

Stigmatizace v pedopsychiatrii

doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Soukromá psychiatrická ambulance a Psychiatrická klinika FN Olomouc

Duševní porucha způsobuje stigmatizaci. Důsledkem stigmatizace je diskriminace. Destigmatizace a zlepšení kvality péče se staly jedním z hlavních témat psychiatrie v posledních deseti letech. Jak je to ale se stigmatizací u dětí a adolescentů, kteří trpí psychickou poruchou? Cílem práce je přinést přehled základních informací o stigmatizaci v pedopsychiatrii a zamyslet se nad jejími důsledky i cestami prevence.

Klíčová slova: stigma, duševní nemoci, děti a adolescenti, důsledky, prevence.

Stigmatisation in child and adolescent psychiatry

Mental illness is associated with stigma. The consequence of stigma is discrimination. Destigmatisation and improving the quality of care in psychiatry became the main targets for psychiatry within the last ten years. How is it with the stigmatisation of mentally ill children and adolescents? The aims of this article is to bring a review of basic informations about stigmatisation in child and adolescent psychiatry and to discuss the consequences and prevention of it.

Key words: stigma, mental disorders, children and adolescence, consequences prevention.

Psychiatr. praxi 2013; 14(1): 10–13

Stigma a psychiatrie

Stigma duševní nemoci je označením pro vlastnosti, které odlišují duševně nemocného od ostatních lidí ve společnosti. Stigma, původem řecké slovo pro cejch, vypálený otrokům, bylo užíváno pro lidi trpící nejen duševní poruchou, ale také pohlavní nemocí, rakovinou nebo tuberkulózou. Nositelé stigmatu byli vylučováni ze společnosti – duševně nemocní byli považováni za jedince hříšné, kteří mají být odsouzeni. Stigma vede k diskriminaci. Lidé si vytvářejí předsudky o duševně nemocném („public stigma“), mluvíme o tzv. heterostereotypu, souhrnu vlastností, který se k předsudkům o duševně nemocném váže (1). Má charakter negativního stereotypu – zahrnuje znaky, které označují veskrze společensky nepřijatelné vlastnosti nemocného – nevypočitatelný, nekontrolovatelný, nebezpečný. Předsudky o duševně nemocných si vytváříme už v dětství – jsme ovlivňováni především postoji rodičů a nejbližšího okolí.

V psychiatrii byla stigmatizace zkoumána především u závažných poruch, zejména u schizofrenie. Bylo zjištěno, že stigma má obrovskou sílu a samo o sobě může devastovat kvalitu života schizofreniků. Vede k jejich diskriminaci – sociální izolaci, podílí se na jejich nezaměstnanosti, zhoršuje jejich sebeúctu.

Výzkumné práce zjišťují, že ne všichni pacienti se identifikují s negativním stereotypem, který společnost o duševně nemocných má. Bez ohledu na toto zjištění ovšem z praxe víme, že převážná většina z nich stigma internalizuje. Sebeznachování (auto-stigmatizace), je v literatuře označované termínem „self-stigma“ a je výrazem pro obecné vlastnosti, které se k negativnímu stereotypu vážou. Self-stigma snižuje se-

beúctu pacienta, stává se součástí negativního sebe-konceptu (1).

Negativní stereotyp duševně nemocného si populace udržuje po generace. Pouhé pokusy o edukaci veřejnosti ve směru duševních nemocí nepřinesly zlepšení postojů k duševně nemocným. Tyto zkušenosti u nás dávno ve svých pracích publikovali Chromý nebo Janík. (2). Podobné zkušenosti zjistili i jinde. Například zpráva z Nového Zélandu potvrdila, že se negativní postoje k duševně nemocným v průběhu 50 let změnila jen minimálně (3). Na druhé straně ovšem existují důkazy, že se mohou postoje veřejnosti změnit. Je patrné, že se změnila postoje ke stigmatu v západních společnostech. Například deprese je dnes méně stigmatizující duševní nemocí ve srovnání s tím, jak byla vnímána před 10 až 20 lety (4).

