

*Pôvodná práca***Stigma duševných porúch z pohľadu ľudí s diagnózou schizofrénia.****Výsledky výskumu**

Jitka Poluchová, Anton Heretik, jr.

Stigma of Mental Disorders from the perspective of people with schizophrenia.**Research results****Súhrn**

Pozadie problému: Schizofrénia patrí medzi najviac stigmatizované psychické poruchy. Výrazy ako „psychicky chorý“ alebo „psychiatrický pacient“ sú stále asociované s násilím, nebezpečenstvom a nepredvídateľnosťou. Strach verejnosti a negatívne stereotypy zostávajú prekážkou adekvátneho využitia efektívnej starostlivosti a sociálnej integrácie chorých. Napriek zvyšujúcej sa celosvetovej pozornosti venovanej stigme tohto ochorenia, existuje len minimum informácií opisujúcich situáciu v našich podmienkach. Preto hlavným cieľom prezentovaného výskumu bolo preskúmať stigmatizačné a diskriminačné zážitky uvádzané ľuďmi so schizofréniou žijúcimi na Slovensku, ako aj dôsledky týchto skúseností na ich život. *Metódy:* Na zber dát bola použitá kvalitatívna metóda pološtruktúrované interview. Interview sa odhrávalo v centrách na pomoc duševne chorým a v domácnostiach participantov. Výskumný súbor tvorilo 10 ambulantných pacientov s diagnózou schizofrénia alebo schizoafektívna psychóza v stabilizovanom stave. Pri výbere výskumného súboru bola použitá metóda zámerného výberu cez inštitúcie s prvkami metód príležitostného výberu a samovýberu. *Výsledky:* Z výrokov participantov boli vygenerované štyri dimenzie stigmaty: interpersonálne interakcie, štruktúrna diskriminácia, prístup k sociálnym rolám a obraz duševnej poruchy v spoločnosti. Každý participant uviedol viacero zážitkov so stigmou a pre 9 z nich boli tieto skúsenosti prežívané ako veľmi bolestivé. Bežnou reakciou na ne je snaha o utajovanie ochorenia a vyhýbanie sa potenciálne ohrozujúcim sociálnym kontaktom. *Záver:* Pacienti opisujú širokú škálu stigmatizačných a diskriminačných zážitkov zo všetkých oblastí života vrátane zdravotnej starostlivosti. Publikovanie týchto stigmatizačných a diskriminačných zážitkov by mohlo pomôcť redukovať negatívne stereotypy v spoločnosti a viesť k zdravším reakciám zo strany pacientov, dopomáhajúc tak k lepšiemu priebehu ich ochorenia (*tab.3, lit.16*).

Kľúčové slová: schizofrénia, stigma, diskriminácia, kvalitatívny výskum, Slovensko.

Summary

Background: Schizophrenia has been found to be one of the most stigmatising mental disorders. Expressions such as „mentally ill“ or „mental patient“ are still associated with violence, dangerousness and unpredictability. Public fear and negative stereotypes remain an obstacle to the adequate use of effective treatment and social integration of patients. Despite increased worldwide attention paid to stigma of schizophrenia, very little Slovak data exists. The main purpose of the presented study was therefore to explore stigma and

discrimination experience recalled by people with schizophrenia living in Slovakia, as well as to reflect on the consequences of those experiences on their lives. *Methods:* Qualitative method semi-structured interview was used to collect data. Interviews took place in mental health centres and participants' homes. The sample consisted of 10 clinically stable outpatients who have been diagnosed with schizophrenia or schizoaffective disorder. Snowball sampling strategy was utilized. *Results:* Four dimensions of stigma were extracted from the participants' data: interpersonal interaction, structural discrimination, access to social roles and public images of mental illness. All participants indicated having various stigma experiences and by 9 of them were described as very painful. Concealment of illness and avoidance of potentially dangerous social contacts are common reactions to those experiences. *Conclusions:* Participants describe a great variety of stigma and discrimination experiences in all areas of life, including health care. Publicizing these stigma and discrimination experiences could help to reduce negative stereotypes in society and result in healthier reactions from patients, favouring a better course of the illness (Tab.3, Ref.16).

Key words: schizophrenia, stigma, discrimination, qualitative research, Slovakia.

Úvod

Psychiatrickí pacienti – a obzvlášť tí s diagnózou schizofrénia – trpia okrem príznakov vlastného ochorenia vo významnej miere aj sociálnou stigmu a diskrimináciou. Stigmatizácia má za následok hneď niekoľko negatívnych súvislostí: nielenže znižuje sebedomie chorého a nežiadúcim spôsobom ovplyvňuje jeho interpersonálne interakcie, ale môže viesť až k úplnej strate jeho sociálneho statusu a následnej diskriminácii (Link a Phelanová, 2001, Wahl, 1999, Schulzeová a Angermeyer, 2002, González-Torres et al., 2007, Ertugrul a Ulug, 2004, Dickersonová et al., 2002, Bergeová a Rannevová, 2005, Bothaová et al., 2006 a i.). V porovnaní s inými psychickými poruchami, schizofrénia býva v médiách zobrazovaná prevažne negatívne (Corrigan et al., 2005, Schulzeová a Angermeyer, 2002). Aj s tým pravdepodobne súvisí jej pretrvávajúci negatívny obraz v spoločnosti. Prítomnosť stigmy zároveň vytvára významnú bariéru v hľadaní pomoci. Ako Corrigan a Wasselová (2008) upozorňujú, približne polovica až dve tretiny ľudí, ktorí by mohli profitovať zo psychiatrickej liečby, ju nikdy nevyhľadajú práve z dôvodu, aby neboli spájaní so stigmatizovanou skupinou duševne chorých. Preto dôležitým cieľom vo výskume psychického zdravia musí byť hľadanie ciest, ako stigmum redukovat.

