

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Katedra cestovního ruchu

PSYCHOPATOLOGIE

PRO PRACOVNÍKY CESTOVNÍHO RUCHU

Bakalářská práce

2009

Monika Slavíková

PSYCHOPATOLOGIE
PRO PRACOVNÍKY CESTOVNÍHO RUCHU

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní PhDr. Evě Půlkrábkové za vedení a odbornou spolupráci v průběhu vypracovávání této bakalářské práce. Poděkování si zaslouží také ti, kteří mi poskytli užitečné informace a podklady, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

PSYCHOPATOLOGIE
PRO PRACOVNÍKY CESTOVNÍHO RUCHU

Monika Slavíková

Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra cestovního ruchu

Vedoucí práce: PhDr. Eva Půlkrábková

Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář

Jihlava 2009

Abstrakt

SLAVÍKOVÁ Monika: Psychopatologie pro pracovníky cestovního ruchu. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra cestovního ruchu. Vedoucí práce PhDr. Eva Půlkrábková. Stupeň odborné kvalifikace: bakalář. Jihlava 2009. Stran 63.

Má bakalářská práce se věnuje psychopatologii pro pracovníky cestovního ruchu a skládá ze dvou hlavních částí. Teoretická část definuje základní pojmy psychologie a psychopatologie. Tato část také zahrnuje popis vybraných duševních a behaviorálních poruch. Údaje v praktické části byly získány dotazníkovým šetřením. Pro celou práci jsou přínosem vlastní myšlenky a zkušenosti získané praxí v cestovním ruchu. Práce byla napsána jako příručka pro pracovníky cestovního ruchu.

Klíčová slova: Psychopatologie pro pracovníky cestovního ruchu, Anorexie, Bulimie, Agresivita, Alkoholismus, Fobie, Deprese, Neurotické poruchy, Poruchy osobnosti, Afektivní poruchy

Slavíková Monika: Psychopathologie für Angestellte im Tourismus Bereich. Polytechnische Hochschule Jihlava. Katheder des Tourismus. Leiter der Arbeit PhDr. Eva Půlkrábková. Ausbildungsstufe Bachelor. Jihlava 2009. Seiten 63.

Die vorliegende Bachelorarbeit widmet sich der Psychopathologie für Angestellte im Tourismus Bereich und sie besteht aus zwei Hauptteilen. Der teoretische Teil definiert Grundbegriffe der Psychologie und Psychopathologie. Dieser Teil enthält auch die Beschreibung der ausgewählten Geistes- und Behavioralstörung. Information in den praktischen Teil wurden aus Nachfragebogen herausgefunden. Für meine ganze Arbeit sind eigene Gedanken und Erfahrungen durch der Berufspraxis in den Tourismus gewonnen. Diese Bachelorarbeit wurde als Anleitung für Angestellte in den Tourismus Bereich der Psychologie geschrieben.

Schlüsselwörter: Psychopathologie für Angestellte im Tourismus Bereich, Anorexie, Bulimie, Aggressivität, Alkoholismus, Phobie, Depressionen, Neurotische Störungen, Störungen der Persönlichkeit, Afektivität Störungen

Předmluva

Studijním oborem, kterým jsem se po celou dobu studia na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě zabývala, je cestovní ruch. V tomto odvětví národního hospodářství hraje kontakt s lidmi velmi důležitou úlohu, proto jsem si vybrala téma mé bakalářské práce z oblasti psychologie. Psychopatologie pro pracovníky cestovního ruchu se mi zdála vhodným námětem pro svou možnost zkoumání variability a patologie lidské psychiky.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Každá z těchto částí obsahuje dvě hlavní kapitoly. V teoretické části se zabýváme základními pojmy a vybranými duševními a behaviorálními poruchami. Praktickou část tvoří vyhodnocení dotazníkového šetření a kazuistika.

V teoretické části bylo čerpáno především z odborné literatury na daná témata jednotlivých kapitol. Údaje v praktické části byly získány dotazníkovým šetřením a pro celou práci jsou přínosem vlastní myšlenky získané nabytými zkušenostmi a praxí v tomto oboru.

Tato práce v žádném případě nechce, a svým omezeným rozsahem typu bakalářské práce, ani nemůže konkurovat učebnicím psychopatologie. Práce je napsána pro studující, resp. pracovníky cestovního ruchu a je psána s ohledem na jejich pracovní náplň. V praxi může být využitelná pro průvodce cestovního ruchu jako součást přípravy k zájezdu, neboť základní znalost psychologie je nutnou podmínkou k výkonu tohoto povolání. Má práce je určena i pro všechny ostatní, kteří se chtějí více dozvědět o rozmanitosti lidské psychiky, jelikož poznatky z této práce mohou být využitelné i při veškeré komunikaci s lidmi v běžném životě.

Obsah

Úvod	10
------	----

TEORETICKÁ ČÁST

1 Psychologie a Psychopatologie	12
--	-----------

1.1 Norma a abnormalita	13
1.2 Druhy norem	14
1.2.1 Statistické pojetí normy	14
1.2.2 Sociokulturní pojetí normality	14
1.2.3 Funkční pojetí normy	14
1.2.4 Mediální norma	14
1.3 Hlediska hodnocení normality	15

2 Vybrané duševní a behaviorální poruchy	16
---	-----------

2.1 Poruchy příjmu potravy	16
2.1.1 Mentální anorexie	17
2.1.2 Mentální bulimie	18
2.2 Problémy spojené s životním stylem – závislosti	20
2.2.1 Alkohol	22
2.3 Návykové a impulzivní poruchy	27
2.3.1 Patologické hráčství (gambling)	27
2.3.2 Jiné varianty návykového a impulzivního chování	27
2.4 Agresivní chování	28
2.5 Sebevražedné jednání	29
2.6 Poruchy nálad, afektivní poruchy	31
2.6.1 Depresivní porucha	32
2.6.2 Manický syndrom	32
2.7 Poruchy osobnosti	33
2.7.1 Paranoidní porucha osobnosti	33
2.7.2 Schizoidní porucha osobnosti	34
2.7.3 Disociální porucha osobnosti	34

2.7.4 Emočně nestabilní porucha osobnosti	35
2.7.5 Histrionská porucha osobnosti	35
2.7.6 Anankastická porucha osobnosti	35
2.7.7 Úzkostná porucha osobnosti	36
2.7.8 Závislá porucha osobnosti	36
2.7.9 Narcistická porucha osobnosti	36
2.8 Neurotické poruchy	37
2.8.1 Úzkostná porucha	37
2.8.2 Panická porucha	37
2.8.3 Obsedantně-kompulzivní porucha	38
2.8.4 Posttraumatická stresová porucha	38
2.8.5 Hysterická reakce	39
2.8.6 Hypochondrická porucha	39
2.8.7 Fobická úzkostná porucha	40
2.8.7.1 Specifické fobie	40
2.8.7.2 Sociální fobie	43
2.8.7.3 Agorafobie	45

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Dotazníkové šetření	46
3.1 Vyhodnocení dotazníků z celkového pohledu	46
3.2 Vyhodnocení dotazníků se zaměřením na neurotické poruchy	51
3.3 Vyhodnocení dotazníků se zaměřením na fobie	53
4 Kazuistika	54
5 Závěr	56
6 Soupis bibliografických citací	58
7 Použitá literatura	59
8 Příloha – Dotazník	61

Seznam obrázkových materiálů

Seznam grafů

Graf č. 1	Roční průměrná spotřeba alkoholu v EU25	26
Graf č. 2	Dopravní nehody kvalifikované jako nedbalostní trestný čin	27
Graf č. 3	Počet nehod zaviněných pod vlivem alkoholu	28
Graf č. 4	Pohlaví respondentů	48
Graf č. 5	Věk respondentů	49
Graf č. 6	Vzdělání respondentů	49
Graf č. 7	Celkové vyhodnocení nejčastěji se vyskytujících poruch v praxi 1	50
Graf č. 8	Celkové vyhodnocení nejčastěji se vyskytujících poruch v praxi 2	52
Graf č. 9	Zhodnocení neurotických poruch	54
Graf č. 10	Zhodnocení fobických úzkostných poruch	55

