

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**Přístup zdravotnických a sociálních pracovníků ke klientům  
s psychiatrickým onemocněním**

Diplomová práce

Jméno autora: Anna Zemanová

Jméno vedoucího práce: MUDr. Jan Tuček

25. 5. 2009

## **Přístup zdravotnických a sociálních pracovníků ke klientům s psychiatrickým onemocněním**

V současné době se zvyšuje počet lidí s psychiatrickým onemocněním, tento nárůst má nejen ekonomické, ale i společenské důsledky. Společnost mívá stále předsudky vůči duševně nemocným, považuje je za neschopné, někdy nebezpečné, dochází tak k diskriminaci a stigmatizaci duševně nemocných. Stigmatizaci lze předcházet osvětou a informovaností jak široké veřejnosti, tak i pracovníků, kteří přicházejí do kontaktu s duševně nemocnými. Zdravotníci a sociální pracovníci by měli znát nejen základní projevy duševní poruchy, ale také hlavní zásady komunikace a jednání s klienty s konkrétním duševním onemocněním, neboť jedině tak lze dosáhnout kvalitní spolupráce a vytvořit prostředí důvěry.

Cílem práce je zjistit, jaký přístup mají zdravotníci a sociální pracovníci ke klientům s psychiatrickým onemocněním. Práce má řešit, jak zdravotníci a sociální pracovníci nahlíží na klienty s duševním onemocněním, zda znají základní projevy duševních poruch a zásady v přístupu k duševně nemocným.

Ke zjištění výsledků bylo provedeno 25 polořízených rozhovorů se zdravotnickými a sociálními pracovníky, kteří se přímo nespecializují na práci s duševně nemocnými.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že zdravotníci a sociální pracovníci umí vymezit, co vše může pojem duševní nemoc zahrnovat, orientují se v problematice stigmatizace a znají hlavní projevy konkrétních duševních poruch a základní zásady přístupu k agresivním a suicidálním klientům, ke klientům s demencí, schizofrenií, depresí, mentální retardací, poruchou osobnosti a závislostí na alkoholu.

Z výzkumu lze stanovit 2 hypotézy: 1. Zdravotníci a sociální pracovníci respektují klienty s duševním onemocněním a přistupují k nim s ohledem na projevy jejich nemoci. 2. Zdravotníci a sociální pracovníci znají specifika a zvláštnosti přístupu ke klientům s konkrétním duševním onemocněním.

Diplomová práce bude využita jako zpětná vazba pro zdravotnické pracovníky.

## **Approach of health and social workers to clients with psychiatric disorders**

The current increasing number of people with psychiatric disorders is followed not only economic but also social consequences. There are still prejudices against the mentally ill in our society, they are considered to be incompetent, sometimes dangerous, and thus discrimination and stigmatization of the mentally ill occur. Stigmatization can be prevented by awareness and health education provided to both the general public and medical staff coming into contact with the mentally ill. Health and social workers should be familiar with not only basic manifestations of mental disorders, but also basic principles of treatment and communication with clients with specific mental illnesses, since it is the only way how to achieve good cooperation and create a climate of trust.

The aim of this thesis is to get to know the approach of health and social workers to clients with psychiatric disorders. The thesis is supposed to show how health and social workers regard the patients with mental illnesses, if they can recognize symptoms of mental disorders and if they know principles of the right approach to the mentally ill. To get the results, 25 interviews with health and social workers who do not specialize in treating the mentally ill were carried out.

The research results show that health and social workers can define what all the term mental illness may involve, they are familiar with the issue of stigmatization and know the main symptoms of specific mental disorders and basic principles of approach to aggressive and suicidal clients, to clients with dementia, schizophrenia, depression, mental retardation, personality disorders and alcohol dependence.

Based on the research outcomes, two hypotheses can be stated: 1. Health and social workers respect the clients with mental illnesses and treat them with regard to symptoms of their illness. 2. Health and social workers are familiar with the specifics and particularities of the approach to clients with specific mental illnesses.

The thesis will be used as feedback for health professionals.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma přístup zdravotnických a sociálních pracovníků ke klientům s psychiatrickým onemocněním vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 25. 5. 2009

.....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu práce MUDr. Janu Tučkovi za cenné rady a pomoc při zpracování diplomové práce.

## **Obsah:**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Úvod</b> .....   | <b>7</b>  |
| <b>1. Současný stav dané problematiky</b> .....                       | <b>7</b>  |
| 1.1. Obor psychiatrie.....  | 8         |
| 1.2. Historie přístupu k lidem s duševním onemocněním.....            | 8         |
| 1.2.1. Historie přístupu k lidem s duševním onemocněním ve světě..... | 8         |
| 1.2.2. Historie přístupu k lidem s duševním onemocněním u nás.....    | 10        |
| 1.3. Pojetí normy.....  | 12        |
| 1.4. Stigmatizace lidí s duševním onemocněním.....                    | 13        |
| 1.5. Agresivní syndrom.....   | 15        |
| 1.6. Suicidální syndrom.....  | 16        |
| 1.7. Vybrané duševní poruchy.....                                     | 17        |
| 1.7.1. Klasifikace duševních poruch.....                              | 17        |
| 1.7.2. Demence.....   | 17        |
| 1.7.2.1. Alzheimerova nemoc.....                                      | 18        |
| 1.7.2.2. Vaskulární demence.....                                      | 20        |
| 1.7.3. Schizofrenie.....  | 20        |
| 1.7.4. Afektivní poruchy.....   | 24        |
| 1.7.4.1. Deprese.....   | 24        |
| 1.7.4.2. Mánie.....   | 28        |
| 1.7.4.3. Bipolární afektivní porucha.....                             | 29        |
| 1.7.5. Neurotické poruchy.....  | 29        |
| 1.7.5.1. Úzkostné poruchy.....  | 29        |
| 1.7.5.2. Obsedantně kompulzivní porucha.....                          | 30        |
| 1.7.6. Mentální retardace.....  | 31        |
| 1.7.7. Poruchy osobnosti.....   | 32        |
| 1.7.8. Duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek.....    | 36        |
| 1.7.8.1. Závislost na alkoholu.....                                   | 37        |
| 1.7.8.2. Závislost na nealkoholových drogách.....                     | 38        |
| <b>2. Cíl práce</b> .....   | <b>41</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>3. Metodika.....</b>  | <b>42</b> |
| 3.1. Metody a techniky sběru dat.....                              | 42        |
| 3.2. Výzkumný soubor.....  | 42        |
| 3.3. Realizace výzkumu.....  | 43        |
| <b>4. Výsledky.....</b>  | <b>44</b> |
| 4.1. Charakteristika výzkumného souboru.....                       | 44        |
| 4.2. Přístup ke klientům s duševním onemocněním obecně.....        | 45        |
| 4.3. Přístup ke klientům s agresivním a suicidálním syndromem..... | 58        |
| 4.4. Přístup ke klientům s vybranými duševními poruchami.....      | 64        |
| <b>5. Diskuse.....</b>   | <b>83</b> |
| <b>6. Závěr.....</b>   | <b>90</b> |
| <b>7. Seznam použitých zdrojů.....</b>                             | <b>91</b> |
| <b>8. Klíčová slova.....</b>                                       | <b>96</b> |
| <b>9. Přílohy.....</b>   | <b>97</b> |

## Úvod

V současné době narůstá počet klientů s psychiatrickým onemocněním, stále častěji se vyskytují např. depresivní poruchy. Zvyšující se počet lidí s duševní nemocí má nejen velké ekonomické důsledky, ale také společenské. I když se situace v posledních letech zlepšila, veřejnost má přesto určité předsudky vůči duševně nemocným, ale i vůči psychiatrii vůbec. Dochází tak k diskriminaci a stigmatizaci duševně nemocných, kteří jsou mnohdy označováni jako blázni a šílenci, jež se mají izolovat od ostatních lidí.

Stigmatizaci lze předejít tzv. destigmatizací, tedy osvětou a informovaností o duševních poruchách, o jejich příčinách, příznacích a léčbě. O odstranění předsudků a psychiatrickou osvětu usilují i některá sdružení. Boj proti stigmatizaci a izolaci duševně nemocných především šířením pravdivých informací o duševních poruchách je i součástí Národního psychiatrického programu 2007. Tato osvěta nemá být určena jen pro širokou veřejnost, ale také pro rodinu a blízké klientů a pracovníky, kteří se ve své práci mohou setkávat s klienty s duševním onemocněním. Cílem je změnit stereotyp duševně nemocných, předcházet jejich společenské izolaci a snaha o pochopení a porozumění ze strany veřejnosti.

Pokud je psychicky zdravý člověk hospitalizován, objevují se u něj pocity úzkosti a strachu z hospitalizace, diagnózy, vyšetření. U duševně nemocného mohou být tyto emoce ještě zvýrazněny. Obdobně to platí i pro vyřizování záležitostí na úřadech, kdy někteří klienti s duševním onemocněním mohou mít větší problémy a obtíže při kontaktu a komunikaci se sociálními pracovníky. Proto je nutné, aby zdravotníci a sociální pracovníci uměli přistupovat ke klientům s psychiatrickým onemocněním, znali základní zásady komunikace a jednání s duševně nemocnými, včetně specifik a zvláštností u konkrétních duševních poruch. Aby zdravotníci a sociální pracovníci uměli zvolit vhodný způsob komunikace a jednání s klienty s psychiatrickým onemocněním, musí mít i dostatečné znalosti o příznacích a projevech duševních nemocí. Jedině při splnění těchto podmínek lze dosáhnout kvalitní spolupráce a vytvořit tak prostředí důvěry a bezpečí.



# 1. Současný stav dané problematiky

## 1.1. Obor psychiatrie

Psychiatrie je jedním ze základních lékařských oborů, který se zabývá diagnostikou, prevencí a léčením duševních poruch (21). Ty se vyskytují v každém věku a projevují se různými změnami psychických funkcí, verbálního i neverbálního jednání a chování (56). Duševní onemocnění jsou často příčinou invalidizace, mnohé z nich představují velké riziko sebevražedného chování. Vyskytují se samostatně či jako jeden z projevů tělesných nemocí (21).

## 1.2. Historie přístupu k lidem s duševním onemocněním

### 1.2.1. Historie přístupu k lidem s duševním onemocněním ve světě

V dávnověku neuměli lidé vysvětlit duševní poruchy, proto si je vykládali prostřednictvím svého magického myšlení jako posedlost zlými duchy. První zmínky o duševních chorobách přináší Ebersův papyrus z 15. st. př. n. l. Jsou v něm rovněž uvedeny modlitby k zařikávání zlých duchů, které způsobují posedlost. Kněží prováděli tzv. chrámové léčení, jako terapeutické prostředky byly používány hypnotické postupy či léčba spánkem.

Ze 7. století př. n. l. pocházejí z Indie zmínky o duševních chorobách. Objevují se i myšlenky, že mozek je sídlem duše. Popisy duševních poruch jsou také ve Starém zákoně, např. David mírnil těžkou depresi krále Saula hrou na lyru (48).

V antickém období byla klasifikace psychických onemocnění již značně rozvinuta, vysvětlení příčin těchto poruch byla však různá. Hippokrates hledal anatomické příčiny duševních onemocnění, ale cizí mu nebyla ani psychologická teorie (56). Vyjadřoval nutnost léčit celého nemocného, nejen jeho nemoc. Rozlišoval čtyři základní látky, jejichž promísením vznikají čtyři temperamenty.

Řecký lékař Galenos považoval za centrum lidského těla játra a společně s nimi srdce, které má sloužit jako zdroj tělesného tepla. Mozek pak pojímal jako centrum duševních onemocnění.

V dalších stoletích docházelo ve vývoji lékařství spíše k útlumu, s humanistickým přístupem k duševně nemocným se lze setkat v arabském světě. Nejznámějším představitelem je Avicenna, který psal o léčbě lidí s duševním onemocněním. K léčbě využíval sugesci, dietetiku, koupele či zaměstnávání. Podle něj jsou duševní poruchy odrazem poškození mozku či jeho komor (48).

Středověk představuje nejtemnější období chápání duševních onemocnění a jejich léčby. Duševní choroby či šílenství se vysvětlovaly jako posedlost zlým démonem či ďáblem (18). Značný byl vliv církve, v roce 1487 vyšlo ve Štrasburku Malleus maleficarum, které sloužilo jako příručka pro inkvizitory sloužící k vyhánění ďábla z nemocných.

Přes represivní aktivitu církve vzniklo několik významných zařízení, které ošetřují duševně nemocné. K nejstarším se řadí Moristan, klášterní azyl v Metách a klášterní špitál ve Flandrech (48).

Ještě v průběhu dlouhodobého vlivu Malleus maleficarum se během renesance obnovuje smysl pro lidskou osobnost jako jedince a přichází návrat k humanismu (56). Mezi významné představitele tohoto období patří Johan Weyer, který je pokládán za otce psychiatrie. Weyer kladl důraz na pozorování, popisoval vnější projevy chování nemocných, jejich myšlení i řeč.

Felix Plotter je prvním tvůrcem klasifikace duševních onemocnění, navrátil psychiatrii zpět do rukou lékařů. Příčiny vzniku duševních chorob viděl především v souvislosti s onemocněním mozku. K léčbě nemocných využíval vodoléčbu, masáže či tělesné cvičení.

Psychiatrie jako samostatný obor vzniká v 18. století a je spojena především se jménem Philipse Pinela, který chápal duševní poruchy jako formy odcizení, příčiny vzniku duševních poruch pak rozlišoval na vnitřní a vnější.

Za zakladatele humánního přístupu k léčbě duševně nemocných je pokládán John Connolly, který zrušil do té doby používané donucovací a omezovací prostředky.

18. a 19. století jsou pokládána za zlatý věk nozologického pojetí duševních onemocnění, mozek se v této době stává objektem výzkumu. K významným psychiatrům tohoto období se řadí Emil Kraepelin jako tvůrce jedné z moderních

klasifikací. Ernst Kretschmer vytvořil moderní typologii osobnosti, Egen Bleuler nahradil termín dementia praecox pojmem schizofrenie. K velkým osobnostem psychiatrie v 19. století patří Pierre Janet, Jean Martin Charcot a Sigmund Freud, který zdůraznil vliv nevědomí při vzniku duševních poruch. Jeho psychoanalytická metoda se stala převratným přínosem pro psychoterapii.

Od počátku 20. století se psychiatrie dělí na dva směry – biologická a sociální psychiatrie (48). První směr, který lze zahrnout do termínu neurovědecký, systematicky studuje mozek po stránce anatomické, mikroskopické a funkční (56). Dle něj jsou duševní onemocnění důsledkem organického poškození centrální nervové soustavy. Sociální psychiatrie se soustřeďuje především na sociální prostředí nemocného a psychické faktory, které jsou důležité pro léčbu a resocializaci.

V polovině 20. století se také zvyšuje význam farmakoformního modelu duševních nemocí, který úzce souvisí s objevem nových psychofarmak.

Snahy o sjednocení klasifikace v oboru psychiatrie vedly Světovou zdravotnickou organizaci k vytvoření Mezinárodní klasifikace nemocí. Nyní se používá její desátá revize známá jako MKN-10 (48).

### ***1.2.2. Historie přístupu k lidem s duševním onemocněním u nás***

První písemná zmínka o psychiatrické péči na našem území pojednává o vyhrazení místností pro duševně nemocné v klášteře sv. Františka v Praze roku 1234 (48). V roce 1755 ruší Marie Terezie na základě podnětu svého osobního lékaře Van Swetena zákon o čarodějnictví (21). Přesto ještě došlo k upálení několika lidí, poslední duševně nemocná žena byla upálena v roce 1782.

K rozvoji specializované péče o duševně nemocné dochází od roku 1748, kdy byla vyhrazena čtyři lůžka pro pacienty s psychiatrickým onemocněním v nemocnici u Milosrdných bratří na Starém Brně. Samostatné psychiatrické oddělení pak bylo otevřeno ve všeobecné nemocnici u sv. Anny v Brně v roce 1786 (48).

Velkou zásluhu na rozvoji psychiatrie má Jan Theobald Held, který dokonale ovládal teoretické i praktické znalosti o psychiatrii a problematice duševních onemocnění. V ústavu pro choromyslné u sv. Kateřiny založil knihovnu, hudební

místopost, zavedl léčbu prací či tělesná cvičení. Při ošetřování duševně nemocných kladl důraz na trpělivost, vlídnost a lásku.

O další rozvoj psychiatrie se zasloužil Heldův žák Josef Riedel, který do léčby zařadil muzikoterapii, arteterapii a léčebný tělocvik (13).

S rostoucím obyvatelstvem a vzrůstající zaměstnaností se zvyšovala potřeba zakládat nové ústavy, v roce 1846 vzniká v Praze Nový dům (21). V něm se uplatnilo několik pokrokových myšlenek v ošetřování duševně nemocných – knihovna, léčba prací či zábavní místnosti. Byly založeny další pobočky na Slupi a u sv. Apolináře. Vzniká ústav v Kosmonosech, léčebny v Opařanech a Dobřanech. Po rozdělení univerzity na německou a českou část začala od roku 1886 pracovat samostatně česká psychiatrická klinika, mezi její první profesory lze jmenovat Benjamina Čumpelíka a poté jeho žáka Bohuslava Hellicha (56).

V roce 1919 začíná další významná epocha ve vývoji české psychiatrie – v Brně byla založena nová univerzita, kde její součástí byla i psychiatrická klinika.

V období druhé světové války byli četní čeští psychiatři odvezeni do koncentračních táborů, kde mnozí zemřeli (13).

Do roku 1989 dochází k dalšímu rozvoji psychiatrie a léčby duševně nemocných, po roce 1989 je však tento rozvoj mnohem patrnější. Dochází k redukci počtu léčebenských a nemocničních lůžek a vytváří se nová síť ambulantních zařízení. Zvýrazňuje se podíl psychoterapie (21). V dalším vývoji je kladen důraz na zkracování ošetřovací doby při hospitalizaci, rozšíření komunitních služeb psychiatrie, vznik chráněných pracovišť a větší delegace práv, povinností a odpovědnosti na zdravotnický i nezdravotnický personál (56).

V současné době u nás existují ambulantní, intermediární a lůžková zařízení. Základním kamenem péče o psychiatrické klienty jsou psychiatrické ambulance, kde se duševní poruchy diagnostikují a léčí. Intermediární zařízení poskytují péči, která zahrnuje oblast mezi péčí ambulantní a ústavní. Řadí se sem především krizová centra, denní stacionáře a chráněná bydlení. Lůžková zařízení poskytují hlavně akutní péči, zajišťují také ochrannou ústavní léčbu, protialkoholní a protitoxikomanickou. Mezi

zařízení zajišťující lůžkovou péči patří psychiatrické léčebny, psychiatrická oddělení nemocnic a psychiatrické kliniky při fakulních nemocnicích (21).

### 1.3. Pojetí normy

Nedílnou součástí práce s lidmi je hodnocení jejich projevů. Každý člověk si během svého života vytvoří určitá hodnotící kritéria, která pak používá. Přesto může dojít k tomu, že neví, jak má daného klienta hodnotit, protože vymezení toho, co lze považovat za „normální“, je často velmi obtížné (50).

Norma je chápána jako jev, který odpovídá předem stanovenému očekávání (48). Hranice normy je pohyblivá, pojetí normy lze rozlišit na statistické, funkční a sociokulturní.

Statistické pojetí normy je závislé na četnosti či intenzitě určitých projevů (50). Za normální je považováno to, co je průměrné. Projevy, které se nachází nad nebo pod průměrem, jsou pak posuzovány jako patologické (48). Toto pojetí normy má však svá úskalí, pokud bude výskyt určitého projevu příliš velký, může být hodnocen jako normální bez ohledu na jeho kvalitu – např. stále častější agresivní projevy nejsou normou (42).

Funkční pojetí normy klade důraz na plnění požadavků a dosažení cíle bez ohledu na to, jakými prostředky jich bylo dosaženo (50). „Normální“ je takový projev, jež vede k tíženému efektu, přičemž nerespektuje kvalitu využitých prostředků, které mohou být nežádoucí.

V rámci sociokulturního pojetí normy bývá za „normální“ považováno to, co je v dané kultuře a společnosti obvyklé (42). Toto pojetí vyjadřuje vázanost společnosti na hodnoty a normy střední a vyšší sociální vrstvy, ostatní lidé ve společnosti je nemohou ovlivnit. Sociokulturní norma se odráží ve stereotypch přístupů k lidem, kteří jsou odlišní. Jejich chování pak bývá posuzováno jako nepřijatelné či abnormální.

Pod sociokulturní pojetí normy lze zařadit skupinové i subjektivní pojetí normy a mediální vymezení normy. Nutné je také zohlednit časové hledisko a vývojové faktory.

Hodnocení skupinové normy se odvíjí od konkrétního sociálního kontextu. Různé sociální skupiny se liší z hlediska svých normativních kritérií, které mohou mít vymezeny generačně, profesně, etnicky, zdravotním postižením apod. Subjektivní norma je vyjádřena osobností jedince, jeho zkušeností, intelektovou úrovní, informovaností a schopností adekvátně interpretovat skutečnost. Mediální pojetí normy zahrnuje to, co je opakovaně atraktivním způsobem předkládáno jako žádoucí. Její součástí je i symbolická norma, která jako normu prezentuje výjimečné osobnosti.

Způsob hodnocení normality se během času mění, tak jak se mění společnost, její kritéria a názory. V průběhu času společnost mění postoje k jednotlivým projevům - na jedné straně roste tolerance, na druhé se stává hodnocení určitého projevu mnohem striktnější. Hodnocení normy v rámci časového hlediska respektuje vývojové faktory. Projevuje se mnohem větší tolerancí při hodnocení dětského chování než u dospělé osoby (50).

#### **1.4. Stigmatizace lidí s duševním onemocněním**

Člověk s duševním onemocněním byl a i nadále zůstává v jiné pozici než člověk s tělesným onemocněním. Jeví se jako člověk neschopný, slabý, nebezpečný a někdy i hloupý, který neumí rozpoznat realitu kolem sebe (4). Dodnes se stává, že se společnost od lidí s duševním onemocněním distancuje. Kdo má něco společného s psychiatrií, je ostatními vystaven předsudkům a negativním postojům (54). K typickým negativním důsledkům patří zejména stigmatizace. Termín stigma pochází z antického Řecka a v souvislosti s nemocí označuje předsudek proti určité skupině lidí (40).

Stigmatizován může být člověk s duševním onemocněním, druh léčby či celý obor psychiatrie (10). Nejčastěji je psychiatrie obviňována ze strany lidí, kteří se léčili na psychiatrii, a pracovníky sdělovacích prostředků, kteří mají tendence spojovat lidi s duševním onemocněním s negativními společenskými jevy (4).

Stigmatizace vzniká především z pocitů ohrožení odlišností, odlišní lidé se zdají být cizí, a tudíž mohou ostatní ohrožovat (10). Aby lidé s duševním onemocněním předcházeli stigmatizaci, snaží se své potíže skrývat, izolují se od ostatních a své

projevy potlačují. Někdy i příbuzní ze strachu ze stigmatizace odrazují svého člena, aby se léčil na psychiatrii. Často se obávají, že takto bude označena celá rodina.

Ke stigmatizaci lidí s duševním onemocněním může dojít i ze strany zdravotnických pracovníků. Lze se setkat s přeceňováním závažnosti nemoci či naopak se zlehčováním. Ke stigmatizaci dochází především u diagnóz, u kterých se předpokládá obtížnější léčba, např. poruchy osobnosti. Častěji jsou také stigmatizováni lidé z nižších sociálních vrstev (40).

Z hlediska postoje zdravotníků ke klientům s duševním onemocněním lze poukázat na tři základní chybné přístupy:

- 1) Tendenční postoj - vyjadřuje skutečnost, kdy zdravotníci s dlouholetou praxí nemusí s klientem ani komunikovat a poznají diagnózu „na první pohled“.
- 2) Nezakotvený přístup - označuje situaci, kdy zdravotníci mají mnoho detailních informací o klientovi, které však spolu nesouvisí.
- 3) Nevyjádřený postoj – vyznačuje situaci, kdy zdravotník neuvažuje a nemá svůj vlastní názor (46).

Jelikož je stigmatizace nemocných velkým problémem, který odrazuje řadu nemocných od léčby, je nutné se zaměřit na destigmatizaci (40). Destigmatizací se rozumí snaha o změnu přístupu společnosti k lidem s duševním onemocněním a spolupráci zdravotnictví a veřejné správy (20). O odstranění předsudků a psychiatrickou osvětu usiluje i několik organizací, jako příklad lze uvést Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví projektem Změna (26).

Boj proti stigmatizaci je i jedním z úkolů Národního psychiatrického programu 2007, který vyhlásil výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP ve spolupráci s regionální kanceláří WHO ČR na podporu reformy péče v psychiatrii. Dalšími úkoly Národního psychiatrického programu jsou např. boj proti izolaci lidí s duševním onemocněním především šířením informací o psychických poruchách, doplnění a zkvalitnění sítě ambulantní péče v psychiatrii a úprava legislativy, která se týká péče o osoby s duševním onemocněním s důrazem na jejich práva (27).

## 1.5. Agresivní syndrom

Jak již bylo uvedeno dříve, lidé s duševním onemocněním se často jeví jako lidé nebezpeční, agresivní. Agresivní chování lze chápat jako porušení společenských norem, která omezují práva či poškozují živé bytosti nebo neživé objekty. Pojem agrese pak označuje skutečný projev takového chování, které má často charakter násilí (50).