Destigmatizace se spolu se zlepšením kvality péče o duševně nemocné stala hlavními cíli psychiatrie v posledních deseti letech. Projekt WPA (World Psychiatric Association) „Open the Doors“, zahájil v roce 1996 rozsáhlou edukační kampaň. Destigmatizační projekt Změna, zaštitěný Nadací AMEPRA, se kromě zaměření na schizofrenii a bipolární poruchu, orientoval i na adolescentní psychiatrii. Destigmatizační programy probíhaly také na školách. Cílem bylo nejen zvýšit informovanost o duševních nemocech, ale také uskutečnit přímý kontakt studentů s lidmi, kteří jsou pro duševní poruchu léčeni (5). Jsou totiž práce, které dokazují, že právě kontakt s duševně nemocnými redukuje stigma a umožňuje mladým lidem lépe duševně nemocné přijímat (6). Dobře víme, že větší strach cítíme vůči tomu, co neznáme – na principu seznámení s podnětem je nakonec založena i systematická desenzitizace.

V rámci konference „Destigmatisation and Improving the quality of Care in Psychiatry“, která se konala 28.–29. 5. 2009 v Praze, bylo mimo jiné zdůrazněno: Mnoha duševním nemocem lze předcházet, a tak je zásadním úkolem zaměřit pozornost na rizikové skupiny, například na mladé jedince s vysokým rizikem sebevražedného jednání... Jedním ze základních pilířů prevence je dostatečná informovanost o příznacích duševních poruch a dostupnost účinné intervence.

Stigma u dětí a adolescentů s duševní nemocí

Existuje jen málo prací, které se věnují hodnocení stigmatizace u dětí a adolescentů s psychickou poruchou. Přitom významně přibýlo diagnostikovaných psychických poruch. Epidemiologická data o aktuální psychiatrické morbiditě adolescentů v USA, která byla nedávno uveřejněna, přinesla zjištění, že přibližně 1 ze 4–5 mladých Američanů naplňuje diagnostická kritéria pro vážnou, celoživotní duševní poruchu. Počty mladých lidí s psychickou poruchou v USA v posledních dvaceti letech exponenciálně vzrostly. Ne každému se ale dostane odpovídající léčby, ne každý pomoc, i když jde o závažnou poruchu, vyhledá (7). U nás rovněž pozorujeme zvýšené počty diagnostikovaných poruch – přibýlo jak dětí s poruchou autistického spektra, tak dětí s ADHD, do ambulancí přichází víc dětí s emočními poruchami.

Cílem léčby je zmírnit jejich potíže a obnovit fungování, často ovšem za cenu jejich stigmatizace. Lze předpokládat, že důsledky stigmatizace budou u dětí a adolescentů jiné, než u dospělých. Odborníci hledají odpovědi na řadu otázek, které se v této souvislosti obje-

vují. Přinášíme některé názory a stanoviska, které byly v odborné veřejnosti diskutovány.

1. Má stigma u dětí stejný obsah jako u dospělých?

Jak prokazuje práce Krankeho, stigma má u dětí a mladých lidí stejné obecné důsledky jako u dospělých (8). Základními projevy jsou utajování léčby, stud za nemoc, omezení sociálních kontaktů. Kranke také odhalil další, překvapivé poznatky, které se stigmatizací souvisejí. Zjistil, že adolescenti nerozumějí své diagnóze, nevědí, co jejich diagnóza znamená. Jejich vnímání vlastní nemoci je ovlivněno postojem rodiny, je ale také odrazem vlastní schopnosti plnit v době nemoci vývojové požadavky na vztahy s vrstevníky. To znamená, že vnímání vlastní poruchy souvisí s mírou schopnosti fungovat v sociální interakci.

Otázkou je, zda vlastnosti, které zahrnuje negativní stereotyp dospělého duševně nemocného, jsou součástí negativního stereotypu dítěte nebo adolescenta. Opravdu si myslíme, že nevypočitatelnost, nekontrolovatelnost a nebezpečnost jsou základními projevy dětí a adolescentů s psychickými nemocemi? Práce, které věnovaly pozornost hodnocení „nebezpečnosti“ v souvislosti s duševní poruchou dětí, dospěly k závěru, že nebezpečnost psychicky nemocného dítěte není součástí negativního stereotypu u všech poruch dětí a adolescentů (9). Zajímavé ovšem je, že mladí lidé považují za potenciálně nebezpečné i děti s ADHD nebo s depresí, neboť se obávají, že by mohly mít nějaké antisociální chování (10).