Seznam tabulek

Tabulka č. 1	Vývoj celkové spotřeby alkoholu v České republice	27
--------------	---	----

Seznam obrázků

Obrázek č. 1	Bludný kruh úzkosti	46
--------------	---------------------	----

Úvod

Každý někdy pociťuje úzkost, smutek nebo neopodstatněný příliv vzteku, kdy se jeho chování stává více či méně nepřiměřené. V dnešní době plné sociálních a technologických změn není snadné vést smysluplný život, který bude naplněn ve všech ohledech. Tradiční představy o životě jsou ve všech oblastech zpochybňovány. Nepřináší jednoznačné odpovědi na otázky ze sociální oblasti – na otázky, které si v určitém období života klade každý z nás. Snad nikdo neprojde životem bez pocitu osamělosti, pochybností o sobě samém, úvahami nad životem samotným a jeho smyslu či bez pocitu zoufalství a beznaděje v životem nastolených situacích běžného dne obyčejného smrtelníka

Práce se zaměřuje na diagnostikování a popis poruch využitelných pro praxi průvodce cestovního ruchu. Objasňuje, za jakých okolností je možné se setkat s určitým druhem poruch a popisuje jejich charakteristické rysy. V přehledu je také zaznamenán výskyt jednotlivých poruch v praxi ze současné doby. Práce může být přínosem pro pracovníky cestovního ruchu jako příručka k základnímu kurzu psychologie se zaměřením na rozmanitost a patologii lidské psychiky.

První kapitola teoretické části objasňuje základní pojmy psychologie a psychopatologie. Následují obecné otázky spojené s vymezením normality a patologie lidské psychiky, včetně jejich příčin.

Druhá kapitola teoretické části popisuje jednotlivé vybrané duševní a behaviorální poruchy. Vzhledem k účelu práce se v této části zdůrazňují sociální aspekty všech obtíží a poruch. Tento přístup, přesahující zaměření nejen na jednotlivce a jeho „problém“, ale beroucí v úvahu i jeho rodinu a širší sociální kontext života klienta, odpovídá obecnému trendu v profesi cestovního ruchu. Přehledně jsou zde popsány jednotlivé poruchy, včetně kompletního popisu a jejich symptomatologie. Práce je v praxi využitelná zejména pro průvodce cestovního ruchu, pro kterého je pochopení vztahů klienta a jeho sociálního systému základní podmínkou úspěšnosti v této profesi. Závěr této kapitoly je zaměřen na fobickou úzkostnou poruchu, se kterou se každý průvodce při výkonu svého

povolání pravděpodobně setká. Nejčastější fobie jsou zde stručně rozepsány a rozděleny do přehledných kategorií.

Třetí kapitola je součástí praktické části a vychází z dotazníkového šetření provedeného za účelem sepsání této práce. Ukázka dotazníku, který byl administrován respondentům, je k nahlédnutí v příloze. Respondenti odpovídali na otázky ke zjištění nejčastěji se vyskytujících patologických jevů v praxi průvodce cestovního ruchu. Získané údaje jsou v této kapitole podrobně interpretovány a graficky znázorněny.

Poslední kapitolu, která patří k praktické části, tvoří kazuistika se zaměřením na nejčastěji se vyskytující druhy fobické úzkostné poruchy. Zde jsou uvedeny konkrétní případy z praxe.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Psychologie a Psychopatologie

Je nepochybné, že jedinec, aby dobře fungoval jako osobnost (jako psychofyzické individuum usilující o větší či menší míru seberealizace) i jako osoba (společenské individuum veřejně vystupující v pracovních, rodičovských, občanských i jiných rolích), musí ve svém vnitřním duševním životě a ve svém jednání respektovat určité psychologické principy. Neboť vše, co je v životě důležité (vzdělání, práce, láska, rodičovství, přátelství) se uskutečňuje ve vztazích k jiným lidem a v těchto sociálních vztazích se podstatnou mírou uplatňuje psychika jejich účastníků.⁽¹⁾

Součástí profesní výbavy pracovníků v cestovním ruchu je orientace v oblasti psychologie, neboť tyto pracovníci denně přicházejí do styku s lidmi. *Psychologie* je věda o psychice, která pochází jako složenina ze dvou řeckých slov: „*psyché*“ – duše a „*logos*“ – věda. Jejím zvláštním oborem je *psychopatologie*, jež popisuje druhy psychických poruch a vysvětluje příčiny jejich vzniku.

1.1 Norma a abnormalita

Hranice mezi normálním a abnormálním chováním je plynulá, představuje kontinuum. Vymezení samotného pojmu normalita je velmi obtížné. Latinské „*normalis*“ znamená „*pravidelný*“ nebo také „*vyměřený úhelníci*“. Pojem norma znamená „*míra*“ neboli „*měřítko*“ a je v obecném smyslu kritériem umožňujícím srovnávání. Protikladem „*normy*“ je „*abnormalita*“ neboli „*anomie*“. Rozdělení normality se může konat podle různých kritérií v závislosti na mnoha faktorech, především na úrovni dané společnosti. U různých skupin se může lišit, vyvíjí se v čase a nemá definitivní platnost.

Lidé trpící duševní poruchou bývají často nešťastní, úzkostní, smutní nebo mohou trpět nespavostí či ztrátou chuti k jídlu. Jejich chování tedy může být na první pohled velmi zřetelné. Jindy se chování jedince může náhodnému pozorovateli jevit jako zcela normální. Mnoho odborníků by se shodlo na tom, že definovat normalitu je mnohem těžší než definovat abnormalitu.

Znaky normality vyskytující se u jedince:

- **adekvátní přijetí reality**
(nepřeceňovat ani nepodceňovat své schopnosti)
- **ovládání svého chování**
(porušení normy je projevem dobrovolnosti)
- **mít přiměřené sebevědomí a cítit se přijímán lidmi kolem sebe**
(sebeúcta a akceptace)
- **být schopen vytvářet citové vztahy**
(duševně narušení lidé hledají lásku, ale nejsou schopni ji opětovat, protože jsou příliš zaujati svými vnitřními problémy nebo mají strach z blízkosti, protože jejich předešlé vztahy byly destruktivní)
- **uplatňovat své schopnosti v čínorodé aktivitě**

1.2 Druhy norem

1.2.1 Statistické pojetí normy

Podle tohoto pojetí je norma závislá na četnosti nebo intenzitě posuzovaných projevů. Četnost určitého projevu (např. opakované konflikty s lidmi) nebo intenzitu (např. míru úzkosti) lze kvantifikovat (změřit, číselně vyjádřit) a tyto hodnoty jsme pak dále schopni vyhodnotit jako normální (průměrné) nebo od normy (průměru) vzdálené, event. zcela extrémní.

1.2.2 Sociokulturní pojetí normality

Závisí na očekávání dané společnosti a za normální bývá považováno to, co odpovídá běžným představám o určité sociální roli a o chování, které by bylo v dané situaci vhodné.

1.2.3 Funkční pojetí normy

Klade důraz na plnění požadavků a očekávání, ale nebere v úvahu další souvislosti a důsledky. Určitý člověk sice dokáže plnit požadavky, které jsou na něj kladeny, ale zároveň je může prožívat jako stresující a vnitřně trpět. Udělá to, co se od něho vyžaduje, ale cítí napětí, úzkost a obavy.

1.2.4 Mediální norma

V současné době mají média značnou úlohu v našich životech. Často velmi atraktivním způsobem prezentují, co je pro danou společnost žádoucí. Takto vytváří jakousi idealizovanou realitu, ve které jsou jedinci krásní, výkonní, úspěšní atd. Bohužel není snadné se jim vyrovnat a mohou sloužit pouze jako ideál.

