

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra psychologie

PSYCHICKÉ ZDRAVÍ RODIČŮ

Bakalářská práce

Dominika Fikarová

Výchova ke zdraví (2010-2013)

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.

Plzeň, duben 2013

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracovala samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 26.4.2013

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce Mgr. Vladimíře Lovasové, Ph.D. za odborné vedení, ochotu při konzultacích, rady a čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat rodině za psychickou podporu při psaní této práce.

Obsah

Úvod.....	7
1 Teorie zdraví	8
2 Psychické zdraví.....	12
2.1 Duševní poruchy	14
2.1.1 Příčiny vzniku duševních poruch	15
2.1.2 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním alkoholu.....	16
2.1.3 Psychotické poruchy	17
2.1.4 Neurotické poruchy	20
2.1.5 Poruchy osobnosti	21
2.2 Psychické zdraví v rodině	24
2.2.1 Rodina a její funkce.....	25
2.2.2 Duševně zdravá rodina	26
2.2.3 Duševně nezdravá rodina	27
2.2.4 Rodičovské role.....	28
2.3 Psychické zdraví rodičů	28
2.3.1 Rodič s psychotickou poruchou	29
2.3.2 Rodič s neurotickou poruchou.....	30
2.3.3 Rodič s poruchou osobnosti	30
3 Analýza psychiatrické péče v ČR.....	31
3.1 Analýza statistik ÚZIS	32
3.1.1 Analýza pacientů dle pohlaví a věku.....	33
3.1.2 Analýza pacientů dle skupin diagnóz, pohlaví a věku	34
3.1.3 Analýza pacientů dle věku a rodinného stavu	36
3.1.4 Analýza pacientů dle pohlaví, rodinného stavu a skupin diagnóz.....	38
3.1.5 Analýza pacientů dle pohlaví, skupin diagnóz a krajů ČR.....	39

3.2	Profil psychického onemocnění rodičů	41
4	Závěr	43
5	Resumé.....	45
6	Použitá literatura	47
7	Seznam obrázků, tabulek a grafů	50
8	Přílohy.....	51

Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila „Psychické zdraví rodičů“ a to z toho důvodu, že je pro mě rodina blízká a záleží mi na jejím jak psychickém, tak i fyzickém zdraví. Chtěla jsem proto více prozkoumat tuto problematiku a zjistit, proč rodiče trpí duševním onemocněním, jaké jsou příčiny a příznaky a jak se nemoc odráží v jejich rolích. Myslím si, že toto téma je zajímavé pro všechny, kteří budou nebo již jsou rodiči a možná si díky této práci uvědomí pár důležitých věcí a budou se snažit upevňovat své psychické zdraví a předejít duševním nemocem. Samozřejmě pokud se nejedná o nemoci, na které má vliv dědičnost a které nelze nijak ovlivnit.

Bakalářskou práci rozdělím na dvě části, část teoretickou a část praktickou. V první kapitole teoretické části se zabývám zdravím obecně, uvádím několik definic, jejich klady a zápory. Píši zde o zdraví jako o jedné z nejdůležitějších hodnot v našem životě. V další kapitole již popisuji psychické zdraví, jeho rozvoj a kritéria pro jeho udržení. Dále se zaměřím na duševní poruchy, které s psychickým zdravím úzce souvisí. Budu se zabývat poruchami dle MKN-10, se kterými se u rodičů můžeme setkat nejčastěji. První diagnózou bude porucha vyvolaná užíváním alkoholu, poté budou následovat poruchy psychotické, neurotické a poruchy osobnosti. U každé této skupiny onemocnění uvádím jejich rozdělení, příčiny vzniku a příznaky, které se u nemocného objevují. Dalším bodem je vliv psychického zdraví na funkci a poruchy rodinného života, popisuji zde znaky duševně zdravé a duševně nezdravé rodiny. Poslední kapitolou v teoretické části a to kapitolou nejdůležitější je psychické zdraví rodičů. Zabývám se zde vybranými poruchami, popisuji, jak se chová rodič s určitou poruchou, v čem selhává a jaký to má vliv na rodinu a dítě.

V praktické části se věnuji psychiatrické péči v České republice v roce 2011. Provedu analýzu statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) podle věku, pohlaví, krajů a rodinného stavu. Následně vytvořím pravděpodobný profil psychického onemocnění rodičů.

Cílem mé práce je u jedinců ve věku rodičovských rolí zmapovat psychická onemocnění, kterými v dnešní době nejvíce trpí a následně shrnout dopady těchto onemocnění na rodinu a děti.

Doufám, že má bakalářská práce bude mnohým přínosem.

1 Teorie zdraví

Jednou z nejdůležitějších hodnot v našem životě je zdraví. Bohužel si to spousta lidí uvědomí, až když cítí nějakou bolest či jsou nemocní. Přesně jak říká jedno latinské přísloví: „*Zdraví je dobro, o němž nevíme, dokud ho neztratíme*“. Každý člověk by si měl své zdraví chránit a pečovat o něj. Pojďme se tedy podívat, co si vlastně pod pojmem zdraví máme představit.

„*Obecně zdraví chápeme jako něco, co souvisí s neporušeností, s dobrou koordinací a správnou funkcí všech orgánů i celého organismu.*“ [19]

Křivohlavý [5] uvádí, co si pod pojmem zdraví představují lidé s různým zaměřením podle Seedhouse:

Lékař – pojmem „zdraví“ si vysvětluje nepřítomnost nemoci či úrazu

Sociolog – pojmem „zdravý člověk“ rozumí člověka, který je schopen dobře fungovat ve všech sociálních rolích, které mu přísluší

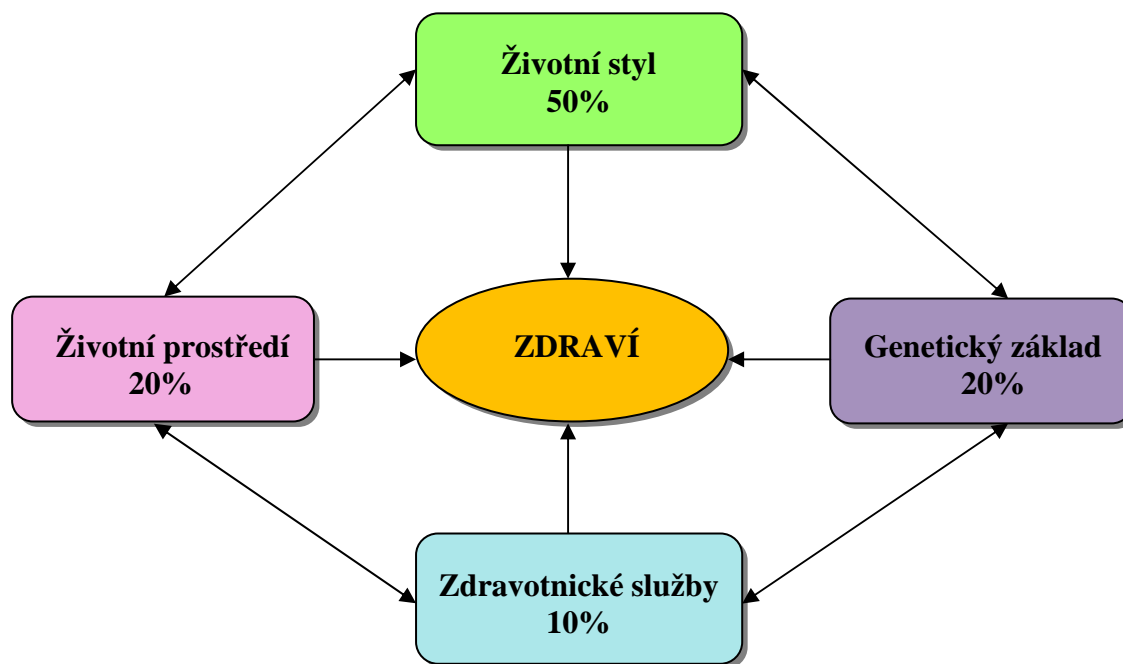
Humanista – „zdravý člověk“ je podle něj ten, kdo je schopen se pozitivně vyrovnávat s životními úkoly

Idealista – si pod pojmem „zdravý člověk“ představuje toho, komu je dobře tělesně, duševně, duchovně a sociálně

Vašina uvádí, že pojetí zdraví se mění s věkem, pohlavím a vzděláním jedince. „*Pro mladé muže je kritériem fyzická síla a zdatnost. Pro mladé ženy vitalita, energie a schopnost vyrovnat se s úkoly. Ve středním věku převládá kritérium psychofyzické pohody. Staří lidé, zvláště muži chápou zdraví jako funkci, tedy schopnost pracovat, být spokojený a šťastný.*“ [19] Ženy popisují kritéria zdraví více do šířky než muži, a to hlavně ženy s vyšším vzděláním, navíc se u nich objevuje jedno další kritérium a to jsou sociální vztahy. Muži, kteří manuálně pracují a mají nižší socioekonomický status, berou zdraví jako ne-nemoc.

Je mnoho věcí, které prospívají našemu zdraví, ale bohužel i mnoho věcí, které našemu zdraví škodí. Jak píše Křivohlavý, „*dobré zdraví je výsledkem multifaktoriálních vlivů*“ [5]. Mezi tyto vlivy patří faktory biologické, sociální, psychologické, ekonomické a spousta dalších, které naše zdraví ovlivňují. Mlčák popisuje vliv faktorů na naše zdraví

podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, WHO), která uvádí, že hlavním faktorem, který ovlivňuje naše zdraví je způsob našeho života, kterému řadí asi 50% vliv. Dalším vlivem je životní prostředí, které se odhaduje na 20%, dále má na lidské zdraví vliv kvalita zdravotnických služeb, ale pouze 10%. Posledních 20% přisuzuje WHO genetickému základu. [10]



Obr.č.1: Kauzální vliv rozhodujících faktorů podmiňujících lidské zdraví [10]

Jak tedy vidíme, je důležité dbát na určitá opatření a starat se o své zdraví. Člověk by se měl aktivně zapojit do zdravého životního stylu a pokusit se vylepšit své zdraví pohybovou aktivitou, správnou stravou, užíváním alkoholu jen v dostatečné míře, neužíváním drog, nekuřáctvím či zamezit sexuálnímu rizikovému chování. Také bychom se měli snažit o to předcházet úrazům nebo nehodám. Pokud se budeme alespoň částečně řídit těmito radami, může se náš život a naše zdraví stát kvalitnějším.

Měli bychom si uvědomit, že fyzické zdraví je stejně důležité jako zdraví psychické. A proto je základem: „*Dodržování hlavních principů mentální hygieny, tj. především stálý proces sebevýchovy, odpovídající duševní aktivita, optimalizace psychické zátěže, vhodné rozdělení práce, odpočinku a dostatečného spánku, přiměřená autoregulace kognitivních, emocionálních, motivačních a sociálních aspektů osobnosti a vhodná regulace obklopujícího fyzického prostředí.*“ [10]

Křivohlavý uvádí rozdělení teorií zdraví do čtyř skupin podle Seedhouse [5]:

- 1) Teorie, které považují zdraví za ideální stav člověka, kterému je dobře (wellness)
- 2) Teorie, které vymezují zdraví jako fitness – normální dobré fungování
- 3) Teorie, které se dívají na zdraví jako na zboží
- 4) Teorie, které pojmají zdraví jako určitý druh „síly“

Mlčák se zmiňuje o tom, že i když je zdraví dnes velmi často užívaný pojem, není jeho vymezení tak jednoduché a v jeho chápání se dnes mohou objevit různé rozdíly, které rozepsal v následujících příkladech [10]:

- Zdraví jako primární životní hodnota – zdraví je vnímáno jako základní životní hodnota a její prohloubení a udržení je pro existenci člověka velmi zásadní, nemoc je jevem nežádoucím, kterému se musí člověk vyhýbat, jelikož podstatně narušuje kvalitu lidského života.
- Zdraví jako zdroj fyzické a psychické zdatnosti – tento zdroj člověku slibuje, že bude energicky a plný síly zvládat životní překážky a vytvářet své další životní hodnoty. V průběhu života se úroveň této zdatnosti mění a může dojít k úbytku ale i obnově. Tuto úroveň může narušit nemoc.
- Zdraví jako schopnost adaptace a akomodace – tato schopnost člověku umožňuje přizpůsobit se vnějšímu okolí (adaptace) anebo si okolí přizpůsobit sobě tak, aby člověku vyhovovalo (akomodace). Zdraví zde slouží jako podmínka boje proti potencionálnímu ohrožení.
- Zdraví jako schopnost normálního fungování – je nutné k tomu, aby člověk zvládl plnit úkoly, které souvisí s jeho biologickým a socializačním programem.
- Zdraví jako pozitivní protiklad nemoci – zdraví je stav nepřítomnosti somatických či psychických obtíží, tedy fungování organismu bez jakékoli chyby. Nemoc a zdraví zde působí jako vzájemné protiklady.
- Zdraví může být myšleno i jako ideální stav – tohoto stavu, bychom měli v životě stále dosahovat, vztahuje se k dobré pracovní výkonnosti, ke kvalitě interpersonálních vztahů, ale i k náročným kritériím jako jsou – morálka či estetika. Čím člověk více naplňuje různá kritéria, tím víc je zdravý.

