

# Názory obyvatel Zlínského kraje na osoby trpící duševním onemocněním

Alžběta Vaculíková

---

Bakalářská práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alžběta Vaculíková**

Osobní číslo: **H13091**

Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Názory obyvatel Zlínského kraje na osoby trpící duševním onemocněním**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti problematiky duševních onemocnění, schizofrenních poruch a psychiatrie.**

**Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.**

**Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**ČEŠKOVÁ, E.** Schizofrenie a její léčba. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-056-9.

**ČERNOUŠEK, M.** Šílenství v zrcadle dějin. Praha: Grada, 1994. ISBN 8071690864.

**FAUCAULT, M.** Psychologie a duševní nemoc. Praha: Dauphin, 2000. 113 s. ISBN 80-86019-30-6.

**CHRÁSKA, M.** Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

**VAŠINA, B.** Psychologie zdraví. 1. vydání. Ostrava: REPRONIS Ostrava, 1999. 84 stran. ISBN 80-7042-546-6.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Eva Šalenová**

Ústav pedagogických věd

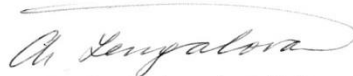
Datum zadání bakalářské práce:

**9. prosince 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**27. dubna 2016**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2015



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 26.4.2016

.....  
Vaukhan

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k vyší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou duševního onemocnění a klade důraz na zjištění názorů a informovanosti o tomto tématu. Práce je rozdělena na dvě základní části. Teoretická část je zaměřena na problematiku duševního onemocnění. První kapitola vymezuje rozdíly mezi duševním zdravím a duševní nemocí, věnuje se problematice práv duševně nemocných a pohledu veřejnosti na duševní nemoci. Druhá kapitola se zaměřuje na vybraná duševní onemocnění, jejich klasifikaci, možné příčiny vzniku a léčbu. Druhá kapitola rozpracovává rovněž vztah sociálního pracovníka ke klasifikaci duševních nemocí. Poslední kapitola se zabývá výhradně schizofrenií, jejími příčinami, formami a způsoby léčby. Praktická část je realizována formou kvantitativního výzkumu prostřednictvím dotazníkového šetření. Cílem bakalářské práce je zjištění názorů obyvatel Zlínského kraje na osoby trpící duševním onemocněním.

Klíčová slova: Duševní zdraví, duševní onemocnění, klasifikace duševního onemocnění, schizofrenie, MKN- 10

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis deals with the problems of mental illness and emphasis on identifying the views and awareness on this issue. The work is divided into two parts. The theoretical part is focused on mental illness. The first chapter defines the differences between mental health and mental illness, deals with the issue of the rights of mental patients and the public view of mental illness. The second chapter focuses on selected mental illnesses, their classification, possible causes and treatment. The second chapter elaborates the relationship is also a social worker for the classification of mental illnesses. The last chapter deals exclusively with schizophrenia, its causes, forms and methods of treatment. The practical part is realized by quantitative research through a questionnaire survey. The aim of the thesis is to determine the views of residents of the Zlin Region for those suffering from mental illness.

Keywords: Mental health, mental illness, classification of mental illness, schizophrenia, MKN-10

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Evě Šalenové za odborné vedení, ochotu, vstřícnost a cenné rady, které mi během zpracovávání mé bakalářské práce poskytovala.

Poděkování náleží i všem respondentům, díky kterým mohla být má práce realizována.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....</b>	<b>12</b>
1.1 PRVNÍ PŘEDSTAVY O DUŠI .....	13
1.2 NORMALITA A DUŠEVNÍ ZDRAVÍ.....	15
1.2.1 Duševní zdraví .....	16
1.3 PRÁVA DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH.....	17
1.4 VEŘEJNOST A DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	19
1.4.1 Destigmatizace .....	21
<b>2 KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH NEMOCÍ.....</b>	<b>23</b>
2.1 KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH NEMOCÍ A SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK .....	24
2.2 ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY (F00- F09).....	25
2.2.1 Vybrané poruchy: demence, delirium .....	26
2.3 DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ VYVOLANÉ ÚČINKEM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK (F10-F19) .....	28
2.3.1 Poruchy vyvolané užíváním alkoholu a stimulancí .....	29
2.4 AFEKTIVNÍ PORUCHY (PORUCHY NÁLAD) F30-F39 .....	31
2.4.1 Manická a depresivní epizoda, bipolární porucha a trvalé poruchy nálad .....	33
2.5 NEUROTICKÉ PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM A SOMATOFORNÍ PORUCHY F40-F49 .....	34
2.5.1 Fobické a jiné úzkostné poruchy, obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha, trans a stavy posedlosti .....	35
2.6 PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ U DOSPĚLÝCH F60-F69 .....	37
2.6.1 Paranoidní porucha, histrionská porucha, poruchy sexuální preference .....	39
<b>3 SCHIZOFRENIE .....</b>	<b>40</b>
3.1 CHARAKTERISTICKÉ PŘÍZNAKY .....	41
3.2 TYPY SCHIZOFRENIE.....	46
3.3 PŘÍČINY TOHOTO ONEMOCNĚNÍ.....	47
3.4 LÉČBA .....	49
<b>4 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....</b>	<b>52</b>
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>54</b>
<b>5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>55</b>
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	55
5.2 VÝZKUMNÉ CÍLE .....	55
5.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	56
5.4 TECHNIKA SBĚRU DAT .....	56
5.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	57
5.6 METODY ANALÝZY DAT .....	57
<b>6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT .....</b>	<b>59</b>



<b>7</b>	<b>SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....</b>	<b>86</b>
7.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	89
<b>8</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>91</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>93</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>96</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>97</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>98</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>100</b>
	<b>PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK .....</b>	<b>112</b>

## ÚVOD

Pozice a postavení duševně nemocného člověka ve společnosti byla a stále je odrazem dané doby, míry znalostí a vyspělosti kultury. Již od počátků historie lidstva byla psychice připisována značná důležitost. Lidé s duševním onemocněním byli součástí každé společnosti a kultury. Společnost vždy k těmto osobám zaujímala určitý postoj, ať už se jich stránila, stavěla je na okraj nebo se o tyto osoby snažila postarat. Duševním nemocem byl dříve často také přisuzován magický význam a hovořilo se o nich v souvislosti s posedlostí ďáblem, ale od tohoto výkladu jsme se již posunuli. Pohled na osoby trpící duševním onemocněním se však i tak mění pouze pomalu. A to i přes velký rozvoj psychiatrie jako oboru v posledních letech, rozvoje farmakologie a skutečnosti, že u převážné části pacientů lze průběh jejich duševní nemoci zmírnit či dostat úplně pod kontrolu.

Jelikož společnost stále není dostatečně informována o problematice duševních nemocí, měli bychom projevovat větší zájem o řešení této problematiky.

Je taktéž zřejmé, že při utváření názorů o této problematice sehrávají velkou roli i média. Když psychicky nemocný člověk projeví agresi, nebo spáchá zločin, média se o tom ve většině případů zmíní. To ovlivňuje obraz a názory společnosti, které zůstávají nadále zkreslené. Také v řadě filmových děl, básnických tvorbách a vtipech se objevuje zakořeněný stereotyp blázna, jakožto duševně nemocného člověka. Tento stereotyp je skrze negativní a objevuje se po generace. A zejména laikovi, jenž nemá mnoho zkušeností, slouží tento stereotyp jako „diagnostické kritérium“. Často také dochází k tomu, že lidé duševním nemocem různého typu mylně přisuzují stejné charakteristiky. Proto je nezbytné šířit větší osvětu veřejnosti, veřejnost by měla být více informována o duševních nemocech a jejich kategoriích. To má úzký vztah i k člověku trpícím duševním onemocněním, jelikož takový člověk může pod vlivem strachu ze stigmatizace pociťovat obavy vyhledat odbornou pomoc.

Lidé s duševním onemocněním, stejně jako ostatní, mají právo začlenit se do společenského života a žít alespoň trochu samostatným životem.

V poslední kapitole bakalářské práce se budeme věnovat výhradně schizofrenii, jelikož právě ta bývá nejčastěji medializována a nejvíce spojována s řadou stereotypů a mýtů. Proto je významné věnovat jí výsadní pozornost.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Pro duševní onemocnění existuje řada různých definic. Nejdříve vysvětlíme pojem porucha v obecné rovině a následně se zaměříme konkrétně na pojem duševního onemocnění (poruchy).

Porucha se kvalitativně liší od zdraví a je to jiný typ abnormního. Projevuje se příznaky v určitém spojení a výskytu. Jestliže rozsah nároků prostředí přesáhne hranici přizpůsobivosti organismu, dojde k narušení stability a vzniká nemoc. (Dušek a Večeřová- Procházková, 2015, s. 24)

Světová zdravotnická organizace (WHO) popisuje, že duševní poruchy jsou souhrnem pro rozsáhlou skupinu problémů s odlišnými příznaky. Avšak celkově jsou určovány kombinací abnormálních emocí, myšlenek, vztahy a chováním k ostatním. Mezi příklady duševních nemocí patří deprese, mentální retardace, poruchy v důsledku užívání drog a schizofrenie. Větší část těchto poruch lze léčit úspěšně. (WHO, 2015)

Češková uvádí, že psychiatrie je jediný obor, který ještě stále na základě klinických syndromů a symptomů definuje psychické poruchy. Obecně je člověk brán jako biopsychosociální jednotka a na všech poruchách se různou měrou podílejí jak faktory biologické, tak i psychické a sociální. Na vzniku těchto poruch mají však také nedílný podíl individuální specifika každého člověka, tím míníme výchovu, prostředí a geneticky danou vulnerabilitu, tedy dědičné predispozice pro vznik určité choroby.

Neexistuje kultura či společenství, ve které by se neobjevovaly žádné duševní poruchy. Avšak na základě odlišnosti různých kultur a společenství panují různorodé představy o duševní nemoci a zdraví. Na otázku, zda lze definovat podstatné znaky duševní choroby osobnosti, které budou platit nezávisle na kultuře, odpověděl autor Kluckholm. Zjistil že, postižení jedinci nejsou trvale přístupni komunikaci, chování těchto jedinců se výrazně liší od kulturních norem a tito jedinci nejsou schopni ovládat své agresivní tendence.

Rozdíly a podobnosti co se vzniku a výskytu psychických poruch napříč různými kulturami týče, se zabývá transkulturní psychiatrie. V souvislosti s tím se zjistilo, že klasické skupiny psychických onemocnění se objevují napříč všech kultur a formy vyjádření těchto onemocnění silně závisí na jednotlivé kultuře. I zvládání těchto nemocí a reakce okolí na ně jsou závislé na kultuře a společenských vlivech (Svoboda a kol., 2006, s. 28-35).

Dle diagnostického a statistického manuálu III. vydání je duševní onemocnění popisováno jako klinicky příznačný behaviorální či psychický soubor typických projevů, který se vyskytuje u člověka. Syndrom poruchy se často vyskytuje ve spojitosti s nepohodou, nebo s narušením v jedné či více významných oblastech fungování. Dochází také k odchylce funkcí v soustavě biologické, psychické či behaviorální. (Smolík, 2002, s. 31)

### 1.1 První představy o duši

V antickém Řecku se přeneseně pro označení duše užíval výraz psyché, což v řečtině znamenalo dech. O duši se v této době hovoří v souvislosti vztahu k tělu a ke světu. Na základě svých vlastností byla duše předmětem zájmu. Je však nutno podotknout, že se nejednalo o žádný spekulativně vytvořený pojem, nýbrž se objevuje oddělení pojmu duše od filozofie. Duše se tedy vyznačuje původem předfilozofickým. (Musil, 2008, s. 11)

Už od pradávna si lidé pokládali otázky typu, co je život, co je duševní život a jaká je souvislost mezi uvedenými. Tímto způsobem u lidí vznikaly vůbec první teorie duševního života člověka. Tyto teorie však vyplývaly z primitivní interpretace skutečností a z nedokonalého poznávání (Nakonečný, 1995, s. 8).

V 19. století anglický antropolog E. B. Tylor definoval teorii animismu, která zpětně popisuje o duši první představy. V teorii se mimo jiné objevil vztah božstev a duše a na základě toho lze uvést počátky jakýchkoli náboženských představ. Tylorova teorie nachází příčinu, proč člověk začal přemýšlet o duši. Podle něj to byly otázky, které se týkaly nejen rozdílu mezi mrtvým a živým lidským tělem, ale také důvody spánku, bdění. Člověka od přirozenosti **interesovaly** krajní, mimořádné stavy, stavy vytržení mysli z citového vzrušení navozeného různými stimuly. Člověk také uvažoval nad důvody snění a vizí a taktéž nad příčinami onemocnění a smrti. Toto jsou dle Tylora příčiny, jak člověk začal uvažovat o duši. Podle něj společná odpověď na uvedené otázky může spočívat v představě ducha nebo osobní duše, něčeho, co se může tělu podobat, ale tělesní není.

Tato preanimistická teorie popisuje duši jako stín či páru, jejíž podoba je neviditelná, netělesná. Ale může se projevit fyzickou silou a to v podobě zjevení během bdění i snění. Duše je nedílnou součástí člověka i jeho myšlení, mezi její vlastnosti patří i proniknutí do těl jiných rostlin, zvířat i lidí (Musil, 2008, s. 11).

Nakonečný (1995, s. 8) uvádí, že dle Tylorovy teorie má člověk ve svém těle určitého oživujícího činitele, který opouští tělo člověka po posledním vydechnutí, po smrti. Což je Ty-

lorova představa dechové duše. A tento oživující činitel existuje i nadále, jelikož se zemřelý může zjevovat jako nehmotný obraz ve snech u lidí, kteří jej znali. To je představa **stínové duše**. Těmto představám dechové či stínové duše většinou připadaly znaky nehmotnosti, nesmrtelnosti a nezávislosti na těle. Duše byla popisována v těle člověka jako nositelka života. Ve spojitosti s tím začaly vznikat i první úvahy o posmrtném životě, přičemž se lidé projevovali obavami ze zemřelých.

Jsou známy i jiné úvahy o duši a to v souvislosti s životně důležitými orgány nebo funkcemi organismu člověka. Za nositele duše byla brána krev, a tudíž se hovořilo o krevní duši. Krev byla považována za pilíř životní síly, duševní potence a nositelku života, odvahy a statečnosti. Na základě toho hovoříme o původu rituálu, a to v podobě pití krve lidské oběti.

Znám je kult orfický z Indie, kdy se Orfikové dívají na duši jako věčnou v kontrastu k pomíjivému tělu. Duše v tomto pojetí je v těle člověka držena v žaláři za své předchozí skutky. Proto je nutné, aby se duše oddělila od těla a osvobodila se tak od trestu tělesnosti. Jak si můžeme uvědomit, předchozí pojetí duše, které je charakteristicky monistické, je nahrazeno **dualismem**. Při tomto pojetí se objevuje oddělení duše od těla (Musil, 2005, s. 12).

Jedny ze zmínek o duševním životě člověka vznikaly již ve starém Egyptě. Názory pramenící z této doby jsou zachované na papyrech, zdech pyramid a sloupech chrámů. Jako důležité texty o duši a duševním životě můžeme zmínit tzv. **Knihy mrtvých**. Kdy je jako nejstarší psychologické pojednání uveden Rozhovor životem unaveného se svou duší. Tento rozhovor je pojímán jako sebeanalýza, kdy vzdělaný Egyptan rozmlouvá se svým nevědomím. Objevuje se zde nesmrtelnost duše, kdy duše Egyptanovi slibuje, že ho po smrti neopustí.

Jak jsme již zmínili, napříč doby a času se objevovala různá pojetí a vymezení duše.

Avšak spojení duševního života přímo s činností mozku se objevuje již v 5. století př. n. l., k čemuž se dopracoval řecký lékař Alkmaion. Tento řecký lékař závislost změn v duševním životě osobnosti zjišťoval na dysfunkcích mozku. Jako zajímavý se jeví fakt, že řada neurofyziologů 20. století se znovu obrací k dualistickému pojetí duše a těla, respektive mozku. Jelikož z mechanismů činnosti mozku nelze popsat složitější duševní jevy. Činnost mozku doposud není zcela prozkoumána (Nakonečný, 1995, s. 9- 19).

## 1.2 Normalita a duševní zdraví

„Termín normalita se často užívá obdobným způsobem jako termín přizpůsobení.“ (Coan, 1999, s. 62, citováno dle Vágnerová, 2004, s. 21)

Musil a kolektiv (2006, s. 23) uvádějí, že se doposud se nepodařilo sjednotit definiční vymezení normality. Charakteristické jsou dvě definice. „Normalita je ideální funkce nebo optimální integrace.“ Tato definice vychází z psychoanalytického a strukturalistického pojetí. V druhé definici popisuje autor normalitu jako neustálý proces seberealizace. A příklání se k druhému vymezení z toho důvodu, že toto pojetí nám z hlediska vývojové psychologie přináší potvrzení, že správně chápeme pojem vývoje. Toto porozumění nám pomáhá akceptovat i nepředpokladatelné změny ve vývoji. Proto bývá nutné vyrovnávat se s těmito změnami v průběhu života.

Hranice normy bývá pohyblivá, a to díky tomu, že normalita může být brána z řady různých hledisek. Norma může být charakterizována sociokulturně, statisticky nebo funkčně. Když se zaměříme na pojem normy jako optimálního stavu, norma bude definována jako ideál, jemuž je potřeba se přiblížit.

Mezi normou a abnormalitou existuje hranice plynulá, souvislá. Vymezení normy se může u různých skupin odlišovat, vyvíjí se v čase a může záviset také na aktuální úrovni dané společnosti. (Vágnerová, 2004, s. 21-27)

Z jiných taktéž často používaných hledisek bývá normalita charakterizována jako duševní zdraví, optimální stav a proces směřující k seberealizaci. Normalita jako duševní zdraví znamená nepřítomnost nemoci. Toto pojetí je zejména oblíbené v lékařství. Je však důležité zmínit, že pojem norma a zdraví se nemusí vždy slučovat. Jako příklad můžeme uvést stáří, kdy považujeme jistou skupinu poruch za normální, pokud nepřekračují určitou mez. Mírně tím například sníženou schopnost se učit, poruchy paměti nebo zpomalené reflexy.

Normalita jako optimální stav předznamenává opírání se o určitý ideál. Je to model, jehož kritériem je dokonalost. Normalita jako proces směřující k seberealizaci je pojímána v závislosti na přírodních a společenských podmínkách. V tomto pojetí se objevuje možnost svobodné volby jedince ve vztahu k sebeutváření. Důležitou roli hraje schopnost adaptace jakožto aktivní přizpůsobivosti.

Mezi kritéria normality psychické činnosti patří realistické životní cíle, efektivní kontakt s realitou, rozumný pocit sebevhledu, schopnost učit se ze zkušeností, integrace osobnosti, přiměřená bezprostřednost a emocionalita.

V každodenním životě jsme nuceni posuzovat projevy druhých a hodnotit je na základě normality. Nejčastěji to provádíme analýzou chování, které je na rozdíl od prožívání viditelnou složkou psychiky. Syřišťová rozlišuje kritéria normality z pohledu psychologického a psychopatologického. Spadá zde zejména pocit identity, schopnost seberealizace, schopnost subjektivního uspokojení. Dále zde náleží také nezávislost osobnosti, integrace osobnosti, schopnost přežití, rezistence ke stresu a adekvátní vnímání reality. (Svoboda a kol., 2006, s. 32-34)

### 1.2.1 Duševní zdraví

Duševní zdraví je důležitou složkou dobře fungujícího jedince. Ovlivňuje to, jak zvládáme stres, ovlivňuje naše myšlení, pocity i chování.

Stav úplné duševní, fyzické a sociální pohody, není to pouze nepřítomnost nemoci. Tento fakt odkazuje k podpoře pohody, prevenci duševních poruch a léčbě osob postižených duševními poruchami. (WHO, 2015)

Musil a kol. (2006, s. 25- 28) uvádějí ve své publikaci i definici zdraví z pohledu Maslowa a vymezují kritéria duševního zdraví dle Jahodové.

Zdraví je přesah prostředí, které se vyznačuje těmito vlastnostmi: jasnější a výkonnější vnímání reality, stoupající integrace a jednota osoby. Dále mezi tyto vlastnosti Maslow uvádí větší otevřenost ke zkušenosti, rostoucí bezprostřednost a vzrůstající objektivitu. Dále charakterizuje zdraví reálným já, jedinečností a schopností mít rád.

Jahodová se zaměřila na kritéria týkající se duševního zdraví. Spadá zde pozitivní postoj jedince vůči sobě samému, dále zvládání vnějšího prostředí, přiměřená percepce reality, autonomie, zdravý růst a stupeň sebeaktualizace a v neposlední řadě integrace.

Provazník a kolektiv charakterizovali osobnost duševně zdravou negativním určením. Duševně zdravá osoba není pouze uzavřená jen do světa v sobě, ale přemýšlí i o lidech, věcech a událostech okolo sebe. Osoba duševně zdravá není asociální, hrubá a apatická vůči ostatním, naopak se orientuje pro druhé a je empatická. Dále není podezřívavá a neobviňuje druhé lidi, ale vůči druhým lidem se projevuje jako důvěřivá. Nepěstuje si obranné neurotické mechanismy vůči situacím, kterých se obává, ale snaží se věci aktivně řešit nebo pro-



blematické situace odstranit. Nevidí svět pouze jednostranně a pesimisticky, ale snaží se ho vidět optimisticky a těšit se novým, obohacujícím událostem. Nenechá se snadno ovlivnit a zahnat do kouta, ale projevuje se odvahou a nebojácností. V neposlední řadě duševně zdravá osoba nehodnotí vnější svět a lidi kolem sebe subjektivně, ale z perspektivy různých úhlů pohledu.

Zdravá osobnost se tedy dokáže vcítit do druhých, dokáže jednat objektivně a nestranně a budovat dobré vztahy s ostatními lidmi. Tato osobnost se projevuje jako společensky přizpůsobivá a to v souladu se svým vývojovým stupněm. Nadále je charakteristická svojí rezistencí vůči stresu a dalším rušivým podnětům. Tato osobnost se ukazuje jako citově a sociálně zralá, což jí dovoluje žít život bez problémů, co se týče vyrovnanosti a určité rovnováhy. (Musil a kol., 2006, s. 25-28)

### 1.3 Práva duševně nemocných

V lékařských oborech je nanejvýš nutné dodržování **profesionální etiky** a tím spíše v duševnědých oborech. Máme tím na mysli psychologické a psychiatrické klinické disciplíny. Za nejstarší východisko a formulaci všech etických kodexů je považována tzv. **Hippokratova přísaha**. Ta se jeví jako závazná pro všechny lékaře.

Hippokratova přísaha je navíc příkladem medicínského přístupu, který vymezuje vztah lékaře jako léčitele ke klientovi. Na základě tohoto přístupu se objevuje skutečnost, že klient čili nemocný je plně závislý na lékaři neboli léčiteli. To se děje z důvodu profesionality v podobě lékařových kompetencí. Lékař je způsobilý poznat důvody nemoci v takovém rozsahu, že ji dokáže diagnostikovat a především i léčit. Lékař stanovuje postup léčby, rozhoduje o dalších možnostech vyšetření a předepisuje léky. Klient je na léčiteli závislý a je mu podřízený. Tento model je definován jako paternalistický a je příslušný zejména pro Evropu.

Jako druhý vznikl v důsledku budování demokratické společnosti v USA model liberální, je modelem vztahu lékař- pacient. Jako ústřední fakt se zde objevuje skutečnost, že v rámci tohoto modelu jsou uznávány za platné konkrétní deklarativní dokumenty. Ty pojímají vztah člověka a jeho práv. Patří zde například Deklarace lidských práv a Deklarace práv dítěte.

Práva duševně nemocných jsou obecně ukotvena v rámci různých deklarací.

Je to například Všeobecná deklarace lidských práv, která byla přijata roku 1948 a to valným shromážděním OSN. Dále zde spadá **Úmluva o ochraně lidských práv a svobod**, která byla přijata Radou Evropy. Dále můžeme jmenovat Helsinskou deklaraci z roku 1964 a také Zákon o péči o zdraví lidu.

Co se týče formulace práv duševně nemocných, tato práva byla definována v následujících dokumentech. Deklarace práv duševně postižených z roku 1971. Byla stanovena práva jako to, že duševně nemocný člověk má mít, pokud je možné, stejná práva jako ostatní občané.

Duševně nemocnému člověku by se mělo dostat příslušnému lékařskému vyšetření a následující léčbě. Přitom by se mělo dbát na rozvoj jedincových schopností a vzdělání.

Dále v rámci této deklarace bylo stanoveno právo na **životní standard** duševně nemocného a v souvislosti s tím i právo na zaměstnání příslušné jedincovým schopnostem.

Dále v případech, kde je to možné, je určeno právo jedince žít se svou vlastní rodinou, rodina by měla dostat podporu ke společnému soužití. Pokud je však nutná hospitalizace duševně nemocného, je důležité zajistit takové podmínky v rámci zařízení, aby se co nejvíce podobaly běžnému životu. Pokud je to nutné, duševně postižený občan má právo na opatrovníka a to kvalifikovaného.

Duševně nemocný občan je pod ochranou před ponižováním, zneužíváním a nespravedlivým jednáním. Když dojde u jedince k přečinu, je nutno postupovat s ohledem k jeho postižení. Jestliže duševně postižený není schopen využít v plném rozsahu svá práva, musí se v rámci odejmutí či omezení práv prokázat příslušná právní jistota, aby nedošlo ke zneužití.

Práva duševně postižených jsou obsažena také v havajské deklaraci, která se zaměřila proti neetickému zneužívání psychiatrie. Tato deklarace byla schválena v Honolulu světovým psychiatrickým kongresem.

Jako další byla formulována Luxorská deklarace, která byla vyhlášena k výročí Světové federace duševního zdraví roku 1988 v Luxoru.

V roce 1993 Světová psychiatrická asociace formulovala Práva psychiatricky nemocných. Nejdůležitější vymezení práv a povinností účastníků terapeutického vztahu jsou stanovena v rámci Madridské deklarace z roku 1996. (Musil a kol., 2006, s. 31-33)

Češková (2006, s. 36- 37) se zaměřuje na právní předpisy v rámci duševního onemocnění. Ze zákona mají medicínští pracovníci stanovenou povinnost zachování mlčenlivosti. Tato povinnost se vztahuje k faktům a informacím, jež se dozvěděli v rámci vykonávání své profese. Je zde uložena výjimka vztahující se k případům souhlasu ošetřované osoby. Co se týče psychiatrických zařízení, existuje hospitalizace dobrovolná i nedobrovolná. O nedobrovolné hospitalizaci rozhoduje určitý soud a to znovu od roku 1992. Při tomto druhu hospitalizace je lékař nucen zaslat hlášení konkrétnímu soudu do 24 hodin od přijetí pacienta. Soud také stanoví, kdo se stane opatrovníkem. Za právní úkon je také považován souhlas nemocného s léčebnými úkony a možnost odmítnutí zdravotní péče. V případě nezpůsobilosti jedince k právním úkonům, rozhoduje za nemocného opatrovník.

#### 1.4 Veřejnost a duševní onemocnění

I přestože dochází k neustálému rozvoji psychiatrie a neurověd, u velké části lidí přetrvávají obavy z psychických nemocí, lidí s duševním onemocněním, a z psychiatrie.

Změny ve vývoji psychiatrie nastávají na základě obrovských technických pokroků, kdy je možno sledovat aktivitu mozku u osoby zdravé i nemocné. Mezi takové metody můžeme řadit pozitronovou emisní tomografii – PET, magnetickou rezonanci- MR a nebo jednofotonovou emisní tomografii – SPECT. I přes tyto technické pokroky se lidé duševně nemocných bojí. Většina lidí se duševních poruch obává zejména z toho důvodu, že o této problematice příliš mnoho nevědí. Množství psychických poruch se stává společensky přijatelnými, zde se míní například deprese. Například ale schizofrenie je brána jako něco neakceptovatelného a stigmatizujícího.

Somatické a psychické nemoci často mají hodně společných faktorů. Je to například imunní schopnost organismu, podíl stresových okolností a charakteristiky osobnosti. V současnosti se změnou životního stylu, psychickými stresy a pochybnostmi přibývá množství lidí, které stres sami nezvládají a potřebují odbornou pomoc. Zároveň s výhledem do budoucnosti se duševní nemoci stanou větší ekonomickou zátěží a psychiatrie dražším oborem. (Svoboda a kol., 2006, s. 35-36)

V souvislosti s duševním onemocněním se objevuje řada **stereotypů**.

Stereotypy můžeme definovat jako ustálené způsoby posuzování určitých skupin osob, které přijímáme pasivně a to na základě tradic a předpojatosti. Na základě stereotypů škatulkujeme lidi do určitých kategorií a ovlivňují naše jednání. Stereotypy se v hodnocení

týkají skupin lidí a jejich představitelů, jako například duševně nemocných, dále ras, kultur a tříd. Hodnocení druhých na základě nich bývá zjednodušené a globální. A dochází tak k zastírání a potlačování individuálních rozdílů u konkrétních skupin.

Se **stereotypem duševně chorého** se setkáváme v každodenním životě. Objevuje se v nejrůznějších filmech, masmédiích, vtipech o bláznech či šílencích, sloganech a uměleckých výtvorech.