1.3 Hlediska hodnocení normality

V životě člověka se mohou vyskytnout i obtížné situace, ve kterých reaguje nestandardně téměř každý. Z toho plyne nutnost, že na jakýkoli podivný projev se musíme dívat z více hledisek:

- O jakého jde jedince, jaké jsou jeho vlastnosti a schopnosti

Lidé reagují ve stejných situacích odlišně. Jejich psychické a somatické vlastnosti předurčují, jak se budou chovat nejenom za běžných okolností, ale i v zátěžových situacích. Zde se projevuje jejich schopnost, jak se vyrovnávat s problémy. Někteří nejsou vybaveni dostatečným nadáním, aby dokázali zvládnout všechny požadavky, které jim život přináší. Z hlediska okolí jsou jejich reakce často nepochopitelné, působí rušivě a nepříjemně, ale i oni jsou součástí společnosti.

- Konkrétní situace, v níž se jedinec nachází

Na veškeré podněty citově a rozumově reagujeme, vyvolávají v nás rozmanité pocity a nutí nás k určitému chování. Záleží na významu konkrétní situace pro daného jedince.

- Charakter prostředí, v němž žil či žije

To, jak se osobnost vyvíjí, závisí na genetických předpokladech a na zkušenostech, které v průběhu života získal.

2 Vybrané duševní a behaviorální poruchy

2.1 Poruchy příjmu potravy

Zevnějšek člověka je nejsnáze identifikovatelnou součástí jeho osobnosti, neboť je prvotní informací o jedinci, kterou přijímá jeho sociální partner. Lidské tělo je součástí identity každého člověka. Důležitá je i představa o vlastním těle a to, jak člověk vnímá sám sebe. Je přitom ovlivňován různými faktory, např. výchovou, reakcemi ostatních lidí, předpokládanou normou nebo ideálem prezentovaným v médiích.

Důsledkem subjektivního zkreslení se člověku jeho vlastní tělo může jevit jinak, než jaké ve skutečnosti je. Na to může mít vliv idealizovaná představa, tzn. jak by člověk chtěl vypadat nebo naopak, jak se obává, že by vypadat mohl. Důležité také je, jak se člověk v danou chvíli cítí, protože i celkový osobní postoj člověka má výrazný vliv na jeho sebehodnocení. Samotná chybná představa hodnocení vlastního těla může přetrvávat i poté, co tělo už této představě neodpovídá. Například dívka, která dříve byla obtloustlá a všichni ji to dávali najevo. Tato dívka si i nadále myslí, že je tlustá, přestože už je dávno štíhlá. Těchto mylných představ je potom obtížné se zbavit, proto se snažíme je alespoň regulovat na takovou úroveň, aby dále neohrožovaly zdraví dívky. Z toho vyplývá, že pokud se změní tělo člověka, avšak nezmění se jeho postoj k sobě samému, nenabývá taková změna většího významu.

Jsme kulturou, která klade značný důraz na zevnějšek. S tělesnou atraktivitou tak bývá spojována i úspěšnost v sociálních vztazích. Aktuální vzor krásy je „hubená, nohatá, bez boků a stehů“. Pro většinu dnešních dospívajících dívek je to ovšem nemožné. Snaha, se co nejvíce podobat ideálu, stále zůstává hlavním cílem jejich snažení. Identifikace se s pozitivně akceptovaným vzorem přináší jistotu dobrého sociálního hodnocení. Z toho vyplývá, že nejrizikovější je u dívek období dospívání, nejčastěji po začátku menstruace mezi 14. – 18. rokem života, kdy negativní sociální reakce ohledně vzhledu může jejich vztah k vlastnímu tělu dlouhodobě narušit. U chlapců je riziko k patologickému chování v období dospívání v poměru k dívkám 1:10. U nich jde převážně o růst a rozvoj svalů, což je obecně akceptováno jako pozitivní.

2.1.1 Mentální anorexie

Typickým příznakem poruchy je patologický strach z náhlého příbytku váhy spojený s odmítáním potravy. Strach z tloušťky je spojen se strachem z potravy a potřeba hubnout tak není ovladatelná vůlí. Hlavním cílem nemocného je potlačit pocit hladu a tím snížit svou tělesnou hmotnost omezením příjmu potravy. Většina takto postižených si pocit hladu nepřipouští, ale jsou i tací, co přiznají, že hlad mají. Přesto je jejich psychická touha po zhubnutí tak silná, že potravě odolají. Otázkou zůstává, jak dlouho to vydrží? Po určité době hladovění se může stát, že náhle dostanou neovladatelnou chuť k jídlu a přesyť se. Tento „záchvat žravosti“ potom považují za vlastní selhání a reagují na něj pocity viny, depresemi a úzkostí. To nakonec vyvrcholí v panický strach ze ztloustnutí. Vyprovokují proto zvracení, aby se potravy zase urychleně zbavili.

V důsledku hladovění dochází ke vzniku silné podvýživy, v krajním případě může být ohrožen i život pacientky. *Porucha se může projevit jen jednou epizodou, v některých případech se může vracet a mít chronický průběh (u 20-25 % případů). V 5 % případů dochází k úmrtí (Davison a Neale, 1986; Smolík, 1996).*⁽²⁾

Projevy a výskyt anorexie

Základní **diagnostická kritéria mentální anorexie** lze stručně vyjádřit ve třech bodech (podle MKN-10 a DSM-IV):

1. O mentální anorexii lze mluvit tehdy, jestliže dojde **k úbytku váhy o 15 %** proti normální hmotnosti
2. Chování takového jedince je **nutkavě zaměřeno na redukci vlastní hmotnosti**. Dieta bývá spojena s nadměrným cvičením, které má podpořit hubnutí, event. s provokovaným zvracením, s užitím projímadel, anorektik a diuretik.
3. **Vnímání vlastního těla je narušené**, tyto (většinou) dívky trpí bez ohledu na svou vyhublost pocitem, že jsou tlusté (zejména v oblasti typických ženských znaků: břicha, zadku a stehen). Vztah k vlastnímu tělu se změnil natolik, že mnohdy ani není chápáno jako součást vlastní osobnosti, ale jako cizí objekt, který je na obtíž (Kocourková, 1995; Faltus, 1996; Smolík, 1996).⁽²⁾

Průběh onemocnění

Počátek choroby bývá pozvolný, nijak nápadný. Za mírné zeštíhlení může být postižený dokonce pochválen a pozitivně ohodnocen, čímž se ještě posílí jeho motivace zhubnout. Je také nadměrně aktivní a výkonný. Postupem času úbytkem váhy dochází k vyčerpání a nemocný si stěžuje na únavu, bolesti hlavy, břicha nebo trpí poruchami spánku. Celkově se mění osobnost podvyživené. Začíná být podrážděná, úzkostná, depresivní, ubývají sociální kontakty a upadají zájmy.

Typické rysy osobnosti dívek trpících mentální anorexií

- potřeba nevybočovat z normy a plnit veškerá sociální očekávání
- větší důraz na výkon, perfekcionismus
- neustálé sebepotvrzování se úspěchem a pozitivním hodnocením
- nejisté sebevědomí, zvýšená sebekritika
- sebeomezování, častější pocity viny
- spíše introvertního charakteru, ve vztahu k lidem rezervovanost, uzavřenost, nedůvěřivost
- jakákoliv kritika je projevem nepřátelství
- senzitivnější, dovedou hluboce citově prožívat, ale ve vztahu k emocím mají tendence je potlačovat
- neschopnost projevit zlost, ale také prožít skutečnou radost, chybí smysl pro humor

2.1.2 Mentální bulimie

Základní projevy mentální bulimie

Základním projevem mentální bulimie je neodolatelná touha po jídle. Jejím následkem jsou opakované záchvaty přejídání. Postižení lidé se snaží přijmuté potravu co nejrychleji zbavit (vyvoláním zvracení, užití projímadel, atd.).