Lze tedy vidět, že každý člověk si může pod pojmem zdraví představit trochu něco jiného. Ale i takto, na první pohled, jednoduchý pojem jako je zdraví, není úplně lehké definovat. Asi nejrozšířenější definici zdraví můžeme najít u Světové zdravotnické organizace, která je v platnosti od 7.4. 1948 a od té doby nebyla změněna. Definice zdraví zní v anglickém originále takto: „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease.*“ [29] Do češtiny lze tuto definici přeložit jako: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli pouze nepřítomnost nemoci.*“

Křivohlavý poukazuje na to, že i tato definice má podle Seedhouse určité klady a zápory. [5]

Klady:

- Definice ukazuje, že zdraví je kladná, obecné žádoucí hodnota
- Definice popisuje, že zdraví je více než nepřítomnost nemoci
- Definice dále naznačuje, že zdraví není jen otázkou fyzického zdraví, ale zahrnuje i problematiku duševního zdraví a sociálního zdraví
- Definice má motivační charakter
- Definice zdraví je velmi jednoduchá, lidé si jí dokážou dobře zapamatovat

Zápory:

- Definice zdraví zapomíná na stav, kdy člověku „není dobře“, v anglickém znění „*illness*“. O člověku, kterému „není dobře“, můžeme jen těžko říci, že je zdravý, a proto se zvyšuje přesvědčení, že odstranění těchto negativních jevů, bychom měli nutně zařadit do sféry péče o zdraví.
- Definice opomíjí duchovní oblast člověka, takže podle této definice by mezi „naprosto zdravé“ lidi patřil např. Hitler.
- Ideál zdraví je nepraktický a je postaven nerealisticky. Je třeba si uvědomit, že pokud je takto definované zdraví cílem, nelze ho nikdy dosáhnout.

I přes kritiku některých odpůrců, podle kterých je definice zdraví WHO něčím nereálným a nedosažitelným, Křivohlavý uvádí, že tyto pokusy o definování zdraví mají přeci jen něco společné [5]:

- 1) Zdraví chápou jako důležitý moment v našem životě, díky kterému můžeme uskutečnit životní cíle
- 2) Zdraví vidí jako dynamický jev, který se dokáže pohybovat od kladného pólu (zdraví) k pólu zápornému (nemoc)
- 3) Dobré zdraví chápou jako mimořádně vysokou a velmi žádoucí životní hodnotu
- 4) Zdraví chápou v širším slova smyslu, než jen jako zdravé fungování těla – zaměřují se i na oblast psychickou, sociální a duchovní
- 5) Vidí propojenost mezi zdravím a kvalitou života
- 6) Jsou důrazní na osobní odpovědnost člověka za jeho vlastní zdraví

2 Psychické zdraví

Psychické zdraví je nedílnou součástí celkového zdravotního stavu jedince. Zdrojem celé řady faktorů ovlivňujících příznivě i nepříznivě naše zdraví, je prostředí, které dobře známe a to prostředí sociální. V průběhu života narazíme na spousty problémů, jako jsou např. konflikty v rodině, na pracovišti, se sousedy apod. A právě tyto společenské konflikty, které mnohdy neumíme řešit, jsou častým zdrojem poruch, a to hlavně duševního zdraví. [19] Aneb jak zmiňuje ve svém citátu Publilius Syrus „*Duševní bolest je horší nemoc než tělesná.*“

Světová zdravotnická organizace definuje pojem duševní zdraví takto: „*Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community.*“ [30] Ve volném překladu by definice zněla: „*Duševní zdraví je stav pohody, kdy každý jedinec realizuje svůj vlastní potenciál, dokáže se vyrovnat s běžnými stresy v životě, dovede pracovat produktivně a užitečně a je schopen přispívat svému společenství.*“ Duševní zdraví tedy není jen nepřítomnost duševních poruch.

Míček ve své knize popisuje dvě základní pojetí duševního zdraví [8] [9]:

- Užší pojetí – duševní zdraví přirovnává k nepřítomnosti příznaků duševní nemoci, nerovnováhy a poruchy adaptace. Upevňování duševního zdraví v tomto pojetí vede k boji proti výskytu duševních nemocí, proti příznakům

nevyrovnanosti (neuroticismu), proti hrubým poruchám chování, či proti toxikománii.

- Širší pojetí – nedává důraz na nepřítomnost poruch, ale snaží se popsat projevy optimálního duševního zdraví. Snaží se popsat optimální schopnost adaptace člověka. Jde jak o adaptaci makrosociální a mikrosociální – tj. ve vztazích mezi lidmi a ve vztazích vůči společnosti, tak o adaptaci intrapsychickou, která je založena na schopnosti sebepoznávání a autoregulace.

Prokúpkova definice duševního zdraví zní: *Stav, kdy všechny duševní pochody probíhají optimálním způsobem, harmonicky, umožňují správně odrážet zevní realitu, přiměřeně a pohotově reagovat na všechny podněty a řešit běžné i nenadálé úkoly, stále se zdokonalovat a mít pocit uspokojení ze své činnosti. To předpokládá optimální funkci centrálního nervového systému i celého organismu.*“ [8]

Doležal definuje zdraví jako: *„Takový stav organismu, kdy struktury a funkce jednotlivých orgánů ani regulace jejich celkové souhry nejsou porušeny. Při duševním zdraví by pak šlo speciálně o struktury a funkce umožňující duševní život.“* [8]

Definic duševního zdraví je velmi mnoho a my bychom mohli dále pokračovat, ale podívejme se na další důležitý bod, který Míček uvádí, a to kritéria duševního zdraví podle M. Jahodové [8]:

- 1) Postoj vůči sobě samému – tj. přístupnost sama sebe svému vědomí, měli bychom si uvědomovat svoji minulost a přítomnost, co jsem, co dělám, ale patří sem i budoucnost s tím, čeho jsem schopen, a co budu v budoucnu dělat. Pevnější duševní zdraví je na základě toho jak realisticky a objektivně vidí člověk sám sebe. Zdravý člověk si uvědomuje, kým je.
- 2) Růst, vývoj a sebeuskutečňování – Maslow rozlišuje dva typy motivů. Prvním z nich je motiv nedostatku, který se vyznačuje snížením napětí, jako je potřeba respektu, bezpečí, lásky. Tento motiv ale neupevňuje pozitivní duševní zdraví. Proto je mnohem lepší druhý motiv – motiv růstu. Týká se uznání druhými lidmi a seberealizací, tyto motivy duševní stav zlepšují.
- 3) Integrace – toto kritérium se zaměřuje na jednotnost a celistvost osobnosti. Integrace se zaměřuje na rovnováhu psychických sil člověka. Jedním z dalších

kritérií duševního zdraví je pružnost, kterou umožňuje zdravá vnitřní rovnováha. Celistvost osobní můžou ohrozit nežádoucí frustrující činitelé. S duševní rovnováhou je úzce spjata tolerance vůči úzkosti a frustrační tolerance. I duševně zdravý člověk může trpět pocity úzkosti, frustrací, pocity nešťastnosti, stejně tak jako nevyrovnaný člověk. Rozdíly mezi duševně zdravým a nevyrovnaným člověkem nejsou v přítomnosti či nepřítomnosti různých příznaků, ale v tom jak dokážou narušit stupeň integrace, kterého člověk dosáhl.

- 4) Autonomie, nezávislost a sebeurčení – kritériem duševního zdraví nemůže být pojem „normálnost“, jelikož, co je „normální“ pro většinu lidí, neznamená, že je zdravé. Jahodová se neztotožňuje s názorem některých autorů, kteří hovoří o duševním zdraví jako o aspektu pocitu štěstí nebo životní spokojenosti. Ona tvrdí, že lidé jsou šťastní tehdy, pokud požadavky na život, které mají, jim může život poskytnout. Dalším kritériem duševního zdraví, které umožňuje vznik a růst sebedůvěry je schopnost řídit sebe sama a kontrolovat své činy.
- 5) Adekvátní percepce reality – člověk duševně zdravý vnímá správně své okolí, tento jedinec vidí svět reálně, objektivně a nezávisle na přáních, které má. Důležitá je i schopnost empatie. Měli bychom důsledně a pozorně posuzovat vnitřní život druhých lidí a jejich emoce.
- 6) Zvládnutí svého prostředí – projevuje se schopností mít rád, adekvátností v lásce, hře a práci, adekvátností v meziosobních vztazích, zvládat a řešit situace, které vznikají. Posledním bodem je schopnost přizpůsobit se pasivně svému okolí a aktivně přizpůsobit prostředí sobě. Řešení problémů je konečným projevem zvládnutí prostředí.

2.1 Duševní poruchy

Další kapitolou, kterou se budeme zabývat a která úzce souvisí s duševním zdravím, je kapitola o duševních poruchách. Co to vlastně duševní porucha (nemoc) vůbec je? „*Pojem duševní nemoc zahrnuje různorodou skupinu psychických stavů a procesů, které zhoršují fungování člověka v běžném životě.*“ [26] Hartlová popisuje duševní poruchu jako: „*Změnu některých psychických procesů projevující se v myšlení, pocitech a chování člověka, znesnadňující jeho adaptaci, interakci se sociálním okolím.*“ [3]

Encyklopedie Britannica ve svém průvodci udává, že: „*Mezi psychické poruchy řadíme všechna onemocnění s významnými duševními nebo behaviorálními projevy, které jsou spojené buď s nepříjemnými, obtěžujícími či vyčerpávajícími příznaky anebo s poruchou nejméně jedné z důležitých oblastí fungování.*“ [24] Jak vidíme, duševní zdraví zasahuje velkou měrou do našeho života, ať už se jedná o myšlení, nálady, pocity, názory a dalších oblastí jako je rodina, partnerský život či práce. Jedinci trpící nějakou psychickou poruchou mohou mít problém zapojit se do sociálních vztahů, jelikož nemoc negativně ovlivňuje jejich sebepojetí. Zkoumáním příčin a projevů duševních poruch se zabývá obor psychopatologie. Dalším důležitým oborem, který se svou aktivitou podobá psychopatologii, je psychiatrie, což je věda o diagnostice, léčbě a prevenci duševních chorob.

V České republice se od roku 1994 (poslední aktualizace z ledna 2013) vychází při určení diagnózy duševních onemocnění z 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí – tzv. MKN – 10 (viz. příloha č. 1). Je patrné, že tato mezinárodní klasifikace tvoří velmi rozsáhlou skupinu duševních chorob. WHO uvádí, že nejčastější příčinou pracovní neschopnosti jsou právě duševní poruchy. Duševní choroby se podle šíře poruch osobnosti dělí na dvě hlavní kategorie: psychotické a neurotické poruchy, kterými se budu zabývat v následujících kapitolách.

2.1.1 Příčiny vzniku duševních poruch

Příčiny může odborník poznat ihned, ale existují i vlivy, díky kterým může mít psychiatr mnohdy problém zjistit přesnou příčinu duševní poruchy.

Malá rozděluje příčiny vzniku duševních poruch do tří základních skupin [6]:

- 1) Etiologický činitel je známý – situace, kdy se duševní choroba objeví na základě organického poškození mozku (cévní poruchy, mozkové nádory, poranění mozku, aj.)
- 2) Duševní poruchu vyvolává společně více činitelů – zde se na duševní chorobě podílejí dva vlivy. Prvním z nich je faktor hereditárně-konstituční, jde o zdědění určitých dispozic, díky kterým můžeme být náchylnějším k určitým duševním poruchám. Druhým vlivem je vliv prostředí, který se dělí na negativní a projektivní. Mezi negativní vlivy zařazujeme vliv traumat, expozice infekcím,

perinatální poškozující vlivy, ale patří sem i negativní životní události, jako úmrtí, konflikty, neúspěch v práci, aj. Působení těchto vlivů může vést k zhoršenému sociálnímu fungování a tak dojít ke vzniku duševní poruchy. Naopak pozitivní (projektivní) vliv se objevuje v rodině, pokud dítě cítí pocit bezpečí a lásku od rodiny, dává mu to jistotu a pomáhá v řešení stresových situacích i v dospělosti.

- 3) Etiologický činitel je neznámý – zde se jedná o duševní poruchy, u kterých zatím neznáme příčinu, která je vyvolává. Zařazujeme sem tzv. psychózy, při kterých se u nemocných lidí vyskytují poruchy vnímání, myšlení či výstřední chování a to obvykle bez náhledu choroby. Důsledkem těchto chorob je nepředvídatelné chování či dezintegrace osobnosti. Na vzniku duševních poruch se z určité části podílejí i genetické předpoklady – což se předpokládá např. u schizofrenie, bipolární afektivní poruchy, schizoafektivních poruch, ale např. i u mentálních retardací.

2.1.2 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním alkoholu

Alkohol je návyková látka, kterou Zvolský definuje jako: „*Každá chemická látka, která mění psychický stav a na kterou se může vytvořit návyk a závislost.*“ [22] Lidé užívají již od dávných dob různé látky, které jim zlepšují náladu, povzbuzují je, zvyšují jim sebevědomí a přivádějí je do fantazijních stavů. Přílišné a nevhodné užívání může zasáhnout jak zdravotní stav, tak se může neblaze projevit ve společenském chování. U nás je nejrozšířenější drogou, která je společensky tolerována, požívání alkoholu, kterému se budeme nyní věnovat.

Nejoblíbenějším alkoholickým nápojem je u nás i ve světě pivo, a i když si to mnoha lidí nemyslí, je stejně škodlivé jako jiné alkoholické nápoje. Etanol, který je obsažen v alkoholu, má silný vliv na psychiku člověka, v malých dávkách působí jako stimulant, ale často také vyvolává agresi, ve větších dávkách je tlumivý.