Na základě těchto stereotypů mohou vznikat jak pozitivní, tak i negativní dopady. Mezi kladné můžeme řadit pocit ochrany a pocit soucitu s duševně nemocným ze strany společnosti. Častěji se ale projevují negativní dopady stereotypů.

Obvyklým následkem se pak stává **stigmatizace**. Stigma je obecně označováno jako hanlivý příznak, vlastnost. Na základě toho vzniká negativní hodnocení označovaného a také se může projevit diskriminace.

Stigmatizovaný pod nálepkou duševní nemoci podléhá sociální kontrole a tato nálepka má bohužel ve většině případů větší výpovědní hodnotu než ostatní informace o jedinci. Pod vlivem nálepky si duševně nemocný může zpětně vykládat své chování ve smyslu deviace, např. vždy jsem byl úzkostný. Pro lidi okolo sebe může působit jako status, ponechává místo jen pro ty vlastnosti, které zahrnuje stereotyp.

Stigmatizace obsahuje očekávání bizarních rozdílů mezi běžnou populací a duševně nemocnými. V mnoha případech ale dochází k **zastírání rozdílů mezi různými typy duševního onemocnění**. Lidé stereotypně považují duševně nemocné jako nebezpečné, nezvládnutelné, nekontrolovatelné a agresivní. Často se u lidí objevuje tendence odstupování a izolovanosti.

Tato neodborná veřejnost má svou specifickou klasifikaci duševních nemocí. Na jedné straně jsou to nervově zhroucení, a na straně druhé pak šílenci. Tento zkreslený úhel pohledu má výrazný vliv na utváření laického obrazu o duševně chorých, přičemž tento obraz bývá stálý a odolný.

Laická veřejnost vidí příčinu duševních poruch zejména v duševní méněcennosti, zvrhlosti, neodolnosti, nemravnosti, zhroucení se po životní ráně nebo v chorém mozku. Často se objevují i výroky typu že duševně nemocný by se měl snažit změnit, měl by být převychován, léčen či izolován.

Stereotyp psychiatrického pacienta je pro osobu natolik **stresující** a riskantní, že raději nevyhledá odbornou pomoc. **Na základě tohoto faktu**, se často lidé, kteří trpí například hlubokou depresí, dostávají k psychiatrově pozdě. Nebo psychotičtí pacienti vyhledávají odbornou pomoc, až když se jejich chování projevuje nápadností a bizarností.

Ve velkém množství případů se objevují obavy ze stigmatizace a to ze strany rodiny a okolí. Jako by člověk, co se léčí na psychiatrii, byl blázen. Rodina pocítuje strach z hanby a bojí se reakcí z okolí. (Praško a Látalová, 2013, s. 89- 92)

#### 1.4.1 Destigmatizace

Nálepkování psychicky nemocných pacientů se stává stále větším a větším problémem. Na základě tohoto faktu se jeví jako významné uvažovat nad možnostmi, které by vedly k **destigmatizaci**, míníme tím například různé destigmatizační programy.

Je zřejmé, že společnost **není dostatečně informovaná** o současné problematice duševních nemocí a velkou roli na utváření názorů má **vliv médií**. Aby mohlo dojít ke změně je v první řadě zapotřebí dobře chápat proces stigmatizace a také tvorbu stereotypů. Stigma duševních nemocí se výrazně nesnížilo, ani s velkým rozvojem psychiatrie v posledních desetiletích. Stigma se rozvíjí pravděpodobněji v souvislosti se stereotypy, které se předávají výchovou a médii se posilují. Jestliže psychicky nemocný člověk projeví agresi, nebo spáchá sebevraždu či zločin, média se o tom ve většině případů zmíní. To ovlivňuje obraz a názory společnosti. (Ocisková a Praško, 2015, s. 253)

Stigmatizace psychiatrických pacientů bývá silnou **překážkou v cestě za léčbou**. Je podstatné se zamyslet se nad tím, co publikují média a ostatní veřejně sdělovací prostředky. Je nutné uvádět věci na pravou míru.

Destigmatizací míníme odstraňování nebo redukci negativních a poškozujících hodnocení (nálepek) určitých jednotlivců či skupin. Cílem destigmatizace je zabránění vyčlenění ze společnosti a následných postihů, změna přístupu zaměstnavatele, blízkých, přátel i zdravotnického personálu. Východiskem jak tuto problematiku řešit, je seznamování společnosti s příznaky psychických chorob takovým způsobem, aby je nevnímala jako odlišnosti a bizarnosti. Ale aby veřejnost duševně chorým porozuměla a pochopila je, eventuálně jim přiměřeným způsobem pomohla. Nadále se jeví jako významné spolupracovat s rodinou i se samotným pacientem. (Praško a Látalová, 2013, s. 99)

Fakt, že stigma může být zábranou v léčbě, směřoval odborníky na psychické zdraví k tvorbě určitých programů. Tyto programy slouží ke zmírňování efektu stigmatu na duševní zdraví a celkově kvalitu života duševně nemocného. (Ocisková a Praško, 2015, s. 253)

Za poslední dobu vznikly již v řadě zemí aktivity prováděné cíleně za účelem redukce stigmatu duševního onemocnění ve společnosti. Spadají zde například různé destigmatizační kampaně, přednášky pro veřejnost, programy upravující zaměstnanost duševně chorých. Jako další aktivitu můžeme jmenovat zavádění dalších legislativ, které vznikají na podporu práv duševně nemocných.

V rámci České republiky existují **destigmatizační kampaně** jako „Týdny pro duševní zdraví“ (Fokus Praha, UNIJAZZ). Kdy se pravidelně od devadesátých let minulého století pořádají na určitých místech v ČR koncerty, workshopy a výstavy na podporu duševního zdraví. Dále byl vytvořen Projekt „Změna“ (CRPDZ Praha, Anepra), kdy jsou od roku 2005 vylepeny v metru plakáty s příběhy psychicky nemocných. V rámci tohoto projektu se uskutečnily výstavy obrazů, začala fungovat anonymní i internetová poradenství a vznikla internetová stránka [www.stopstigmapsychiatrie.cz](http://www.stopstigmapsychiatrie.cz). Mimo jiné se každoročně v květnu pořádají koncerty pro veřejnost v areálech psychiatrických léčeben (Brno, Praha, Černovice, Dobřany, Bohnice). A to na základě festivalu „Mezi ploty“ (Nedomysleno, s.r.o), který vznikl v devadesátých letech minulého století.

V rámci podpory proti stigmatizaci se zapojují také uživatelé v destigmatizaci. Existuje poradenství poskytované uživateli psychiatrických služeb (VIDA o.s.). Poradenství je přímo poskytováno těmito uživateli v různých městech. Dále se zapojují uživatelé psychiatrických služeb v tréninkových obchodech a kafetériích (Green Doors, o.s.; Práh o.s.; Lomikámen, o.s.; ESET-HELP o.s., Fokus Vysočina, o.s.). Takovýmto způsobem jsou uživatelé ve styku se širší společností.

Vedle těchto aktivit existují také programy proti stigmatizaci, které probíhají na školách. V rámci projektu „Blázníš? No a!“ (Fokus Praha o.s.) se uskutečňuje debata mezi studenty, odborníky i uživateli psychiatrických služeb. Do tohoto programu se začlenilo šest pražských středních škol. (PSYCHIATRIE, 2015)

## 2 KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH NEMOCÍ

V současné době používáme dva navzájem si podobné psychiatrické klasifikační systémy. V rámci české republiky je to Mezinárodní klasifikace nemocí, která prošla desátou revizí (MKN-10). Nadále se používá Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí, který byl po čtvrté revidován (DSM-IV). Od roku 2013 však platí DSM-V (revidován po páté). (Praško a Látalová, 2013, s. 103)

Nadále budeme vycházet z Mezinárodní klasifikace nemocí.

Aby mohla být stanovena diagnóza, musí být zastoupena určitá skupina symptomů po jistou dobu a zároveň musí docházet k narušení běžných činností jedince. Pojem klasifikace znamená setřídění prvků do systémů a skupin podle jejich podobnosti. (Svoboda a kol., 2006, s. 82)

Praško (2013, s. 102) popisuje klasifikaci jako dělení určitých elementů do konkrétních kategorií. Tyto kategorie nejsou na sobě závislé, navzájem se vyřazují a musí být důkladně popsány. Jako hlediska pro hodnocení se pro klasifikaci jeví sociálně-psychologická, deskriptivní a příčinná kritéria.

Od osmnáctého století se psychiatrie stávala lékařskou disciplínou a v té době bylo velmi obtížné definovat duševní poruchy. O příčinách duševních chorob se vědělo pouze málo, takže pokusy o klasifikaci vycházely výhradně z popisného dělení a to na základě určitých příznaků.

Oddíl psychiatrie se v MKN-10 dělí do deseti oblastí. Dílčí duševní choroby jsou nově začleněny do kategorií na základě hlavních společných znaků. Dříve se nemoci dělily podle příčin a mechanismů, které vedly k jejímu vzniku. Co se týče teoretické osnovy, ta je totožná jako u Diagnostického a statistického manuálu (DSM IV) Americké psychiatrické asociace. Definování skupin vzniká na základě nejvyššího počtu sdílených příznačných rysů a dochází k němu pomocí výpočtů a pozorování.

Novinkou v rámci MKN-10 je víceosý diagnostický systém, který může sloužit k užívání. Tento systém se skládá ze třech os ve srovnání s americkým, který představuje os pět. Na osu I se vyobrazují diagnózy všech druhů poruch, kterými nemocný člověk trpí. Tím pádem mohou existovat pacienti, kteří disponují znaky typickými pro více poruch. Tento jev se nazývá komorbidita.

Na ose II vyobrazujeme různorodé druhy postižení. Na náležité ose se posuzuje pět stupňů, od nuly (bez postižení) až do pětky (s těžkým postižením). Nadále je popisováno fungování pacienta, co se týče zaměstnání, rodiny a domácnosti, péče o sebe a vlastní rodinu.

Na ose III se posuzují vlivy, které souvisí s duševní poruchou. Jestliže související vlivy výrazně působí na pacientův současný stav, jsou vážné a setrvávají po dlouhou dobu, dochází ke kódování. (Svoboda a kol., 2006, s. 82-83)

## 2.1 Klasifikace duševních nemocí a sociální pracovník

Sociální pedagog se v rámci pozice sociálního pracovníka může setkat s duševně nemocnými lidmi. Proto se budeme věnovat následující kapitole.

Autoři Probstová a Pěč (2014, s. 17-24) se zaměřují na vztah klasifikačního systému a sociálního pracovníka. Uvádějí, že zejména MKN-10 je pro sociální pracovníky výchozím materiálem, jelikož potřebují rozeznávat nejvýznamnější syndromy a symptomy duševních poruch. Sociální pracovníci by se měli umět orientovat v problematice duševních chorob. Psychiatrii uvádějí skutečnost, že na osoby s duševním onemocněním má společnost **zúžený pohled**. Poukazují také na fakt, že osoby s duševními poruchami sice disponují symptomy těchto poruch, přitom ale ve svém prostředí žijí každodenním životem.

Sociální pracovník má v oblasti svého zájmu zejména prostředí člověka a přizpůsobivost k němu. Zabývá se také faktory, které mají vliv na toto prostředí. Zaměřuje se především na sociální, kulturní a ekonomické faktory.

Tím pádem může u sociálního pracovníka dojít k profesnímu konfliktu. Na jedné straně se zaměřuje na sociální fungování člověka v rámci zachování své profesní role. Na druhé straně se vcitňuje do nemocných a snaží se najít pochopení pro tuto specifickou množinu lidí.

Můžeme se také setkat s tím, že řada sociálních pracovníků má vůči duševně chorým až přehnaný respekt. To může vycházet z neznalosti, neinformovanosti a neúplných kompetencí. Proto je nutné, aby se sociální pracovníci orientovali v klasifikaci a diagnostice nemocí. Neboť **jednotná diagnostická terminologie** umožňuje všem odborníkům domluvit se mezi sebou a efektivně spolupracovat. Lidem dává informace o stavech těchto duševních chorob a také ochranu pro lidi, kteří těmito chorobami trpí.

U sociálních pracovníků může také dokonce docházet k pohrdání a skepsi vůči duševním nemocem a jejich klasifikaci. Tuto skutečnost zejména ovlivňuje proces stigmatizace. I



sociální pracovníci, kteří mají snahu zaujímat vyrovnaný pohled ke klasifikaci a stanovování diagnóz, můžou trpět občasnými nejistotami. Proto jednotná diagnóza přispívá k porozumění a k připravenosti sociálních pracovníků na možné zvraty a krizové stavy.

Role sociálního pracovníka je nezastupitelná v rámci práce s osobami trpícími duševním onemocněním. Studie uvádějí, že sociální pracovník, pracující nejen s lidmi s duševním onemocněním, by měl disponovat znalostmi z psychopatologie. V rámci své profese může sociální pracovník pracovat s lidmi bez přístřeší, emigranty, seniory. A tyto a jiné skupiny mohou trpět duševním onemocněním jako **důsledkem** jejich tíživé životní situace. Je tedy nutné, aby se orientoval v základních symptomech.

Dále je nezbytné, aby sociální pracovník uměl rozlišovat mezi duševními chorobami, znal vliv sociálních faktorů, konal diagnostické úvahy. Neméně důležitá je také vhodná komunikace s klienty a jejich rodinou.

## 2.2 Organické duševní poruchy (F00- F09)

Organické psychické poruchy jsou poruchy, u kterých můžeme prokázat jejich příčiny. K dysfunkcím mozku může vést nemoc, úraz i různá poškození mozku. Narušení fungování mozku může tedy být trvalé či přechodné, primární či sekundární.

Při primární dysfunkci je poraněn přímo a odděleně mozek. U sekundární dysfunkce je mozek poškozen jenom jako jeden z více orgánů. Sekundární dysfunkce také může vycházet ze systémového (tělesného) onemocnění. (Smolík, 2002, s. 59)

U organických poruch nastává také dysfunkce poznávacích funkcí. Tato dysfunkce je primárním projevem. (Svoboda a kol., 2006, s. 139)

Praško (2013, s. 242) dodává, že vedle souboru příznaků, kde jsou nejdůležitější poruchy poznávacích funkcí, se objevují i další soubory příznaků. Ty se nejvíce vyskytují v soustavě myšlení, nálad a emocí, vnímání či poruchách chování.

Organické duševní poruchy se mohou rozvinout v jakémkoliv věku. To vyplývá z faktu, že poškození mozku může nastat kdykoliv. Pokud však k poškození dojde brzy po narození, hovoříme o mentální retardaci, která je zařazena do jiné skupiny v rámci klasifikace duševních onemocnění. (Nývtová, 2008, s. 179)

Do této kategorie poruch spadá například demence u Alzheimerovy choroby, vaskulární demence, nespecifické demence, organický amnestický syndrom, delirium. Dále také jiné

duševní poruchy, které vznikají na základě onemocnění, a to i somatického či dysfunkce mozku.

Co se týče obecně **léčby** u demencí, probíhá podáváním příslušných léků. Dá se členit na farmakoterapii poznávacích funkcí, kdy se užívají kognitiva, které pozitivně ovlivňují centrální nervovou soustavu. Dále se podávají nootropika, která prokrvují mozek a zlepšují jeho činnost. Zde patří například Ginko biloba a piracetam. Další částí léčby je léčba neuropsychiatrických příznaků a poruch chování, kde se objevují příznaky jako vztek, úzkost, nevládní emocí, porucha cyklu spánku a bdění, bludy i halucinace. V tomto případě se užívají antipsychotika, tedy léky, které zmírňují výše uvedené příznaky.

Léčba u deliria se zaměřuje na léčení příčiny, která vedla ke vzniku tohoto onemocnění. Dále je vhodné poskytnout senzoryckou a vnější podporu, kdy je nezbytné, udržet pacienta zejména v prostředí, které je klidné a slabě osvětlené. Již zmíněné probíhá v doprovodu užívání příslušných léků, zejména antipsychotik. (Svoboda a kol., 2006, s. 153-155)

Mimo uvedených principů a postupů léčby se aplikuje taktéž psychoterapie a podpora a pomoc rodině nemocného.

### 2.2.1 Vybrané poruchy: demence, delirium

Mezi tento typ poruch patří demence. **Demence** je charakteristická organicky podmíněným syndromem (souborem příznaků), projevuje se narušením poznávacích funkcí, zejména pak paměti. Byla prokázána degradace rozumových schopností a sociální přizpůsobivosti. (Vágnerová, 2004, s. 265)

Demenci vystihují tři oblasti symptomů (příznaků), které by se měly objevovat déle než půl roku. Spadá zde tedy porucha činností každodenního života, dysfunkce kognitivních funkcí a nadále psychické a behaviorální příznaky. Co se týče rozdělení demence, můžeme zde jmenovat primární, sekundární, kortikální, subkortikální, vaskulární demenci. Při primární demenci dochází k morfológické (strukturální) změně přímo v mozku. Příčiny sekundární demence se nacházejí mimo mozek nebo je poškození mozku částí nějakého tělesného onemocnění. Příčinami mohou být poruchy štítné žlázy, jaterní poruchy, intoxikace, nádory. Při kortikální demenci dochází k narušení v mozkové kůře. Typicky se objevují dysfunkce řečových schopností, kognitivních funkcí a také je narušena orientace v prostoru. Při subkortikální demenci se objevuje narušení exekutivních funkcí jako je plánování a motivace. Tyto příznaky se mohou zvnějšku jevit jako nešikovnost. Dále se obje-

vuje zpomalení psychomotoriky a znaky deprese. Příkladem tohoto typu demence je Parkinsonova choroba. Vaskulární demence má biologickou příčinu v podobě zneprůchodnění cév a mozkových infarktů. (Probstová a Pěč, 2014, s. 25-26)

Praško uvádí, že se také často objevuje demence při AIDS. Kdy je centrální nervová soustava postižena v 60-80 procentech. (Praško a Látalová, 2013, s. 264- 265)

Dále se v rámci organických duševních poruch objevuje delirium. **Delirium** je příčinně neurčitý mozkový syndrom. Vyznačuje se poruchami koncentrace, vědomí, vnímání, paměti, emocí. Nadále je pro něj charakteristická porucha koordinace ovládání pohyblivého ústrojí. Bývá také narušen rytmus spánku a bdění. (Psychiatrické centrum, 2008, s. 25)

Delirium vzniká rychle a nečekaně, postupuje prudce, avšak nemá dlouhé trvání. Charakteristická je amnézie, kdy si pacient nevzpomíná a neuvědomuje proběhlé delirium. (Probstová a Pěč, 2014, s. 26)

V MKN-10 je delirium uváděno jako delirium, které není v tomto případě vyvolané alkoholem a jinými psychoaktivními látkami. Objevuje se při něm snížené povědomí o okolí, zastřené vědomí. Člověk má při něm problém udržet pozornost a koncentrovat se na věci okolo sebe.

Nadále bývá přítomen alespoň jeden z určitých psychomotorických negativních příznaků. A tím jsou rychlé přechody z pomalých, utlumených pohybů až k nadměrné aktivitě a rychlým úkonům. Dále se může objevit prodloužená doba odezvy na reakci. Nadále se může projevit snížený nebo zvýšený proud řeči. A charakteristická také může být delší doba při zareagování na leknutí.

Již zmíněná porucha rytmu spánku a bdění se může projevit nespavostí, přičemž se někdy může dostavit totální ztráta spánku. To má za následek ospalost i během dne. Mimo uvedené se mohou jedinci zdát děsivé sny a noční můry. Ty po probuzení mohou postupovat jako iluze či halucinace. (Smolík, 2002, s. 92)

Delirium se vyznačuje proměnlivou intenzitou, většinou jde však o dočasný stav. Člověk je výrazněji citlivý a podléhá více vlivům jiných osob. Projevuje se také dezorientace. Nemocný člověk není schopen rozpoznat místo, ve kterém se nachází, nedokáže určit ani kolik je hodin. Mnohdy vzniká i dezorientace o sobě samém. Takový člověk netuší ani jak se jmenuje, kolik má let.

Může se vyskytnout inkoherece, což je porucha myšlení a řeči. U nemocného se objevují problémy s gramatikou a nelogické přechody od jednoho tématu k druhému. Propuknout může dokonce paranoia často doprovázena bludy. (Praško a Látalová, 2013, s. 271- 277)

### **2.3 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10-F19)**

Jedná se o všechny poruchy, které propukly na základě užívání psychoaktivních látek. Tyto látky jsou návykové a záměrně působí na centrální nervovou soustavu. Ovlivňují také jednání, chování i náladu.

Mezinárodní klasifikace nemocí definuje devět psychoaktivních látek, dle kterých jsou označeny kategorie F10 až F19. Jedná se tedy o poruchy vyvolané užíváním: alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ a hypnotik, kokainu, jiných stimulantů včetně kofeinu. Dále poruchy vyvolané užíváním halucinogenů, tabáku, organických rozpouštědel, respektive několika látek dohromady. (Svoboda a kol., 2006, s. 159)

Měl by být prokazatelný syndrom závislosti v souvislosti s upotřebením psychoaktivních látek na základě následujících kritérií. Nemocný silně touží po získání látky. Nedokáže se ovládat v souvislosti s upotřebením látky. Nemocný látku užívá často a to ve velkém množství. S tím jsou spojeny i neúspěšné snahy snižovat užití. Objevují se příznaky odvykacího stavu, pokud je látka vysazena. Objevuje se prokazatelně vysoká tolerance vůči účinku látky, k docílení kýženého účinku musí nemocný neustále zvyšovat množství látky.

Na základě pohlcení látkou, nemocný ubírá od významných činností a zájmů. Větší část času tráví obstaráváním látky nebo se vzpomínáním se z účinků látky. Holduje neustálému užívání látky i přes evidentní zhoubné důsledky.

Měly by se objevovat společně minimálně tři z uvedených znaků po dobu třiceti dnů, nebo v kratších úsecích po době dvanácti měsíců. (Praško a Látalová, 2013, s. 302)

V souvislosti s užíváním psychoaktivních látek se mohou dostavit stavy jako akutní intoxikace, škodlivé užívání, syndrom závislosti, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotická porucha. (Smolík, 2002, s. 114)

Co se týče **léčby**, bývá využívána jak léčba farmakologická, tak nefarmakologická.

V případě pacientů se silnou intoxikací, je nezbytná hospitalizace zejména na jednotce intenzivní péče. Speciální dohled by se pak měl uplatňovat u pacientů, kteří jsou intoxikováni pervitinem a halucinogeny. Při léčbě odvykacích stavů, způsobené intoxikací alkoholo-

lem, opiáty, halucinogeny se využívá speciálních léků. V případě intoxikace alkoholem se podávají zejména benzodiazepiny a po ukončení odvykací léčby se podává antabus. Pokud pacient požije alkoholu po podání antabusu, dostaví se vegetativní reakce jako zvracení, zrudnutí, zvýšení krevního tlaku. Účelem léčby je, aby pacient alkohol neužíval.

V případě nefarmakologické léčby se využívá intervence a to v podobě doporučení vysadit a neužívat konkrétní látku. Dále se posilují dovednosti, které jsou potřebné pro život a schopnosti například čelit společenskému tlaku a posilování volných schopností. Jako významná se jeví také rodinná terapie, terapeutické komunity, svépomocné organizace, které podporují jedince v odolnosti vůči látce. (Svoboda a kol., 2006, s. 174- 179)

### 2.3.1 Poruchy vyvolané užíváním alkoholu a stimulancí

Poruchy vyvolané užíváním alkoholu (F10), jsou první kategorií v rámci poruch vyvolaných účinkem psychoaktivních látek. Psychicky zdraví i psychicky nemocní vyhledávají alkohol nejčastěji ze všech psychoaktivních látek. Alkohol působí tlumivě na centrální nervový systém. Rozdíl mezi občasným a nadměrným pitím bývá mnohdy těžko rozpoznatelný. (Smolík, 2002, s. 127)

Akutní intoxikace, jedná se o přechodnou poruchu, která se projevuje psychickými, behaviorálními a fyziologickými změnami stavů (Preiss, 2008, s. 14).

**Akutní intoxikace** alkoholem bývá snadno identifikovatelná. Nálada je mnohdy proměnlivá a vratká, řeč bývá doprovázena ztíženou artikulací, z úst jde cítit alkohol. Dochází k nystagmu, k mimovolným pohybům očí. V těle se sklenička alkoholu průměrně látkově přeměňuje a rozkládá po dobu hodiny a půl. Promile 0,30 až 0,50 obvykle navozuje euforii a družnost. Jedno promile dává vzniknout ataxii, což je závada hybnosti. Nemocný s tíhou ovládá své pohyby. Dvě promile mají na svědomí ztrátu orientace a může se objevit stupor, což je setrvávání ve strnulých polohách. Okolo čtyř promile dochází ke kómatu, přičemž může dojít až ke smrti. Musíme však podotknout individuální snášenlivost alkoholu.

Akutní intoxikace však nemusí znamenat **škodlivé užívání**. To je definováno jako způsob upotřebení látky, která poškozuje zdraví. Opakující se požívání alkoholu vede k neschopnosti plnit důležité úkoly v práci, škole nebo domácnosti. Mohou nastávat i rozpory se zákonem, člověk je schopen pod vlivem řídit auto. Tento způsob užívání alkoholu poškozuje zdraví.

Alkoholový syndrom z vysazení může nabírat různých rozměrů. Od lehkého syndromu, který nevyžaduje léčbu, až po závažný delirium tremens, který ohrožuje život. První příznaky z vysazení se mohou projevit mezi šesti a osmačtyřiceti hodinami po přerušení příjmu alkoholu. Objevuje se silný třes svalů (tremor), malátnost, mdloby, zvýšený krevní tlak (hypertenze), rychlý pulz, hyperaktivita. Dostavuje se mravenčení končetin, vystupňování mimovolných pohybů a může docházet dokonce i k epileptickým záchvatům. Nadále se na přechodnou dobu mohou projevit halucinace či iluze. Poroto je nezbytná léčba, jelikož může dojít až k deliriu. (Praško a Látalová, 2013, s. 306- 307)

Při odvykacím stavu s deliriem dochází k poruchám vědomí, poznávacích funkcí, charakteristická je zrychlená srdeční činnost. Přicházejí zejména paranoidní bludy, vizuální halucinace hmyzu či malých živočichů. Dochází k manifestacím silných křečí. Při deliriu je důležité uvažovat nad možnými tělesnými problémy, jako jsou poruchy jaterních funkcí, zápal plic, vnitřní krvácení, důsledky zranění hlavy a inkontinence. (Smolík, 2002, s. 132)

Na základě nadměrného užití alkoholu se může rozvinout taktéž **psychotická porucha**. Jejimi typickými symptomy jsou: živé a extrémní halucinace, které trvají alespoň po dobu sedmi dnů. Na tyto halucinatorní stavy postižený většinou činně reaguje, například snaží se je zahánět, volá policii. Projevuje se neklid a duševní stres.

Mimo již uvedené se v důsledku požití alkoholu může rozvinout amnestický syndrom neboli **Korsakovův syndrom**. Typické je narušení rovnovážného stavu, třes až ochrnutí svalů (oftalmoplegie). Objevuje se dysfunkce na úrovni krátkodobé i dlouhodobé paměti. (Praško a Látalová, 2013, s. 307- 308)

Jako další uvádíme poruchy, které vznikají užíváním jiných stimulancí včetně kofeinu.

**Stimulancia**, aneb látky, které povzbuzují, jsou silně nebezpečná. Ale i přesto se na nich lidé často stávají závislými. Mezi jejich hlavní efekty patří to, že potlačují chuť k jídlu a snižují pocity hladu (anorektické efekty). Mezi formy aplikace amfetaminů patří šňupání, podání injekcí a perorální užití. Příznaky jsou velmi podobné jako při užívání kokainu s tím rozdílem, že při perorálnímu užití se nedostavuje euforie tak rychle a návykovost je menší. Stimulancia slouží k prodloužení doby bdělosti a schopnosti koncentrace. Z tohoto důvodu jsou často vyhledávána studenty, řidiči dálkových linek. Mohou se podílet na vzniku bludů a halucinací, jež jsou symptomaticky totožné s přechodnými i akutními psychotickými poruchami (F23). (Smolík, 2002, s. 142)

Dále může docházet k užívání pervitinu. Pervitin se užívá ve formě prášku, lze i kouřit a lze podávat injekčně. Mezi další amfetaminy patří extáze. Extázi lze brát jako tablety ústně, nebo po rozdrobení vdechem, nebo nitrožilně. Amfetaminy poškozují při delší době užívání nervový systém. U dětí, jejichž matky užívaly amfetaminy, byly rozpoznány vývojové problémy. Navíc injekční forma užívání těchto látek s sebou nese hrozbu přenosu HIV onemocnění a žloutenky.

Při nadměrném užití drogy se objevuje povznesenost, štěstí, dobrá nálada, pocit zvýšené energie. Postupem se ale projeví útočnost a hrubost, proměnlivost nálad, hádavost. Mohou se vyskytnout i halucinace a to zejména sluchové, vizuální a také iluze. Co se týče tělesných projevů, typické je rozšíření zornic, zvýšený tep a srdeční rytmus, nadměrné pocení, zimomřivost, bolesti na hrudi a křeče. Velmi výrazné jsou přechody v rámci sociální interakce, které se mění od nápadné družnosti až po úplné stažení se do sebe. (Svoboda a kol., 2006, s. 166-167)

Při užití větších než obvyklých dávek může dojít ke vzniku **toxické psychózy**. Typický pro tuto psychózu je paranoidně-halucinatorní obraz, jinak popisován jako stíha. Zejména po přerušení užívání látky přetrvává psychóza. Objevují se často deprese a depresivní chování. Charakteristické jsou flashbacky, aniž by látka byla požitá, dochází ještě k výraznějším prožitkům stavu, než který nastal při intoxikaci.