V súlade s názorom Warnera (2005) si myslíme, že prvým krokom každého projektu zameraného na boj so stigmu a diskriminácia v danom regióne prítomná. Jednoduché použitie výsledkov výskumov realizovaných v iných krajinách sa neodporúča pre kultúrnu, spoločenskú a historickú podmienenosť stigmy (González-Torres et al., 2007). Keďže na Slovensku podľa našich informácií výskum v tejto oblasti doposiaľ nebol realizovaný, ponúka sa široká škála možného skúmania. V prezentovanom výskume sme sa pokúsili nahliadnuť na problém z perspektívy tých, ktorých životov sa najbolestnejšie dotýka – ľudí s diagnózou schizofrénia. Konkrétne nás zaujímala nimi subjektívne vnímaná a aktuálne prežívaná stigma a diskriminácia súvisiaca s ich psychiatrickou diagnózou. Zamerali sme sa pri tom skôr na ich osobné zážitky a skúsenosti ako na názory o stigme a diskriminácii. Teoretický základ pre proces interview a následnú analýzu dát poskytl Linkova a Phelanovej (2001) koncepcia,

podľa ktorej je stigma definovaná ako spoluvýskyt jej jednotlivých zložiek (*labeling, stereotypizácia, separácia, strata a statusu a diskriminácia*). Táto definícia vychádza z Goffmanovho (2003) pozorovania, že stigma vzniká ako spojenie atribútu so stereotypom a Jonesovho et al. (1984, podľa: Angermeyer et al., 2003) rozpracovania tejto koncepcie, podľa ktorého „znak (atribút) spája človeka s neželanými charakteristikami (stereotypmi).“ Stigma potom predstavuje situáciu človeka, ktorý bol vylúčený z plnej sociálnej akceptácie a diskriminovaný v dôsledku existencie stereotypov.

Ciele výskumu a výskumné otázky

Základným cieľom prezentovaného výskumu bolo:

1. Preskúmať stigmum schizofrénie zo subjektívnej perspektívy účastníkov.
2. Spoznať, ako stigma zasahuje do ich každodenných životov.

Vzhľadom k uvedeným výskumným cieľom sme si položili nasledujúce výskumné otázky:

- A. Budú si účastníci vedomí stigmy spojenej s ich ochorením?
- B. Akým spôsobom a ako výrazne bude stigma subjektívne zasahovať do životov účastníkov?
- C. V akých rôznych oblastiach života budú účastníci konfrontovaní so stigmu a diskrimináciou?

Metóda

Hlavná časť výskumu pozostávala z vykonania *pološtruktúrovaných interview* zameraných na získanie konkrétnych stigmatizačných a diskriminačných zážitkov účastníkov. Východiskové okruhy otázok boli vybrané na základe často sa vyskytujúcich diskriminačných zážitkov identifikovaných v predchádzajúcom výskume (Wahl, 1999, González-Torres et al., 2007, Bothaová et al., 2006) (tab.1).

Tabuľka 1. Východiskové okruhy otázok interview.

<p>Základná otázka:</p> <p>Čo sa pre Vás zmenilo po tom, ako Vám bola diagnostikovaná schizofrénia? Popíšte konkrétne prípady a situácie, ktoré ste zažili. (Keď nereaguje, skúsime: rodina, priatelia, každodenný život, práca, zdravotníctvo.)</p> <p>Alternatívne otázky:</p> <p>Povedali ste druhým ľuďom, že máte schizofréniu? (Keď nereaguje, skúsime: Kedy?, Kde?, Môžete popísať iné situácie ako tie, ktoré ste už popisali?)</p> <p>Ako ľudia okolo Vás reagovali, keď zistili, že máte schizofréniu? (Keď nereaguje, skúsime: odstup, záujem, klebety, výsmech, podpora?)</p> <p>Ako reagujete vy na stigma a diskrimináciu?</p>
--

Výskum bol realizovaný v časovom rozpätí január-apríl 2008. Všetky interview boli vykonané autorkou tejto práce. Zo všetkých interview okrem jedného bol so súhlasom participantov vyhotovený audiozáznam. Následne boli tieto záznamy prepísané do tlačenej podoby. Použitý postup bol v zhode s etickými normami a Helsinskou deklaráciou z r. 1977.

Analýza dát

Transkripty boli analyzované pomocou induktívneho vytvárania kategórií, pričom cieľom bolo stanoviť typológiu diskriminačných zážitkov uvádzaných participantmi. Najskôr boli identifikované jednotlivé významové jednotky, t.j. úseky textu, ktoré sú nositeľom nejakej informácie (Miovský, 2006). Vybrané boli relevantné z nich vzhľadom na ciele výskumu a výskumné otázky. Týmto bol pridelený kód čo najviac reflektujúci pôvodný výrok (tzv. parafráza, Schulzeová a Angermeyer, 2002). Kódy s podobným obsahom boli spájané do kategórií, pričom iniciálne kategórie boli dané základnými okruhmi interview (rodina, priatelia, každodenný život, práca, zdravotníctvo). Keď sa objavili ďalšie parafrázy, kategórie boli rozčlenené do subkategórií, alebo boli vytvorené nové kategórie. Takto boli diskriminačné zážitky zoskupené do špecifických kategórií podľa typu a oblasti, v ktorej sa s nimi participant stretli. V súlade so Silvermanom (2005) bolo kódovanie použité ako spôsob organizácie dát do schém, ktoré potom slúžili ako základ pre analýzu a interpretáciu.

Výskumná vzorka

Pri výbere výskumného súboru bola použitá metóda zámerného výberu cez inštitúcie s prvkami metód príležitostného výberu a samovýberu.

Vstupné kritériá

- diagnostikovaná schizofrénna či schizoafektívna psychóza, neprítomnosť známkov akútneho relapsu, stabilizovaný stav,
- prežitie aspoň jednej ataky spojenej s psychiatrickou hospitalizáciou,
- explicitný súhlas participanta s účasťou.

Vylučovacie kritériá

- akútna psychóza či závažný chronický stav, ktorý by bránil účasti (napr. výrazný autizmus, nepokoj, nezvládnuteľný negativizmus, ťažká porucha koncentrácie pozornosti).

Možnosť zahrnutia aj participantov so schizoafektívnou poruchou sme nevylúčili pre príbuznosť jej prejavov ako aj liečby. Kritérium prežitej hospitalizácie vysvetľujeme nasledovne: 1. hospitalizácia ako inštitucionálne potvrdená nutnosť liečby psychického ochorenia funguje podľa nás ako významný zdroj stigmatizácie, 2. zaujímali nás možné diskriminačné skúsenosti získané práve v psychiatrických zariadeniach, o ktoré sme nechceli prísť. Stabilizovaný stav je nevyhnutný k úspešnému nadviazaniu kontaktu s participantom a jeho schopnosti reprodukovať svoje zážitky. Stabilita bola definovaná tak, že pacient v priebehu uplynulých 3 mesiacov nemal žiadne významnejšie zmeny v liečbe, ani nebol psychiatricky hospitalizovaný a participoval na liečbe, čo bolo určené tým, že pravidelne dochádzal na stretnutia so svojím psychiatrom. V jednom prípade sa nám toto kritérium nepodarilo naplniť, keďže participantka bola v čase konania výskumu hospitalizovaná. Nešlo však o výrazné zhoršenie stavu a v čase konania interview už bola po mesačnom preliečení a cítila sa dobre.

Výsledný výskumný súbor tvorilo 10 participantov. Bližšie sú charakteristiky súboru sprehľadnené v tabuľke 2.

