

Prehľadová práca

**Stigmatizácia, sebastigmatizácia a diskriminácia psychicky chorých**

Dana Krajčovičová, Tatiana Čaplová

**Stigmatization, Self-Stigmatization and Discrimination of Mentally Ill Persons**

**Súhrn**

Autorky sa v prehľadovej práci zaoberajú problematikou stigmatizácie, sebastigmatizácie, diskriminácie vo všeobecnosti, ako aj vo vzťahu k psychicky chorým. Stigma je definovaná prítomnosťou negatívnej odchýlky, ktorou sa jedinec zreteľne odlišuje od normy. Jedinec môže byť stigmatizovaný z viacerých príčin, a to z dôvodu: fyzickej abnormality, telesnej choroby, sexuálnej orientácie, príslušnosti k určitej rase, etniku, národnosti či psychickej poruche. Sebastigmatizácia predstavuje proces, v ktorom jedinec prijíma negatívne stereotypy, súhlasí s ich obsahmi a očakáva negatívne posudzovanie zo strany okolia. Hlavné charakteristiky osôb so sklonom k sebastigmatizácii definovali Cloninger a kol. (1993) a iní. K prejavom sebastigmatizácie patrí najmä popieranie príznakov choroby, odkladanie návštevy lekára, zníženie adhérencie a kompliancie, čo môže nepriaznivo ovplyvniť nielen diagnostiku, ale aj liečbu psychickej poruchy. Za účelom merania stupňa sebastigmatizácie sa využíva viacero škál, napr. škála ISMI – *The Internalized Stigma of Mental Illness Scale*, škála SSMIS *The Self Stigma of Mental Illness Scale*, škála DSSS *The Depression Self Stigma Scale* a i. Prejavy sebastigmatizácie sú zmapované u pacientov so schizofréniou a poruchami schizofrenického spektra, u afektívnych porúch, u pacientov s úzkostnými a neurotickými poruchami, menej u detí a adolescentov.

Stigma a sebastigmatizácia má nepriaznivý vplyv aj na príbuzných psychicky chorého, u ktorých sa rozvíja tzv. sekundárna (asociovaná) stigma. V práci sa poukazuje tiež na problematiku stigmatizujúceho pôsobenia odborníkov na psychické zdravie s následným maladaptívnym správaním sa chorého, napr. pri poruchách osobnosti.

V závere práce autorky poukazujú na význam programov na zvládanie diskriminácie a stigmatizácie, ako aj na význam antistigmatizačných kampaní, edukačných programov či svojpomocných skupín pôsobiacich v tejto oblasti.

**Kľúčové slová:** stigma, stigmatizácia, sebastigmatizácia, diskriminácia.

**Summary**

It is a review paper dealing with the issues of stigmatization, self-stigmatization and discrimination in general as well as in relation to mentally ill people. Stigma is defined by the presence of a negative deviation which clearly differentiates the individual from a standard. An individual can be stigmatized for various reasons, specifically: physical abnormality, physical disorder, sexual orientation, affiliation to a certain race, ethnic group, nationality or mental disorder. Self-stigmatization represents a process in which an individual accepts negative stereotypes, agrees with their contents and expects negative evaluations from his or her surrounding. Main characteristics of persons with the inclination to self-stigmatization have been defined by Cloninger et al. (1993) and others.

Manifestations of self-stigmatization include, in particular, denying the presence of symptoms of a disease, postponing visits to a doctor, decreased adherence and compliance, which may negatively affect not only the diagnostics but also the treatment of a mental disorder. To measure the self-stigmatization degree, several scales are used, e.g. the ISMI scale - *The Internalized Stigma of Mental Illness Scale*, the SSMIS scale - *The Self Stigma of Mental Illness Scale*, the DSSS scale - *The Depression Self Stigma Scale*, etc.

Manifestations of self-stigmatization are mapped in patients suffering from schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders and affective disorders, in patients with anxiety and neurotic disorders and less in children and adolescents. Stigma and self-stigmatization have an unfavourable impact also on the mentally ill person's relatives, in which the so-called secondary (associated) stigma develops. The paper refers also to the issues of

the stigmatizing acting by mental health experts with a subsequent maladaptive behaviour of the ill person, e.g. in personality disorders.

Finally, the authors refer to the importance of programs for handling discrimination and stigmatization as well as to the importance of anti-stigma campaigns, educational programs or self-help groups that are active in this area.

**Key words:** stigma, stigmatisation, self-stigmatization, discrimination.

Podľa Goffmana (1986) je „*stigma znamením skutočnej alebo domnejšej prítomnosti akejsi negatívnej odchýlky, ktorou sa jedinec zreteľne odlišuje od normy. Stáva sa tým nápadnejším pre okolie a prostredníctvom sebaobrazu aj pre seba.*“ Odchýlka, t.j. stigma môže mať objektívny charakter, keď ide o napr. významný reálny nedostatok v sociálnom fungovaní jedinca alebo subjektívny charakter, keď sa jedná o produkt vlastného negatívneho hodnotenia a sebaobrazu. Odhad podielu objektívnosti a subjektívnosti stigmy môže byť veľmi náročný až nemožný (Žucha a Čaplová, 2007). Stigma podľa Škodu (2018) evokuje negatívne stereotypné hodnotenia (predsudky) zo strany okolia, ktoré poukazujú na spoločensky menej prijateľné až neprijateľné a nežiaduce vlastnosti jedinca, ale aj skupiny jedincov, príslušníkov určitej rasy, sexuálnej menšiny, náboženskej viery a pod. Predsudky sú veľmi odolné, napr. voči konkrétnemu jedincovi pretrvávajú, aj keď sa po liečbe jeho stav upraví a je schopný pracovať alebo študovať (Praško, 2001).