Co se týče **závislosti na kofeinu**, lze ji postupně redukovat a to přiměřeným ubíráním dávky. Bývá vhodné, během redukce množství kofeinu, zařazovat výrobky bez kofeinu, jako například kávu či kofolu bez kofeinu. (Praško a Látalová, 2013, s. 333-334)

#### 2.4 Afektivní poruchy (poruchy nálad) F30-F39

Označení poruchy nálad je totožné s pojmem afektivní poruchy. Afektivní poruchy náleží k závažným duševním onemocněním.

Do této kategorie patří poruchy, při kterých dochází k chorobným změnám nálad. Náladu můžeme formulovat jako emocionální ladění, které má dlouhodobější charakter. V rámci poruch nálady se tedy emocionální ladění buď zhoršuje a nastává **deprese**. Nebo naopak dochází k radikálnímu zvýšení dobré nálady, tento stav se označuje jako **mánie**. Poruchy nálad se tedy vyznačují extrémním kolísáním mezi depresí a mánií. Přičemž náladu nelze kontrolovat volnými vlastnostmi. Nálada je totiž silně ovlivněna biochemickými procesy.

Časový úsek charakteristický chorobnou změnou nálady se nazývá epizoda (fáze). Jednotlivá fáze může přetrvávat jak dny, týdny tak i roky. (Nývtová, 2008, s. 85)

Co se týče příčinnosti u afektivních poruch, mluvíme o multifaktoriálním podmínění. To znamená, že na vzniku těchto poruch má vliv více faktorů, které na sebe vzájemně působí. Jde tedy o dědičné predispozice, různé zátěžové faktory a změny vázané na vývoj. V rámci oho můžeme uvést například změny ve struktuře mozku a funkční změny mozku. Zajímavý je fakt, že u osob afektivní poruchou byla prokázána porucha funkce noradrenalinového systému. U deprese se objevuje nižší hodnota noradrenalinu a u mánie naopak vyšší hodnota. Noradrenalin se podílí na krátkodobě zvýšené aktivitě v organismu a je řazen mezi stresové hormony. Dále se na vzniku afektivních poruch mohou podílet vlivy psychosociálního charakteru. Například když člověk ztrácí běžné sociální role, se může rozvinout deprese. Nadále mohou tyto poruchy vyvolat určité zátěžové situace v životě, které člověk nedokáže dostatečně zpracovat. Tím může být zejména rozvod či ztráta partnera nebo zaměstnání. I klimatické faktory mohou způsobit rozvoj těchto poruch. Tím se míní střídání ročních období a málo slunečního světla.

Nejvýznamnější typy poruch nálad jsou: manická epizoda, bipolární afektivní porucha, depresivní porucha, rekurentní depresivní porucha a trvalé poruchy nálad. (Vágnerová, 2004, s. 371-374)

**Léčba** u tohoto typu poruch probíhá formou podávání příslušných léků, psychoterapií a jinými formami terapie.

V případě léčby deprese pacienti užívají zejména antidepresiva. U mírnějších forem deprese se využívá psychoterapie a u silnějších se může aplikovat léčba světlem či magnetická stimulace. Mnohdy se užívá i elektrokonvulzivní terapie, což je léčba elektrickými šoky. U pacientů trpících depresí se může využívat **logoterapie**, která jim napomáhá nalézt smysl života. Dále také kognitivně behaviorální terapie, kdy dochází k edukaci o tomto onemocnění a léčbě, nácviku komunikačních dovedností a přípravy na budoucnost. Využívá se také relaxačních metod zklidňujících dech a řešení problémů.

U manické epizody se užívá léků, které stabilizují náladu a v případě těžších forem tohoto onemocnění se užívají i antipsychotika.

U bipolární poruchy je nezbytné vedle farmakologické léčby také vliv rodiny. Postoje nejbližších totiž zásadně ovlivňují další průběh onemocnění. Měla by probíhat edukace orientovaná na rodinu. (Svoboda a kol., 2006, s. 213- 221)



### 2.4.1 Manická a depresivní epizoda, bipolární porucha a trvalé poruchy nálad

**Manická epizoda** je v mezinárodní klasifikaci nemocí označena F30 a jejím typickým příznakem je hypománie nebo mánie. Hypománii vystihuje euforické naladění, které trvá nejméně čtyři dny po sobě. Objevují se tedy pocity štěstí, zvýšená energie, aktivita, čilost a také značná psychická i fyzická výkonost. Pro mánie je typická vyšší sebedůvěra, pocity vzrušení a nadšení, velikášství. Člověk trpí překotným myšlením a objevuje se také vyšší komunikativnost. Vystává ztráta sociálních zábrán, pro kterou je význačné hazardní chování jako nadměrné rozhazování peněz, požívání alkoholických nápojů nebo dokonce promiskuita. (Svoboda a kol., 2006, s. 201-202)

Nadále v rámci hypománie může vystávat vyšší sexuální energie, roztržitost, nízká potřeba spánku, fyzický neklid. Změna nálady a chování je okolím vnímána.

Může se však projevit i mánie s psychotickými symptomy. V takovém případě se objevují halucinace, ne však direktivní, které by něco přikazovaly či komentovaly. Vyskytují se i bludy, zejména velikášské, kdy je jedinec přesvědčen o své ojedinělé významnosti a moci. Bludy jsou doprovázeny erotickým obsahem. Epizoda nevzniká na základě užívání psychoaktivních látek, ani není poruchou organickou. V případě této epizody s psychotickými příznaky se jeví její závažnost jako natolik velká, že vytváří značné pracovní problémy. Dále může vytvářet problémy v sociální oblasti, co se týče vztahu k jiným a může být i nutná hospitalizace. (Smolík, 2002, s. 210-213)

Další poruchou je **bipolární porucha**, která se vyznačuje střídáním manické a depresivní fáze. Průměrně se tato nemoc rozvíjí ve 21 letech a u mužů i žen vzniká stejně často. (Vágnerová, 2004, s. 371)

Dříve se pro bipolární poruchu osobnosti užívalo označení maniodepresivní psychóza, které již dnes není aktuální. Pro tuto chorobu jsou typické přemrštěné změny nálad. Euforická či podrážděná nálada, plná fyzické i psychické aktivity se proměňuje na ztrátu schopnosti se radovat. Nastává zhoršení psychických funkcí, zpomaluje se myšlení. Člověk má problém vůbec začít s nějakou činností a postrádá vůli. V depresivních stavech se může projevit nejzávažnější, melancholická forma. Vedle těžkých depresí se dostávají fantazijní myšlenky a člověk podléhá sebeobviňování. Typické jsou i deprese maskované, v podobě alkoholismu či tělesných bolestí. Osoba pociťuje nízkou sebedůvěru a hrozí riziko sebevraždy. U osob trpících bipolární poruchou dochází ve 25 až 50 procentech k pokusům o sebevraždu. (Gay, 2010, s. 28-40)

Existují různé typy bipolární poruchy. Může se projevit například bipolární porucha s psychotickými příznaky, která je závažnější. (Smolík, 2002, s. 216)

**Depresivní epizoda** je v mezinárodní klasifikaci nemocí označována F32 a u člověka se vyznačuje depresivní a smutnou náladou. Toto naladění není přirozenou odezvou na okolní svět. Chorobné depresivní naladění trvá nejméně po dobu čtrnácti dnů. Osoba postrádá energii a pociťuje vyšší únavnost. Objevuje se nízká schopnost koncentrace a rozhodování. Celkově je zpomalena koordinace a pohyb těla, řeč a poznávací procesy. Člověku chybí radost ze života a z pozitivních událostí, jeho vnímání světa je prudce pesimistické. Charakteristické je také to, že člověk přestává dbát o svůj zevnějšek a hygienu. Typické je časté buzení se ze spánku a zvýšená nebo snížená chuť k jídlu. Mohou se objevovat sebevražedné tendence při těžší formě depresí.

Jako F33 bývá popisována rekurentní **depresivní porucha**. V rámci této poruchy dochází k opakování depresivních epizod. Mezi těmito epizodami nikdy neprobíhá manická fáze. Dle intenzity depresivní epizody se mohou manifestovat bludy a halucinace a navíc se mohou objevit i somatické potíže. Rekurentní depresivní epizoda je charakteristická dobou trvání mezi třemi až dvanácti měsíci a může se dokonce proměnit v trvalou depresi. Výskyt bývá častější u žen.

**Trvalé poruchy nálad** F34 jsou charakteristické chronickými výkyvy nálad. Ale nemají takovou intenzitu, aby mohly být určeny individuálně jako manická nebo depresivní epizoda. Patří zde cyklotymie, nálada výrazně kolísá. Střídají se období s mírnou mánií a mírnou depresí. Nesplňuje však kritéria pro určení bipolární poruchy. (Nývltová, 2008, s. 89-92)

## 2.5 Neurotické poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy F40-F49

Velká část poruch, které byly dříve brány jako neurózy, jsou obsaženy v této kapitole. Jak již bylo zmíněno, klasifikace v MKN-10 je založena zejména na podobnosti a tématice jednotlivých chorob. Do této kapitoly byly obsaženy poruchy spíše na základě společných psychických příčin. Oproti organickým duševním poruchám, kde jsou nutným faktorem pro určení diagnózy biologické příčiny.

Společná pro tyto poruchy je **úzkost**. Dle výsledků studií vyšlo najevo, že pouze u padesáti procent osob trpící úzkostnou poruchou, je diagnostikována duševní porucha. (Sartorius et al., 1996, citováno dle Praško a Látalová, 2013, s. 451)

Mnohdy je těžké vůbec rozlišit mezi jednotlivými typy poruch. Hlavním problémem je to, že většina pacientů hovoří o svých tělesných problémech a ne o úzkosti. (Praško a Látalová, 2013, s. 451)

Úzkost bývá často spojena se somatickými problémy, jako jsou závratě, třes, problémy s trávením, sucho v ústech, průjmy, mravenčení končetin. Při pocitech opravdového nebezpečí se objevují příznaky somatického i psychického typu úzkosti. (Svoboda a kol., 2006, s. 223)

Do této kapitoly jsou zařazeny tyto poruchy: fobické úzkostné poruchy, jiné úzkostné poruchy, obsedantně kompulzivní poruchy, reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení, disociační (konverzní) poruchy, somatoformní poruchy a jiné neurotické poruchy. (Smolík, 2002, s. 247-248)

U této kategorie poruch se využívá **léčby** v kombinaci psychoterapie a psychofarmak, které se užívají zejména u úzkostných poruch nebo slouží jako doplňující a podpůrná léčba. Při léčbě úzkostných poruch se užívají zejména benzodiazepiny, které působí proti úzkosti a disponují rychlým nástupem účinku.

U obsedantně-kompulzivní poruchy přibližně třetina pacientů nereaguje na běžný typ léčby. Mimo antidepresiv a antipsychotik může být léčba doplňována elektokonvulzemi, tedy elektrickými šoky. V případě chronicky nemocných se často uvažuje nad neurochirurgickými zákroky. Jako jiná možnost se jeví stimulace mozku za pomoci elektrod.

Dále v rámci léčby dochází k posilování zvládnutí stresu a vyrovnání se se stresovými situacemi, což je u tohoto typu poruch významnou částí.

U nutkavých poruch se pacient na základě dobrého terapeutického vztahu přivádí do situací, které u něj vyvolávají nutkavé jednání, a terapeut se tomu snaží bránit. U nutkavých myšlenek za doprovodu terapeutických postupů dochází k jejich omezování až k úplnému vymazání a k návyku na tuto situaci.

### **2.5.1 Fobické a jiné úzkostné poruchy, obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha, trans a stavy posedlosti**

Fobické úzkostné poruchy F40, při nichž je úzkost spouštěna situacemi, kterých se člověk snaží stranit, jsou spojeny s výrazným stresem a úzkostí. Spadá zde agorafobie, sociální fobie a izolované fobie. (Svoboda a kol., 2006, s. 227)

Mezi rozvojem úzkostných, panických a agorafobických příznaků existuje souvislost s poruchou vztahové vazby v dětství. Tato souvislost se prokázala také i u jiných typů poruch. (Brisch, 2011, s. 230)

Vztahovou vazbou se míní vztah matky a dítěte, kdy se tyto dva členové vzájemně podmiňují.

**Agorafobie**, strach z veřejného prostranství, se vyznačuje obavou z pohybování se na veřejnosti. Lidé s touto fobií se snaží vyvarovat cestování v dopravních prostředcích, nakupování v obchodech a hloučkům lidí. Strach plyne z možnosti, že se na těchto místech může stát nějaká pohroma. Lidé se domnívají, že pokud by ze situace včas neuprchnli, mohli by ztratit vědomí, nedokázali by se ovládat, mohli by dostat infarkt nebo se ztrapnit. Strach stoupá tehdy, kdy ze situace je obtížné uprchnout. Objevují se stavy paniky, bolesti na hrudi, závratě a návaly horka. Strach plyne dokonce i z pouhé možnosti opuštění domova.

**Sociální fobie** jsou charakteristické pro strach ze ztrapnění se ve společnosti, doprovázené strachem, aby jedinec nebyl v centru pozornosti. Tyto strachy se uskutečňují zejména při vystupování na veřejnosti, stravování se na veřejnosti, ale i na večírcích či schůzích. Lidé trpící touto fobií mohou mít strach i ze scházení se s opačným pohlavím.

**Jiné úzkostné poruchy** (F41) jsou charakterizovány výraznou úzkostí, jako jedním z důležitých příznaků. Úzkost se vyznačuje adaptivní funkcí organismu, což znamená, že je-li člověk v nebezpečí, úzkost napomáhá soustředit energii pro možný útěk. Příkladem tohoto typu poruch je **panická porucha**. Ta je charakteristická extrémními záchvaty úzkosti, které se opakují a trvají zhruba pět až dvacet minut, případně až dvě hodiny. Mdloby, bolesti na hrudníku, zvýšený tep srdce a svírání hrdla, jsou dominantními somatickými znaky této poruchy. Vedle toho probíhají myšlenky na strach ze smrti či ztráty kontroly. Mnohdy se dostavuje derealizace, pocit neskutečnosti. Jakmile ataka odezní, přichází pocit uvolnění a netečnosti, jindy zase napětí. Důsledkem z panické ataky je strach z příštího záchvatu, anticipační úzkost. (Praško a Látalová, 2013, s. 461-480)

Označení F42 je charakteristické pro **obsedantně kompulzivní poruchu**. Jak již z názvu vyplývá, ústředními znaky této choroby jsou obsese a kompulze. Obsese jsou nutkavé myšlenky, které člověk nemůže dostat z mysli. Neustále se mu vybavují stejné představy a tyto představy či myšlenky nemůže ani vůli ovládat či potlačit. Obsese mají rozmanitý charakter. Kompulze jsou úkony či různé akty, které jedinec navzdory své vůli vykonává a to opakovaně. Forma kompulzí může být například opakovaná kontrola věcí, opakované uklí-

zení. Člověk si uvědomuje nesmyslnost svého jednání, ale objevuje se výrazné nutkání konkrétní činnost provádět. Projevuje se napětí a to tehdy, když se jedinec nepoddá svému nutkání. (Nývtová, 2008, s. 61)

Člověk může mít obsedantní myšlenku o tom, že se do bytu dostanou zloději a že byt vykradou a zabijí dotyčného. Kompulze se projeví tak, že člověk zkontroluje 70x uzamčení dveří. (Praško a Látalová, 2013, s. 510-522)

Lidem se dále může vtírat myšlenka, zda jsou dostatečně čistí a kompulze se manifestuje umýváním rukou až do odřetí. Dále je uvedeno, že lidé mají také často potřebu provádět činnosti s magickým významem. Při odcházení z domu se několikrát dotknout dveří, aby tak předešli nějakému neštěstí. (Cohen, 2002, s. 133)

Další neurotickou poruchou je například **posttraumatická stresová porucha**, která vzniká po emocionálně těžké stresové události. Její důsledky bývají traumatizující. Zejména může nastat při okolnostech jako znásilnění, napadení, výbuchu bomby, válečných katastrof. V důsledku této poruchy se objevuje emoční oploštělost, stranění se lidí, nespavost a mohou se vyskytnout i sebevražedné myšlenky.

Mezi dalšími neurotickými poruchami můžeme jmenovat **trans** a **stavy posedlosti**. Při transu se dostavuje neočekávané narušení vědomí a také dojem ztráty vlastní identity. Mohou vyjít najevo i somatické příznaky jako kolaps, ochromení a vřeštění. Při posedlosti se nemocný domnívá, že ho ovládla jiná mocnost či duch. Nemocný může produkovat zakázané myšlenky, chovat se atypicky agresivně či sexuálně. Většinou se rozvíjí v rámci rituálních obřadů. Na prožitou éru se dostavuje úplná ztráta paměti. (Praško a Látalová, 2013, s. 525-552)

## 2.6 Poruchy osobnosti a chování u dospělých F60-F69

Studie ukazují, že nejméně 50 % pacientů, kteří jsou léčeni ústavně, trpí poruchou osobnosti. U běžné populace je odhadovaný výskyt této poruchy asi 10 %. Pacienti s poruchou osobnosti si přejí navazovat vztahy s ostatními, ale za doprovodu strachu se jim většinou vyhýbají, jelikož se bojí odmítnutí. Tyto osoby donekonečna hledají obdiv, ideální lásku a jsou zaujatí svou enormní fantazií. Často také tito lidé mají tak narušené sebepojetí, že se domnívají, že ztělesňují zlo nebo dokonce neexistují. Tyto pocity mohou být doprovázeny sebevražednými pokusy. (Hales a kol., 2011, s. 293)

Klasickým rysem při těchto poruchách je sociálně nežádoucí chování. Tyto poruchy se projevují abnormalitou v myšlení, vnímání a vytvářením vztahů k okolí. Klasifikovány jsou dle formy hlavních symptomů. Příznaky se mohou projevit již v dětství či dospívání. V rámci těchto poruch se často aplikuje výraz **ego-syntonní poruchy**, jelikož nezvyklosti v projevech jedinec pojímá jako jeho nedílnou součást. Tím pádem se jedinec nepokouší těchto nezvyklostí zbavit.

Aby bylo možné diagnostikovat specifickou poruchu osobnosti, musí být evidentní, že se jedinec projevuje abnormálně od očekávaného chování. Zároveň se musí projevit odchylka ve vnímání druhých osob a věcí a taková odchylka, jak si člověk vynakládá určité situace. Dále se objevuje odchýlení v citovosti, to znamená, odchýlení intenzity, které dosahují emoce, a to, jak člověk vznětlivý. Dále se zjevuje odchylka v sebekontrolě, tím míníme to, jak člověk dokáže usměřňovat své impulzy. A také je charakteristické odchýlení v mezilidských vztazích a způsob, jak člověk jedná s ostatními. Z uvedených znaků se musí objevovat více než jeden, aby se mohla potvrdit diagnostika.

Do této kategorie poruch spadají například specifické poruchy osobnosti, smíšené a jiné poruchy osobnosti, dále návykové a impulzivní poruchy, poruchy sexuální preference. Dále do této kategorie patří behaviorální a psychické poruchy spojené se sexuálním vývojem a orientací, nespecifikovaná porucha osobnosti a chování u dospělých. (Smolík, 2002, s. 357-360)

U **léčby** těchto poruch se užívá farmakoterapie, kdy se podávají léky zejména jako lithium, které působí proti agresivním a sebevražedným sklonům u pacientů. Dále se užívají antipsychotika nebo benzodiazepiny v případě úzkosti. Farmakologicky se u poruch sexuální preference léčí zejména transvestitismus, kdy se užívá zejména hormonální léčby a také pedofilie a sadomasochismus. Mimo farmakologické léčby se prosazuje psychoanalytická terapie, která se orientuje na jádro osobnosti. Dále se v rámci léčby jeví jako významná skupinová psychoterapie, která napomáhá, za možnosti vyjádření emocí, získání zpětné vazby a podpory, k zlepšení stavu. Dále se v případě léčby může jevit jako vhodná i kognitivně behaviorální terapie, za její pomoci se hledají a řeší problémy, dochází ke změně postojů o sobě a jiných, a to na základě určitého terapeutického plánu. (Svoboda a kol., 2006, s. 265- 268)

### 2.6.1 Paranoidní porucha, histrionská porucha, poruchy sexuální preference

Mezi tento typ poruch spadá **paranoidní porucha osobnosti**. Hlavní znaky, které charakterizují tuto chorobu, jsou: podezíravost, nedůvěřivost a náchylnost k chorobné žárlivosti. Objevují se tendence vynakládat si určité neutrální výroky a činy jako nenávistné. Člověk může trpět sebechválou. Význačná je také zášť, vztahovačnost a domýšlivost. Projevuje se významná přecitlivělost, narušení pracovního výkonu a popudlivost. (Smolík, 2002, s. 358-362)

Mezi další skupinu poruch osobnosti patří **histrionská porucha osobnosti**. Vyskytují se příznaky jako labilita, strojenost, jednání na základě intenzivních emocí, sebestřednost a sklon k přehánění. Pacienti s touto poruchou se abnormálně dožadují pozornosti a vyznačují se vyzývavým chováním. (Probstová a Pěč, 2014, s. 154-157)

Výraz hysterie má původ v řeckém hysteria, což znamená děloha. Za dob Antiky byly příznaky hysterie spojovány s vysycháním dělohy. Freud zase předkládal souvislost s oidi-povským komplexem. Oidipův komplex znamená pudovou náklonost chlapce v dětství ke své matce za doprovodu negativního prožívání a chování k otci.

Výrazu hysterie bychom se měli vyvarovat, jelikož hysterie jako jednotka nemoci neexistuje. (Mentzos, 2012, s. 87-91)

Okolí se u lidí s histrionskou poruchou stává obětí řady manipulativních her. V intimním životě se objevují sexuální dysfunkce a neuspokojení. (Praško a Látalová, 2013, s. 631)

Pod poruchy osobnosti spadají i **poruchy sexuální preference** F65. V rámci tohoto typu poruch dochází k tomu, že sexuální touha je odlišná a většinou se neorientuje na jedince opačného pohlaví a patřičného věku. Dominantním znakem je taktéž to, že sexuálního uspokojení je docíleno nezvyklými způsoby. Pod tyto poruchy patří například fetišismus, kdy se podnětem sexuálního vzrušení stává neživý objekt jedince, jako jsou obuv, vlasy, šaty, který patřil osobě opačného pohlaví. Dále zde spadá voyerství, kdy se jedinec uspokojuje na základě tajného pozorování osob při sexu či při svlékání. Dále můžeme jmenovat sadomasochismus. Při masochismu je jedinec rád trýzněn a přijímá s oblibou sexuální tresty, bolesti a hanobení. Při sadismu je člověk vzrušen tehdy, když on sám může vykonávat uvedené aktivity druhému jedinci. Mimo uvedené existují další poruchy sexuální preference, kde spadají sexuální aktivity se zvířaty, orientace na partnery s tělesnou zvláštností a další. (Nývtová, 2008, s. 176)

### 3 SCHIZOFRENIE

Slovo schizofrenie pochází z řeckého schizein, což znamená rozštěp a phren, jehož význam je mysl. Pojem uvedl v roce 1911 psychiatr Eugen Bleuler a popsal toto onemocnění. (Bankovská- Motlová a Španiel, 2013, s. 9)

Bleuler dbal o své pacienty znamenitou péčí. V počátečních stádiích schizofrenie se snažil předejít tomu, aby se toto onemocnění stalo chronickým. Bleuler dokázal několik osob zcela vyléčit a přikláněl se k tvrzení, že původ duševních nemocí je psychogenetický. Toto tvrzení zastupoval například i Freud. (Hyde a McGuinnes, 2007, s. 26)

Dříve byla schizofrenie označována jako dementia praecox. E. Kraepelin popsal schizofrenii jako nemoc, která skýtá množství klinických stavů. Uvedl také, že je pro ni příznačný zmatek a antisociální chování. Na konci 19. st. popsal, že schizofrenie má svůj počátek mezi pozdní adolescencí a ranou dospělostí. Schizofrenii rozdělil na 4 subkategorie, které pojmenoval: demence, paranoia, hebefrenie, katatonie. (Collin, 2014, s. 31)

Z jeho subkategorií později vzešly některé typy schizofrenie, kterými se zabýváme v následujících kapitolách.

Schizofrenie je definována jako duševní onemocnění doprovázené narušením většiny psychických funkcí. Jako hlavní se jeví **poruchy vnímání a myšlení**, citová otupělost a poruchy chování i jednání. Tato choroba je zástupcem psychotického onemocnění. (Svoboda a kol., 2006, s. 181)

V rámci psychotického onemocnění existují tři klíčové obrazy a to paranoidní, dezorganizovaně-excitovaný a depresivní.

V případě prvního typu psychózy, pacient trpí paranoidními bludy a myšlenkami. To znamená, že ulpívá na představě, že ostatní ho sledují a spikli se proti němu. Pacient bývá nepřátelský či výbušný a podezřívavý.

Na základě dezorganizovaně-excitované psychózy pacient užívá slov, která postrádají smysl, nebo používá slova, která si sám vymyslel. Pacient bývá dezorientovaný, vybuzený, což se projevuje nadnesenou náladou, překotnou mluvou a aktivitou.

V případě depresivní psychózy je pacient netečný, zpomalený, ztrácí zájem o sebe i o své okolí. Charakteristická je šeptavá řeč a mikromanické bludy, které jej utvrzují o jeho bezvýznamnosti a nicotnosti. (Praško a Látalová, 2013, s. 786)



Ve statistikách se uvádí, že schizofrenií trpí zhruba jedno procento obyvatel. Avšak z epidemiologické studie z roku 2007 vyplývá, že toto číslo je větší. Zjišťoval se výskyt schizofrenních poruch, které jsou v MKN-10 označeny F20-F29. Vyšlo najevo, že tímto onemocněním jsou zasaženy 2-3 % lidí.

Přítomnost schizofrenie je v odlišných zemích světa téměř totožná. V České republice o této hodnotě vypovídá statistický ukazatel o počtu vyšetření v psychiatrických zařízeních. V roce 2008 prošlo prohlídkou přes 40 000 osob s diagnózou schizofrenie. Z toho 54 % tvořily ženy.

Typickým věkem, kdy se schizofrenie začíná projevovat je obvykle etapa mezi dvacátým a třicátým rokem. (Bankovská- Motlová a Španiel, s. 29)

Přičemž u mužů se první příznaky mohou projevit mezi již patnáctým a dvacátým rokem. U žen pak bývá nástup o něco později a to v rozmezí mezi pětadvacátým a pětatřicátým rokem. (Svoboda a kol., 2006, s. 182)

Osoby se schizofrenií se mnohdy samy charakterizují jako osoby se značnou vrozenou citlivostí. Rodina těchto osob uvádí jako příklad dětství, kdy se jedinci v tomto období nadměrně lekali silného hluku, světla nebo pohybu. Tyto osoby bývají mnohdy popisovány jako abnormálně propustné pro vnější vlivy. (McWilliams, 2015, s. 205)

### 3.1 Charakteristické příznaky

Jednotlivé příznaky můžeme dělit na pozitivní a negativní.

**Pozitivní příznaky** znamenají nadměrný projev či zkreslené vnímání běžných funkcí. Bývají vyjádřením zesílené aktivity různorodých oblastí mozku. Patří zde zejména bludy, halucinace, narušení sledu řeči a poruchy sebekontroly v chování.

Nejdříve se zaměříme na pozitivní příznaky schizofrenie

Do pozitivních příznaků spadá ozvučování myšlenek, jejich vkládání i odebírání. Jestliže pacient své myšlenky v hlavě slyší, ale bez zvuku, jde o **ozvučení**. Také často může docházet k dojmu, že myšlenky jsou do hlavy někým vsunovány a tím dochází k ovlivňování myšlení. Stejně také může docházet k pocitům odebírání myšlenek. Dotyčný se obává, že jeho myšlenky jsou přístupny jiným lidem, kteří jej můžou o myšlenky okrást. Dochází také k dojmům totální ztráty soukromí. Výrazem intrapsychické halucinace se míní vkládání a odnímání myšlenek jistou vnější silou.

Již zmíněné znaky jsou projevem depersonalizace, což se jeví jako cizost vlastních myšlenek, prožitků i těla. Nemocný ztrácí svou identitu a je přesvědčený o ovládnutí jeho chování vnější silou. (Vágnerová, 2004, s. 336- 342)

Dále můžeme v rámci pozitivních příznaků jmenovat **bludy**.