Výskyt agresivity a agresivního chování se v současné době zvyšuje. Důvodem může být nárůst psychosociálních, politických a ekonomických stresů, které vyvolávají ztrátu pocitů bezpečí a jistoty a naopak zvyšují strach, obavy a úzkost. Tím se snižuje frustrační tolerance, lidé jsou více podráždění a tím pádem dochází i k častějším agresivním projevům v situacích, kde se takové jednání neočekává (53).

Mezi zdroje agrese patří jednak psychologicky srozumitelné faktory (např. přepracovanost, problémy v rodině, vztahové problémy) nebo může agrese vycházet z chorobného podkladu jako je závislost na alkoholu a jiných drogách, poruchy osobnosti, psychotické stavy, organické stavy atd. (23).

Mezi příznaky agrese se řadí verbální i neverbální projevy. Mezi verbální projevy patří vyhrožování, zastrašování, provokování, snaha se hádat, nadávky, křik, slovní útoky či vyčítání (53). K neverbálním projevům agresivity lze zařadit nápadnou gestikulaci, zvýšené pohyby nohou, pokopávání, upřený pohled do očí, nedodržování společenského odstupu, svírání pěstí, kopání nebo bouchání do věcí v místnosti, zarudnutí a agresivní úšklebky (23).

Léčba agresivního chování bývá velmi obtížná s malým efektem. Mezi základní postupy patří psychoterapie, farmakologická léčba a socioterapie. Psychoterapie je zaměřena na porozumění vlastnímu chování a jednání a osvojení způsobů, jak agresi zvládat. Farmakologická léčba se používá jako součást komplexní léčby a je zaměřena na redukci pohotovosti k agresivnímu chování. Socioterapie slouží k začlenění jedinců, které je třeba naučit, jakým způsobem a v jakých situacích se mají chovat (50).

Při jednání s agresivními klienty je nutné dodržovat určité zásady. Hlavní zásadou je zajištění své bezpečnosti, ostatního personálu a klientů (dostupnost poplašného zařízení, dodržení bezpečné vzdálenosti od agresivního klienta, blízkost únikového východu) a zajištění bezpečného prostředí (5).



Při vlastním jednání je důležité zachovat klid a na slovní útoky nereagovat stejným způsobem, poněvadž agrese zvyšuje agresi, vyslechnout klienta se zachováním akceptace a uvědomit si, jak to, co klient říká, vlastně myslí a jakým způsobem to aktuálně prožívá (53).

### **1.6. Suicidální syndrom**

Sebevražda je charakterizována jako úmyslné ukončení života, pokud při sebevražedném pokusu nedojde k usmrcení, jedná se o neúspěšný sebevražedný pokus (57). Sebevražda se může objevit u všech psychiatrických poruch, ale i bez psychiatrického onemocnění ve vážných životních situacích a krizích. Ženy se o sebevraždu pokouší třikrát častěji než muži a sebevražedný pokus používají často jako prostředek k vyjádření svých pocitů a trápení. Muži naopak třikrát častěji než ženy provedou dokonalou sebevraždu (37).

Suicidální jednání má mnoho příčin, závisí na kumulaci různých zátěží a krizí. Lze sem zařadit dědičné vlivy, biologické příčiny, sezónní a klimatické vlivy (sebevražedné jednání je častější na podzim a v zimě), sociálně psychologické příčiny, ke kterým patří neuspokojivé sociální vztahy, ztráta sociálních vazeb, ztráta profesního a sociálního postavení apod. (50).

Sebevraždu lze rozlišit biickou, kde motiv vychází ze skutečnosti, a patickou, kde motiv vychází z psychopatologie a je často spojena např. s depresí, schizofrenií a poruchou osobnosti (37).

Sebevražedné jednání má svůj vývoj. Nejprve člověk o sebevraždě uvažuje, poté přemítá o způsobech sebevraždy a dává je konkrétní podoby a na závěr sebevražedný úmysl realizuje. Neznamená, že kdo o sebevraždě hovoří, že ji nespáchá. Důležitým diagnostickým znakem je tzv. presuicidální syndrom, který je charakterizován jako pocit omezení vlastních životních možností, člověk není schopný pozitivně emočně prožívat, vše pro něj ztratilo smysl (50).

V péči o suicidálního klienta je nutné léčit základní psychickou poruchu a minimalizovat dostupnost prostředků, které by mohl k sebevraždě použít. Je žádoucí

s klientem hovořit o jeho suicidálních myšlenkách a tendencích. Při rozhovoru je důležité klienta respektovat, nechávat dostatek času a být dostatečně trpělivý (37).

## **1.7. Vybrané duševní poruchy**

### ***1.7.1. Klasifikace duševních poruch***

Termínem klasifikace je označováno uspořádání objektů do skupin na základě jejich podobnosti. Psychiatrie jako samostatný obor byla vyčleněna až od 6. decenální revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). Nyní je psychiatrie v MKN-10 rozdělena do 10 základních oddílů, v kterých jsou jednotlivé skupiny řazeny nikoli podle etiopatogeneze, ale podle hlavních společných znaků (48).

### ***1.7.2. Demence***

Demence je syndrom, který je způsoben onemocněním mozku a mívá chronickou nebo progresivní podobu (19). Základním příznakem demencí je ubývání nebo ztráta kognitivních funkcí, které se liší v závislosti na druhu demence a také se odlišují od člověka k člověku (55).

Výskyt demence se zvyšuje s věkem, výrazný nárůst je patrný ve věkové skupině 65 let a více. Jestliže mezi 45. – 54. rokem se demence vyskytuje u 0,025 % populace, mezi 65. – 70. rokem se zvýší už na 2,5 % a každých pět let se procento zdvojnásobuje, to znamená, že mezi lidmi nad 85 let trpí demencí každý pátý (7).

Demence lze rozdělit na primární a sekundární. Mezi primárně degenerativní demence patří Alzheimerova nemoc, která představuje 60 % všech demencí, demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence. Sekundární demence představují velkou skupinu onemocnění, na jejichž vzniku má podíl mnoho příčin. Bylo popsáno více než 70 skupin sekundárních demencí, k nejnámějším a nejčastějším patří vaskulární demence (tvoří 20 % všech demencí), metabolické a toxické demence, demence při Parkinsonově chorobě a při Huntigtonově chorobě, traumatické demence, demence při nádorech centrálního nervového systému a demence při infekcích. 10 – 15 % všech demencí tvoří tzv. smíšené demence, jako jsou smíšená Alzheimerova demence/vaskulární, Alzheimerova demence/jiné primárně degenerativní demence (31).

### 1.7.2.1. Alzheimerova nemoc

Alzheimerova nemoc je závažné onemocnění mozku, které způsobuje progresivní odumírání nervových buněk v mozkové hemisféře. Vývoj nemoci trvá 8 až 20 let, záleží na podmínkách života a zdravotním stavu nemocného. I když jsou si příznaky této nemoci podobné, každý je pociťuje jinak a nemoc postupuje svým vlastním tempem (8). Alzheimerovu nemoc poprvé popsal německý lékař Alois Alzheimer v roce 1907, kdy byla považována ještě za vzácnou nemoc (10).

Alzheimerova nemoc patří mezi onemocnění vyššího věku, existují ale i vzácnější formy s časným začátkem mezi 40. – 50. rokem. V současnosti se odhaduje, že ve světě je přibližně 20 miliónů lidí s diagnózou Alzheimerovi demence, v České republice se tento počet odhaduje kolem 80 000 lidí (28).

Přesné příčiny Alzheimerovy nemoci nejsou dosud přesně známy. V mozku nemocných vznikají škodlivé bílkoviny, které se ukládají v okolí nervových buněk jako tzv. amyloidové plaky, a tím dochází k poškození a zániku nervových buněk a jejich spojů. Současně ubývá v mozkové tkáni acetylcholin, který slouží k přenosu nervových vzruchů a buňky tak ztrácí schopnost vzájemně si vyměňovat informace (2). Mezi rizikové faktory pro vznik Alzheimerovy nemoci patří především vysoký věk, ženské pohlaví, výskyt onemocnění v rodině a nízká duševní aktivita.

Hlavním příznakem Alzheimerovy nemoci je porucha paměti. Na začátku onemocnění se vyskytuje zapomnětlivost, kdy si člověk detailně vybavuje věci z dávné minulosti, ale nepamatuje si, co se dělo před několika minutami. Stále se ptá na stejné věci či stále dokola stejné věci opakuje. Dále se rozvíjí poruchy řeči, která se stává obsahově chudou, věty ztrácejí svůj smysl. Vytrácí se úsudek a schopnost abstraktního myšlení, přestává se orientovat v čase a postupně i v místě, mění se jeho osobnost i chování. U některých forem se mohou vyskytnout i poruchy chování jako je bloudění, neklid až agresivita. Dochází také k narušení vykonávat běžné domácí úkony a aktivity. Jak již bylo zmíněno, jedná se o progresivní onemocnění, takže nemocný se postupem času stává zcela závislý na péči druhé osoby (28).

Alzheimerovu chorobu lze rozdělit do několika stádií:

- 1) Prodromální fáze - projevuje se zapomnětlivostí, která nelze ještě rozlišit od stařecké zapomnětlivosti.
- 2) Časná fáze – v této fázi již nemocný zapomíná jména a důležitá data, je porušena řeč.
- 3) Intermediální fáze – pro ni je charakteristické výrazné narušení osobnosti, úbytek schopnosti orientace místem i časem a zapomínání tváří nejbližších příbuzných.
- 4) Pozdní fáze – v tomto stádiu nemocný již nekomunikuje s okolím, je velmi výrazná porucha paměti, objevují se neurologické symptomy, jako jsou poruchy hybnosti, reflexů a chůze.
- 5) Terminální fáze – je poslední fází, kdy jsou nemocní upoutáni na lůžko a plně odkázáni na péči ostatních (57).

Pro přesné stanovení diagnózy neexistují v současné době žádné vyšetřovací metody. K včasnému zachycení rozvoje této nemoci je vyvinuto několik speciálních diagnostických testů, nejpoužívanějším a nejznámějším je Mini-Mental State Examination (MMSE). Důležité je také hodnocení okamžitého stavu klienta, získání informací o nemocném od příbuzných a využití zobrazovacích metod, především počítačové tomografie a magnetické rezonance (3).

V současnosti neexistuje lék, který by Alzheimerovu nemoc zcela vyléčil. Existují však léky, které zmírňují příznaky a zpomalují progresi onemocnění, mezi která patří hlavně tzv. kognitiva (10).

V případě demence je také velice nutné pracovat s blízkými klientů, u nichž bylo toto onemocnění diagnostikováno. Velice důležité je poskytnout emoční podporu, podat vysvětlení a umožnit odpočinek při náročné péči o své blízké (9).

Mezi základní pravidla při péči o blízké, kteří trpí Alzheimerovou nemocí či jiným typem demence, patří především zajištění bezpečnosti. Tu lze zajistit např. odklizením všeho, co překáží nemocnému, zabezpečením plynových a elektrických sporáků a jiných spotřebičů a zabráněním nemocnému, aby mohl řídit auto. Je také

nutné zajistit pomoc při péči o vlastní osobu od jídla až po hygienu. Vhodný je trénink paměti, psychická aktivizace a plánování každodenních činností.

V přístupu a komunikaci s lidmi s diagnózou demence je nutné mít dostatečnou trpělivost. Nemocní mají obtíže porozumět tomu, co bylo řečeno, ale jsou velmi citliví na to, jakým způsobem se to říká. Je tedy vhodné mluvit klidným a vlídným tónem, volit raději věty oznamovací než tázací. Lidé s demencí si také často neuvědomují realitu a nerozlišují přítomnost a minulost, je však vhodné netrvat na své verzi reality, protože u nemocného může dojít ještě k většímu stresu (28).

#### 1.7.2.2. Vaskulární demence

V případě vaskulární demence trpí nervové buňky nedostatkem kyslíku kvůli ischemickým poruchám mozku. Vaskulární demence není vždy spolehlivě odlišitelná od Alzheimerovy nemoci, v některých případech se mohou oba syndromy vyskytovat současně (11).

Vaskulární demence většinou vzniká náhle, její průběh je kolísavý s mnoha výkyvy, kdy progresse onemocnění je ve formě skoků. Náhled na nemoc bývá zachován déle, vyskytují se však častěji neurologické poruchy. Úbytek kognitivních funkcí bývá nerovnoměrný, již na začátku jsou zřejmé poruchy pozornosti a paměti. Typickým projevem je postižení emočního prožívání, charakteristická je zvýšená dráždivost a plačtivost, přecitlivělost a vztahovačnost. Osobnost se zpravidla dlouho příliš nemění, pouze se zdůrazňují některé výraznější osobnostní rysy.

Při léčbě se využívají stejně jako u Alzheimerovy nemoci možnosti farmakologické léčby, psychoterapeutická péče a pomoc při úpravě domácího prostředí včetně práce s rodinou (50).

#### ***1.7.3. Schizofrenie***

Schizofrenie je duševní onemocnění, které se projevuje poruchou myšlení, vnímání, emotivity a osobnostní integrity (50). Pojem schizofrenie je odvozen z řečtiny, „schizo“ znamená štěpit a „phren“ rozum. Název schizofrenie zavedl německý psychiatr

Eugen Bleuler, který tak chtěl poukázat na rozštěpení mezi myšlením, emocemi a chováním.

Schizofrenií trpí asi 1 % obyvatel, onemocnění začíná nejčastěji mezi 20. – 40. rokem, u žen pak mezi 25. - 34. rokem a u mužů mezi 15. – 25. rokem **(16)**. Protože toto závažné onemocnění začíná časně, ovlivní celý další život nemocného. Z toho důvodu je nutné přistupovat k onemocnění od samého začátku správně a důsledně. Existuje tzv. třetinové pravidlo, třetina nemocných se uzdraví úplně, u druhé třetiny se onemocnění čas od času vrátí a u poslední třetiny má nemoc chronický průběh **(33)**.

Přesné příčiny schizofrenie nejsou známy. Lze předpokládat, že její vznik ovlivní více faktorů a jejich vzájemná interakce **(50)**. Tyto faktory lze rozdělit na biologické, biochemické a psychogenní. Hlavním biologickým faktorem je dědičnost. Např., pokud oba rodiče onemocní schizofrenií, jejich dítě má 40 % šanci, že onemocní taktéž. Mezi biochemické faktory se řadí porucha neurotransmiterových systémů, především zvýšená koncentrace dopaminu na centrálních synapsích. K psychogenním faktorům patří např. problémy v přijetí určité role, poruchy komunikace a vztahové problémy v rodině – mezi matkou, otcem a dítětem **(16)**. Předpokládá se, že matky schizofreniků často nereagují na potřeby dítěte, zaměňují své potřeby za potřeby dítěte, vysílají rozporuplné verbální i neverbální signály, jasně nestanoví hranice – jednou jsou příliš přísné, podruhé naopak nedostatečně pevné. Otcové schizofreniků si nejsou jisti ve své mužské roli a mají potřebu neustálého obdivu a povzbuzování **(22)**.

Příznaky schizofrenie lze rozdělit na pozitivní a negativní. Mezi typické pozitivní příznaky patří poruchy vnímání – halucinace, a poruchy obsahu myšlení – bludy. Halucinace vznikají na základě zkresleného vnímání reality. Nejčastější bývají sluchové halucinace, kdy nemocný slyší jednotlivé zvuky (tikání, zvonění) nebo slyší hlasy, které hovoří přímo k němu či o něm, komentují jeho jednání a chování. Velmi nebezpečné jsou pak hlasy, které nemocnému něco přikazují.

Mezi velmi časté se řadí také intrapsychické halucinace, při kterých mají nemocní pocit, jako kdyby jim někdo myšlenky vkládal či odebíral. U schizofrenie se také vyskytují zrakové, chuťové, čichové i tělesné halucinace.

Bludy jsou nepravdivé, falešné představy, které ale nemocnému připadají pravdivé a nelze mu je vymluvit. Obsahem bludů bývají nejčastěji pocity pronásledování, přesvědčení o vlastní výjimečnosti a významném původu, pocity kontroly či náboženské bludy.

Jak již bylo uvedeno, bludy jsou poruchou obsahu myšlení. U schizofrenie se také vyskytují poruchy formy myšlení, kdy myšlení nemocného je nesouvislé, zabíhavé. Mezi pozitivní příznaky lze také zařadit poruchy chování jako je neklid, agresivita apod. **(33)**.

Negativní příznaky nebývají zprvu tak nápadné, patří k nim emoční poruchy a kognitivní poruchy. Nemocní bývají přecitlivělí nebo citově otupělí a apatičtí, jejich emoční reakce jsou neadekvátní a nepředvídatelné **(50)**. Z kognitivních funkcí jsou nejvíce postiženy pozornost, paměť, učení a exekutivní funkce (porucha pochopení, vysvětlení a udržení určité informace), dochází k tzv. kognitivnímu deficitu **(33)**.

Onemocnění může mít akutní nebo chronický průběh. Pro akutní fázi jsou charakteristické pozitivní příznaky – bludy a halucinace, které se objevují plíživě, nikdy nedojde k rozvoji poruchy z plného zdraví **(50)**. V akutní fázi je nutná medikamentózní léčba, v případě ohrožení sebe či okolí i hospitalizace **(33)**. Po odeznění akutní fáze může následovat chronický průběh, kdy přetrvávají některé příznaky jako jsou snížení celkové aktivity, tendence k sociální izolaci, úpadek společenského chování, nevykonnost a únava, citová plochost a apatie **(50)**. Schizofrenie probíhá v epizodách, kdy jednotlivé ataky nevznikají náhodně, ale jsou často zapříčiněny stresem **(33)**.

Schizofrenii lze rozdělit do 4 typů:

- 1) Paranoidní schizofrenie – pro ni je typický izolovaný blud, který má paranoidní obsah a halucinace. Nemocný bývá ke svému okolí i blízkým podezřivý, vztahovačný, má pocit, že je pronásledován a ohrožen, objevuje se patologická žárlivost. Dochází také k poruchám vůle a emoční otupělosti. Paranoidní schizofrenie se může objevit i v pozdějším věku, někdy i okolo 40 let.
- 2) Hebefrenní schizofrenie - vzniká poměrně brzy, mezi 15 – 25 lety. Jeví se jako protrahovaná puberta s odlišným způsobem chováním, které neodpovídá věku, a mívá často špatnou prognózu. Pro hebefrenní schizofrenii je charakteristická

porucha myšlení (pseudofilozofování a úvahy o metafyzických otázkách bez potřebných znalostí a racionálních argumentů), porucha emočního ladění (typická hypomanická nálada) a nedostatek zábran a necitlivost v sociálním chování.

- 3) Katatonní schizofrenie - je charakteristická změnami v motorické oblasti. Rozlišují se dvě formy – produktivní a stuporózní. Produktivní forma se projevuje nepřiměřenou a nadměrnou pohybovou aktivitou, stuporózní naopak celkovým útlumem či zpomalením.
- 4) Simplexní schizofrenie – vyznačuje se časným a plíživým vznikem, nemocní jsou apatičtí, izolují se od okolí a uzavírají do sebe. Je pro ni charakteristická zvýšená psychosociální deteriorace (50).

Léčba schizofrenie se liší dle fáze onemocnění. Při akutních stavech se preferuje medikace, v době zmírnění nebo vymizení příznaků se upřednostňují psychoterapeutické postupy. Pokud nemoc zasahuje do sociální a profesní oblasti, využívají se socioterapeutické metody (33).

Léky, které se podávají při léčbě schizofrenie, jsou především antipsychotika. Volba správného antipsychotika je velmi důležitá, záleží na klientovi a jeho postoji, na lékaři a jeho zkušenostech a na léku, zda je účinný s minimálními vedlejšími účinky a finančně dostupný (48).

Psychoterapie slouží k podpoře klienta při zvládnutí nemoci, k porozumění nejen sobě samému, ale i podstatě onemocnění. V praxi se lze setkat s individuální či skupinovou psychoterapií. Při psychoterapii schizofrenie je důležité pomalu a nenásilně převádět klienta z roviny jeho chorobného prožívání do úrovně reality, kdy mu je nutné poskytnout emoční oporu a bezpečné místo v mezilidských vztazích. Úskalím psychoterapie schizofrenie bývají negativistické až hostilní postoje nemocných vůči terapeutovi, což vyžaduje někdy maximální trpělivost a toleranci ze strany terapeuta (45).



V případě socioterapie se jedná o resocializaci, která je zaměřena na podporu a rozvoje činností, jejichž hlavním cílem je dosažení adaptace a sociální integrace v oblasti bydlení i zaměstnání. Nedílnou součástí je úprava soužití v rodině (50).

Při kontaktu s klientem, který onemocněl schizofrenií, je důležité dodržovat určité zásady. Základní zásadou je chovat se ke klientovi přirozeně, i když to není někdy lehký úkol, chovat se „normálně“ jak jen je to možné. Dále je vhodné nechat klienta odpočinout, pokud se chce stáhnout do ústraní a klidu, nepodceňovat jeho sebevražedné myšlenky, nezlehčovat jeho stav, v rámci možností vyhýbat se silným emočním zážitkům a situacím (např. hádkám) a poskytnout mu bezpečí a citovou podporu. V komunikaci je nutné podávat jednoduché a jasné informace, nepřesvědčovat ho, že nemá pravdu, pomoci klientovi v komunikaci s okolním světem a pokud možno nepřebírat veškerou klientovu odpovědnost, odpovědnost v nejvyšší možné míře nechat na klientovi (36). Pokud má klient bludy, je důležité je nevyvracet, ale ani nepotvrzovat. Doporučuje se vyhnout se diskusi o nich, pokud však klient si o nich povídat chce, je dobré zaměřit se na pocity, které u klienta vyvolávají (33).

#### ***1.7.4. Afektivní poruchy***

##### ***1.7.4.1. Deprese***

Depresivní onemocnění, deprese postihuje asi 10% populace. Vyskytuje se častěji u žen než mužů a to v poměru 2:1. Začátek onemocnění spadá do období mezi 20. – 40. rokem, průměrný věk při první epizodě se pohybuje kolem 30 let, v posledních letech se tato hranice postupně snižuje (50). Deprese je diagnostikována pokud se u nemocného objevuje depresivní syndrom po dobu min. 14 dní. Od běžného smutku se liší v tom, že je intenzivnější a hlubší, trvá déle a narušuje každodenní fungování (38).

Deprese je podmíněna multifaktoriálně. Důležitou roli hrají genetické faktory, kdy některé typy depresí se častěji objevují v určitých rodinách. Významné jsou také biochemické změny v mozku a to poruchy neurotransmiterů, především snížení serotoninu a noradrenalinu. Mezi příčiny deprese se také řadí vnější vlivy, kdy jde o interakci biologických dispozic, získaných zkušeností a aktuálně působících faktorů. Důležité jsou i výchova (úzkostlivý styl výchovy a depresivní rodinné klima), naučení

se reagovat na nepříznivé situace depresivním chováním a problémy zvládnání role dospělého související se samostatností a odpovědností. Aktuálně působící zátěžové faktory – ztráta blízkého, zaměstnání, dlouhodobý stres apod. – se považují spíše za vyvolávající podněty (50).

Příznaky depresivního syndromu se dají rozdělit do čtyř oblastí – poruchy emotivity a nálady, porucha kognitivních funkcí, změny v chování a tělesné příznaky.

Mezi depresivní emoce patří smutná nálada, plačtivost, úzkost, rozmrzelost, zvýšená sebelítost, podrážděnost, beznaděj, bezmocnost, nerozhodnost a strach o sebe a blízké (38). Depresivní člověk se stává anhedonickým, tedy neschopným prožívat radost a potěšení. V některých případech může dojít až ke vzniku afektivního stuporu, kdy se nemocný brání dalším podnětům, které by ho zatížily, takovým způsobem, že je vůbec nepřijímá. Subjektivně se afektivní stupor může projevit jako úplná ztráta schopnosti emočně prožívat, čili jako pocit prázdnoty.

U depresivní osoby dochází k celkovému zpomalení a útlumu psychického procesu, nedovede se soustředit a tato porucha koncentrace má pak za následek i negativní ovlivnění procesů učení a myšlení (50). Objevují se automatické negativní myšlenky. Ty zahrnují negativní hodnocení sebe a negativní vize do budoucnosti. Jejich obsahem jsou nejčastěji obavy, předvídaní horšího, tragické vize do budoucnosti, katastrofické vidění světa, obviňování okolí, komplexy méněcennosti apod. Tyto myšlenky jsou charakteristické tím, že jsou automatické, tzn. že se vybavují mimovolně, a jsou neužitečné a zkreslené – neodpovídají faktům (38).

U 8 – 15% nemocných depresí se vyskytují kvalitativní poruchy myšlení – bludy. A to nejčastěji mikromanické a perzekuční (50).

Depresivní člověk je méně aktivní, bez iniciativy, je sníženo psychomotorické tempo, objevuje se zvýšená unavitelnost, odkládání činnosti, vyhýbavé chování a zanedbávání příjemných aktivit (38). Může se vyskytnout agrese zaměřená proti sobě, která znamená sebepoškozující tendence. Riziko suicidálního jednání bývá v těchto případech velmi vysoké a s tím souvisí i sebevražedné pokusy. Brát zřetel je třeba při zlepšení zdravotního stavu nemocného, neboť konečně získá energii a sílu k realizaci, která mu v době akutní fáze chyběla (50).