Limity

Vzhľadom na skutočnosť, že ide o exploračný, kvalitatívny výskum, generalizácia výsledkov je spojená s radou obmedzení. V dôsledku nenáhodného výberu a malého počtu participantov nemusia totiž získané údaje odrážať úplnú škálu možných diskriminačných zážitkov vnímaných ľuďmi so schizofréniou. Okrem toho 9 z 10 participantov sa v čase konania výskumu zapájalo do činnosti v rôznych rehabilitačných a resocializačných centrách a boli pomerne dobre sociálne fungujúci. Určite by bolo prínosné sa v budúcnosti zamerať aj na tých, ktorí nie sú v kontakte s orgnizáciami pre pomoc duševne chorým. Všetci participant tiež žili vo veľkých mestách, hlavne v Bratislave. Domnievame sa, že pacienti na vidieku a v malých mestách môžu v interpersonálnych interakciách zažívať viac diskriminácie už len z toho dôvodu, že je tam život spojený s menšou mierou anonymity. Navyše väčšina (9) participantov bola v čase konania výskumu liečená minimálne rok ambulantne. Pohľady tých, ktorí sú dlhodobo liečení v psychiatrických liečebniach alebo v akútnej

Tabuľka 2. Opisné dáta sledovaného súboru.

Počet participantov	10
Muži	5
Ženy	5
Vek (v rokoch, priemer)	27–57 (41,5)
Diagnóza	
Schizofrénna psychóza	7
Schizoafektívna psychóza	3
Nástup ochorenia	
(vek v rokoch, priemer)*	15–32 (22)
Dĺžka ochorenia v rokoch (priemer)	11–39 (19,4)
Doba od poslednej hospitalizácie v rokoch (priemer)	0–12 (5,3)
Počet hospitalizácií	
9 participantí (priemer)	1–8 (4,6)
1 participant	cca 25
Vzdelanie	
Základné	1
Stredoškolské	1
Stredoškolské s maturitou	2
Vysokoškolské	6
Zamestnanie	
Plný invalidný dôchodok	9
Z toho čiastočne pracuje	4
Nezamestnaný	1
Rodinný stav	
Slobodní	7
Vydatá	1
S partnerom	2
Rozvedení	2
Bývanie	
Sám	4
S pôvodnou rodinou	5
S manželom	1
Bydlisko	
Bratislava	9
Nitra	1
* rátané od prvej hospitalizácie	

fáze ochorenia, sa môžu líšiť. Môžu zažívať stigmú v iných oblastiach, tiež sú menej vystavení stigmatizácii zo strany okolia, v ktorom inak žijú.

Vzhľadom na neprebádanosť problematiky stigmú a diskriminácie spojenej so schizofréniou v našich podmienkach sme však považovali kvalitatívny prístup za adekvátnejší, pretože ponúka hlbší vhľad a možnosť generovať nové perspektívy. Nami zvolené pološtruktúrované interview sa na

skúmanie stigmú javí ako efektívny nástroj. Vhodne kladené otázky podnecujú participantov k produkcii širokej škály stigmatizačných a diskriminačných zážitkov, pričom je zároveň možné zachytiť význam, ktorý im prikladajú.

Výsledky

Z výrokov participantov boli v zhode so Schulzeovou a Angermeyerom (2002) identifikované 4 dimenzie stigmú: interpersonálne interakcie, štrukturálna diskriminácia, prístup k sociálnym rolám a obraz schizofrénie v spoločnosti. Stručný prehľad domén a jednotlivých kategórií uvádzame v tabuľke 3.

Interpersonálne interakcie

Prvá doména sa vzťahuje na stigmú a diskrimináciu zažívanú v kontexte sociálnych vzťahov. Pre 9 participantov znamenala ich psychiatrická diagnóza negatívnu zmenu v ich sociálnych interakciách. U niektorých viedla k redukcii ich sociálnych kontaktov. Participantí cítili, že sa im druhí po diagnostikovaní duševnej poruchy vyhýbali. Častejšie sa však sociálna izolácia manifestovala v nedostatku záujmu o informácie týkajúce sa ich duševnej poruchy, v ignorancii, kurióznosti, výsmechu a klebetách. Okrem toho bývajú participantí niekedy vystavení diskriminačným poznámkam, čo prežívajú ako obzvlášť nepríjemné. Viacerí participantí sa tiež zhodujú v názore, že ľudia bez skúsenosti s duševnou poruchou majú len malé pochopenie pre správanie a prežívanie ľudí so schizofréniou a ťažkosťami, s ktorými sa musia vyrovnávať. Niektorí participantí sa stretli s hyperprotektívnym správaním ich príbuzných alebo ľudí v ich okolí. Pre polovicu participantov sú práve ich interpersonálne interakcie dominantným zdrojom stigmú. V snahe zabrániť stigmatizácii a diskriminácii preto svoju diagnózu pred druhými často skrývajú, alebo sa jednoducho potenciálne ohrozujúcim sociálnym kontaktom vyhýbajú a uzatvárajú sa do seba. Obzvlášť utajovanie je frekvencovaný dôsledok stigmatizácie zažívanej participantmi v kontexte ich sociálnych vzťahov. Participantí vnímajú kontakt s psychiatriou ako niečo zahabujúce a v rozhovoroch s druhými sa tejto téme vyhýbajú. Vyplýva to jednak z ich predchádzajúcich negatívnych skúseností s reakciami okolia, jednak z ich vnímania negatívneho obrazu duševných porúch v spoločnosti.

Sociálne vylúčenie a diskriminácia sa neobjavili len v kontexte sociálnych interakcií s priateľmi, príbuznými alebo inými ľuďmi v okolí participantov, ale takisto v kontakte so zdravotníckym personálom. Väčšina participantov uviedla aspoň jeden príklad kontaktu so zdravotníckym personálom, kedy cítili, že s nimi bolo zaobchádzané odlišne ako s inými pacientmi kvôli ich diagnóze. Jedna participantka uviedla dve situácie, kedy jej pre psychiatrickú diagnózu lekári neverili alebo podceňovali vážnosť jej somatických symptómov. Najviac diskriminačných zážitkov z tejto sféry však bolo hlásených z kontaktu so zdravotnými sestrami počas hospitalizácie, a to takmer výhradne zo strany participantiek. Domnievame sa, že uvedené môže súvisieť jednak z vyššou

Tabuľka 3. Domény, kategórie a subkategórie získané analýzou výrokov.