Bludy můžeme definovat jako neměnná, trvalá a mylná přesvědčení, která nelze vyvrátit, a která se nezakládají na skutečnosti. Většinou jde o názor nebo myšlenku, o jejíž pravdivosti je osoba zcela přesvědčena. Bludy se člověku nedají vymluvit, vysvětlit ani na základě doložení důkazů. Nemocný totiž vysvětlení nepřijímá. Bludy spadají do poruch myšlení. (Furnham, 2011, s. 44)

Jejich vznik je postupný a ve schizofrenii se rozvíjí na základě **vztahovačnosti**. Nemocný si vše bere příliš osobně a domýšlí si určité věci. Domnívá se, že lidé okolo něj se na něj zaměřili. Lidé v hromadné dopravě ho sledují a vypráví si o něm, jeho telefon je napíchnut a odposloucháván. Červená barva oblečení ostatních lidí na ulici je varovným signálem. Toto jsou příklady mylné interpretace, které vznikají u nemocného.

U schizofrenie se mohou projevit bizarní bludy, kdy si je nemocný jist, že mu někdo na dálku přesunul orgány z hrudníku do břišní dutiny. (Bankovská- Motlová a Španiel, 2013, s. 14-16)

Nemocný si typicky vytváří **špatné soudy** o konkrétních jevech. Například usuzuje, že to, že se na něj lidé dívají, má nějaký zvláštní význam. Nabývá dojmu, že právě on má neobvyklou moc a že oplývá zvláštními schopnostmi. **Bludy** takového projevu nazýváme **megalomanické**.

Vedle nich se mohou vyskytovat **bludy mikromanické**, které jsou opakem. Dotyčný je přesvědčen o své bezvýznamnosti a neúčinnosti na tomto světě.

**Paranoidní blud** odráží přesvědčení, že mozek nemocného ovlivňují vnější síly, že dotyčného někdo pronásleduje, jeho mobil je odposloucháván. Dále se mohou projevit reformátorské či spasitelské bludy, kdy se pacient domnívá, že je vyvolen k nějakému reformátorskému činu. (Vágnerová, 2004, s. 338)

V rámci již zmíněných megalomanických bludů se může také projevit to, že se člověk pokládá za někoho významného, například za papeže.

Jako další se v rámci schizofrenie mohou rozvinout **nihilistické bludy**, kdy se člověk cítí absolutně nicotný, až dokonce popírá svou existenci.

**Originární bludy** jsou postaveny na přesvědčení, že člověk oplývá šlechtickým a jiným významným původem.

**Inventorní bludy** zahrnují pocit, že dotyčný vynalezl něco mimořádně zásadního pro lidstvo.

**Emulatoční bludy** jsou přesvědčení, že dotyčného miluje nějaká vznešená osobnost a snaží se ji i kontaktovat.

Mimo již zmíněné se mohou projevit i **perzekuční bludy**, kdy dotyčný oplývá přesvědčením, že jej někdo pronásleduje či sleduje a chce mu ublížit.

Vágnerová uvádí, že již prožitá traumata a další negativní prožité zkušenosti se mohou podílet na chorobném procesu a být zjeveny v obsahu bludů i halucinací. Vznik bludu lze považovat za obrannou reakci, která jedinci pomáhá řešit současný problém. Dále tak konstatuje, že bludy ani halucinace se nemají dotyčnému vymlouvat, jelikož to může přivodit útočné jednání ze strany nemocného. (Vágnerová, 2004, s. 339)

Vedle bludů mohou vznikat rovněž **halucinace**. Reber definuje halucinace jako: „Vjemový prožitek se všemi přesvědčivými subjektivními vlastnostmi skutečného smyslového dojmu, ale bez normálního fyzického podnětu vyvolávajícího změnu.“ (Reber, 1995, citováno dle Furnham, 2012, s. 41)

Nejčastějším typem halucinací jsou **halucinace sluchové**, kdy nemocný slyší nejrůznější tóny a zejména hlasy, které k němu promlouvají. Ty mohou být mnohdy i imperativní, to znamená, že dotyčnému nařizují, co má provést. (Koukolík, 2008, s. 196)

Objevují se i případy, kdy se hlasy vzájemně hádají, jeden hlas podporuje a druhý kritizuje. Mnohdy hlasy mluví o nemocném ve třetí osobě. Hlasy často dotyčnému zakazují hovořit. Tyto sluchové halucinace jsou pro lékaře rozpoznatelné na základě toho, že dotyčný si například zakrývá uši, dívá se do dálky a zároveň zaujatě naslouchá tomu, co se děje v jeho hlavě.

Nadále se projevují **zrakové halucinace**, kdy nemocný může vidět abnormálně malé objekty (mikropsie) nebo větší než jaké reálně jsou (makropsie). Objekty se též dotyčnému můžou zdát zvláštnější. Nemocný kolem sebe může vidět i zvířata a jiné bytosti.

Dále vycházejí najevo **taktilní halucinace**. Což jsou tělové halucinace, kdy nemocný na svém těle pocítuje nejrůznější dotyky. Například mohou cítit stékání krve po mozku. Nebo

může cítit působení infračervených paprsků na kůži, které soused pouští přes zeď. Vedle toho se mohou objevit pocity škrábání a svědění.

Jako další se projevují **čichové a chuťové halucinace**, které se často objevují ve spojitosti perzekučních a paranoidních bludů. Nemocní pociťují chemikálie, které byly vpuštěny do pokoje a na základě toho odmítají spát v daném pokoji. Dále nemocní mohou nabývat pocitu, že jejich jídlo bylo otráveno, jelikož nějak divně zapáchá. (Bankovská- Motlová a Španiel, 2013, s. 16-17)

Dalším znakem, který se v rámci pozitivních symptomů objevuje, je **dezorganizace**. A ta se projevuje zejména v oblasti řeči a chování. Pacienti užívají neologismů, což jsou slova, která sami vymysleli a nikdo jiný jim nerozumí. Dotyční nejsou schopni souvisle mluvit na dané téma, nedokáží udržet linii rozhovoru. Zároveň se chytají konkrétních slov či frází a nechají ubírat rozhovor úplně jiným směrem. Projev postrádá významové i gramatické vazby. V rámci řečového projevu se jeví i zárazy. Dojde k zárazu myšlenky a další již nepřichází. Objevuje se i echolalie, kdy pacient opakuje věty, které produkuje terapeut. V rámci řeči se může projevit i mutismus, kdy nemocný nemluví.

Dezorganizace v chování se ukazuje zejména v oblasti péče o sebe, člověk se o sebe nestará, tak jak by měl. A to se jeví i v oblasti oblékání, například pacientka si nasadí podprsenku na hlavu nebo si obléká zimní bundu v horoucím létě. Nemocní si často nedokáží sami obstarat obživu. Již zmíněné projevy může doprovázet přítomnost nepřiměřených reakcí jako nadměrné chichotání a skotačení.

Jsou patrné poruchy hybnosti, kdy se aktivita pacienta může jevit jako značně zesílená. Aktivita může vzejít až v agitovanost, což je stav hyperaktivity doprovázený vzrušením. Opačně může dojít ke stavu, kdy u pacienta nedochází k žádným pohybům. Tento stav se označuje jako **stupor**.

V rámci katatonních příznaků se může jevit **katalepsie**. Což znamená setrvávání ve strnulých a neobvyklých polohách. Dále se může projevit vosková ztuhlost, při pohybech s částmi těla jsou končetiny jakoby z vosku.

Následně se zaměříme na **negativní symptomy**.

Negativní příznaky jsou vyjádřením úbytku běžných funkcí a vznikají v důsledku oslabení aktivity různých oblastí mozku. Mezi negativní příznaky spadá sociální odstup, viditelná

netečnost a lhostejnost, zpomalené myšlení, oslabené emoční reakce a absence cílevědomého jednání. (Vágnerová, 2004, s. 336-339)

Jako nejvíce patrné se jeví znaky jako utlumení emočních reakcí, citová otupělost, doprovázena neměnným výrazem v obličeji a nedostatek výrazových gest. Často projev pacienta postrádá oční kontakt, objevují se zárazy myšlenek a obsah projevu je chudý.

Pacient trpí nedostatkem energie a nedokáže prožívat radost (anhedonie). Jako další se jeví nezájem o sociální aktivity a o společnost.

Objevuje se zpomalení, postrádání nápadů a cílevědomého chování, plně se projevuje apatie. Nadále jsou také zjevné projevy abulie, což je ztráta vůle a volných schopností. Pacient pociťuje strach, že nic už nebude jako dřív, postupně nabývá vědomí, že se mu pletl mozek. Dostávají se myšlenky bezvýchodnosti a beznaděje, které často mohou vyústit k sebevražedným pokusům.

Negativní symptomy se projevují souběžně se symptomy pozitivními.

Vedle negativních a pozitivních příznaků vznikají také **kognitivní poruchy**. V rámci schizofrenie se nejvíce jeví poruchy paměti a to jak dlouhodobé, tak i pracovní. Nadále se jeví narušení pozornosti a rychlosti co se týče zpracování informace. Dochází také k poruchám schopností plánovat a rozhodovat se. Narušená bývá také sociální kognice. Nemocný není schopen plně rozumět mezilidských vztahům, dochází i k narušení komunikačních schopností. Dochází ke studu, kdy člověk raději tráví čas v izolovanosti. To vše vede ke ztrátě sebedůvěry, kterou je potřeba znovu najít. (Bankovská- Motlová a Španiel, 2013, s. 18-21)

Významným znakem je také **distorse skutečnosti**, kdy dochází k narušení orientace v realitě. Nemocný nedokáže správně vnímat podněty z okolí. Tyto podněty nedokáže rozlišovat a často jim dává jiný význam, než skutečně mají. Typické je popírání náhody. Věci bývají vyvozovány magickým způsobem. Nemocný naopak nevidí běžné souvislosti. Například pokud začne pršet, se nemocný domnívá, že pršet už nepřestane a vznikne potopa. To má souvislost s již už zmíněnými bludy.

Narušení orientace v realitě se může projevit také v **poruše uvědomování si sebe samého**. Jako nápadný rys se jeví izolace od vnějšího světa a vysoké soustředění se na svou osobnost.

Projevují se také **autistické rysy**, kdy u nemocného dochází k zásadnímu oddělení sebe samého od okolního světa. Přesunuje se do fantazie a přebírá jinou identitu. Vnější svět vnímá jako cizí a zvláštní a nedokáže se v něm pohybovat. Nemocný si uvědomuje často změnu, která se s ním stala, ale chybí mu **adekvátní náhled** na své onemocnění. Svět i sebe vnímá úplně odlišně a domnívá se, že vše má jiný význam než dříve. (Vágnerová, 2004, s. 339- 343)

Je významné zmínit taktéž **poruchy automatismů** čili každodenních činností, které vykonáváme automaticky a nepřemýšlíme tolik nad nimi. Jde o kombinaci myšlenkových a pohybových procesů a právě tato kombinace bývá narušena. Jde o činnosti jako péče o domácnost, vaření, nakupování, schopnost se někam dopravit. Z důvodu narušení běžných sociálních dovedností, dochází u osob se schizofrenií k poruše plnění určitých sociálních rolí (v rodičovství, manželství či zaměstnání). Právě narušení automatismů je pojeno s negativními příznaky schizofrenie, jako jsou poruchy vůle a projevy pasivity. (Probstová a Pěč, 2014, s. 45- 46)

### 3.2 Typy schizofrenie

Jako první můžeme jmenovat **hebefrenní schizofrenii**, která je v MKN-10 označena F20.1. Tento typ schizofrenie se rozvíjí většinou v dospívání nebo časně dospělosti. Významné jsou změny emotivity, citová otupělost. Význačné je také nevhodné a neočekávané jednání a chování. Typická je roztěkaná mluva, která doprovází poruchu myšlení. (Smolík, 2002, s. 161)

Významnou změnou prochází i vůle. Nemocný si nadále přestává pěstovat své koníčky, jeho jednání je bezcílné a chování se nedá předvídat. Dochází i k projevům grimas a zautomatizovanému opakování frází. Bludy a halucinace se ani nemusejí projevit nebo je jejich projev pouze lehký. (Nývltová, 2008, s. 150- 151)

Další formou schizofrenie je **paranoidní schizofrenie** (F20.0), která se ze všech typů schizofrenie objevuje nejčastěji. Charakteristickým znakem paranoidní schizofrenie je značný výskyt paranoidních bludů a také zejména sluchových halucinací. Tyto příznaky se ze všech znaků schizofrenie projevují nejvíce. Projevy jako dezorganizované chování a řeč, ztuhlost a oploštění citů vylučují tuto diagnózu. (Hales a kol., 2011, s. 117)

Dále se vyskytují perzekuční bludy, které jsou spojeny s pocity pronásledování a objevují se i megalomanické (velikášské) bludy. U halucinací dochází dále k halucinacím čichovým a někdy i tělesným. (Nývltová, 2008, s. 151)

Dalším typem je **katatonní schizofrenie** (F20.2), pro kterou bývají dominantní extrémní psychomotorické příznaky. Objevuje se stupor, redukce spontánních pohybů i akčnosti. Dále se projevují nástavy, což je setrvávání v nevhodných nebo extrémních polohách. Nemocný je také voskově ohebný a mohou se objevovat epizody vzteklého neklidu.

Projevuje se také silný negativismus.

Kohoutek (2007, s. 249) uvádí, že negativismus je projev protikladného chování, než jaké je předpokládáno. Může jít také o odlišné chování, než jaké je vyžadováno od specifické situace. V průběhu negativismu se může vyskytovat extrémní snažení o opozici a touha po nezávislosti.

Dochází také k přechodům od nehybnosti po extrémní motorický neklid. Tyto projevy se mohou doplňovat s halucinacemi a snovými stavy.

V případě **nediferencované schizofrenie** (F20.3), vychází najevo obecné příznaky, ale nejsou splněny příznaky pro konkrétní typy schizofrenie.

Existuje i **postschizofrenní deprese** (F20.4), již charakterizuje depresivní fáze. Ta vzniká po odeznění schizofrenie a její trvání je dlouhé. Nadále jsou sice přítomny některé příznaky schizofrenie, ale nepřevládají.

**Reziduální schizofrenie** (F20.5) je chronickým stádiem a je význačná jednou a více epizodami. Doprovází ji dlouhodobé, negativní příznaky jako psychomotorické zpomalení, pasivita, snížená podnikavost. Typická je redukce aktivity a snížený obsah řeči. Dále se objevuje jednotvárná neverbální komunikace a absence očního kontaktu.

**Simplexní schizofrenie** (F20.6), je charakteristická pro plíživý rozkvět výstředního chování. Snížený je výkon v oblasti studijní i pracovní a také schopnost plnit požadavky. Dochází k projevům rysů reziduální schizofrenie bez výrazných psychotických znaků.

### 3.3 Příčiny tohoto onemocnění

V současnosti přihlížíme zejména k modelu **multifaktoriální podmíněnosti**. Na rozvoj onemocnění se podílí genetické, biologické faktory a faktory prostředí. Tyto faktory se ovlivňují navzájem. (Probstová a Pěč, 2014, s. 43)

U schizofrenie se projevuje narušená výběrovost percepce (vnímání). Výběrovost působí jako prostá ochrana vůči přetížení informacemi, které nejsou důležité. V rámci schizofrenie nemocný přijímá všechny informace, ale mozek není schopen veškeré podněty zpracovat. Na tomto základě vzniká atribuční chyba. Nemocný si v informacích udělá vlastní řád a přiřazuje tak určitý význam všem věcem a okolnostem. Toto vysvětlení souvisí s bludy.

Na rozvoj schizofrenie může mít dopad také dědičnost. Studie prokázaly vliv genetiky na vznik schizofrenie. Potvrdil se fakt, že příbuzní osob, které trpí schizofrenií, mají větší šanci rozvoje tohoto onemocnění než ostatní. V rámci zkoumání se srovnávala jednovaječná dvojčata, která jsou geneticky totožná. Zjistilo se, že pokud schizofrenií onemocní jedno z dvojčat, pak se objevuje 50 % šance, že se nemoc rozvine i u druhého z dvojčat. Tím pádem vychází najevo fakt, že poloviční podíl na rozvoj choroby zaujímá jiný faktor než dědičný. Spíše než zdědit schizofrenii můžeme **dispozice**, které pak mohou s dalšími faktory hrát určitou roli při vzniku nemoci.

Bylo zjištěno, že těžkosti během těhotenství a při porodu zvyšují propuknutí schizofrenie až dvakrát či třikrát. Jako příčina se jeví poškození vyvíjejícího se mozku. (Praško a Látalová, 2013, s. 348- 349)

Nadále bylo prokázáno, že zjištěné odchylky ve struktuře mozku u osob trpící schizofrenií přímo vedou i k poruše funkcí mozku (Gelder a kol., 1996; Kolb a Wishaw, 1999; Koukolík, 2000, citováno dle Vágnerová, 2004, s. 334). U těchto osob dochází k úbytku mozkové kůry a tím i k poklesu hmotnosti mozku. Zjistilo se, že schizofrenie je důsledek poruchy funkce většího množství neurotransmiterů a tím i nestability mozkových funkcí (Rahn a Mahnkopf, 2000, citováno dle Vágnerová, 2004, s. 335).

Jako další spouštěč této nemoci můžeme jmenovat **vnější vlivy**. Zde spadají již zmíněné komplikace v době těhotenství, dále také faktory psychosociálního charakteru, které působí ve spojitosti s rodinou. Na vzniku schizofrenie se podílí i **vulnerabilita** jedince. To znamená zvýšenou zranitelnost či citlivost k určitým věcem. Takový jedinec nedokáže zpracovat zcela běžnou situaci. Objevuje se malá frustrační tolerance, kdy je jedinec málo odolný vůči odmítnutí, stresu, zklamání, určitému očekávání či smrti blízké osoby. Problém nevězí ani tak v celkové zátěži, ale spíše ve způsobu **zpracování zátěže**. Například v době časně dospělosti, se člověk osamostatňuje a zakládá si svou rodinu a opouští stávající. Ale člověk nadměrně přecitlivělý a zranitelný to vždy nemusí zvládnout a mohou se dostavit patologické reakce. (Vágnerová, 2004, s. 336)



Když se podíváme na vznik schizofrenie z psychodynamického hlediska, zjistíme, že určitou roli mohou hrát meziosobní vztahy či vztahy k osobám důležitým v našem životě. Na vzniku schizofrenie se může podílet vazba matky a dítěte v prvních měsících života. **Porucha vazby** mezi matkou a dítětem nedovoluje uspokojitelné přijetí a zpracování prvních citových reakcí dítěte matkou a opětovné přijetí dítětem. Tento proces je významný pro utváření ustálených hranic sebe a světa okolo. Osoba, která nemá tyto hranice stabilně upevněné, je náchylná k rozvoji schizofrenie. Taková osoba není schopna udržet potřebnou stabilitu v okolnostech, které vyvolávají úzkost či vztek. Neúnosných psychických projevů se osoba oprostuje při vzniku bludů a halucinací, které jsou prostými obrannými funkcemi. (Probstová a Pěč, 2014, s. 46- 47)

### 3.4 Léčba

V předchozích letech spočívala léčba schizofrenie v podávání sedativ, v izolaci a mnohokrát také v přemístění člověka s duševní nemocí do osamocené instituce. Od počátku 21. století se postupně ustupovalo od hospitalizační formy léčby. Ke zvratu v podobě propuštění pacientů z hospitalizace docházelo po objevu antipsychotik v polovině minulého století. Dříve se objevoval i drastický způsob léčby, například psychochirurgie, kdy například docházelo k přetnutí drah mezi středním mozkem a frontálními laloky. (Smolík, 2002, s. 174-175)

Aby léčba schizofrenie byla efektivní, je třeba ji pojmout komplexně. To znamená, že mimo léčby léky (farmakoterapie) je zcela podstatná a nevyhnutelná psychosociální intervence. Případně může být třeba pomoci člověku ve věcech týkajících se bydlení, osobních vztahů a s peněžními prostředky.

Souhrnným účelem je snížení poměru počtu nemocných jedinců oproti jedincům zdravým, dále redukce úmrtnosti, snižování frekvence opakujících se epizod. Dále můžeme jmenovat snižování psychotických příznaků, zvýšení kvality života, z toho vyplývá souvislá léčba.

Schizofrenie je specifická tím, že prochází různorodými fázemi, přičemž na každou fázi je třeba jiné strategie a postupu. (Svoboda a kol., 2006, s. 195)

Léčba tedy není směřována pouze na odstranění příznaků této nemoci, ale také na celkovou „úzdrazu“. Pod tímto pojmem si můžeme představit nejen nepřítomnost příznaků, ale také zvládnutím životních rolí.

V rámci farmakoterapie se jako nejvýznamnější jeví antipsychotika. To jsou léky, které likvidují příznaky a zároveň předcházejí relapsu (navrácení nemoci). Zejména jestliže se projeví psychotické příznaky, je třeba nastolit léčbu pomocí antipsychotik. Ty zabráňují vzniku nových zvrácených významů. Antipsychotika zahajují něco jako měkký reset systému významotvornosti. Schizofrenie je specifická v tom, že nevíme přesně, **kdy dojde k další epizodě**, proto je nutné sledovat varovné příznaky a také podávat léky v rámci udržovací léčby. (Bankovská- Motlová a Španiel, 2013, s. 51- 57)

Vágnerová (2004, s. 365) uvádí, že léčba je efektivní pouze tehdy, jestliže nemocný užívá předepsané léky. V akutní fázi bývá nezbytná hospitalizace.

Typická antipsychotika jsou starší a podávají se zejména za účelem odstranění pozitivních příznaků, jako jsou halucinace, bludy a neklid. Vedle typických existují také **atypická antipsychotika**, která jsou účinné jak na pozitivní, tak i negativní příznaky. Objevuje se při nich menší množství vedlejších účinků a jsou snášenlivějšími léky. (Praško a Látalová, 2013, s. 204-205)

Významnou částí léčby je **psychoterapie**. Psychoterapie směřuje k pomoci a podpoře nemocného v rámci vypořádávání se s nemocí. Napomáhá k pochopení sebe samého, principu svého onemocnění a znovu osvojení dovedností v sociální rovině. (Vágnerová, 2004, s. 365)

Psychoterapií se rozumí léčebné působení, které se opírá o záměrné a úmyslné používání psychologických prostředků. Mezi ty spadá například rozhovor, nonverbální chování, vznik terapeutického vztahu, stimulace emocí. Pomocí psychoterapie záměrně působíme na psychické procesy, funkce a faktory, které zapříčiňují toto onemocnění. Psychoterapie slouží ke zmírnění či odstranění problémů a nalezení a zredukování jejich příčin.

Při psychoterapii jde o navázání optimálního vztahu mezi terapeutem a pacientem. Má dojít k uvolnění, sebereprojevení, k dosažení nadhledu. Dochází také ke zkoušení a osvojování nového chování, zdokonalování sociálních dovedností a adaptaci na situace, které v člověku vyvolávají strachy. Terapii provádí kvalifikovaná osoba, zejména psycholog či psychiatr. Ústředním účelem je reedukace, resocializace, náprava postojů u nemocného. (Kratochvíl, 2012, s. 15- 19)

Při komunikaci s nemocným je důležité, pokud ho dobře neznáme, zachování odstupu a jednání spíše neutrální a věcné. V každém případě nesmí docházet k vtipům a nadsázkám ze strany terapeuta, jelikož nemocný si to vykládá jinak. V případě, že dojde k obeznámení

s obsahem bludů ze strany nemocného, je vhodné, aby obsah bludu nebyl potvrzen ani vyvrácen. Spíše by mělo jít o projevení porozumění bludu. (Chodura, 2000, s. 41)

Další nedílnou součástí léčby bývá **socioterapie**. V rámci toho je také neopomenutelná úprava rodinného soužití tak, aby ostatní členové rodiny soužití snášeli, a aby to na nemocného nemělo dráždivý vliv. Dalším významným bodem v rámci socioterapie je aktivizace nemocných. Jako vhodné se jeví naplánování denních činností a programu. Nesmí docházet k nadbytečnému přetěžování a podléhání stresu, jde o posilování kontaktu s lidmi a také posilování sociálních dovedností.

Je prokázáno, že dlouhodobý pobyt v léčebně snižuje sociální návyky a dovednosti nemocných. Jestliže to podmínky dovolují, jeví se jako vhodnější návrat do rodinného prostředí. V případě zamítnutí této možnosti rodinou, existuje alternativa ve formě **chráněného bydlení** jako přechodná možnost bydlení.

Co se týče zlepšování či znovu osvojování pracovních návyků, mnohdy se může jevit jako ústřední **chráněné pracoviště**. Pracovní činnost se tedy může uzpůsobit nemoci osoby. Tato forma se jeví jako přijatelná zejména, jestliže se nemocný setkává pouze jen s negativními reakcemi v souvislosti s jeho onemocněním. Tato možnost se jeví jako přechodná.

V rámci socioterapie dochází také k posilování a procvičování praktických dovedností, aby se člověk trpící schizofrenií mohl začlenit zpět do společnosti. (Vágnerová, 2004, s. 366)

## 4 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

V rámci teoretické části bakalářské práce jsme komplexně rozebrali problematiku duševního onemocnění.

Pro vymezení duševního onemocnění existuje řada různých definic, proto je těžké přímo definovat tento pojem. My se přikláníme zejména k definici od světové zdravotnické organizace (WHO), která pojem duševní onemocnění označuje jako souhrn pro rozsáhlou skupinu problémů s různorodými příznaky. Přičemž celkově jsou duševní nemoci určovány kombinací abnormálních emocí, myšlenek, vztahy a chováním k ostatním.

V první kapitole se tedy zabýváme různými pohledy a definicemi na duševní onemocnění. V další podkapitole stručně nastiňujeme historický vývoj pojmu duše, čili první představy o duši vůbec. V následujících podkapitolách vysvětlujeme pojem duševní normality a duševního zdraví, přičemž uvádíme, že se duševním zdravím nemíní pouze nepřítomnost nemoci. Je popisováno jako stav úplné duševní, fyzické a sociální pohody. V dalších podkapitolách se zabýváme právy duševně nemocných osob, přičemž vycházíme z Hippokratovy přísahy. Nadále se díváme na duševní nemoci optikou veřejnosti. Vycházíme z pojetí různých autorů. Jelikož je prokazatelný vliv médií na názory či utváření předpokladů o duševně nemocných, rozebíráme v poslední podkapitole, jak by měla vypadat destigmatizace. A charakterizujeme již existující destigmatizační programy.

V druhé kapitole se komplexně věnujeme klasifikaci duševních nemocí. Vymezili jsme, že existuje více diagnostických materiálů, které klasifikují a charakterizují konkrétní diagnózy duševních nemocí. My se opíráme o 10. revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí. V první podkapitole se však ještě zabýváme vztahem sociálního pracovníka a klasifikace duševních nemocí. Neboť jako sociální pedagogové, potažmo sociální pracovníci se v rámci své práce můžeme setkat se seniory, emigranty, bezdomovci. A tyto i jiné skupiny mohou trpět duševním onemocněním jako důsledkem svojí tíživé životní situace. Proto jsme tuto podkapitolu zařadili do naší bakalářské práce. Nadále rozebíráme vybrané, konkrétní duševní nemoci. Zabýváme se jak jejich příčinami, tak typickými příznaky a nastiňujeme i způsob léčby.

V poslední třetí kapitole se věnujeme zvláště schizofrenii, neboť toto onemocnění patří mezi nejvíce medializované a stigmatizované onemocnění v rámci duševních poruch. Zabýváme se četností tohoto onemocnění v rámci populace, dále uvádíme možné příčiny vedoucí ke vzniku této choroby. V následujících podkapitolách definujeme typické příznaky

schizofrenie, které se dělí na pozitivní a negativní. Charakterizujeme taktéž typy schizofrenie. Jelikož je schizofrenie specifická v tom, že se projevuje v epizodách, zaměřili jsme se v poslední podkapitole na konkrétní způsob léčby.

Důležité je, aby nedocházelo k úplné izolaci osob se schizofrenií. Bylo prokázáno, že osoby dlouhodobě izolované v psychiatrických léčebnách ztrácí sociální návyky a dovednosti.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V této části bakalářské práce se zabýváme kvantitativním výzkumem. Výzkumné šetření bylo realizováno formou dotazníku, který jsme sestavili na základě výzkumného problému a výzkumných cílů. Výzkum zjišťuje názory obyvatel Zlínského kraje na osoby trpící duševním onemocněním.

V rámci této praktické části bakalářské práce vycházíme z odborné publikace Metody pedagogického výzkumu od Miroslava Chrásky z roku 2007.

### 5.1 Výzkumný problém

Výzkumným problémem v rámci této bakalářské práce je zjištění názorů obyvatel Zlínského kraje na osoby trpící duševním onemocněním.

### 5.2 Výzkumné cíle

Cíle výzkumu byly rozděleny na jeden hlavní výzkumný cíl a šest dílčích výzkumných cílů. Jako hlavní výzkumný cíl jsme si určili:

- Zjistit názory obyvatel Zlínského kraje na osoby trpící duševním onemocněním.

Dílčí výzkumné cíle byly vymezeny následovně:

- Zjistit úroveň znalostí respondentů v oblasti duševních nemocí.
- Identifikovat, jaké obavy zaujímají respondenti vůči duševně nemocným.
- Analyzovat míru podléhání mýtům o duševních nemocech u respondentů.
- Zjistit informovanost respondentů v oblasti duševních nemocí.
- Analyzovat vztah respondentů k duševně nemocným osobám.
- Zjistit možné reakce respondentů na duševní onemocnění v okruhu nejbližších osob.