Co se týká tělesných příznaků, vyskytují se hlavně poruchy spánku, bolesti hlavy a břicha, zvýšená nebo snížená chuť k jídlu, závratě, bušení srdce, tlak v hlavě, nechť k sexu a u žen poruchy menstruace (38). Pokud jsou hlavním projevem tyto příznaky, jedná se o tzv. larvovanou depresi.

Ze zmíněných příznaků vyplývá, že deprese ovlivňuje také sociální sféru nemocného. Depresivní lidé mívají obavy ve vztazích k jiným lidem, cítí se napjatí a úzkostní. Většinou mají těžkosti se sebezprosažením - neumí říci ne na neoprávněný požadavek, či s otevřeností při vyjadřování pozitivních i negativních pocitů. Vyskytují se pocity osamělosti a nedostatku lásky. Jedním z největších vztahových problémů je závislost na druhých a na jejich hodnocení. Depresivní lidé potřebují více povzbuzovat a oceňovat, špatně snáší kritiku či odmítnutí. Neumí si zorganizovat svůj program a čekají, že to za ně udělají ostatní (50).

Depresivní onemocnění lze rozdělit do několika typů:

- Depresivní epizoda - jedná se o ní se tehdy, pokud depresivní syndrom trvá po dobu alespoň 2 týdnů, přičemž se může objevit jen jednou v životě či opakovaně.
- Recidivující depresivní porucha - je charakterizována opakovanými epizodami deprese, jež trvají obvykle 6 – 9 měsíců.
- Chronická deprese – pro ni je typické, že příznaky trvají dlouhou dobu a mohou vést ke značným omezením.
- Cyklothymie – označuje chronickou poruchu nálady, kdy se střídá období deprese a povznesené nálady, doba trvání musí být nejméně po dobu 2 let a intenzita těchto emočních výkyvů není příliš velká.
- Poporodní deprese - postihuje 10 – 15% žen po porodu. Lze rozlišit mateřské „blues“, které vymizí do 12 dnů po porodu a poporodní depresi, která se objevuje 6 – 12 týdnů po porodu a jsou pro ni typické pocity selhávání, úzkost, bezmoc, ztráta zájmu a potěšení (38).

Při léčbě deprese se používají psychofarmaka, metody biologické terapie, psychoterapie a socioterapie.

V rámci farmakoterapie jsou lékem první volby antidepresiva, která ovlivňují aktivitu neurotransmiterů. Jejich efekt však není okamžitý, nastupuje min. za 3 – 6 týdnů, což je jedním z důvodů, proč nemocní nechtějí léky brát. Problém také nastává, pokud se zdravotní stav nemocného zlepší, příznaky vymizí a nemocný přestane léky brát. Zanedlouho se symptomy znovu objeví (38). Pokračovací nepřetržitá léčba po první epizodě má trvat dalších 6 – 12 měsíců. Antidepresiva lze kombinovat i s dalšími léky, např. anxiolytiky (14).

Do metod biologické terapie, které se používají při léčbě deprese, patří elektrokonvulze (ECT), fototerapie a spánková deprivace.

Psychoterapie slouží k podpoře úpravy stavu, ke změně životního stylu, vytvoření pocitu bezpečí a porozumění nad svým životem. Může být individuální či skupinová, rodinná. K nejúspěšnější psychoterapii deprese patří kognitivně-behaviorální terapie. Dle ní jsou depresí ohrožení lidé, kteří postrádají dostatek sociální odezvy a pozitivního potvrzení sebe. Při psychoterapii se postupuje po malých krocích, podporují se klientovy aktivity a vytváří se dlouhodobé udržovací programy – změna zaměstnání za takové, jež ho přivede mezi lidi. Při vlastní terapii se vychází z toho, co pacient rád dělal před nástupem deprese. Této exploraci se věnuje 1 – 2 hodiny. Dále se přesně plánuje týdenní plán aktivit s důrazem na sociální kontakty. Je třeba dbát na to, aby takový program byl pro pacienta zvládnutelný a splnitelný. Začíná se s jednoduššími a krátkodobě dosažitelnými cíli. Během sezení se terapeut soustavně věnuje negativním myšlenkám a vede klienta k jejich zpochybnění či přeformulování, čímž se mění jeho negativní sebeobraz v pozitivní. Průběžně se také zvyšují sociální kompetence klienta tím, že se rozšiřují sociální aktivity (53).

Neméně důležitá je párová a rodinná terapie, která je zaměřena na zlepšení vzájemné komunikace. Přispívá k uvolnění napětí v rodině a k pochopení podstaty depresivní poruchy. Souhrnně lze říci, že jde o kontakt a porozumění mezi jednotlivými členy rodiny (50).

Při setkání s klientem, který má diagnózu deprese, je třeba dodržet určitá pravidla, aby se klientův stav ještě nezhoršil. Je nutné klienta podpořit a poskytnout mu prostředí jistoty a bezpečí a být mu citovou oporou. Nezlehčovat jeho stav, deprese

neznamená lenost nebo útek od nepříjemností, je to nemoc a ten kdo má depresi, si ji nezavinil sám, nelze ho obviňovat. Další důležitou zásadou je nepodceňovat myšlenky či vyjádřené poznámky o sebevraždě, neznamená, kdo o sebevraždě hovoří, že ji nespáchá. V práci je nutná trpělivost, nenutit člověka s depresí do práce, ale po malých krocích ho k práci zvat (38).

#### 1.7.4.2. Mánie

Mánie je duševní onemocnění, které tvoří protipól deprese. Mezi příčiny mánie lze zařadit biologické faktory, genetické faktory a psychosociální faktory (48). První manická epizoda se obvykle objevuje mezi 25. – 30. rokem, přičemž jen u necelé třetiny nemocných nedochází k žádné recidivě. Většinou se rozvíjí bipolární afektivní či schizoafektivní porucha (37).

Mezi hlavní příznaky mánie, manického syndromu patří mimořádně dobrá, veselá nálada, zvýšená aktivita, chuť do života, zrychlené psychomotorické tempo, zrychlená, někdy i nesrozumitelná řeč a zvýšené sebevědomí (29).

Mánie se dle stupně závažnosti dělí do třech kategorií:

- Hypománie - v popředí je především zvýšená aktivita, změny nálady a psychomotorického tempa, myšlení i chování zůstávají uspořádané.
- Manický syndrom - příznaky jsou mnohem více vyjádřeny, kromě hyperaktivity a zrychlení psychomotoriky se také objevují poruchy kognitivních funkcí. Problémem bývá agresivita a možné ohrožení sebe sama nebo svého okolí.
- Mánie s psychotickými příznaky – pro ni jsou charakteristické obsahové a formální poruchy myšlení. Typické jsou velikášské myšlenky a paranoidní bludy. Nemocný se často cítí být povolán k určitým úkolům, vyvoleným a zachráncem.

Manické epizody a hypománie bývají časově omezeny, jednotlivé epizody trvají obvykle od 2 týdnů do 5 měsíců (43).

Léčba spočívá v podávání léků, psychoterapii a socioterapii. Farmakologická léčba slouží k uklidnění a regulaci negativních psychických projevů a je využívána především ke zvládnutí akutního stavu. Psychoterapie může být individuální nebo

skupinová a slouží jako podpora a pomoc při zvládání obtíží. Socioterapie má za úkol resocializaci (50).

#### 1.7.4.3. Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha se projevuje střídáním manických a depresivních epizod, přičemž depresivní syndrom převažuje (48). Bipolární afektivní porucha tvoří asi 10 – 20 % všech afektivních poruch a objevuje se u 1 – 5,5 % populace. Má tři vrcholy výskytu, první se objevuje mezi 15. – 19. rokem, druhý mezi 20. – 24. rokem a třetí mezi 45. – 50. rokem života. V 90 % případů má rekurentní průběh (6). Mezi nejčastější rizika rekurence patří časté fáze (4 fáze během roku) a těžké psychotické fáze.

Léčba může být akutní (do dvou měsíců od začátku fáze), udržovací (do jednoho roku o začátku léčby) a profylaktická, která trvá déle než jeden rok od začátku léčby (30). Základem je farmakologická léčba – podávání antidepresiv společně s lithiem, které působí jako stabilizátor nálady. Psychoterapeutické postupy přispívají k odstranění psychické nepohody, zlepšení psychosociálního fungování a snížení frekvence a závažnosti budoucích epizod (6).

#### 1.7.5. Neurotické poruchy

Do této skupiny patří poruchy, které souvisejí především s psychickými příčinami. Oproti jiným poruchám je tedy mnohem více důležitá identifikace psychologických problémů (48).

##### 1.7.5.1. Úzkostné poruchy

Úzkost je definována jako nepříjemný citový stav (50). Normální úzkost je signálem, který upozorňuje na vnější i vnitřní nebezpečí. Projevuje se jak v psychologické, tak fyziologické rovině. Mezi psychické projevy lze uvést pocity ohrožení, poruchy koncentrace, zvýšenou bdělost a pohotovost k úlekovým reakcím. K somatickým projevům patří třes, zvýšené svalové napětí, tachykardie, hyperventilace a vegetativní projevy. Patologická úzkost znamená nadměrné, přetrvávající úzkostné

prožitky, které způsobují narušení psychosociálního přizpůsobení ve významných životních událostech. Projevuje se jako úzkostná porucha či ve vytvoření neurotických symptomů jako je nejistota a úzkost (4).

V České republice má až 33 % populace lehké neurotické příznaky, tedy příznaky některé z úzkostných poruch, a přibližně 18 % obyvatel pak trpí některou z těchto poruch (17).

U úzkostných poruch lze rozlišit fobické úzkostné poruchy, ke kterým se řadí agorafobie, sociální fobie a specifické fobie, a jiné úzkostné poruchy, do nichž patří např. panická porucha (48).

Agorafobie znamená nepřiměřený strach z velkých otevřených prostor, sociální fobie pak nepřiměřený strach z různých sociálních situací, z kontaktu s cizími lidmi, z určitého typu interakce. V případě specifických fobií má člověk nepřiměřený strach z jednoho či více objektů či situací, např. z pavouků, uzavřených prostor (50).

Panická porucha může často předcházet agorafobii. Jsou pro ni charakteristické náhlé epizody intenzivního strachu, které nemají zjevnou vnější příčinu. Panická ataka trvá obvykle několik minut, ale může se vracet i ve vlnách i po dobu dvou hodin. Během ataky se objevuje celá řada příznaků, ke kterým patří strach ze smrti či se ztráty kontroly, závratě, pocity nedostatku dechu, třes, pocení, bolesti na hrudi, nevolnost, zvracení, mravenčení v končetinách, depersonalizace či derealizace. Důsledkem těchto atak bývá snaha vyhnout se těmto situacím, které paniku vyvolávají (39).

#### 1.7.5.2. Obsedantně – kompulzivní porucha

Pro obsedantně – kompulzivní poruchu jsou charakteristické obsedantní myšlenky (vtíravé myšlenky, které nelze vůlí potlačit) a kompulzivní jednání (opakované a neúčelné chování), které mají velký vliv na sociální fungování nemocného. Typické obsese jsou např. strach z nakažení, které jsou doprovázeny kompulzemi, jako je neustálé omývání rukou. Obsedantně kompulzivní porucha se často vyskytuje společně s depresivní a úzkostnou poruchou a s užíváním návykových látek.

Neurotické poruchy mají často především somatické příznaky, proto se předpokládá nějaká organická příčina a nemocný se tak do péče psychiatra dostává po delší době. Léčba zahrnuje hlavně psychoterapii a podávání psychofarmak. V rámci psychoterapie se využívá psychoanalytická, kognitivní nebo behaviorální terapie, podpůrná psychoterapie, hypnóza či relaxační techniky. Farmakologická léčba je zaměřena na redukci úzkostných stavů a na celkové zklidnění nemocného. Důležitá je také práce s rodinou, která přispívá k uvolnění napětí v rodině a porozumění příznakům úzkostných poruch. V léčbě se uplatňuje také socioterapie, která je zaměřena na společenské začlenění nemocných a na zvládnutí běžných společenských požadavků.

Neurotické poruchy neznamenají lenost, hysterii apod., ale jedná se o duševní poruchu, proto nemají být zdrojem posměchu či výčitek. Je nutné nemocného neobviňovat ani nezlehčovat jeho stav, podporovat ho v léčbě, ocenit i sebemenší pokroky a poskytnout mu citovou podporu (39).

#### ***1.7 6. Mentální retardace***

Mentální retardace je označení pro vrozené a trvalé postižení rozumových schopností, které se projevuje neschopností porozumět svému okolí a adekvátně se přizpůsobit. K hlavním charakteristikám mentální retardace patří nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a obtížná adaptace na životní podmínky.

Výskyt mentální retardace v populaci je přibližně 3 %, nejčastěji se jedná o lehkou mentální retardaci, která tvoří 70 % všech mentálních retardací (50).

Příčiny vzniku mentální retardace lze rozlišit na prenatální, perinatální a postnatální. K prenatálním příčinám patří vrozené vady metabolismu a chromozomální aberace, perinatální příčiny tvoří těhotenské problémy a problémy při porodu a mezi postnatální příčiny se řadí somatické poruchy s vznikem v raném dětství, zevní vlivy prostředí, psychosociální vlivy a psychické poruchy (48).

Mentální retardace se dělí do 4 kategorií podle výše IQ:

- 1) Lehká mentální retardace (IQ 70 – 50) – lidé s lehkou mentální retardací respektují základní pravidla, jejich myšlení i řeč jsou konkrétní, nejsou však schopni abstraktního myšlení. Jejich projev je jednodušší, hovoří v kratších



věťách. Jsou schopni učit se a v dospělosti mohou dosáhnout do určité míry samostatnosti a pracovního začlenění.

- 2) Středně těžká mentální retardace (IQ 49 – 35) – myšlení lidí se středně těžkou mentální retardací lze přirovnat k myšlení předškolních dětí. Nerespektují vždy pravidla logiky, jejich projev je chudý, často chybí i méně běžné konkrétní pojmy. Dokážou si osvojit jednoduché návyky a dovednosti, nutný je však trvalý dohled.
- 3) Těžká mentální retardace (IQ 34 – 20) – lidé s těžkou mentální retardací uvažují na úrovni batolete, naučí se jen několik slovních výrazů či nemluví vůbec. I po dlouhé práci s nimi zvládnou jen základní úkony při péči o vlastní osobu, jsou závislí na péči druhých lidí.
- 4) Hluboká mentální retardace (IQ pod 20) – lidé s hlubokou mentální retardací maximálně rozliší známé a neznámé podněty a reagují na ně libě a nelibě. Jsou zcela závislí na péči ostatních.

Mentální retardace je trvalého charakteru, nelze ji tedy vyléčit. Léčebné postupy slouží jako podpora rozvoje lidí s mentální retardací. K těmto postupům patří farmakoterapie, psychoterapie, práce s rodinou, socioterapie a sociálně pedagogická pomoc (50).

Při komunikaci s lidmi s mentální retardací je vhodné mluvit v krátkých, jasných větách, pomalejším tempem a přizpůsobit obsah sděleného mentální úrovni jedince. Přístup k lidem s mentální retardací má být stejný jako k ostatním lidem, s dospělým se má jednat jako s partnerem, nikoliv dítětem a hovořit převážně přímo s ním, ne s jeho doprovodem (51).

### ***1.7.7. Poruchy osobnosti***

Osobnost je souhrn tělesných a duševních jevů, navenek se projevuje charakterem, povahou, formou a obsahem rozhodování a konání (32).

O problematiku poruch osobnosti se psychiatři začali zajímat až ve druhé polovině 19. století v souvislosti s upřesňováním klasifikace duševních poruch. Porucha

osobnosti je charakterizována jako určitý, trvalý a těžko ovlivnitelný vzorec osobnostních rysů, které se různým způsobem odlišují od sociokulturní normy. Součástí poruchy osobnosti jsou zvláště některé vlastnosti, odchylky v oblasti emočního prožívání, uvažování i chování. K obecným kritériím pro hodnocení této poruchy patří snížená tolerance k zátěži, podivné a maladaptivní chování, nedostatečný náhled na nepřiměřenost vlastního chování, rezistence ke změnám a trvalost tohoto stavu, který přetrvává s určitými výkyvy po celý život (50).

Příčiny poruch osobnosti nejsou přesně známy. Na jejich vzniku se podílí dědičné a výchovné vlivy.

Poruchy osobnosti jsou v České republice poměrně běžné, celková prevalence je uváděna mezi 6 -10 %, přičemž podíl osob s poruchou osobnosti se v ambulantní péči odhaduje mezi 20 -30 %.

Klasifikace poruch osobnosti je jedna z nejobtížnějších, vychází především z popisů dlouhodobých rysů osobnosti. Každá porucha je pak klasifikována podle převládající formy příznaků v chování a utváření sociálních vztahů, jednotlivé typy se však mohou vzájemně překrývat (34).

- 1) Paranoidní porucha osobnosti - pro paranoidní poruchu osobnosti je typická celoživotní nedůvěřivost vůči jiným lidem. Lidé s touto poruchou osobnosti jsou vztahovační, nedůtkliví, nespolečenští, citliví na nezdary a odmítnutí (48). Charakteristické je chybné chápání chování druhých jako nepřátelské a tvrdošíjný boj za svá domnělá práva. Časté je obviňování druhých za své neúspěchy, sklon k patologické žárlivosti, nadměrné vyzdvihování svých vlastností a sebechvála. Mezilidské vztahy bývají konfliktní, často ostatní podezírají a kontrolují. Neustále hledají důkazy, kterými by potvrdili jejich podezření. Toto chování bývá ještě více zvláště v zátěžových situacích (34).
- 2) Schizoidní porucha osobnosti - schizoidní porucha osobnosti se vyznačuje neschopností vytvářet vztahy a v těchto vztazích žít. Lidé se schizoidní poruchou osobnosti jsou emočně chladní, uzavření, nepraktičtí, lhostejní ke chvále či kritice, necitliví vůči normám, mají nedostatek přátel

a důvěrných vztahů a neumí vyjadřovat své city (48). Často jsou přemýšliví, hloubaví, vytvářejí si svéráznou logiku a bývají originální. Mívají typické vzorce chování, ke kterým patří mdlé pohyby a pomalá monotónní řeč. Většinou žijí na okraji, mají stabilní pracovní místo, které však neslibuje profesionální postup a neseťkávají se v něm příliš s ostatními. Stejně tak zájmy bývají samotářské (34).

- 3) Disociální porucha osobnosti - disociální porucha osobnosti je charakteristická hledáním uspokojení svých potřeb za každou cenu, bez ohledu na ostatní. Lidé s asociální poruchou osobnosti mají sklon k protispolečenskému chování, jsou společensky nebezpečnější (48). Mají velmi nízkou frustrační toleranci a nízký práh k agresivnímu chování a násilí. Zcela chybí empatie, soucit i pocity viny. Často se nalézají ve vězení či na psychiatrickém oddělení se soudně nařízenou léčbou či se ukrývají před trestem. Disociální porucha osobnosti se také často vyskytuje společně s abúzem návykových látek (34).
- 4) Emočně nestabilní porucha osobnosti - charakteristickým znakem emočně nestabilní poruchy osobnosti je psychická nestabilita, neschopnost ovládat své jednání a chování, tendence jednat impulzivně bez uvážení důsledků (50). Rozlišují se dva typy, impulzivní typ, u kterého převažuje emoční nestálost a nedostatečná kontrola impulzivity, a hraniční typ, kde se navíc vyskytují i narušené představy o sobě samém, cílech a preferencích. Tito lidé jsou však často velmi bystří a umí se dobře verbálně vyjadřovat. Hněv prožívají velmi intenzivně, k druhým jsou nadměrně kritičtí a považují je buď za dobré, nebo za zlé, přičemž ve vztahu k lidem mohou tyto dva póly rychle střídat (34).
- 5) Histrionská porucha osobnosti - pro histriónkou poruchu osobnosti je typické nadměrné zabývání se vlastním vzhledem a tím, zda vzbuzuje pozornost u ostatních. Tato porucha osobnosti je typičtější pro ženy. Projevuje se dramatinizováním, sebestředností, povrchní emotivitou, obviňováním, intrikami, pomluvami a lhavostí (48). Chování je často zaměřené na dosažení

okamžitého uspokojení, bývá nesystematičnost v činnosti a nedostatek vytrvalosti. Bývají konfliktní ve vztazích, mohou simulovat různé poruchy a nemoci, aby mohli manipulovat s ostatními (34).

- 6) Anankastická porucha osobnosti - anankastická porucha osobnosti se vyznačuje pochybnostmi a pocity ohrožení, které vedou k nadměrné svědomitosti a opatrnosti. Typické jsou projevy nejistoty a nerozhodnosti, pochybnost a perfekcionalismus (48). Lidé s anankastickou poruchou osobnosti hůře vyjadřují emoce, zvláště pozitivní, jsou rezervovaní, nadměrně spořicí a nedůtkliví v otázkách morálky a etiky. Vše velmi kontrolují, nejen jednotlivé detaily, ale i své emoce a ostatní lidi (34).
- 7) Vyhybavá porucha osobnosti - vyhybavá porucha osobnosti je charakterizovaná sklonem k úzkostnému prožívání, negativnímu sebehodnocení a tendencí vyhýbat se jakémukoliv ohrožení (50). Lidé s vyhybavou poruchou osobnosti mají nízké sebevědomí, převládají u nich pocity obav a strachu z hodnocení druhými lidmi. Proto se vyhýbají sociálním situacím, přestože si blízkost druhého člověka velice přejí. Bývají přecitlivělí na kritiku a odmítnutí (34).
- 8) Závislá porucha osobnosti - závislá porucha osobnosti je definována jako potřeba jedince, aby se o něj druzí starali a činili za něj důležitá rozhodnutí (48). Lidé se závislou poruchou osobnosti se na druhé spoléhají, jsou submisivní, snadno se nechávají zneužívat, často podléhají depresi či úzkosti. Sebe sami chápou jako bezmocné a nekompetentní. Nedokáží samostatně začít nějakou činností nebo dělat věci po svém. Nemají rádi samotu a opuštěnost, vyhledávají společnost ostatních, zvláště těch, u kterých naleznou podporu a pomoc (34).
- 9) Pasivně – agresivní porucha osobnosti - charakteristickým znakem pro pasivně – agresivní poruchu osobnosti je neschopnost vyrovnat se adekvátně s požadavky ostatních a přiměřeným způsobem vyjádřit své emoce. Lidé s pasivně – agresivní poruchou osobnosti jsou mrzutí, podráždění, mají sklon

k depresím (50). Často vzdorují povinnostem a autoritám, svůj hněv pak vyjadřují nepřímo (34).

- 10) Narcistická porucha osobnosti - narcistická porucha osobnosti je charakterizována poruchou sebehodnocení a egocentrismem, který bývá spojen s necitlivostí k ostatním (50). U lidí s narcistickou poruchou osobnosti převládají projevy velikášství a zvýšeného sebevědomí. Ve vztazích se často pokouší vytvořit o sobě určitou iluzi, která má vést k sebeposílení, projevují se grandiózně a stavějí se na obdiv. Pokud je někdo nebere jako důležité a jedinečné, bývají přecitlivělí a mohou podléhat depresivním náladám či zlosti (34).

Chování a jednání lidí s poruchou osobnosti a jejich vztahy k ostatním bývají nestandardní, často nejsou schopni zvládnout běžné sociální role, jak partnerské, tak také profesní. Selhávají většinou i v rodičovských rolích.

Léčba poruch osobnosti je velmi obtížná, její efekt nebývá uspokojivý, neboť se jedná o trvalý stav. Cílem léčby je dosažení alespoň minimální sociální adaptace. Mnoho nemocných však nemá potřebu se léčit, tudíž ani pomoc nevyhledává. V léčbě poruch osobnosti se využívá farmakologická léčba, psychoterapie a resocializace. Farmakologická léčba se využívá pouze k ovlivnění některých symptomů, např. úzkosti a deprese. Psychoterapie se zaměřuje na dosažení náhledu na své potíže, porozumění svým problémům a na hledání přijatelného způsobu života. Resocializace se soustřeďuje na odstranění problému v mezilidských vztazích a na rozvoji komunikace a jednání s lidmi (50).

### ***1.7.8. Duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek***

Mezi duševní poruchy a poruch chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek patří ty poruchy, které vznikly v důsledku užívání psychoaktivních látek vyvolávajících závislost. Tyto látky ovlivňují nejen chování, vědomí i náladu jedince, ale i společnost. Do psychoaktivních látek se řadí alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa a hypnotika, stimulancia, halucinogeny a organická rozpouštědla (48).

Závislost lze charakterizovat jako soubor psychických a fyzických změn, které se vytvoří jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivní látky (50). Mezi příznaky závislosti patří stále silnější touha po látce, zvyšování dávky, ztráta kontroly, výskyt tělesných příznaků při snížení nebo vynechání dávky, ztráta zájmů a přetrvávající konzumace drog, přestože se již objevily tělesné a jiné příznaky (47).