2. Které faktory ovlivňují vznik stigma?

- Už stanovení diagnózy vede ke vzniku značky (stigmatu). Diagnóza samotná sehrává významnou roli – ovlivňuje diferencovaný přístup k nemocnému. Jak bylo zjištěno v psychiatrii dospělých, liší se přístup personálu, který o pacienty pečuje, podle typu duševní poruchy, pro kterou jsou pacienti léčeni. Je rozdíl, zda jsou léčeni pro bipolární poruchu nebo pro závislost na alkoholu (11). Podobné odlišnosti byly zjištěny v léčbě dětských poruch – jiný je přístup, když jsou děti léčené pro depresi, ve srovnání s dětmi léčenými pro ADHD (10).
- Média posilují předsudky vůči duševně nemocným. Jejich vliv je nezpochybnitelný. Existují jen ojedinělé studie, které zkoumaly vliv médií na stigmatizaci dětí a adolescentů s duševními poruchami. Slopenova studie zjistila, že zprávy, ve kterých novináři po-

pisují problémy vztahující se k dětským duševním poruchám, nejsou tak stigmatizující (12). Novinářská senzacechtivost není tak velká jako při oznamování zpráv o jednání duševně nemocných dospělých. Zdá se, že novináři projevují přece jen víc žurnalistické zodpovědnosti, když píšou o dětské problematice.

Morgan a Jorm zjistili, že existuje souvislost mezi postojem mladých lidí k duševně nemocným a tím, jaká se jim vybavuje vzpomínka na nedávné mediální zprávy o případech souvisejících s duševní poruchou. V případech, kdy si vybavovali v souvislosti s duševní nemocí spíše zprávy kriminálního charakteru, byl jejich postoj k duševně nemocným převážně negativní. Odmítali připustit, že by ten, kdo tak agresivně jedná, mohl trpět duševní nemocí. Pokud si ovšem vybavovali spíše příběhy celebrit s duševní poruchou, měli naopak tendenci akceptovat duševní poruchu jako nemoc a jejich postoje byly tolerantnější (13).

- Na vývoj postojů a názorů mladého člověka, má vliv především rodina, popřípadě školní prostředí. Dítě se seznamuje s negativním stereotypem duševně nemocného zejména v těchto dvou prostředích. Především tam se setkává s veřejným míněním („public stigma“) a formuje svůj postoj k psychickým poruchám. Může být tím, kdo jiného stigmatizuje, stejně jako tím, kdo je stigmatizován, což může v důsledku ovlivnit vývoj jeho vlastní sebeúcty.

3. Auto-stigmatizace u dětí?

Nedostatek studií dovoluje vyjádřit spíše jen některé názory na vznik „self-stigmatu“ u dětí. Je známo, že už děti školního věku mohou mít negativní vnímání duševní nemoci a lze předpokládat, že postoje starších adolescentů se příliš nebudou lišit od postojů dospělých v hodnocení vlastní psychické poruchy nebo hodnocení poruchy u jiných lidí. Co ale skutečně nevíme, je, ve kterém stupni vývoje dítěte se auto-stigmatizace může objevit.

Vycházíme-li z teoretického konceptu vztahu duševní nemoci a „self“, jak se domnívá Mukolo a kol., lze teoreticky předpokládat, že u malých dětí je mentální porucha separovaná od „self“. Je možné si představit, že stigma bude u malých dětí vázáno jen k nemoci samotné a ne k dítěti nebo rodině. Nemoc je tak separována od svého nositele a dítě je vnímáno jako andělsky čisté a nevinné, ale zranitelné – není chráněno před působením vnějších vli-

vů. Nemoc je chápána jen jako určitá odchylka od normálního stavu zdraví. Malé děti vnímáme jako méně zodpovědné za projevy chování než děti starší nebo dospělé. Separace nemoci od nemocného je vedena tendencí dítě nepoškodit, neublížit mu. Nakonec, někdy v průběhu vývoje od dětství k dospělosti se stane, že je tato separace nemoci od dítěte pospiněna vlivem veřejného mínění. Veřejný názor, se kterým se dítě identifikuje, se pak může stát jeho centrálním přesvědčením a stigma, které zatím fungovalo jen ve směru k nemoci, se stane synonymem stigma ve směru k němu. Vliv má pravděpodobně i maturace a kognitivní vývoj dítěte.

