&rep=rep1&type=pdf>
- 19) Kapungwe, A., Cooper, S., Mwanza, J., Mwape, L., Sikwese, A., Kakuma, R., Lund, C., & Flisher, AJ. (2010). Mental illness - stigma and discrimination in Zambia. *African Journal of Psychiatry*, 13:192-203
- 20) Kasahara-Kiritani, M., Matoba, T., Kikuzawa, S., Sakano, j., Sugiyama, K., Yamaki, Ch., Mochizuki, M., & Yamazaki, Y. (2018). Public perceptions toward mental illness in Japan. *Asian Journal of Psychiatry*, 35, 55-60.
- 21) Keller, J. (2004). *Úvod do sociologie*. Sociologické nakladatelství.
- 22) Kirmayer L. (1989). Cultural variations in the response to psychiatric disorder and emotional distress. *Social Science and Medicine*, 29, 327-329.
- 23) Kleinman A., & Lin T. (1981). eds. Normal and abnormal behaviour in Chinese culture. *Dordrecht: Reidel*, 387-401.
- 24) Koschorke M., Padmavati R., Kumar S., Cohen, A., Weiss, HA., Chatterjee, S., & et al. (2014) Experiences of stigma and discrimination of people with schizophrenia in India. *Social Science & Medicine Journal*, 123C, 149–159.
- 25) Lauber, Ch., & Rössler, W. (2007). Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 157-178.
- 26) Lee, S., Lee, M.T., Chiu, M.Y., & Kleinman, A. (2005). Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry*, 186, 153-157.

- 27) Libinger, J. (2002). *Psychiatrie a stigma*. Sanquis.
- 28) Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric services*, 52(12), 1621-1626.
- 29) Link, B.Q., Yang, L.H., Phelan, J.C., & Collins, P.Y. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (3)
- 30) Manning, C., & While, P. (1995). Attitudes of employer to the mentally ill. *Psychitric Bull*, 19, 541-543.
- 31) Mehta, N., Kassam, A., Leese, M., Butler, G., & Thornicroft, G. (2009). Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 278–284. doi: 10.1192/bjp.bp.108.052654
- 32) Monteiro, N. M. (2015). Addressing mental illness in Africa: Global health challenges and local opportunities. *Community Psychology in Global Perspective* , 1(2), 78 – 95.
- 33) Musil, J. V. (2006). *Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- 34) Nolen-Hoeksema, S. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Portál.
- 35) Novotná, E. (2008). *Základy sociologie*. Grada Publishing.
- 36) Nývltová, V. (2010). *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Univerzita Jana Amose Komenského.
- 37) Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada Publishing.
- 38) Pescosolido, B.A., Olafsdottir, S., Martin, J.K., & Long, J.S. (2006). Cross-Cultural Aspects of the Stigma of Mental illness. *World Psychiatric Association International Congress*
- 39) Praško, J. (2003). *Poruchy osobnosti*. Portál.
- 40) Průcha, J. (2010). *Interkulturní psychologie: [sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů]*. Portál.
- 41) Samuma K. (1978). The Japanese family in relation to people's health. *Social Science and Medicine*, 12, 419-427
- 42) Sharma, I., Tripathi, C. B., & Pathak, A. (2015). Social and legal aspects of marriage in women with mental illness in India. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(Suppl 2), 324-32.

- 43) Srivastava, K., Chaudhury, S., Prakash, J., & Dhamija, S. (2019). Social media and mental health challenges. *Industrial Psychiatry Journal*. 28, 155.
- 44) Stuart, H. (2006). *Media Portrayal of Mental Illness and its Treatments*. Queen's University, Canada.
- 45) Svoboda, M., Češková, E. & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Portál.
- 46) Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.
- 47) Tzourava, V., & Papadopoulos, C. (2014). Public stigma towards mental illness in the Greek culture. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.
- 48) Výrost, J., Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. Grada Publishing.
- 49) WHO. (2010). Depression. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> 0