<p>INTERPERSONÁLNE INTERAKCIE sociálne vylúčenie a prerušenie kontaktu nedostatok záujmu, ignorancia, kurióznosť, výsmech a klebety diskriminačné poznámky degradovanie osoby pacienta na "blázna" hyperprotektívne správanie tajenie ochorenia prežívanie hanby a menejcennosti vyhýbanie sa sociálnym kontaktom kontakt so zdravotníckym personálom kontakt so zdravotnými sestrami počas hospitalizácie nedostatok ľudskosti a úcty k pacientom – nezáujem, neochota, nedostatok komunikácie, agresia kontakt s ošetrojúcim psychiatrom nedostatok záujmu nedostatok rešpektu kontakt s nepsihiatrickým zdravotníckym personálom bagatelizovanie somatických ťažkostí stigmatizačné používanie diagnózy kontakt so zamestnávateľmi a spolupracovníkmi</p> <p>ŠTRUKTURÁLNA DISKRIMINÁCIA nízka kvalita psychiatrickej starostlivosti o duševne chorých dostupnosť psychiatrickej liečby technické a systémové nedostatky na psychiatrických oddeleniach počet lôžok na izbách veľkosť a štruktúrovanosť priestorov zamykanie izieb prístup k telefónu prístup do bufetu psychosociálne intervencie nepripravenosť zdravotných sestier na prácu s psychiatrickými pacientmi nízka kvalita psychosociálnej starostlivosti o duševne chorých neinformovanosť pacientov o možnostiach psychosociálnej starostlivosti po hospitalizácii chránené dielne deficit v informovanosti pacientov celkovo nízky socio-ekonomický status ponúkaných pracovných príležitostí málo vhodných pracovných príležitostí zlá pracovná atmosféra, ťažkosti s integráciou nízka finančná odmena nevhodný spôsob odmeny (podľa výkonu) zavádzanie uchádzača o zamestnanie (uvádzanie nepravdivých informácií, zamlčovanie) oneskorené vyplácanie mzdy nepreplácanie PN hodnotová orientácia spoločnosti slabá podpora pre svojpomocné skupiny</p> <p>PRÍSTUP K SOCIÁLNYM ROLÁM problém získať a udržať si prácu problém získať a udržať si partnerský vzťah rodičovstvo</p> <p>OBRAZ SCHIZOFRÉNIE V SPOLOČNOSTI masmédiá negatívne zobrazenie nezáujem ignorancia a nedostatok informácií asociácia duševného ochorenia s neovládateľným a nebezpečným správaním nerozlišovanie medzi duševnou poruchou a mentálnou retardáciou rozdielna akceptácia duševných a telesných ochorení neschopnosť pochopiť podstatu duševnej poruchy</p>
--

senzitivitou žien na hrubé zaobchádzanie, jednak so skutočne odlišným prístupom zdravotných sestier k mužským a ženským pacientom. Uvádzané zážitky zahŕňajú verbálne agresívne správanie zdravotných sestier, nežáujem komunikovať s pacientmi, neochota, necitlivé zaobchádzanie manifestované napr. pri vpichovaní injekcií a celkovo malý záujem o pacientov ako ľudské bytosti.

Osobitnou oblasťou je individuálna diskriminácia, resp. diskriminácia zažívaná v interpersonálnych interakciách v pracovnej sfére, či už zo strany zamestnávateľov alebo spolupracovníkov. Venujeme sa jej nižšie, v častiach Štrukturálna diskriminácia a Prístup k sociálnym rolám.

Štrukturálna diskriminácia

Druhá doména presahuje sféru priamej sociálnej interakcie. Stigma a diskriminácia sú tiež zažívané cez nespravodlivosť v sociálnych štruktúrach, politických rozhodnutiach a právnych reguláciách. V prezentovanom výskume sa vzťahovala najmä na kvalitu psychiatrickej starostlivosti a pracovné príležitosti. Opisované skúsenosti s nízkou kvalitou psychiatrickej liečby sa týkali predovšetkým hospitalizácie, konkrétne technických a systémových nedostatkov na psychiatrických oddeleniach a v liečebniach. K technickým nedostatkom bol priradený vysoký počet lôžok na izbách a celkovo neprimerane malé a zle štruktúrované interiéry vzhľadom na zákaz participantov opúšťať oddelenie, a napr. aj vzhľadom na zamykanie izieb počas dňa, tiež nedostatok stoličiek na chodbách, kde sú pacienti nútení sa zdržiavať. Medzi systémové nedostatky sme zahrnuli už spomínané zamykanie izieb, obmedzený prístup k telefónu, obmedzený prístup do bufetu, nedostatočné psychosociálne intervencie a aktivity na vyplnenie voľného času, neprítomnosť zdravotníckeho personálu na oddeleniach a neprípravenosť zdravotných sestier na prácu s psychiatrickými pacientmi.

Napriek tomu, že každý participant uviedol aspoň jednu negatívnu skúsenosť so štrukturálnou diskrimináciou počas hospitalizácie, len traja participantí ich popisujú ako významné. Možné vysvetlenie vidíme v tom, že táto oblasť pre väčšinu participantov v súčasnosti nie je aktuálna, pretože už dlhšiu dobu hospitalizovaní neboli. Okrem toho participantí prežili na psychiatrických oddeleniach de facto len nepatrnú časť svojho života, a tak sú ich zážitky z hospitalizácie prekryté významnejšími zážitkami z každodenného života. Taktiež významné pozitíva spojené s liečbou (ako prekonanie akútneho stavu) môžu hrať svoju rolu.

Okrem hospitalizácie uviedla jedna participantka aj skúsenosť súvisiacu so štrukturálnou diskrimináciou v inej oblasti zdravotnej starostlivosti o duševne chorých, konkrétne sa týka dostupnosti psychiatrickej liečby. Participantka spomína, že napriek prepuknutiu psychózy priamo v nemocnici počas liečby iného, somatického ochorenia, nebol do liečby pribratý psychiater. Ďalšia skúsenosť sa týka zdravotnej starostlivosti po skončení hospitalizácie, kedy jej ďalej nebola poskytnutá žiadna psychosociálna intervencia, čo sťažilo jej zotavenie.

Inou oblasťou, v ktorej sa vo výpovediach participantov odráža štrukturálna diskriminácia, sú ich skúsenosti s prácou

v chránených podmienkach. Osobnú skúsenosť s chránenými dielňami majú 4 participantí, pričom opisované negatívne zážitky nesúvisia výhradne so štrukturálnou diskrimináciou. V niektorých prípadoch je však určenie hranice medzi individuálnym a štrukturálnym diskriminovaním obtiažne. Všetky opisované skúsenosti s diskrimináciou v chránených dielňach preto aj pre lepšiu prehľadnosť uvádzame v tejto časti. Dôvodom je aj naša úvaha, že pokiaľ by existoval fungujúci systém právnej kontroly zamestnávateľov invalidných dôchodcov ako aj vzdelávania invalidných dôchodcov o ich právach, k takýmto situáciám by nemuselo dochádzať.