Nelze ovšem vyloučit, že stigma bude dopadat na dítě i v době, kdy pro svou kognitivní nezralost není schopno negativnímu obsahu stigma rozumět a správně ho interpretovat (neproběhla ještě auto-stigmatizace). Dítě může trpět sekundárně v důsledku stigmatizace rodiny. Pokud rodiče považují veřejné mínění o duševních nemocích za legitimní, mohou být důsledky pro dítě horší (např. rodiče odmítají vyhledat odbornou pomoc) (14). Názor je v souladu se zjištěním Watsonovy studie. Ta se sice vztahuje k dospělým, ale potvrzuje, že čím víc pacient s duševní nemocí akceptuje veřejné mínění o duševně nemocných, tím snadněji tento postoj internalizuje (15).

V každém případě je proces auto-stigmatizace u dětí zahalen ještě většími nejasnostmi než je tomu u duševně nemocných dospělých. Zatím je víc otázek s této souvislosti položeno než zodpovězeno.

4. Sekundární stigmatizace v souvislosti s duševní nemocí dítěte?

V pedopsychiatrii se můžeme častěji setkat s obrazem sekundární stigmatizace. Sekundární, resp. asociované stigma (v zahraniční literatuře „courtesy stigma“), prožívají nejčastěji matky dětí s duševními poruchami. Varovné informace o vlivu značkování na příbuzné dospělých pacientů s duševní nemocí přinesla švédská studie, uveřejněná v r. 2002. 18 % příbuzných dospělých pacientů s těžkou duševní poruchou vyjádřilo názor, že by bylo lepší, kdyby jejich duševně nemocný příbuzný zemřel. Téměř 40 % z příbuzných uvedlo, že se domnívají, že právě duševní nemoc jejich blízkého způsobila zdravotní problémy u nich samotných (16).

Zprávy z posledních let hovoří převážně o sekundárním stigma u matek autistických dětí, popřípadě matek dětí s ADHD. Gray pozoroval, že matky autistických dětí vnímají stigma víc než otcové a že to jsou především rodiče mladších autistických dětí (mladší 12 let), kteří

vnímají stigma intenzivněji (17). Jiní autoři upozorovali, že na vznik sekundárního stigmatu má vliv především časný počátek nemoci dítěte (11). Prvotní studie prokázaly, že matky reagují především depresí. Brannan a Heflinger shrnuli základní charakteristiky sekundárního stigmatu (18). Jsou jimi strach, že dítě bude značkovááno, a dále strach z toho, co si o tom budou přátelé a rodina myslet. Největší obavy projevovali rodiče dětí se závažnými emočními problémy.

Důsledky stigmatizace u dětí a adolescentů

Víme dost málo o všech důsledcích, které s sebou nese stigma duševní nemoci u dětí a adolescentů.

Pescosolido a spolupracovníci zjistili, že negativní reakce okolí na psychickou nemoc dítěte zahrnuje řadu negativních sociálních jevů. Dochází ke zvětšení sociální distance mezi dítětem, jeho rodinou a okolím, zvětšuje se sociální distance mezi ním a ostatními dětmi, rodiče jsou obviňováni z přítomnosti psychické poruchy u jejich dítěte a nakonec okolí volá po realizaci tvrdších terapeutických postupů včetně léčby v podmínkách omezeného režimu. Studie v té souvislosti také potvrdila, že se rodinám s astmatickými dětmi dostává víc podpory z jejich sociálního prostředí než rodinám s dětmi, které trpí nějakou psychickou poruchou (9).

Dle závěrů Hinshawa mají děti na rozdíl od dospělých méně síly se stigmatu bránit a jejich sociální status je v mnoha společnostech podstatně nižší než u dospělých, proto jsou víc vydány na pospas tlaku okolí, jejich chování je méně tolerováno než chování dospělých. Dítě tak trpí přímými důsledky stigmatu, což může to být jedním z důvodů, proč rodina nehledá odbornou pomoc, přestože to psychický stav dítěte vyžaduje (19).

Starší adolescenti, zvláště chlapci, mají podobné obavy z důsledku stigmatizace jako dospělí muži (20). Proto se ani v případě, kdy se objeví závažná emoční porucha, neobráť na odborníka z obavy, že získají psychiatrickou značku.