Závislost lze rozlišit na psychickou a fyzickou. Psychická závislost se vyznačuje intenzivním vystupňováním touhy opět užít alkohol či jinou drogu, které poskytují umělé navozené pocity a stavy. Psychická závislost vzniká dříve než fyzická. Fyzická závislost vzniká po delší době užívání drog, kdy si organismus zvykne na to, že musí látku zpracovávat. Projevuje se až při přerušení přísunu drogy, a to nevolností, pocením, psychomotorickým neklidem, bolestmi, změnami krevního tlaku apod. (49).

Důvodem či motivem, proč lidé začínají užívat alkohol nebo nealkoholové drogy může být touha vyzkoušet něco nového, způsob řešení konfliktní situace různého druhu, strach z budoucnosti, izolace a samota, neporozumění rodičů či zvýšený tlak na výkon jak v rodině, tak ve škole (1).

#### 1.7.8.1. Závislost na alkoholu

V naší společnosti je alkohol nejčastěji užívanou drogou. Alkohol je droga společenská, pití alkoholických nápojů má poměrně dlouhou tradici a společnost je k jejich užívání vcelku tolerantní (50). První zkušenosti s alkoholem mají děti mezi 10. – 13. rokem, nejvyšší spotřeba alkoholu bývá od 16. do 25. roku (24). Závislost na alkoholu je převážně problémem mužů, i když počet žen stále stoupá, v současnosti je poměr mužů a žen závislých na alkoholu 3–4:1 (50). Časté bývá spojení závislosti na alkoholu a dalších psychických poruch, jako jsou úzkostné a afektivní poruchy (48).

Vývoj vzniku závislosti na alkoholu lze rozdělit do 4 stádií:

1. Fáze občasné konzumace – lidé pijí alkohol většinou ve společnosti, jeho konzumace je projevem určité sociální konformity. Konzumace alkoholu může také vést k potlačení nepříjemných pocitů a napětí. Pokud však dojde k zafixování skutečnosti, že alkohol přináší úlevu, je velké riziko, že jedinec

nebude hledat jiné způsoby řešení svých problémů a potřebné dávky alkoholu se budou postupně zvyšovat.

2. Fáze prodromální, varovná – k tomu, aby jedinec mohl dále fungovat, potřebuje stále více pít. Stoupá i tolerance k alkoholu, jedinec začíná pít sám a tajně a začíná si uvědomovat svou potřebu alkoholu.
3. Fáze kritická – stále se zvyšuje tolerance a nemocný ztrácí kontrolu nad svým pitím. Stává se závislým a svou závislost nepřiznává, je přesvědčen, že dokáže přestat, kdykoliv bude chtít. Objevují se již sociální problémy, dochází ke konfliktům v rodině i zaměstnání.
4. Fáze terminální – v tomto stádiu se tolerance k alkoholu snižuje. Nemocný pije nepřetržitě, objevují se psychické i fyzické poruchy. Uvědomuje si svou neschopnost závislost zvládnout, stává se bezmocný, dochází k celkovému úpadku osobnosti ve všech jejích sférách (**50**).

Alkoholový odvykací stav se vyznačuje tělesnými příznaky – třesem, pocením, nauzeu, tachykardií, bolestí hlavy, insomnií, epileptickými záchvaty, kvalitativní poruchou vědomí – deliriem, halucinacemi a iluzemi (**48**).

#### 1.7.8.2. Závislost na nealkoholových drogách

Závislost na nealkoholových drogách vzniká mnohem rychleji než závislost na alkoholu. Nejvyšší riziko vzniku závislosti je u mladistvých, kdy se zvyšují tendence k experimentování a chybí náhled na vlastní zranitelnost (**50**).

Rozvoj závislosti na drogách probíhá ve 4 fázích:

1. Euforické počáteční stádium – drogy slouží k uvolnění strachu, úlevě a rozšíření vědomí.
2. Kritické návykové stádium – dochází ke zúžení zájmů, objevují se problémy ve škole i v zaměstnání, finanční problémy.
3. Stádium závislosti – jedinec ztrácí kontrolu po požití drogy, dochází ke změnám osobnosti, vyskytují se zdravotní problémy. Po vysazení dávky se již objevují abstinenční příznaky.

4. Terminální stádium – dochází k celkovému úpadku osobnosti, objevuje se bezdomovecký způsob života (**12**).

Projevy a příznaky vyvolané užíváním drog se odlišují dle látky, která byla požitá:

- Opioidy – vyvolávají pocit pohody, útlumu a klidu, způsobují snížení pozornosti, paměti a úsudku a vedou k celkovému zpomalení tempa.
- Stimulancia – jejich užíváním dochází ke zvýšení bdělosti, aktivity, metabolismu.
- Sedativa a hypnotika – navozují útlum a celkové zpomalení reaktivity, zhoršuje se koncentrace a dochází k poruchám paměti a myšlení.
- Halucinogeny – jejich užívání vede ke změně vnímání, pocitům derealizace a depersonalizace. Navozují změny nálady, objevuje se nejen euforie, ale také stavy úzkosti a depresivní stavy.
- Kanabinoidy – jejich hlavním účinkem jsou změny nálady a příjemné uvolnění.
- Organická rozpouštědla – bývají velice nebezpečná, neboť jsou levná a snadno dostupná. Způsobují apatii, ospalost, zpomalení myšlení, poruchy motorických funkcí a neadekvátní emoční reakce (**50**).

V léčbě závislosti na alkoholu i na nealkoholových drogách se využívá podávání psychofarmak, psychoterapie, socioterapie a rodinná terapie, terapeutická komunita, svépomocné skupiny a relaxační techniky (**50**).

V rámci farmakologické léčby se používají látky, které zhoršují snášenlivost návykové látky (Antabus), antagonisté opioidních látek, anticravingové léky (snižují bažení po látce) a substituční léky.

Rodinná terapie slouží k urovnání vztahů. U mladších je prospěšná práce s rodiči, u závislých na alkoholu se pak často jedná o manželskou terapii.

Terapeutická komunita se vyznačuje možností, aby se nemocný aktivně podílel na léčbě a rozhodování, velký význam má sociální učení pomocí zpětné vazby.



V terapeutických komunitách je kladen důraz na dodržování pravidel, jejich porušení vede často k sankcím. Tato forma léčby není však vhodná pro všechny jedince, kteří jsou závislí na drogách. Jejich připravenost se odvíjí od osobnosti závislého a stádia závislosti.

Svépomocné skupiny poskytují podporu a porozumění, základem je odhodlání jedince se svými problémy pracovat.

Relaxační techniky zmírňují následky stresu a úzkosti, zvyšují sebedůvěru nemocného a posilují pocit nezávislosti **(48)**.

V léčbě závislostí je také nutné zmínit socioterapii, která slouží k podpoře při zařazování do společnosti a vytváření nových kontaktů a vztahů. K tomu slouží především komunitní zařízení, chráněné dílny a chráněná bydlení **(50)**.

## 2. Cíl práce

Cílem práce je zjistit, jaký přístup mají zdravotníci a sociální pracovníci ke klientům s psychiatrickým onemocněním.

Práce má řešit tyto otázky a problémy:

1. Zjistit, jak zdravotníci a sociální pracovníci nahlíží na klienty s duševním onemocněním obecně.
2. Zjistit, jaké mají zdravotníci a sociální pracovníci znalosti o hlavních příznacích a projevech duševních poruch.
3. Zjistit povědomí zdravotnických a sociálních pracovníků o specifikách přístupu ke klientům s vybraným duševním onemocněním.

### **3. Metodika**

#### **3.1. Metody a techniky sběru dat**

V práci byly použity následující metody a techniky sběru dat – polořízený rozhovor, obsahová analýza dat a sekundární analýza.

Polořízený rozhovor byl veden se zdravotnickými a sociálními pracovníky, kteří se přímo nespécializují na práci s klienty s duševním onemocněním.

Rozhovor zahrnoval 18 otázek. Ještě před položením otázek vlastního výzkumu byly zjištěny základní identifikační údaje. Jelikož se jednalo o polořízený rozhovor, k některým otázkám jsem pokládala respondentům ještě další, doplňující či upřesňující otázky.

Každý rozhovor trval 15 – 20 minut. Respondentům jsem předem vysvětlila, o jaký výzkum se jedná a k jakým účelům bude použit. Respondenti jsem také informovala o tom, že rozhovor je zcela anonymní a že výsledky budou použity pouze pro potřebu mé práce. Respondenti při rozhovoru spolupracovali a byli vstřícní. Rozhovorů jsem uskutečnila celkem 25.

Obsahová analýza dokumentů a sekundární analýza dat byly použity pro zpracování teoretické části práce.

#### **3.2. Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor tvořily 2 skupiny respondentů:

- a) Zdravotničtí pracovníci, kteří se přímo nespécializují na práci s klienty s duševním onemocněním.
- b) Sociální pracovníci, kteří se rovněž přímo nespécializují na práci s klienty s duševním onemocněním.

### **3.3. Realizace výzkumu**

Výzkum byl realizován v Nemocnici Strakonice a. s. - na chirurgickém oddělení, interním oddělení a oddělení následné péče – a na Městském úřadě Strakonice, Sociálním odboru, oddělení příspěvku na péči.

Výzkum byl realizován v měsících únor – březen 2009.

Se zdravotnickými pracovníky bylo uskutečněno celkem 19 rozhovorů, 8 rozhovorů na chirurgickém oddělení, 6 rozhovorů na interním oddělení a 5 rozhovorů na oddělení následné péče. Se sociálními pracovníky bylo uskutečněno celkem 6 rozhovorů.

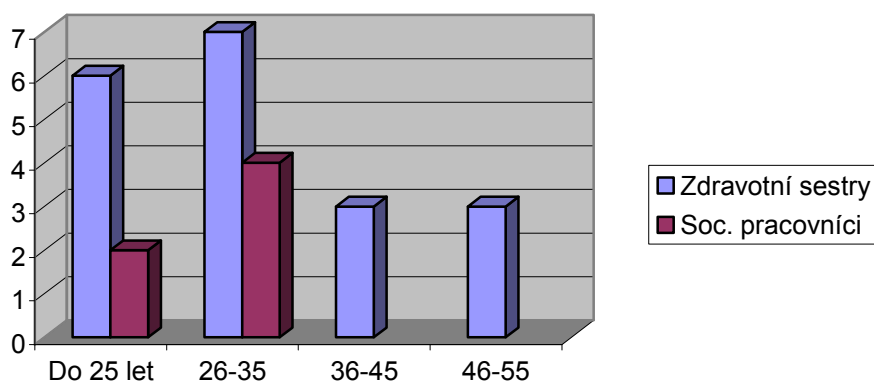
Celkem bylo osloveno 33 respondentů, ale 8 z nich po prvních otázkách v rozhovoru nechtělo dále pokračovat. Jejich odpovědi tak nejsou zahrnuty do výzkumu práce.

## 4. Výsledky

### 4.1. Charakteristika výzkumného souboru

Ve výzkumu bylo provedeno 25 rozhovorů, 19 se zdravotnickými pracovníky a 6 se sociálními pracovníky. Všichni zdravotničtí pracovníci byli zdravotní sestry.

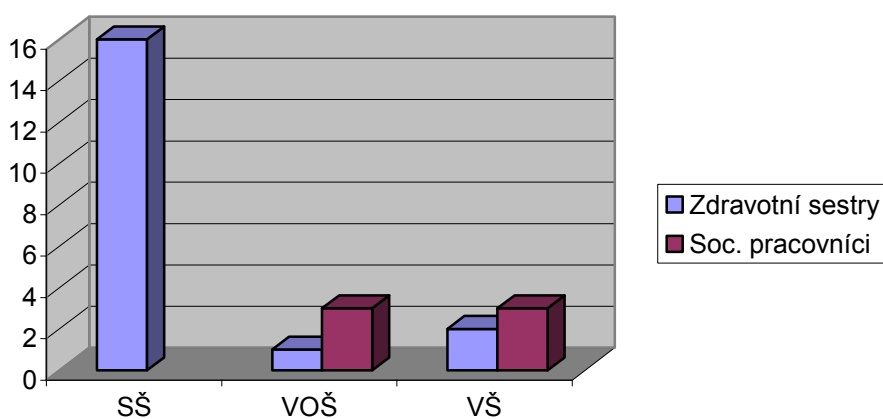
Graf č. 1 Složení respondentů podle věku



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že 11 respondentů bylo ve věku 26 – 35 let, 8 ve věku do 25 let a shodně 3 respondenti ve věku 36 – 45 let i 46 – 55 let .

Graf č. 2 Složení respondentů podle vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 16 respondentů má středoškolské odborné vzdělání (SŠ), 5 respondentů vysokoškolské (VŠ) a 4 vyšší odborné (VOŠ).

#### **4.2. Přístup ke klientům s duševním onemocněním obecně**

Duševní nemoci se dělí do několika kategorií, každá z nich má jiné příčiny, příznaky, průběh a léčbu, mají však také mnoho společného. Dochází k poruchám myšlení, vnímání, emočním poruchám atd. Když se řekne duševně nemocný, většinou každý má nějakou představu, jak se člověk s duševním onemocněním chová, jak jedná a jak vypadá, aniž se bere zřetel na specifika jednotlivých duševních poruch.

Přístupu k lidem s duševním onemocněním obecně se věnují otázky č. 1 – 8, které zahrnují jednak to, se kterými poruchami se respondenti nejvíce setkávají, a dále také vymezení duševní nemoci a stigmatizaci duševně nemocných.

Otázka č. 1 Setkal/a jste se někdy ve své praxi s klienty s duševním onemocněním?  
Pokud ano, s jakým?

Zdravotničtí pracovníci

- *R: Ano, se schizofrenií, organickými duševními poruchami a mentální retardací.*
- *R: Ano, s afektivní poruchou, organickou duševní poruchou, schizofrenií, mentální retardací.*
- *R: Ano, nejvíce s demencí, mentální retardací, organickou poruchou, schizofrenií.*
- *R: Ano, s alkoholiky a schizofrenií.*
- *R: Ano, se schizofrenií, organickými duševními poruchami – depresivním organickým syndromem, Alzheimerovou chorobou a mentální retardací.*
- *R: Ano, s Alzheimerovou chorobou, abstinenčními příznaky u alkoholiků, depresivním syndromem.*
- *R: Ano, s demencí, depresí, amentními stavy a delirantními stavy.*
- *R: Ano, s Alzheimerovou nemocí a ostatními demencemi, se schizofrenií.*
- *R: Ano, s poruchami osobnosti, demencí, převážně Alzheimerovou nemocí, schizofrenií a depresivními stavy.*

- *R: Ano, s demencí a schizofrenií.*
- *R: Ano, s demencemi, schizofrenií a depresemi.*
- *R: Ano, s demencemi.*
- *R: Ano, s demencemi různého stupně, především s Alzheimerovou nemocí.*
- *R: Ano, s depresemi, psychotickými stavy a demencemi.*
- *R: Ano, se sebevraždou, závislostí, schizofrenií a depresí.*
- *R: Ano, s asociálními lidmi.*
- *R: Ano, s alkoholiky.*
- *R: Ano, se schizofrenií, psychózami a maniodepresivní poruchou.*
- *R: Ano, s demencí a alkoholismem.*

#### Sociální pracovníci

- *R: Ano, se schizofrenií, depresí a Alzheimerovou demencí.*
- *R: Ano, se schizofrenií, manio – depresivní psychózou a depresí.*
- *R: Ano, se schizofrenií a depresí.*
- *R: Ano, klienti přicházeli na sociální odbor se žádostí o dávku většinou v doprovodu zákonného zástupce a dále při sociálním šetření v domácnosti klienta. Jednalo se o klienty různých věkových kategorií, přesný název duševního postižení jsme nezjišťovali – nebylo to v naší kompetenci.*
- *R: Nepracuji vysloveně s klienty s duševním onemocněním, ale už se nám tu stalo, že sem za námi přišel člověk, u kterého bylo zjevné duševní onemocnění, nedokážu však posoudit, o kterou formu psychické poruchy se jednalo. Jediné, co někdy rozpoznám je u starých lidí demence.*
- *R: Ano, i když výjimečně. Setkala jsem se klienty, kteří trpěli demencí.*

Z výše uvedeného vyplývá, že všichni respondenti se setkali nebo se stále ještě setkávají, i když někteří jen ojediněle, s klienty s duševním onemocněním, a to nejčastěji s demencí, především Alzheimerovou nemocí, schizofrenií, depresí a ostatními afektivními poruchami, mentální retardací. Méně se už setkávají s klienty závislými na alkoholu a klienty s poruchou osobnosti.

Otázka č. 2 Jak chápete normu (s ohledem k duševním onemocněním)?

Zdravotničtí pracovníci

- R: *Když se člověk cítí subjektivně tělesně, duševně i společensky dobře.*
- R: *Nenarušení fyziologické pohody v anatomických a funkčních systémech mozku.*
- R: *Stav tělesné, psychické i sociální pohody.*
- R: *„Normální“ je ten, kdo je bez duševních příznaků a léčby.*
- R: *„Normální“ znamená vyrovnaný po stránce psychické, tělesné i duševní.*
- R: *Za „normálního“ je považován ten, kdo je bez duševního onemocnění.*
- R: *Společensky přijatelné chování a reakce při běžných situacích.*
- R: *„Normální“ je takové chování člověka, který je uznáván společností, a jeho činy jsou se zákonem spjaté.*
- R: *Za „normální“ považují přirozené chování a jednání, kdy jsou dodržovány přirozeně vzniklé normy.*
- R: *„Normální“ je ten, kdo nepotřebuje pomoc a péči odborníků.*
- R: *Je těžké posoudit, co je ještě „normální“ a co ne, každý má jiné hranice.*  
T: *A podle Vás?* R: *Ten, kdo se nijak zvlášť nevyvíká ostatním.*
- R: *„Normální“ je člověk, který dodržuje základní normy a pravidla ve společnosti a nemá s nimi problém, myslím tím např. některé citové projevy.*
- R: *„Normální“ je takové chování, které nikoho nezaujme.*
- R: *Spíš se vyjádřím, co už není normou – změny nálad v souvislosti s užívanými léky, výpadky paměti, snížení soběstačnosti a útržková dezorientace v místě, čase a vlastní osobě.*
- R: *Každý chápeme normu tak nějak po svém, je to těžké.* T: *A jak ji chápete Vy?*  
R: *Asi u každého jinak, záleží na temperamentu atd., u někoho jsou určité projevy „normální“, zatímco u druhého už jde o příznak choroby. Nevím, jak bych normu přesně charakterizovala.*
- R: *Norma je určité chování lidí, které nevybočuje ze standardu, který je v té dané společnosti nastaven.*
- R: *„Normální“ je to, co okolí ještě považuje za normu, co je ještě přijatelné.*



- R: *Norma je takové chování, při kterém pacient neohrožuje sebe nebo své okolí.*
- R: *„Normální“ je ten, kdo je schopen korigovat své chování, ovládat se, rozpoznávat realitu podle různých hledisek.*

#### Sociální pracovníci

- R: *„Normální“ je to, co se nevyvíká průměru.*
- R: *Chování a jednání, které je v souladu s většinovou společností. Norma je to, co je v dané společnosti obecně přijatelné a uznávané.*
- R: *„Normální“ je to, co daná společnost a lidé, kteří v ní žijí, považují za správné a přijatelné.*
- R: *To je velmi těžké charakterizovat co normální je a co není. Normální dle mého názoru je, pokud není zasaženo vnímání, myšlení, vůle, atd. Za normální bych ještě považovala, pokud je narušeno dlouhodobé plánování, že si lidé špatně zvykají, že se hůře rozhodují.*
- R: *Je těžké rozlišit, co je „normální“ a co již ne. Za projev duševního onemocnění bych označila např. paranoidní vnímání světa – když má člověk pocit, že ho pronásledují, nebo když mi člověk vypráví věci, které jsou nereálné, nebo i to, když se člověk chová nebezpečně k sobě i svému okolí.*
- R: *Normu chápu jako možnou míru zodpovědnosti klienta za vlastní chování, v závislosti na typu a stupni postižení.*

Odpovědi respondentů naznačili, že normu lze jen těžko vyjádřit („Každý chápeme normu tak nějak po svém, je to těžké“). Nejčastěji je za „normální“ považováno takové chování a jednání, které je společností uznáváno ještě jako přijatelné („Normální“ je to, co daná společnost a lidé v ní žijící považují za správné a přijatelné.“ „Normální“ je to, co se nevyvíká průměru“), a takové chování a jednání, při kterém jsou dodrženy základní normy a pravidla (Za „normální“ považují přirozené chování a jednání, kdy jsou dodržovány přirozeně vzniklé normy“).

Jako „normální“ označili respondenti také klienty, kteří nemají žádné příznaky onemocnění a cítí se subjektivně dobře („Když se člověk cítí subjektivně tělesně,

duševně i společensky dobře.“ „To je velmi těžké charakterizovat co normální je a co není. Normální dle mého názoru je, pokud není zasaženo vnímání, myšlení, vůle, atd. Za normální bych ještě považovala, pokud je narušeno dlouhodobé plánování, že si lidé špatně zvykají, že se hůře rozhodují“).

Norma byla také popsána ve vztahu k vlastní odpovědnosti („Normu chápu jako možnou míru zodpovědnosti klienta za vlastní chování, v závislosti na typu a stupni postižení“) a také ve vztahu k zajištění bezpečí („Norma je takové chování, při kterém pacient neohrožuje sebe nebo své okolí“).

Otázka č. 3 Jak byste vymezili duševní nemoc?

Zdravotničtí pracovníci

- R: Duševní poruchy jsou poruchy chování, poruchy vývoje osobnosti, depresivní stavy.
- R: Duševní nemoc znamená chování a jednání, které vybočuje z běžných norem ve společnosti.
- R: Duševní nemoc je neadekvátní reakce na daný podnět.
- R: Duševní nemoc chápu jako nepřiměřené jednání a chování, které neodpovídá dané situaci.
- R: Duševní nemoc je psychické onemocnění, kdy dochází ke změnám chování.
- R: Duševní nemoc zahrnuje poruchy osobnosti, změny chování a depresivní nálady.
- R: Duševní nemoc jsou určité změny osobnosti, které narušují fungování jedince. Patrné jsou změny chování a nálad.
- R: Pod duševní nemoc spadá porucha chování, porucha přizpůsobit se okolí, změny v myšlení, poruchy paměti a poruchy osobnosti.
- R: Duševní nemoc způsobuje poruchy v chápání sebe samého i druhých. Dochází ke změnám chování a poruchám vnímání.
- R: Lidé s duševním onemocněním se izolují od společnosti, typické jsou poruchy komunikace a intelektu a problémy v sebeobsluze.
- R: Duševní nemoc je mylné chápání reality, vztahů a významů.

- R: Soubor duševních problémů plynoucích z aktuální psychiatrické diagnózy, mezi které patří emoční poruchy, poruchy myšlení a chování.
- R: Jsou to některé psychické procesy, které se projevují poruchou myšlení, prožívání, chování k ostatním. Jsou ovlivněny kulturou a sociální rolí v životě.
- R: Nemám představu, každé onemocnění se projevuje jinak. T: A mohla byste vybrat nějaké společné nebo dominující projevy, které mohou charakterizovat duševní poruchu? R: Asi poruchy nálady a poruchy myšlení.
- R: Duševní nemoc představuje takové chování, které se odlišuje od chování většiny.
- R: Duševní nemoc vzniká na psychickém podkladě a svými projevy narušuje fungování člověka ve společnosti.
- R: Psychická nevyváženost, nevyrovnanost, s tím souvisí i zdravotní problémy.
- R: O duševní onemocnění se jedná tehdy, pokud si pacient myslí, že se chová „normálně“, ale jeho reakce, odpovědi a jednání tomu neodpovídá.
- R: Duševní nemoc se projevuje změnami v chování, myšlení a změnami v emočním prožívání.

#### Sociální pracovníci

- R: Psychické onemocnění, které způsobuje zkreslené vnímání reality, a omezuje postiženého v jeho každodenním fungování.
- R: Duševní nemoc je onemocnění duše, které může být způsobeno somatickým poškozením nebo vnějším spouštěčem.
- R: Duševní nemoc je onemocnění, které mění chování lidí. Zasahuje do všech oblastí v životě – do vztahů, pracovní schopnosti. Vzniknout může na základě traumatu, roli hraje také dědičnost.
- R: Někaké psychické obtíže, jež se vyskytují v životě člověka. Projevují se v myšlení, vnímání, narušením vztahů k druhým lidem.
- R: Duševní nemoc je stav, kdy člověk vnímá jinak své okolí než je „společenská norma“.

- *R: Duševní nemoc je narušení duševní rovnováhy, která negativně ovlivňuje jedincovo chování, prožívání a má vliv i na jeho okolí.*

Sociální a zdravotničtí pracovníci vymezili duševní nemoc velmi podobně, a to nejčastěji přítomností některých poruch, jako jsou poruchy chování a jednání, myšlení, nálad a osobnosti (*„Duševní nemoc je psychické onemocnění, kdy dochází ke změnám chování.“* „*Pod duševní nemoc spadá porucha chování, porucha přizpůsobit se okolí, změny v myšlení, poruchy paměti a poruchy osobnosti*“). Duševní nemoc byla také chápána jako zhoršené fungování jedince ve společnosti (*„Psychické onemocnění, které způsobuje zkreslené vnímání reality a omezuje postiženého v jeho každodenním fungování“*).

Duševní nemoc byla také vymezena jako porucha intelektu a sebeobsluhy (*„Lidé s duševním onemocněním se izolují od společnosti, typické jsou poruchy komunikace a intelektu a problémy v sebeobsluze“*).