*„Základní **diagnostická kritéria** mentální bulimie jsou podle MKN-10 a DSM-IV:*

- 1. **Opakované záchvaty přejídání, které pacient není schopen ovládat a jí i přesto, že už nepociťuje hlad, jen pro nutkání k jídlu. Obvykle jde o snadno stravitelné a vysokokalorické potraviny.***
- 2. **Chorobný strach z tloušťky a nepřiměřené hodnocení vlastního těla, spojené s přeceňováním jeho hmotnosti či proporcí.***

3. *Po záchvatech „žravosti“ následuje stejně **nutkavá potřeba se potravu zbavit** jakýmkoli způsobem a co nejrychleji. Strach ze ztloustnutí v důsledku nadměrného množství zkonsumovaného jídla vede k provokaci zvracení, použití projímadel a následnému hladovění.* ⁽²⁾

Příčiny a průběh

Bulimii může předcházet epizoda mentální anorexie nebo byla vyvolána určitou psychosociální zátěží. Rodiny, z nichž postižené dívky pocházejí, bývají často zatíženy obezitou, vzácností nejsou ani jiné problémy, např. alkohol.

Průběh bulimie bývá pozvolný. Choroba se může vystupňovat na úroveň, kdy začne narušovat život postižených, avšak obvykle méně závažně než v případě mentální anorexie.

Při mentální bulimii může být množství potravy, které jedinec sní neuvěřitelně velké, proto může být bulimie i finančně náročná. Postižení jsou nuceni se předzásobit jídlem nebo nosit jídlo stále s sebou, kdyby je náhle přepadl záchvat „žravosti“. Jejich problémem je, že se nedovedou normálně najíst. Buď trpí hladem, nebo se přejí. Samotný akt jídla je většinou tajný a tajné je i jeho zbavování se. Obvykle se za své chování stydí, ale celkově se jim uleví, protože dočasně opět sníží strach z obezity.

Typické rysy osobnosti dívek trpících mentální bulimií

- nízké sebehodnocení, nejistota
- závislost na názoru jiných
- úsilí dosáhnout sociokulturně žádoucí normy
- sebekontrola, ale impulzivita a neschopnost sebeovládání vyvolávající pocity viny, studu a vzteku sama na sebe, zvýšená sebekritika
- trápí je neschopnost ovládat nutkání k excesivnímu přejídání
- bezmocnost
- pocit selhání spojen s depresí a úzkostí
- zabývají se neustále jídlem a na nic jiného jim nezbývá čas
- omezují se jejich aktivity a kontakty s lidmi
- společenská neúspěšnost jako důsledek vlastní tloušťky

2.2 Problémy spojené s životním stylem – závislosti

Vždy se lidé snažili uniknout od problémů a dosáhnout pocitů štěstí, síly a mimořádných schopností. K navození těchto pocitů slouží lidstvu odjakživa psychoaktivní látky. Pomocí nich se člověk zbaví svých starostí, strachů, nejistoty a plachosti. Nepříznivé důsledky, tohoto způsobu řešení aktuálních potíží, jsou všeobecně známé. Přesto se jich lidstvo nedokázalo nikdy zcela zříci. Drogy sice přinášejí rychlé a snadné uspokojení, ovšem za jakou cenu? Droga si postupně vezme více, než skutečně kdy dala.

Drogy tu ovšem vždy byly, jsou a budou. Každá geografická oblast má svou preferovanou drogu, se kterou se příslušníci dané společnosti naučili zacházet. Zvykli si na ni a její užívání je tolerováno. Postupem času se stalo tradicí. U nás je to především alkohol, proto mu i v této práci budeme věnovat samostatnou kapitolu.

Psychoaktivní látky a závislost na nich

Za psychoaktivní látky, označujeme takové produkty, po jejichž aplikaci (požití, injekční aplikaci, inhalaci) se změní psychický stav jedince, obvykle subjektivně žádoucím způsobem. Motivace k užívání psychoaktivních látek může být různá, např. potřeba vyřešit problémy, dosáhnout uspokojení, uniknout stereotypu nebo pouze být akceptován skupinou či subkulturou.

Důsledkem užívání psychoaktivních látek může být zpočátku akutní intoxikace. Později se můžou projevit deprese po těžkých stavech opilosti nebo v důsledku opakovaného užívání drogy v době, kdy ještě není vytvořena závislost. V konečné fázi může užívání psychoaktivních látek dojít až k závislosti, která se projevuje různými negativními účinky.

Syndrom závislosti lze definovat jakou soubor psychických (emočních, kognitivních a behaviorálních) a somatických změn, které se vytvoří jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivní látky.

*Závislost (návyk) představuje životní styl zaměřený na drogu. Závislost se může vytvořit jak na úrovni biologické, tak na úrovni psychické (Merck Manual, 1996). Závislost se projevuje **příznaky**, které musí přetrvávat po určitou dobu (12 měsíců) (DSM-IV, 1994):*

- *Silná potřeba získat a užívat tuto látku.*
- *Neschopnost kontroly a sebeovládání ve vztahu k jejímu užívání. Závislý člověk užívá drogu ve větším množství nebo častěji, než měl původně v úmyslu a než by si přál.*
- ***Abstinenční syndrom**, který je reakcí na snížení obvyklé dávky nebo na abstinenci.*
- ***Potřeba drogy je dominantní**, dochází k omezení jiných zájmů a potřeb. Závislý člověk stráví mnoho času, energie i finančních prostředků, aby získal potřebnou dávku, protože droga se stala jednou z největších hodnot jeho života.*
- *Potřeba užívání drogy přetrvává, přestože člověk ví o jejím škodlivém vlivu (často se o něm přesvědčil sám, uvědomuje si svoje potíže). Užívání drogy mu vadí, chtěl by je omezit, nebo dokonce přestat, ale nedokáže to (MNK-10, 1992; DSM-IV, 1994; Smolík, 1996). ⁽²⁾*

Rozlišujeme dva druhy závislostí a to:

- **závislost biologická (somatická)**
Zvyšující se tolerance organismu na drogu, kdy člověk potřebuje stále větší množství drogy k dosažení stejného efektu a při vysazení drogy se projeví abstinenční syndrom.
- **závislost psychická**
Trvalá nebo opakovaná potřeba drogy k navození příjemných prožitků.

Světová zdravotnická organizace rozděluje drogy nějakým způsobem ovlivňující psychiku člověka na několik typů:

- alkoholový
- opiátový
- kokainový
- hašišový
- barbiturátový
- stimulační (pervitin)
- khatu (rostlina *Catha edulis*)
- halucinogeny
- organická rozpouštědla

2.2.1 Alkohol

Jelikož je alkohol droga společenská a v České republice nejčastěji užívaná a tolerovaná, budeme ji v této práci věnovat samostatnou kapitolu. Postoj společnosti k alkoholu se mění mírou konzumace nebo kvůli vzniku závislosti u jedince. Alkohol uvolňuje psychické napětí, zlepšuje náladu, dodává sebejistotu. U některých jedinců se jeho užití může mít účinkem a vést naopak ke smutku či zažívacím obtížím. Vliv na účinek alkoholu mají také zkušenosti daného jedince a jeho věk.

Podle studie Světové zdravotnické organizace (WHO) a Světové banky patří alkohol mezi všemi návykovými látkami na první místo v počtu ztracených let v důsledku nemoci nebo smrti, způsobené jejich užíváním. Užívání alkoholu podle odhadů celosvětově působí v důsledku nemoci a smrti 3,5 procent ztracených let produktivního věku, jenom vyspělé země takto přicházejí přibližně o devět procent produktivních let. Vzhledem k vysoké spotřebě alkoholu v České republice se tato ztráta odhaduje na více než 10 procent. Zájem o alkohol ale v posledních letech pozvedla především oživená diskuze o jeho příznivých účincích na lidské zdraví.⁽³⁾

Riziko vzniku závislosti ovlivňuje spolupůsobení několika faktorů:

- **genetické dispozice.** Díky metabolické dispozici alkoholové opojení přináší příjemné pocity a nemá nepříjemné následky.
- **osobnostní rysy.** Nezdrženlivost, impulzivita, neschopnost přiměřeného sebeovládání, poruchy osobnosti.
- **faktor učení.** Tendence k užívání alkoholu může vzniknout jako nápodoba rodičovského modelu nebo vlivem party.