- Akutní intoxikace etanolem F10.0 – při intoxikaci záleží na biologických, psychologických a sociálních faktorech. U podnapilého člověka (hladina etanolu 0,5-1,0 g/l) se uvolňuje napětí, opadá stud, zhoršují se smysly (např. vidění),

přestává být schopen řídit motorová vozidla, jelikož se zpomaluje nervově-svalová reakce. Lehká opilost (1,1-1,5 g/l) u člověka zvyšuje dobrou náladu, přestává se kontrolovat, je hlasitý, hůře reaguje na okolí. Střední opilost (1,6-2,0 g/l) se projevuje zlostným chováním, agresí, člověk snáz upadne na zem. U těžké opilosti (2,1 – 2,5 g/l) je porušena rovnováha, člověk mluví nesrozumitelně, často usne či se pomocí. Při vyšších hladinách etanolu v krvi dochází až v 90% ke smrti.

- Opilost patická F10.07 – chorobný krátkodobý stav, který se projevuje poruchou vědomí, člověk je agresivní, objevují se u něj výbuchy vzteku. Objevuje se i přechodná změna osobnosti doprovázena bludy a úzkostí. Patická opilost je zakončena terminálním spánkem, po kterém přichází úplná či částečná amnézie. Tento stav je však vzácný a je výjimečné, aby se opakoval dvakrát u stejné osoby.
- Závislost na alkoholu F10.2 – jakmile člověk pravidelně užívá alkohol ve větším množství, dá se říct, že se jedná o závislost. Na vzniku se však podílí několik faktorů – biologický, psychologický, sociální. Zvolský uvádí i faktor genetický. Závislost nemá tak rychlý vývoj a může trvat i několik let, ale u mladých osob je vývoj mnohem rychlejší (několik měsíců). Jellinek popsal čtyři vývojová stadia. V I. a II. člověk konzumuje alkohol častěji, ale není opilý. Závislost se objevuje až ve III. stadiu, kdy člověk postupně ztrácí kontrolu nad alkoholem, hůře si vzpomíná, začíná mít problémy v práci, rodině, dochází ke konfliktům mezi blízkými. Při posledním stadiu se člověk potýká se zdravotními problémy (poškození jater), ráno se třese, potřebuje se napít, přichází postupná degradace osobnosti a může se později vyskytnout demence. Od závislosti odlišujeme abuzus (nadměrné užívání) alkoholu, při kterém nedochází k abstinenčnímu syndromu. [22]

2.1.3 Psychotické poruchy

Psychóza je velmi závažný duševní stav, který zasahuje každou stránku osobnosti. Pokud se toto onemocnění objeví v rodině, může ji to velmi ovlivnit a vyvolat velký pocit beznaděje, jelikož mnohdy neví, jak se k tomu postavit. Pojdme si nyní blíže specifikovat tento termín.

Možný uvádí, že psychotická porucha je: „*Skupina závažných duševních nemocí, jejich společným znakem je, že výrazně narušují psychické funkce.*“ [11] Důsledkem je, že člověk špatně vnímá svět kolem sebe a neumí rozpoznat, co se opravdu kolem něj děje a co je jen jeho fantazie. Nedokáže jasně rozlišit realitu od představy.

Hartlová označuje psychotické poruchy jako: „*Těžké duševní choroby, při nichž zpravidla je ztracen kontakt jedince s realitou, prožívání, vnímání, cítění i vůle jsou těžce deformovány a chybí vědomí nemoci.*“ [3]

Člověk postižený psychotickou poruchou obvykle ani nemá pocit, že nějakou duševní chorobu trpí, myslí si, že je zdravý a nechce se léčit. Nemocný má tak svůj vlastní nereálný svět a distancuje se od světa normálního. Psychický stav se však může měnit. U nemocného se střídají období, kdy příznaky psychotické poruchy jsou velmi výrazné – atace psychózy, s obdobími, kdy potíže nejsou tak patrné – remise. [11]

2.1.3.1 Druhy psychotických poruch

Všechny psychózy mají stejný znak a to ten, že narušují psychické funkce, ale přesto je každý druh psychózy něčím jiný či jinak závažný. Existuje mnoho rozdělení.

Možný rozděluje psychózy takto [11]:

- Symptomatické – neboli poruchy toxické, jelikož příčinou, která narušuje činnost mozku je nadměrné užívání alkoholu či drog
- Involuční – příčiny jsou známé, jedná se o degenerativní změny na mozku v důsledku stáří
- Endogenní – příčiny těchto psychotických poruch doposud neznáme, metody, které máme k dispozici, neodhalí žádné poškození mozku, i když je jeho funkce narušena

Dále si uvedeme čtyři hlavní typy funkčních psychotických poruch:

- Schizofrenie – nejzávažnější psychická porucha, termín „schizofrenie“ je doslovně překládán jako „rozštěp mysli“. Symptomy Blueler rozdělil na primární a sekundární. Mezi primární řadí poruchy asociací, poruchy afektivity, autismus a ambivalenci. Do sekundárních příznaků patří halucinace, bludy, katonní nebo hebefrenní chování.

- Bipolární afektivní porucha – střídají se depresivní a manické fáze s intervaly zdraví. Poměr mezi těmito fázemi je podobný, většinou však převažují depresivní. Tímto onemocněním trpí stejně muži i ženy, ale ženy mají větší počet depresivních fází.
- Schizoafektivní porucha - vyznačuje se jak afektivními, tak schizofrenními příznaky. Člověk tedy trpí ve stejném poměru halucinacemi a zároveň poruchami nálady.
- Paranoidní psychóza – člověk trpící touto poruchou má pocit, že ho někdo pronásleduje, trpí bludy, vztahovačností, nadměrnou žárlivostí, může slyšet halucinatorní hlasy, ale objevují se i čichové či chuťové halucinace. U akutních stavů se můžeme setkat i s poruchami myšlení. [22]

2.1.3.2 Příznaky psychotických poruch

Možný rozdělujeme příznaky na pozitivní a negativní. Pokud je člověk zdravý, pozitivní příznaky se u něj neobjevují. Patří sem mimo jiné halucinace, bludy, člověk se cítí ovládaný. U negativních příznaků nemocnému chybí to, co zdravý člověk má – např. vůle něco udělat, schopnost projevit cit, začlenit se do kolektivu. Příznaky můžeme rozdělit i podle toho, do jaké složky psychiky zasahují – poruchy chování, myšlení, nálady, vnímání, vůle, aj. [11]

2.1.3.3 Příčiny psychotických poruch

Příčinu poruch má z velké části na svědomí vrozená dispozice, která se objevuje cca u 1,5 – 2 % populace. Dalším faktorem je prostředí, ve kterém vyrůstáme a události, které prožíváme.

Uvádí se, že vlastní příčiny poruch jsou způsobeny: „*narušením určitých chemických pochodů v některých částech mozku.*“ [11] Toto zkoumala i Weimerová, která příčiny psychotických poruch definovala takto: „*Z biologické stránky jde o výraznou nerovnováhu neurotransmiterů – určitých látek v mozku, odpovědných za přenos nervových vzruchů, která způsobí to, že v psychologickém slova smyslu jakoby naše nevědomí (to, co je nám dostupnější například ve snech) nebylo dostatečně oddělené od vědomí a vnitřní prožitky se – se zdáním reality - míchají do prožívané skutečnosti a tyto promíchané vnitřní i vnější prožitky nejsme schopni od sebe rozeznávat a jednáme podle nich.*“ [23]

2.1.4 Neurotické poruchy

Jedny z nejčastějších poruch zdraví. Definice neurotické poruchy zní takto: „*Jedna z poruch vyšší nervové činnosti, která se projevuje narušením adaptace k okolí, zvláště sociálnímu, typických souborem duševních, tělesných či obojích příznaků.*“ [15] Nervový systém není organicky poškozen, ale objevuje se poškození harmonické dynamiky jeho funkcí. Ani podrobné tělesné vyšetření nedokáže odhalit organické změny. Člověk sám na sobě cítí, že není v pořádku a mnohdy sám vyhledává lékařskou pomoc. Nemoc se dá léčit psychoterapií.

2.1.4.1 Druhy neurotických poruch

Kratochvíl ve své knize uvádí základní druhy neurotických poruch – neurastenie, úzkostná neuróza, fobická neuróza, nutkavá neuróza, depresivní neuróza a hypochondrická neuróza. [4]

- Neurastenie – člověk se cítí napjatý, vyčerpaný, lehce se rozčílí a nedokáže se soustředit. Trpí bolestmi hlavy, více se potí, nemůže spát.
- Úzkostná porucha - vyznačuje se pocity úzkosti, které se opakují, pacient nedokáže říct, z čeho má strach. Člověk má zrychlený tep a trpí nechutenstvím. Úzkost se objevuje občas v panických záchvatech, hlavně, když je člověk sám.
- Fobická neuróza - člověk má nepřiměřený strach z určité situace či osoby. Často bojí výšek, bouřky, chůze po ulici či vážné nemoci. Tyto fobie často vznikají, pokud člověk v dané situaci prožil velmi nepříjemný zážitek.
- Nutkavá neuróza - má na starosti to, že se člověku vrací určité myšlenky. Člověk má často pochybnosti, zda zamkl dveře, zhasnul světlo, zastavil vodu, aj. Proto ho to občas donutí několikrát zkontrolovat a vracet se, zda je vše v pořádku.
- Depresivní neuróza – člověk je smutný, nešťastný a nic ho nedokáže rozveselit. Nemá náladu nic tvořit, obviňuje sám sebe a nevěří si. Toto chování souvisí mnohdy s nepříznivou situací v životě a tragickými událostmi, které se přihodily.
- Hysterická neuróza a její příznaky úzce souvisí s traumatizujícím zážitkem nebo se můžou objevit v nějaké situaci pro člověka ohrožující. Pacient na těchto dějích nemá vůli a vše se odehrává bez jeho popudu.

- Hypochondrická porucha - spočívá v tom, že má člověk přehnaný strach o sebe a své zdraví. Nabývá přesvědčení, že se s ním něco děje, že je nemocný, i když je zcela zdrav.

2.1.4.2 Příznaky neurotických poruch

Při neurastenii se u člověka objevuje slabost, poruchy spánku, nechutenství, únava, ale patří sem i poruchy některých orgánů (srdce, žaludek, aj.). Příznaky psychastenie jsou úzkost, strach, smutná nálada, obsedantní příznaky, k častým projevům patří i fobie z výšek, z těsných prostorů, zvířat, onemocnění, aj. Pokud člověk trpí hysterickými rysy, může se to projevit poruchami zraku, sluchu, nemožnosti polykání, člověk nemůže mluvit či se pohybovat. [15]

2.1.4.3 Příčiny neurotických poruch

Mečír uvádí, že za příčinou poruch stojí vnitřní i vnější okolí člověka. Záleží na tom, jaký je člověk somatopsychický typ, jelikož někdo může onemocnět neurózou snadněji než druhý. V období puberty může člověk snadněji onemocnět z důvodu vyšší rozkolísanosti organismu, ale také díky tělesnému vyčerpání či dřívějších nemocí. [15]

Kratochvíl hovoří o tom, že celkové oslabení organismu může vytvořit půdu pro vznik neurózy. Už od dětství mohou mít někteří lidé nervovou soustavu méně odolnou, a proto jsou v dospělosti náchylnější ke vzniku onemocnění. Hlavní příčinou může být prožití nějakého duševního otřesu – přírodní či dopravní katastrofa, ztráta blízkého člověka – tzv. neurotická reakce. Častější příčinou jsou konfliktové situace, které sice nejsou tak silné, ale za to trvají delší dobu. Jedná se např. hádky, porušení mezilidských vztahů, nevyřešené problémy, aj. Příčiny neuróz nemusí však vyplývat pouze ze současného života, ale často zasahují i do jeho minulosti. [4]

2.1.5 Poruchy osobnosti

Porucha osobnosti, dříve uváděná také jako psychopatie, je velmi závažné narušení jedince v jeho chování. Člověk s touto poruchou se velmi výrazně odlišuje od společnosti, normálního způsobu chování či myšlení. Avšak neexistuje žádná norma, podle které bychom takového člověka posoudili. Porucha osobnosti se rozvíjí již v dětství a trvá i celý život, avšak ve stáří už nemusí být porucha tak výrazná. [22]

Zvolský ve své knize uvádí definici poruchy osobnosti podle Študenta: „*Chorobný stav, který se projevuje nepříznivými nebo nadměrně zvýrazněnými povahovými vlastnostmi v oblasti nižších a vyšších emocí a nálad, pudů, temperamentu, vůle a charakteru, a podivínským, neadaptivním až hrubě rušivým chováním, kterým trpí sám jedinec nebo jeho okolí, případně oba.*“ [22]

Mezinárodní klasifikace nemocí v aktuální verzi definuje poruchu osobnosti jako: „*Hluboce zakořeněné a trvalé vzorce chování, ukazující neměnnou odpověď na širokou škálu osobních a sociálních situací. Reprezentují extrémní nebo významné odchytky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště má vztahy k druhým. Takové vzorce chování mají tendenci být stabilní a zahrnovat různé oblasti chování a psychologického fungování. Jsou často, i když ne vždycky, sdruženy s různým stupněm subjektivní tísně a narušení sociálního výkonu.*“ [27]

Tyto definice se mohou zdát zcela jasné, ale i přesto je v klinické praxi určení diagnózy velmi složité.