U niektorých participantov, pre ktorých by práve práca v chránených podmienkach mohla byť vhodnou príležitosťou riešenia problému so zamestnanosťou, sa dá tušiť značný informačný deficit. Títo participantí buď nevedia o takejto možnosti vôbec, alebo majú skreslenú predstavu a myslia si, že chránené dielne sú založené len na báze poskytovania pracovnej rehabilitácie bez možnosti zárobku. Z výrokov participantov je zjavné, že niektorí odmietajú pracovať v chránených dielňach z dôvodu ďalšej možnej stigmatizácie súvisiacej s nízkym socio-ekonomickým statusom ponúkaných pracovných pozícií a zlými vzťahmi s neinvalidnými kolegami. Jedna participantka priamo verbalizuje nespokojnosť a pocity hanby vzťahujúce sa k tomu, že sa nedokáže uplatniť primeranejšie svojmu vzdelaniu. Viacerí popisujú zážitky naznačujúce problémy s integráciou do kolektívu neinvalidných spolupracovníkov (diskriminačné poznámky, nedostatok rešpektu, výsmech). Pre niektorých je ich diagnóza natoľko zahanbujúca, že pokiaľ možno zatajujú aj svoju invaliditu. Tiež nemôže byť prekvapením, keď pre jednoduchosť vykonávanej činnosti dochádza k nenaplneniu potreby sebarealizácie a následnej frustrácii. Inou témou je množstvo pracovných miest v chránených dielňach vzhľadom na dopyt, ktorý zjavne prekračuje ponuku a zlé finančné ohodnotenie práce invalidných dôchodcov. Jedna participantka tiež uvádza ako nevhodný spôsob odmeny od výkonu, s ktorým sa v chránenej dielni stretla. Keďže má aj pohybové problémy, znamenalo by to pre ňu pracovať za mzdu výrazne nižšiu ako minimálnu. Nakoniec je to neetické až protiprávne správanie zamestnávateľov, s ktorým majú skúsenosť 2 participantí. Íšlo o zavádzanie pri uchádzaní sa o pracovné miesto, kedy majiteľ chránenej dielne odmietol poskytnúť participantovi všetky žiadané informácie, resp. boli tieto informácie klamlivé. Následne mu nevyplácal mzdu v čase, na ktorom sa dohodli, ale vždy s oneskorením. Inej participantke v súčasnom zamestnaní nie sú preplácané PN a predtým, ako sa toto pracovisko zmenilo na chránenú dielňu, jej majiteľka platila len 50 Sk/ 4 h s odôvodnením, že na ňu nemá žiadne príspevky.

Zdá sa, že je to tiež hodnotová orientácia spoločnosti zdôrazňujúca výkon a súťaživosť, ktorá ďalej prispieva k stigmatizácii ľudí so schizofréniou. Všeobecné zameranie sa na ekonomický úspech, flexibilitu a aktivitu spôsobuje, že chorí sú len ťažko schopní naplniť dominantné kritériá pre spoločenskú integráciu. Vysoké požiadavky na výkon a názor, že ľudia s duševným ochorením ich nedokážu naplniť, majú obzvlášť negatívny dopad na ich situáciu na trhu práce. Blížšie

sa sťaženému prístupu ľudí so schizofréniou k profesionálnym rolám venujeme nižšie v časti Prístup k sociálnym rolám.

K prejavom štrukturálnej diskriminácie sme zaradili aj slabú podporu svojpomocných skupín. Konkrétne v našom výskume sa jedna participantka sťažovala, že nemá honorovanú funkciu predsedníčky patientskeho združenia.

Prístup k sociálnym rolám

Stigma schizofrénie sa prejavuje tiež v situáciách, v ktorých ochorenie predstavuje hlavnú prekážku sťažujúcu prístup k dôležitým sociálnym rolám. Najčastejšie uvádzaným a pre niektorých aj najťažšie prežívaným je sťažený prístup k zamestnaniu a k súvisiacim profesionálnym rolám. Z výpovedí participantov sme identifikovali niekoľko faktorov, ktoré pre existujúcu stigmú komplikujú zamestnaneckú situáciu ľudí so schizofréniou: 1. zamlčovanie diagnózy zo strachu pred automatickým odmietnutím, tiež kvôli prežívaniu hanby; 2. skutočná diskriminácia ľudí so schizofréniou zamestnávateľmi; 3. problém s vysvetlením medzier v životopise v dôsledku hospitalizácií a 4. nízka podpora profesionálnych ambícií zo strany rodiny.

Ako bolo spomenuté už vyššie (v časti Interpersonálne interakcie), utajovanie ochorenia je jednou z najrozšírenejších reakcií chorých na stigmú. V prezentovanom výskume bolo skrývanie diagnózy každodennou súčasťou života 8 participantov. V pracovnej sfére je utajovanie o to významnejšie, že je často jediným spôsobom získania, resp. udržania si pracovného pomeru. Prídruženou je snaha o vyhnutie sa diskriminácii v interpersonálnych interakciách s kolegami a nadriadenými v práci. 2 participanty majú skúsenosť s prepustením v skúšobnej dobe po odhalení diagnózy. 1 participant, ktorý ako jediný z výskumného súboru nepoberá invalidný dôchodok, za obzvlášť nepríjemné považuje vysvetlenie medzery, ktorá vznikla v jeho životopise v dôsledku hospitalizácie na pracovných pohovoroch. V jednom prípade bola spomenutá aj slabá podpora rodiny, čo bolo prežívané veľmi bolestivo. Okrem toho participanty uviedli aj iné dôvody, ktoré sťažujú ich postavenie na trhu práce. Nesúvisia síce priamo so stigmu, dopĺňajú však celkový obraz o ich situácii. Významný je strach zo stratenia, resp. zníženia invalidného dôchodku, čo je nežiaduce vzhľadom k možnému relapsu. V dôsledku toho niektorí participanty pracujú „načierno“. Ďalšiu komplikáciu prinášajú pracovné obmedzenia súvisiace s farmakologickou liečbou, predovšetkým zákaz používania vodičského preukazu. Iné limity vyplývajú zo samotného charakteru ochorenia. Okrem rizika relapsu a súvisiacej nevyhnutnosti šetriť sa (napr. prácou na polovičný úväzok), bola spomenutá aj nemožnosť vykonávania nočných alebo skorých ranných služieb, čo tiež diskvalifikuje pre vykonávanie niektorých povolání, konkrétne vrátnika. Rovnaký efekt má aj nemožnosť získať zbrojný pas.