### 5.3 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky jsme stanovili na základě výzkumných cílů a jsou rozděleny na hlavní výzkumnou otázku a dílčí výzkumné otázky. Jako hlavní výzkumnou otázku jsme stanovili:

- Jaké jsou názory obyvatel Zlínského kraje na osoby trpící duševním onemocněním?

Dílčí výzkumné otázky jsou stanoveny následovně:

- Jaká je úroveň znalostí respondentů v oblasti duševních nemocí?
- Jaké obavy zaujímají respondenti vůči duševním nemocem?
- Jaká je míra podléhání mýtům o duševních nemocech u respondentů?
- Jakou informovaností disponují respondenti v oblasti duševních nemocí?
- Jaký vztah zaujímají respondenti k duševně nemocným osobám?
- Jakým způsobem by respondenti reagovali na duševní onemocnění v okruhu nejbližších osob?

### 5.4 Technika sběru dat

Pro náš výzkum jsme si zvolili kvantitativní metodu, která byla provedena formou dotazníkového šetření. Výhoda této metody je, že se získané výzkumné údaje dají jasně vyjádřit v podobě čísel.

Dotazník byl realizován v elektronické podobě a to z důvodu získání potřebných údajů od co největšího počtu respondentů různého věku a také z důvodu jejich anonymity.

Dotazník obsahuje 28 otázek, přičemž se objevují otázky jak uzavřené, tak i polouzavřené a otevřené. Většina otázek byla uzavřených, které se vyznačují dle Chrásky (2007, s. 166) tím, že se při tomto typu respondentům vždy předkládá určitý počet předem připravených odpovědí. Otevřené otázky jsou charakteristické dle Chrásky (2007, s. 165) tím, že respondenti nenavrhují žádné hotové odpovědi. Respondenti nejsou nijak korigováni, pouze se mají vyjádřit k příslušné otázce. Poslední otázka v dotazníku byla specifická tím, že



se respondenti měli vyjádřit ke konkrétním výroky na příslušné škále, a to dle jejich preferencí. Škálové otázky jsou vhodné právě při zjišťování názorů.

## 5.5 Výzkumný soubor

Způsob výběru výzkumného souboru byl dostupný, a to na základě místní a časové dostupnosti. Základní soubor výzkumného souboru tvoří obyvatelé Zlínského kraje. Výběrový výzkumný soubor tvoří vybraná část obyvatel Zlínského kraje. Podmínka, aby respondenti mohli být zařazeni do výzkumného vzorku, byla taková, aby se jednalo pouze o obyvatele Zlínského kraje. Věková hranice pro zahrnutí do výzkumného vzorku byla nastavena mezi 20 – 75 lety, přičemž jsme vycházeli podle vývojové psychologie Marie Vágnerové. Ta rozdělila věk do příslušných věkových kategorií. Období věku 20 -35 je nazýváno jako mladá dospělost, věkové období 35 – 45 let pojmenovává jako střední dospělost. Název starší dospělost přidělila Vágnerová věku 45 – 60 let. A období 60 – 75 let pojmenovala Vágnerová jako rané stáří.

Celkový počet respondentů byl 125, ale jelikož 21 respondentů bylo z kraje jiného, než ze Zlínského, zařadili jsme do našeho výzkumu 104 dotazníků.

## 5.6 Metody analýzy dat

Jak již bylo zmíněno, ke zpracování bylo 104 dotazníků. Jednotlivé otázky z dotazníku a k nim se vztahující výzkumné otázky byly vyhodnocovány ručně pomocí čárkovací metody. Jelikož jsme si stanovili deskriptivní výzkumné otázky, nebylo třeba hypotéz.

**Hlavní výzkumná otázka:** Jaké jsou názory obyvatel Zlínského kraje na osoby trpící duševním onemocněním? Na základě této otázky byly stanoveny dílčí výzkumné otázky.

- 1) **Dílčí výzkumné otázky:** Jaká je úroveň znalostí respondentů v oblasti duševních poruch?  
K této výzkumné otázce se vztahují **otázky v dotazníku:** ot. č. 5, 8, 9, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 26 a **výrok** č. 4 a 11.
- 2) Jaké obavy zaujímají respondenti vůči duševním nemocem?  
K této výzkumné otázce se vztahují **otázky v dotazníku:** ot. č. 13, 14 a částečně 11, 12 a **výrok** č. 3, 9, 10.

**3) Jaká je míra podléhání mýtům o duševních nemocech u respondentů?**

K této výzkumné otázce se vztahují **otázky v dotazníku**: ot. č. 9(částečně) a **výrok** č. 2, 4, 5, 6, 7, 8.

**4) Jakou informovaností disponují respondenti v oblasti duševních nemocí?**

K této výzkumné otázce se vztahují **otázky v dotazníku**: ot. č. 6, 10, 16, 22, 27 a **výrok** č. 1.

**5) Jaký vztah zaujímají respondenti k duševně nemocným osobám?**

K této výzkumné otázce se vztahují **otázky v dotazníku**: ot. č. 7, 11, 12, 17.

**6) Jakým způsobem by respondenti reagovali na duševní onemocnění v okruhu nejbližších osob?**

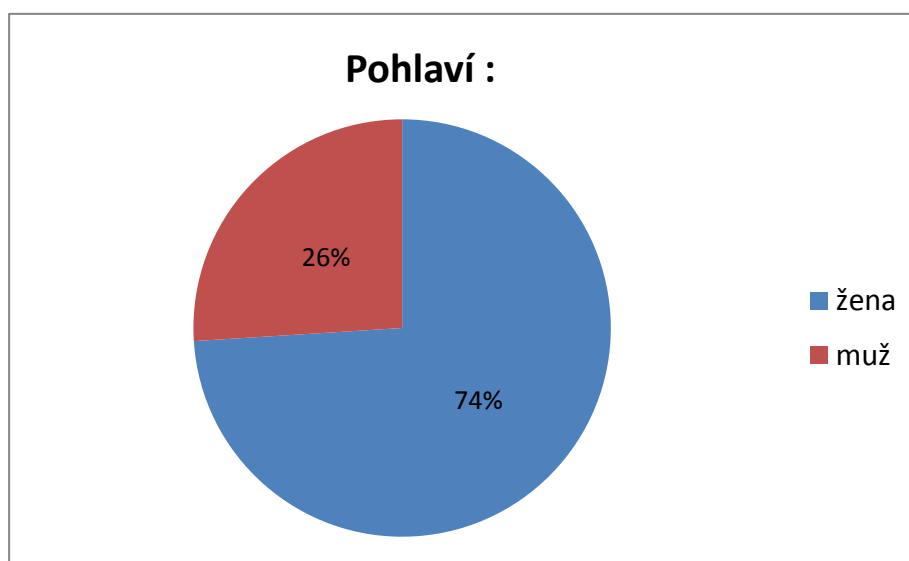
K této výzkumné otázce se vztahují **otázky v dotazníku**: ot. č. 15, 25.

Otázky č. 1, 2, 3, 4 jsou identifikační.

## 6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

V následující kapitole prezentujeme výsledky výzkumu ze sesbíraných dat v rámci dotazníkového šetření. Analýzu dat provádíme pomocí tabulek a grafů. Konkrétní zpracování dat bylo provedeno v programu Microsoft Excel. Vždy uvádíme číslo otázky a její konkrétní znění, následuje její grafické znázornění a komentář o výsledcích.

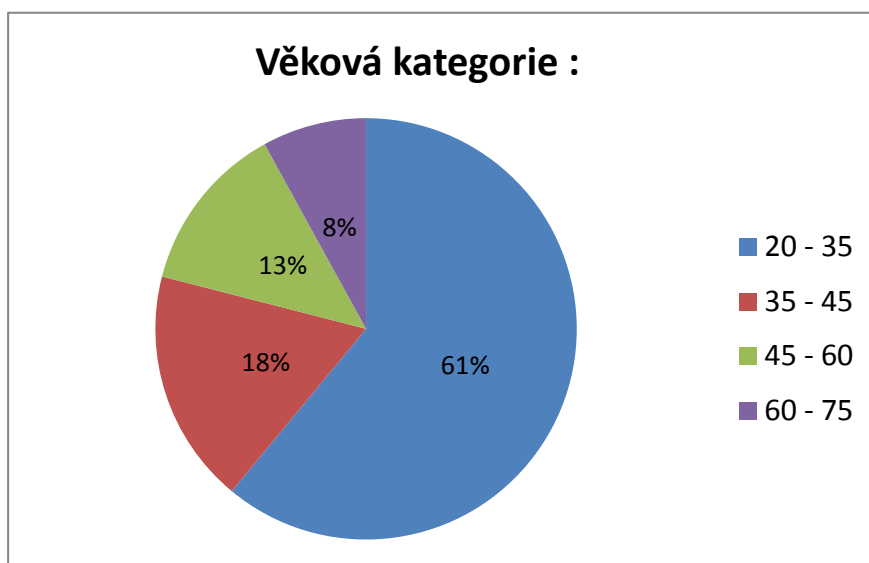
V **otázce č. 1** jsme zjišťovali pohlaví respondentů.



### Graf č. I – Pohlaví respondentů

Z celkového počtu respondentů, kterých je 104, je patrné, že žen bylo zastoupeno více. Počet žen činil 77, což je 74 %. Počet mužů byl značně nižší a to v zastoupení 27 respondentů, což činí 26 %. Z grafu tedy můžeme vyčíst, že rozložení pohlaví je velmi nevyrovnané, proto bychom ani jejich odpovědi nemohli srovnávat.

V otázce č. 2 zkoumáme rozložení respondentů dle věku.



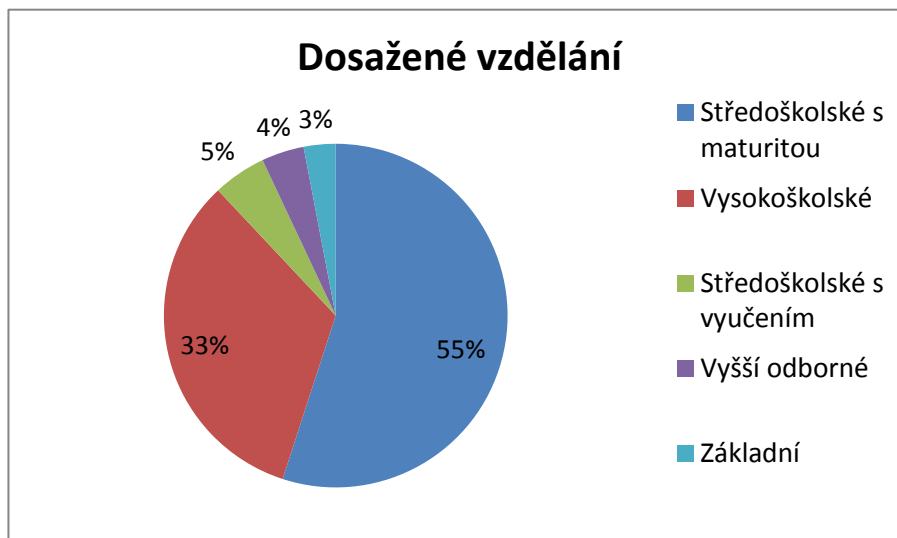
### Graf č. II – Věk respondentů

Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů bylo zastoupeno ve věku 20 – 35 let a to v počtu 63 osob, což činí 61 %. Dále bylo 19 respondentů zastoupeno ve věku od 35 – 45 let, což činí 18 %. Ve věku 45 – 60 let bylo zastoupeno 14 respondentů, tedy 13 %. Ve věku 60 – 75 let bylo 8 respondentů, tedy 8 %. Při rozdělení věkových kategorií jsme vycházeli podle vývojové psychologie Marie Vágnerové. Tímto způsobem rozdělila věk a období věku 20-35 let nazývá jako mladá dospělost, období 35 – 45 let pojmenovává jako střední dospělost. Název starší dospělost přidělila Vágnerová věku 45 – 60 let. A období 60 – 75 let pojmenovala Vágnerová jako rané stáří.

**Otázka č. 3** zkoumá, v jakém kraji respondenti bydlí.

Do výzkumu jsou zařazeni pouze obyvatelé Zlínského kraje s počtem 104 respondentů. Jelikož se dotazník týká pouze obyvatel Zlínského kraje, graficky nebudeme zobrazovat tento jev. Původně činil počet respondentů 125. Ostatní respondenti byli z Jihomoravského kraje a to v zastoupení 6 respondentů. Z hl. města Prahy bylo 5 respondentů. Z Moravskoslezského kraje byli 3 respondenti. Zastoupení 1 respondentem bylo z Královéhradeckého, Pardubického, Ústeckého, Olomouckého, Jihočeského, Plzeňského kraje a kraje Vysočina.

V otázce č. 4 zjišťujeme nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.



**Graf č. III – Dosažené vzdělání respondentů**

Nejvyšší je v našem dotazníkovém šetření zastoupení respondentů se středoškolským vzděláním zakončeným maturitou, těchto respondentů je 57, což tvoří 55 %. Dále jsou početně hojně zastoupeni respondenti s vysokoškolským vzděláním, kterých je 34 a tvoří tedy 33 %. Respondentů s vyučením bylo 6 a tvoří tedy 5 %. Vyšším odborným vzděláním v našem dotazníkovém šetření disponovali 4 respondenti, což představuje 4 %. Základní vzdělání měli 3 respondenti, což představuje 3 %.

V otázce č. 5 jsme zjišťovali, co si respondenti představují pod pojmem duševní onemocnění.

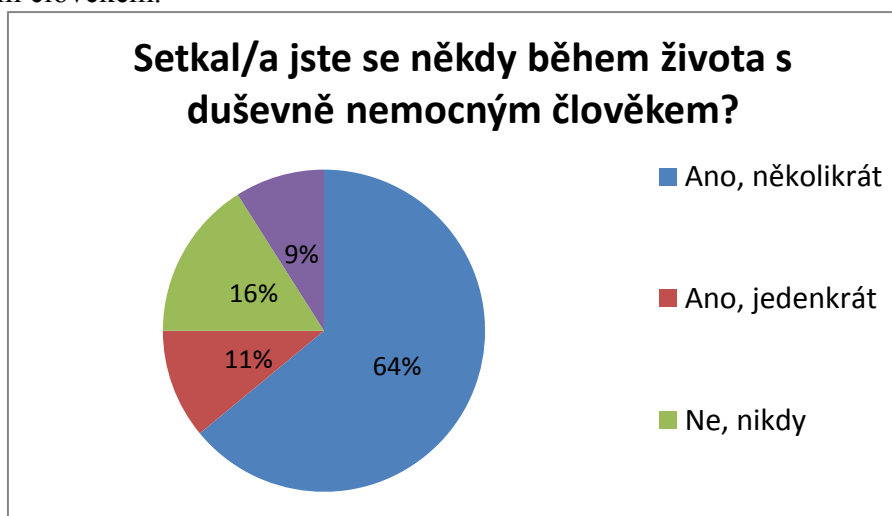
KATEGORIE	POZOROVANÁ ČETNOST	KATEGORIE	POZOROVANÁ ČETNOST
Blázen	6	Změna osobnosti člověka	2
Změna nálad, labilita	7	Narušené myšlení, vnímání, cítění ve- doucí k odlišnému chování	15
Porušení reality, vlastní svět	5	Maniodepresivní porucha, schi- zofrenie, fobie	11
Nemoc mozku	30	Psychiatrická dia- gnóza	3
Psychické problémy, narušení psychiky	11	Nebezpečný jedinec pro sebe i okolí	1
Omezení člověka v praktickém životě	5	Postižení a slabomy- slní lidé	2
Nedokážu definovat (nic)	2		

**Tabulka č. I - Představa respondentů o duševním onemocnění**

V této otevřené otázce jsme nechali prostor pro volné vyjádření respondentů a získané odpovědi jsme sjednotili na základě podobnosti do příslušných kategorií. Nejvíce respondentů (30) uvedlo, že si pod pojmem duševní onemocnění představuje nemoc mozku. Jako další nejčastější odpověď, se objevovalo to, že respondenti si pod pojmem duševní onemocnění představují narušené myšlení, vnímání a cítění vedoucí k odlišnému chování. Takto odpovědělo 15 respondentů. Dále si 11 respondentů pod pojmem duševní nemoci představuje konkrétně schizofrenii, maniodepresivní poruchu či fobie. Nadále se 7 respondentů domnívá, že duševní nemoc vystihují změny nálad a labilita. Pod pojmem duševní

onemocnění si 6 respondentů představuje blázna či šílence. Porušení reality a pocit vlastního světa si pod duševním onemocněním představuje 5 respondentů. Dále taktéž 5 respondentů uvedlo, že si pod pojmem duševní onemocnění představuje omezení člověka v praktickém životě. Méně často respondenti uváděli, že si pod duševním onemocněním představují změnu osobnosti u člověka, psychiatrickou diagnózu, postižené a slabomyslné osoby a také osoby nebezpečné pro sebe i okolí. Dva respondenti si pod tímto pojmem nepředstavují nic, jelikož jej nedokáží definovat. Na základě těchto výsledků můžeme vidět, že znalost respondentů není úplná a dostatečná, jelikož se většina respondentů (30), domnívá, že duševní onemocnění je nemocí mozku. Odpověď, že pod duševním onemocněním si představují respondenti blázna, uvedli respondenti s nižším dosaženým vzděláním. V definici duševního onemocnění můžeme vycházet například ze Smolíka (2002, s. 31) který uvádí, že duševní onemocnění se nejčastěji projevuje ve spojitosti s nepohodou a narušení ve významných oblastech fungování jedince. Dochází k poruše v oblasti biologické, psychické a behaviorální.

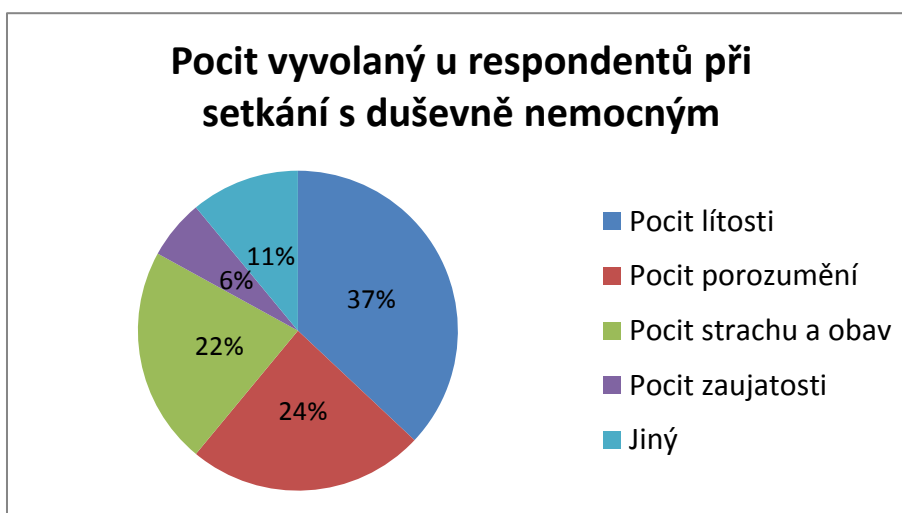
V otázce č. 6 jsme zjišťovali, zda se respondenti setkali během svého života s duševně nemocným člověkem.



**Graf č. IV – Setkání s duševně nemocným člověkem**

Většina respondentů se již s duševně nemocným člověkem setkala, a to několikrát, uvedlo 67 respondentů, což představuje 64 %. Jedenkrát, se s duševně nemocným člověkem setkalo 11 respondentů, což činí 11 %. Nikdy se během života neseťkalo s duševně nemocným 17 respondentů, tedy 16 %. A duševně nemocného v rodině má 9 respondentů, tedy 9 %. Respondenti, kteří mají duševně nemocného v rodině, se vyznačovali větší znalostí či informovaností co se týče i dalších otázek.

V otázce č. 7 jsme zjišťovali pocit, který vyvolávají osoby s duševním onemocněním u respondentů

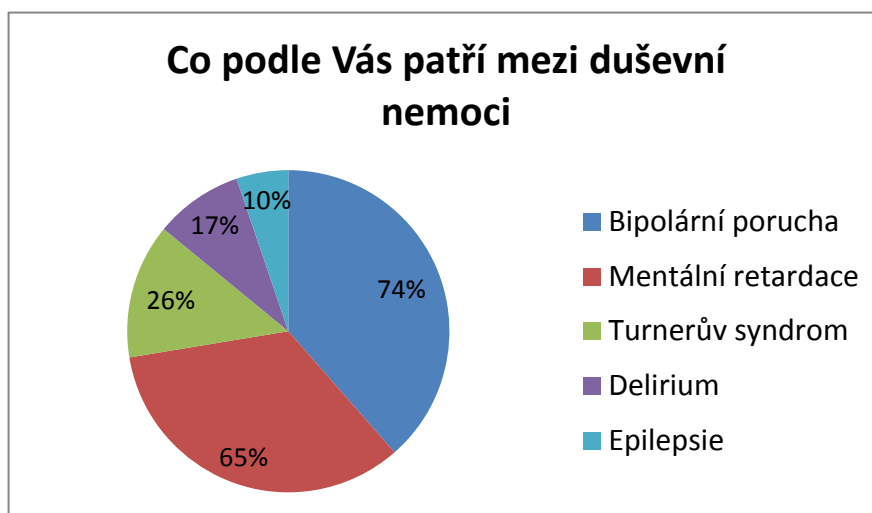


#### **Graf č. V – Pocity respondentů**

Z tohoto grafu jasně vyplývá, že nejvíce u respondentů převažuje pocit lítosti a to u 38 respondentů, tedy ve 37 %. Jako další se hojně vyskytoval pocit porozumění a to u 25 respondentů, což činí 24 %. Vzápětí se objevoval pocit strachu a obav u 23 respondentů, tedy u 22 %. Pocitem zaujatosti oplývá 6 respondentů, tedy 6 %. Pod odpovědi jiný pocit, se objevovaly odpovědi jako žádný pocit, protože je to člověk jako každý jiný. Dále také, že by záleželo, o jakou poruchu by se jednalo a také na konkrétní situaci a objevil se zde také pocit bezmoci. Takto odpovědělo 12 respondentů, což činí 11 %. U těchto otázek jsme vycházeli z Vágnerové, která uvádí, že postoj k duševně nemocným je ve většině případů charakteristický pocitem porozumění či soucitem. Mnohdy se však mohou projevit pocity odmítání, nechuť a odpor či pocity obav.

V otázce č. 8 jsme se ptali respondentů na to, co patří mezi duševní nemoci.

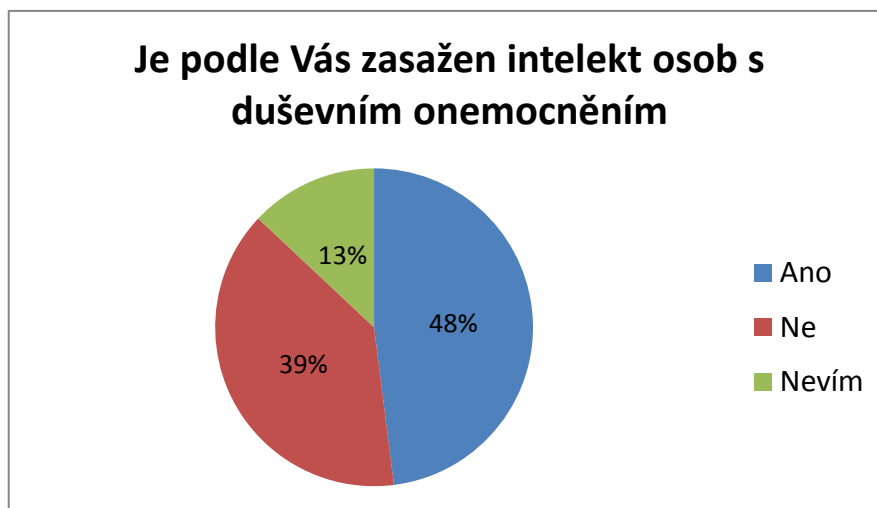




**Graf č. VI – Nemoci, které spadají mezi duševní onemocnění**

V této otázce mohli respondenti zvolit vícero odpovědí, proto součet % v grafu nedává 100 %. Správnými odpověďmi je mentální retardace, bipolární porucha a delirium. Bipolární porucha byla volena v 77 případech, což je 74 %. Mentální retardace byla volena v 68 případech, tedy v 65 %. Dále byl chybně ve 27 případech volen Turnerův syndrom, představující 26 %. Delirium bylo voleno v 18 případech, což představuje 17 %. A nejméně volenou byla epilepsie a to v 10 případech, tedy 10 %. Všechny 3 správné odpovědi označili pouze 3 respondenti ze 104, což ukazuje zřetelnou neznalost a orientaci v této problematice. Nestalo se však, že by respondenti neuvodli ani jednu správnou odpověď.

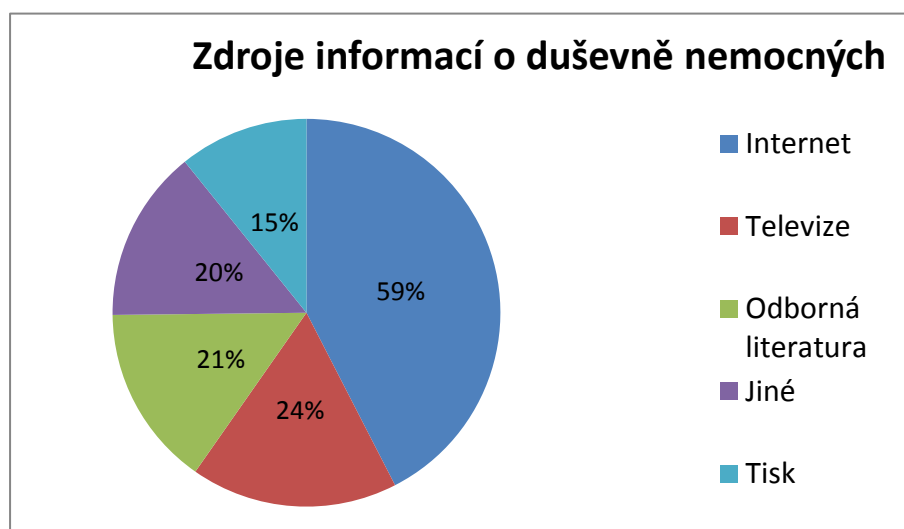
**V otázce č. 9** jsme se ptali respondentů na to, zda je zasažen intelekt osob s duševním onemocněním.



**Graf č. VII – Zasažení intelektu osob s duševním onemocněním**

U většiny duševních poruch intelekt nebývá zasažen, a to ani při schizofrenii, spíše se projevují jiné kognitivní deficity. Výjimkou zde jsou některé z organických poruch, jako je demence či delirium. Že je intelekt osob s duševním onemocněním zasažen, uvedlo 50 respondentů, což představuje 48 %. Intelekt osob s duševním onemocněním není zasažen, uvedlo 41 respondentů, což představuje 39 %. Někteří respondenti nevěděli, jak na tuto otázku odpovědět, bylo jich 13, tedy 13 %.

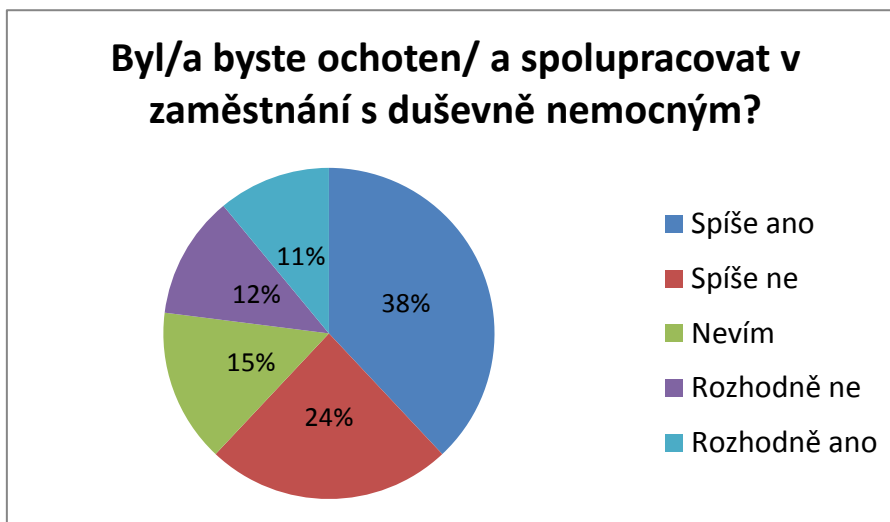
V otázce č. 10 jsme zjišťovali, odkud respondenti nejvíce čerpají informace o duševně nemocných.



**Graf č. VIII – Zdroje čerpání respondentů o duševně nemocných**

Tato otázka byla polouzavřená a respondenti mohli označit více odpovědí. Z grafu vyplývá, že respondenti nejvíce čerpají informace o duševně nemocných osobách z internetu. Internet se objevil v 59 %. Jako další nejvíce využívaný zdroj vzešla televize se svými 24 %. Dále se jako zdroj objevovala odborná literatura v zastoupení ve 21 %, což hodnotíme pozitivně. Tento fakt vychází zřejmě nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů našeho dotazníkového šetření, kdy bylo 55% respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou a hned zatím 33 % s vysokoškolským vzděláním. Ve 20 % respondenti čerpají odjinud a zde se objevovaly odpovědi, jako ze školy a z osobní zkušenosti. V 15 % respondenti čerpají o duševně nemocných z tisku.