2.1.5.1 Dělení poruch osobnosti

Existuje mnoho pokusů o dělení poruch osobnosti, my si však uvedeme pouze jedno a to podle MKN – 10 podle Světové zdravotnické organizace, která působí jako kompromis mezi jednotlivými děleními. Nalezneme zde mnoho skupin poruch osobnosti, ale my se nyní budeme blíže zabývat pouze specifickými poruchami osobnosti (F60).

- Paranoidní porucha osobnosti – člověk s touto poruchou je velmi citlivý na urážky či věci, které se nedaří podle jeho představ. Velmi často podezírá jiné osoby či neoprávněně žárlí na partnera, bez ohledu na skutečnost. Myslí si, že se lidé proti němu spikli. U tohoto člověka se však neobjevují bludy a dokáže tak nahlédnout na své domněnky a představy a řídit své chování.
- Schizoidní osobnost – tato osobnost nedokáže dávat najevo své city, ať už se jedná o city kladné či záporné, nedokáže se radovat, neumí vyjadřovat své emoce, uzavírá se sám do sebe a do svých představ (autismus) a v neposlední řadě se distancuje od rodiny a blízkých. Naopak umí logicky přemýšlet a využívají svoji originalitu, věci dodělávají do konce, občas vidí i souvislosti, které neexistují. Lidé je považují za tiché blázny.

- Disociální osobnost – člověk se nedokáže či nechce vcítit do problému druhého, nemá zájem o city ostatních, většinou nedokáže dlouhodoběji setrvat ve vztahu, snadno se rozčílí a je agresivní. Disociální osobnost se necítí vina za své chování, obviňuje druhé. Projevy nastávají již v dětském věku, kdy lže, bije mladší děti, chodí za školu či utíká z domova. V dospělosti se z osob s touto poruchou můžou stát alkoholici, prostitutky či drogově závislí jedinci.
- Emočně nestálá osobnost – existují 2 subtypy této poruchy – impulzivní a hraniční. Impulzivní jedinec nedokáže ovládat své emoce, často se u něj projevuje agresivita a násilí. Hraniční typ má též problém s emoční stabilitou, jeho zájmy jsou nestálé, nejsou nějak přesněji určené. Člověk prožívá krátkodobé vztahy, po kterých trpí emoční krizí. Proto je se velmi často objevují pokusy o sebevraždu či sebepoškozování.
- Histrionská osobnost – jedinec nadměrně vyjadřuje své emoce, které nejsou stálé, nebo až příliš dramaticky popisuje své zážitky. Častěji touto poruchou trpí ženy a rády jsou ve středu dění. Vztahy s těmito ženami bývají často konfliktní, rády zasahují do manželství druhých a ničí je. Dokážou rozvrátit i pracovní kolektiv nebo svými pomluvami způsobit neštěstí jiné osobě. Tyto ženy mají sklon k tzv. bájně lhavosti, kdy si vymýšlejí a vypráví o různých událostech, které se nikdy nestali.
- Anankastická osobnost – člověk je velmi nerozhodný, potrpí si na detaily, má potřebu neustále kontrolovat provedenou věc (př. kontrola oken, zámku, vody, když opouští byt). Partnerství pro něj není na prvním místě, klade velký důraz na práci, je velmi svědomitý a poctivý, a proto se mnohdy dostane na vedoucí pozici, kde ale selhává, kvůli neschopnosti rozhodovat za druhé, nepružnosti, aj. U jedinců se občas objevují vtíravé, nepříjemné myšlenky.
- Úzkostná osobnost – jedinec je nejistý, žije v neustálém napětí, trpí pocity méněcennosti. Velmi špatně snáší kritiku či odmítnutí a jeho snem je být milován a uznáván. Jeho život není nikterak výrazný, výjimečný.
- Závislá osobnost – člověk se cítí bezmocný, neschopný, nechává důležitá rozhodnutí o jeho životě na druhých. Podřizuje se osobám, na kterých se cítí

závislý a má strach z opuštění. Partnerská hádka či rozchod je pro něj velmi silným momentem. Téměř celý život trpí pesimismem. [22]

MKN-10 dále uvádí jiné specifické poruchy, kam patří narcistická osobnost, pasivně-agresivní osobnost, nestálá osobnost a psychoneurotická osobnost, kterými se ale podrobněji zabývat nebudeme.

2.1.5.2 Příčiny poruch osobnosti

Příčiny vzniku poruch mají na starosti genetické predispozice, mohou však také souviset i s prenatálním obdobím, kdy na budoucí matku působí vnější zátěžové faktory jako je např. stres či virové onemocnění, ale patří sem i vlivy ve vnitřním okolí plodu či drobná poranění mozku dítěte při porodu. Tyto faktory mohou dítěti výrazně ovlivnit vývoj mozku. V raném dětství si dítě vytváří různé postoje a vyvíjí se jeho osobnost a proto je důležitým bodem prostředí, ve kterém vyrůstá. Další příčinou pro vznik poruch osobnosti jsou psychosociální vlivy, do kterých zařadíme např. konflikty v rodině, neúplnost rodiny, příliš tvrdá výchova, ale naopak i nadměrné rozmazlování. Další vliv na vznik poruch má v neposlední řadě také škola, vrstevníci a kulturní vlivy (násilné filmy, počítačové hry). [13]

2.2 Psychické zdraví v rodině

Duševní zdraví má velký vliv na vzájemné lidské chování. Z tohoto důvodu zasahuje velkou měrou do života mezilidských vztahů a také do života rodiny. V této kapitole se budu zabývat právě vlivem psychického zdraví i poruch na rodinný život.

Psychické zdraví v rodině je ovlivněno tím, jakým způsobem spolu rodinní příslušníci jednají. Nevhodný způsob komunikace mezi jednotlivými členy rodiny vede ke stresu, úzkostem či depresím. Změní-li se způsob jednání k lepšímu, dojde ke zlepšení psychického, ale i tělesného zdraví. Způsob, jakým spolu lidé v rámci rodiny jednají, významně ovlivňuje rozvoj sociálních dovedností každého z nich, především pak dětí.

2.2.1 Rodina a její funkce

Vysvětlení pojmu rodina není úplně tak jednoduché a proto se můžeme setkat s mnoha definicemi.

Podle psychologického slovníku je rodina: „*společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí*“. [3]

Jozef Výrost definuje rodinu následovně: „*Rodina je jakýmsi nejuniverzálnějším socializačním činitelem, který poskytuje jedinci identifikační vzory, seznamuje ho s předpokládaným chováním pro mužskou a ženskou roli. Učí jedince reagovat žádoucím způsobem v procesu interakce a umožňuje mu praktické ověření získaných dovedností v rámci rodiny. Uplatňuje se jako regulátor chování jedince a poskytuje mu společensky žádoucí normy. Pod vlivem rodinného působení se vytváří postoj k personálnímu okolí, k sobě samému i společnosti obecně.*“ [21]

Jako poslední si uvedeme, jak rodinu vidí Matoušek: „*Rodina odedávna a především existuje proto, aby lidé mohli náležitě pečovat o své děti. Kromě toho, že je rodina biologicky významná pro udržení lidstva, je také základní jednotkou každé lidské společnosti. Reprodukuje člověka nejen jako živočicha, zprostředkuje mu vrůstání do jeho kultury a společnosti.*“ [7]

Rodina je tedy vůbec prvním modelem, se kterým se dítě setkává. Záleží na tom jeho budoucí osobní vývoj a vztahy k ostatním lidem. Není to však to jediné, co rodina dítěti poskytuje. Sobotková se zmiňuje ve své knize o rodinném fungování a uvádí definice od Pattersonové: „*Rodinné fungování je způsob, jakým rodina plní své funkce.*“ Ta, uvedla tyto čtyři základní funkce rodiny [16]:

- Začlenění dítěte do rodinného systému – je důležité, aby dítě vědělo, kam patří, osobně se rozvíjelo, našlo smysl svého života
- Ekonomická funkce – rodina se snaží finančně zajistit potřeby členů rodiny
- Socializace, péče a výchova – dítě se učí přizpůsobit se sociálnímu životu, čímž se rozvíjí jeho sociální stránka, dále se pak vyvíjí také fyzicky a psychicky
- Ochrana zranitelných členů rodiny – je důležité chránit jedince, kteří jsou nemocní, handicapovaní, staří či jsou nějak jinak závislí na pomoci ostatních

Důležitým bodem pro funkční a odolnou rodinu jsou základní rodinné procesy. I když rozdělení není zcela jednoduché, mnoho autorů se shoduje na třech základních principech: soudržnost, adaptabilita a komunikace. Soudržnost souvisí s blízkostí rodiny a její pospolitostí. Jednotliví členové rodiny by však měli být i samostatní a nezávislí. Adaptabilita je důležitá k tomu, aby se rodina dokázala bez problému přizpůsobit různým požadavkům či nárokům, změnit životní styl či rodinné fungování, pokud nastane taková situace, kde to bude potřeba. Komunikace v rodině patří mezi velmi důležitou složku, která utváří rodinnou atmosféru. Pokud je komunikace otevřená, v rodině panuje klid a příjemné prostředí.

2.2.2 Duševně zdravá rodina

Odborníci se shodují v tom, že správně fungující rodiny, tedy rodiny, kde je duševní zdraví na předních příčkách veškerých hodnot, mají následující vlastnosti [25]:

- 1) Zdravé rodiny jsou schopné přizpůsobit se životním změnám, drobným každodenním problémům i stresujícím událostem. Myslí pozitivně a problémy řeší kolektivně.
- 2) Členové zdravých rodin usilují vzájemně o blaho těch druhých, věnují rodině svůj čas a považují ji za jednu z nejvyšších hodnot vůbec.
- 3) Ve funkční rodině si lidé najdou vždy čas k rozhovoru, naslouchání a řešení čehokoliv, co nastane. Vzájemně si naslouchají.
- 4) Zejména rodiče vyjadřují dětem, že jsou důležitými členy rodiny a budují v nich samostatnou osobnost, což je důležité k samostatnému rozhodování, růstu a dosahování cílů.
- 5) Zdravé rodiny navazují vztahy s lidmi mimo rodinu snadněji než nefunkční rodiny. Účastní se společenského života.
- 6) Členové funkčních rodin znají svoji domácí roli, avšak jim nedělá problém si role s druhým vyměnit. Mužská a ženská role má v těchto rodinách stejnou hodnotu.

Rodiny, které jsou psychicky zdravé, si na sebe vzájemně dokážou udělat čas, i když ho nemají nazbyt. Společně pracují, hrají si, řeší maličkosti i závažnější věci, učí se, zkrátka spolu komunikují. Rodinní příslušníci mají podobný smysl pro humor, zažívají spolu

legraci a umějí se radovat z délky i kvality společně strávených chvil. Fungující rodina dodává jejich členům a zejména pak dětem do budoucího života kvality, které tvoří základní stavební kameny všech vztahů, jsou to láska, odpuštění, úcta, tolerantnost, čestnost a důvěra, pravdomluvnost, empatie, schopnost řešit konflikty a schopnost vyjádřit a zvládat svůj hněv.

2.2.3 Duševně nezdravá rodina

Nevykazuje-li rodina výše uvedené kvality, je pravděpodobné, že časem dojde k poškození psychického zdraví jejích členů. Dysfunkční rodiny mají následující vlastnosti, které by měly být brány též jako varovné signály [25]:

- 1) Členové nezdravých rodin mají sklon skrývat své pocity a sklon odmítat se svěřovat. Mají tendenci svalovat vinu za své pocity na druhé.
- 2) V dysfunkčních rodinách dochází ke komunikaci jen zřídka, nastane-li konflikt, členové rodiny se začnou vzájemně vyhýbat, aby oddálili řešení problémů, skrývají se před nimi místo toho, aby se jim postavili čelem.
- 3) Jeden člen nezdravé rodiny zasahuje do života druhého člena bez toho, že by respektoval jeho osobnost. Často používají pocity viny, snižování hodnoty druhých či obviňování.
- 4) Rodinní příslušníci dysfunkčních rodin nemají odvalu vyzkoušet něco nového, obávají se, že za to budou kritizováni. Je pro ně velmi těžké se rozvíjet.

V nezdravých rodinách silně vážne komunikace, ale i pozitivní emoce, optimismus. Tyto rodiny téměř úplně postrádají smysl pro humor, mají velmi málo společných zálib a jen zřídka nacházejí společné téma k hovoru. Nejsou schopné se kvalitně účastnit společenského života, oslavovat společně radostné události, jsou zkrátka osamělé. Rodinní příslušníci jsou pak izolováni od okolního světa, od přátel, od spolužáků, kolegů v práci. Nemají sílu požádat druhé o radu, jelikož si myslí, že nikoho nezajímají stejně tak, jak je tomu uvnitř rodiny. Nevyjádřené pocity se však v člověku ukládají a mohou způsobit nějaké psychosomatické onemocnění, negativně ovlivní jeho další péči o rodinu, jelikož člověk přichází o energii a chuť do života.