Problémy sú tiež zažívané v nájdení si alebo udržaní už existujúceho partnerského vzťahu. Zo socio-demografickej charakteristiky súboru (pozri tab. 2) je zrejmé, že väčšina participantov žije bez partnerského vzťahu, 2 sú rozvedení. Takisto komplikovaný je aj prístup k rodičovskej roli. Jeden participant v mladosti veľmi túžil po dieťati, ale jeho

vtedajšia manželka odmietala tehotenstvo zo strachu pred genetickým zaťažením, čo následne prispelo k rozvodu.

Obraz schizofrénie v spoločnosti

Všetci participanty sú si dobre vedomí stereotypov o schizofrénii platných v spoločnosti. Prevládanie negatívnych postojov v spoločnosti nimi zároveň nie je vnímané len ako príčina stigny a diskriminácie, ale je zažívané samo o sebe ako diskriminačné a zraňujúce. Je preto neodlučiteľnou súčasťou ich stigmatizačných zážitkov.

Podľa viacerých participantov v obraze duševnej poruchy v spoločnosti prevláda názor, že ľudia trpiaci duševným ochorením, a obzvlášť tí so schizofréniou, sú neovládateľní a nebezpeční, pričom aj masmédiá sú zodpovedné za šírenie tohto obrazu. Iné prevažne negatívne mediálne zobrazenie sa týka psychiatrickej liečby ako takej. Predstava verejnosti o psychiatrickej liečbe je tak opísaná ako ďalší prídavok k stigme zažívanej ľuďmi so schizofréniou. Hoci sa psychiatrická liečba v priebehu uplynulého storočia dramaticky zmenila, participanty sa zhodujú, že psychiatria zostáva asociovaná s bláznom. Tento stereotypný pohľad na psychiatrickú liečbu je de facto tiež stigmatizujúci, pretože vyvoláva dojem, že tí, ktorí vyžadujú takúto liečbu, sú obzvlášť „nenormálni“, keďže musia byť liečení takýmto spôsobom. Ďalej je to vnímanie nerovnakej akceptácie alebo statusu duševnej a telesnej choroby v spoločenskom diskurze. Zatiaľ čo telesné ochorenie je vnímané ako normálne a je predmetom mnohých televíznych programov a článkov, je len málo dostupných informácií týkajúcich sa duševných porúch a pokiaľ sú, zvyčajne v negatívnom kontexte. Aj keď niektorí participanty zaznamenávajú posun v smere k väčšiemu záujmu masmédií o duševné poruchy, týka sa však najmä depresie, pričom schizofrénia zostáva naďalej ignorovaná. Ďalšou zložkou tejto dimenzie stigny je, že verejnosť nerozlišuje medzi duševnou poruchou a mentálnou retardáciou. Pre psychiatrických pacientov potom diagnóza schizofrénie v sebe môže zahŕňať, že boli určení za nekompetentných, zbavení zodpovednosti za svoje činy a že im bolo prisúdené podpriemerné IQ. Participanty hlásia tiež nedostatok pochopenia toho, že ich činy sú ovplyvnené poruchou a bývajú obviňovaní z lenivosti, preháňania, či nejakej charakterovej vady. V týchto reakciách sa odráža neschopnosť pochopiť podstatu duševnej poruchy. Nedostatok vedomostí o chorobe a nezaujím ich získať patrí medzi centrálnu stigmatizačné skúsenosti participantov a je do veľkej miery príčinou celého skresleného obrazu schizofrénie v spoločnosti. Okrem toho sú aj sami pacienti v dôsledku negatívneho obrazu schizofrénie v spoločnosti zmätení ich vedomosťami o schizofrénii a v dôsledku toho menej pripravení prijať psychiatrickú diagnózu, čo znižuje šance na úspešnú psychiatrickú liečbu.

Diskusia

Interpersonálne interakcie ako jedna z dimenzií stigny boli zdôraznené vo väčšine predchádzajúcich výskumov (Oliver, podľa: Schulzeová a Angermeyer, 2002). Výskumníci sa zau-

jímali predovšetkým o to, ako sú ľudia so schizofréniou vnímaní druhými a ako toto vnímanie ovplyvňuje ich vzájomné interakcie. Súhlasíme so Schulzeovou a Angermeyerom (2002), že takéto výhradne individualistické zameranie vo výskume prinášalo iba čiastkové poznanie ochudobnené o spoločensky utvárané formy stigmy. Okrem toho sa v nich pozornosť zameriavala viac na producentov odmietnutia a vylúčenia ako na samotných stigmatizovaných. Závery o tom, akým nepriaznivým reakciám musia ľudia s duševnými poruchami vo svojich životoch čeliť, boli získavané z výpovedí členov verejnosti. Výskum Schulzeovej a Angermeyera (2002) podporil podozrenie, že takýto prístup prináša neúplný obraz o stigme. Výsledky ich štúdie so vzorkou schizofrénnych pacientov, príbuzných pacientov a profesionálov z oblasti duševného zdravia odhalili, že diskriminácia a nevýhody zažívané ako dôsledok stigmy spojené so schizofréniou presahujú sféru priamej sociálnej interakcie. Stigma je zažívaná tiež cez nespravodlivosť v sociálnych štruktúrach, politických rozhodnutiach a právnych reguláciách ako aj v stereotypných, prevažne negatívnych postojoch verejnosti a mediálnom zobrazení na jednej strane odrážajúcom, na strane druhej ešte upevňujúcom tieto stereotypy.

Prístup Schulzeovej a Angermeyera (2002) sa stal pre nás veľkou inšpiráciou. Rozhodli sme sa tiež zamerať našu pozornosť na tých, ku ktorým je stigma duševných porúch pravdepodobne najnemilosrdnejšia, na ľudí so schizofréniou. Vychádzame pri tom z predpokladu, že predovšetkým z ich vlastných výpovedí, analýzou ich osobných diskriminačných zážitkov môžeme dôjsť k poznaniu toho, čo stigma je a čo pre nich znamená. Inou nezanedbateľnou prednosťou tohto prístupu je, že dáva psychiatrickým pacientom príležitosť podieľať sa na riešení tejto pre nich tak významnej otázky, čo má zároveň terapeutický efekt. Mnohí odborníci (Wahl, 1999) sa zhodujú, že zahrnutie ľudí s duševnými poruchami do výskumu, poskytnutie príležitosti povedať svoj osobný príbeh, je dôležitou súčasťou stratégií na podporu ich sebaúcty. Bolo zistené, že aj samotní pacienti prežívajú ako posilňujúce, keď sa sami aktívne postavíajú stigme a spravia niečo pre jej zmenu (Wahl, 1999).