Vývoj závislosti na alkoholu poprvé popsal americký alkohololog českého původu E.M.Jellinek:

- **počáteční stádium.** Alkohol slouží jako nástroj dobré nálady k potlačení nepříjemných pocitů, projev sociální konformity.
- **varovné stádium.** Zvýší se tolerance organismu k alkoholu, projevuje se častějším opíjením postiženého, který ztrácí také kontrolu v míře pití a pociťuje neodolatelnou stálou potřebu alkoholu.
- **kritické stádium.** Roste konzumace alkoholu, stoupá tolerance organismu k nadměrnému pití. Člověk si nepamatuje, co v opilosti dělal, ztrácí kontrolu nad

pitím i nad sebou samým, ale stále je přesvědčen o tom, že je schopen přestat pít, kdykoliv se mu zachce. Kdyby tak ale učinil, prožíval by nepříjemné pocity a dlouho by to stejně nevydržel.

- **stadium terminální.** V míře vypitého alkoholu dochází ke snížení tolerance organismu. Alkoholik se velmi rychle opije a bez alkoholu nevydrží. Pít začíná hned ráno a pije prakticky nepřetržitě. Začínají se objevovat psychické a somatické poruchy. V tomto stadiu se již objevují stavy bezmocnosti, kdy si alkoholik uvědomuje závažnost situace. Svou závislost zásadně nezvládá, má potíže v sociální oblasti, dochází k tělesnému i psychickému chátrání.

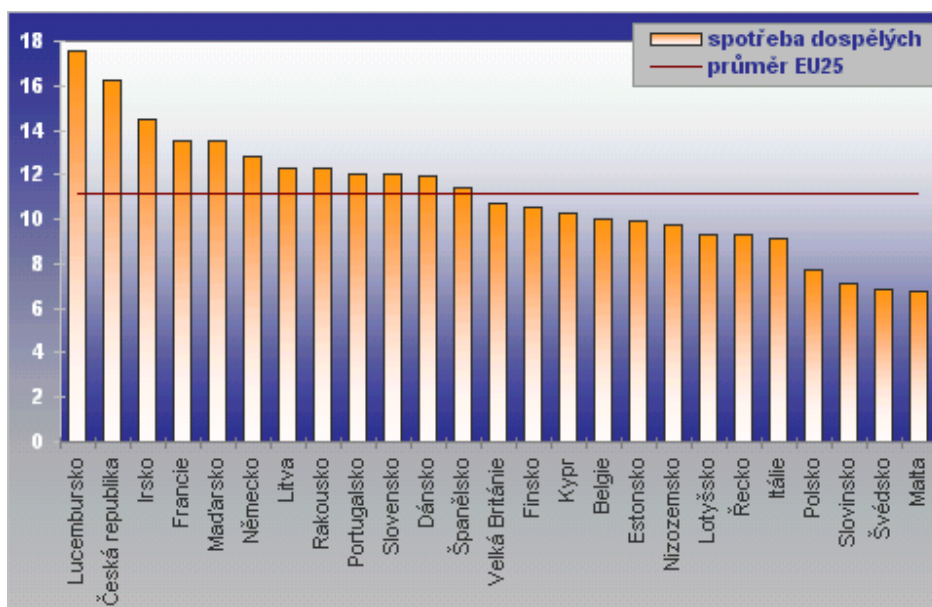
Psychické následky dlouhodobého užívání alkoholu:

- **abstinenční syndrom.** Reakce na snížení či vynechání dávky se projevuje úzkostí, neklidem, depresivní náladou, pocením, bolestmi hlavy.
- **psychózy a halucinózy.** Často bývají projevy při snížení dávek drogy, někdy jsou doprovázeny sluchovými halucinacemi nebo děsivými sny.
- **amnestické poruchy a demence.** Objevují se poruchy paměti, úpadek inteligence.

Alkoholismus je převážně problémem mužské populace, i když četnost závislých žen stále stoupá. V současné době je poměr mužů a žen závislých na alkoholu 4:1. Alkohol je rizikový zejména pro ženy středního věku, které se snaží pomocí alkoholu překonávat své problémy (Merck Manual, 1996).⁽²⁾

Spotřebu alkoholu v jednotlivých státech sleduje organizace WHO, která shromažďuje údaje o produkci, prodeji, vývozu a dovozu alkoholických nápojů. Data jsou počítána způsobem, kdy bývá zjišťován obsah čistého alkoholu. Je uvažováno o 4,5 % čistého alkoholu v pivu, 14 % ve vínu a 40 % v destilátech. Z následujícího grafu vyplývá průměrná roční spotřeba čistého alkoholu na jednoho obyvatele EU25 staršího 15ti let v roce 2001:

Graf č. 1 **Roční průměrná spotřeba alkoholu v EU25**



Zdroj: WHO - HFA Database, aktualizováno v červnu 2005 (demografie.cz)

V průměrné spotřebě čistého alkoholu na jednoho obyvatele má největší spotřebu Lucembursko a to s hodnotou 17,6 litrů. Česká republika obsadila 2.místo s 16,2 litry čistého alkoholu. Na třetím místě se umístilo Irsko s 14,5 litry. Naopak nejnižší spotřebou se může chlubit Malta s pouhými 6,7 litry čistého alkoholu na obyvatele. Švédsko s 6,9 litry a Slovinsko se spotřebou 7,1 litru také z šetření vyšly velmi dobře. Průměrně v EU v roce 2001 připadalo 11,1 litrů čistého alkoholu na každý jednotlivý členský stát.

Celková spotřeba alkoholu v České republice má stále vzrůstající tendenci, což dokazuje níže uvedená Tabulka č.1. Údaje publikované Českým statistickým úřadem vypovídají, že průměrná spotřeba alkoholu počítaná na jednoho obyvatele České republiky (včetně kojenců) se zvýšila v roce 2003 až na 10,2 litrů. K hranici 10 litrů průměrně vypitého alkoholu na obyvatele se přibližovala již o 3 roky dříve. Hodnoty uvedené v tabulce u jednotlivých druhů nápojů jsou záznamem reálné spotřeby. Můžeme tedy porovnat i ostatní druhy alkoholických nápojů. Češi jsou proslaveni jako největší konzumenti piva v Evropě. V následující tabulce je uvedeno, že jejich konzumace tohoto alkoholického nápoje se stále zvyšuje. V roce 2003 dosáhla neuvěřitelných 161,7 litrů na osobu. Množství konzumovaného vína během posledních

let v České republice vzrostlo jen mírně. Naopak nepříznivá skladba spotřeby se týká především destilátů, která od 60. let minulého století vzrostla velmi významně a vyžádala si výrazné upozornění lékařů.