Boj se stigmatem – cesty prevence v naší klinické praxi

Existuje řada prací, které prokazují, že i samotné zdravotnické, tedy i psychiatrické a pedopsychiatrické pracoviště, může stigmatizovat. Lékaři stanovují a „přidělují“ diagnózu, ordinují medikaci, která má sedativní efekt nebo vyvolává kosmetické změny na vzhledu pacienta, apod. Proto by mělo být i naší povinností přispět

k redukci stigmatu, jehož důsledky mohou dopadat na dítě či adolescenta, stejně jako na celou rodinu v individuální nebo sociální rovině.

Hovoříme často o tom, že i v naší klinické praxi přibývá dětí, u kterých diagnostikujeme psychickou poruchu, zvláště z oblasti ADHD nebo z oblasti poruch autistického spektra. To hypoteticky znamená, že s počtem diagnostikovaných a léčených mladých lidí roste i stigmatizace. Stigmatizace může vést k dalším závažným důsledkům – především k ignorování závažných změn v chování jedince. Zanedbání léčby může představovat vysoké riziko pro zdraví a život. Cesty, jak tomu předcházet, jsou různé. Zkusme se zamyslet nad některými z těch, které můžeme realizovat v běžné praxi.

1. Prevence v klinické praxi

a) Pečlivá diagnostika

Měli bychom být opatrní při určování diagnózy. Martin a kol. ve své práci zdůrazňují, že s tím, jak přibývá debat ohledně problémů duševního zdraví mládeže, přibývá také otázek, které se týkají reliability a validity diagnostiky a léčby (21).

V klinické praxi bychom neměli stanovit jednoznačnou diagnózu, pokud nejsme přesvědčení o její správnosti. Nelze například zpochybnit, že přibýlo v ordinacích dětí s autistickými symptomy. Postavit ale jednoznačnou diagnózu při prvních symptomech u malého dítěte může být chybou. Studie ukazují, že nejméně u 30 % dětí bývají symptomy přechodné a v dalším vývoji se vytrácejí. Ve snaze něco nepřehlédnout můžeme naopak přehnaně diagnostikovat. Dbejme na to, abychom stanovením diagnózy pacienta nepoškodili, nestigmatizovali jeho nebo rodinu.

b) Nevhodná označení

Je důležité, abychom se vyvarovali jednoduchých nebo hanlivých označení našich pacientů. Jedná se o značkování jedinců na lingvistické úrovni, typické pro lékaře nebo zdravotnický personál. Tak, jak bychom neměli užívat termíny „hysterka“ nebo „psychopat“ v psychiatrii dospělých, měli bychom vyloučit jednoduchá označení také v pedopsychiatrii. Příkladem může být označení „anorektička“, popřípadě termín „Asperger“.

Uvádím jeden případ z klinické praxe, který ilustruje individuální boj jedince proti stigmatu.

11letý chlapec vstupuje do ordinace s otcem. Otec oznamuje lékaři, že se chtějí objednat, protože je „jeho syn Asperger“. Chlapec se bezprostředně po otcově sdělení pohotově brání a konstatuje: „Já nejsem žádný Asperger, já jsem normální kluk, který si jenom nerozumí s dětmi...“

c) Respekt

Přistupovat k pacientovi vždy s respektem – platí v psychiatrii obecně. Vyplatí se přistupovat s respektem i k dětem a adolescentům. Jde přece, mimo jiné, o jeden z rozhodujících atributů pro budování kvalitního terapeutického vztahu.

2. Prevence v oblasti informovanosti

Jednou z výzev destigmatizačního procesu v psychiatrii je zvýšení informovanosti o příznacích duševních poruch. Vhodné je vytváření online serverů. Nejen mladí lidé, ale i jejich rodiče hledají informace o nemocech a jejich léčbě především na internetu. V pedopsychiatrické praxi máme bohužel je málo informativních brožur o psychických poruchách u dětí a adolescentů. Výjimkou jsou jen brožury s informacemi o ADHD.

Za smysluplný počín a cestu správným směrem lze označit on-line publikaci, kterou vytvořil the U.S. Dep. Of Health and Human Services. Publikace uvádí přehled varovných příznaků duševních poruch mládeže. Má přimět mladé lidi a jejich rodiny k vyhledání odborné péče, pokud se u nich samotných nebo jejich přátel varovné signály duševní poruchy objeví (tabulky 1–4).