2.2.4 Rodičovské role

Již odnedávna jsme zvyklí považovat mateřství za nejdůležitější roli ve výchově dítěte. Matka dítě chrání, zahrnuje ho láskou, stará se o něj a dává mu vše potřebné. Zatímco otec je spíše pro dítě autoritou. Takto to možná bylo dříve nebo jsme se alespoň domnívali, že by to tak mělo být. V dnešní době se pohled na rodinu mění. Hlavním živitelem rodiny není už jen otec, ale pracuje i matka. Otec mnohdy pracuje pozdě do noci a matka místo toho, aby se po práci věnovala dětem, musí nakoupit a zařídit si potřebné věci. Zaměstnání matky má však dobrý vliv na hospodářskou situaci v rodině, jelikož v dnešní době je těžké vystačit s jedním platem. Otec již dnes není ten, který se musí poslouchat, ale přebaluje dítě, chodí s dítětem na procházku, hraje si s ním, nakupuje a postupně přebírá i nějaké domácí povinnosti, kterými se dříve zabývala jenom žena. [1] O roli matky a otce se zmiňuje i Matoušek, který uvádí, že některé děti si více rozumí s otcem než s matkou. S matkou dítě řeší problémy denního života, jako jsou škola, kamarádi, vztahy, móda. Otec se soustřeďuje spíš na témata o sportu, politice, hrách. Otec se oproti matce tolik nezajímá o to, co se stalo ve škole, nezasahuje dítěti do volby povolání, jako tomu bylo dříve. Na druhou stranu otec častěji rozkazuje, zatímco matka spíše prosí. [7] Role matky a otce jsou nedílnou součástí života a vývoje dítěte. Je velmi důležitý vzájemný vztah mezi dítětem a rodičem (tzv. bonding), který přichází od chvíle početí. [14]

2.3 Psychické zdraví rodičů

Pokud jsou oba rodiče duševně zdraví, je vysoká pravděpodobnost, že tito rodiče společně se svými dětmi tvoří duševně zdravou rodinu. Jakmile ale některý z rodičů trpí určitou psychickou poruchou, zdraví rodiny se naruší a spokojená rodina se mění v rodinu nestabilní. Již na počátku duševního onemocnění rodiče se mění celková rodinná atmosféra. Je důležité vědět, že problémy nezpůsobuje samotná diagnóza, ale to, jak tato diagnóza ovlivňuje chování jedince. Důležité je, jaké má rodič povědomí o své nemoci, zda si ji připouští v plné míře a jak se k ní dokáže postavit. V případě psychických onemocnění rodičů vážne hlavně komunikace, která je jedním z nejdůležitějších prvků fungující rodiny. Pokud komunikace nefunguje dostatečně, může negativně ovlivnit především dítě.

Pokud se u jednoho z rodičů vyskytne duševní porucha, je nezbytné, aby se druhý rodič i dítě s poruchou vyrovnali, nemocnému pomáhali a podporovali ho. Měli by zkusit být co nejvíce trpěliví a tolerantní k projevům jeho nemoci. Problémem je, že rodina se pak soustředí zejména na nemocného a starosti ostatních jdou stranou. I zdraví členové však mají právo na pozornost a na svůj život, nemohou se zcela obětovat nemocnému, což platí hlavně u dětí. V následujících odstavcích se budeme zabývat některými konkrétními příklady duševních nemocí rodičů a jejich vlivy na partnera a děti.

2.3.1 Rodič s psychotickou poruchou

Matka schizofrenička

Matka trpící schizofrenií ovlivňuje své okolí velkou měrou, pro rodinu je matčina nemoc obrovským stresem a ohrožením. Počátky změny chování mohou být přisuzovány charakterovým negativním rysům a tak členové rodiny a zejména děti nepoznají, že je matka duševně nemocná. Matka se vůči svému okolí chová uzavřeně, pasivně a introvertně. Velkým problémem pro dítě je, že matku přestává zajímat, co bylo ve škole, co dá dítěti k jídlu a ostatní běžné denní činnosti. Omezuje sociální kontakty, odmítá reálný svět, uniká do snění a fantazie. Halucinace a bludy, kterým díky své nemoci trpí, jsou pro partnera a zejména pro dítě ohrožující. Schizofrenie matky vede k hlubokým propastem v rodině, dochází k totálnímu odcizení. Riziko onemocnění pro potomka jednoho schizofrenního rodiče je 13%. [2]

Matka trpící paranoidní psychózou

Hlavním rysem paranoii je nedůvěřivost. Matka je nedůvěřivá vůči svému blízkému okolí, což může přejít až k vážnému podezírání. Díky tomu se straní sociálního života, bohužel ale nedostatečná informovanost a uzavřenost paranoiu ještě více prohlubuje. Nemocný je nepřátelský vůči okolnímu světu i rodině. Vlastní negativní pocity nemocného, směřované např. k vlastnímu dítěti, se stávají jeho nedílnou součástí. Matka trpící paranoidní psychózou mění pocity k nejbližšímu sociálnímu okolí. Partner či děti jsou pak zaskočeni, když doposud milý a vstřícný člen rodiny, vrhá nepřátelské pohledy nebo vybuchuje v nekontrolované agresi. [17]

2.3.2 Rodič s neurotickou poruchou

Matka trpící depresi

Základním příznakem depresí je chorobně smutná nálada, která má stoprocentní vliv na okolí nemocného. Deprese přetrvávají po několik dní bez přestávky, u sezónních depresí stav trvá až 60 dní. Matka se uzavírá do sebe, ztrácí energii a to i na konání běžných činností, jako je návštěva zaměstnání či běžná starost o rodinu. Nemocného přestává zajímat sexuální život, což má na partnerský život obrovský vliv. Když se v důsledku depresí matka obviňuje, má pocit vlastní méněcennosti, trpí nespavostí, nebo nechutenstvím, přenáší pak negativní náladu a myšlenky i na své děti, které tím mohou být v životě výrazně ovlivněny, mohou mít z domova „naučen“ negativní postoj k životu a předpoklady k depresím v dospělosti. [18]

Otec se sociální fobí

Sociální fobie je druh úzkostné poruchy. Způsobuje tělesné i emocionální problémy při sociálních situacích. Nemocný se bojí stýkat s lidmi, telefonovat, jít na veřejnosti, nakupovat apod. Tato fobie vede postupně k izolaci člověka ve společnosti a k rozvoji nízkého sebevědomí a stresu. Pokud trpí sociální fobí jeden z rodičů, např. otec, na úzkou rodinu to nemá přímý vliv. Nemocný totiž hledá útočiště právě v rodině, touží po kvalitních mezilidských vztazích na úrovni rodiny a nejbližších přátel. V rodině se chová normálním „zdravým“ způsobem, problém nastává, až když musí nemocný komunikovat s kýmkoliv mimo okruh jeho nejbližších. Rodina je pro něj důležitou oporou. [31]

2.3.3 Rodič s poruchou osobnosti

Otec s disociální poruchou osobnosti

Porucha osobnosti je obecně závažnější, než neurotická porucha. Jakákoliv porucha osobnosti negativně ovlivňuje chování nemocného, což má velký vliv na jeho okolí. Otec s disociální poruchou osobnosti uspokojuje vlastní potřeby bez ohledu na jiné, je trvale nezodpovědný a bezohledný vůči společenským normám. Nezajímá se o city partnera či o city dětí, snadno uvolňuje agresi a násilí. Nemocný není schopen pociťovat vinu, vše svádí na ostatní, zejména na děti, kteří jsou vždy nablízku. Před partnerem i dětmi pak hledá výmluvu pro své chování, není však schopen se do budoucna poučit ze zkušenosti.

Člověk s touto poruchou osobnosti je pro své okolí nebezpečný z důvodu psychického tlaku, děti pod jeho vlivem pak trpí nízkým sebevědomím a pocitem méněcennosti. [32]

Matka s anankastickou poruchou osobnosti

Obecně je člověk s anankastickou poruchou osobně nejistý, plný pochyb, je to člověk zaměřený na detaily, kontrolou všeho a všech. Matka s touto poruchou špatně vyjadřuje své pocity, ať už negativní nebo pozitivní, to je při výchově dětí špatné, rodina by si měla vzájemně city umět vyjadřovat. V rodinném životě silně upřednostňuje disciplínu a řád, ve výchově zdůrazňuje svědomitost, etiku a morálku. Nemocní rádi zavádějí pravidla a kontrolují druhé, což děti omezuje ve vlastním rozhodování, děti se bojí vyjádřit svůj názor. Matka s anankastickou poruchou trpí puntičkářstvím a perfekcionismem, který se projevuje například chorobnou touhou po uklizeném domě, nutí dítě mít uklizený pokoj, nesnese se povalující sešity do školy či hračky. Toto chování pak zapřičiňuje, že se dítě, ale i partner necítí doma dobře, členové rodiny si připadají jako v cizím prostředí, za všechno jsou kritizováni. Člověk s touto poruchou má pocit, že pokud nevezme svět do svých rukou, nastane jeho konec. [32]

3 Analýza psychiatrické péče v ČR

V této kapitole bych se chtěla věnovat psychiatrické péči v České republice, konkrétně pak rokem 2011, což je poslední dosud zveřejněný rok ve zdravotnické statistice dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR), ze které jsem čerpala. Psychiatrická péče se dělí nejen pro potřeby statistiky na ambulantní a lůžkovou. V následujících odstavcích bych se chtěla věnovat analýze statistik lůžkové psychiatrické péče, jelikož k ambulantní péči jsem nezjistila dostatek potřebných informací.

Statistickou jednotkou je jeden případ hospitalizace, který je v daném roce ukončen. V souboru jsou započítáváni všichni hospitalizovaní v psychiatrických lůžkových zařízeních, včetně cizinců a bezdomovců. Mezi lůžková zařízení patří psychiatrické léčebny a psychiatrická oddělení nemocnic. [28]

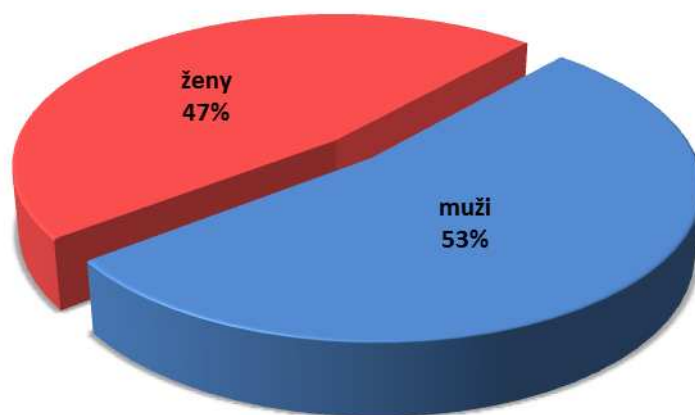
Cílem této části práce je analýza statistik ÚZIS za účelem zmapování evidovaných diagnóz dle MKN-10 u jedinců ve věku rodičovských rolí. Chtěla bych odpovědět na

otázky, jaká diagnóza byla ve sledovaném roce nejčtenější, čím více trpí muži a čím ženy, jaký věk postihuje duševní nemoc nejčastěji či v jakých krajích ČR se nejvíce projevuje jaká diagnóza. Zkoumala jsem celkem 5 skupin diagnóz, kterými jsem se zabývala podrobněji v teoretické části a těmi jsou diagnóza F10 (poruchy vyvolané alkoholem), F20-F29 (schizofrenie), F30-F39 (afektivní poruchy), F40-F48, F50-F59 (neurotické poruchy) a diagnóza F60-F63, F68-F69 (poruchy osobnosti). Věkové rozpětí analyzovaného souboru jsem zvolila mezi 25 a 69 lety, jelikož v tomto období dochází k rodičovské roli nejčastěji. Mladí lidé ve věku 25 let již mohou být rodiči a může je jako rodiče určitá duševní porucha provázet, stejně tak jako osoby starší šedesáti let, které řeší jak rodičovskou roli, tak i vztah se svými vnoučaty a psychické problémy je mohou doprovázet i v souvislosti s odloučením vlastních dětí.

Na závěr analytické části bych chtěla shrnout výsledky výzkumu, vyprofilovat psychická onemocnění, která nejvíce postihují rodiče a shrnout dopady těchto onemocnění na rodinu a děti.

3.1 Analýza statistik ÚZIS

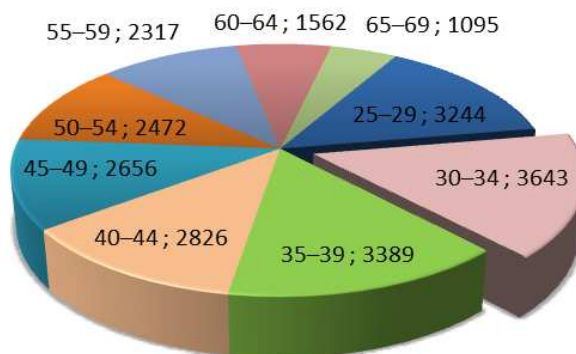
V roce 2011 bylo zaznamenáno dle ÚZIS ČR v psychiatrických lůžkových zařízeních celkem 59 925 hospitalizací, což je o 756 hospitalizací více oproti předešlému roku. Celkem bylo hospitalizováno 53% mužů a 47% žen, tento poměr zobrazuje následující graf. [28]



Graf č. 1: Celkový poměr mužů a žen v psychiatrických lůžkových zařízeních [28]

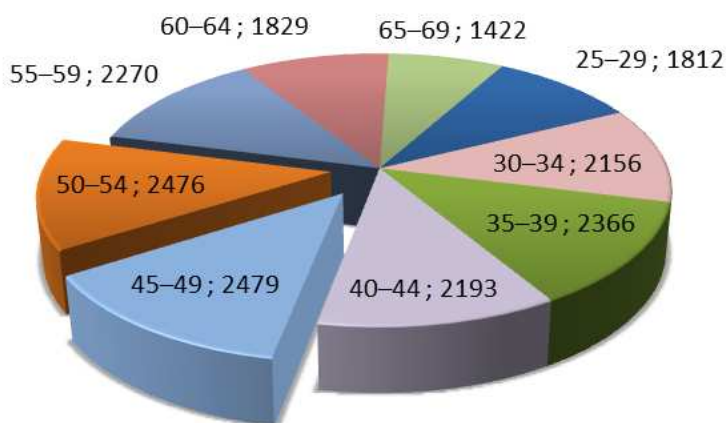
3.1.1 Analýza pacientů dle pohlaví a věku

Pokud budeme zkoumat pohlaví a věk psychicky nemocných, z následujících dvou grafů je zcela patrné, že nejpočetnější skupinou u mužů je věková kategorie 30 až 34 let a poté následuje též početná kategorie 35-39 let. Domnívám se, že to je z důvodu kladení vysokých nároků na muže jak z pohledu živitele rodiny, tak z pohledu kariérního.