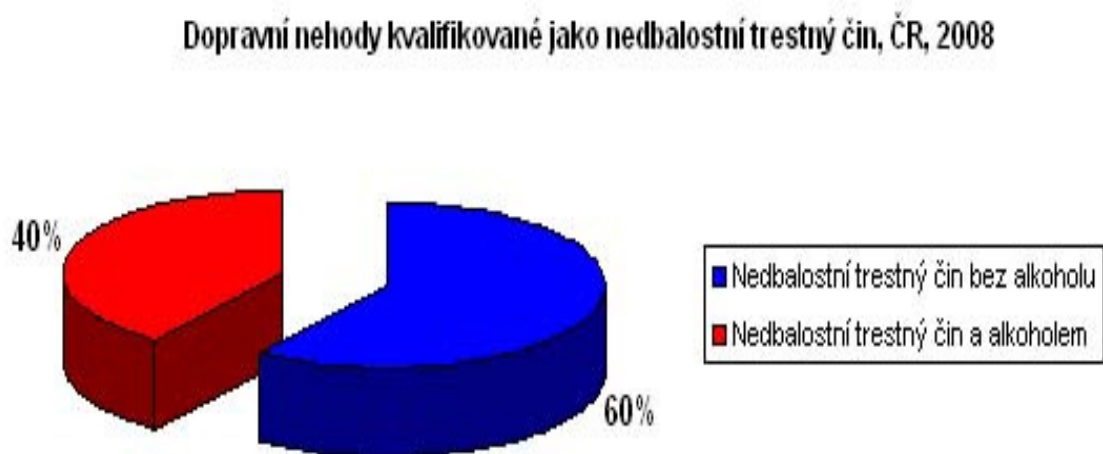
Tabulka č. 1 Vývoj celkové spotřeby alkoholu (v litrech/os.) v České republice

	1980	1985	1990	1995	2000	2003
100% alkohol	9,0	9,0	8,9	9,4	9,9	10,2
destiláty (40%)	6,8	6,6	7,2	7,9	8,3	8,4
pivo	148,5	146,9	155,2	156,9	159,9	161,7
vino	14,1	15,3	14,8	15,4	16,1	16,3

Zdroj: ČSÚ

O vysoké konzumaci alkoholu českého národa také svědčí počet dopravních nehod na silnicích. V roce 2008 Policie České republiky evidovala 7 252 dopravních nehod zaviněných řidiči, kteří byli pod vlivem alkoholu. V tomto roce na silnicích přišlo o život 80 osob a 2 922 jich bylo zraněno. Níže uvedený graf nás informuje, v jakém poměru má či nemá alkohol vliv na celkovou nehodovost motorových prostředků na českých silnicích.

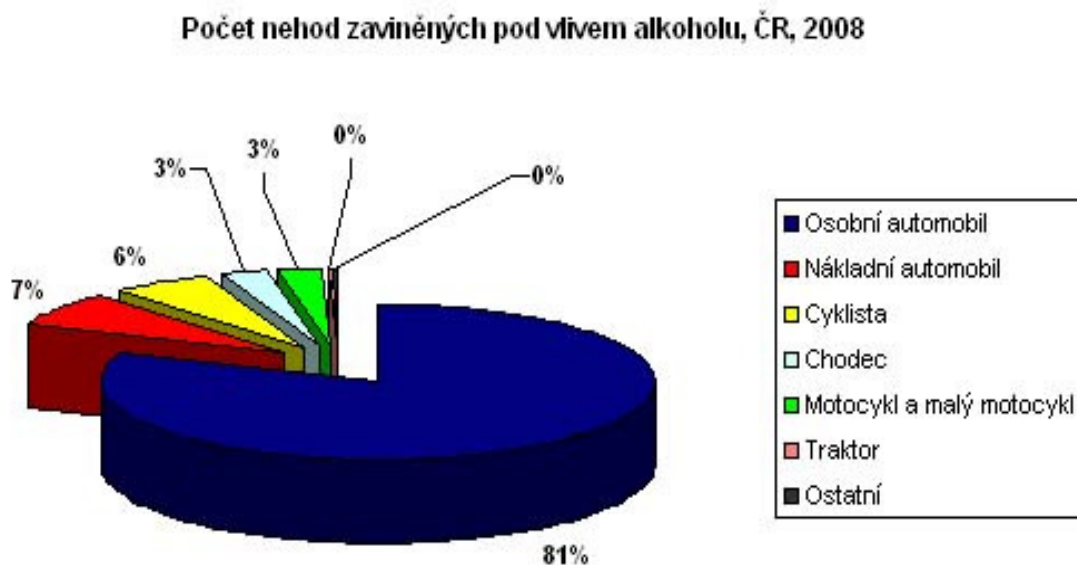
Graf č. 2



<http://www.ibesip.cz/Alkohol-a-drogy>

O nedbalostní čin zaviněný v důsledku alkoholu šlo ve 40 % z celkového počtu nehod v České republice za rok 2008.

Graf č. 3



<http://www.ibesip.cz/Alkohol-a-drogy>

Z výše uvedeného grafu můžeme vyčíst další smutné skutečnosti. Nejvíce (z 81%) požili v roce 2008 před svou jízdou, v níž havarovali, řidiči osobních automobilů. Z grafu si dále můžeme všimnout, že na nehodovosti dopravních prostředků se podílejí jak kategorie motorových, tak i nemotorových vozidel včetně chodců.

2.3 Návykové a impulzivní poruchy

Mnohé lidské činnosti jsou považovány za normální či dokonce za sociálně žádoucí, avšak pokud je lze ovládat. Když se vymknou kontrole, je zde nebezpečí, že se změní v patologickou variantu. Všechny návykové a impulzivní poruchy mají tři základní znaky:

- postižený nedokáže odolat pokušení, přestože si je vědom nežádoucích následků
- nutkání a impulz k danému chování je spojen s vnitřním napětím, které nelze eliminovat jinak než určitým činem
- jednání je spojeno s pocity vzrušení a uspokojení (i když si své chování dotýčný bude později vyčítat, avšak ani příště není schopen nutkání odolat)

2.3.1 Patologické hráčství (gambling)

S patologickým hráčstvím se u nás ročně léčí okolo 500 až 1000 lidí. Ve skutečnosti ale těch, kdo se neléčí, i když by léčbu potřebovali, může být stokrát více.⁽⁴⁾ Porucha se nejčastěji začíná projevovat v adolescenci nebo v mladé dospělosti a ohrožení jsou spíše muži. Na vzniku chorobné závislosti se může podílet stres nebo osobnostní vlastnosti (tzv. predispozice k hráčství), popř. nabídka hry ve formě hracích automatů uvnitř hráček party jako spouštěcí podnět.

Porucha spočívá v častých opakovaných epizodách hráčství, které převládají na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků. Lidé trpící touto poruchou mohou riskovat své zaměstnání, velmi se zadlužit a lhát nebo porušovat zákon, aby získali peníze nebo unikli placení dluhů.⁽⁵⁾

2.3.2 Jiné varianty návykového a impulzivního chování

Existuje mnoho dalších závislostí patologického charakteru:

- **workoholismus** (závislost na práci)
- **patologická závislost na nakupování**
- **pyromanie** (opakované úmyslné zakládání požárů a ohňů)
- **kleptomanie** (neodolatelné a nutkavé kradení věcí, které samy o sobě nemusí mít hodnotu a dotýčný je třeba ani nepotřebuje a později zahodí)

2.4 Agresivní chování

Za agresivní chování bývá považováno jednání, které vede k porušení sociálních norem. Pokud jedinec nějakým způsobem omezuje či ničí integritu živých bytostí i neživých objektů. Někdy se agresivní chování může stát prostředkem, jak dosáhnout cílů a uspokojení. Může být ale i obranným mechanismem, kdy jedinec řeší problém útokem na překážku, resp. na zdroj ohrožení. Agresivní chování bývá doprovázeno prožitkem hněvu a vzteku nebo může být uspokojující právě proto, že si tímto způsobem útočník potvrzuje svou vlastní moc.

Příčiny agresivního chování

Příčiny vzniku agresivity mohou být vrozené predispozice. V jiném případě se sklon k agresivnímu chování rozvíjí učením během života jedince. Je důležitá výchova, kde je dítě ve značné míře závislé na rodičích a zavedeném způsobu chování (které dítěti slouží jako model). Agresivita není pouze záležitostí jedince, ale na jejím rozvoji se podílí i společenské klima. Zde hraje významnou roli sociokulturní vzorec, který je pro danou společnost nastavený a obsahující určitou míru tolerance. Společenské klima může násilí i nepřímo podporovat (např. v masmédiích). Symbolicky prezentované násilí může u dospělého jedince sloužit k odreagování, ovšem na děti může mít sledování thrilleru neblahý vliv. Dítě bude vnímat probíhající děj jako součást reality a tím se později snáze identifikovat s agresorem a zkusit něco podobného. Riziko mediálních příběhů je v tom, že se často i kladný hrdina chová násilně. To může dítě poplést v hodnocení, co je vlastně dobré a co špatné.