Jedinec môže byť stigmatizovaný z rôznych príčin (Krkošková, 2014), a to kvôli:

- a) fyzickej abnormite,
- b) telesnej chorobe,
- c) sexuálnej orientácii,
- d) príslušnosti k určitej rase, etniku, národu, náboženstvu,
- e) psychickej poruche.

Stigma pôsobí na troch úrovniach, a to na úrovni verejnej (napr. prejavy stigmatizácie v médiách, v každodenných postojoch verejnosti), na úrovni štruktúrálnej (napr. ako sa prejavuje vo fungovaní úradov, inštitúcií, u zamestnávateľa) a na úrovni osobnej (ako ju diskriminovaný jedinec vníma a ako na ňu reaguje). Úrovne stigmatizácie a sebastigmatizácie (Ocisková a kol., 2014) uvádzame v tabuľke 1.

**Tabuľka 1. Úrovne stigmatizácie a sebastigmatizácie (Ocisková a kol., 2014).**

Úrovne	Verejná stigma	Štruktúrálna stigma	Osobná stigma	Osobná stigma
<b>Hlavný prejav</b>	Predsudky	Diskriminácia	Vnímanie objektívne prítomnej diskriminácie, očakávanie	Prežívanie - Sebastigmatizácia (internalizácia stigmy)
<b>Príklady typických prejavov</b>	Mediálny obraz a vtipy	Rezervovaný prístup na úradoch Obmedzené možnosti čerpania zdravotníckej starostlivosti Pri prijímaní do zamestnania, na vysokú školu a pod. Zákony nedostatočne chránia Alokované prostriedky sú neprimerané	Vnímanie stigmatizácie a diskriminácie v správaní sa ľudí, s ktorými prichádza chorý do kontaktu	Identifikovanie sa s nálepkou s priamym dôsledkom na seba. Postoje k sebe samému (zníženie sebavedomia a sebaucty, pocity menejcnosti a pod.) K uplatneniu sa v živote (vyhýbanie sa a izolácia, ústup od realizácie životných plánov a pod.)

Podľa Campa a kol. (2002), Ritshera a Phelana (2004), Corrigan (2004) predstavuje stigma trojfázový proces:

1. fáza – jedinec sa stretáva so zníženým prijatím zo strany okolia, uvedomuje si to, vidí a cíti, že sa iní voči nemu správajú inak než k ostatným. Jedinec môže v tejto fáze zotrvať, proces sa ďalej nerozvíja;
2. fáza - jedinec súhlasí s negatívnymi stereotypmi, napr. s tým, že je menej pracovitý, menej splňa nároky, ktoré sú na neho kladené;
3. fáza – jedinec začína negatívne stereotypy aplikovať na seba, nastáva sebastigmatizácia -internalizovaná stigma.

*Sebastigmatizácia* je termín označujúci proces, v ktorom jedinec prijíma negatívne stereotypy, súhlasí s ich obsahom, verí, že je menejcenný a očakáva, že ho druhí budú negatívne posudzovať (Ocisková a Praško, 2015). Stigmatizácia a sebastigmatizácia sa týka najmä chorých so psychickou poruchou, nakoľko diagnóza psychickej poruchy je pre jej nositeľa stále ešte stigmou. Negatívne následky stigmatizácie a sebastigmatizácie psychicky chorých môžu byť tak závažné, že Finzen (2000) označuje stigmou za „druhú chorobu, ktorá znásobuje utrpenie spôsobené psychickou poruchou“. Podľa Krkoškovej (2014) verejnosť lepšie prijíma a posudzuje jedincov, ktorí ochoreli v dôsledku psychologicky dobre vysvetliteľnej príčiny (napr. prežitie psychickej traumy) alebo telesnej choroby či úrazu.

Medzi hlavné charakteristiky osôb so sklonom k sebastigmatizácii patria: vyhýbanie sa zdrojom ohrozenia (stresujúcej záťaži), pohotovosť k prežívaniu úzkosti a bezradnosti, prežívanie beznádeje, nesmelosť, rýchla unaviteľnosť, subjektívne pocity slabosti, znížená cieľavedomosť a vytrvalosť, používanie zvládajúcich stratégií orientovaných viac na zvládanie emócií než na aktívne zvládanie stresu, odkladanie žiadosti o pomoc a spoliehanie sa na pomoc zvonka (Cloninger a kol., 1993, Farmer a Goldberg, 2008, Yanos a kol., 2008).

Za účelom identifikácie osobnostných premenných, ktoré zohrávajú úlohu pri vývoji sebastigmatizácie, sa najviac využíva tzv. osobnostný inventár *TCI-R (Temperament and Character Inventory – Revizde verzion)* autorov Farmera a Goldberga (2008). Dotazník má 240 položiek a meria jednak temperamentové vlastnosti: 1. Novelty Seeking (NS, vyhľadávanie nového), 2. Harm avoidance (HA, vyhýbanie sa nebezpečenstvu), 3. Reward dependence (RD, závislosť na odmene), 4. Persistence (P, odolnosť), ako aj charakterové vlastnosti: 1. Self directedness (SD, cieľavedomosť), 2. Cooperativeness (CO, spolupráca), 3. Self transcendence (ST, zmysel života). K ďalším škálam, pomocou ktorých sa posudzuje miera sebastigmatizácie patria: *Škála ISMI - The Internalized Stigma of Mental Illness Scale* (Ritsher a kol., 2003), ktorá obsahuje 29 položiek a skladá sa z 5 subškál. Medzi ďalšie škály merajúce sebastigmatizáciu patria: *škála SSMIS - The Self Stigma of Mental Illness Scale* (Corrigan a Watson, 2002), ktorá obsahuje 60 položiek a pozostáva zo 4 subškál, *škála SSS - S - Self Stigma Scale* (Mak a Cheung, 2010), jedná sa o 9 položkovú škálu pre etniká, ktorí majú HIV alebo sú migranti, *škála DSSS - The Depression Self Stigma Scale* (Kanter a kol., 2008), *škála SSDS - Self Stigma of Depression Scale* (Barney a kol., 2006) a 5 položková škála *SSS - Self Stigma Scale* (Moses, 2009) určená pre adolescentov s psychickými poruchami.