Graf č. 2: Počet mužů v psychiatrických lůžkových zařízeních dle věku [28]

U žen je věková kategorie psychicky nemocných vyšší a to 45 až 54 let, což si myslím, že je především z důvodu odchodu dětí z domova či možné ztráty zaměstnání a složitosti nalézt práci novou.



Graf č. 3: Počet žen v psychiatrických lůžkových zařízeních dle věku [28]

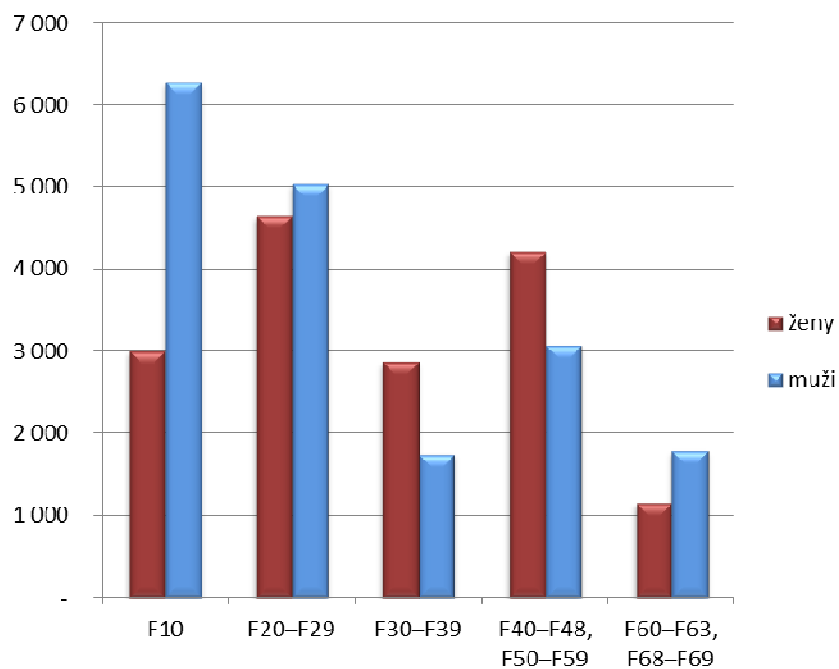
3.1.2 Analýza pacientů dle skupin diagnóz, pohlaví a věku

Při analýze pacientů v psychiatrických lůžkových zařízeních je důležité zkoumat nejen věk a pohlaví, ale zejména diagnózu, se kterou jsou hospitalizováni. Jako zdroj informací byla použita data dle ÚZIS shrnutá v následující tabulce.

Tab. č. 1: Počet pacientů v psychiatrických lůžkových zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz, věkových skupin a pohlaví [28]

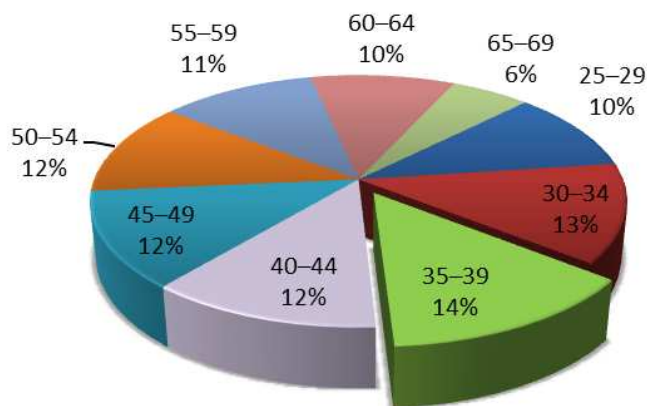
Skupina psych. diagnóz	Věková skupina									Celkem
	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	
	ženy									
F10	164	264	451	444	468	491	387	222	116	3 007
F20–F29	484	590	630	559	577	556	516	477	263	4 652
F30–F39	127	217	275	289	429	513	454	323	243	2 870
F40–F48, F50–F59	423	475	546	541	597	552	525	335	221	4 215
F60–F63, F68–F69	222	192	175	130	143	115	92	43	44	1 156
	muži									
F10	365	709	952	1 021	965	891	728	414	229	6 274
F20–F29	972	984	811	538	549	444	366	249	126	5 039
F30–F39	91	145	171	195	225	273	314	199	141	1 754
F40–F48, F50–F59	352	457	478	448	350	349	347	194	99	3 074
F60–F63, F68–F69	287	352	362	204	203	184	127	47	22	1 788

Z tabulky vyplývá, že muži mají největší sklony k alkoholismu a dále je u nich převyšující výskyt schizofrenie. Snaha řešit problémy alkoholem je u mužů mnohem vyšší, než u žen. Ženy nejvíce postihuje schizofrenie a hned poté trpí neurotickými poruchami, což je dáno vyšší mírou stresu, než u mužů. Nejméně mužů je hospitalizováno s afektivními poruchami a ženy postihují nejméně poruchy osobnosti. Poměr počtu mužů a žen trpících jednotlivými skupinami diagnóz znázorňuje následující graf.



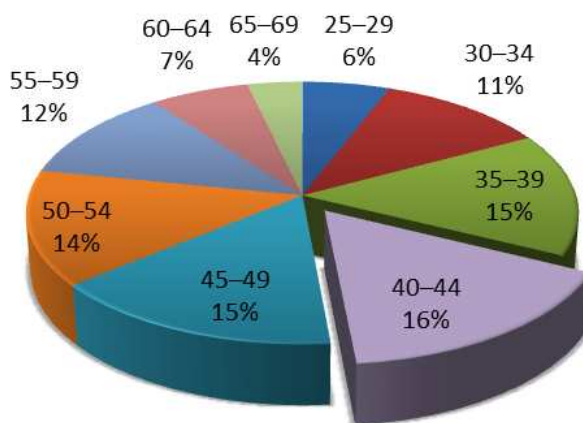
Graf č. 4: Poměr mužů a žen v psychiatrických lůžkových zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz [28]

Z předešlé tabulky jsme vyčetli, že nejpočetnější skupinou diagnóz u žen je schizofrenie, je proto nezbytné na následujícím grafu ukázat, jaké věkové skupiny schizofrenie nejvíce postihuje. Pokud zkoumáme ženy ve věku 25 až 69 let, největší díl (14%) připadá věkové kategorii 35-39 let. 13% žen, které jsou se schizofrenií hospitalizovány, jsou mezi 30 a 34 lety. Z grafu ale vyplývá, že ani jedna věková kategorie není výrazně postižena schizofrenií oproti jiné. Ve věku 30 až 49 let je celkový počet hospitalizovaných žen s diagnózou F20 podobný.



Graf č. 5: Počet žen v psychiatrických lůžkových zařízeních s diagnózou F20-F29 podle věku

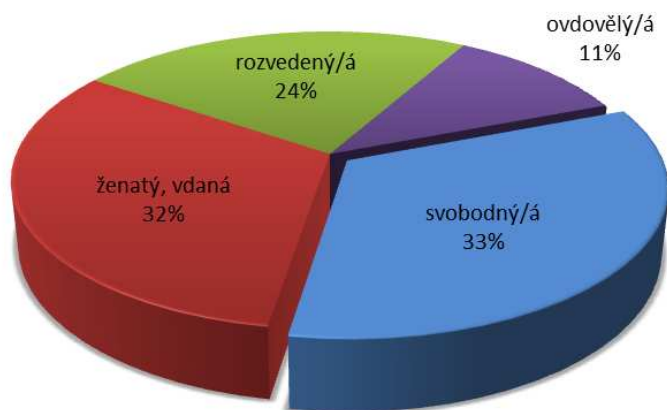
U mužů je nejpočetnější skupinou diagnóz diagnóza F10, proto i zde bychom se měli tímto onemocněním zabývat podrobněji z hlediska věkových kategorií. Stejně tak jako u žen, ani u mužů nepřevyšuje určitá věková kategorie postižená alkoholismem výrazně kategorii jinou. Nejpočetnější skupinou jsou muži ve věku 40-44 let (16%), ale 15% mužů je ve věku 35-39 a stejně tak ve věku 45-49 let. Jednoprocentní rozdíl nelze považovat za směrodatný, lze tedy říci, že diagnózou F10 jsou nejvíce postiženi muži ve věku od 35 do 49 let.



Graf č. 6: Počet mužů v psychiatrických lůžkových zařízeních s diagnózou F10 podle věku [28]

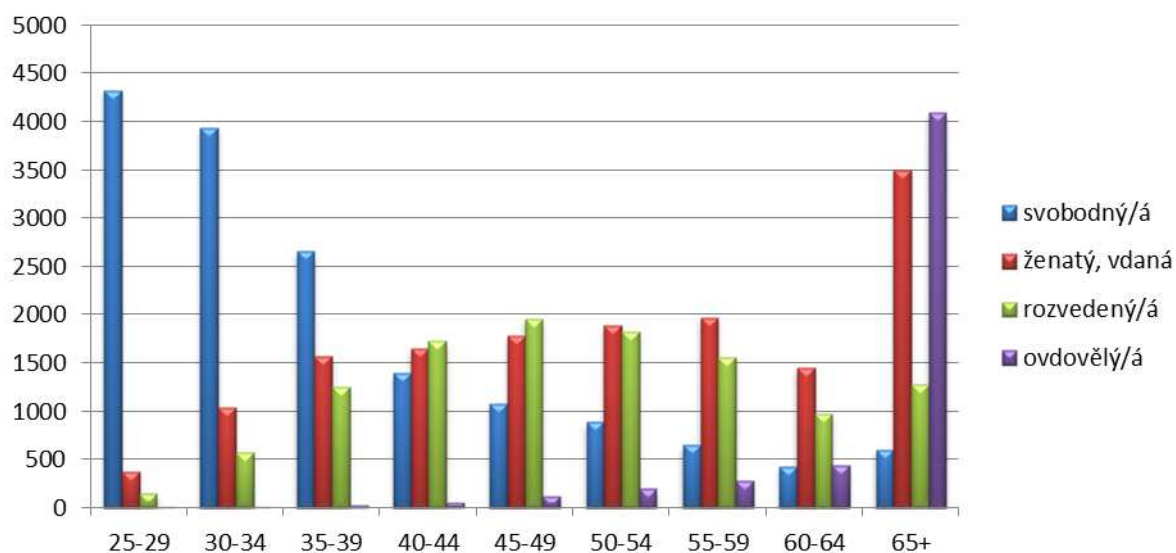
3.1.3 Analýza pacientů dle věku a rodinného stavu

Z důvodu zkoumání psychického zdraví rodičů nelze opomenout analýzu psychiatrické péče z hlediska rodinného stavu. Pro stanovení profilu psychiatrického onemocnění rodičů je důležité znát, v jakém rodinném stavu se nemocný nachází. Celkový poměr pacientů v psychiatrických lůžkových zařízeních dle rodinného stavu znázorňuje následující graf. Je z něj patrné, že s 33% převládají svobodní. Je to tak ale nepatrný rozdíl oproti ženatým/vdaným, že bych se tento vztah odvážila hodnotit poměrem 1:1.



Graf č. 7: Poměr pacientů v psychiatrických lůžkových zařízeních podle rodinného stavu ve věku od 25 let [28]

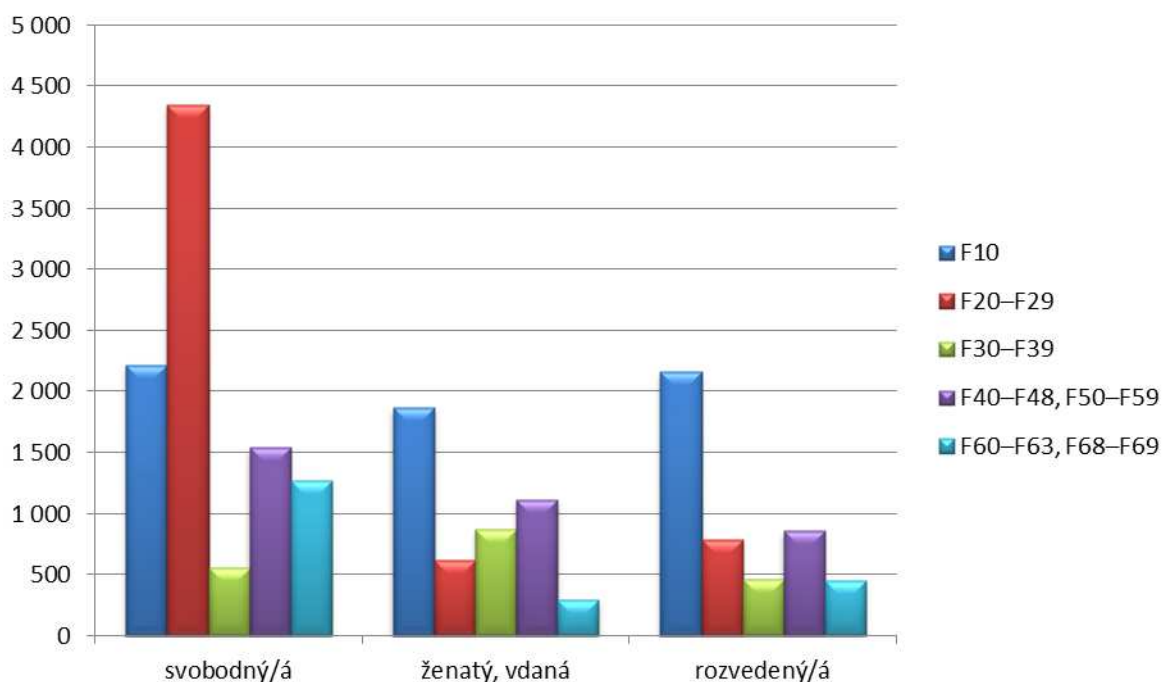
Pokud budeme zkoumat vztah rodinného stavu a věku, zjistíme, že ve věku 25 až 39 let převládají svobodní pacienti. S rostoucím věkem klesá počet svobodných, kteří jsou pro svou nemoc hospitalizováni, úměrně k počtu svobodných lidí obecně. Od 40 let věku je patrné, že nemocní jsou buď ženatí, nebo rozvedení. Z grafu je také zřejmé, že s růstem věku a tím i s růstem úmrtí v rodině (rodiče, partner) dochází k nárůstu hospitalizací ovdovělých, u seniorů nad 65 let je tento nárůst enormní.