Interpretace agresivního chování

Jelikož je člověk schopen své chování ovládat, může se mu dařit vlastní sklon k agresivitě velmi dobře potlačovat. To se ovšem váže ke znalosti a přijetí určitých norem chování. Schopnost ovládat své chování může být oslabena nastrádanou zátěží vnějších vlivů nebo v důsledku choroby. Pokud člověk agresivně jedná v důsledku selhání autoregulace, tj. v situaci, kdy takto jednat nechtěl, ocitá se tak v rozporu s přijatými normami a své chování se snaží nějakým způsobem ospravedlnit. Pokud se viníkovi podaří své jednání obhájit, s největší pravděpodobností si postupem času zvykne na fakt, že své přestupky nakonec vždy nějak zdůvodní a nemá potřebu na svém budoucím chování cokoli měnit.

2.5 Sebevražedné jednání

Sebevražedné jednání lze definovat jako násilné jednání charakteristické úmyslem, jak si dobrovolně zničit život a potlačit pud sebezáchovy. Takoví lidé neberou ohled na žádné společenské normy, avšak u příslušníků národů s nízkou civilizační úrovní je takové chování dokonce běžné.

Sebezabití

Pokud nejde o vlastní rozhodnutí konat sebevražedné jednání, hovoříme o **sebezabití**. Člověk, který jedná v rámci sebezabití, chce žít, ale proti své vůli je donucen se zabít. Takové jednání vyplývá z patologických projevů (bludů, halucinací, z porušeného vědomí při intoxikacích) a nebo sebezabití může být vynuceno násilím.

Sebeobětování

Také **sebeobětování** nelze považovat za sebevraždu, neboť jde o jednání, které sice vyplývá z dobrovolného rozhodnutí, avšak v zájmu hodnoty, která má aktuálně větší cenu než vlastní život (palestinští sebevrazi páchající svou smrtí teroristický čin).

Důvody sebevražedného jednání a jejich přijetí

Sebevražda je akt určený ke zmaření vlastního života, bojkotující obecně uznávané hodnoty. V našich zeměpisných šířkách je sebevražda za určitých podmínek obecně akceptovatelná. Například, když dotyčný trpí neléčitelnou chorobou a je preferována spíše smrt než trápení. Ale většina finálních motivů k sebevražednému jednání obvykle nejsou obecně akceptovatelné jako závažný důvod opravňující tento čin. Sebevražda také není věcí pouze dotyčného, ale zasáhne i další lidi. Na příbuzné a přátele taková událost velmi zapůsobí. Mohou prožívat pocity viny a nebo se mohou cítit ukřivděni, že na ně sebevrah nebral ohled. Sebevraždu lze tedy chápat jako odmítnutí nejen svého života, ale i veškerých dosavadních vztahů s lidmi.

Praktická řešení a prevence sebevraždy

Nejcennějším přínosem v oblasti prevence sebevraždy bylo zjištění, že u naprosté většiny lidí ohrožených sebevražednými sklony nepřevládá snaha zemřít, ale touha žít a potřeba naděje na záchranu života. Společným znakem těchto zoufalých jedinců, trpících pocitem beznaděje, je jejich osamocenost, respektive ztráta kontaktu s okolím,

které by jim mohlo nějak pomoci.⁽²⁾ Proto je velmi důležité, aby člověk, který uvažuje o sebevraždě, měl někoho, kdo bude ochotný ho vyslechnout. Někoho, kdo mu pomůže, protože sám si pomoci nedovede. Pokud během zájezdu průvodce identifikuje některé charakteristické rysy u zákazníka během zájezdu, měl by mu věnovat zvláštní pozornost a nenápadným způsobem pozorovat jeho chování. Mohl by tak předejít mnohým nepříjemným událostem. V případě nouze slouží také **linky důvěry**, které jsou prostředníky mezi lidmi trpícími, kteří potřebují pomoc, a odborníky, kteří jim pomoc dokáží poskytnout.

V roce 2007 z vlastního rozhodnutí ukončilo svůj život 1375 lidí, což je nejméně za posledních 130 let. Podle Ústavu zdravotnických informací to bylo 1147 mužů a 228 žen.

2.6 Poruchy nálad, afektivní poruchy

Všichni občas prožíváme období, kdy jsme plní energie a cítíme se šťastně, ale také období, kdy jsme plni smutku a nechuti k jakékoli činnosti. Chorobné poruchy nálad představují daleko hlubší výkyvy v chování jedince. Afektivní porucha se v základu projevuje tak, že vzniklá chorobná nálada neodpovídá dané situaci, v níž se nemocný nachází.

Za diagnostická kritéria můžeme považovat přítomnost psychotických příznaků (bludů a halucinací) nebo také přítomnost příznaků somatických (ztráta chuti k jídlu, porucha spánku,...) Důležité je rozpoznat, o jaký typ patické nálady se jedná. Zda jde o depresivní nebo manický syndrom. Dále může mít porucha charakter unipolární (kdy se projeví pouze jeden z typů patické nálady) nebo charakter bipolární (kdy se střídají depresivní i manické syndromy).

Začátek onemocnění není příliš časově ohraničený, spadá obvykle do rozmezí mezi dvacátým až čtyřicátým rokem, někdy bývá uváděn průměrný věk nemocných 40 let (Zvolský, 1996, Höschl, 1996). Vyskytuje se přibližně u 1 -3 % populace, častěji postihuje ženy.⁽²⁾

Příčinou onemocnění můžou být jak vnější tak vnitřní faktory, které na jedince působí. V mnohých případech může být spouštěcím mechanismem dědičnost, kde poté záleží, jak silné jsou dispozice k tomuto onemocnění. Někdy může být počátek onemocnění spojen se zátěží různého charakteru, kdy může mít jedinec problémy se zvládnutím role dospělého, s neúspěšností v profesní nebo partnerské roli a nebo se zvládnutím samostatnosti a odpovědnosti. Celkově velmi záleží na tělesném i duševním stavu jedince, neboť vyčerpaný organismus snáze podléhá nemoci.

Poruchy nálad jsou léčitelné a to kombinací psychoterapie a biologické léčby.

2.6.1 Depresivní porucha

Depresivní poruchu bychom mohli charakterizovat jako patologicky depresivní náladu, jež vznikla bez zjevné příčiny a není vázána na konkrétní události. Projevuje se tak, že člověk na vnitřní i vnější podněty přestává reagovat standartním způsobem. Depresivní pacienti se nadměrně zabývají svými vlastními myšlenkami a pocity. Vytvoří si vlastní svět, který je podle nich důležitější než cokoli jiného. Tím se dostávají až k melancholickému ladění, které má potom silný vliv i na uvažování a chování jedince. Dochází k útlumu potřeb a volnočasových aktivit. Jedinec ztrácí schopnost prožívat radost, je úzkostný a tíhne k pesimismu. Zasaženo bývá také sebevědomí nemocného. Trpí pocity méněcennosti a neschopnosti. Nepříznivé není pouze sebehodnocení, nýbrž i hodnocení okolního světa bývá značně negativní.

Nemocný si je vědom toho, že existuje přijatelný svět, ve kterém by se dalo celkem spokojeně žít. On si ale myslí, že tento svět není pro něj, ale že je pouze pro ostatní lidi. Má pocit, že on nemůže být šťastný. Někdy mívá dokonce až takové myšlenky, že právě on si to nezaslouží. Trpí pocity viny z toho, že v určité situaci selhal, což ho vede k další sklíčenosti. Svojí minulost posuzuje negativně. Stará traumata nabývají až nepřiměřeně dominantních významů. Ve vztahu k budoucnosti na tom nemocný není o nic lépe. Nepocituje naději. Nic ho netěší. Nic dobrého ho nepotká. Nikdy nic nedokáže...Depresi lze chápat jako celkovou negaci smyslu života nemocného.