Otázka č. 4 Víte, co znamená stigmatizace (nálepkování) duševně nemocných? Pokud ano, jakým způsobem jí lze předejít?

Zdravotničtí pracovníci

- *R: Vím. Pro předcházení stigmatizace je důležité seznamovat veřejnost s projevy duševních poruch. Lidé by měli být schopni porozumět a pochopit postižení lidí. Duševně nemocný člověk by neměl být společensky izolovaný.*
- *R: Vím, lze ji předcházet výchovou společnosti a pochopením duševně nemocných.*
- *R: Nevím. T: Ani Vás nic nenapadá, co znamená, když duševně nemocný dostane nálepku duševní choroby? R: Ne, nedokážu si pod tím nic konkrétního představit.*
- *R: Vím, co znamená stigmatizace, ale přesně nevím, jak je možné ji předcházet. Možná nějakou osvětou mezi veřejností.*
- *R: Nevím. T: Nemáte ani představu, co znamená, když psychicky nemocný člověk dostane tzv. nálepku duševní poruchy? R: Aha, tím se myslí třeba ztížené*

*uplatnění duševně nemocných ve společnosti kvůli tomu, že trpí nějakou duševní poruchou? T: Ano, například. Napadá Vás, jak lze tomu předcházet? R: To opravdu netuším.*

- *R: Ano, vím, co znamená nálepkování. Předejít mu lze změnou stereotypu člověka trpícího duševní poruchou, který by neměl být společensky izolován. Je nutné a žádoucí změnit postoj lidí vůči duševně nemocným.*
- *R: Ano, vím, stigmatizace znamená určitý stereotyp člověka trpícího duševní poruchou, který je tímto společensky izolován. Předejít tomu lze destigmatizací, tzn. změnou nahlížení k duševně nemocným.*
- *R: Ne, nevím. T: Opravdu Vás nic nenapadá, pokud se řekne, že duševně nemocný dostane nálepkou duševní poruchy? R: Ne, nenapadá.*
- *R: Ano, vím, stigmatizace je označení duševně nemocného a do určité míry vyřazení ze společnosti. T: A jak ji lze předejít? R: Nevím.*
- *R: Nevím, co znamená stigmatizace. T: A ani netušíte, co znamená, pokud duševně nemocný dostane nálepkou psychiatrické diagnózy? R: Ne.*
- *R: Ano, důležité je ke každému přistupovat individuálně s ohledem na jeho vlastnosti, rysy osobnosti, temperament atd. a jeho chování nehodnotit.*
- *R: Ano, nutná je osvěta, vzdělávání a informování nejen veřejnosti.*
- *R: Ano, vím, co znamená stigmatizace. Vhodné je být příkladem. Nálepkování nemocných nevnese pochopení nemocného, duševní nemoc neznamena, že nemocný je blázen. Každý z nás se může ocitnout v situaci, kdy skončí pro pomoc u psychiatra, na to by měl každý myslet.*
- *R: Ano. Je nutné informovat veřejnost, ošetřující personál i příbuzné pacientů.*
- *R: Ano. Předejít tomu lze edukací, změnou pohledu populace na duševní onemocnění, ještě stále je v nás zakotveno něco špatného a přitom bychom konzultace s psychiatrem potřebovali v dnešní době snad všichni.*
- *R: Ano, vím co je nálepkování. Je zapotřebí, aby lid pochopil, že nemocný člověk není odepsán. Spíš by bylo lepší nemocnému porozumět a pochopit, neizolovat ho, ale zařadit do programu „normálních“ lidí.*

- *R: Ano. Předcházet tomu lze vzděláváním a podáváním dostatečného množství informací.*
- *R: Ano. Léčba nemocných na psychiatrii pro většinu okolí znamená zařazení duševně nemocných do jedné skupiny, která je hanlivě označována, nemocný se pak stydí za svou nemoc a izoluje se od společnosti. Přecházet tomu lze osvětou, vysvětlením, seznámením veřejnosti s projevy duševně nemocných.*
- *R: Ano, nálepkování lze předejít individuálním přístupem ke každému klientovi.*

#### Sociální pracovníci

- *R: Ano, vím, co znamená stigmatizace duševně nemocných. Předcházet jí lze informováním veřejnosti, vzděláváním a začleňováním duševně nemocných mezi zdravé.*
- *R: Víím. Předcházet jí lze těžko, protože v naší společnosti se obecné nálepkování „nosí“.*
- *R: Ano, předcházet jí lze větší informovaností společnosti o problematice duševních onemocnění.*
- *R: Ano vím, co je nálepkování, etiketizační teorie či teorie labellingu. V první řadě, by si lidé okolo duševních nemocných měli uvědomit, že psychické obtíže se mohou kdykoli objevit u nich i u jejich blízkých. Proto by se měli zamyslet nad tím, než někomu takovou nálepkou přidělí a ten s tím bude muset žít celý život (pokud nespáchá sebevraždu).*
- *R: Ano, vím. Předejít tomu lze osvětou veřejnosti v této problematice.*
- *R: Ano, vím co je stigmatizace. Je důležité nemít k duševně nemocným lidem předsudky a také dodržovat mlčenlivost. Na některých lidech není duševní onemocnění na první pohled znát a může fungovat jako každý jiný člověk.*

Co znamená stigmatizace, nálepkování duševně nemocných věděli všichni sociální pracovníci a většina zdravotnických pracovníků.

Podle respondentů lze stigmatizaci, nálepkování duševně nemocných předcházet osvětou a informovaností společnosti (*„Předcházet tomu lze vzděláváním a podáváním*

*dostatečného množství informací“), individuálním přístupem ke každému klientovi („Důležité je ke každému přistupovat individuálně s ohledem na jeho vlastnosti, rysy osobnosti, temperament atd. a jeho chování nehodnotit“), začleněním do společnosti („Je zapotřebí, aby lid pochopil, že nemocný člověk není odepsán. Spíš by bylo lepší nemocnému porozumět a pochopit, neizolovat ho, ale zařadit do programu „normálních“ lidí“) a změnou náhledu na duševně nemocné („Předejít mu lze změnou stereotypu člověka trpícího duševní poruchou, který by neměl být společensky izolován. Je nutné a žádoucí změnit postoj lidí vůči duševně nemocným“).*

V odpovědích zaznělo i to, že předejít stigmatizaci, nálepkování duševně nemocných je velmi složité („Předcházet jí lze těžko, protože v naší společnosti se obecné nálepkování „nosí“).

Otázka č. 5 Jsou podle Vás klienti s duševním onemocněním na první pohled rozpoznatelní?

Zdravotničtí pracovníci

- R: Ne vždy.
- R: Ne.
- R: Záleží, o jaké duševní onemocnění jde.
- R: Někteří ano.
- R: Ne.
- R: Někdy ano.
- R: Někdy ano.
- R: Ne.
- R: Někteří ano.
- R: Někteří ano, jiným se daří projevy svého onemocnění dlouho skrývat a na povrch vyjdou později.
- R: Ne.
- R: Ne.
- R: Někdy ano.
- R: To si nemyslím.

- R: *Ne, avšak při delším pobytu s nimi se vyskytnou situace, kdy si jeho nemoc uvědomíme.*
- R: *Jak kdy, záleží na druhu postižení a fázi nemoci.*
- R: *Ne.*
- R: *Jak kteří, většinou ale ne.*
- R: *Na první pohled ani tak ne, ale pokud promluví, tak se to u některých hned pozná.*

#### Sociální pracovníci

- R: *Záleží na tom, o které onemocnění se jedná – někteří ano, někteří ne, záleží, v jaké fázi onemocnění je, zda je léčené apod.*
- R: *Většinou ne.*
- R: *Ne.*
- R: *Většinou ano, ale záleží na stupni a typu postižení.*
- R: *Myslím si, že spoustu lidí na první pohled nepoznáme. Určité procento lidí na první pohled rozpoznáme.*
- R: *Na některých to poznat vůbec není, ale pokud si prožili opravdu silné ataky, tak to je samozřejmě změni a je to víc rozpoznatelné. V akutním stádiu nemoci to na člověku spíš poznáte.*

Z výše uvedených odpovědí je zřejmé, že většina respondentů se domnívala, že lidé s duševním onemocněním nejsou na první pohled rozpoznatelní. Respondenti dále uvedli, že někdy lidé s duševním onemocněním rozpoznatelní jsou, ale ne vždy, a také, že záleží na typu onemocnění („Záleží na tom, o které onemocnění se jedná – někteří ano, někteří ne, záleží, v jaké fázi onemocnění je, zda je léčené apod.“).

Otázka č. 6 Je podle Vás práce s klienty s duševním onemocněním náročnější než s ostatními klienty bez duševního onemocnění?

#### Zdravotničtí pracovníci

- R: *Ne.*



- R: *Ano, je náročnější v uspokojování všech jeho bio – psycho – sociálních potřeb.*
- R: *Ano. Je nutná větší trpělivost, opatrnost, rozvážnost a informovanost.*
- R: *Ano, ve spolupráci. T: Jak to myslíte ve spolupráci? R: Obtížněji se s nimi jedná, potřebují více času.*
- R: *Ano, potřebují větší pozornost, porozumění a péči.*
- R: *Ano, spolupráce s nimi je mnohem náročnější, potřebují více času a naší trpělivosti.*
- R: *Ano, potřebují mnohem více času a péče.*
- R: *Ano, je důležitá trpělivost, umět je vyslechnout a správně reagovat, abychom je ještě více nerozrušili.*
- R: *Ano, je třeba opatrnost a citlivost v přístupu, poněvadž reakce duševně chorého jsou těžko předvídatelné.*
- R: *Ano, musíme jim věnovat více času a péče. Musíme je pochopit.*
- R: *Jak kdy, záleží na konkrétním chování nemocného.*
- R: *Ne, je to o přístupu k pacientovi.*
- R: *Ano, snad ve všem, těžko chápe určité věci.*
- R: *Ano, je jiný přístup v komunikaci a v pochopení nemoci.*
- R: *: Ano, obtížnější komunikace*
- R: *Asi ano, ale opět záleží na přístupu.*
- R: *Určitě ano, je s nimi nesnadná komunikace.*
- R: *Ano, nemoc berou na lehkou věc nebo naopak tragicky. Jejich základní onemocnění vše komplikuje – chápání, rozpoznávání, spolupráci.*
- R: *Ano, určitě potřebují víc péče a získat naší důvěru.*

#### Sociální pracovníci

- R: *Ano, práce s nimi je psychicky náročnější. T: V čem konkrétně? R: Je obtížné s nimi komunikovat tak, aby pochopili, co jim říkáme, je nutná větší trpělivost.*
- R: *Jednoznačně ano, mají nepřiměřené reakce, je problém se s nimi vzájemně domluvit.*

- *R: Je náročná jinak, ale srovnatelná např. s klientem s fyzickým handicapem.*
- *R: Myslím si, že práce s duševně nemocnými je určitě velmi náročná, má svá specifika. Ale pokud s těmito lidmi pracuje člověk vzdělaný a s určitou praxí, tak si nemyslím, že by byla náročnější než práce s jinými klienty.*
- *R: Ano. Ztížená komunikace - je třeba používat jednodušší výrazy, vše několikrát opakovat a předpokládat, že i přesto klient neporozumí tomu, co se po něm žádá.*
- *R: Každá práce s určitým typem klientů má svá specifika. Práce s lidmi s duševním onemocněním samozřejmě náročná je, ale záleží na konkrétním klientovi. Když člověk zná klienta a ví, co od něj může očekávat je to lepší, pracovník je připravený. Myslím si, že je velmi důležité, aby byli klienti zodpovědní a užívali léky, které jim psychiatr předepíše. Jinak se pak točí v bludném kruhu a i práce s ním je těžší, začínáte vždy od začátku a nejsou vidět výsledky.*

Z rozhovorů vyplývá, že podle respondentů je práce s lidmi s duševním onemocněním považována převážně za náročnější než s lidmi bez duševního onemocnění. Je nutné jim věnovat více péče („Potřebují větší pozornost, porozumění a péči“), být trpělivý a zvolit vhodný způsob komunikace („Důležitá je trpělivost, umět je vyslechnout a správně reagovat, abychom je ještě více nerozrušili“) a opatrnější přístup („Je třeba opatrnost a citlivost v přístupu, poněvadž reakce duševně chorého jsou těžko předvídatelné“).

Respondenti také uvedli, že práce s lidmi s duševním onemocněním je náročná, ale ne více než u ostatních nemocí, protože každá práce s určitým typem onemocnění má svá specifika („Je náročná jinak, ale srovnatelná např. s klientem s fyzickým handicapem“).

U respondentů zazněla i možnost, že práce s lidmi s duševním onemocněním není náročnější než s lidmi bez duševního onemocnění, záleží na způsobu jednání s klientem („Je to o přístupu k pacientovi“).

### 4.3. Přístup ke klientům s agresivním a suicidálním syndromem

Agresivní a suicidální syndrom jsou syndromy, které se mohou a nemusí vyskytovat nejen u duševních onemocnění, přičemž mohou a rovněž nemusí být základním či hlavním příznakem duševní poruchy. Agresivní klient může být klient pod vlivem návykových látek, může jednat agresivně pod vlivem bludů a halucinací atd., ale také se může agresivně chovat klient např. důsledkem operačního zákroku a narkózy. To samé platí i pro suicidální syndrom. Sebevražedné myšlenky jsou charakteristické u depresivních klientů, často se však také mohou vyskytovat u klientů, kterým byla sdělena infaustní prognóza onemocnění apod.

Přístupu zdravotnických a sociálních pracovníků k agresivnímu a suicidálnímu syndromu se věnují otázky č. 7 – 9.

Otázka č. 7 Myslíte si, že mezi hlavní příznaky duševních onemocnění patří agrese?

Zdravotničtí pracovníci

- R: *Ne.*
- R: *Myslím si, že ne.*
- R: *Ano.*
- R: *Myslím si, že ne.*
- R: *Ano.*
- R: *Ne.*
- R: *Ne.*
- R: *Ne.*
- R: *Ne.*
- R: *Ne.*
- R: *Ano.*
- R: *Ne.*
- R: *Ne.*
- R: *Ano.*
- R: *Ne.*
- R: *Ano.*

- R: *Téměř vždy ano.*
- R: *Většinou ano.*
- R: *Ano.*

#### Sociální pracovníci

- R: *Nemyslím, nelze to takto zobecnit.*
- R: *Ne.*
- R: *To si nemyslím, ale určitě se v některých případech vyskytuje.*
- R: *Ne.*
- R: *Ano.*
- R: *Určitě bych agresi neoznačila jako hlavní příznak duševního onemocnění. Samozřejmě člověk s psychiatrickým onemocněním se může v akutním stádiu své nemoci chovat agresivně, ale není to pravidlo.*

Z odpovědí je patrné, že většina respondentů se domnívala, že agrese, agresivní jednání a chování nepatří mezi hlavní příznaky duševních onemocnění. Respondenti rovněž naznačili, že agrese může být jedním z příznaků duševní poruchy, ale nepatří mezi hlavní příznaky („*Určitě bych agresi neoznačila jako hlavní příznak duševního onemocnění. Samozřejmě člověk s psychiatrickým onemocněním se může v akutním stádiu své nemoci chovat agresivně, ale není to pravidlo*“).

#### Otázka č. 8 Jak se zachováte, pokud se klient chová agresivně?

- R: *Pokud to jde, snažím se s ním domluvit, pokud ne, přichází na řadu farmaka. Pokud nezapůsobí, dochází k přikurtování pacienta a aplikaci silnějších psychofarmak.*
- R: *Hovořím s klientem, vše se mu snažím vysvětlit. Vyslyším jeho názor a obavy a snažím se ho uklidnit.*
- R: *Hovořím s klientem tišším hlasem, aby se zklidnil, a snažím se mu vysvětlit, co od něj považují.*

- R: Snažím se ho uklidnit, hovořím přiměřeně nahlas. Snažím se o trpělivost, nikdy se k němu neotáčím zády.
- R: Dle ordinace lékaře aplikuji léčiva.
- R: Snažím se o zklidnění pacienta, snažím se ho pochopit. V případě potřeby aplikuji dle ordinace lékaře sedativa.
- R: Aplikuji léky, pokusím se o znehybnění pacienta kurty.
- R: Snažím se ho uklidnit, hovořím s ním pomalu a klidně. Snaží se nalézt příčinu agrese a pacienta pochopit.
- R: Snažím se na něj mluvit klidně, nekřičet. Snažím se najít nějaké řešení, nikdy se k pacientovi neotáčím zády a neblokuji si východ z místnosti.
- R: Snažím se ho slovně uklidnit, dle potřeby podávám léky dle ordinace lékaře. Pokud nic nepomáhá, přichází na řadu upoutání na lůžko.
- R: Důležitý je klidný přístup, pomalu opakovat, co je cíl rozhovoru.
- R: Nechám ho, ať se uklidní a podle situace dále postupuju buď klidnou komunikací, udělám, co si vyžaduje. Pokud je to možné nebo v krajním případě, např. při ohrožení vlastního nebo cizího zdraví, konzultuji s lékařem a podám něco na zklidnění.
- R: Reaguji klidným chováním.
- R: Snažím se uklidnit situaci, mluvím klidně, nedělám prudké pohyby, vyslechnu klienta.
- R: Důležité je předcházet agresi, podáním léků a klidným přístupem k pacientovi.
- R: Záleží na okolnostech. Je nutné zkontrolovat únikovou cestu, zachovat klid, nenechat se vyprovokovat k reakci.
- R: Chovám se klidně, klidně komunikuji, snažím se převést pozornost pacienta jinam.
- R: Chovám se trpělivě, nezvedám hlas, naopak ztišuji, neprovokuji ho a neberu si nic osobně.
- R: Důležitý je klidný přístup, nenechat se vyprovokovat, to celou situaci naopak ještě zhorší.

## Sociální pracovníci

- *R: Snažím se o uklidnění takového klienta. T: Jakým způsobem se ho snažíte uklidnit? R: Snažím se, abych jeho agresivitu nezvýšila ještě víc, to znamená, že klidná musím zůstat hlavně já, nezvyšuji na klienta hlas, nijak nehodnotím jeho chování.*
- *R: Snažím se ho uklidnit, volím správná slova, abych jeho agresi ještě neumocnila.*
- *R: Snažím se zachovat klid a rozvahu. Vše se mu snažím podrobně vysvětlit, aby nedocházelo ke komunikačnímu šumu a následně k agresi. Jednám slušně, nenechám se vyvést z míry. Pokud se opravdu jedná o agresivního člověka, nebojím se zavolat kolegyni a pokud už by přecházelo k fyzické agresi, tak volám policii.*
- *R: Zavolám městskou policii, do té doby se ho snažím uklidnit. T: Jakým způsobem? R: Pokusím se snížit jeho agresi tím, že zachovám chladnou hlavu a budu s ním komunikovat klidně, bez křiku či hněvu.*
- *R: Ještě jsem se s touto situací nesetkala, ale určitě bych se snažila klienta zklidnit formou rozhovoru, řekla bych mu, aby se posadil. Pokud by to nepomohlo, zavolala bych kolegyni a případně Policii ČR.*
- *R: Pokud to jde, v takovém případě s klientem raději nejednám vůbec. Je-li to nezbytné, omezím komunikaci na minimum a snažím se vyvarovat jednání, které by u klienta agresivitu ještě zhoršilo.*

Odpovědi respondentů naznačily, že zdravotníci i sociální pracovníci se při jednání s agresivním klientem snaží zachovat klid („*Snažím se ho uklidnit, hovořím s ním pomalu a klidně*“), nenechávají se vyprovokovat („*Důležitý je klidný přístup, nenechat se vyprovokovat, to celou situaci naopak ještě zhorší*“) a klienta vyslechnou („*Vyslyším jeho názor a obavy*“).

Z odpovědí dále vyplynulo, že zdravotníci pracovníci při agresivním chování klientů aplikují dle ordinace lékaře léky na zklidnění klienta. Někteří se snaží klienta zklidnit nejdříve domluvou a pak přistoupí k aplikaci léků („*Snažím se o zklidnění*

*pacienta, snažím se ho pochopit. V případě potřeby aplikuji dle ordinace lékaře sedativa“), ostatní podávají léky hned bez použití jiných způsobů ke zklidnění klienta, příp. použijí omezovací prostředky („Aplikuji léky, pokusím se o znehybnění pacienta kurty“).*

Sociální pracovníci uvedli, že v případě agresivního jednání klienta volají také Policii ČR či Městsku Policii (*„Zavolám městskou policii, do té doby se ho snažím uklidnit“*).

V odpovědích respondentů rovněž zazněla nutnost mít volnou únikovou cestu a dbát na svou bezpečnost (*„Nikdy se k pacientovi neotáčím zády a neblokuji si východ z místnosti“*).

Otázka č. 9 Setkal/a jste se ve své práci s klientem, který hovořil o sebevraždě? Pokud ano, jak jste se zachoval/a?

Zdravotničtí pracovníci

- *R: Ano, snažila jsem se převést pacienta na jiné myšlenky.*
- *R: Ne.*
- *R: Ne.*
- *R: Ano, mluvila jsem s klientkou, vyslechla ji, co ji trápí, a snažila jsem se vysvětlit, že takto se problémy nevyřeší, že má rodinu a děti, které ji potřebují.*
- *R: Ano. Hlavní je jeho tvrzení nezlehčovat a přesvědčit klienta ke spolupráci s psychiatrem.*
- *R: Ne.*
- *R: Ano. Snažila jsem se mu rozmluvit svůj úmysl, vysvětlit mu výkon při hospitalizaci (jednalo se o klienta, u kterého byla naplánována amputace dolní končetiny), že bude po operaci zase začleněn do společnosti apod.*
- *R: Ne.*
- *R: Ano, snažila jsem se s pacientem co nejvíce komunikovat. Snažila jsem se také vyslechnout jeho situaci.*
- *R: Ne.*

- *R: Ano, naznačila jsem mu, ať nevyhrožuje. Snažila jsem se s ním řešit klidně hlavní problém.*
- *R: Ne.*
- *R: Ano, snažila jsem se najít důvod problému, proč?*
- *R: Ano. Hovořila jsem s ním klidně, poskytla mu dostatek času.*
- *R: Ano, ale nemyslel to vážně. Sebevraždou u nás vyhrožují poměrně často, jedná se o demonstrace. Ten kdo o ní nemluvil, tak ji dokonal.*
- *R: Ještě ne.*
- *R: Ano. Hovořila jsem s klientem, snažila jsem se přijít na problém, problém rozebrat, najít východiska a uklidnit ho.*
- *R: Ano, nahlásila jsem to ošetřující lékařce. Ta zajistila dalšího odborníka, který nasadil léčbu.*
- *R: Ano, snažila jsem se zůstat klidná. Nenechávala jsem pacienta o samotě a vše jsem nahlásila lékařce. S pacientem jsem neustále komunikovala a pokoušela jsem se mu to rozmluvit.*

#### Sociální pracovníci

- *R: Ano, s klientkou jsem situaci probrala a vyslechla ji. Naproti tomu jsem ale nabyla dojem, že to nemyslí vážně.*
- *R: Ne.*
- *R: Ne.*
- *R: S tímto klientem jsem se za dobu své praxe nesečkala, a abych pravdu řekla, tak jsem ráda, nevím, jak bych reagovala.*
- *R: Ne, nesečkala, naštěstí.*
- *R: Ne.*

Téměř polovina respondentů se nesečkala s klientem, který hovořil o sebevraždě. Někteří respondenti rovněž uvedli, že jsou rádi, že takovou zkušenost ještě nezískali („S tímto klientem jsem se za dobu své praxe nesečkala, a abych pravdu řekla, tak jsem ráda, nevím, jak bych reagovala“).



Ti respondenti, kteří se setkali s klientem, který hovořil o sebevraždě, se snažili s klientem mluvit o vzniklé situaci („*Snažila jsem se s pacientem co nejvíce komunikovat. Snažila jsem se také vyslechnout jeho situaci*“), jeho situaci nezlehčovat („*Hlavní je jeho tvrzení nezlehčovat*“) a klientovi myšlenky rozmluvit („*Snažila jsem se vysvětlit, že takto se problémy nevyřeší*“) či převést myšlenky jinam („*Snažila jsem se převést pacienta na jiné myšlenky*“). Respondenti také přenechali péči o suicidálního klienta odborníkům („*Nahlásila jsem to ošetřující lékařce. Ta zajistila dalšího odborníka, který nasadil léčbu.*“ „*Hlavní je přesvědčit klienta ke spolupráci s psychiatrem*“) a snažili se o zajištění bezpečnosti klienta („*Nenechávala jsem pacienta o samotě*“). Respondenti rovněž odpověděli, že klienti mohou o sebevraždě hovořit, ale nemusí ji spáchat („*Nemyslel to vážně. Sebevraždou u nás vyhrožují poměrně často, jedná se o demonstrace. Ten kdo o ní nemluvil, tak ji dokonál.*“ „*Naznačila jsem mu, ať nevyhrožuje*“).

#### **4.4. Přístup ke klientům s vybranými duševními poruchami**

Každá duševní porucha má své určité specifické příznaky, proto je nezbytné znát nejen tyto příznaky, ale také základní zásady komunikace a jednání v přístupu k lidem s určitým duševním onemocněním a tyto pravidla dodržovat. Tím lze snadněji získat klientovu důvěru a dosáhnou kvalitnější spolupráce.