Medzi prejavy sebastigmatizácie patria podľa Ritshera a Phelana (2004): popieranie príznakov choroby, odkladanie návštevy lekára (vyšetrenia), vyhýbanie sa liečbe, znížená adherencia k liečbe, a tým znížený až nedostatočný efekt liečby. Čím je vyššia miera sebastigmatizácie, tým jedinec trpí vyšším stupňom úzkosti a depresie, ako aj úzkosti z anticipácie ďalšieho neprijatia inými. Celkovo sa zhoršuje prognóza ochorenia, t.j. zvyšuje sa závažnosť symptómov psychickej poruchy, jednak z dôvodu neskorkej diagnostiky, jednak z dôvodu oneskorenia adekvátnej liečby. Zvyšuje sa riziko výskytu akútnych reakcií na stres, suicidálnych pokusov a suicidií (Vrbová a kol., 2019). Holubová a kol. (2017) uvádzajú, že sebastigmatizácia môže zhoršiť terapeutický vzťah, vedie k odmietaniu práceneschopnosti alebo invalidného dôchodku zo strany chorého, k prehľbovaniu sociálnej izolácie a k zhoršeniu sociálneho postavenia chorého s psychickou poruchou, nakoľko majú chorí menej príležitostí uplatniť sa v spoločnosti, zamestnať sa, študovať, založiť si rodinu. Horšie sociálne a pracovné fungovanie vedie k zníženiu kvality života, ktorá je často spojená s neadekvátnym vyrovnávaním sa s neprijemnými pocitmi, napr. zvýšenou konzumáciou alkoholu, anxiolytík, hypnotík a pod. Sebastigmatizácia vedie tiež k negatívnemu ovplyvneniu psychosociálnych charakteristík jedinca (napr. zmena vzťahu k sebe, k životu, pocit straty kontroly nad situáciou, nad svojím životom, strata sebadôvery a sebedomia a pod.).

Prejavy sebastigmatizácie sú podrobnejšie zmapované u pacientov so schizofréniou a poruchami schizofrenického spektra (napr. Yanos a kol., 2008, Ocisková a kol., 2014, Holubová a kol., 2017, 2019, Vrbová a kol., 2015, 2018, 2019), pri afektívnych poruchách (napr. Barney a kol., 2006, Alonso a kol., 2008, Nawka a kol., 2012, Holubová a kol., 2017), u pacientov s úzkostnými a neurotickými poruchami (napr. Alonso a kol., 2008, Adamcová a kol., 2010, Praško a kol., 2013, Ocisková a kol., 2014), menej u detí a adolescentov (Stárková 2013, Ondriová a Cinová, 2019 a i.).

Stigmatizácia a sebastigmatizácia u jedincov so schizofréniou bola rozpracovaná aj vo viacerých európskych štúdiách (napr. Brohan a kol., 2010, West a kol., 2011), ktoré uvádzajú 36 až 42% frekvenciu sebastigmatizácie u pacientov so schizofréniou a poruchami schizofrenického spektra. Gerlinger a kol. (2013) publikoval výsledky metaanalýzy 54 štúdií, z ktorých vyplynulo, že 64,5% chorých sa cíti byť stigmatizovanými a u 55,9% z nich je prítomná sebastigmatizácia. Čím je miera sebastigmatizácie vyššia, tým je spolupráca pacienta, ale aj jeho rodiny menej kvalitná a je spojená s horšou prognózou (Fung a kol., 2010, Serafini a kol., 2011, Assefa a kol., 2012).

Sebastigmatizácia u pacientov so schizofréniou a s poruchami schizofrenického spektra zvyšuje riziko komorbidít najčastejšie o úzkostné poruchy 38% (rozvoj sociálnej fobie 11-21%), depresívne poruchy 12%, závislosti od alkoholu 35%, závislosti od anxiolytík a hypnotík 25%, reakcie na stres 18% (Yanos a kol., 2008, Serafini a kol., 2011).

Problematikou stigmy a diskriminácie v našich podmienkach sa zaoberali aj Poluchová a Heretik, jr., (2009), ktorí v súbore pacientov (10 pacientov, 5 mužov, 5 žien, priemerný vek 41,5 r.) s diagnózou schizofrenia a schizoafektívna porucha vygenerovali 4 dimenzie stigmy: interpersonálne interakcie, štrukturálna diskriminácia, prístup k sociálnym rolám

a obraz duševnej poruchy v spoločnosti. Z výsledkov vyplynulo, že 9 z 10 jedincov uviedlo širokú škálu diskriminujúcich zážitkov zo všetkých oblastí života, vrátane zdravotnej starostlivosti.