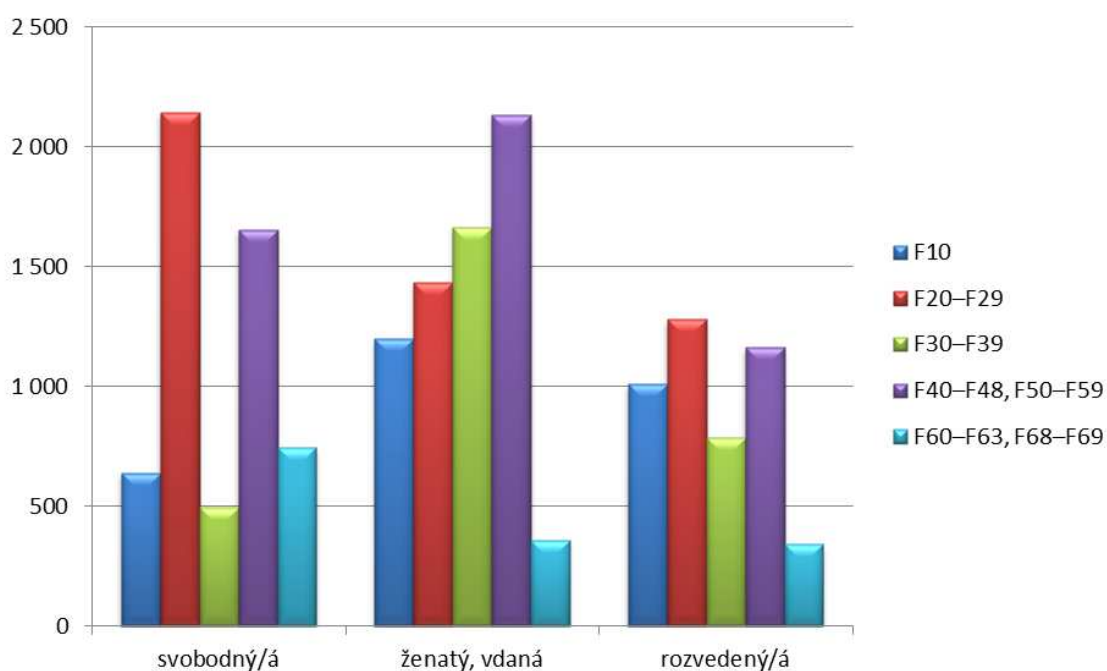
Graf č. 8: Počet pacientů v psychiatrických lůžkových zařízeních podle rodinného stavu a věku [28]

3.1.4 Analýza pacientů dle pohlaví, rodinného stavu a skupin diagnóz

Zhodnotili jsme vztah mezi rodinným stavem nemocného a jeho věkem, ale je též důležité určit, jakou má souvislost rodinný stav a diagnóza, pro kterou je pacient hospitalizován. Z následujících dvou grafů je patrné, že jsou rozdíly mezi muži a ženami i z hlediska rodinného stavu a jejich diagnóz. Svobodní muži trpí nejvíce schizofrenií a následně alkoholismem. Diagnóza F10 je u mužů velmi častá, u ženatých i rozvedených mužů je na přední příčce důvodu hospitalizace pro psychickou nemoc. Svobodné ženy trpí taktéž největší měrou schizofrenií, ale na druhém místě se neléčí pro alkoholismus, ale pro neurotické poruchy, které u nich výrazně převládají v manželství spolu s afektivními poruchami. U rozvedené ženy je na přibližně stejné úrovni diagnóza schizofrenie a neurotické poruchy.



Graf č. 9: Počet mužů starších 15 let v psychiatrických lůžkových zařízeních podle rodinného stavu a skupin psychiatrických diagnóz [28]

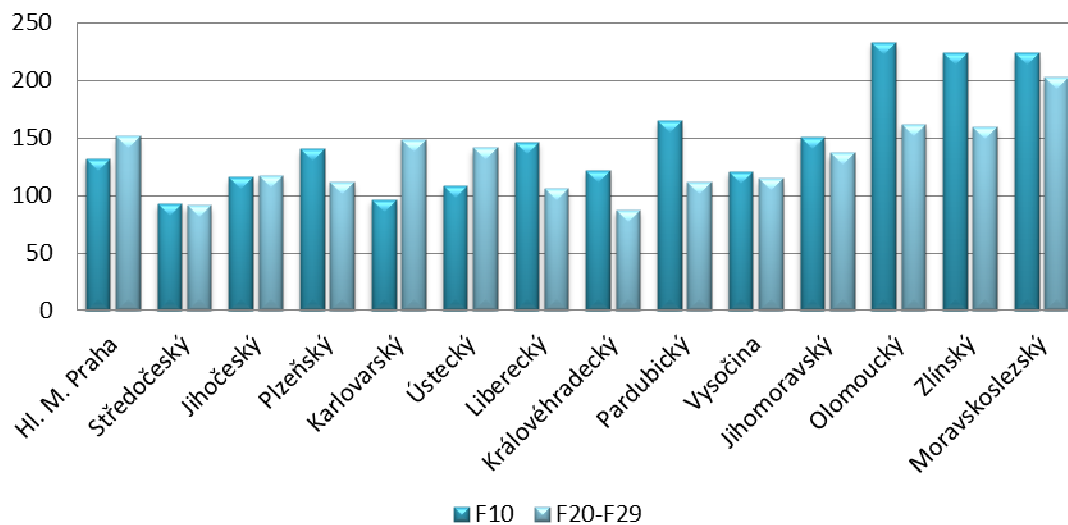


Graf č. 10: Počet žen starších 15 let v psychiatrických lůžkových zařízeních podle rodinného stavu a skupin psychiatrických diagnóz [28]

3.1.5 Analýza pacientů dle pohlaví, skupin diagnóz a krajů ČR

Určitě je zajímavé, pokud zkoumáme psychiatrickou péči v České republice, určit v jakém kraji jsou lidé hospitalizováni s jakou diagnózou a zanalyzovat příčinu. Je zřejmé, že místo, kde žijeme, má na náš život obrovský vliv. Proto je důležité zkoumat dopady okolí na psychické zdraví člověka.

Jako zdroj informací jsem použila tabulku ÚZIS Počet pacientů v psychiatrických lůžkových zařízeních ve věku 15 let a starších podle kraje bydliště, skupin psychiatrických diagnóz a pohlaví na 100 000 obyvatel. Jak jsme zjistili již v předchozích odstavcích, muže nejvíce postihuje diagnóza F10 a F20-F29 a ženy pak F20-F29 a F40-F48, F50-F59. Pro porovnání vlivu jednotlivých krajů na psychické onemocnění jsem zvolila právě pouze tyto diagnózy, u každého pohlaví dvě nejrozšířenější, což si myslím, že bude mít dostatečnou vypovídací hodnotu o vlivu kraje na psychické zdraví člověka.



Graf č. 11: Počet mužů v psychiatrických lůžkových zařízeních s diagnózou F10 a F20-F29 podle kraje bydliště [28]

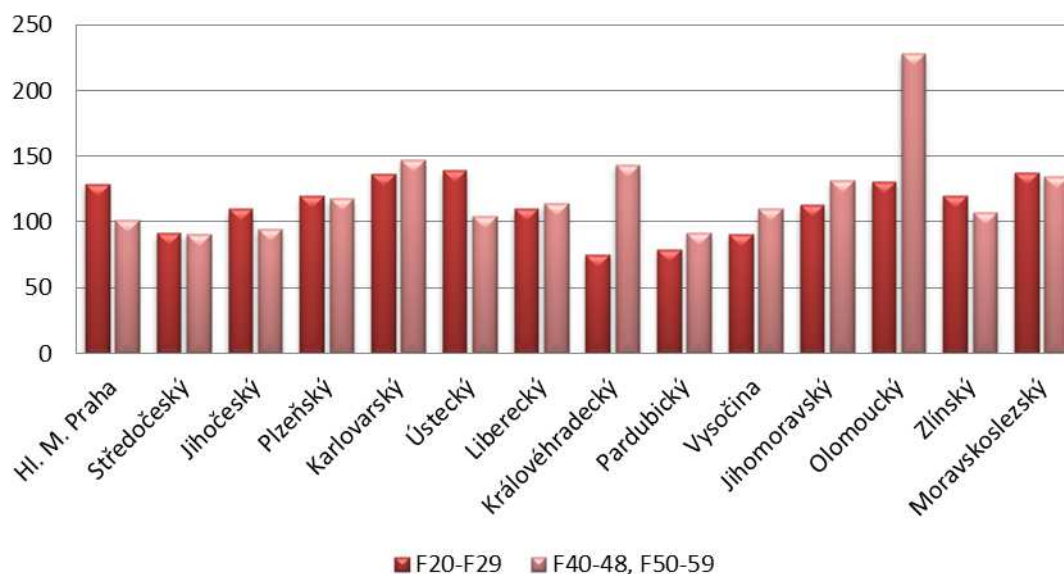
Předchozí graf zobrazuje, že nejhorší vliv na alkoholismus u mužů má Olomoucký, Zlínský a Moravskoslezský kraj. Je to patrně z toho důvodu, že v těchto krajích je vysoká nezaměstnanost, zejména pak v kraji Olomouckém (11,4%). Pokud muž nemá práci, je ve stresu a tuto situaci řeší alkoholem. Snadno pak dojde až k jeho hospitalizaci. Druhým důvodem je, že v oblasti Moravy je statisticky vyšší konzumace alkoholu, než v Čechách. Je to dáno regionální produkcí vína, ale i výrobou domácích pálenek. Dalším důvodem je také to, že Moravskoslezský kraj trpí nejvyšší mírou znečištění ovzduší v ČR. Špatná kvalita ovzduší má bezpochyby dopad na psychické onemocnění lidí, protože kvalita životního prostředí je pro duševní zdraví velmi důležitá.

Naopak nejméně hospitalizovaných mužů s diagnózou F10 je v kraji Středočeském. Dle mého názoru je to z důvodu nižší nezaměstnanosti (7,1%). V tomto kraji je o mnoho více pracovních příležitostí, což prospívá psychickému zdraví.

U schizofrenie je to podobné, nejhorší dopad na muže má Moravskoslezský kraj, naopak nejméně schizofreniků je ve Středočeském a Královéhradeckém kraji.

Když se podíváme na následující graf, můžeme vidět, že počet žen schizofreniček je na území ČR téměř vyrovnaný. Žádný kraj nemá markantní vliv na diagnózu F20 u žen, naopak je z grafu zřejmé, že výrazný dopad na neurotické poruchy má život

v Olomouckém kraji. Dle mého názoru je to opět z důvodu vysoké nezaměstnanosti, která vede ke zvýšenému stresu, depresím a konkrétně u 642 žen až k hospitalizaci v psychiatrickém lůžkovém zařízení.



Graf č.12: Počet žen v psychiatrických lůžkových zařízeních s diagnózou F20-F29 a F40-F48, F50-F59 podle kraje bydliště [28]

3.2 Profil psychického onemocnění rodičů

Z předešlé analýzy statistik ÚZIS lze odhadovat, jaký je profil psychického onemocnění rodičů. Rodičovské roli dle mého názoru odpovídá věková kategorie 25 až 50 let, avšak i starší lidé jsou rodiči, jen je může zatěžovat tato role méně, než osoby mladší. Rodičovství dopadá na každé pohlaví jinak. „Otec“ může být v nadměrném stresu hned v počátku života potomka, jelikož je narušen jeho dosavadní život a jsou na něj ze strany partnerky kladeny mnohem větší nároky a to jak na postarání se o rodinu z hlediska péče a času, tak i financí. Ze statistik skutečně vyplynulo, že nejčastěji hospitalizovanými jsou muži ve věku 30-34 let, což odpovídá počátečnímu stádiu rodičovství. V této věkové kategorii trpí muži nejvíce schizofrenií.

Naopak ženy statisticky nejvíce postihují psychická onemocnění ve věku 45 – 54 let, což pokud budeme uvažovat, že jsou tyto ženy matkami, mají pravděpodobně potomka v pubertálním věku, což může být právě příčina duševních onemocnění ženy. Pokud se

potomek nechová podle morálních vzorů v rodině, matka může být zklamaná a upadat do depresí.