Problematiku znalostí o základních charakteristikách demence, schizofrenie, deprese, mentální retardace, poruchách osobnosti a závislosti na alkoholu a specifického přístupu k těmto poruchám zahrnují otázky č. 10 – 18.

Otázka č. 10 Jaké jsou podle Vás hlavní projevy klientů, u nichž byla diagnostikována demence?

Zdravotničtí pracovníci

- R: *Jsou podezíraví a vztahovační, vše rychle zapomenou.*
- R: *Zapomínají, mohou bloudit a být agresivní.*
- R: *Selhává jim dlouhodobá i krátkodobá paměť, nic se nepamatují, mohou si snadno ublížit, jsou pomalí.*

- R: Zapomínají, neumí se vyjádřit, hledají správná slova.
- R: Jsou zapomnětliví, bloudí i na známých místech.
- R: Zapomínají, nepoznávají své blízké, nepoznávají ani známá místa, mohou být nebezpeční sobě, ale i okolí tím, jak neví, kde jsou a kdo jsou.
- R: Hlavní je asi porucha paměti, ale i poruchy myšlení, soustředění, orientace místem, časem i osobou.
- R: Zapomínají, jsou zmatení, mohou se snadno ztratit, nepoznávají své příbuzné, neví často, ani jak se jmenují.
- R: Nic si nepamatují, podle toho se také chovají, mohou ublížit sobě i okolí, neví, kam si, co dali, podezírají z toho ostatní, neumí už ani číst a psát, jsou nesoběstační a závislí na pomoci druhých.
- R: Zapomínají, neumí se domluvit, je s nimi těžká spolupráce.
- R: Zapomínají, časem se neumí ani najíst, napít, někteří jsou imobilní a také inkontinentí.
- R: Jsou zmatení a zapomínají.
- R: Postižena bývá paměť, častěji krátkodobá, co dělali za mlada, si často vzpomenou, ale co měli k obědu ne.
- R: Vyskytují se u nich poruchy paměti, nic si pořádně nepamatují, je s nimi obtížná domluva, neumí spolupracovat, často ani nepochopí, co po nich chceme.
- R: Jsou pomalí, zmatení osobou, místem i časem, nechápající, co jim chci sdělit.
- R: Mívají výpadky v paměti, těžkou chápou, je s nimi náročná domluva.
- R: Jsou rozvážní, mají snížené psychomotorické tempo, těžko rozumí, co jim člověk říká, zapomínají, co dělali před chvilkou.
- R: Nevyznají se v místě, neví často, který je rok, neví, kdo jsou. Nepoznávají svou rodinu, jsou zmatení, mohou se snadno zranit.
- R: Mohou být plačtiví a úzkostní, ale také agresivní. Zapomínají, kde jsou a co dělají.

## Sociální pracovníci

- *R: Lidé s demencí hodně zapomenou, nevzpomínají si na to, o čem jsme s nimi hovořili před chvílí, obtížněji chápou, co jim chceme sdělit.*
- *R: Zapomínají, nevyznají se na známých místech, mohou být agresivní a nebezpeční sobě i okolí.*
- *R: Typické jsou poruchy paměti, poruchy komunikace, emoční poruchy, poruchy myšlení.*
- *R: Bloudí, jsou zmatení, vše zapomínají.*
- *R: Často zapomínají, postižená bývá často krátkodobá paměť, mohou být přítomny poruchy komunikace, úsudku a myšlení. Jsou zmatení, proto mohou být agresivní či naopak úzkostní.*
- *R: Jsou pomalí, rozvášní, zmatení, zapomínají.*

Z odpovědí je patrné, že sociální i zdravotničtí pracovníci pokládali za hlavní příznak demence poruchu paměti („Zapomínají, nepoznávají své blízké, nepoznávají ani známá místa“). Někteří ještě upřesnili, že se jedná o poruchu především krátkodobé paměti („Postižena bývá paměť, častěji krátkodobá, co dělali za mlada, si často vzpomenou, ale co měli k obědu ne“), jiní se domnívali, že je postižena krátkodobá i dlouhodobá paměť („Selhává jim dlouhodobá i krátkodobá paměť“). Důsledkem zapomínání mohou být lidé s demencí agresivní a podezřaví („Nic si nepamatují, podle toho se také chovají, mohou ublížit sobě i okolí, neví, kam si, co dali, podezřívají z toho ostatní“), nepoznávají své blízké, jsou zmatení a neorientují se místem, časem ani osobou a mohou tak snadno ohrozit svou bezpečnost („Nevyznají se v místě, neví často, který je rok, neví, kdo jsou. Nepoznávají svou rodinu, jsou zmatení, mohou se snadno zranit“). Respondenti rovněž uvedli, že mezi základní projevy demence patří obtížná komunikace a spolupráce („Neumí se domluvit, je s nimi těžká spolupráce“). Postupem času se klienti s demencí stávají nesoběstačnými a závislými na péči druhé osoby („Jsou nesoběstační a závislí na pomoci druhých“).

Otázka č. 11 Co je podle Vás důležité v přístupu k lidem s diagnózou demence?

Zdravotničtí pracovníci

- R: *Je nutné mluvit zřetelně a pomalu. Jednat s nimi a vysvětlovat vše, jako malým dětem.*
- R: *Nutná je tolerance a opakované klidné vysvětlování. Vhodná je také spolupráce s rodinou.*
- R: *Důležitý je individuální přístup a komunikace s rodinou, zapojit ji a vše vysvětlit.*
- R: *Důležitá je trpělivost, vlídnost, jednoduchý hovor a klidné chování.*
- R: *Naslouchání, trpělivé a klidné jednání.*
- R: *Zachovat klid.*
- R: *Je důležité chápat jejich onemocnění, jednat s nimi pomaleji, klidně, a být trpělivý.*
- R: *Základem je asi trpělivost.*
- R: *Neposmívat se jim a respektovat je.*
- R: *Udržet stále prostředí a spolupráce s rodinou.*
- R: *Vlídné, trpělivé chování, naslouchání, jednoduchý a přiměřeně nahlas vedený rozhovor.*
- R: *Klid a opakování.*
- R: *Opakovat věci pořád dokola, poté zjistit, zda pacient všemu rozuměl. Také je zapotřebí klidný a laskavý přístup.*
- R: *Trpělivost a dostatek času, což není někdy v provozu úplně možné.*
- R: *Klidný přístup, pomalé vyjadřování a trpělivost.*
- R: *Klid, nespěchat a být důsledný.*
- R: *Hlavně pochopení, tolerance a trpělivost.*
- R: *Trpělivost, klid, věčné opakování a hlavně zvýšený dohled.*
- R: *Trpělivost a aspoň základní poznatky, co všechno demence s sebou přináší.*

## Sociální pracovníci

- *R: Záleží na fázi onemocnění. Pokud je dezorientovaný, neshazovat ho a přijímat jeho odpovědi jako pravdivé, i když vím, že tomu tak není. Poté si tyto informace ověřit u příbuzných klienta.*
- *R: Důležitá je citlivost, empatie, jasná a stručná komunikace.*
- *R: Srozumitelná komunikace, individuální přístup a citlivost.*
- *R: Je důležité vše klientům opakovat, být trpěliví a vstřícní. Je nutné, aby byl člověk hlídán, aby se neztratil, či si neublížil. Snažit jednat věcně, jasně, umět pracovat s agresí a úzkostí.*
- *R: Trpělivost, znát možnosti klienta s demencí - nemít přehnané nároky.*
- *R: Trpělivost, vlídný přístup, pracovník si musí uvědomit, že demence je závažné onemocnění, které člověka změní.*

Z odpovědí je zřejmé, že respondenti při komunikaci s lidmi, kteří onemocněli demencí, kladou důraz na trpělivost („Základem je asi trpělivost“), jednoduchou a klidnou komunikaci a přístup („Důležité jsou jednoduchý hovor a klidné chování“), empatický přístup („Důležitá je citlivost, empatie“), toleranci a respekt („Hlavně pochopení, tolerance“) a zvýšený dohled klienta k zajištění jeho bezpečí („Je nutné, aby byl člověk hlídán, aby se neztratil, či si neublížil“). Respondenti také uvedli, že je vhodná spolupráce s rodinou klienta („Důležitá je komunikace s rodinou, zapojit ji a vše vysvětlit“).

Otázka č. 12 Jak se podle Vás projevují klienti s diagnózou schizofrenie?

## Zdravotničtí pracovníci

- *R: Trpí halucinacemi, bludy, neprožívají radost, není nic, co by je potěšilo. Dochází ke změně osobnosti, ke změnám myšlení, mají problémy v komunikaci.*
- *R: Mají neadekvátní reakce v některých situacích. Mohou mít bludy a halucinace, s kterými se ztotožňují. V případě špatné reakce z okolí mohou být agresivní.*

- *R: Kam je postavíte, tam je najdete. T: Jak to myslíte? R: Nedokážou si poradit sami, jsou závislí na okolí.*
- *R: Dochází ke změnám, jako je rozpad osobnosti, špatná schopnost se zařadit do společnosti, změny v myšlení a vnímání.*
- *R: Jedná se o narušenou osobnost, jsou neklidní a agresivní.*
- *R: Mají porušenou schopnost se pracovní a sociálně adaptovat, mají narušenou samotnou strukturu osobnosti, mají změny v myšlení, vnímání, mají sluchové halucinace.*
- *R: Mají narušeno pozornost, paměť a celkovou výkonnost, jsou vztahovační, myslí stereotypně a podle svých vlastních pravidel. Řeč může být nesouvislá, jsou uzavření, fungují hlavně ve vlastním světě.*
- *R: Mají bludy a halucinace, pod jejichž vlivem mohou jednat a být tak pro okolí velmi nebezpeční.*
- *R: V období stavů bludů jsou těžko zvládnutelní.*
- *R: Jsou uzavření, dochází k rozporu mezi realitou a fantazijním světem, mají bludy a halucinace.*
- *R: Rozdvojená, někdy roztrojená osoba v jednom, záleží na typu. T: A jak se taková rozdvojená či roztrojená osobnost může projevovat? R: Je zmatená, dezorientovaná místem, časem a hlavně osobou.*
- *R: Jsou v jiném světě, nerespektují realitu.*
- *R: Specifické reakce na některé podněty, někdy neschopnost rozhodnutí nebo nesplnění úkolů, přání. Úkony řeší jinak, než chtějí, jednají zkratkovitě.*
- *R: Ve fázi normy se chovají jako ostatní lidé, často přechází do fáze rozpolcení, bludů a myšlenek nemajících smysl.*
- *R: Nevím přesně, prostě jsou jiní než ostatní. T: A jiní v čem? R: V chování i jednání.*
- *R: Nevím, nic mě nenapadá. Jsou pomatení.*
- *R: Něčeho se bojí.*
- *R: Odpovídají sami sobě, mají bludy, halucinace, slyší hlasy, mluví nesouvisle, mění rychle plány a jsou nervózní.*

- *R: Trpí samomluvou a slyší hlasy.*

#### Sociální pracovníci

- *R: Záleží, v jakém stadiu se nemoc nachází. Obtížné dorozumívání, zapomínání, zakládání věci, podezřívavost, vztahovačnost, popírání problémů a poruchy paměti, dezorientace v čase, bloudění na známých místech, obtížné rozhodování a bezradnost, ztráta iniciativy, známky deprese, úzkosti a agresivity, ztráta zájmu o koníčky, změna osobnosti – sobeckost a egocentričnost.*
- *R: Mají bludy a halucinace, jsou vztahovační, podezřívaví. Záleží však na tom, v jaké fázi nemoci se nacházejí.*
- *R: Záleží, v jakém období se nacházejí, jestli v období stabilizace nebo je nemoc rozprouďená. T: Jak byste tedy charakterizovala příznaky schizofrenie v akutní fázi? R: Jsou nebezpeční, mají svůj svět a v něm žijí.*
- *R: Pokud mají vhodnou medikaci, nijak zvlášť odlišně od normálních. Bez medikace záleží na příznacích, např. pokud mají halucinace, chovají se pod jejich vlivem.*
- *R: Záleží, o jakou formu schizofrenie jde. Pokud jde o paranoidní formu, člověk má pocity, že ho pronásledují apod. U maniodepresivních se střídají mánie – pocity velkého štěstí, veselosti atd. a deprese – pocity velkého smutku. U lidí se schizofrenií může být také zhoršená péče o vlastní osobu, tedy špatná hygiena. Když je nemocný člověk pod silnými léky, může působit utlumeně, zmateně.*
- *R: Trpí halucinacemi a bludy, mohou být emočně oploštělí, mají stereotypní myšlení, změny v osobnosti klienta atd.*

Z odpovědí respondentů vyplývá, že mezi základní příznaky schizofrenie patří poruchy myšlení, bludy, a vnímání, halucinace („*Mají bludy a halucinace*“), pod jejichž vlivem mohou jednat a nevnímat tak realitu kolem sebe nebo mohou i ohrožovat své okolí („*Jsou nebezpeční, mají svůj svět a v něm žijí*“). K dalším projevům se podle zdravotnických a sociálních pracovníků řadí i změny v osobnosti („*Mají narušenou samotnou strukturu osobnosti*“) a emoční poruchy („*Mohou být emočně oploštělí*“).

Klienti se schizofrenií mají také často problémy v komunikaci s ostatními („Mají problémy v komunikaci“) a s adaptací ve společnosti („Mají porušenou schopnost se pracovně a sociálně adaptovat“). Mohou být také zmatení a dezorientovaní („Je zmatená, dezorientovaná místem, časem a hlavně osobou“) a ne zcela soběstační („Nedokážou si poradit sami, jsou závislí na okolí“).

Otázka č. 13 Jak se zachováte, pokud klient s diagnózou schizofrenie má bludy nebo halucinace?

Zdravotničtí pracovníci

- R: *Budu s ním hovořit o tom, co vidí, jaké to je, jak se cítí apod.*
- R: *Podala bych zklidňující léčiva. T: A ještě před tím, než byste podala léčiva na zklidnění, jakým způsobem byste reagovala na jeho bludy a halucinace? Myslím tím, zda byste ho v nich utvrzovala či mu je vyvracela apod.? R: Nechala bych ho, ať si myslí, co chce.*
- R: *Nebudu mu odporovat, nechám ho, ať je má.*
- R: *Snažím se ho uklidnit. Určitě bych dávala pozor na jeho i moji bezpečnost. T: A jakým způsobem byste klienta pod vlivem bludů a halucinací uklidnila? R: Přikyvovala bych mu, že to, co vidí, je pravdivé.*
- R: *Nevím. T: A myslíte si, že je vhodnější klientovi bludy vyvracet či naopak nebo je vhodný ještě jiný přístup. R: Asi je dobré, snažit se mu objasnit realitu.*
- R: *Podala bych zklidňující léky. T: A ještě před podáním medikace, jak byste reagovala na jeho bludy či halucinace? Myslím tím, zda byste je vyvracela nebo v nich klienta utvrzovala nebo volila jiný způsob řešení? R: Nevím, aplikovala bych léky a potom by se vidělo.*
- R: *Zacházela bych s ním pomalu a dávala pozor na jeho i svoji bezpečnost. T: A jak byste „naložila“ s bludy? R: Nechala bych ho, ať si myslí, co chce.*
- R: *Snažila bych se ho uklidnit. T: A jakým způsobem, pokud má bludy a halucinace. R: Mluvila bych s ním a věřila mu, že to, co vidí je skutečné, i když tomu tak není.*



- *R: Nevím. T: Co myslíte, je vhodnější nechat klienta v bludech nebo mu je vyvracet či zvolit ještě jiné řešení. R: Asi ho ani neutvrzovat, ani nevyvracet, jen dát najevo, že mu věřím, pokud vidí, co vidí.*
- *R: Klidným přesvědčováním, že co vidí nebo slyší, není realita.*
- *R: Nevím... Asi bych zavolala lékaře, aby předepsal vhodnou medikaci na zklidnění.*
- *R: Snažím se tomu předejít tím, že podám naordinované léky. Když to nepomůže, zavolám lékaře. T: A jak byste s klientem jednala? R: Asi bych s ním raději moc nekomunikovala.*
- *R: Zavolala bych lékaře a počkala, co naordinuje. Hlídala bych bezpečí ostatních pacientů.*
- *R: Nevyvracím mu je, jen ho vyslechnu.*
- *R: Měla bych pozorně sledovat chování a řeč. Zajistila bezpečí personálu a ostatních pacientů a informovala lékaře.*
- *R: Mluvila bych s ním, zklidňovala ho a zajistila jeho i své bezpečí, snažila bych se ho pochopit a vhodným způsobem mu to rozmluvit.*
- *R: Snažím se vysvětlit, že je to zase někdo jiný, záleží na situaci a stavu. Pokud mají bludy a halucinace sebevražedného ražení, tak to rozhovorem asi nevyřeším a informuji lékaře. Zajistím preventivní opatření, např. bezpečné prostředí.*
- *R: Nebudu mu je vyvracet.*
- *R: Asi se ho budu snažit uvést do reality, ale opatrně, aby neohrozil bezpečí ostatních.*

#### Sociální pracovníci

- *R: Snažila bych se vyhledat lékařskou pomoc. Nelze předvídat, jaké bude jeho chování, zda neohrozí mne nebo sám sebe. T: A jak byste reagovala na jeho bludy či halucinace? Vyvracela byste mu je nebo ho v nich utvrzovala či volila něco mezi tím? R: Nechala bych ho, ať si to myslí. Myslím, že je to méně nebezpečné, než když se s ním budu hádat, že tomu tak není.*

- *R: Nevím. T: Co je podle Vás nejlepší způsob řešení? Vyvracet bludy, utvrzovat klienta v nich či nějaká varianta mezitím. R: Kvůli své bezpečnosti se s ním nebudu přít.*
- *R: Nesnažila bych se mu je vymluvit, spíše bych s ním hovořila, co vidí, slyší apod.*
- *R: Snažila bych se ho uvést do reality, být u něj přítomná a přečkat to.*
- *R: Jednám s ním důstojně, nevyvracím jeho bludy.*
- *R: Pokusila bych se zkontaktovat jeho nejbližší rodinu nebo příp. ošetřujícího lékaře a vysvětlila bych mu situaci. Je důležité, aby člověk si s bludy nebo halucinacemi vzal co nejrychleji léky, aby jeho onemocnění ustoupilo. Snažila bych se klienta uklidnit, vysvětlit mu co se děje.*

Respondenti ve svých odpovědích uvedli, že pokud má klient bludy a halucinace, je vhodné mu vysvětlit realitu („*Snažila bych se ho uvést do reality*“) nebo naopak ho v bludech nechat („*Nebudu mu odporovat, nechám ho, ať je má*“). Méně zdravotnických a sociálních pracovníků odpovědělo, že by klientovi bludy a halucinace nevyvraceli, ale snažili by se klienta vyslechnout a hovořit s ním o tom, jak se cítí („*Budu s ním hovořit o tom, co vidí, jaké to je, jak se cítí apod.*“). Respondenti by také dbali na zajištění bezpečnosti klienta i jeho okolí („*Zajistím preventivní opatření, např. bezpečné prostředí*“). Zdravotničtí pracovníci by přistoupili k aplikaci léků a informovali lékaře („*Zavolala bych lékaře a počkala, co naordinuje*“).

Otázka č. 14 Jak byste charakterizovali klienty s diagnózou deprese?

Zdravotničtí pracovníci

- *R: Jsou bez naděje, zoufalí, ztrácí energii.*
- *R: Typické jsou pocity beznaděje, poruchy koncentrace, změny nálady, nesoustředěnost.*
- *R: Klienti často pociťují úzkost, osamocenost, mají dlouhodobě pokleslé nálady, mají pocit bezcennosti nebo viny, ztrácí zájmy.*

- R: *Střídají se jim nálady, jsou veselí, pak zase plačtiví, jsou unavení, uzavření a výbušní.*
- R: *Jsou často vztahovační. Deprese jejich zdravotní problémy ještě zhoršuje.*
- R: *Jsou neklidní a vzteklí.*
- R: *Mají zhoršenou náladu, jsou neschopní spolupráce, jsou bez aktivity.*
- R: *Jsou vzteklí bez příčiny.*
- R: *Jsou uzavření, unavení, plačtiví, výbušní. Mohou mít sklony k sebepoškozování.*
- R: *Mají dlouhodobě zhoršenou náladu a pocity beznaděje. Přestávají se zajímat o dřívější aktivity. Jsou nesoustředění a mají poruchu koncentrace.*
- R: *Jsou smutní, je jim vše jedno.*
- R: *Jsou uzavření do sebe, málo komunikují s ostatními, jsou pesimisticky naladěni, nemají zájem o sebe a okolí, nespolupracují.*
- R: *Období aktivity se střídá s velkou pasivitou a nečinností. Pacient chce, ale nejde to.*
- R: *Smutní, bez energie.*
- R: *Jsou uzavření do sebe.*
- R: *Nemají náladu, jsou smutní, sklíčení, nic je nebaví – ani koukat, často ani žít.*
- R: *Ztrácí vitalitu, jsou sklíčení, smutní, neschopní některých činností, uzavření a mají strach.*
- R: *Jsou smutní, vyčerpaní, často pláčou, mají pochybnosti. Ztrácí energii, zájem o práci, kamarády, nechtějí žít.*
- R: *Jsou smutní a zamlklí.*

#### Sociální pracovníci

- R: *Jsou sklíčení, smutní, plačtiví, mají nedostatek energie a sklony k sebevraždě.*
- R: *Jsou unavení, apatičtí, podráždění, mají špatnou náladu a chmury. Můžou mít i myšlenky na sebevraždu.*
- R: *Jsou unavení, úzkostliví, mají sebevražedné myšlenky. Ztrácí chuť k jídlu, jsou uzavření před okolím, jsou apatičtí a melancholičtí.*

- R: Mezi základní příznaky patří smutná nálada, která trvá po celý den a často se opakuje, vymizení zájmů, koníčků, nechutenství, váhový úbytek, nespavost, ztráta energie, únava, méněcennost, myšlenky na sebevraždu.
- R: Charakteristická je plačtivost, úzkostlivost, pocit beznaděje, pesimismus, nevykonnost, vyhýbají se kontaktu s okolím, somatické potíže, např. ztráta chuti k jídlu, nespavost, bolesti hlavy.
- R: Depresivní člověk je člověk s pocity velkého smutku, marnosti, které trvají delší dobu, může mít až sebevražedné myšlenky.

V odpovědích na tuto otázku se téměř všichni respondenti shodli, že hlavním příznakem deprese jsou poruchy nálady, depresivní lidé jsou smutní, zoufalí, plačtiví, úzkostní, („Jsou sklíčení, smutní, plačtiví“), ztrácí energii („Jsou bez energie“), jsou nesoustředění („Typické jsou poruchy koncentrace a nesoustředěnost“), ztrácí dřívější zájmy („Přestávají se zajímat o dřívější aktivity“), straní se ostatních („Jsou uzavření před okolím“), mohou mít sebevražedné myšlenky („Nechtějí žít“).

Otázka č. 15 Jaké jsou podle Vás důležité zásady komunikace s lidmi s diagnózou deprese?

Zdravotničtí pracovníci

- R: Získat klientovo důvěru, hovořit otevřeně, nesnažit se ho povzbuzovat, snažit se jej motivovat k léčbě a nekritizovat jej za chyby.
- R: Nebagatelizovat jejich problémy. Působit na ně klidně a vyrovnaně.
- R: Zachování klidu, to je nejdůležitější.
- R: Hovořit s ním otevřeně, chce více komunikace, pochopení. Vést ho k pozitivnímu způsobu myšlení.
- R: Zachovat klid, nijak nestresovat jeho ani sebe.
- R: Nutný je hlavně optimismus a pozitivní myšlení.
- R: Zvolit správný způsob komunikace, vyslechnout je, působit na ně vyrovnaně a klidně.

- R: Dát najevo své pochopení a pochválit je za každou maličkost. Při výskytu sebevražedných myšlenek nenechávat je o samotě.
- R: Nekritizujeme je za chyby a snažíme se získat jejich důvěru.
- R: Navodit u klientů pozitivní myšlení, být empatický. Vrátit mu chuť k jídlu a pozitivní pohled na sám sebe. Pokud možno upravit jeho spánek a zlepšit zájem k okolí.
- R: Jednat s nimi klidně, vyslechnout je.
- R: Důležité je pacientovi pomoc nalézt smysl života, ale to je spíše věcí lékaře. Je důležité s ním mluvit klidně, nechat mu dostatek času, nespíchat na něj.
- R: Klid, trpělivost, být u pacienta. Snažit se, aby pochopil, že je nutné vyhledat odbornou pomoc psychiatra a psychologa.
- R: Vyrovnaně, zachovat klid, pomalu s pacientem hovořit.
- R: Mluvit, mluvit, mluvit. Vytvořit vztah důvěry, najít smysl života a pozitivně myslet.
- R: Trpělivost, tolerance, pochopení, jasné argumenty a dodržování pravidel.
- R: Rozebrat jejich problém, pokusit se ho vyřešit a najít další cíle, které by pacient mohl zvládnout.
- R: Jednat s ním klidně a vyrovnaně. Přesvědčit ho, že tento stav je nemoc, za kterou on nemůže a přesvědčit ho o léčbě.
- R: Jednat bez lítosti a soucitu, mluvit s ním jako s ostatními, abychom jeho stav ještě nezhoršili.