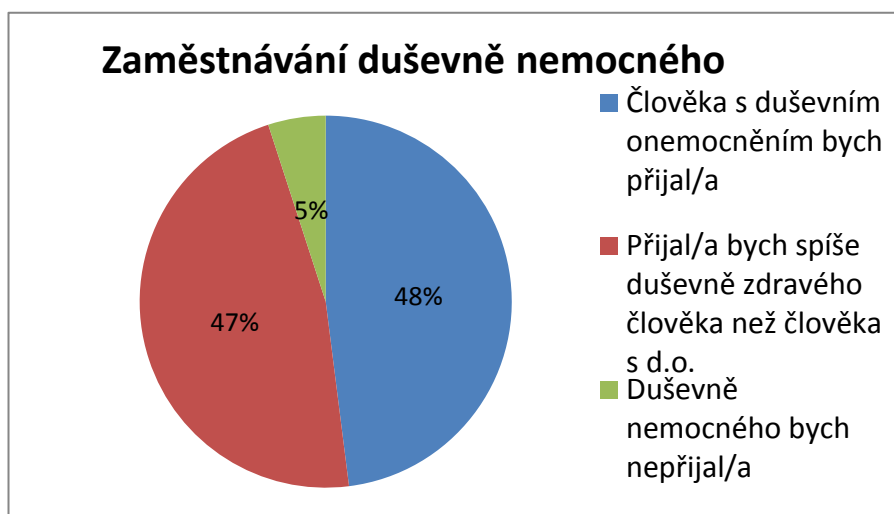
V otázce č. 11 jsme se ptali na to, zda by byli ochotni respondenti spolupracovat s duševně nemocnými.



#### **Graf č. IX – Ochota spolupráce v zaměstnání s duševně nemocným**

V rámci této otázky jsme zjišťovali míru potenciálního strachu a celkový vztah k duševně nemocným. Ve většině zaměstnání je nutná spolupráce mezi kolegy, proto je významné zjistit, zda by to pro respondenty byl problém či nebyl. Nejvíce respondentů uvedlo, že by spíše bylo ochotno spolupracovat s duševně nemocnými. Tuto odpověď uvedlo 39 respondentů, tedy 38 %. Vzápětí 25 respondentů uvedlo, že by spíše nebylo ochotno spolupracovat s duševně nemocným v zaměstnání, což představuje 24 %. Dále 16 respondentů (15 %), uvedlo, že neví, zda by bylo ochotno pracovat s těmito lidmi. Jako další vyskytující se odpověď je, že 13 respondentů (12 %) by rozhodně nebylo ochotno spolupracovat s duševně nemocnými. Vzápětí 11 respondentů (11 %) napříč tomu uvedlo, že by rozhodně bylo ochotno spolupracovat s duševně nemocnými.

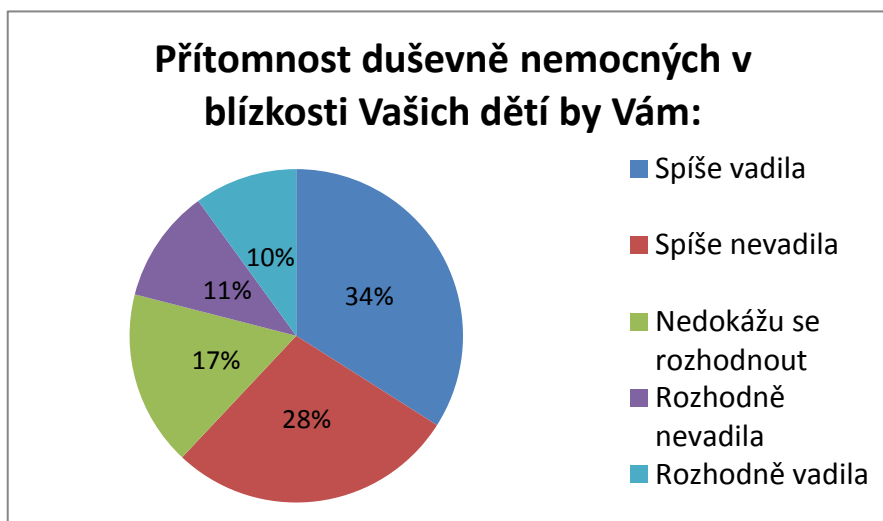
V otázce č. 12 jsme uvedli, aby si respondenti představili sebe jako zaměstnavatele, kdy za nimi přijde s žádostí o zaměstnání duševně nemocný člověk. Ptali jsme se, jak by se v takové situaci zachovali.



**Graf č. X – Zaměstnávání osob s duševním onemocněním**

Ve výsledcích můžeme vidět, že 2 odpovědi byly velmi těsné. Respondentů, kterých bylo 50 (48 %), uvedlo, že na základě zhodnocení schopností, zkušeností a vzdělání pro vykonávání příslušné pracovní pozice by duševně nemocného člověka bez problému přijalo. Hned vzápětí 49 respondentů, tedy 47 % uvedlo, že kdyby mohlo volit mezi člověkem s duševním onemocněním a člověkem duševně zdravým, vybralo na určité pracovní místo člověka duševně zdravého. Pouze 5 respondentů, což je 5 % uvedlo, že by duševně nemocného nikdy nepřijalo. I přestože výpovědi respondentů jsou ve dvou případech velmi těsné, hodnotíme pozitivně, že by větší část respondentů člověka s duševním onemocněním bez problémů přijala.

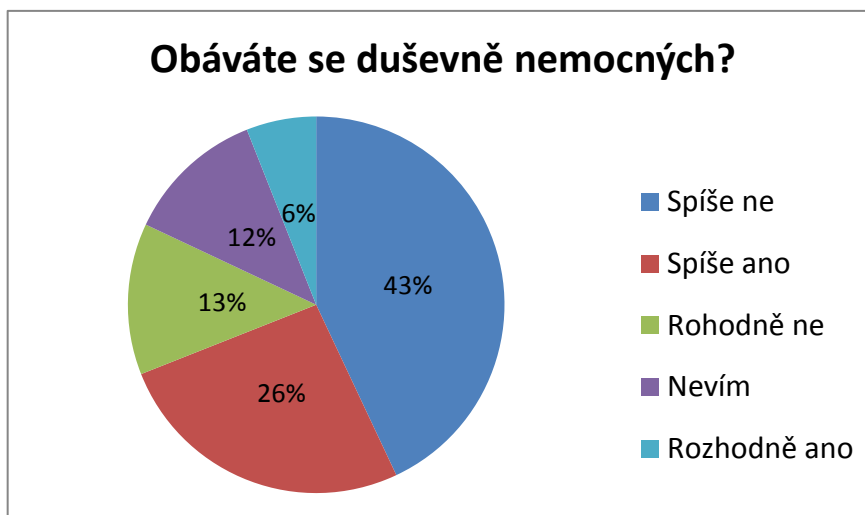
V otázce č. 13 jsme zjišťovali, zda by respondentům vadila přítomnost duševně nemocného v blízkosti jejich dětí, jako je například škola, hřiště.



### Graf č. XI – Názory na přítomnost osob s duševním onemocněním v blízkosti dětí respondentů

V této otázce zjišťujeme, zda se respondenti obávají duševně nemocných či ne. Přítomnost duševně nemocných v blízkosti dětí respondentů by spíše vadila 35 respondentů, což je 34 %. Dále 30 respondentů (28 %) odpovědělo, že by přítomnost duševně nemocných v blízkosti jejich dětí spíše nevadila. Nedokázalo se v této otázce rozhodnout 18 respondentů, což je 17 %. Dále by tato přítomnost rozhodně nevadila 11 respondentům (11 %). Tato přítomnost by rozhodně vadila 10 respondentům (10 %). Zde se projevil spíše negativní vztah k duševně nemocným, a to z toho důvodu, že rodiče nesou zodpovědnost za své děti a bývají opatrní.

V otázce č. 14 jsme zjišťovali, zda se respondenti obávají duševně nemocných.

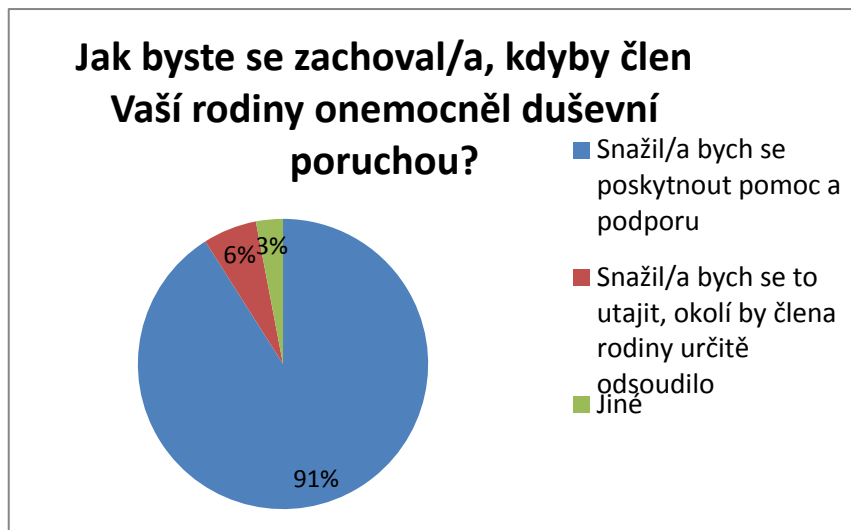


### Graf č. XII – Obavy respondentů vůči duševně nemocným

Na základě tohoto grafu můžeme vidět, že respondenti spíše vůči duševně nemocným lidem nepociťují obavy. Spíše se osob s duševním onemocněním neobává 45 respondentů, což je 43 %. Dále 27 respondentů (26 %) uvedlo, že se osob s duševním onemocněním spíše obává. Odpověď, že se duševně nemocných osob rozhodně neobává, uvedlo 14 re-

spondentů (13 %). Na tuto otázku nevědělo jak zareagovat 12 respondentů, tedy 12 %. Rozhodně se osob s duševním onemocněním obává 6 respondentů, tedy 6%.

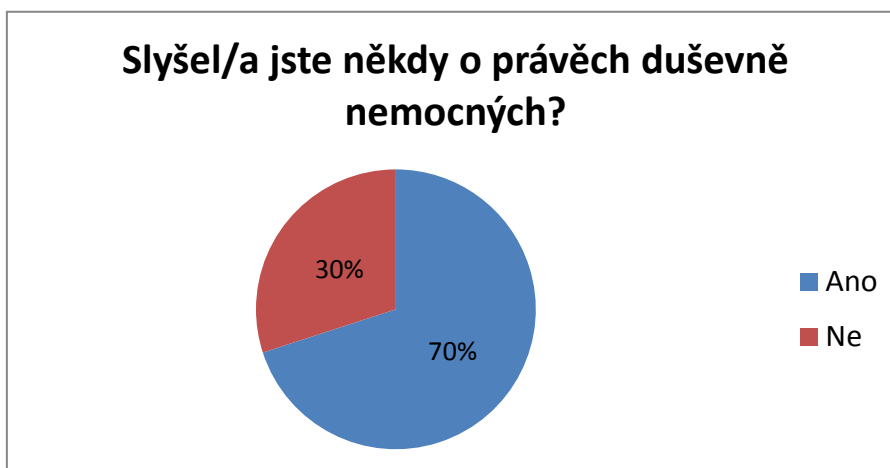
V otázce č. 15 jsme se ptali, jak by se respondenti chovali v případě, kdyby člen jejich rodiny onemocněl duševním onemocněním.



### Graf č. XIII – Jak by se respondenti chovali v případě onemocnění člena jejich rodiny duševní poruchou

Tuto otázku jsme stanovili na základě šesté výzkumné otázky, která zjišťuje, jakým způsobem by respondenti reagovali na duševní onemocnění v okruhu nejbližších osob. Jednoznačnou převahu měla odpověď respondentů, že by se snažili poskytnout pomoc a podporu. Tímto způsobem odpovědělo 95 respondentů, tedy 91 %. Dále 6 respondentů (6%) odpovědělo, že by se tuto skutečnost snažilo utajit, z důvodu odsouzení ze strany okolí. Dále 3 respondenti (3%) uvedli jinou možnost. Zde se objevovaly odpovědi jako, že by nechali člena rodiny zavřít do psychiatrické léčebny nebo že by se chovali stejně jako minule (viz předchozí zkušenost).

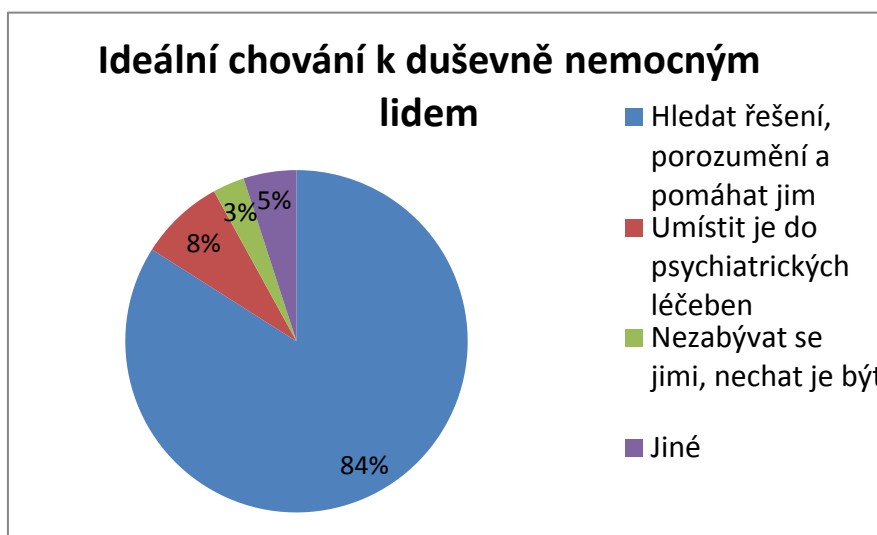
V otázce č. 16 jsme zjišťovali, zda respondenti někdy slyšeli o právech duševně nemocných.



**Graf č. XIV – Povědomí respondentů o právech duševně nemocných**

Touto otázkou chceme zjistit, jakou informovaností disponují respondenti v oblasti duševních nemocí, konkrétně co se týče práv duševně nemocných. Drtivá většina respondentů, to je 73 (70 %), odpověděla, že o právech duševně nemocných slyšela. O právech duševně nemocných osob nikdy neslyšelo 31 respondentů, 30 %.

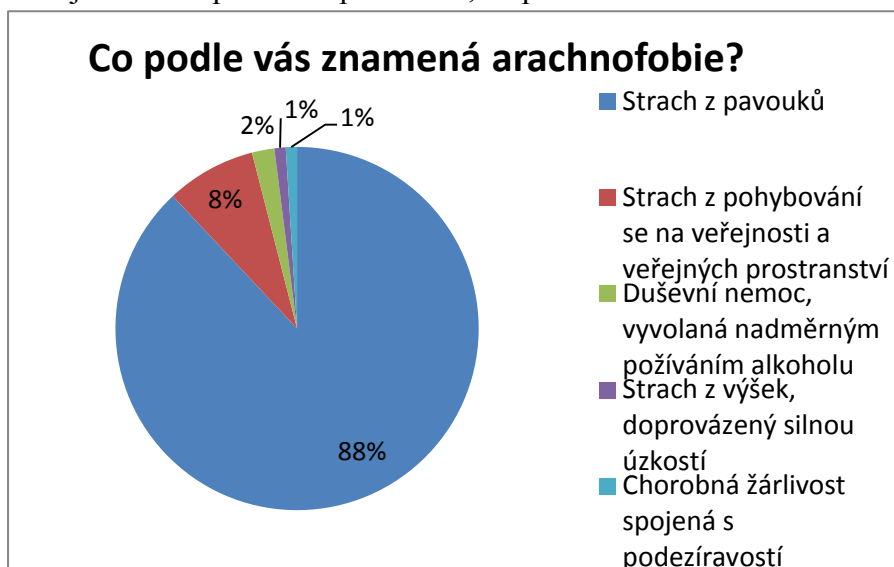
V otázce č. 17 jsme se ptali respondentů, jaké je dle nich ideální chování k duševně nemocným lidem.

**Graf č. XV – Ideální chování k duševně nemocným lidem dle respondentů**

Většina, a to 88 respondentů (84 %) uvedla, že jako ideální chování k duševně nemocným shledávají hledání řešení, porozumění a pomoc jim. Dále 8 respondentů (8%) uvedlo, že za ideální chování považují umístění duševně nemocných osob do psychiatrických léčeben. Dále 3% respondentů uvedla, za ideální chování považují nezabývat se těmito osobami a nechat je být. Možnost jiné, zvolilo 5 respondentů, tedy 5 %. Mezi těmito odpověďmi se

objevilo chovat se k osobám s duševním onemocněním opatrně. Dále, že záleží na diagnóze a dále dohlédnout na to, aby byli duševně nemocní v péči psychiatra a brali doporučené léky.

V otázce č. 18 jsme se respondentů ptali na to, co podle nich znamená arachnofobie.

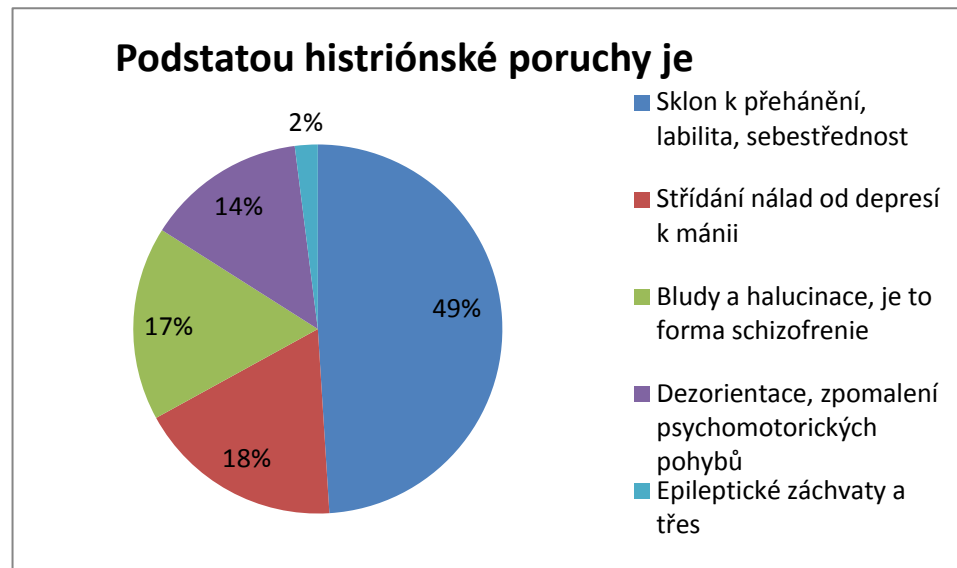


**Graf č. XVI – Arachnofobie dle respondentů**

Tato otázka byla zařazena z důvodu zjištění znalostí o problematice duševních nemocí. Z konkrétních fobií byla vybrána právě arachnofobie, se kterou se veřejnost může setkat pravděpodobně nejvíce. Správnou odpověď, čili strach z pavouků, určilo 92 respondentů, tedy 88 %. Dále 8 respondentů (8 %) určilo jako odpověď strach z pohybování se na veřejnosti a veřejných prostranstvích. Dále 2 respondenti (2%) uvedli, že arachnofobie je duševní nemoc, vyvolaná nadměrným požíváním alkoholu. Dále 1 respondent (1%) uvedl, že arachnofobie je strach z výšek, doprovázený silnou úzkostí. Taktéž pouze 1 respondent (1%) vybral jako odpověď chorobnou žárlivost, která je spojená s podezíravostí. V této otázce projevíli respondenti znalost v problematice duševních nemocí.

V otázce č. 19 jsme se respondentů ptali, co je podle jejich názoru podstatou histriónské poruchy.

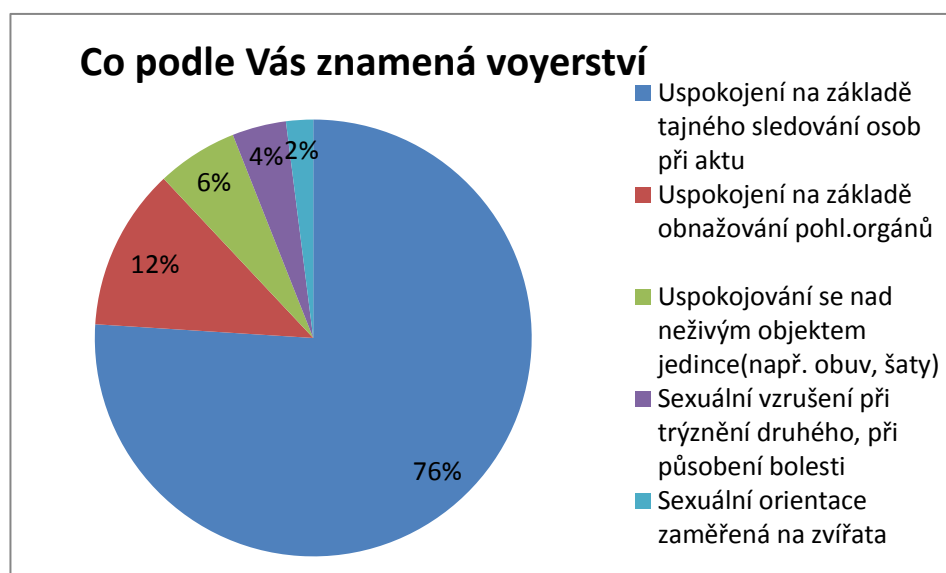




**Graf č. XVII – Podstata histriónské poruchy dle respondentů**

Tato otázka rovněž zkoumá znalost respondentů, co se týče duševních nemocí. Správná odpověď je sklon k přehánění, labilita, sebestřednost. Tuto správnou odpověď zvolilo 51 respondentů, tedy 49 %. Dále 19 respondentů (18%) uvedlo jako odpověď střídání nálad od depresí k mánii. Odpověď, že podstatou histriónské poruchy jsou bludy a halucinace, a že je to forma schizofrenie, určilo 18 respondentů, tedy 17%. Dále 14 respondentů (14 %) zvolilo, že podstatou této nemoci je dezorientace, zpomalení psychomotorických pohybů a pasivita. Pouze 2 respondenti (2%) uvedli, že podstatou této nemoci jsou epileptické záchvaty a třes. Téměř polovina respondentů uvedla správnou odpověď, ale můžeme si všimnout, že zde se mínění respondentů rozprostřelo spíše mezi nesprávné odpovědi na tuto otázku.

V otázce č. 20 jsme uvedli, že mezi duševní nemoci spadá také porucha sexuální preferenice, kde spadá například voyerství. Respondentů jsme se ptali, co podle nich tento pojem znamená.



**Graf č. XVIII – Voyerství dle respondentů**

Abychom mohli zjistit komplexní znalost respondentů v oblasti duševních nemocí, zařadili jsme poruchy různých kategorií. Správnou odpovědí na to, co znamená voyerství, je uspokojení na základě tajného sledování osob při aktu, či intimních věcech. Tuto odpověď zvolila většina respondentů, a to 80, což je 76 %. Dále 12 respondentů (12 %) zvolilo jako odpověď na tuto otázku uspokojení na základě obnažování, zejména pohlavních orgánů před osobou opačného pohlaví. Dále 6 respondentů (6%) zvolilo, že voyerství znamená uspokojování se nad neživým objektem jedince (např. obuv, šaty, vlasy). Dále, že voyerství znamená sexuální vzrušení při trýznění druhého, při působení bolesti a hanobení, uvedli 4 respondenti (4 %). Pouze 2 respondenti (2%) zvolili odpověď na tuto otázku sexuální orientaci, která je zaměřená na zvířata.

V otázce č. 21 jsme zjišťovali, zda jsou respondenti schopni definovat pojem schizofrenie.

KATEGORIE	POZOROVANÁ ČETNOST	KATEGORIE	POZOROVANÁ ČETNOST
Rozdvojená osobnost	41	Nedůvěra a pocit, že okolí ubližuje, strach a panika	3
D.O., které zasahuje myšlení, emoce a chování	16	Pocit neustálého sledování osobnosti, paranoia	3

Člověk trpí bludy a halucinacemi	15	Porucha reality, nedokáže ji plně vnímat	2
Střídání více osobností v jednom těle	6	Zdravotní stav člověka, který neumožňuje běžné zařazení v životě (zaměstnání)	1
D.O., spojené se ztrátou identity, člověk přestává být sám sebou a má svůj vlastní svět	5	Střídání období, kdy je pacient normální, a kdy nedokáže adekvátně zpracovat realitu	1
Labilita, nepředvídatelné chování a měnící se nálady, sklony k hysterii	5	Špatný výklad informací a přisuzování speciálního významu věcem	1
Zasažení oblasti vnímání, prožitků a sociálních dovedností	4	Špatná paměť	1

**Tabulka č. II – Definice schizofrenie dle respondentů**

Tato otázka byla otevřená, byl zde tedy ponechán volný prostor na to, aby se respondenti vyjádřili. Většina respondentů (41) uvedla, že schizofrenie znamená rozdvojená osobnost. Zde můžeme vidět to, že respondenti stále podléhají mýtům, jelikož člověk se schizofrenií rozdvojenou osobnost nemá. Jeden respondent dokonce uvedl, že je to rozdvojená osobnost, něco jako Jekyll a Hyde. Jako další nejčastější odpověď se objevovalo duševní onemocnění, které zasahuje myšlení, emoce a tím i chování, toto uvedlo 16 respondentů. Tato odpověď vystihuje (ne však úplně) schizofrenii. Dále 15 respondentů uvedlo, že schizofrenie dle nich znamená to, když člověk trpí bludy a halucinacemi. Halucinace a bludy

sice jsou nejvýraznějšími příznaky, ale ne však nejčastějšími, halucinace a bludy se nemusí vyskytovat vždy. Toto definování schizofrenie není komplexní. Dále dokonce 6 respondentů uvedlo, že schizofrenie střídání více osob v jednom těle. Zde si zřejmě respondenti spletli schizofrenii s mnohočetnou poruchou osobnosti, která spadá mezi disociativní poruchy osobnosti. Dále 5 respondentů uvedlo, že je to duševní onemocnění, při kterém je narušena identita a člověk přestává být sám sebou a má svůj vlastní svět. Dále 5 respondentů definovalo schizofrenii jako labilitu, nepředvídatelné chování, měnící se nálady a sklon k hysterii. Tyto příznaky spíše vystihují histriónskou poruchu osobnosti, se kterou si zřejmě respondenti schizofrenii pomýlili. Dále 4 respondenti uvedli, že schizofrenie je zasažení oblasti vnímání, prožitků a sociálních dovedností. Zde respondenti částečně vystihli tento pojem. Dále 3 respondenti si pod pojmem schizofrenie představují nedůvěru a pocit, že okolí ubližuje, strach a panika. Dále rovněž 3 respondenti si pod schizofrenií představují pocit neustálého sledování osobnosti, paranoii. Tyto zmíněné příznaky se vyskytnout můžou, ale zase zde platí to, že ne vždy a u všech typů schizofrenie. Dále 1 respondent uvedl, že schizofrenie dle něj znamená to, kdy zdravotní stav neumožňuje běžné zařazení v životě, například v zaměstnání. Dále 1 respondent uvedl, že je to střídání období, kdy je člověk normální a kdy nedokáže adekvátně zpracovat realitu. Vzápětí 1 respondent dokonce uvedl, že schizofrenie znamená špatná paměť, což tedy rozhodně není správně.

V **otázce č. 22** jsme se ptali respondentů, zda jich napadá nějaké zaměstnání, které by lidé se schizofrenií mohli vykonávat.