Výsledky prezentovaného výskumu sú vo veľkej miere v zhode so zisteniami iných autorov (Schulzeová a Angermeyer, 2002, González-Torres et al., 2007, Wahl, 1999, Bothaová et al., 2006 a i.) v iných krajinách. Aj naši účastníci opísali širokú variету rôznych osobných skúseností súvisiacich so stigmou ich ochorenia. V súlade so Schulzeovou a Angermeyerom (2002) sme z výpovedí účastníkov identifikovali 4 dimenzie stigmy: interpersonálne interakcie, štrukturálna diskriminácia, prístup k sociálnym rolám a obraz schizofrénie v spoločnosti. Účastníci cítili, že sa im druhí vyhýbali a správali sa k nim ako k menej kompetentným. Boli svedkami toho, že sa stali objektom výsmechu, netolerance a necitlivosti. Boli diskriminovaní v zamestnaní ako aj v zdravotníctve. Okrem toho stigma nebola zažívaná len v kontakte s cudzími ľuďmi alebo v neosobných situáciách. Priatelia, rodina a dokonca aj zdravotnícky personál k nej významne prispievali. Vzhľadom na pomerne malú

výskumnú vzorku, každý účastník priniesol mnohokrát úplne nové, inými nepopísané zážitky. Zároveň sa účastníci líšili aj vo význame, ktorý pripisovali jednotlivým skúsenostiam. Jednu vec mala však väčšina spoločnú. U 9 účastníkov boli tieto zážitky emocionálne prežívané ako bolestivé. Stigmatizačné zážitky tiež u niektorých vyvolávali hnev a mali negatívny dopad na ich sebaúctu.

V snahe zabrániť stigmatizácii a diskriminácii preto účastníci svoju diagnózu pred druhými často zatajujú, alebo sa jednoducho potenciálne ohrozujúcim sociálnym kontaktom vyhýbajú a uzatvárajú sa do seba. Izoláciu psychiatrických pacientov a skrývanie ich diagnózy pred druhými môžeme nájsť vo výsledkoch mnohých výskumov (Schulzeová a Angermeyer, 2002, Wahl, 1999, Dickersonová et al., 2002, Link a Phelanová, 2001). Aj u nás sa potvrdilo Wahlovo (1999) zistenie, že pacienti v dôsledku potreby zatajovať svoje ochorenie, prežívajú následne neustály strach z jeho odhalenia, čo je nielenže nepohodlné, ale môže prispievať k rozvoju symptómov, ako sú úzkosť, depresia a rôzne paranooidné presvedčenia, z ktorých práve sa snažia zotaviť. A tak u nich môže strach zo stigmy viesť až k nechuti uchádzať sa o zamestnanie, vzdelanie, alebo dokonca vyhľadať liečbu a spolupracovať na nej. Ako aj Corrigan a Wasselová (2008) upozorňujú, približne polovica až dve tretiny ľudí, ktorí by mohli profitovať z psychiatrickej liečby, ju nikdy nevyhľadávajú práve z dôvodu, aby neboli spájaní so stigmatizovanou skupinou duševne chorých. O nižšej miere ich sociálnej izolácie, v porovnaní napr. s výsledkami analogického výskumu v Španielsku (González-Torres et al., 2007), svedčia aj nimi uvádzané zážitky z rôznych oblastí života, nielen zdravotníctva a rodiny. Na druhej strane sa ale stále väčšina sociálnych kontaktov účastníkov mimo rodiny odohráva v rôznych rehabilitačných centrách a patientskych združeniach. Dá sa teda predpokladať, že u pacientov, ktorí takéto združenia nenavštevujú, by bola miera prežívanej sociálnej izolácie vyššia.

Ďalším výsledkom, na ktorý by sme chceli upozorniť, je miera, v akej boli niektorí účastníci citliví na hyperprotektívne prejavy zo strany ich blízkych. Ľudia často veria, že robia chorým službu, keď im pomáhajú pozrieť sa na ich situáciu viac realisticky a keď ich držia stranou od príležitostí, ktoré by pre nich mohli byť príliš stresujúce a tým predstavovať hrozbu relapsu. Chorými však môže byť táto iniciatíva vnímaná odlišne. Účastníci cítia, že takéto správanie obmedzuje ich osobnosť a príležitosti na osobný rast. Môžu sa cítiť prehnane ochraňovaní a ponížovaní. Súhlasíme s Wahlovým (1999) názorom, že síce nadsadené ambície chorých môžu byť niekedy prekážkou prijatia realistickejších cieľov, ľudia by si však zároveň mali byť vedomí toho, ako problematické môžu byť takéto snahy pacientmi vnímané.

Naše zistenia z oblasti zdravotníctva odhaľujú rezervy, ktoré v krajinách ako Španielsko (González-Torres et al., 2007), Nemecko (Schulzeová a Angermeyer, 2002) alebo USA (Wahl, 1999) neboli nájdené. Okrem rôznych technických a systémových nedostatkov na psychiatrických oddeleniach je alarmujúci predovšetkým prístup zdravotných sestier k pacientom, a to najmä k ženám. 4 z 5 účastníčiek

v našom výskume hlásili diskriminačné prejavy v správaní zdravotných sestier voči nim. Uvádzané zážitky reflektovali na nedostatok záujmu a rešpektu z ich strany. González-Torres et al. (2007) opisujú dôvody, pre ktoré je diskriminácia v interpersonálnych interakciách v zdravotníckej sfére obzvlášť nežiadúca: 1. v dôsledku chronickej podstaty poruchy a liečebných požiadaviek, pacienti so schizofréniou potrebujú mať so svojimi lekármi, zdravotnými sestrami a sociálnymi pracovníkmi blízky vzťah založený na dôvere; 2. dalo by sa očakávať, že táto skupina bude lepšie informovaná o psychických poruchách a preto menej diskriminujúca. Vychádzajúc z myšlienky jednej participantky si preto dovoľujeme tvrdiť, že by sestry mali byť pre prácu s psychiatrickými pacientmi špeciálne školené. Okrem diskriminácie zažívanej v kontakte so zdravotnými sestrami, niektorí participanti uvádzali nespokojnosť aj s prístupom psychiatrov ako aj lekárov z iných oblastí medicíny. Tieto zistenia sú v zhode s výsledkami iných štúdií (González-Torres et al., 2007, Schulzeová a Angermeyer, 2002), v ktorých bola zistená tendencia nepsihiatrických lekárov podceňovať význam somatických ťažkostí hlásených pacientmi so schizofréniou. Psychiatri a iní odborníci z oblasti duševného zdravia zase podceňujú ich schopnosť rozhodovať za seba, čo často vedie k ich vylúčeniu z podieľania sa na rozhodnutiach týkajúcich sa ich vlastnej liečby. Toto môže tiež prispievať k tomu, že pacienti prijímajú negatívne stereotypy spojené so schizofréniou, preto by si obzvlášť zdravotnícki profesionáli mali byť takýchto tendencií vedomí.