3. Destigmatizace – dostupnost účinné intervence

Součástí destigmatizace není jen prevence duševních poruch, ale také dostupnost účinné intervence. Tu nemůžeme realizovat, pokud budeme sami považovat za naše prioritní záležitosti problémy se zdravotními pojišťovnami. Kdo má pomoci adolescentovi v akutní emoční poruše, když z telefonního sluchátka psychiatrické ambulance zazní, že nové pacienty přijímá lékař za 3, 6, popřípadě 12 měsíců? Snad jde jen o přechodný fenomén, který nebude mít dlouhého trvání a souvisí s mnoha jinými nevyřešenými záležitostmi našeho zdravotnictví. Ekonomické problémy jsou jedna věc, medicínská zodpovědnost druhá.

Boj proti stigmatizaci samozřejmě neznamená omezení dostupnosti psychiatrické péče – právě naopak.

Destigmatizace vyžaduje také změny v léčebných postupech. Jednou z cest je podávání léků v jedné dávce denně. Vyplatí se také spolupráce se školními psychology v zájmu snížení negativního vlivu školního prostředí na nemocné dítě.

Zvláštní pozornost a mimořádnou péči vyžaduje dítě, které se vrací do školního prostředí z pedopsychiatrické hospitalizace. Zabránit vzniku psychiatrické značky je hlavním cílem, který by si měli vzít na bedra všichni, kdo v té době s dítětem pracují – pedopsychiatr, psycholog, popřípadě

Tabulka 1. Varovné příznaky u emočních poruch**Emoční poruchy u dětí a adolescentů**

- prožívá smutek a beznaděj a tyto pocity neustupují
- po většinu času je zlostný a křičí, všechno ho rozčiluje
- má časté pocity beznaděje a viny
- často je úzkostný a ustaraný
- je neschopný se vyrovnat se smrtí pro něho důležité osoby
- je extrémně ustrašený, má nevysvětlitelné strachy
- neustále se zabývá tělesnými problémy nebo svým vzhledem
- děsí ho nadměrná myšlenková kontrola, stejně jako ztráta kontroly

Tabulka 2. Varovné příznaky – změny v chování**Velké změny v chování dětí a adolescentů, jako např.:**

- výrazné zhoršení školního prospěchu
- ztráta zájmu o věci, které ho bavily
- nevysvětlitelné změny v jídelních zvyklostech nebo spánku
- vyhýbá se rodině a přátelům, pořád chce být sám
- je nadměrně zasněný, neplní povinnosti
- má pocit, že je to hrozně těžké zvládat život...
- slyší hlasy, které nelze vysvětlit
- má časté sebevražedné myšlenky

Tabulka 3. Další příznaky, které mohou být součástí psychických poruch**Dítě nebo adolescent**

- špatně se soustředí a není schopen cíleně dokončit myšlenky
- není schopen sedět klidně a udržet pozornost
- má strach, že bude někým napaden a nebo něco špatného provede
- má potřebu se umývat a čistit věci mnohokrát denně, vyhýbá se tak nebezpečí
- má příliš mnoho myšlenek v hlavě, nestihá je sledovat
- má přetrvávající noční děsy

Tabulka 4. Varovné příznaky, které mohou signalizovat další psychické nemoci**Chování dítěte nebo adolescenta je spojeno s dalšími problémy:**

- užívá alkohol nebo drogy
- jí příliš moc, pak zvrací, užívá projímadla, vyhýbá se kontrole své váhy
- drží diety a nebo nadměrně cvičí
- porušuje práva druhých a stále přestupuje zákon bez ohledu na druhé
- zakládá požáry
- dělá nebezpečné, život ohrožující věci
- zabíjí zvířata

pediatr. Ne vždy je podpora rodiny, byť je sebevětší, dostačující. Musíme mít na zřeteli, že kvalita sociálního začlenění v dětství a adolescenci bude zásadním způsobem rozhodovat o kvalitě mezilidských vztahů jedince v dospělosti.

Závěr

Nemáme stále dostatek vědomostí o vzniku stigmatu duševně nemocného, neexistuje jednotná teorie. Stigma je komplex interakcí mezi sociální vědou, politikou, historií, psychologii, medicínou a antropologií. Zvláště u dětí a adolescentů tápeme, teoretické konstrukty tohoto fenoménu nejsou vytvořeny.