U mužů „otců“ se nejčastěji vyskytuje alkoholismus ve věku 40-44 let. Příčin může být několik a to např. nezaměstnanost, neshody v rodině, nevěra, aj. Pokud muž přijde o práci, negativně ho to ovlivní hlavně z toho důvodu, že přestane být živitelem rodiny, selhává jeho funkce a je pro něj těžké se s tím smířit. Jakmile se uchýlí k alkoholu, je však už složité najít si práci novou, rodina se postupně zadlužuje a velmi se zhoršují rodinné vztahy. „Matka“ se dostává do depresivních stavů, nejhorší situace může nastat, pokud se k alkoholismu uchýlí i žena. Vše poté dopadá na děti a jejich duševní zdraví. Myslím si, že tato situace se projevuje hlavně u rodin s nižšími příjmy a může se stát, že i s nižší inteligencí. Není to pravidlem, ale pokud jsou lidé mentálně zdraví, snaží se problém vyřešit rozumem a nikoliv alkoholem.

Z analýzy dle rodinného stavu nelze příliš usuzovat rodičovskou roli a informace by mohly být zavádějící, jelikož v dnešní době je tendence k nesezdanému soužití, proto i svobodní mohou mít děti. Nelze tedy usuzovat, že zejména skupina ženatých a rozvedených jsou rodiči. Rodičovství lze lépe předpokládat právě z věkové kategorie matky a otce, jelikož pokud chtějí páry zakládat rodiny, věk je pro většinu z nich směrodatný a i zdravotně limitující.

Z analýzy vyplývá, že mnoho rodičů trpí určitým psychickým onemocněním, ať už již zmíněným velmi závažným alkoholismem nebo např. depresemi, schizofrenií, afektivními poruchami a některými poruchami osobnosti. Všechna tato duševní onemocnění mají výrazný negativní dopad na rodinu nemocného a zejména na děti. Rodičova nemoc ovlivní dítě na zbytek života, ať už se jedná o vliv na jeho sebevědomí, na začlenění se do kolektivu nebo o vliv na chování vůči ostatním.

Psychicky nemocní rodiče by se měli učit správné duševní hygieně, měli by se naučit vyrovnat se s běžnými stresy, které život nabízí a měli by se snažit co nejméně negativně ovlivňovat své okolí. Duševní zdraví je zkrátka stav pohody, který je základem rodinného štěstí.

4 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá duševním zdravím, především pak duševním zdravím lidí, kteří jsou ve věku rodičovských rolí. Bakalářskou práci jsem rozdělila na teoretickou a praktickou část. V první části jsem pomocí odborné literatury definovala pojem zdraví a duševní zdraví, popsala jsem, jaké jsou psychické poruchy či jak vypadá duševně zdravá a nezdravá rodina. Na konci této části jsem se zaměřila na to nejdůležitější, a to jak se chová v rodině rodič, který trpí duševním onemocněním. V teoretické části jsem nejvíce čerpala z těchto autorů: Křivohlavý J., Mlčák Z., Míček L. a Zvolský P.

V praktické části jsem se snažila zjistit, s jakými duševními poruchami se jedinci ve věku rodičovských rolí léčili v roce 2011 v ČR nejvíce. Potřebné informace jsem získala ze zdravotnických statistik ÚZIS z publikace Psychiatrická péče, kde jsem se podrobněji zaměřila na péči lůžkovou. Zkoumala jsem pouze vybrané duševní poruchy, které se dle mého názoru mohou u rodičů projevat nejčastěji. Zajímala jsem se o výskyt alkoholismu, neurotických poruch, psychotických poruch a poruch osobnosti. Analyzovala jsem statistiky dle pohlaví, věku a rodinného stavu pacienta, dále dle diagnóz a výskytu duševních poruch v jednotlivých krajích ČR. Na závěr této části jsem vytvořila pravděpodobný profil psychického onemocnění rodičů.

Díky této analýze jsem zjistila mnoho zajímavých informací. Co se týče hospitalizací mužů a žen je počet nemocných v tomto případě hodně vyrovnaný. Pokud se zaměříme na věk, muži jsou nejčastěji hospitalizováni s duševní poruchou ve věku 30 – 34 a ženy ve věku 45 – 54 let. Domnívám se, že u mužů to může být v důsledku kladení vysokých nároků na ně jako živitele rodiny, u žen se v tomto věku objevuje duševní porucha např. kvůli odchodu dospělých dětí z domova či kvůli ztrátě zaměstnání. Z dalších statistik vyplynulo, že se u mužů nejčastěji vyskytuje alkoholismus a u žen schizofrenie v pozadí s neurotickými poruchami. V poslední řadě jsem se zaměřila na statistiky pacientů v jednotlivých krajích ČR, ze kterých vyplynulo, že největší počet alkoholiků je v Olomouckém kraji, kde příčinou může být velká nezaměstnanost. U žen schizofreniček je výskyt v krajích velmi těsný, naopak u žen s neurotickými poruchami je markantní nárůst taktéž v Olomouckém kraji, kde svou roli hraje určitě opět vysoká nezaměstnanost.

Cílem mé práce bylo u jedinců ve věku rodičovských rolí zmapovat psychická onemocnění, kterými v dnešní době nejvíce trpí. Tento cíl jsem dle mého názoru naplnila a na závěr shrnula dopady onemocnění na rodinu a děti.

Díky této bakalářské práci jsem zjistila, jak je důležité chránit a pečovat o své duševní zdraví. Mnoho lidí si to bohužel neuvědomuje a já doufám, že tato práce bude značným přínosem všem, nejen rodičům.

5 Resumé

Název bakalářské práce: Psychické zdraví rodičů

Autor bakalářské práce: Dominika Fikarová

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.

Hlavním tématem bakalářské práce je psychické zdraví, zejména pak jeho důležitost v rodinném prostředí. V teoretické části jsou rozepsána vybraná duševní onemocnění, jejich příčiny vzniku a příznaky. Dále práce pojednává o dopadech duševních poruch na rodinu a o selhávání rodičů v důsledku určitých psychických onemocnění. Praktická část je zaměřena na analýzu statistik ÚZIS ČR, které zobrazují počet duševně nemocných v psychiatrických lůžkových zařízeních v roce 2011. Statistiky jsou rozděleny podle věku, pohlaví a rodinného stavu pacientů, podle jejich diagnóz a podle krajů České republiky, ve kterých žijí. Z výsledků analýz je následně vytvořen pravděpodobný profil psychického onemocnění rodičů.

Resumé

Title of the bachelor's thesis: Mental health of parents

Author of the bachelor's thesis: Dominika Fikarová

Supervisor of the bachelor's thesis: Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.

The main theme of the bachelor thesis is mental health, particularly its importance in the family environment. In the theoretical part are listed chosen mental illnesses, their causes and symptoms. The thesis further deals with the result of mental illness on the family and the failure of parents in the resulting definite mental illnesses. The practical part is directed at analysing statistics UZIS CR, which shows the number of ill patients in psychiatric hospitals in 2011. The statistics are divided according to age, sex and family status of the patient, according to their diagnosis and according to the region of the Czech Republic in which they live. The results of the analysis are subsequently created by the probability of the mental illness profile of the patient's parents.

6 Použitá literatura

- [1] BARTKO, Daniel. *Moderní psychohygienu*. 3.vyd. Praha: Orbis, 1976, 456 s. 505-21-826
- [2] DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E., HONS, J. *Psychóza v životě – život v psychóze*. Praha: Maxdorf, 2008, 63 s. ISBN 80-7345-156-1
- [3] HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X
- [4] KRATOCHVÍL, Stanislav. *Jak žít s neurózou - O neurotických poruchách a jejich zvládnutí*. 4.vyd. Praha: Triton, 2006, 216 s. ISBN 80-7254-553-1
- [5] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-7178-774-4
- [6] MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, 144 s. ISBN 80-7178-700-0
- [7] MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Slon, 2003, 161 s. ISBN 80-8642-919-9
- [8] MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*. Praha: SPN, 1984, 208 s. 14-400-84
- [9] MÍČEK, Libor. *Sebevýchova a duševní zdraví*. Praha: SPN, 1986, 224 s. 14-226-86
- [10] MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005, 84 s. ISBN 80-7368-035-1
- [11] MOŽNÝ, Petr. *Když se řekne psychóza*. Praha: Galén, 1999, 31 s.
- [12] MOŽNÝ, Ivo. *Sociologie rodiny*. 2.vyd. Praha: Slon, 2002, 250 s. ISBN 80-8642-905-9
- [13] PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003, 360 s. ISBN 80-7178-737-X

- [14] RHEINWALDOVÁ, Eva. Rodičovství není pro každého. 1.vyd. Praha: Motto, 1993. 175 s. ISBN 80-7246-248-2
- [15] RICHTEROVÁ, M., HOLUB, K., MEČÍŘ, J., TRNKA, Z. *Psychopatologie*. 2. vyd. Praha: SPN, 1969. 16-903-69
- [16] SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 219 s. ISBN 80-7367-250-8
- [17] STYX, Petr: *O psychiatrii : Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003, 178 s. ISBN 80-7226-828-7
- [18] ŠVESTKA, Jaromír. *Deprese: léčitelná duševní porucha se vzrůstajícím výskytem*. Praha: Galén, 2000, 16 s. ISBN 80-8625-723-1
- [19] VAŠINA, Bohumil. *Psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita, 1999, 84.s. ISBN 80-7042-546-6
- [20] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. 467 s. ISBN 80-2461-832-6
- [21] VÝROST Jozef, SLAMĚNÍK Ivan a kolektiv. *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha: Portál, 1998. 384 s. ISBN 80-7178-269-6
- [22] ZVOLSKÝ, Petr. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 206 s. ISBN 80-7184-203-6

Elektronické zdroje

- [23] *Dobrá psychiatrie*. [online, cit. 22.3.2013] Dostupné na www: <<http://www.dobrapsychiatrie.cz/psychozy/co-to-jsou-psychozy>>
- [24] *Duševní poruchy*. [online, cit. 25.3.2013] Dostupné na www: <<http://www.biofeedbackbrno.cz/mozek/dusevni-poruchy/>>

[25] *Magazín zdraví*. [online, cit. 2.4.2013] Dostupné na www:
<<http://www.magazinzdravi.cz/zdrave-rodiny>>

[26] *Občanské sdružení Práh*. [online, cit. 25.3.2013] Dostupné na www:
<<http://www.prah-brno.cz/o-dusevnim-onemocneni.html>>

[27] *ÚZIS ČR. MKN-10*. [online, cit. 5.4.2013] Dostupné na www:
<<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>

[28] *ÚZIS ČR. Psychiatrická péče 2011*. [online, cit. 10.4.2013] Dostupné na www:
<<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/psychiatricka-pece>>

[29] *WHO*. [online, cit. 19.3.2013] Dostupné na www:
<http://www.who.int/topics/mental_health>

[30] *WHO*. [online, cit. 19.3.2013] Dostupné na www:
<http://www.who.int/features/factfiles/mental_health>

[31] *Wikipedia*. [online, cit. 2.4.2013] Dostupné na www:
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Socialni_fobie>

[32] *Wikipedia*. [online, cit. 2.4.2013] Dostupné na www:
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Porucha_osobnosti>

7 Seznam obrázků, tabulek a grafů

Obr. č. 1: Kauzální vliv rozhodujících faktorů podmiňujících lidské zdraví

Tab. č. 1: Počet pacientů v psychiatrických lůžkových zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz, věkových skupin a pohlaví

Graf č. 1: Celkový poměr mužů a žen v psychiatrických lůžkových zařízeních

Graf č. 2: Počet mužů v psychiatrických lůžkových zařízeních dle věku

Graf č. 3: Počet žen v psychiatrických lůžkových zařízeních dle věku

Graf č. 4: Poměr mužů a žen v psychiatrických lůžkových zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz

Graf č. 5: Počet žen v psychiatrických lůžkových zařízeních s diagnózou F20-F29 podle věku

Graf č. 6: Počet mužů v psychiatrických lůžkových zařízeních s diagnózou F10 podle věku

Graf č. 7: Poměr pacientů v psychiatrických lůžkových zařízeních podle rodinného stavu ve věku od 25 let

Graf č. 8: Počet pacientů v psychiatrických lůžkových zařízeních podle rodinného stavu a věku

Graf č. 9: Počet mužů starších 15 let v psychiatrických lůžkových zařízeních podle rodinného stavu a skupin psychiatrických diagnóz

Graf č. 10: Počet žen starších 15 let v psychiatrických lůžkových zařízeních podle rodinného stavu a skupin psychiatrických diagnóz

Graf č. 11: Počet mužů v psychiatrických lůžkových zařízeních s diagnózou F10 a F20-F29 podle kraje bydliště

Graf č. 12: Počet žen v psychiatrických lůžkových zařízeních s diagnózou F20-F29 a F40-F48, F50-F59 podle kraje bydliště

8 Přílohy

Příloha č. 1: MKN - 10

10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí uvádí tyto hlavní kategorie duševních poruch a poruch chování:

F00 – F09: Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10 – F19: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20 – F29: Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30 – F39: Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40 – F49: Neurotické poruchy, stresové a somatoformní poruchy

F50 – F59: Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60 – F69: Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70 – F79: Mentální retardace

F80 – F89: Poruchy psychického vývoje

F90 – F98: Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci

F99: Neurčená duševní porucha