Filozofiou moderného prístupu k chronicky chorým je odstraňovať izoláciu v inštitúciách a dosiahnuť čo najlepšiu pracovnú a sociálnu rehabilitáciu a integráciu do spoločnosti. Tomuto cieľu by mala napomáhať sieť chránených dielní a chráneného, resp. podporovaného bývania. Z výsledkov je však zrejmé, že v komunitnej starostlivosti o duševne chorých sú v našej krajine stále veľké rezervy. Okrem nedostatku príležitostí pracovne sa realizovať a nevyhovujúcich podmienok v chránených dielnach, sú prítomné aj vážne nedostatky v informovanosti pacientov o možnostiach takejto formy práce. Čo sa týka chráneného bývania, musíme skonštatovať, že naši participanti mali šťastie v tom, že na neho neboli odkázaní.

Pozitívnym výsledkom je zistenie, že väčšina participantov si nebola vedomá nejakého nepriaznivého zobrazenia schizofrénie v médiách, ktoré boli pacientmi v iných štúdiách (Schulzeová a Angermeyer, 2002, Wahl, 1999) často obviňované zo zodpovednosti za šírenie negatívneho obrazu duševných porúch v spoločnosti. Zároveň však väčšina nedokázala uviesť ani žiadne iné informácie, s ktorými by sa v súvislosti so schizofréniou v médiách stretli. Domnievame sa, že aj keď médiá neprispievajú priamo k šíreniu a utvrdzovaniu stereotypov, nepriamo je stigma vyjadrená v ich nezaujíma o problematiku duševných porúch. Ako však aj niektorí participanti v našom výskume postrehli, pozornosť médií sa predsa len v porovnaní s minulosťou viac obracia aj na túto oblasť.

Záver

Ludia so schizofréniou trpia stigmou a diskrimináciou. Zážitky tohto druhu boli nájdené v mnohých oblastiach pokrývajúcej takmer všetky aspekty každodenného života vrátane psychiatrickej starostlivosti a mali nepriaznivý efekt na kvalitu života participantov. Domnievame sa preto, že okrem širších programov zameraných na redukciiu stigmaty v spoločnosti, by sa mala pozornosť zamerať aj na samotných chorých. Užitočnými by mohli byť psychoedukačné programy pre pacientov cielene zamerané práve na vzdelávanie o stigme, jej možných prejavoch a potenciálne zničujúcom efekte na ich život. Dôležitý sa nám v tomto smere vidí aj rozvoj zvládacích stratégií ľudí so schizofréniou, ktoré by im mohli pomôcť zvládať stigmou a jej potenciál negatívne vplývať na kvalitu ich života. Špeciálny tréning by sa mal zamerať na odstránenie hanby spojenej s diagnostikovaním schizofrénie. Mohlo by to zvýšiť sebaúctu pacientov a podporiť ich odolnosť voči prejavom stigmaty v ich okolí. Niektorí pacienti uvádzajú ako užitočné participovanie v svojpomocných skupinách a patientskych združeníach. Sme toho názoru, že je potrebný ďalší výskum pre rozvinutie techník pomáhajúcich ľuďom so schizofréniou zvládať stigmou a zhodnotenie ich efektívnosti. Prínosná by bola ďalšia exploračia toho, prečo dochádza práve v tejto oblasti k diskriminácii, vrátane zhodnotenia zdravotníckeho personálu, postojov rodiny a self-stigmaty vzťahujúcej sa k hospitalizácii ako aj k samotnému diagnostikovaniu duševnej poruchy. Tiež práca na zvyšovaní informovanosti ľudí so schizofréniou o ich právach a pomoc pri ich vymáhaní, by bola prospesná.*

*Autori ďakujú MUDr. Janíkovej, personálu rehabilitačného centra Krídla a v neposlednom rade participantom za trpezlivosť a ochotu spolupracovať na projekte.

Literatúra

- Angermeyer, M.C., Schulzeová, B., Dietrichová, S.:** Courtesy stigma: A focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Dordrecht 38, Oct 2003, č. 10, s. 593-602.
- Bergeová, M., Ranneyová, M.:** Self-Esteem and Stigma Among Persons With Schizophrenia: Implications for Mental Health. *Care Management Journals*. New York: Fall 6, 2005, č. 3, s. 139-144.
- Bothaová, U.A., Koen, L., Niehausová, D.J.H.:** Perceptions of a South African schizophrenia population with regards to community attitudes towards their illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Dordrecht: 41, Aug 2006, č. 8, s. 619-623.
- Corrigan, P.W., Wasselová, A.:** Understanding and Influencing the Stigma of Mental Illness. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*. Thorofare: 46, Jan 2008, č. 1, s. 42-48.

- Corrigan, P.W., Watson, A.C. et al.:** Newspaper Stories as Measures of Structural Stigma. *Psychiatric Services*. Arlington: 56, May 2005, č. 5, s. 551-556.
- Dickersonová, F.B., Sommerville, J. et al.:** Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. Washington: 28, 2002, č. 1, s. 143-155.
- Ertugrul, A., Ulugová, B.:** Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Dordrecht: 39, Jan 2004, č. 1, s. 73-77.
- Gavora, P.:** Sprievodca metodológiou kvalitatívneho výskumu. Druhé vydanie. Bratislava : Univerzita Komenského v Bratislave, 2007, 230 s.
- Goffman, E.:** Stigma: Poznámky o spôsoboch zvládání narušenej identity. Praha, Sociologické nakladatelství 2003, 167 s.
- González-Torres, M.A., Oraa, R. et al.:** Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members: A qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Dordrecht: 42, Jan 2007, č. 1, s. 14-23.
- Link, B.G., Phelanová, J.C.:** Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. Palo Alto: 27, 2001, s. 363-385.
- Miovský, M.:** Kvalitatívny prístup a metódy v psychologickom výskume. Vydání 1. Praha : Grada Publishing 2006, 332 s.
- Schulzeová, B., Angermeyer, M.C.:** Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56, January 2002, č. 2, s. 299-312.
- Silverman, D.:** Ako robiť kvalitatívny výskum. Bratislava: Ikar 2005, 327 s.
- Wahl, O.F.:** Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*. Washington 25, 1999, č. 3, s. 467-478.
- Warner, R.:** Local Projects of the World Psychiatric Association Programme to Reduce Stigma and Discrimination. *Psychiatric Services*. Arlington 56, May 2005, č. 5, s. 570-575. Dostupné na: Databáza ProQuest, document ID: 1157333741.

Do redakcie došlo 20.10.2008.