Výskum sebastigmatizácie u jedincov s depresívnymi poruchami poukázal na skutočnosť, že depresívni jedinci sú viac predisponovaní najmä preto, lebo v TCI-R (Temperament and Charakter Inventory - Revizde verzion) v oblasti temperamentu vykazujú vyššie skóre pri HA (vyhýbanie sa nebezpečenstvu). Typické prejavy vyššieho skóre v HA u depresívnych pacientov v porovnaní s bežnou populáciou sú: výrazné snahy vyhnúť sa novému a frustrujúcemu zážitku, pasívne vyhýbavé správanie sa, pesimistické obavy zo zlyhania, pocity neistoty v bežných situáciách a strach z neistoty, anticípacia budúcich problémov, plachosť, ustrašenosť, bojzalosť, napätosť, pocit hanby, výčitky. Zistilo sa, že čím bolo vyššie skóre v HA pred liečbou, tým chorí vykazovali aj horší terapeutický efekt. Ukazuje sa, že celková miera sebastigmatizácie a jej jednotlivé komponenty štatisticky signifikantne súvisia so stupňom depresívnych príznakov (Batinic a kol., 2013).

V podobnej štúdií Ociskovej a kol. (2014), ktorá sa zameriava na stigmatizáciu a sebastigmatizáciu u jedincov s neurotickými a úzkostnými poruchami využitím TCI-R sa zistili odchýlky: v temperamentových vlastnostiach (v rámci hodnotenia HA vyhýbanie sa nebezpečenstvu - je prítomná vysoká pohotovosť k úzkostným a depresívnym poruchám, RD závislosť na odmene - je prítomné vyššie skóre, PD odolnosť - je prítomná nižšia odolnosť voči frustrácii) a v charakterových vlastnostiach (SD cieľavedomosť - je prítomná znížená cieľavedomosť, CO spolupráca - je prítomná vyššia kooperatívnosť, ST - je prítomný znížený zmysel života). Pacienti s neurotickými a úzkostnými poruchami sú menej schopní až neschopní hľadať adekvátne spôsoby riešenia stresových situácií, rezignujú na snahu riešiť ich, nehľadajú v týchto situáciách pozitívne prvky, ktoré by pomohli zvýšiť ich odolnosť, čo z dlhodobého hľadiska vedie k pocitom bezmocnosti a k zníženiu motivácie pre riešenie situácie. Sú v porovnaní s inými poruchami citlivejší voči kritike a vyžadujú viac podpory zo strany okolia.

Uvádza sa, že približne 25% pacientov s úzkostnými a neurotickými poruchami nevyhľadá pomoc psychiatra z obavy zo stigmatizácie. Pacienti uvádzajú často somatické ťažkosti (slabosť, únava, vyčerpanosť, bolesť hlavy a iné algie), obracajú sa na tzv. „somatických“ lekárov. Príznaky a stanovenie diagnózy somatickej choroby sú pre nich, ale i pre ich rodiny a okolie zrozumiteľnejšie, sú menej stigmatizujúce ako stanovenie psychickej poruchy (Praško, 2001). Horšie sú na tom chorí s panickou poruchou (Alonso a kol., 2008, Adamcová a kol., 2010, Praško a kol., 2013) a obsedantno-kompulzívnu poruchou (Perris a kol., 2012, Ocisková, 2014), najmä keď sa symptómy poruchy prejavujú na verejnosti.

Ocisková a kol. (2014) realizovali tiež rozsiahlu štúdiu u pacientov s neurotickými a úzkostnými poruchami, ktorej cieľom bolo zistiť a vyhodnotiť mieru sebastigmatizácie, jej vzťah k miere nádeje, k stratégii zvládania stresu, k osobnostným charakteristikám, ako aj vzťah k liečebnému efektu počas 6-týždňového liečebného programu. Jednalo sa o súbor 32 pacientov (5 mužov a 27 žien), vo veku od 18 do 75 rokov.

Súbor bol rozdelený na dva podsúbory: podsúbor pacientov bez komorbídnej poruchy (22 pacientov) a podsúbor pacientov s komorbídnou depresívnou poruchou (10 pacientov). Všetci pacienti absolvovali farmakologickú liečbu (10 pacientov liečbu antidepresívami, 10 pacientov liečbu antidepresívami a anxiolytikami a ostatní liečbu antidepresívami a antipsychotikami) a psychoterapeutickú liečbu v dĺžke 6 týždňov. V štúdií bol využitý dotazník ISMI, osobnostný dotazník TCI-R (Temperament and Charakter Inventory - Revizde verzion), Cope Inventroy - 60 položkový dotazník zameraný na spôsob zvládania stresujúcich situácií (Carver a kol., 1989), BAI (Beckov úzkostný inventár), BDI (Beckov depresívny inventár) a CGI (Globálny klinický dojem). Z výsledkov práce vyplynulo, že u chorých s úzkostnými a neurotickými poruchami v ISMI miera sebastigmatizácie štatisticky signifikantne pozitívne korelovala so stupňom depresivity a úzkosti na začiatku, aj na konci liečby (pacienti s vyššou mierou sebastigmatizácie trpia vyššou intenzitou depresie), priamo úmerne pozitívne korelovala s tendenciou užívania návykových látok a so sklonom k rezignácii, korelovala tiež s využívaním vyhýbavých tendencií a s vykazovaním nižšej miery nádeje. Potvrdila sa negatívna korelácia so schopnosťou riešiť stresujúce situácie, ako aj negatívna korelácia s cieľavedomosťou. Miera sebastigmatizácie významne negatívne ovplyvňuje spoluprácu a efekt liečby (výrazne negatívne koreluje so zlepšením v CGI). Zistilo sa, že miera sebastigmatizácie pozitívne korelovala s osobnostnými rysmi - vyhýbanie sa stresovým situáciám, zvýšenie pohotovosti k prežívaniu úzkosti, nesmelosti a rýchlej unaviteľnosti (HA v TCI-R). Zo záverov uvedenej štúdie vyplýva, že miera sebastigmatizácie u osôb s úzkostnými a neurotickými poruchami výrazne súvisí s niektorými osobnostnými premenami a so spôsobom zvládania stresu, výrazne negatívne koreluje s mierou ich spolupráce pri liečbe a s výsledným efektom liečby.