#### Sociální pracovníci

- R: Rozhodně se nesnažit okatě rozveselovat, nebagatelizovat klientovy pocity a problémy. Být upřímný a snažit se pomoci.
- R: Být citlivý a empatický.
- R: Být empatický, vstřícný a citlivý. Mít dohled nad správným užíváním léků.
- R: Být příjemní, optimističtí, mluvit pravdu, podporovat jejich sebevědomí, chválit je.

- *R: Nenaléhat na ně, navodit pocit důvěry, podávat jednodušší informace, neapelovat na jejich vůli vzchopit se, mluvit klidně a pomalu.*
- *R: Projevit pochopení, snažit se přivést na lepší myšlenky, oceňovat, pochválit vše, co se mu daří.*

Podle respondentů mezi základní zásady komunikace s lidmi s diagnózou deprese patří zachování klidu a trpělivost („*Klid, trpělivost, být u pacienta*“), empatie a citlivost („*Být empatický, vstřícný a citlivý*“), pozitivní myšlení („*Najít smysl života a pozitivně myslet*“), tolerance a pochopení („*Dát najevo své pochopení*“), pochvala a posílení sebevědomí („*Oceňovat, pochválit vše, co se mu daří*“) a získání důvěry („*Navodit pocit důvěry*“). Nutné je také snažit se ho motivovat k léčbě („*Snažit se, aby pochopil, že je nutné vyhledat odbornou pomoc psychiatra a psychologa*“) a zajistit bezpečí klienta („*Při výskytu sebevražedných myšlenek nenechávat je o samotě*“).

Otázka č. 16 S kým budete hovořit při setkání s klientem s lehkou mentální retardací, který je v doprovodu jiné osoby?

- *R: Budu komunikovat přímo s klientem, přičemž si tyto informace mohu ověřit u doprovázející osoby.*
- *R: Budu hovořit především s klientem.*
- *R: Budu mluvit s oběma.*
- *R: Budu se snažit mluvit s klientem.*
- *R: Obrátím se na doprovázející osobu, potřebuji pravdivé informace.*
- *R: Co potřebuji, si zjistím u pacienta, tyto získané informace si pak ověřím u doprovodné osoby tak, aby pacient už u toho nebyl.*
- *R: Budu mluvit s doprovodem, ten je odpovědný za klienta.*
- *R: Převážně s klientem.*
- *R: Asi hlavně s klientem, částečně ale i s doprovodem.*
- *R: Pokud budu sdělovat důležité informace, obrátím se na doprovod, pokud budu mluvit o jednodušších věcech, které nejsou tak zásadní, budu mluvit s klientem.*

- R: *Jednoznačně s klientem.*
- R: *Většinou asi s doprovodem, klient nemusí vždy všemu rozumět.*
- R: *Někdy s klientem, někdy s doprovodem, záleží na situaci.*
- R: *S klientem, o toho se hlavně jedná.*
- R: *S klientem.*
- R: *Asi většinou s klientem.*
- R: *Hlavně s klientem.*
- R: *S pacientem, s tím, že budu mluvit i druhou osobou, pokud klient nebude vědět nebo rozumět tomu, co mu říkám.*
- R: *Myslím, že s oběma, tak mám větší jistotu, že mi je rozuměno.*

#### Sociální pracovníci

- R: *Většinou asi s klientem, i když někdy je zapotřebí něco zjistit od druhé osoby.*
- R: *S klientem.*
- R: *Především s klientem.*
- R: *Hlavně s doprovázející osobou, i když na klienta беру také zřetel.*
- R: *S klientem i jeho doprovodem.*
- R: *S oběma zároveň.*

Na otázku, s kým budou respondenti při setkání s klientem s lehkou mentální retardací, který je v doprovodu druhé osoby, hovořit, většina zdravotnických a sociálních pracovníků odpověděla, že s oběma, buď nejprve hovoří s klientem, poté si informace ověří u doprovodné osoby („*S pacientem, s tím, že budu mluvit i druhou osobou, pokud klient nebude vědět nebo rozumět tomu, co mu říkám*“) nebo nejdříve mluví s doprovázející osobou a potom se obrací na klienta („*Hlavně s doprovázející osobou, i když na klienta беру také zřetel*“) či hovoří s oběma současně („*S oběma zároveň*“).

Dále respondenti mluví pouze s klientem, protože on je ten, o kterého se jedná („*S klientem, on je přece středem zájmu*“). Pouze s doprovodnou osobou hovoří

nejméně respondentů, domnívají se, že od klienta nezískají relevantní informace či jim klient nerozumí („*Obrátím se na doprovázející osobu, potřebuji pravdivé informace*“).

Otázka č. 17 Je podle Vás obtížné jednat s klienty s poruchou osobnosti? Pokud ano, z jakého důvodu?

Zdravotničtí pracovníci

- *R: Ano, často nerozumí, co jim říkáme, mohou ohrožovat své okolí.*
- *R: Ano i ne, každý s poruchou osobnosti potřebuje individuální přístup.*
- *R: Spíše ano, hůře se s nimi komunikuje.*
- *R: Ano, je důležitá zvýšená opatrnost, jejich nálada se neustále mění.*
- *R: Ano, je těžké u nich předpovědět jejich reakci.*
- *R: Ne. Pokud jsou svéprávní, má se s nimi jednat jako se zdravými.*
- *R: Ano, obtížnější komunikace.*
- *R: Ano, je nutná větší trpělivost.*
- *R: Ano, jejich stavy se střídají, proto musíme být pořád „v pozoru“ při komunikaci s nimi.*
- *R: Ano, nepovažují za zdroj svých problémů sami sebe, mají dojem, že by se měl změnit svět než oni. Nejsou ochotní přijmout ani rozumnou míru odpovědnosti sami na sebe.*
- *R: Ano. Obtížně se s nimi komunikuje, trvají stále na svém.*
- *R: Ano, nerespektují názory ostatních, neposlouchají ostatní.*
- *R: Nevím... Asi ano, je s nimi horší domluva.*
- *R: Ano, je třeba stejnou věc opakovat pořád dokola.*
- *R: Jak kdy, také záleží na přístupu personálu. Obtížnost často pramení ze strany personálu, myslím tím netrpělivost, nedůslednost a neposlouchání ze strany pracovníků.*
- *R: Určitě ano. Člověk nikdy neví, jak pacient zareaguje. Je těžké zvolit vhodný způsob komunikace, vhodná slova, hlasitost, tón apod.*
- *R: Někdy ano. S pacienty s poruchou osobnosti se komunikuje jinak, pozorněji.*



- *R: Ano, obtížnost spočívá v nekonečném opakování výzev, pokynů a rad, kterým jakoby pacient nechtěl rozumět.*
- *R: Ano. Personál musí být klidný, laskavý, nesmí se nechat nikdy vyprovokovat. Musí se snažit klientům pomoci.*

#### Sociální pracovníci

- *R: Ano, nemůžeme u nich předvídat jejich chování a reakce.*
- *R: Ano, mohou s námi lehce manipulovat.*
- *R: Ne.*
- *R: Ano. Klient si nepřipouští, že trpí poruchou a problém vidí ve svém okolí.*
- *R: Ano, mohou nastat větší problémy při komunikaci a jednání s nimi.*
- *R: Ano i ne, u každého člověka musíte mít individuální přístup.*

Z odpovědí respondentů vyplývá, že většina zdravotnických a sociálních pracovníků se domnívá, že jednání s klienty s poruchou osobnosti je obtížné. Důvodem je obtížná komunikace (*„Mohou nastat větší problémy při komunikaci s nimi“*), nepředvídatelné reakce a tím i ohrožení bezpečí (*„Je důležitá zvýšená opatrnost, jejich nálada se neustále mění“*) a trpělivost (*„Je nutná větší trpělivost“*). Lidé s poruchou osobnosti nerespektují ostatní a trvají na svém (*„Nepovažují za zdroj svých problémů sami sebe, mají dojem, že by se měl změnit svět než oni. Nejsou ochotní přijmout ani rozumnou míru odpovědnosti sami na sebe“*).

Někteří respondenti se odpověděli, že jednání s klienty s poruchou osobnosti může a nemusí být obtížné, důležitý je individuální přístup ke klientovi (*„U každého člověka musíte mít individuální přístup“*) a vhodný způsob jednání ze strany personálu (*„Záleží na přístupu personálu. Obtížnost často pramení ze strany personálu, myslím tím netrpělivost, nedůslednost a neposlouchání ze strany pracovníků“*).

Otázka č. 18 Je podle Vás klient závislý na alkoholu nebezpečný?

#### Zdravotničtí pracovníci

- *R: Ano, nemůžeme předvídat, co ho napadne.*

- *R: Ano, bývají často agresivní.*
- *R: Ano, v době abstinence jsou nezvladatelní a agresivní, neví, co dělají.*
- *R: Ano, bývá agresivní, dovede i ublížit. Má změny chování, nikdy se neví, jak se může projevit.*
- *R: Ano, jsou agresivní.*
- *R: Ano, v době požití určitě, když nemají, dochází k porušování norem. Nebezpečné jsou také delirantní stavy.*
- *R: Ano, nevíme, co od nich očekávat, jsou agresivní.*
- *R: Jsou agresivní, můžou mít halucinace, sebevražedné sklony, nemají žádné zábrany v chování.*
- *R: Mohou být nebezpeční sobě i okolí, jsou agresivní, mají změny v chování.*
- *R: Ano, při nadměrném požití ohrožuje nejen své zdraví, ale svým chováním, kdy je mu všechno jedno, i své okolí.*
- *R: Ano, je. Z klidu se u něj může projevit agrese. Může začít ubližovat sobě nebo okolí.*
- *R: Ano. Pakliže nemá svou dávku alkoholu, padají zábrany a klient je schopen v podstatě čehokoliv.*
- *R: Ano, závislý klient je hrozbou pro sebe samého a i pro okolí. Často se chová agresivně.*
- *R: Ano, hrozí tu nebezpečí napadení a sebepoškození.*
- *R: Ano, často je agresivní a nebezpečný.*
- *R: Ano, zvláště pokud má abstinenční příznaky, může být velmi nebezpečný.*
- *R: Jak který, každý nebývá agresivní. Nebezpečný je především svou nezodpovědností, např. řízením motorového vozidla pod vlivem alkoholu, alkohol na pracovišti.*
- *R: Ano, při hospitalizaci nemá potřebnou látku, nastává neklid, může dojít k halucinacím, bludům, až psychóze.*
- *R: Ano, často, pokud má abstinenční příznaky.*

## Sociální pracovníci

- *R: Ano, nelze nikdy předvídat, jakým způsobem se zachová.*
- *R: Pouze, když má abstinenční příznaky, jinak ne.*
- *R: Ano, jsou nebezpeční nejen svému okolí, ale i sobě.*
- *R: Myslím si, že tady určité nebezpečí hrozí. Mohou být agresivní. Pokud zrovna potřebují dávku alkoholu, tak jsou schopni proto udělat cokoli, proto si myslím, že je tady velké nebezpečí, jak fyzického napadení, nadávky, urážky apod.*
- *R: Ano. Pokud je právě pod vlivem alkoholu, neovládá své chování a svým jednáním může poškodit sebe a okolí.*
- *R: Nebezpečí může být v tom, že nikdy nevíte, co toho člověka napadne. Může být nebezpečný sám sobě i svému okolí.*

Z odpovědí je zřejmé, že podle zdravotnických a sociálních pracovníků může být klient závislý na alkoholu nebezpečný. Je agresivní („Jsou agresivní, můžou mít halucinace, sebevražedné sklony, nemají žádné zábrany v chování“) a má nepředvídatelné chování („Nebezpečí může být v tom, že nikdy nevíte, co toho člověka napadne“), zejména tehdy, pokud se u něj objeví abstinenční příznaky („Pokud zrovna potřebují dávku alkoholu, tak jsou schopni proto udělat cokoli, proto si myslím, že je tady velké nebezpečí, jak fyzického napadení, nadávky, urážky apod.“).

## 5. Diskuse

V současné době narůstá počet klientů s psychiatrickým onemocněním, psychiatrická onemocnění tak představují stále větší problém, ať už ekonomický či společenský. Nejčastěji se vyskytují depresivní onemocnění (jejich výskyt je dále na vzestupu), poruchy chování a návykové nemoci (26).

Respondenti se nejvíce setkávají či setkali s klienty s demencí, především Alzheimerovou nemocí, schizofrenií, depresí a ostatními afektivními poruchami, mentální retardací. Méně se už setkávají s klienty závislími na alkoholu a klienty s poruchou osobnosti. Předpokládala jsem, že demence a deprese budou patřit k nejčastějším duševním poruchám, se kterými se mohou sociální a zdravotničtí pracovníci setkat. Domnívala jsem se, že se respondenti budou více setkávat také s klienty závislími na alkoholu, to se však nepotvrdilo.

Nezbytnou součástí práce s lidmi je hodnocení jejich chování, jednání, emočního prožívání apod. Každý člověk si postupem času tvoří určitá kritéria, kterými hodnotí dané projevy a určuje tak, co je ještě považováno za „normální“ a co ne (50). Hranice normy je však obtížně vymežitelná a pohyblivá. Pojetí normy lze rozdělit na statistické, funkční a normativní. Statistické pojetí normy chápe normu jako to, co je průměrné, funkční pojetí hodnotí, zda určitý systém plní správně svou funkci, normativní chápání souvisí s odchylkou od předem dané normy (48).

Respondenti se shodli, že normu lze jen velice obtížně vyjádřit. Nejčastěji považovali za „normální“ chování a jednání klientů, které je společností uznáváno ještě jako přijatelné a jsou při něm dodrženy základní pravidla a normy. Mezi „normální“ řadí respondenti i klienty, kteří nemají žádné příznaky onemocnění a cítí se subjektivně dobře. I když, jak již bylo uvedeno dříve, lze normu jako takovou těžko vymežit a ohraničit, domnívám se, že z odpovědí respondentů je zřejmé, že každý má určitou představu o tom, co lze ještě považovat za normu a co již určitým způsobem vybočuje, přičemž tyto hranice mohou být při hodnocení každého klienta jiné s ohledem na jeho osobnost, temperament, vlastnosti, rysy apod.

Lidé se mohou chovat různým způsobem, z jejich chování lze vyčíst, jak danou situaci prožívají, jak ji hodnotí a jak o ní uvažují. Toto chování může odpovídat očekávání, ale také nemusí a může být zcela odlišné. Odlišnost určitých reakcí se může však projevit pouze v zátěžových situacích či situacích, které nejsou pro člověka obvyklé. Proto při hodnocení projevů klienta a hodnocení, zda se jedná nebo nejedná o duševní poruchu, je nutné vzít v úvahu osobnost jedince, jeho vlastnosti, kompetence, situaci, ve které se takto projevuje, a charakter prostředí, ve kterém žije. K pochopení vývoje různých psychických poruch je třeba také brát zřetel na příčinu jejich vzniku. Abnormality jednotlivých duševních funkcí jsou chápány jako symptomy – příznaky duševních poruch, která se mohou vyskytovat v různých kombinacích a vytvářet určitá spojení, která jsou pak charakteristická pro dané duševní onemocnění (50).

Respondenti chápou duševní nemoc nejčastěji jako přítomnost některých poruch, jako jsou poruchy chování, jednání, myšlení, nálad a poruchy osobnosti. Duševní onemocnění bylo také vymezeno jako zhoršené fungování jedince ve společnosti. Z odpovědí je tedy zřejmé, že zdravotníci a sociální pracovníci vystihli vymezení duševní nemoci a rozumí tomu, co vše může duševní nemoc zahrnovat.

Lidé s duševním onemocněním se mohou často jevit jako lidé neschopní, někdy i hloupí, nebezpeční, nezodpovědní, nekontrolovatelní, kteří nerozpoznávají realitu kolem sebe. Tyto stereotypní předsudky bývají označovány jako stigma duševní poruchy a mají především negativní důsledky, ke kterým patří izolace od společnosti, skrývání psychických problémů atd. Stigmatizován může být klient s duševním onemocněním, ale i jeho rodina (40). Zdravotníci i sociální pracovníci většinou uvedli, že lidé s duševním onemocněním nerozpoznají na první pohled, pouze u některých duševních poruch jsou příznaky na první pohled viditelné.

Předcházet stigmatizaci lze tzv. destigmatizací, a to především zdravotnickou osvětou a výchovou, aby nejen veřejnost, ale i odborníci byly schopny porozumět lidem s duševní poruchou, pochopit je a pomoci (40). Respondenti uvedli, že stigmatizaci duševně nemocných lze předcházet osvětou a informovaností společnosti, individuálním přístupem a začleněním duševně nemocných do společnosti, jedná se však o složitý proces. Domnívám se tedy, že zdravotníci i sociální pracovníci rozumí problematice

stigmatizace a znají základní způsoby, jak jí zabránit, mnohem náročnější a obtížnější je však aplikace těchto postupů v praxi.

Lidé s duševním onemocněním mají určitá specifika, jsou často úzkostní, nevyznají se ve svých potížích, mají obavy z vyšetření a léčby, vyskytují se poruchy myšlení, vnímání, emoční poruchy, poruchy paměti apod. Proto je nutné poskytnout klientovi při kontaktu dostatek času a zvolit takový styl komunikace, kterému bude klient rozumět. Žádoucí je také přizpůsobit klientovi své jednání a chování, být empatický a klienta umět vyslechnout (50).

Zdravotníci i sociální pracovníci ve svých odpovědích naznačili, že práce s lidmi s duševním onemocněním je převážně náročnější než s lidmi bez duševního onemocnění. Je zapotřebí jim věnovat více péče, být trpělivý a zvolit takový styl komunikace, kterému rozumí. Domnívám se, že respondenti hodnotí práci s klienty s duševním onemocněním jako náročnější z toho důvodu, že se nespecializují na duševní poruchy a hledání vhodného přístupu ke klientům je tak mnohem náročnější, a také proto, že nemohou klientovi z provozních důvodů vždy poskytnout dostatek času.

V další části výzkumu byla pozornost věnována vybraným syndromům a duševním poruchám a přístupu zdravotnických a sociálních pracovníků ke klientům s agresivním a suicidálním jednáním a chováním, s demencí, schizofrenií, depresí, poruchami osobnosti, mentální retardací a klienty závislými na alkoholu.

Agresivní jednání může být jedním z projevů duševních poruch. Výskyt agresivního chování u klientů s psychiatrickým onemocněním je přibližně 7,5 – 30 % (48). Respondenti se domnívali, že agrese nepatří mezi hlavní příznaky duševních onemocnění, někdy se však může vyskytovat jako dílčí projev.

Při kontaktu s agresivním klientem je základní zásadou zajištění bezpečnosti, nejen své, ale i ostatních klientů. Je nutné nechat si volný únikový východ, informovat kolegu, popř. další osobu, že budu jednat s agresivním klientem, a zajistit dostupnost poplašného zařízení. V případě potřeby aplikovat léky na zklidnění či volat policii (5).

Zdravotníci i sociální pracovníci se při kontaktu s agresivním klientem snaží zachovat klid a neposkytnout jakýkoliv podnět k ještě větší agresi. Zdravotníci pracovníci se často přiklání k aplikaci léků, sociální pracovníci se obrací na policii.

Podle mého názoru je však zapotřebí klást ještě větší důraz na bezpečnost, na druhou stranu si myslím, že to respondenti berou jako samozřejmost, proto zajištění bezpečí ve svých odpovědích tak často nezmínili.

Sebevražda a sebevražedný pokus jsou charakterizovány jako vědomý úmysl dobrovolně zemřít. Výskyt dokonaných sebevražd je 10 – 20 obyvatel na 100 000 ročně, sebevražedných pokusů je přibližně patnáctkrát výše, přičemž mohou být spojeny s duševní poruchou, nejčastěji s depresí, psychotickou poruchou či závislostí na alkoholu a ostatních psychoaktivních látkách. (48). Při setkání s lidmi, kteří mají sebevražedné úmysly, je nutné brát v úvahu všechny varovné signály, mezi které mohou patřit sebevražedné úvahy, fantazie či verbální zmínky. Není pravda, že kdo o sebevraždě hovoří, ji nakonec nespáchá. Při kontaktu s klientem, který mluví o sebevraždě, je zapotřebí s ním navázat kontakt a získat důvěru, nabídnout mu svou účast a zájem, vyslechnout ho, definovat problém a společně s klientem nalézt možné způsoby řešení (50).

Při rozhovorech jsem úmyslně položila otázku tak, zda se respondenti setkali s klientem, který mluví o sebevraždě, a jak se zachovali, nikoliv jak by se zachovali. Domnívám se totiž, že jednání a komunikace s klientem, který hovoří o sebevraždě, patří k takovým obtížným situacím, kde se mohou teoretická úvaha a praktické jednání od sebe zcela lišit. Více než polovina respondentů se setkala s klientem, který hovořil o sebevraždě. S klientem se snažili mluvit o vzniklé situaci, nijak tuto situaci nezlehčovali a snažili se klientovi sebevraždu rozmluvit či převést řeč na jiné téma. Těch respondentů, kteří si myslí, že kdo o sebevraždě mluví, tak ji nespáchá, bylo méně, než jsem se domnívala. Je tedy zřejmé, že zdravotníci i sociální pracovníci, kteří se již setkali s klienty se sebevražednými úmysly, umí s těmito klienty jednat.

Demence je získané postižení, mezi jeho hlavní příznaky patří poruchy kognitivních funkcí (postižení paměti, formální i obsahové poruchy myšlení, narušení pozornosti, poruchy řeči, narušení orientace časem, místem i osobou), emoční poruchy a nápadnosti v chování (50). Při jednání s klienty, kteří onemocněli demencí, je nutné mít dostatečnou trpělivost, přizpůsobit tempo a tón řeči klientovi, mluvit pomalu

a srozumitelně, a ověřit si, zda klient rozuměl. Nutné je také brát zřetel na klientovu bezpečnost, odstranit z jeho dosahu vše, čím by si mohl ublížit (28).

Respondenti jako hlavní projevy demence uvedli poruchu paměti, zmatenost, dezorientace místem, časem i osobou, ztížená komunikace, agresivita a podezíravost, které plynou ze zapomínání. Při komunikaci kladou zdravotníci i sociální pracovníci důraz na trpělivost, klidný a empatický přístup a zvýšený dohled na klienta k zajištění jeho bezpečí. Podle mého názoru ovládají respondenti problematiku demencí, rozpoznají klienta, který onemocněl demencí, a znají základní zásady při komunikaci s ním.

Schizofrenie je duševní onemocnění, pro které jsou charakteristické pozitivní psychotické příznaky - obsahové poruchy myšlení (bludy), formální poruchy myšlení, poruchy vnímání (halucinace) - a negativní psychotické příznaky, které jsou nejvíce patrné v emoční a volní složce. Lidé se schizofrenií ztrácí motivaci, neprožívají radost, je ochuzena řeč, sociálně se izolují, jsou apatičtí (48). Pokud klient má bludy či halucinace, doporučuje se je nevyvracet, ale ani nepotvrzovat. Pokud to jde, je lépe se vyhnout diskusím o nich, pokud si však klient o nich povídat chce, je dobré se soustředit, jak bludy a halucinace klient prožívá (33).

Odpovědi respondentů naznačily, že k základním projevům schizofrenie se řadí poruchy myšlení a vnímání, změny osobnosti, emoční poruchy, problémy v komunikaci a obtíže při adaptaci. Pokud má klient bludy nebo halucinace, je vhodné podle respondentů, vysvětlit realitu či ho zejména kvůli své bezpečnosti v bludech nechat. Méně respondentů odpovědělo, že by se snažili s klientem o bludech hovořit, především o jeho pocitech. Z odpovědí je tedy zřejmé, že zdravotníci a sociální pracovníci znají základní příznaky schizofrenie, pokud má však klient bludy nebo halucinace, neví často, jak ke klientům správně přistupovat. Domnívám se, že je to proto, že se respondenti obávají o svou bezpečnost a nechtějí klienta vyprovokovat.

Deprese patří mezi afektivní poruchy. Mezi její hlavní projevy patří emoční poruchy – patologická depresivní nálada, celkový útlum a zpomalení psychických procesů, koncentrace, změna psychomotorického tempa, zhoršené sebehodnocení a v neposlední řadě i suicidální jednání (50). Při komunikaci a jednání s depresivními



klienty je důležité klienta podpořit, poskytnout mu bezpečné prostředí a citovou podporu, nezlehčovat jeho stav, nebagatelizovat jeho problémy a umět ho vyslechnout (38).

Respondenti se převážně shodli, že mezi hlavní projevy deprese patří poruchy nálady, ztráta energie, nesoustředěnost, ztráta zájmů a výskyt sebevražedných myšlenek. K základním zásadám komunikace s depresivními klienty zařadili klidný přístup, trpělivost, empatii, toleranci, pochopení a získání důvěry. Z odpovědí zdravotnických a sociálních pracovníků je patrné, že znají základní projevy depresivního onemocnění a hlavní zásady komunikace s klienty s touto poruchou. Myslím si, že důvodem je blízkost tématu, neboť každý se během svého života setká s člověkem, který má depresi, i když se nemusí jednat o depresi v pravém slova smyslu.