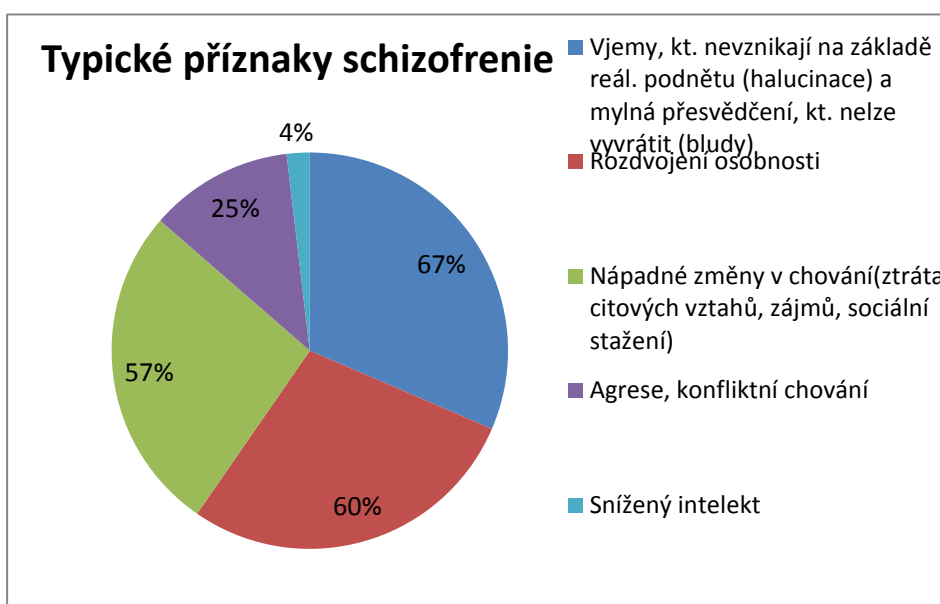
KATEGORIE	POZOROVANÁ ČETNOST	KATEGORIE	POZOROVANÁ ČETNOST
Ne, netuším	31	V chráněných dílnách	6
Manuální práce (sklad, zametání chodníků, VPP)	21	Administrativní práce v kanceláři	3
Pokud jsou pod medikací, tak jakékoliv	19	Takové, které není nebezpečné jiným lidem a určitě neřídící	3
Umělecké (malíř, výtvarník, spisovatel, hudebník, herec)	11	Politika	1
Záleží na typu schizofrenie, závažnosti a léčbě	8	Nejsou zaměstnatelní	1

**Tabulka č. III – Zaměstnávání osob se schizofrenií**

Tato otázka byla rovněž otevřená a ptali jsme respondentů na zaměstnání, které by podle nich mohli lidé se schizofrenií vykonávat. Na základě této otázky jsme rovněž chtěli zjistit, jakou informovaností respondenti disponují. V této otázce 31 respondentů uvedlo, že netuší, jaké zaměstnání by tito lidé mohli vykonávat. Jako druhá nejčastější odpověď se objevovala manuální práce, to uvedlo 21 respondentů. V rámci této odpovědi se vyskytovaly spíše podřadné práce jako zametači chodníků, veřejně prospěšné práce, uklízeči, pomocné práce v kuchyni. Nad těmito odpověďmi vidíme jasnou míru neinformovanosti a také se projevila diskriminace osob se schizofrenií. Dále 19 respondentů uvedlo, že pokud jsou tyto osoby pod medikací, tak mohou vykonávat jakékoliv zaměstnání. V rámci této odpovědi jedna žena uvedla, že má známého IT pracovníka. Dále 11 respondentů shledává umělecké zaměstnání jako vhodné pro osoby s tímto onemocněním. Zde se objevovaly

odpovědi jako malíři, výtvarníci, skladatelé, spisovatelé, hudebníci, zpěváci či herci. Dále 8 respondentů zmínilo, že záleží na typu schizofrenie i její závažnosti, a také na léčbě. Vzápětí 6 respondentů uvedlo, že osoby se schizofrenií by se mohly uplatnit v chráněných dílnách. Což shledáváme kladně, že si respondenti vzpomněli i na tento typ zaměstnání. I Vágnerová (2004, s. 366) uvádí, že chráněné pracoviště se jeví jako vhodné, protože dochází ke zlepšování či znovu osvojování pracovních návyků, a že je vhodné jako přechodná forma. Uvádí také, že je tato forma vhodná zejména tehdy, pokud se osoba se schizofrenií setkává zejména s negativními reakcemi. Dále 3 respondenti uvedli, že osoby se schizofrenií by mohly vykonávat administrativní práce v kanceláři. Vzápětí 3 respondenti uvádějí, že by tyto osoby měly vykonávat takové zaměstnání, kde by nebyly nebezpečné jiným lidem. Dále 1 respondent uvádí, že by se měly tyto osoby uplatnit v politice, na což se zřejmě musíme dívat s nadhledem. A také 1 respondent uvádí, že tyto osoby jsou nezaměstnatelné. V této odpovědi se projevila diskriminace duševně nemocných.

V otázce č. 23 jsme zjišťovali, zda respondenti dokáží určit typické příznaky schizofrenie.

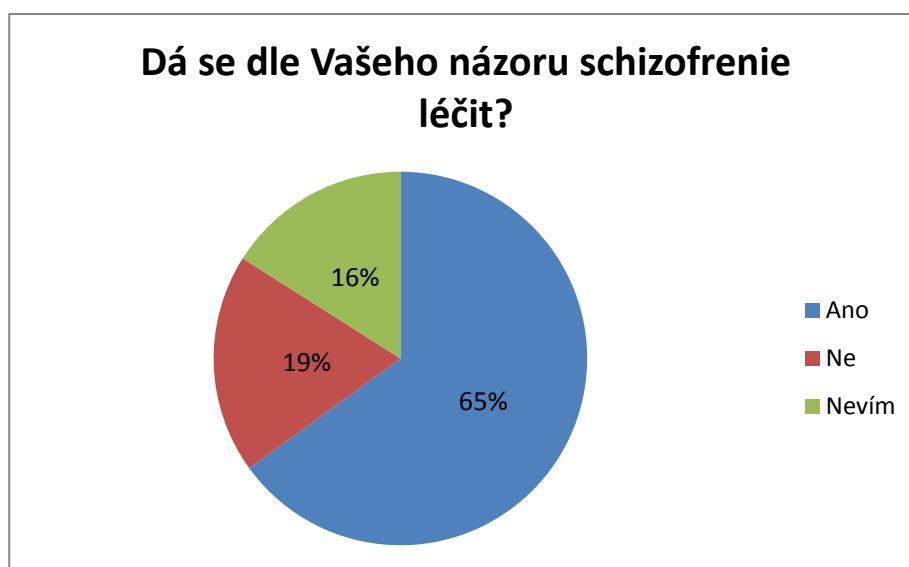


**Graf č. XIX – Typické příznaky schizofrenie dle respondentů**

Tato otázka byla rovněž zařazena z důvodu zjištění úrovně znalostí v oblasti duševních nemocí. Na základě výsledku vidíme, že většina respondentů označila jako typické příznaky vjemy, které nevznikají na základě reálného podkladu (halucinace) a mylná přesvědčení, která nelze vyvrátit (bludy). Tato odpověď byla označena v 70 případech, to je 67 %. Dále v 62 případech (60 %) byla označena možnost rozdvojení osobnosti. Nadále byla v 59 případech (57 %) označena odpověď nápadné změny v chování (ztráta citových vztahů,

zájmů, sociální stažení, nečinnost, apatie). Ve 26 případech (25 %) byla označena odpověď agrese, konfliktní chování. Ve 4 případech (4 %) došlo k označení odpovědi sníženého intelektu. Na základě výsledků vidíme, že lidé zřejmě podléhají mýtům i vlivu médií. Bludy a halucinace jsou sice příznakem schizofrenie, avšak nevyskytují se ve všech typech schizofrenie, nemusí být tedy přítomny vždy během tohoto onemocnění. Média často ukazují osobu se schizofrenií jako člověka, co vždy slyší hlasy a vidí neviditelné. Jako druhá nejčastěji volená odpověď bylo rozdvojení osobnosti, což je klasickým mýtem tohoto onemocnění. Typickým příznakem jsou nápadné změny v chování (ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení, nečinnost, apatie). Agrese a konfliktní chování se rovněž nemusí vyskytovat vždy a snížený intelekt není typický pro toto onemocnění.

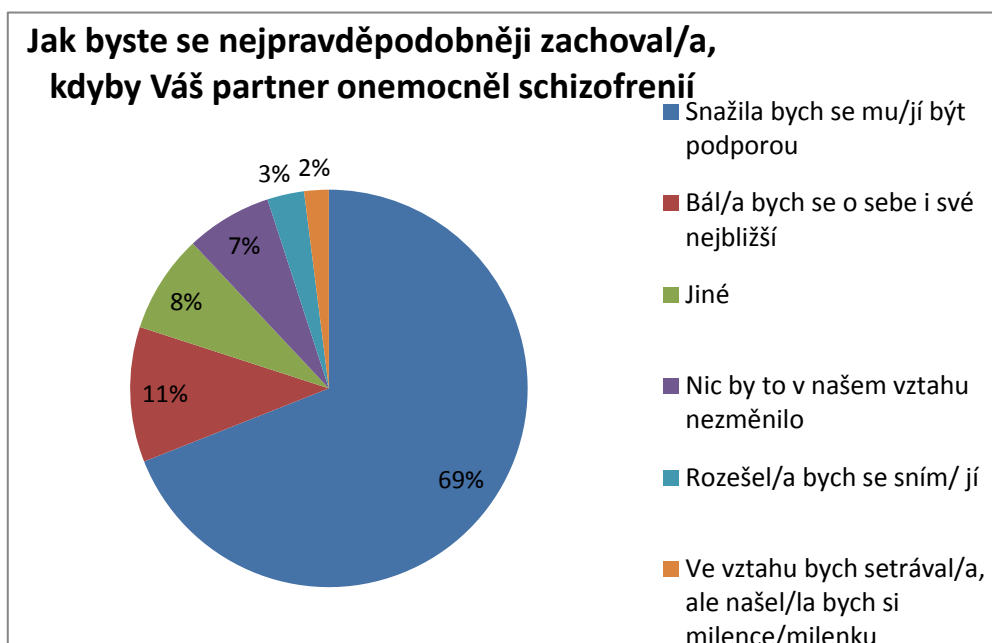
V otázce č. 24 jsme se respondentů ptali, zda se dá dle jejich názorů schizofrenie léčit.



#### **Graf č. XX – Názor na léčbu schizofrenie**

Dle výsledků vyplývá, že 67 respondentů (65 %), shledává schizofrenii léčitelnou. Dále 20 respondentů (19 %) uvedlo, že schizofrenie se léčit nedá. Nadále 17 respondentů (16 %) nevědělo, zda se schizofrenie léčit dá či ne. Správnou odpovědí je to, že schizofrenie se léčit dá. Je však překvapivé, že stále si lidé myslí, že se schizofrenie léčit nedá, a to i přes pokrok ve vědě. Můžeme se domnívat, že názor respondentů stále ovlivňují média či jejich zakořeněné stereotypy.

V otázce č. 25 zjišťujeme, jak by se respondenti pravděpodobně zachovali, kdyby jejich partner onemocněl schizofrenií.



**Graf č. XXI – Reakce respondentů, v případě onemocnění jejich partnera schizofrenií**

V této otázce jsme zkoumali reakce respondentů, které by nastaly v okruhu jejich nejbližších osob. Odpověď, jako snaha být pro svého partnera podporou, zvolilo 73 respondentů, 69 %. Dále 11 respondentů (11%) uvedlo, že by se bálo o sebe i své nejbližší. Další respondenti zvolili v 8 případech (8%) možnost jiné, kde uvedli, že si takovou situaci nedokáží vůbec představit a dále jeden respondent uvedl, že by dal partnera do svěrací kazajky. Dále 7 respondentů (7%) zvolilo možnost, že by to ve vztahu nic nezměnilo. Možnost, že by se s partnerem rozešli, zvolili 3 respondenti (3%). Dále 2 respondenti (2%) uvedli, že by ve vztahu dál setrvali, ale našli by si milence/ milenku. Na základě této otázky můžeme minit, že respondenti ve vztahu k rodině či blízkým lidem reagují tolerantněji a pozitivněji, než v případech, kdy se nejedná o jejich blízké.

**V otázce č. 26** se ptáme respondentů, zda podle jejich názoru osoby trpící schizofrenií často ukončují život sebevraždou.

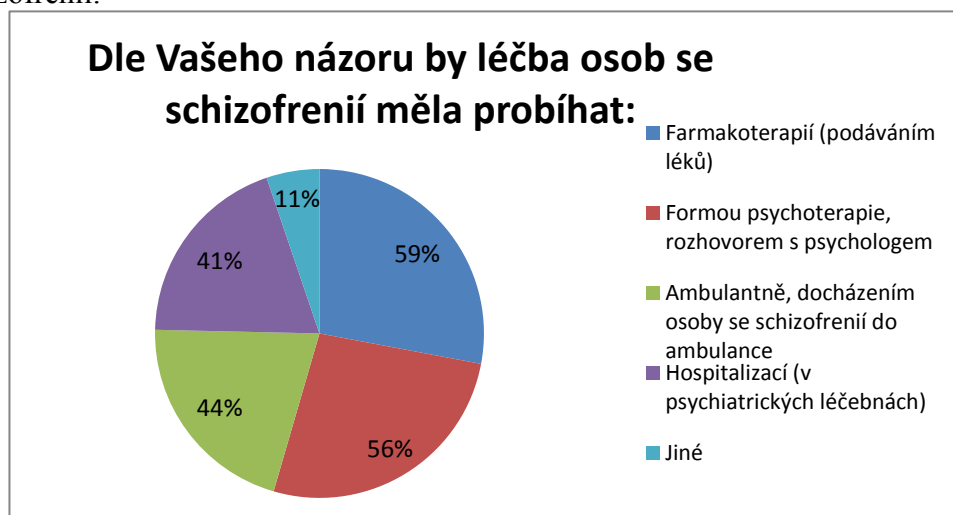




**Graf č. XXII – Názory respondentů na to, zda osoby se schizofrenií často ukončují život sebevraždou**

Dle výsledků studií je prokázáno, že osoby se schizofrenií často ukončují život sebevraždou. V minulém století už Bleuer upozorňoval na skutečnost, že sklon k sebevražednému jednání je jedním z „nejzávažnějších schizofrenních symptomů“. Dále pětiletá studie světové zdravotnické organizace (WHO) přišla s výsledky, že sebevražda je u pacientů trpících schizofrenií nejčastější příčinou smrti. (Sartorius et al., 1986, citováno dle Látalová a kol., 2015, s. 31). V rámci této otázky správně určilo odpověď 43 respondentů (41 %). Vzápětí si 39 respondentů (38 %) nemyslí, že by osoby se schizofrenií často ukončovaly život sebevraždou. Dále 22 respondentů (21 %), neví, zda osoby se schizofrenií často ukončují život se sebevraždou.

V **otázce č. 27** jsme se respondentů ptali, jak by podle jejich názoru měla probíhat léčba osob se schizofrenií.



**Graf č. XXIII – Názory respondentů na léčbu osob se schizofrenií**

Touto otázkou chceme zjistit také informovanost respondentů v této problematice. Svoboda a kol. (2006, s. 195) uvádějí, že aby byla léčba účinná, je třeba ji pojmout komplexně. To znamená, že by mělo jednak docházet k podávání léků (farmakoterapie) a také je v rámci léčby nezbytná následná psychosociální intervence. Také tak i většina respondentů odpověděla. U této otázky byla možnost označit více odpovědí. Léčba ve formě farmakoterapie (podávání léků), byla označena v 61 případech (59 %). Jako další nejčastější odpověď byla zvolena forma psychoterapie, rozhovor s psychologem, a to v 58 případech (56 %). Dále respondenti ve 46 případech (44 %) zvolili jako vhodnou ambulantní léčbu, kdy dochází osoba se schizofrenií do ambulance. Vzápětí ve 43 případech (41 %) byla označena možnost léčby hospitalizací, to je v psychiatrických léčebnách. V 11 případech (11%) se respondenti vyjádřili i jinak. Zde se objevovaly odpovědi jako, že by léčba měla probíhat alternativně, nebo že záleží na závažnosti a nebezpečnosti. Dále se zde objevila odpověď, že psychiatrická léčba je málo účinná nebo také to, že psychoterapie a medikace by měla být volena jen v nutných případech, protože je to emočně neúnosné pro samotného člověka.

**Otázka č. 28** Vyjádřete se k následujícím výrokům: (1= naprosto souhlasím, 2= spíše souhlasím, 3= nevím, 4= spíše nesouhlasím, 5= rozhodně nesouhlasím)

Výrok	Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
1. O problematiku duševních nemocí se zajímám.	9	32	20	26	17
2. Duševní onemocnění je pouze výtvořem něčí fantazie.	2	2	3	10	87
3. Lidé s d. o. by trvale měli být zavírání v psychiatrických léčeb-	6	3	22	23	50

nách.					
4. Schizofrenie je neléčitelné a nevléčitelné onemocnění.	6	23	28	27	20
5. Lidé duševně nemocní jsou nevypočitatelní a násilníci.	6	23	26	31	18
6. Lidé se schizofrenií jsou líní a neradi cokoli dělají.	4	9	22	32	37
7. Duševní nemoci se týkají jen obyvatel vyspělých zemí.	1	7	10	23	63
8. Člověk se schizofrenií má rozdvojenou osobnost.	39	26	11	12	16
9. Obávám se duševních nemocí a duševně nemocných.	10	38	21	26	9
10. Obávám se, abych sám neomocněl duševní chorobou.	25	36	16	16	11
11. Osoby trpící d. o., nepáchají trestné činy ve vyšším % než běžná populace.	12	16	47	19	10

**Tabulka č. IV – Vyjádření respondentů k výrokům**

Respondenti se vyjadřovali na příslušné škále. Co se týče výroků č. 2- 8, vycházeli jsme z mýtů o duševních nemocech (FOKUS, 2016), přičemž Fokus je sdružení pro péči o duševně nemocné. Tyto výroky č. 2-8 byly tedy nepravdivé. U výroku č. 11, který je pravdivý, jsme se inspirovali v publikaci z roku 2015- Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch, jejíž autorem je Ocisková a Praško. Výsledky v rámci **prvního výroku** byly téměř rovnocenné. Celkově se zajímá o problematiku duševních nemocí 41 respondentů a 43 se o tuto problematiku nezajímá. S **2. výrokem**, že duševní onemocnění je pouze výtvar něčí fantazie, celkově více respondentů nesouhlasí a to 97 respondentů. V tomto výroku respondenti nepodléhali mýtům o duševních onemocněních. Dále taktéž většina respondentů (73) nesouhlasí s výrokem, že by lidé s duševním onemocněním měli být trvale zavíráni v psychiatrických léčebnách. Což je poněkud překvapivý výsledek, avšak pozitivní. Dále rovněž větší část nesouhlasí s výrokem, že schizofrenie je neléčitelné a nevyléčitelné onemocnění, takto nesouhlasí 47 respondentů. S výrokem, že lidé duševně nemocní jsou nevypočitatelní a násilničtí, souhlasí 29 respondentů, avšak 49 nesouhlasí. Dále s výrokem, že lidé se schizofrenií jsou líní a neradi cokoli dělají, souhlasí pouze 13 respondentů a nadpoloviční většina, to je 69, nesouhlasí. Většina respondentů se tedy rozhodla ve zhodnocení tohoto výroku správně. Mnohdy může být osoba se schizofrenií považována mylně za línou, avšak ve skutečnosti je apatická. Dále 86 respondentů nesouhlasí s výrokem, že by se duševní nemoci týkaly pouze obyvatel vyspělých zemí. Zde se taktéž projevila správnost v hodnocení, protože s duševními nemocemi se mohou obyvatelé potýkat i v rozvojových zemích. Avšak 69 respondentů souhlasí s **8. výrokem**, že osoby se schizofrenií mají rozdvojenou osobnost. Toto je jeden z častých mýtů a potvrdilo se zde, že mu také respondenti podléhají. Schizofrenie v souvislosti s rozdvojením osobnosti se objevovala také v předchozích otázkách. V následujícím **9. výroku** se potvrdily obavy respondentů vůči duševním nemocem a duševně nemocným. To, že se jich obávají, uvedlo 48 respondentů. Dále se také nadpoloviční většina respondentů, to je 61, obává, aby sami neonemocněli duševním onemocněním (**10. výrok**). Co se týče **11. výroku**, respondenti spíše nevěděli, jak se rozhodnout. S tím, že osoby trpící duševním onemocněním nepáchají trestné činy ve větším procentu než běžná populace, nesouhlasilo 29 respondentů, kterých je více než respondentů, kteří s tímto výrokem souhlasí. Projevila se zde tendence respondentů podléhání médiím, mýtům, jelikož především v mnoha snímcích jsou duševně nemocní lidé neméně obvykle vyobrazováni jako nebezpeční a všeho schopní jedinci. Lidé,

kteří trpí duševním onemocněním, nepáchají však trestné činy ve vyšším procentu než prostá populace (Ward, 1997; Steadman et al., 1998, citováno dle Ocisková a Praško, 2015, s. 33).

## 7 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce uvádíme a popisujeme názory obyvatel Zlínského kraje na osoby s duševním onemocněním. V úvodu této praktické části došlo ke stanovení výzkumných otázek a výzkumných cílů, které tedy postupně rozebereme a zhodnotíme dle odpovědí respondentů získaných dotazníkovým šetřením.

Hlavním výzkumným cílem bakalářské práce bylo zjistit názory obyvatel Zlínského kraje na osoby trpící duševním onemocněním. Následně zodpovídáme jednotlivé výzkumné otázky.

**První výzkumná otázka** zněla: Jaká je úroveň znalostí respondentů v oblasti duševních poruch?

Zde se můžeme opřít o definici duševního onemocnění Smolíka (2002, s. 31) který uvádí, že duševní onemocnění se nejčastěji projevuje ve spojitosti s nepohodou a narušení ve významných oblastech fungování jedince. Dochází k poruše v oblasti biologické, psychické a behaviorální. Z výsledků výzkumného šetření, se však projevila spíše neznalost respondentů, jelikož 30 respondentů uvedlo, že duševní onemocnění je nemoc mozku. V rámci dalších otázek, respondenti správně zařadili do duševních onemocnění bipolární poruchu a mentální retardaci. Avšak místo deliria uváděli častěji Turnerův syndrom, který mezi duševní nemoci nepatří, došlo i v 10 % k označení epilepsie, která taktéž nespadá mezi duševní nemoci. Dále respondenti chybně uváděli, že intelekt osob s duševním onemocněním bývá zasažen. Dále jsme zjišťovali znalost u konkrétních vybraných poruch, kde se projevila spíše znalost. Respondenti přisoudili správnou odpověď k pojmu arachnofobie i voyerství. U histriónské poruchy se však mínění respondentů rozprostřelo spíše mezi nesprávné odpovědi. Na otázky ohledně schizofrenie se rovněž projevila spíše neznalost respondentů, jelikož většina respondentů uvedla, že se jedná o rozdvojenou osobnost. Jako typické příznaky byly nejčastěji označovány halucinace a bludy, které jsou sice projevem nejvýraznějším, ale neobjevují se u všech typů schizofrenie. Na otázku, zda osoby se schizofrenií často ukončují život sebevraždou, 41 % respondentů odpovědělo, že ano, což je správná odpověď. Avšak 59 % odpovědí se rozprostřelo mezi odpověď ne a nevím, z čehož můžeme usuzovat spíše na neznalost. Celkově tedy můžeme říci, že úroveň znalostí respondentů není příliš vysoká, objevuje se sklon zjednodušovat konkrétní pojmy a v některých případech neznalost.

**Druhá výzkumná otázka** zněla: Jaké obavy zaujímají respondenti vůči duševním nemocem?

Zde vyšlo najevo, že respondenti spíše zaujímají obavy vůči duševně nemocným ve vztahu k jejich potomkům a obávají se spíše toho, aby sami neonemocněli duševní nemocí. V dotazníkovém šetření jsme zjistili, že by přítomnost duševně nemocného v blízkosti dětí respondentů spíše vadila a rozhodně vadila 44 % respondentů. Dále se celkově 61 respondentů obává, aby sami neonemocněli duševním onemocněním. V rámci 14. otázky v dotazníkovém šetření 59 respondentů uvedlo, že nepocítují vůči duševně nemocným obavy. Ale co se týče výroků, zde pouze 35 respondentů uvedlo, že nepocítují obavy vůči duševně nemocným. Tento rozdíl může být v tom, že ve 14. otázce se ptáme pouze na duševně nemocné, ale kdežto v rámci výroku na duševně nemocné i duševní nemoci. To souvisí s tím, že respondenti zaujímají obavy spíše k duševním nemocem než k samotným osobám s touto nemocí. To potvrzují i odpovědi na výrok, že by lidé s duševním onemocněním měli být trvale zavíráni v psychiatrických léčebnách, s tím souhlasí pouze 9 respondentů.

**Třetí výzkumná otázka** zněla: Jaká je míra podléhání mýtům o duševních nemocech u respondentů?

Zde se komplexně projevilo, že respondenti nemají tendence podléhat mýtům o duševních nemocech. Respondenti projevili podlehnutí pouze v rámci jednoho výroku, a to, že člověk se schizofrenií má rozdvojenou osobnost, s tímto výrokem souhlasilo 65 respondentů. Dále s výrokem, že duševní onemocnění jsou pouze výtvozem něčí fantazie, nesouhlasilo 97 respondentů, což představuje téměř celý výzkumný vzorek. Dále s výrokem, že schizofrenie je neléčitelné a nevyléčitelné onemocnění, nesouhlasí 47 respondentů (24 souhlasí). S výrokem, že lidé duševně nemocní jsou nevypočitatelní a násilníci, nesouhlasí 49 respondentů (29 souhlasí). Dále 64 respondentů nesouhlasí s výrokem, že lidé se schizofrenií jsou líní a neradi cokoli dělají. Dále s výrokem, že duševní nemoci se týkají pouze obyvatel vyspělých zemí, nesouhlasí 86 respondentů. Z výsledků tedy zřetelně vyplývá, že respondenti nepodléhají mýtům o duševních nemocech. Avšak zakořeněný mýtus, o rozdělení osobnosti v případě schizofrenie, se potvrdil to hned v několika otázkách našeho dotazníkového šetření.

**Čtvrtá výzkumná otázka** zněla: Jakou informovaností disponují respondenti v oblasti duševních nemocí?

Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že respondenti spíše jsou informováni v této problematice. To souvisí i s předchozí výzkumnou otázkou, která zastřešuje oblast podléhání mýtům. V 6. otázce dotazníkové šetření jsme se ptali, zda se respondenti někdy během života setkali s duševně nemocným člověkem. Tato otázka byla zařazena z toho důvodu, že člověk s duševním onemocněním v tomto případě je zdrojem informací právě o duševních poruchách. A jelikož z našeho výzkumu vzešlo, že drtivá většina respondentů se s duševně nemocným několikrát během života setkala nebo jej mají v rodině, můžeme usuzovat o určité míře informovanosti. Respondenti v rámci čerpání informací o duševních nemocech nejvíce využívají internet a hned posléze televizi. Právě v médiích tohoto typu často dochází ke zkreslování informací o duševně nemocných lidech. Ale jako pozitivně překvapivé hodnotíme to, že určitá část respondentů čerpala informace právě z odborné literatury. Odborná literatura, jakožto věrohodný pramen, se ukázala jako častější zdroj informací než například tisk. V rámci informovanosti jsme zjišťovali i to, zda respondenti někdy slyšeli o právech duševně nemocných. Zde se rovněž ukázalo, že většina respondentů (70 %) o těchto právech slyšela. Na základě tohoto faktu můžeme usuzovat i například na to, že pouze 9 respondentů souhlasí s tím, že by osoby s duševním onemocněním měly být trvale zavírány v psychiatrických léčebnách. Oblast, kde se však neprojevila dostatečná informovanost, byla problematika zaměstnání, které by osoby se schizofrenií mohli vykonávat. Téměř třetina respondentů uvedla, že je žádné takové zaměstnání nenapadá. Hned poté se nejčastěji vyskytovala odpověď, že by duševně nemocní měli vykonávat zejména lehké manuální práce, přičemž jako často zmiňovanými byly uklízečské práce jako zametání chodníků, či dokonce vykonávání veřejně prospěšných prací a pomocné práce v kuchyni. Jelikož intelekt osob se schizofrenií nebývá zasažen, hodnotíme tyto odpovědi jako diskriminační. V rámci odpovědí dokonce někdo uvedl, že tyto osoby nejsou zaměstnatelné. Na druhou stranu hodnotíme kladně, že si alespoň část respondentů vzpomněla na chráněné dílny. A také to, že část z respondentů uvedla, že osoby se schizofrenií mohou vykonávat vlastně jakékoliv zaměstnání, pokud užívají léků. Vzešel také najevo těsný poměr toho, zda se respondenti zajímají o problematiku duševních nemocí či nikoliv, kdy 41 respondentů se o tuto problematiku zajímá a 43 nikoliv.

**Pátá výzkumná otázka** zněla: Jaký vztah zaujímají respondenti k duševně nemocným osobám?

Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že respondenti shledávají jako ideální chování k duševně nemocným lidem, hledání porozumění, řešení jejich situace a pomoc. Dále



z výzkumného šetření vyplývá, že by větší část respondentů byla ochotna spolupracovat v zaměstnání s duševně nemocným člověkem. A z pozice zaměstnavatele by 48 % respondentů bez problémů, na základě zhodnocení schopností a vzdělávání, duševně nemocného člověka přijalo. Těsně by však 47 % respondentů v případě možnosti volby mezi duševně nemocným člověkem a člověkem duševně zdravým, zvolilo duševně zdravého člověka. Nadále z našeho výzkumného šetření vyplývá, že respondenti při setkání s duševně nemocným člověkem nejvíce cítili pocity lítosti, ale také zároveň i pocity porozumění. Při setkání s duševně nemocným se u některých respondentů objevily pocity strachu a obav. Ti, kteří se s duševně nemocným nesetkali, by pocítovali nejvíce lítost. Vztah respondentů vůči duševně nemocným se tedy projevil jako takový, kdy jsou respondenti ochotni spolupracovat s duševně nemocnými lidmi a mají tendence jim pomoci.

**Šestá výzkumná otázka** zněla: Jakým způsobem by respondenti reagovali na duševní onemocnění v okruhu nejbližších osob?