Vzhledem k tomu, že různá přesvědčení, předsudky a naše postoje se formují již v dětství a dospívání, jeví se zaměření naší pozornosti směrem k mládeži nutností. Neméně pozornosti je třeba v naší péči věnovat i matkám a příbuzným dětí s psychickými poruchami. Zvláště poruchy s dlouhodobým průběhem mohou vést k vyčerpání

a sekundární stigmatizaci příbuzných, což může v důsledku zhoršit průběh nemoci také u dítěte.

Duševní zdraví dětí a adolescentů je nezbytnou podmínkou zdravého vývoje celé společnosti a zájem o jeho zachování musí být prioritním cílem i budoucích generací.

Přítomnost jednoho nebo více těchto příznaků si žádá další vyšetření a dítě by mělo být odesláno k psychiatrovi, event. psychologovi – specialistovi pro léčbu dětí a adolescentů (dle Child and Adolescent Mental Health – The U.S. Dept. of Health and Human Services).

Literatura

1. Praško J, a kol. Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie. LFUP, Olomouc 2010.
2. Janík A. Veřejnost a duševně nemocný. Avicenum, Praha 1 987.
3. Green DE, McCormick JA, Walkey FH. Community attitudes to mental illness in New Zealand 22 years on. Social Sci Med 1 987; 24: 417–422
4. Smith M. Stigma. Advances in psychiatric treatment 2002; 8: 317–323

5. Holý L, Šibor J. Stigma duševního onemocnění a škola. School and Health 2008; 21(3): 145–152.

6. Ping Tsao CI, Tummala A, Roberts LW. Stigma in mental health care. Acad Psychiatry 2008; 32: 70–72.

7. Merikangas KR, Jian-ping H, Burstein M, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication- Adolescent Supplement (NCS-A). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010; 49(10): 980–989.

8. Kranke D, Floersch J, Townsend L, Munson M. Stigma experience among adolescents taking psychiatric medication. Children and Youth Services Review 2010; 32(4): 496–505.

9. Pescosolido BA, Fettes DL, Martin JK, Monahan J, McLeod JD. Perceived dangerousness of children with mental health problems and support for coerced treatment. Psychiatric Services 2007; 58: 619–625.

10. Walker JS, Coleman D, Junghee L, Squire PN, Friesen BJ. Children's stigmatization of childhood depression and ADHD: magnitude and demographic variation in a national sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008; 47(8): 912–920.

11. Gonzales JM, Rosenheck RA, Pwielick DA, et al. Factors associated with stigma among caregivers of patients with bipolar disorder in the STEP-BD study. Psychiatric Services 2007; 58(1): 41–48.

12. Slopen NB, Watson AC, Gracia G, Corrigan PW. Age analysis of newspaper coverage of mental illness. J Health Commun. 2007; 12(1): 3–15.

13. Morgan AJ, Jorm AF. Recall of news stories about mental illness by Australian youth: association with help-seeking attitudes and stigma. Aust N Z J Psychiatry 2009; 43(9): 866–872.

14. Mucolo A, Heflinger CA, Wallston KA. The stigma of childhood mental disorders: a conceptual framework. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010; 49(2): 92–108.

15. Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. Schizophrenia Bulletin. 2007; 33(6): 1312–1318.

16. Osman M, Kjellin I. Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. Br J Psychiatry 2002; 181: 494–498.

17. Gray DE. Perception of stigma: the parents of autistic children. Sociology of Health and Illness. 1993; 15: 102–120.

18. Brannan AN, Heflinger CA. Caregiver, child, family and service system contributors to caregiver strain in two child mental health service systems. Journal of Behavioral Health Service and Research. 2006; 33(4): 408–422.

19. Hinshaw SP. The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2005; 46(7): 714–734.

20. Sirey J, Bruce MI, Alexopoulos GS, et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. Am J Psychiatry 2001; 158: 479–481.

21. Martin JK, Pescosolido BA, Olfandottir S, McLeod JD. The construction of fear: American's preference for social distance from children and adolescents with mental health problems. Journal of Health and Social Behavior. 2007; 48(1): 50–67.

Článek doručení redakci: 2. 7. 2012

Článek přijat k publikaci: 25. 11. 2012

doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Soukromá psychiatrická ambulance
a PK FN Olomouc
Václavská 10, 772 00 Olomouc
e.starkova@seznam.cz