Problematikou stigmatizácie u detí a adolescentov sa zaoberali viacerí (Stárková 2013, Ondriová a Cinová, 2019 a i.), ktorí uvádzajú, že deti nerozumejú svojej diagnóze (poruche) a vnímajú názory na seba cez postoje rodiny, ale aj školy, známych a verejnosti. Vnímanie vlastnej poruchy súvisí s mierou schopnosti fungovať v sociálnej interakcii. Deti a adolescenti sa stretávajú so stigmatizáciou v školskom prostredí, medzi spolužiakmi, ale aj učiteľmi. Sú diskriminované, často majú zhoršenú známkou zo správania, ale aj celkovo horší prospech nielen kvôli psychickej poruche, ale aj kvôli prístupu k nim. Prejavy stigmatizácie sú podobné ako u dospelých (Kranke a kol., 2010).

Stigmatizované sú najčastejšie deti s poruchami správania s detským autizmom (Gray, 1993, 2002), s obsedantno-kompulzívnu poruchou a emočnými poruchami (Walker a kol., 2008, Adamík a kol., 2010, Stárková, 2013). Deti sú nápadné pre okolie svojím správaním a emočnými reakciami, pričom verejnosť ich považuje za nevychované, drzé či zaostalé. Podľa Walkera a kol. (2008) a Stárkovej (2013) je rozdiel v prístupe verejnosti podľa toho, či ide o dieťa liečené pre emočnú poruchu alebo dieťa s ADHD (Attencion deficit hyperactivity disorder). Podľa Ondriovej a Cinovej (2019) je pri ADHD navyše výrazný dispozičný faktor pre celé spektrum komorbídnych psychických porúch: poruchy správania (25-50%), úzkostné poruchy (25%), poruchy nálady (20%), poruchy spánku (50-60%), tikové poruchy (10%).

Stigma môže do značnej miery ovplyvňovať spoluprácu psychicky chorého. Obavy zo stigmy a sebastigmatizácie ovplyvňujú rozhodnutie včas vyhľadať adekvátnu odbornú pomoc, čo vedie k oddialeniu začiatku diagnostiky a adekvátnej liečby s následnou chronifikáciou stavu (Gray, 1993, 2002, Perris a kol., 2012, Praško a kol., 2013).

Podľa Motlovej a kol. (2005), Brannana a Heflingera (2006) môže mať stigma vplyv aj na rodinu jedinca s psychickou poruchou, nakoľko zvyšuje mieru anticipačnej úzkosti rodiny. Súvisí s predpokladaným nepriateľným a negatívnym posudzovaním jedinca a jeho rodiny. Pokiaľ rodina nemá dostatok relevantných informácií často pociťuje vinu a hanbu za prejavy ochorenia svojho príbuzného. Z obavy potvrdenia psychickej poruchy u príbuzného sa snaží čo najdlhšie tolerovať prejavy ochorenia a nepodporuje chorého vo vyhľadaní odbornej pomoci. Tým sa liečba odkladá a psychická porucha má ďalší negatívny dopad na jeho každodenné psychosociálne fungovanie. U príbuzných jedinca s psychickou poruchou sa tak často rozvíja tzv. sekundárna stigma (asociovaná stigma, courtesy stigma). Medzi príznaky sekundárnej stigmy patria pocity psychickej nepohody z obavy, že rodina bude stigmatizovaná aj zo strany najbližších príbuzných, priateľov, známych a bude sociálne diskriminovaná. Častejšie sa vyvíja u matiek, ktoré vnímajú ochorenie dieťaťa a jeho správanie omnoho citlivejšie než otcovia, najmä pokiaľ ide o dieťa mladšie ako 12 rokov (Gray, 1993). Podľa švédskej štúdie Osmana a Kjellina (2002) 40% rodičov si myslí, že choré dieťa im spôsobuje zdravotné problémy a 18% vyjadrilo názor, že pociťujú hanbu pred inými ľuďmi.

Nielen bežná populácia, ale aj odborníci na psychické zdravie môžu pôsobiť na pacientov (napr. na jedincov s poruchami osobnosti) stigmatizujúco. Stigmatizáciou zo strany personálu voči pacientom s hraničnou poruchou osobnosti sa zaoberali Ocisková a kol. (2015). Zistili, že pretrvávajú stereotypné názory zo strany personálu, že u chorých s touto poruchou osobnosti nie je možné znížiť prejavy poruchy. Pretrvávajú tiež názory o manipulatívnom charaktere sebaopoškodzujúceho správania či iných príznakov, akými je podceňovanie pozitívnych stránok osobnosti jedincov s hraničnou poruchou osobnosti. To vedie podľa autorov k nárastu maladaptívnych postojov a reakcií zo strany jedincov s poruchou osobnosti a k zhoršeniu efektivity ich liečby. Takéto postoje u zdravotníkov môžu vyplývať jednak už z uvedeného maladaptívneho správania sa jedincov, jednak môžu byť dôsledkom predsudkov (stereotypov), prípadne vyplývajú z nespracovaných protiprenosových reakcií.

V súčasnosti je rozpracovaných viacero programov na zvládanie stigmatizácie a diskriminácie psychicky chorých. V roku 1991 vydala OSN rezolúciu - Zásady pre ochranu psychicky chorých osôb a zlepšenie starostlivosti o psychické zdravie. V roku 1996 bol vypracovaný destigmatizačný projekt WPA (World Psychiatric Association) - Zmena cez nadáciu AMEPPRA, ktorý zahájil rozsiahlu destigmatizačnú kampaň. Aténska deklarácia (2001) rozpracovala vzťah medzi psychickým zdravím a násilím. Program WHO GAP (Global Action Program) poukazuje na základné prístupy v procese destigmatizácie, akými sú informovanosť, pozitívna uvedomelosť, obhajoba práv, pomoc pri poskytovaní psychiatrickej starostlivosti a prevencia (www.who.int/whr/en/2001). K ďalším medzinárodným projektom a programom patria

napr. Fighting Stigma and Discrimination because of Schizophrenia, ktoré sú zamerané na odstránenie diskriminácie a stigmatizácie chorých s psychickými poruchami (McDonnell a kol., 2003).