V rámci našeho výzkumného šetření jsme zjistili, že téměř všichni respondenti by se snažili poskytnout podporu a být oporou v případě, že by člen jejich rodiny onemocněl duševní nemocí. Pouze malé procento respondentů uvedlo, že by to snažilo utajit z důvodu odsouzením okolí. Co se týče toho, kdyby partner respondentů onemocněl schizofrenií, nebyly reakce až tak přívětivé a jednoznačné jako obecně u duševních nemocí. I když však ve většině převažovaly reakce typu, že by se snažili poskytnout podporu a pomoc. Dále se objevily takové odpovědi, že by se respondenti báli o sebe i své nejbližší. Dokonce jeden respondent uvedl, že by dal svého partnera do svěrací kazajky. Obecně můžeme tedy říci, že by se respondenti zachovali v případě onemocnění někoho blízkého s podporou a s cílem pomoci mu.

Na základě našich výsledků můžeme minit, že se celkově respondenti více orientovali a byli více přívětiví, co se týče obecně duševních onemocnění. Avšak v případě schizofrenie se projevila tendence respondentů podléhat mýtům a projevila se zkreslenost v určitých odpovědích.

## 7.1 Doporučení pro praxi

Z námi provedeného výzkumu vyplývá, že v naší společnosti ještě stále přetrvávají stereotypy a z toho se vyvíjející stigmatizace osob s duševním onemocněním, a to především vůči osobám trpící schizofrenií. Na základě této skutečnosti doporučujeme větší osvětu

společnosti, a to plošně pro všechny věkové kategorie. Pro žáky středních a studenty vysokých škol doporučujeme zavést více odborných seminářů na tuto problematiku, a to zejména v rámci předmětu psychologie. Dále pro studenty vysokých škol navrhujeme zařadit více hodin odborné praxe, v rámci kterých by se mohli studenti setkávat přímo s lidmi trpícím duševním onemocněním. Měli by tedy možnost objektivně poznat tyto osoby a pracovat s nimi. V rámci osvěty dále doporučujeme konání workshopů a seminářů pro laickou veřejnost. Shledáváme také jako vhodné, že osvětu by konkrétně mohly provádět například i psychiatrické léčebny, které zajistí podání objektivních informací. V současnosti již existují některé destigmatizační akce a programy. Jako například koncerty, které se konají v rámci festivalu „Mezi ploty“ v areálech psychiatrických léčeben a podporují odbourávání strachu a zvyšování informovanosti o duševních nemocech. Příkladně se tedy k ještě větší osvětě a k tvorbě více programů zaměřených proti stigmatizaci. Celkově by se mělo zvýšit povědomí o duševních nemocech, zejména o schizofrenii, impulzem pro větší změnu by mohla být tato bakalářská práce.

## 8 ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme zkoumali názory obyvatel Zlínského kraje na osoby trpící duševním onemocněním. Důvodem zkoumání této problematiky je fakt, že s duševně nemocným člověkem se můžeme setkávat v rámci našeho života dennodenně. A to jak bezprostředně, aniž bychom o tom věděli, tak i cíleně, například v rámci práce jakožto s naší cílovou skupinou. I studenti sociální pedagogiky mohou s duševně nemocnými lidmi přicházet do kontaktu v rámci vykonávání odborných praxí, tak i později jako absolventi v rámci své profese. Je nutné se alespoň základně orientovat v klasifikaci duševních nemocí, čímž se přispívá k šíření osvěty a objektivnosti. Duševní onemocnění se projevuje v zasažení oblasti vnímání, myšlení, emocí, a také změnou projevující se v chování dotyčného. Počet osob trpící duševním onemocněním stále přibývá, což představuje další důvod, proč se touto problematikou zabývat.

V teoretické části jsme nejdříve vymezili rozdíly mezi duševním onemocněním a duševním zdravím. Zmínili jsme v rámci historického pohledu první představy o duši. Dále jsme se zabývali právy duševně nemocných osob, přičemž jsme vycházeli od Hippokratovy přísahy a dále jsme uvedli deklarační a úmluvy pojímající tuto problematiku. Významnou součástí první kapitoly tvořila podkapitola, v níž jsme rozebírali vztah veřejnosti k duševním onemocněním. Zmínili jsme některé z technických pokroků v rámci rozvoje psychiatrie jako vědy a uvedli jsme stereotypy, se kterými se setkáváme i přes tyto technické pokroky a rozvoj neurověd. Uvedli jsme také již existující destigmatizační programy a kampaně. V rámci druhé kapitoly jsme uvedli, jaké diagnostické systémy v souvislosti s duševním onemocněním existují, přičemž jsme vycházeli z MKN-10. Jakožto absolventi oboru sociální pedagogika se můžeme uplatnit i jako sociální pracovníci, zařadili jsme podkapitulu zkoumající vztah sociálního pracovníka a klasifikaci duševního onemocnění. Uvedli jsme základní kategorie duševních nemocí a definovali jsme charakteristické příznaky, způsob léčby a možné příčiny. Třetí kapitolu jsme věnovali výhradně schizofrenii, jelikož právě ta bývá často v médiích neobjektivně zobrazována. A často také osoby, které jí trpí, musí čelit více stereotypům a dopadům stigmatizace, než jak je tomu u ostatních typů duševních nemocí. V rámci této poslední kapitoly jsme nastínili statistické údaje související s projevem a četností výskytu schizofrenie. Dále jsme charakterizovali typické symptomy, typy schizofrenie a způsoby léčby. Teoretickou část završuje její komplexní shrnutí.

V rámci praktické části jsme zjišťovali konkrétní názory obyvatel Zlínského kraje a to pomocí dotazníkového šetření. Samotné odpovědi respondentů v rámci otázek v dotazníku nám posloužily k zodpovězení dílčích výzkumných otázek. Díky rozmanitému typu otázek v dotazníku, a to uzavřenému, polouzavřenému, otevřenému i škálovému, jsme komplexněji pronikli do zkoumané problematiky.

Z našeho výzkumu vyplývají výsledky příznivější, než které jsou uvedeny v odborné literatuře. Projevilo se například, že respondenti se značně neobávají osob s duševním onemocněním, ale spíše pociťují obavy, pokud jde o tyto osoby v přítomnosti jejich potomků. Pokud se dále nějaké obavy objevují, tak v souvislosti s tím, aby se duševní onemocnění nerozvinulo u nich samotných. Komplexně můžeme říci, že respondenti projevili nižší informovanost a znalost co se týče přímo schizofrenie, jakožto konkrétního typu duševního onemocnění, než v případě duševního onemocnění obecně. Projevila se taktéž určitá míra podléhání mýtům související se schizofrenií. Avšak celková úroveň znalostí o duševních nemocech v našem výzkumu souvisí i s nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů a v určitých případech také se zdroji, ze kterých respondenti čerpají.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Knižní zdroje:

- [1] BABIAKOVÁ, Mira, Eva MARKOVÁ a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 8024711516.
- [2] BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2993-3.
- [3] BRISCH, Karl Heinz. *Poruchy vztahové vazby: od teorie k terapii*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-870-8.
- [4] COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.
- [5] COLLIN, Catherine. *Kniha psychologie*. Vyd. 1. Praha: Knižní klub, 2014. ISBN 978-80-242-4316-0.
- [6] ČEŠKOVÁ, Eva, Mojmír SVOBODA a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
- [7] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.
- [8] FURNHAM, Adrian. *Psychologie: 50 myšlenek, které musíte znát*. Vyd. 1. Praha: Slovoart, 2012. ISBN 978-80-7391-615-2.
- [9] GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-668-1.
- [10] HALES, Robert E, Stuart C YUDOFKY a Glen O GABBARD. *Essentials of psychiatry*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, c2011. ISBN 978-1-58562-933-6.
- [11] HYDE, Maggie a Michael MCGUINNESS. *Jung*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-255-3.
- [12] CHODURA, Vladimír. *Komunikace a duševní poruchy*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000. ISBN 80-7040-409-4.

- [13] KOHOUTEK, Rudolf. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4434-0.
- [14] KOUKOLÍK, František. *Mozek a jeho duše*. 4., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-069-1.
- [15] KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0302-5.
- [16] LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4305-9.
- [17] MCWILLIAMS, Nancy. *Psychoanalytická diagnóza: porozumění struktúře osobnosti v klinickém procesu*. Vydání první. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0943-0.
- [18] MENTZOS, Stavros. *Přehled psychodynamiky: funkce psychických poruch*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0018-5.
- [19] MUSIL, Jiří V. *Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1153-9.
- [20] MUSIL, Jiří V. *Základy psychologie: pro studující sociální pedagogiky*. 2. vyd. Olomouc: Musil Jiří - Psychologická a výchovná poradna, 2008. ISBN 978-80-903449-6-9.
- [21] NAKONEČNÝ, Milan. *Průvodce dějinami psychologie*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1995. ISBN 8085937239.
- [22] NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. ISBN 978-80-86723-48-8.
- [23] OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.
- [24] PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2798-4.
- [25] PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
- [26] *Slovník psychiatrických termínů*. 3. české vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2008. ISBN 978-80-87142-03-5.

- [27] SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2., rev. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 808591218X.
- [28] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Elektronické zdroje:

- [29] FOKUS SDRUŽENÍ PRO PÉČI O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ, 2016. Mýty o duševních nemocech. [online]. [cit. 2016-3-25]. Dostupné z: <http://www.fokus-cr.cz/index.php/destigmatizace/myty-o-dusevnich-nemocech>
- [30] PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP A ČESKÁ PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST Z.S., 2016. Destigmatizace. [online]. [cit. 2016-3-25]. Dostupné z: [http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=199:destigmatizace&catid=16&Itemid=13](http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=199:destigmatizace&catid=16&Itemid=13)
- [31] WORLD HEALTH ORGANIZATION: WHO, 2016. Mental disorders. [online]. [cit. 2016-3-25]. Dostupné z: [http://www.who.int/topics/mental\\_disorders/en/](http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/)
- [32] WORLD HEALTH ORGANIZATION: WHO, 2016. Mental health. [online]. [cit. 2016-3-25]. Dostupné z: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/)

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- MKN-10 Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
- DSM - IV Diagnostický a statistický manuál nemocí, 4. revize
- WHO World health organisation, světová zdravotnická organizace
- D. O. Duševní onemocnění



## SEZNAM GRAFŮ

Graf I Pohlaví respondentů

Graf II Věk respondentů

Graf III Dosažené vzdělání respondentů

Graf IV Setkání s duševně nemocným člověkem

Graf V Pocity respondentů

Graf VI Nemoci, které spadají mezi duševní onemocnění

Graf VII Zasažení intelektu osob s duševním onemocněním

Graf VIII Zdroje čerpání respondentů o duševních nemocech

Graf IX Ochota spolupráce v zaměstnání s duševně nemocným

Graf X Zaměstnání osob s duševním onemocněním

Graf XI Názory na přítomnost osob s duševním onemocněním v blízkosti dětí respondentů

Graf XII Obavy respondentů vůči duševně nemocným

Graf XIII Jak by se respondenti zachovali v případě onemocnění člena jejich rodiny duševní nemocí

Graf XIV Povědomí respondentů o právech duševně nemocných

Graf XV Ideální chování k duševně nemocným lidem dle respondentů

Graf XVI Arachnofobie dle respondentů

Graf XVII Podstata histrionské poruchy dle respondentů

Graf XVIII Voyerství dle respondentů

Graf XIX Typické příznaky schizofrenie dle respondentů

Graf XX Názor na léčbu schizofrenie

Graf XXI Reakce respondentů v případě onemocnění jejich partnera schizofrenií

Graf XXII Názory respondentů na to, zda osoby se schizofrenií ukončují často život sebevraždou

Graf XXIII Názory respondentů na léčbu osob se schizofrenií

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka I Představa respondentů o duševním onemocnění

Tabulka II Definice schizofrenie dle respondentů

Tabulka III Zaměstnávání osob se schizofrenií

Tabulka IV Vyjádření respondentů k výrokům

Tabulka V Pohlaví respondentů

Tabulka VI Věk respondentů

Tabulka VII bydliště respondentů

Tabulka VIII Dosažené vzdělání

Tabulka IX Setkání respondentů s osobou trpící duševním onemocněním

Tabulka X Pocity respondentů o osobách s duševním onemocněním

Tabulka XI Poruchy patřící mezi duševní onemocnění

Tabulka XII Názory respondentů na intelekt osob s duševním onemocněním

Tabulka XIII Zdroje informací o duševních nemocech

Tabulka XIV Ochota spolupráce respondentů s duševně nemocným člověkem

Tabulka XV Zaměstnávání duševně nemocných osob

Tabulka XVI Osoba s duševním onemocněním v přítomnosti dětí respondentů

Tabulka XVII Obavy vůči duševně nemocným

Tabulka XVIII Reakce respondentů v případě onemocnění člena jejich rodiny duševní nemocí

Tabulka XIX Povědomí respondentů o právech duševně nemocných

Tabulka XX Ideální chování k duševně nemocným osobám

Tabulka XXI Arachnofobie dle respondentů

Tabulka XXII Podstata histrionské poruchy

Tabulka XXIII Voyerství dle respondentů

Tabulka XXIV Typické příznaky schizofrenie dle respondentů

Tabulka XXV Názory na léčbu schizofrenie

Tabulka XXVI reakce respondentů v případě onemocnění jejich partnera schizofrenií

Tabulka XXVII Vyjádření respondentů k tvrzení

Tabulka XXVIII Léčba schizofrenie dle respondentů

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I Tabulky

Příloha P II Dotazník

## PŘÍLOHA P I: TABULKY

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	77	74%
Muž	27	26%
$\Sigma$	104	100%

Tabulka č. V - Pohlaví respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
20-35	63	61%
35-45	19	18%
45-60	14	13%
60-75	8	8%
$\Sigma$	104	100%

Tabulka č. VI - Věk respondentů

Kraj	Absolutní četnost	Kraj	Absolutní četnost
Jihomoravský	6	Jihočeský	1
Hl. město Praha	5	Plzeňský	1
Moravskoslezský	3	Kraj Vysočina	1
Královéhradecký	1	Zlínský	104
Pardubický	1	Oloumoucký	1
Ústecký	2	$\Sigma$	125

Tabulka č. VII – Bydliště respondentů

Dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	3	3%
Středoškolské s vyučením	6	5%
Středoškolské s maturitou	57	55%
Vyšší odborné	4	4%
Vysokoškolské	34	33%
$\Sigma$	104	100%

Tabulka č. VIII – Dosažené vzdělání respondentů

Setkání s osobou s duševním onemocněním	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, několikrát	67	64%
Ano, jedenkrát	11	11%
Ne, nikdy	17	16%
Mám duševně nemocného v rodině	9	9%
$\Sigma$	104	100%

Tabulka č. IX - Setkání respondentů s osobou trpící duševním onemocněním

Pocity vůči osobám s d. o.	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pocit lítosti	38	37%
Pocit porozumění	25	24%
Pocit strachu a obav	23	21%

Pocit zaujatosti	6	6%
Jiný	12	11%
$\Sigma$	104	100%

**Tabulka č. X – Pocity respondentů o osobách s duševním onemocněním**

<b>Poruchy patřící mezi duševní nemoci</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Bipolární porucha	77	74%
Mentální retardace	68	65%
Turnerův syndrom	27	26%
Delirium	18	17%
Epilepsie	10	10%
$\Sigma$	200	192%

**Tabulka č. XI- Poruchy patřící mezi duševní nemoci**

<b>Je zasažen intelekt osob s duševním onemocněním</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	50	48
Ne	41	39%
Nevím	13	13%
$\Sigma$	104	100%

**Tabulka č. XII – Názory respondentů na intelekt osob s duševním onemocněním**

Zdroje informací o d. n. lidech	Absolutní četnost	Relativní četnost
Internet	61	59%
Televize	25	24%
Odborná literatura	22	21%
Tisk	16	15%
Jiné	21	20%
$\Sigma$	145	139%

Tabulka č. XIII – Zdroje informací o duševních nemocech

Ochota spolupráce s duševně nemocným člověkem	Absolutní četnost	Relativní četnost
Spíše ano	39	38%
Spíše ne	25	24%
Nevím	16	15%
Rozhodně ne	13	12%
Rozhodně ano	11	11%
$\Sigma$	104	100%

Tabulka č. XIV – Ochota spolupráce respondentů s duševně nemocným člověkem

Zaměstnávání osob s duševním onemocněním	Absolutní četnost	Relativní četnost
Na základě zhodnocení schopností, znalostí bych je přijal/a	50	48%



Vybral/a bych si duševně zdravého člověka	49	47%
Člověka s duševním onemocněním bych nikdy nepřijal/a	5	5%
$\Sigma$	104	100%

Tabulka č. XV – Zaměstnávání osob s duševním onemocněním

<b>Přítomnost člověka s d. o. v přítomnosti dětí respondentů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Spíše vadila	35	34%
Spíše nevadila	30	28%
Nedokážu se rozhodnout	18	17%
Rozhodně nevadila	11	11%
Rozhodně vadila	10	10%
$\Sigma$	104	100%

Tabulka č. XVI – Osoba s duševním onemocněním v přítomnosti dětí respondentů

<b>Obavy vůči duševně nemocným</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Spíše ne	45	43%
Spíše ano	27	26%
Rozhodně ne	14	13%

Nevím	12	12%
Rozhodně ano	6	6%
$\Sigma$	104	100

**Tabulka č. XVII – Obavy vůči duševně nemocným osobám**

Reakce respondentů v případě onemocnění člena jejich rodiny duševní nemocí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Snažil/a bych se poskytnout pomoc a podporu	95	91%
Snažil/a bych se to utajit, okolí by člena rodiny určitě odsoudilo	6	6%
Jiné	3	3%
$\Sigma$	104	100%

**Tabulka č. XVIII – Reakce respondentů v případě onemocnění člena jejich rodiny duševní nemocí**

Povědomí respondentů o právech duševně nemocných	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	73	70%
Ne	31	30%
$\Sigma$	104	100%

**Tabulka č. XIX – Povědomí respondentů o právech duševně nemocných**

<b>Ideální chování k duševně nemocným osobám</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Hledat řešení, porozumění a pomáhat jim	88	84%
Umístit je do psychiatrických léčeben	8	8%
Nezabývat se jimi, nechat je být	3	3%
Jiné	5	5%
$\Sigma$	104	100%

**Tabulka č. XX – Ideální chování k duševně nemocným osobám dle respondentů**

<b>Arachnofobie dle respondentů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Strach z pavouků	92	88%
Strach z pohybování se na veřejnosti a veřejných prostor	8	8%
Duševní nemoc, vyvolaná nadměrným požíváním alkoholu	2	2%
Strach z výšek, doprovázený silnou úzkostí	1	1%
Chorobná žárlivost spojená s podezíravostí	1	1%
$\Sigma$	104	100%

**Tabulka č. XXI – Arachnofobie dle respondentů**

<b>Podstata histriónské poruchy</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Sklon k přehánění, sebestřednost, labilita	51	49%
Střídání nálad od depresí k máni	19	18%
Bludy a halucinace, je to forma schizofrenie	18	17%
Dezorientace, zpomalení psychomotorických pohybů, pasivita	14	14%
Epileptické záchvaty, třes	2	2%
$\Sigma$	104	100%

Tabulka č. XXII – Podstata histriónské poruchy

<b>Voyerství dle respondentů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Uspokojení na základě tajného sledování osob při aktu, či intimních věcech	80	76%
Uspokojení na základě obnažování, zejména pohlavních orgánů před osobou opač. pohlaví	12	12%
Uspokojování se nad neživým objektem jedince (např. obuv, šaty, vlasy)	6	6%
Sexuální vzrušení při trýz-	4	4%

nění druhého, při působení bolesti		
Sexuální orientace, která je zaměřená na zvířata	2	2%
$\Sigma$	104	100%

Tabulka č. XXIII – Voyerství dle respondentů

Typické příznaky schizofrenie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Halucinace a bludy	70	67%
Rozdvojení osobnosti	62	60%
Nápadné změny v chování (ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení, nečinnost)	59	57%
Agrese, konfliktní chování	26	25%
Snížený intelekt	4	4%
$\Sigma$	221	213%

Tabulka č. XXIV – Typické příznaky schizofrenie

Dá se schizofrenie léčit	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	67	65%
Ne	20	19%
Nevím	17	16%
$\Sigma$	104	100%

Tabulka č. XXV – Názory na léčbu schizofrenie dle respondentů

<b>Reakce respondentů, v případě onemocnění jejich partnera schizofrenií</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Snažil/a bych se mu/jí být podporou	73	69%
Bála bych se o sebe i o své nejbližší	11	11%
Nic by to v našem vztahu nezměnilo	7	7%
Rozešel/a bych se s ní/m	3	3%
Ve vztahu bych setrval/a, ale našel/a bych si milence/milenku	2	2%
Jiné	8	8%
$\Sigma$	104	100%

**Tabulka č. XXVI – reakce respondentů v případě onemocnění jejich partnera schizofrenií**

<b>Osoby se schizofrenií často ukončují život sebevraždou</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	43	41%
Ne	39	38%
Nevím	22	21%
$\Sigma$	104	100%

**Tabulka č. XXVII – Vyjádření respondentů k tvrzení**

<b>Léčba schizofrenie</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Farmakoterapií (podáváním léků)	61	59%
Formou psychoterapie, rozhovorem s psychologem	58	56%
Ambulantně, docházením osoby se schizofrenií do ambulance	46	44%
Hospitalizací v psychiatrických léčebnách	43	41%
Jiné	11	11%
$\Sigma$	219	211%

**Tabulka č. XXVIII – Léčba schizofrenie dle respondentů**

## PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

Dobrý den,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku. Jsem studentkou posledního ročníku bakalářského studia oboru Sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V současné době se věnuji psaní bakalářské práce, která se zabývá problematikou duševních onemocnění. Ráda bych Vás požádala o pravdivé a úplné vyplnění předkládaného dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro účel zpracování praktické části mé bakalářské práce.

Předem Vám mnohokrát děkuji za Vaši ochotu a čas.

Alžběta Vaculíková

1. Pohlaví:
  - a) Žena
  - b) Muž
  
2. Kolik je Vám let?
  - a) 20- 35 let
  - b) 35- 45 let
  - c) 45- 60 let
  - d) 60- 75 let
  
3. V jaké kraji bydlíte?
  - Hlavní město Praha
  - Středočeský kraj
  - Jihočeský kraj
  - Plzeňský kraj
  - Karlovarský kraj
  - Ústecký kraj
  - Liberecký kraj
  - Královéhradecký kraj
  - Pardubický kraj
  - Kraj Vysočina
  - Jihomoravský kraj
  - Olomoucký kraj
  - Zlínský kraj
  - Moravskoslezský kraj



4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a) Základní
  - b) Středoškolské s vyučením
  - c) Středoškolské s maturitou
  - d) Vyšší odborné
  - e) Vysokoškolské
  
5. Co si představujete pod pojmem duševní onemocnění?
  
  
6. Setkal/a jste se někdy během života s duševně nemocným člověkem? (pouze jedna odpověď)
  - a) Ano, jedenkrát
  - b) Ano, několikrát
  - c) Mám duševně nemocného v rodině
  - d) Ne, nikdy
  
  
7. Při setkání s duševně nemocným jste (byste) cítil/a pocit:
  - a) Pocit lítosti
  - b) Pocit opovržení
  - c) Pocit strachu a obav
  - d) Pocit zaujatosti
  - e) Pocit porozumění
  - f) Jiný
  
  
8. Co podle Vás patří mezi duševní nemoci? (možnost více odpovědí)
  - a) Epilepsie
  - b) Delirium
  - c) Mentální retardace
  - d) Bipolární porucha
  - e) Turnerův syndrom
  
  
9. Je podle Vás zasažen intelekt osob s duševním onemocněním?
  - a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím

10. Odkud jste čerpal nejvíce **informací** o duševně nemocných?

- a) Tisk
- b) Internet
- c) Televize
- d) Odborná literatura
- e) Jiné:

11. Byl/a byste ochoten/a spolupracovat v zaměstnání s duševně nemocným?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Rozhodně ne
- e) Nevím

12. Představte si, že by Vás jako zaměstnavatele oslovil duševně nemocný s žádostí o zaměstnání. Jak byste se zachoval/a v takovéto situaci?

- a) Na základě zhodnocení schopností, vzdělání a zkušeností potřebných pro vykonávání požadované práce bych člověka s duševním onemocněním klidně přijal/a
- b) I kdyby měl sebelepší předpoklady pro úspěšné vykonávání požadované práce, nikdy bych ho nepřijal/a
- c) Kdybych si mohl/a vybrat mezi člověkem s duševním onemocněním a duševně zdravým, určitě bych si vybral/a duševně zdravého

13. Přítomnost duševně nemocného v blízkosti Vašich dětí (škola, hřiště...)by Vám:

- a) Rozhodně vadila z důvodu:
- b) Spíše vadila z důvodu:
- c) Rozhodně nevadila z důvodu:
- d) Spíše nevadila z důvodu:
- e) nedokážu se rozhodnout

14. Obáváte se duševně nemocných?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Rozhodně ne
- d) Spíše ne
- e) nevím

15. Jak byste se zachoval/a, kdyby člen Vaší rodiny onemocněl duševní poruchou?

- a) Snažil/a bych se to utajit, určitě by okolí člena rodiny odsoudilo
- b) snažil/a bych se poskytnout podporu a pomoc
- c)
- d) nevím

16. Slyšel/a jste někdy o právech duševně nemocných?

- a) Ano
- b) ne

17. Jaké je podle Vašeho názoru ideální chování k duševně nemocným lidem?

- a) Nezabývat se jimi, nechat je být
- b) Hledat řešení, porozumění a pomáhat jim
- c) Umístit je do psychiatrických léčeben
- d) Jiné -----

18. Co podle Vás znamená arachnofobie?

- a) Strach z výšek, doprovázený silnou úzkostí
- b) Strach z pavouků
- c) Duševní nemoc, vyvolaná nadměrným požíváním alkoholu
- d) Chorobná žárlivost spojená s podezíravostí
- e) Strach z pohybování se na veřejnosti a veřejných prostranství

19. Podstatou histrionské poruchy je dle Vašeho názoru:

- a) Bludy a halucinace, forma schizofrenie
- b) Epileptické záchvaty a třes
- c) Střídání nálad od depresí k mánii
- d) Sklon k přehánění, labilita, sebestřednost
- e) Dezorientace, zpomalení psychomotorických pohybů, pasivita

20. Mezi duševní onemocnění spadá také porucha sexuální preference, kde spadá například voyerství. Co podle Vás tento pojem znamená?

- a) Sexuální vzrušení při trýznění druhého, při působení bolesti a hanobení
- b) Sexuální orientace zaměřená na zvířata
- c) Uspokojování se nad neživým objektem jedince, (např. obuv, šaty, vlasy)
- d) Uspokojení na základě obnažování, zejména pohlavních orgánů před osobou opačného pohlaví
- e) Uspokojení na základě tajného sledování osob při aktu, či intimních věcech

21. Pokuste se definovat, co podle vás znamená schizofrenie:

22. Napadá Vás nějaké zaměstnání, které by lidé se schizofrenií mohli vykonávat?

23. Jaké jsou dle Vašeho názoru typické příznaky schizofrenie? (možnost více odpovědí)

- a) Nápadné změny v chování (ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení, nečinnost, apatie)
- b) Závratě, třes, bolesti na hrudi
- c) Vjemy, které nevznikají na základě reálného podnětu (halucinace) a klamná přesvědčení, která nelze vyvrátit (bludy)
- d) Rozdvojení osobnosti
- e) Agrese, konfliktní chování
- f) Snížený intelekt

24. Dá se dle Vašeho názoru schizofrenie léčit?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

25. Kdyby Váš partner onemocněl schizofrenií, jak byste se nejpravděpodobněji zachoval/a :

- a) Bál/a bych se o sebe i o své nejbližší
- b) Nic by to v našem vztahu nezměnilo
- c) Snažil/a bych se mu/ jí být podporou
- d) Rozešla bych se s ním/ jí
- e) Ve vztahu bych setrval/a, ale našel bych si milence/milenku
- f) jiné reakce, uveďte :

26. Myslíte si, že osoby se schizofrenií ukončují často život sebevraždou?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

27. Dle Vašeho názoru by léčba osob trpící schizofrenií měla probíhat (možnost více odpovědí) :

- a) hospitalizací (v psychiatrických léčebnách)
- b) ambulantně, docházením osoby se schizofrenií do ambulance
- c) formou psychoterapie, rozhovorem s psychologem
- d) farmakoterapií (podáváním léků)
- e) jiné:

**28. VYJÁDŘETE SE K NÁSLEDUJÍCÍM VÝROKŮM :**

Naprosto souhlasím 1 2 3 4 5 naprosto nesouhlasím (1=naprosto souhlasím, 2=spíše souhlasím, 3= nevím, 4=spíše nesouhlasím, 5=rozhodně nesouhlasím)

1. O problematiku duševních nemocí se zajímám.
2. Duševní onemocnění je pouze výtvozem něčí fantazie.
3. Lidé s duševním onemocněním by trvale měli být zavírání v psychiatrických léčebnách.
4. Schizofrenie je neléčitelné a nevléčitelné onemocnění.
5. Lidé duševně nemocní jsou nevypočitatelní a násilníci.
6. Lidé se schizofrenií jsou líní a neradi cokoliv dělají.
7. Duševní nemoci se týkají jen obyvatel vyspělých zemí
8. Člověk se schizofrenií má rozdvojenou osobnost
9. Obávám se duševních nemocí a duševně nemocných.
10. Obávám se, abych sám neonemocněl duševní chorobou.
11. Osoby trpící duševním onemocněním, nepáchají trestné činy ve vyšším procentu než běžná populace.