Mentální retardace je charakterizována jako celkové poškození intelektových funkcí s narušením vývoje celé osobnosti. Lze ji rozdělit do 4 forem, od lehké mentální retardace, kdy je jedinec schopen dosáhnout základního vzdělání a najít zaměstnání, až po hlubokou mentální retardaci, kdy je člověk zcela odkázán na péči druhé osoby (48). Při komunikaci s lidmi s mentální retardací se doporučuje dodržovat některé zásady, ke kterým se řadí trpělivost a tolerance, partnerský přístup, přizpůsobení tempa řeči a možnostem klienta, jednání přímo s klientem, přičemž o doplňující informace lze požádat doprovodnou osobu na závěr setkání (51).

Respondenti uvedli, že při setkání s klientem s lehkou mentální retardací, který je v doprovodu jiné osoby, převážně hovoří s klientem i doprovodnou osobou. Zdravotníci i sociální pracovníci tak dodržují jednu z hlavních zásad komunikace s lidmi s mentální retardací.

Poruchy osobnosti jsou charakterizovány jako trvalé a těžko ovlivnitelné osobnostní rysy. Zvýrazněny jsou určité vlastnosti a odchylky v emoční oblasti, uvažování i chování, které vedou k narušení osobní pohody a sociální adaptace. Lidé s poruchou osobnosti nemají náhled na své chování, často se chovají neadekvátně, nepoučí se ze zkušeností a jsou rezistentní ke změnám (50).

Výsledky výzkumu poukazují na to, že zdravotníci i sociální pracovníci považují jednání s klienty s poruchou osobnosti za obtížné. Důvodem je ztížená komunikace, nepředvídatelné reakce a nerespektování názorů a postojů ostatních.

Alkohol patří mezi nejvíce zneužívané drogy na celém světě, závislost na alkoholu má za následek nejen zdravotní rizika pro jedince, ale také obrovské materiální ztráty pro společnost. Člověk, který je akutně intoxikován, je v euforii, dochází k jeho celkovému uvolnění. V případě těžké intoxikace se však může jedinec chovat agresivně a podrážděně (50).

Respondenti uvedli, že klienti závislí na alkoholu mohou být nebezpeční a agresivní, a to především pokud mají abstinenční příznaky. Je tedy zřejmé, že zdravotníci i sociální pracovníci předpokládají u klientů závislých na alkoholu určitý stupeň nebezpečí, je však nutné zdůraznit, že toto nebezpečí nehrozí jen v rámci abstinenčních příznaků, ale může se objevit převážně ve fázi akutní intoxikace.

Cílem práce bylo zjistit, jaký přístup mají zdravotníci a sociální pracovníci ke klientům s psychiatrickým onemocněním. Domnívám se, že tento cíl byl splněn. Z výsledků výzkumu lze stanovit 2 hypotézy: 1. Zdravotníci a sociální pracovníci respektují klienty s duševním onemocněním a přistupují k nim s ohledem na projevy jejich nemoci. 2. Zdravotníci a sociální pracovníci znají specifika a zvláštnosti přístupu ke klientům s konkrétním duševním onemocněním.

Podle mého názoru mohly být výsledky výzkumu ovlivněny tím, že jsem oslovila celkem 33 respondentů, 8 respondentů však rozhovor ukončilo po položení prvních otázek. Domnívám se, že důvodem byla jejich neznalost a nevědomost, nikoliv neochota.

V odpovědích zdravotnických pracovníků a v odpovědích sociálních pracovníků nebyly patrné rozdíly.

## 6. Závěr

Společnost může mít určité předsudky vůči lidem s duševním onemocněním, duševně nemocní se mohou jevit jako lidé neschopní, nezodpovědní, nebezpeční. Tyto předsudky nemusí být pouze ze strany široké veřejnosti, ale také z řad zdravotnických a sociálních pracovníků. Cílem práce bylo zjistit, jaký přístup mají zdravotničtí a sociální pracovníci ke klientům s psychiatrickým onemocněním. Domnívám se, že tento cíl byl splněn.

Zdravotničtí a sociální pracovníci umí vymežit duševní poruchu, každý má svou představu o tom, co ještě je a co už není „normální“, a shodně přiznávají, že hranice normy lze jen obtížně vyjádřit, přičemž záleží na subjektivním hodnocení každého pracovníka.

Zdravotničtí a sociální pracovníci se orientují v problematice stigmatizace duševně nemocných. Odstranit předsudky o klientech s duševní poruchou lze podle nich osvětou a informovaností, jedná se však o velice složitý a náročný úkol.

Zdravotničtí a sociální pracovníci umí pracovat s agresivními klienty a jednat s klienty, kteří hovoří o sebevraždě. Mají znalosti o základních příčinách a projevech duševních poruch a dodržují základní zásady při komunikaci a jednání s klienty s duševním onemocněním. Při práci s klienty také kladou důraz na zajištění bezpečí jak klienta, tak i okolí.

Z výzkumu vyplynuly 2 hypotézy: 1. Zdravotničtí a sociální pracovníci respektují klienty s duševním onemocněním a přistupují k nim s ohledem na projevy jejich nemoci. 2. Zdravotničtí a sociální pracovníci znají specifika a zvláštnosti přístupu ke klientům s konkrétním duševním onemocněním.

Diplomová práce přispěla ke zmapování problematiky postojů a přístupu zdravotnických a sociálních pracovníků ke klientům s duševní poruchou, včetně znalostí a specifík jednání a komunikace s klienty s konkrétním duševním onemocněním.

Diplomová práce bude využita jako zpětná vazba pro zdravotní sestry na chirurgickém oddělení Nemocnice Strakonice a. s. v oblasti zvýšení povědomí o problematice práce s klientem s duševním onemocněním.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. *Alkohol und Drogen: Suchtprobleme bei Auszubilde.* [online]. [cit. 2009-03-08]. Dostupné z: <http://ausbildung-lehre.suite101.de/article.cfm/alkohol-und-drogen>.
2. *Alzheimerova choroba.* [online]. [cit. 2009-03-02]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/alzheimerova-choroba>.
3. *Alzheimerova choroba.* [online]. [cit. 2009-03-07]. Dostupné z: [http://zdravcentra.cz/ps/rde/xchg/zc/xsi/3626\\_2735.html](http://zdravcentra.cz/ps/rde/xchg/zc/xsi/3626_2735.html).
4. BAUDIŠ, Pavel – LIBIGER, Jan. *Psychiatrie a etika.* 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 156 s. ISBN 80-7262-104-1.
5. BEER, M. Dominic – PEREIRA, Stephen M. – PATON, Carol. *Intenzivní péče v psychiatrii.* 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 296 s. ISBN 80-247-0363-7.
6. BREZNOŠČÁKOVÁ, Dagmar – PÁLOVÁ, Eva – BODNÁR, Boris. Bipolární depresia – současné trendy léčby. *Psychiatrie.* [online] 2007, vol.11 [2009-03-02] Dostupné z: [http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/documents/06\\_Breznoscakova.pdf](http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/documents/06_Breznoscakova.pdf).
7. BUIJSSEN, Huub. *Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele.* 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 136 s. ISBN 80-7367-081-x.
8. CALLONE, R. Patricia. et al. *Alzheimerova nemoc. 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe.* 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4.
9. COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi.* 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 199s. ISBN 80-7178-497-4.
10. *Co je to za nemoc.* [online]. 26.11. 2008 [cit. 2009-03-07]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/6b.html>.
11. *Čo je demencia?* [online]. [cit. 2009-03-02]. Dostupné z: [http://www.janssen-cilag.sk/disease/detail.jhtml?itemname=dementia\\_about](http://www.janssen-cilag.sk/disease/detail.jhtml?itemname=dementia_about).
12. *Čo je závislosť.* [online]. [cit. 2009-03-08]. Dostupné z: <http://www.drogynie.sk/re-zavislost.phg>.
13. DODKOVÁ, Jitka. *Historie psychiatrie v Čechách.* [online]. [cit. 2008-09-16]. Dostupné z:

[http://www.psychiatickasekce.estranky.cz/clanky/odbornetexty\\_historie-  
psychiatrie/historie-psychiatrie-v-cechach](http://www.psychiatickasekce.estranky.cz/clanky/odbornetexty_historie-<br/>psychiatrie/historie-psychiatrie-v-cechach).

14. HERMAN, Erik - HOVORKA, Jiří – ŠVESTKA, Jaromír. *Depresivní porucha a somaticky nemocní v ordinaci praktického lékaře*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2005. 64 s. ISBN 80-7345-060-7.
15. HONZÁK, Radkim et al. *Úzkostný pacient*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 180 s. ISBN 80-7262-367-2.
16. HOPPE, Stefan. *Schizophrenie*. [online]. [cit. 2009-03-8]. Dostupné z: <http://www.medizin-netz.de/framesets/fseticenterschizophrenie.htm>.
17. JANÍČEK, Jeroným. *Když úzkost bolí*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. 208 s. ISBN 978-80-7367-366-6.
18. KROUŽKOVÁ, Petra. *Světové dějiny psychiatrie a pedopsychiatrie*. [online]. 7. 12. 2007. [cit. 2008-09-16]. Dostupné z: [http://www.psychiatickasekce.estranky.cz/clanky/odbornetexty\\_historie-  
psychiatrie/svetove-dejiny-psychiatrie-a-pedopsychiatrie](http://www.psychiatickasekce.estranky.cz/clanky/odbornetexty_historie-<br/>psychiatrie/svetove-dejiny-psychiatrie-a-pedopsychiatrie).
19. KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 109 s. ISBN 80-247-1491-4.
20. LAJKEP, Tomáš – PRUDIL, Lukáš. *Etika a právo v psychiatrii. Zdravotnické právo v praxi* [online]. 2006, no. 1. [cit. 2008-09-16]. Dostupné z: [http://  
Solen\\_pra-200601-0003\[1\].pdf](http://Solen_pra-200601-0003[1].pdf).
21. MALÁ, Eva – PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie, učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
22. MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 196 s. ISBN 80-247-0737-3.
23. MARKOVÁ, Eva – VENGLÁŘOVÁ, Martina – BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

24. MARTINOVÉ, Mária. Závislost u ženy a muže, rozdíly v pohlaví. *Psychiatrie pro praxi*. [online] 2003, no. 3 [2009-03-08]. Dostupné z: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/1157.pdf>.
25. MERKLE, Rolf. *Symptome und Gefühle bei Depressionen*. [online]. [cit. 2009-03-16]. Dostupné z: <http://www.palverlag.de/Depressionen.html>.
26. MIHALCO, Zdeněk. *Česká psychiatrie je v krizi* [online]. [cit. 2008-05-11]. Dostupné z: [http://sanatorium.mrakoplas.net/index2.php?option=com\\_content&task=view&id](http://sanatorium.mrakoplas.net/index2.php?option=com_content&task=view&id).
27. *Národní psychiatrický program* [online]. Magic Ware, 2006. [cit. 2008-05-11]. Dostupné z: <http://www.ceskapsychiatrie.cz/Text/npp?MenuItemId=127>.
28. *O Alzheimerově chorobě*. [online]. [cit. 2009-03-08]. Dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=25/zheimerovechorobe>.
29. ONDRIÁŠOVÁ, Mária. *Psychiatria*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-199-9.
30. PIDRMAN, Vladimír. Bipolární afektivní porucha. *Psychiatrie pro praxi*. [online] 2003, no. 2 [2009-02-27] Dostupné z: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/1147.pdf>.
31. PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
32. *Poruchy osobnosti*. [online]. [cit. 2009-03-07]. Dostupné z: <http://psychiatria.szm-sk./v10.html>.
33. PRAŠKO, Ján et al. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. 1. vydání. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. 96 s. ISBN 80-239-5482-2.
34. PRAŠKO, Ján et al. *Poruchy osobnosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-737-X.
35. PRAŠKO, Ján et al. *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2003. 192 s. ISBN 80-7333-002-4.

36. PRAŠKO, Ján et al. *Psychotická porucha a její léčba*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 90 s. ISBN 80-85912-65-1.
37. PRAŠKO, Ján. Péče o suicidálního klienta. *Psychiatrie pro praxi*. [online] 2006, no.4 [2009-03-09]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz>.
38. PRAŠKO, Ján – PRAŠKOVÁ, Hana – PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat. Stop zoufalství a beznaděži*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 184 s. ISBN 80-7178-809-0.
39. PRAŠKO, Ján – PRAŠKOVÁ, Hana – PRAŠKOVÁ, Jana. *Specifické fobie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. 224 s. ISBN 978-80-7367-300-0.
40. PRAŠKO, Ján. Stigmatizace u „psychogenních poruch“. *Psychiatrie* [online]. 2001, no.1. [cit. 2008-09-16]. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/07prasko.htm>.
41. PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: Klasifikace, diagnostika a léčba*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 416 s. ISBN 80-7178-992-6.
42. *Psychopatologie a norma, kategorizace abnormního chování, patologie osobnosti*. [online]. [cit. 2008-11-25]. Dostupné z: <http://home.pf.jcu.cz/~stuchl/Patologie.htm>.
43. ROHN, Ewald – MAHNKOPF, Angela. *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2000. 468 s. ISBN 80-7169-964-0.
44. *Schizofrenie*. [online]. [cit. 2009-03-06]. Dostupné z: <http://19771976.sweb.cz/co.html>.
45. STROSSOVÁ, Irena. *Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi*. [online]. 15.11.2006. [cit. 2009-02-25]. Dostupné z: <http://www.mujweb.cz/zdravi/jilek/skupin-terapie.html>.
46. STYX, Petr. *O psychiatrii, jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.
47. *Sucht und Abhängigkeit*. [online]. [cit. 2009-03-08]. Dostupné z: <http://www.studentenberatung.at/studentenberatung/de/sucht-und-abhaengigkeit.htm>.

48. SVOBODA, Mojmír – ČEŠKOVÁ, Eva – KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
49. ŠIMOROVÁ, Andrea. *Drogy ako spoločenský problém*. [online]. [cit. 2009-03-08]. Dostupné z: <http://www.vvzsr.sk/priloha.html/592518/3/drogy-ako-spolocensky-problem.pdf?html=1>.
50. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
51. VENGLÁŘOVÁ, Martina – MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-126-28.
52. VYMĚTAL, Jan et al. *Speciální psychoterapie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2007. 400s. ISBN 978-80-247-1315-1.
53. VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2003. 264 s. ISBN 80-247-0253-3.
54. WENIGOVÁ, Barbora. *Stigma a psychiatrie* [online]. [cit. 2008-09-16]. Dostupné z: <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psychiatrie-napric-casem-wenigova.html>.
55. ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.
56. ZVOLSKÝ, Petr et al. *Obecná psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 2006. 192 s. ISBN 80-7184-494-2.
57. ZVOLSKÝ, Petr et al. *Speciální psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2001. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.



## **8. Klíčová slova**

Duševní porucha

Klient

Stigmatizace

Komunikace

Přístup

## **9. Přílohy**

Příloha 1 – Otázky k rozhovoru

Příloha 2 – Přepis rozhovoru se zdravotnickým pracovníkem

Příloha 3 – Přepis rozhovoru se sociálním pracovníkem

## **Příloha 1 – Otázky k rozhovoru**

1. Setkal/a jste se někdy ve své praxi s klienty s duševním onemocněním? Pokud ano, s jakým?
2. Jak chápete normu (s ohledem k duševním onemocněním)?
3. Jak byste vymezili duševní nemoc?
4. Víte, co znamená stigmatizace (nálepkování) duševně nemocných? Pokud ano, jakým způsobem jí lze předejít?
5. Jsou podle Vás klienti s duševním onemocněním na první pohled rozpoznatelní?
6. Je podle Vás práce s klienty s duševním onemocněním náročnější než s ostatními klienty bez duševního onemocnění?
7. Myslíte, že mezi hlavní příznaky duševních onemocnění patří agrese?
8. Jak se zachováte, pokud se klient chová agresivně?
9. Setkal/a jste se ve své práci s klientem, který hovořil o sebevraždě? Pokud ano, jak jste se zachoval/a?
10. Jaké jsou podle Vás hlavní projevy klientů, u nichž byla diagnostikována demence?
11. Co je podle Vás důležité v přístupu k lidem s diagnózou demence?
12. Jak se podle Vás projevují klienti s diagnózou schizofrenie?
13. Jak se zachováte, pokud klient s diagnózou schizofrenie má bludy nebo halucinace?
14. Jak byste charakterizovali klienty s diagnózou deprese?
15. Jaké jsou podle Vás důležité zásady komunikace s lidmi s diagnózou deprese?
16. S kým budete hovořit při setkání s klientem s lehkou mentální retardací, který je v doprovodu jiné osoby?
17. Je podle Vás obtížné jednat s klienty s poruchou osobnosti?
18. Je podle Vás klient závislý na alkoholu nebezpečný?

## **Příloha 2 – Přepis rozhovoru se zdravotnickým pracovníkem**

1. Setkal/a jste se někdy ve své praxi s klienty s duševním onemocněním? Pokud ano, s jakým? R: Ano, se schizofrenií, psychózami a maniodepresivní poruchou.
2. Jak chápete normu (s ohledem k duševním onemocněním)? R: Norma je takové chování, při kterém pacient neohrožuje sebe nebo své okolí.
3. Jak byste vymezili duševní nemoc? R: O duševní onemocnění se jedná tehdy, pokud si pacient myslí, že se chová „normálně“, ale jeho reakce, odpovědi a jednání tomu neodpovídá.
4. Víte, co znamená stigmatizace (nálepkování) duševně nemocných? Pokud ano, jakým způsobem jí lze předejít? R: Ano. Léčba nemocných na psychiatrii pro většinu okolí znamená zařazení duševně nemocných do jedné skupiny, která je hanlivě označována, nemocný se pak stydí za svou nemoc a izoluje se od společnosti. Přecházet tomu lze osvětou, vysvětlením, seznámením veřejnosti s projevy duševně nemocných.
5. Jsou podle Vás klienti s duševním onemocněním na první pohled rozpoznatelní? R: Jak kteří, většinou ale ne.
6. Je podle Vás práce s klienty s duševním onemocněním náročnější než s ostatními klienty bez duševního onemocnění? R: Ano, nemoc berou na lehkou věc nebo naopak tragicky. Jejich základní onemocnění vše komplikuje – chápání, rozpoznávání, spolupráci.
7. Myslíte, že mezi hlavní příznaky duševních onemocnění patří agrese? R: Většinou ano.

8. Jak se zachováte, pokud se klient chová agresivně? R: Chovám se trpělivě, nezvedám hlas, naopak ztišuji, neprovokuji ho a neberu si nic osobně.
9. Setkal/a jste se ve své práci s klientem, který hovořil o sebevraždě? Pokud ano, jak jste se zachoval/a? R: Ano, snažila jsem se zůstat klidná. Nenechávala jsem pacienta o samotě a vše jsem nahlásila lékaře. S pacientem jsem neustále komunikovala a pokoušela jsem se mu to rozmluvit.
10. Jaké jsou podle Vás hlavní projevy klientů, u nichž byla diagnostikována demence? R: Nevyznají se v místě, neví často, který je rok, neví, kdo jsou. Nepoznávají svou rodinu, jsou zmatení, mohou se snadno zranit.
11. Co je podle Vás důležité v přístupu k lidem s diagnózou demence? R: Trpělivost, klid, věčné opakování a hlavně zvýšený dohled.
12. Jak se podle Vás projevují klienti s diagnózou schizofrenie? R: Odpovídají sami sobě, mají bludy, halucinace, slyší hlasy, mluví nesouvisle, mění rychle plány a jsou nervózní.
13. Jak se zachováte, pokud klient s diagnózou schizofrenie má bludy nebo halucinace? R: Nebudu mu je vyvracet.
14. Jak byste charakterizovali klienty s diagnózou deprese? R: Jsou smutní, vyčerpaní, často pláčou, mají pochybnosti. Ztrácí energii, zájem o práci, kamarády, nechtějí žít.
15. Jaké jsou podle Vás důležité zásady komunikace s lidmi s diagnózou deprese? R: Klidně a vyrovnaně. Přesvědčit ho, že tento stav je nemoc, za kterou on nemůže a přesvědčit ho o léčbě.

16. S kým budete hovořit při setkání s klientem s lehkou mentální retardací, který je v doprovodu jiné osoby? R: S pacientem, s tím, že budu mluvit i druhou osobou, pokud klient nebude vědět nebo rozumět tomu, co mu říkám.
17. Je podle Vás obtížné jednat s klienty s poruchou osobnosti? R: Ano, obtížnost spočívá v nekonečném opakování výzev, pokynů a rad, kterým jakoby pacient nechtěl rozumět.
18. Je podle Vás klient závislý na alkoholu nebezpečný? R: Ano, při hospitalizaci nemá potřebnou látku, nastává neklid, může dojít k halucinacím, bludům, až psychóze.

### **Příloha 3 – Přepis rozhovoru se sociálním pracovníkem**

1. Setkal/a jste se někdy ve své praxi s klienty s duševním onemocněním? Pokud ano, s jakým? R: Ano, se schizofrenií, depresí a Alzheimerovou demencí.
2. Jak chápete normu (s ohledem k duševním onemocněním)? R: „Normální“ je to, co se nevymyká průměru.
3. Jak byste vymezili duševní nemoc? R: Psychické onemocnění, které způsobuje zkreslené vnímání reality, a omezuje postiženého v jeho každodenním fungování.
4. Víte, co znamená stigmatizace (nálepkování) duševně nemocných? Pokud ano, jakým způsobem jí lze předejít? R: Ano, vím, co znamená stigmatizace duševně nemocných. Předcházet jí lze informováním veřejnosti, vzděláváním a začleňováním duševně nemocných mezi zdravé.
5. Jsou podle Vás klienti s duševním onemocněním na první pohled rozpoznatelní? R: Záleží na tom, o které onemocnění se jedná – někteří ano, někteří ne, záleží, v jaké fázi onemocnění je, zda je léčené apod.
6. Je podle Vás práce s klienty s duševním onemocněním náročnější než s ostatními klienty bez duševního onemocnění? R: Ano, práce s nimi je psychicky náročnější. T: V čem konkrétně? R: Je obtížné s nimi komunikovat tak, aby pochopili, co jim říkáme, je nutná větší trpělivost.
7. Myslíte, že mezi hlavní příznaky duševních onemocnění patří agrese? R: Nemyslím, nelze to takto zobecnit.

8. Jak se zachováte, pokud se klient chová agresivně? R: Snažím se o uklidnění takového klienta. T: Jakým způsobem se ho snažíte uklidnit? R: Snažím se, abych jeho agresivitu nezvýšila ještě víc, to znamená, že klidná musím zůstat hlavně já, nezvyšuji na klienta hlas, nijak nehodnotím jeho chování.
9. Setkal/a jste se ve své práci s klientem, který hovořil o sebevraždě? Pokud ano, jak jste se zachoval/a? R: Ano, s klientkou jsem situaci probrala a vyslechla ji. Naproti tomu jsem ale nabyla dojem, že to nemyslí vážně.
10. Jaké jsou podle Vás hlavní projevy klientů, u nichž byla diagnostikována demence? R: Lidé s demencí hodně zapomenou, nevzpomínají si na to, o čem jsme s nimi hovořili před chvílí, obtížněji chápou, co jim chceme sdělit.
11. Co je podle Vás důležité v přístupu k lidem s diagnózou demence? R: Záleží na fázi onemocnění. Pokud je dezorientovaný, neshazovat ho a přijímat jeho odpovědi jako pravdivé, i když vím, že tomu tak není. Poté si tyto informace ověřit u příbuzných klienta.
12. Jak se podle Vás projevují klienti s diagnózou schizofrenie? R: Záleží, v jakém stadiu se nemoc nachází. Obtížné dorozumívání, zapomínání, zakládání věci, podezíravost, vztahovačnost, popírání problémů a poruchy paměti, dezorientace v čase, bloudění na známých místech, obtížné rozhodování a bezradnost, ztráta iniciativy, známky deprese, úzkosti a agresivity, ztráta zájmu o koníčky, změna osobnosti – sobeckost a egocentričnost.
13. Jak se zachováte, pokud klient s diagnózou schizofrenie má bludy nebo halucinace? R: Snažila bych se vyhledat lékařskou pomoc. Nelze předvídat, jaké bude jeho chování, zda neohrozí mne nebo sám sebe. T: A jak byste reagovala na jeho bludy či halucinace? Vyvracela byste mu je nebo ho v nich utvrzovala či



volila něco mezi tím? R: Nechala bych ho, ať si to myslí. Myslím, že je to méně nebezpečné, než když se s ním budu hádat, že tomu tak není.

14. Jak byste charakterizovali klienty s diagnózou deprese? R: Jsou sklíčení, smutní, plačtiví, mají nedostatek energie a sklony k sebevraždě.

15. Jaké jsou podle Vás důležité zásady komunikace s lidmi s diagnózou deprese? R: Rozhodně se nesnažit okatě rozveselovat, nebagatelizovat klientovy pocity a problémy. Být upřímný a snažit se pomoci.

16. S kým budete hovořit při setkání s klientem s lehkou mentální retardací, který je v doprovodu jiné osoby? R: Většinou asi s klientem, i když někdy je zapotřebí něco zjistit od druhé osoby.

17. Je podle Vás obtížné jednat s klienty s poruchou osobnosti? R: Ano, nemůžeme u nich předvídat jejich chování a reakce.

18. Je podle Vás klient závislý na alkoholu nebezpečný? R: Ano, nelze nikdy předvídat, jakým způsobem se zachová.