Na Slovensku sa problematikou stigmatizácie a diskriminácie vo svojich programoch a iniciatívach zaoberá Liga za duševné zdravie (www.dusevnezdravie.sk/myty a predsudky/), ktorá v roku 2019 vypracovala 13 mýtov a predsudkov týkajúcich sa ľudí s duševnou poruchou v dokumente "O duševných poruchách bez mýtov a nepráv". Nezisková organizácia ODOS - Otvorme dvere, otvorme srdcia, ktorej hlavným cieľom je znižovanie stigmy a diskriminácie ľudí s duševnými poruchami na Slovensku, združuje osoby s duševnou poruchou, ich príbuzných a odborníkov. Medzi jej ďalšie ciele patrí obhajoba práv ľudí s duševnými poruchami a ich príbuzných formou patientskej advokácie. Vytvára spoločnú platformu pre spoluprácu 12 regionálnych organizácií pacientov, 6 regionálnych združení príbuzných a 2 združení poskytujúcich služby pre psychicky chorých a tiež jednotlivcov z radov profesionálov (www.dusevnezdravie.sk/odos/). Od októbra 2017 rozvíja svoje aktivity s finančnou podporou MZ SR aj nezisková organizácia No More Stigma. Psychiatri a psychológovia (PO Prešov, PO Michalovce, PO Levoča, PN Veľké Zálužie a PK LF UK a UNB v Bratislave) sa prostredníctvom besied, konzultácií, osvetu a edukačných materiálov zameriavajú na destigmatizáciu v oblasti duševného zdravia vo vzťahu k laickej verejnosti (www.integradz.sk).

Významnú úlohu v destigmatizácii psychicky chorých zohrávajú edukačné programy (napr. program „Zlepšime duševné zdravie Slovákov“) zamerané na osoby s psychickými poruchami v rámci pomoci občianskym združeniam a patientskym organizáciám. Rovnako dôležitú úlohu v destigmatizácii a ovládaní adaptívnych stratégií zvládania stresu a medziľudských problémov zohrávajú aj podporné skupiny pre príbuzných. Zapojenie psychicky chorých a ich rodín do reformy psychiatrickej starostlivosti napr. do tvorby komunitného plánovania sociálnych služieb na regionálnej úrovni, ich účasť na práci pracovných skupín pre tvorbu stratégie psychiatrickej starostlivosti príslušných ministerstiev je nevyhnutnou podmienkou zvládania stratégií destigmatizácie psychicky chorých (Mohr a kol., 2005, Fričová, 2012, Janoušková a Wintter, 2015). Destigmatizačné ciele a podpora komunitnej starostlivosti na Slovensku sú obsahom Reformy psychiatrickej starostlivosti v SR, naplánovanej na obdobie rokov 2019-2020 s jej aktuálnym oddialením (www.psychiatri.sk/reforma/k reforme psychiatrickej starostlivosti-final pdf).

## Literatúra

1. Adamík, P., Ondrejka, I., Vyšehradský, R., Tonhajzerová, I.: Hyperkinetická porucha, hyperkinetický syndróm a poruchy spánku v detstve. Čes a slov Psychiatr, 2010, 106, 6, s. 357-361.
2. Adamcová, K., Praško, J., Raszka, M.: Oddálení léčby u pacientu s panickou poruchou. Čes a Slov Psychiatr, 2010, 106, (2), s. 145-149.

3. **Alonso, J., Buron, A., Bruffaerts, R.:** Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 2008, 118, 4, s. 305-314.
4. **Assefa, D., Shibre, T., Asher, L., Fekadu, A.:** Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia. A cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry*, 2012, 12, s. 239.
5. **Barney, L.J., Griffiths, K.M., Jorvan, A.F., Christensen, H.:** Sigma about depression and its impact on help-seeking behavior. *J Psychiatr*, 2006, 40 (1), s. 51-54.
6. **Brannan, A.N., Heflinger, C.A.:** Caregiver, child, family and service system contributors to caregiver strain in two child mental health service systems. *Journal of Behavioral Health Servis and Research*, 2006, 33 (4), s. 408-422.
7. **Brohan, E., Slade, M., Clement, S., Thornicroft, G.:** Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Serv Res*, 2010, 10, s. 80.
8. **Batinic, B., Lemonis, E., Opacic, G.:** Effects of internalized stigma of mental disorders on quality of life and self-esteem in schizophrenic patients, *European Psychiatry*, 2013, suppl.1, s. 1.
9. **Camp, D.L., Finkay, W.M.L., Lyons, E.:** Is Low self-esteem an inevitable consequence of stigma. *Soc Sience and Medicine*, 2002, 55, s. 823-834.
10. **Corigan, P.W., Watson, A.C.:** The paradox of selfstigma and mental illness. *Clinical Psychology*, 2002, 4, (1), s. 35-53.
11. **Corrigan, P.:** How stigma interferes with mental health care. *Am psychol*, 2004, 59, s. 614-625.
12. **Cloninger, C.R., Svrakis, D.M., Przybeck, T.R.:** A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatr*, 1993, 50, s. 975-990.
13. **Farmer, R.F., Goldberg, L.R.:** A psychometric evaluation of the revised Temperament and Character Inventory and the TCI. *Psychologic Assessment*, 2008, 20 (3), s. 281.
14. **Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K.:** Assessing coping strategies : A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, 56 (2), s. 267-283.
15. **Finzen, A.:** Stigma, Stigma bewältigung, Entstigmatisierung. *Psychiatrische Praxis*, 2000, 27, s. 316-320.
16. **Fričová, S.:** Stigmatizácia duševne chorých pacientov. *Lekárske listy. Varia: odborná príloha Zdravotníckych novín*. Bratislava: Ecopress, 2012, (12), s. 15.
17. **Fung, K.M, Tsang, H.W., Chan, T.:** Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among : Chinese people with schizophrenia : a path analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2010, 45 (5), s. 561-568.
18. **Goffman, E.:** Stigma : Notes on the management of spoiled identity. New York, Touchstone, 1986, 168 s. ISBN: 9780671622442
19. **Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampar, M., Correl, C.U.:** Personal stigma in schizophrenic spectrum diseases a systematic review of prevalence, rates, correlates, impact and interventions, *World Psychiatry*, 2013, abstract.
20. **Gray, D.E.:** Perception of Stigma: the parents of autistic children. *Sociology of Health and Illness*, 1993, 15, s. 102-120.
21. **Gray, A.E.:** Stigma in Psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2002, 95, s. 72-76.
22. **Holubová, M., Praško, J., Matoušek, S., Látalová K., Maráčková, M., Vrbová, K., Grambal, A., Šlepecký, M., Zaťková, M.:** Porovnání kvality života, zvládacích strategií a sebe-stigmatizace u pacientů léčených pro depresivní a schizofrenní poruchy. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii*. 59. česko-slovenská psychofarmakologická konference. Jeseník 4. - 8. 1. 2016. 21, Suppl. 1 (2017), s. 45-46.
23. **Holubová, M., Praško, J., Ocisková, M., Zaťková, M., Vrbová, K., Vanek, J., Šlepecký, M., Nesnídal, V., Kantor, K., Kolek, A.:** Porovnání sebe-stigmatizace, zvládacích strategií a kvality života u třech diagnostických skupin. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii*. 61. česko-slovenská psychofarmakologická konference Rozšiřující se prostor moderní psychofarmakologie. Jeseník 16. - 20. ledna 2019, 23, Suppl. 1 (2019), s. 41.
24. **Janoušková, M., Wintter, P.:** Stigma a psychiatrie. *Psychiatrie*, 2015, 19, č. 1, s. 30-36.
25. **Kanter, J.W., Rusch, L.C., Brondino, M.J.:** Depression self- stigma: A new measure and preliminary findings. *Journal of Nervous and Mental Didease*, 2008, 71, s. 2150-2161.
26. **Kranke, D., Floersch, J., Townsend, L., Munson, M.:** Stigma experience among adolescents taking psychiatric medication. *Children and Youth Services review*, 2010, 32, 4, s. 499-505.
27. **Krkošková, E.:** Strach zo sociálnej stigmatizácie u pacientov s úzkostnými a psychosomatickými poruchami. *Revue medicíny v praxi: odborný medicínsky časopis*. 2014, 12(2), 37-38.
28. **Mak, W.W., Cheung, R.Y.:** Self – stigma among concealable minorities in Honkong : Conceptualization and unified measurement. *Am J Orthopsychiatry*, 2010, 80, s. 267-281.
29. **McDonell, M.G., Short, R.A., Berry, C.M., Dyck, D.G.:** Burden in Schizophrenia – Caregivers : Impact of Family Psychoeducation and Awareness of Patient Suicidality. *Family Process*, 2003, 42,1, s. 91-103.
30. **Moses, T.:** Stigma and self concept among adolescents receiving mental health treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79, 2009, s. 261-274.
31. **Motlová, L., Dragomirecká, E., Novák, T., Čermák, J., Nechutná, R.:** Schizofrénia a rodina: Mapování názoru, postojů a prožitku příbuzných jako základ rodinných intervencí, *Psychiatrie*, 2005, 9 (suppl.3), s. 100-104.
32. **Mohr, P., Rodriguez, M., Seifertová, D.:** Prevence vzniku psychotického onemocnění: identifikace ohrožených jedincu a možnosti včasné terapeutické intervence. *Psychiatrie*, 2005, 9, (Suppl.3), s. 105-108.

33. **Nawka, A., Rukavina, T.V., Nawková, L., Jovanič, N., Brborovic, O., Raboch, J.:** Psychiatric disorders and aggression in the printed media.: Is there a link? A central European perspective. *BMC Psychiatry*, 2012, s. 12-19.
34. **Ocisková, M., Praško, J., Dostálová, L., Látalová, K.:** Sebastigmatizace u psychiatrických pacientů-standardizace škály ISMI. *Čes a Slov Psychiatr*, 2014, 110, 6, s. 301-310.
35. **Ocisková, M., Sedláčková, Z., Praško, J., Černá, M., Jelenová, D., Kamarádová, D., Mainerová, B., Látalová, K.:** Stigmatizace u pacientu s obsedantně- kompulzivní poruchou. *Čes a Slov Psychiatr*, 110, 2014, 2, s. 82-87.
36. **Ocisková, M., Praško, J., Látalová, K., Kamarádová, D., Grambal, A., Sigmundová, Z., Sedláčková, Z.:** Internalizované stigma a efektivita farmakoterapie a psychoterapie u úzkostných poruch a poruch neurotického spektra. *Čes a Slov Psychiatr*, 2014, 110, 3, s. 133-143.
37. **Ocisková, M., Praško, J., Vrbová, K., Kamarádová, D., Jelenová, D., Látalová, K., Mainerová, B., Sedláčková, Z., Ticháčková, A.:** Stigmatizace a sebastigmatizace u pacientu so schizofrenii. *Čes a Slov Psychiatr*, 2014, 110, (5), s. 250-258.
38. **Ocisková, M., Sedláčková, Z., Praško, J., Látalová, K., Kamarádová, D.:** Pokud mě cejchujete, běžte s tou terapii někam! Hraničná porucha osobnosti a stigma. *Psychiatria pre prax*, 2015, 16 (1), s. 41.
39. **Ocisková, M., Praško, J.:** Stigmatizace a sebastigmatizace u psychických poruch. První vydání. Grada: Praha, 2015, 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3
40. **Ondriová, I., Cinová, J.:** Dieťa s ADHD v kontexte sociálnych vzťahov. *Lekárske listy, Pediatria/geriatria: odborná príloha Zdravotníckych novín*, 2019, (13), s. 5-6.
41. **Osman, M., Kjellin, I.:** Stigma by association psychological factors in relatives of people with mental illness. *Br J Psychiatry*, 2002, 181, s. 494-498.
42. **Poluchová, J., Heretik, A., jr.:** Stigma duševných porúch z pohľadu ľudí s diagnózou schizofrénia, výsledky výskumu. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*, 16, 2009, č. 1, s. 2-11.
43. **Praško, J.:** Stigmatizace u psychogenných porúch. *Psychiatria*, 2001, 5 (1), s. 32-37.
44. **Praško, J., Divéky, T., Kamarádová, D., Jelenová, D., Grambal, A., Mainerová, S., Látalová, K., Sigmundová, Z., Šilhán, P.:** Stigmatizace a panická porucha: Stigmatization and panic disorder. *Psychiatria pre prax*, 2013, 14(4), s. 151-154.
45. **Peris, T.S., Yadegar, M., Asarnow, J.R., Piacentini, J.:** Pediatric Obsessive compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2012, 1, s. 267-273.
46. **Ritsher, J.E., Otilingama P.O., Grajales, M.:** Internalized stigma of mental illness.: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 2003, 121, s. 31-49.
47. **Ritsher, J.B., Phelan, J.C.:** Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 2004, 129, s. 257-265.
48. **Serafini, G., Pompili, M., Haghghat, R.:** Stigmatization of Schizophrenia as perceived by nurses. Medical doctors, medical students and patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2011, 18, s. 576-585.
49. **Stárková, L.:** Stigmatizácia v pedopsychiatrii. *Psychiatria prax*, 2013, 14, 3, s. 106-109.
50. **Škoda, M.:** Předsudky, diskriminace a stigmatizace jako závažné etické problémy spojené s léčbou psychicky nemocných: Prejudices, discrimination and stigmatization as serious ethical problems associated with the treatment of the mentally ill. *Psychiatria pre prax, elektronická príloha*, 2018, 19(2), s.14-19.
51. **Vrbová, K., Praško, J., Ocisková, M., Holubová, M., Grambal, A., Šlepecký, M.:** Sebastigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u psychotických poruch - průřezová studie. *Čes a Slov Psychiatrie*, 2015, 111, s. 119-126.
52. **Vrbová, K., Praško, J., Ocisková, M., Holubová, M., Kamarádová D.S., Maráčková, M., Grambal, A., Šlepecký, M., Látalová, K.:** Negative aspects of self- stigma in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatrie, časopis pro moderní psychiatrii. 60. česko-slovenská psychofarmakologická konference: 60 let v Jeseníku ve století psychofarmakologie, Jeseník, 10.-14.1. 2018. 2018, 22, suppl. 1, s. 48.*
53. **Vrbová, K., Praško, J., Ocisková, M., Holubová, M., Kantor, K., Kolek, A., Grambal, A., Šlepecký, M.:** Suicilality, self -stigma, social anxiety and personality traits in stabilized schizophrenia patients - a cross- sectional study. 61. česko-slovenská psychofarmakologická konference. Rozšiřující prostor moderní psychofarmakologie: Jeseník, 16.- 20. 1.2019. *Psychiatrie, časopis pro moderní psychiatrii*, 2019, 23, s. 50.
54. **Walker, J.S., Coleman, D., Junghee, L.:** Childrens stigmatization of child hood depression and ADHD. *J Am Akad Child Adoles Psychiatry*, 2008, 47, 8, s. 912-920.
55. **West, M.L., Yamos, P.T, Smith, S.N., Roe, D., Lysaker, P.H.:** Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma, a Research and Action*, 2011, 1, s. 3-10.
56. [www.dusevnezdravie.sk/myty\\_a\\_predsudky/](http://www.dusevnezdravie.sk/myty_a_predsudky/)
57. [www.dusevnezdravie.sk/odos/](http://www.dusevnezdravie.sk/odos/).
58. [www.integradz.sk/wp-content/uploads/2020/03/03\\_No-More-Stigma.pdf](http://www.integradz.sk/wp-content/uploads/2020/03/03_No-More-Stigma.pdf)
59. [www.psychiatriy.sk/reforma/k\\_reforme\\_psychiatrickej\\_starostlivosti - final pdf](http://www.psychiatriy.sk/reforma/k_reforme_psychiatrickej_starostlivosti_-_final_pdf)
60. [www.who.int/whr/2001/en/](http://www.who.int/whr/2001/en/)
61. **Yanos, P.T., Roe, D., Markus, K., Lysaker, P.H.:** Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizopren spektrum disorders. *Psychiatr Services*, 2008, 59 (12), s. 1437-1442.
62. **Žucha, I., Čaplová, T.:** Stigma. *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika*, 14, 2007, 1, s. 3-4.

*Do redakcie došlo 26.4.2021.*