2.6.2 Manický syndrom

Manickým syndromem se označuje patologicky povznesená nálada spojená s hyperaktivitou. Pacient vypadá zdánlivě vesele až rozjařele. Stále je však v napětí, které lze zpozorovat jistou křečovitostí, což působí velmi nepřírozeň. Nemocný je přehnaně optimistický a jeho sebevědomí se pozvedá na úroveň neodpovídající skutečnosti. Nerealisticky pozitivně hodnotí také dění okolního světa a to ve vztahu k minulosti i budoucnosti. V ničem nevidí komplikace, vše dokáže zvládnout a pokud selže, vinu vždy hledá u druhých. Oni sami si připadají skvělí a neomylní. Nejsou schopni posuzovat vinu a svoje činy adekvátně vyhodnotit. Jsou přehnaně aktivní, společenšší až familiární. Snadno tedy navazují kontakty s jinými lidmi. V chování ve společnosti jsou zvýšeně hovorní a snadno ztrácejí sociální zábrany.

2.7 Poruchy osobnosti

Osobnost člověka funguje jako integrovaný celek, který je individuálně typický a ve svých charakteristických rysech i relativně stabilní. Osobnost určuje, jak se určitý jedinec bude v různých situacích projevovat, jak bude reagovat na jednotlivé podněty. Tato definice platí i tehdy, když se některé rysy osobnosti více či méně liší od normy: jsou nápadné a akcentované, nebo naopak velmi málo vyjádřené či téměř nerozvinuté. Výsledkem je i v tomto případě individuálně typický a relativně stabilní celek.⁽⁶⁾

Porucha osobnosti je trvalý stav, projevující se nepříznivými nebo nadměrně zvýrazněnými vlastnostmi osobnosti, odchylkami v oblasti citového prožívání, uvažování i chování, zejména ve vztahu k druhým lidem a společnosti.⁽²⁾

Poruchy osobnosti (dříve nazývané psychopatie) jsou spíše úchylkami a anomáliemi. Nejedná se o onemocnění v pravém slova smyslu. Dalo by se říci, že jde o dysharmonicky vyvinutou osobnost, u níž jsou některé rysy osobnosti nadměrně zvýrazněny. Jiné naopak potlačeny nebo úplně chybí. Pro představu je taková osobnost jako dům bez vchodu, kde některá okna jsou navíc, jiná chybí a jiná nikam nevedou. Narušení jedinci často neoplývají nadhledem pro své chování. Neuvědomují si (na rozdíl od jiných lidí), že jejich chování se vymyká normálu. Takové chování přináší důsledky, jimiž trpí jedinec sám, ale především tím způsobuje potíže svému okolí. Poruchy osobnosti obvykle provázejí dotyčného po celý jeho život.

2.7.1 Paranoidní porucha osobnosti

Paranoidní porucha osobnosti je charakterizována extrémní úrovní nedůvěry a podezírání druhých. Jedinci s tímto onemocněním bývají bojovné a nedůvěřivé povahy, což jim činí problémy ve vztazích jakéhokoliv typu. Již předem od okolí očekávají něco negativního a to v nich vyvolává pocity zášti a hněvu. Předem nastavené negativní očekávání, které vyplývá z jejich chování, ještě více posiluje jejich pesimistické tušení. Dostávají se tak do bludného kruhu, kdy často různým způsobem prověřují oddanost, věrnost či loajalitu svých přátel, blízkých a partnerů. Jejich očekávání jsou tak nastavena, že jejich „zkouškou“ neprojde takřka nikdo.

Samozřejmě, když je někdo přehnaně podezřívavý a nedůvěřivý, ne hned to musí znamenat a poukazovat na paranoidní poruchu osobnosti. Aby byly splněny kritéria pro diagnostikování této poruchy, měly by k tomu být splněny určité klinické podmínky. Proto ne každý projev nedůvěry je hned paranoia. Podle amerického Diagnostického a statistického manuálu (DSM-IV) musí jedinec splňovat nejméně čtyři z následujících kritérií:

- *bezdůvodné a nepodložené podezírání druhých z využívání, ubližování, podvádění apod.*
- *neustálé zabývání se neopodstatněnými myšlenkami o věrnosti či loajalitě přátel a blízkých*
- *neochota, váhání důvěřovat ostatním z důvodu neopodstatněného strachu, že určitá informace bude použita proti němu*
- *hledání skrytých významů či ohrožení v jinak vlídných sděleních či situacích od blízkých*
- *přetrvávající zášť, odpor a nevraživost k druhým, neochota odpouštět*
- *časté pocity útočení na jeho / její osobu a potažmo reakce hněvu jako protiútok*
- *neopodstatněné podezírání ohledně věrnosti jeho životního / sexuálního partnera*

Podle DSM-IV se paranoidní porucha osobnosti vyskytuje v populaci zhruba v čtyřech procentech, přičemž více se objevuje u mužů.⁽⁷⁾

2.7.2 Schizoidní porucha osobnosti

Schizoidní porucha osobnosti se projevuje citovou otupělostí, nápadnou uzavřeností a neschopností prožívat jakékoliv uspokojení. Nemocní žijí ve svém vnitřním světě. Realita je nezajímá. Minimalizují sociální kontakty. Lze to chápat jako obranný mechanismus, jak udržet v normálu jejich emoční rovnováhu. Zpravidla bývají považováni za podivíny, často k takovému hodnocení přispívá nejen jejich chování, ale také úprava zevnějšku.

2.7.3 Disociální porucha osobnosti

Nositelé této poruchy nejsou schopni přiměřené sociální adaptace. Bývají egoističtí a zaměřeni jen na bezprostřední vlastní uspokojení. Mají potřebu silného vzrušení, která se projevuje rovněž neschopností tlumit a ovládat vlastní reakce. Těžko snáší nudu, ale

naopak mívají nízkou toleranci k zátěži. Jsou emočně nezralí. Snadno reagují afektivním výbuchem a nejsou schopni přiměřeného sebeovládání. Jejich sebevědomí je slabě rozvinuté, ale nemají sklon k sebeobviňování. Naopak osočují jiné lidi a své chování omlouvají. Celkově jsou jejich vztahy ovlivněny jejich nestálostí, nespolehlivostí a bezohledností.

2.7.4 Emočně nestabilní porucha osobnosti

Emočně nestabilní porucha osobnosti je charakteristická v impulzivitě jednání nemocného, bez ohledu k následkům, které z jeho chování plynou. Takoví lidé nejsou schopni své jednání regulovat. Trpí proměnlivými emocemi. Jejich chování je nepředvídatelné. Poruchou postižení jedinci nejsou dostatečně zodpovědní a neplní svoje povinnosti. Mívají konflikty s lidmi. Těžce nesou kritiku. Jejich problémem jsou také nepředvídatelné výbuchy násilí. Postižení bývají vůči lidem nedůvěřiví. Mívají pocity ohrožení nebo dokonce paranoidní tendence. Vlastní vinu nevidí. Přičítají ji komukoliv jinému, což mezilidským vztahům nijak neprospěje. Mají sklon k podvádění, vymýšlení si, nerealistickému plánování a slibování. Svě závazky ale neplní. Navíc využívají blízké takovým způsobem, že tím postupně ztrácejí veškeré sociální zázemí.

2.7.5 Histrionská porucha osobnosti

Lidé trpící histrionskou poruchou osobnosti touží být často co nejvíce středem pozornosti. Kladou důraz na vlastní osobu. Je pro ně typické si vymýšlet příběhy, v nichž hrají důležitou roli. O osudy druhých se nezajímají. Bývají egocentričtí a konfliktní v osobních vztazích, ale i na pracovišti a obecně v kontaktu s lidmi. Mají tendenci být obdivováni a oceňováni. Jsou proto schopni lhát či podobně nepřesně interpretovat realitu v souladu s jejich potřebami. Mají labilní emotivitu. Snaží se o svůdný a přitažlivý zjev. Porucha bývá častější u žen.

2.7.6 Anankastická porucha osobnosti

Anankastickou poruchou jsou častěji ohroženi muži. Projevuje se u nich nadměrná nejistota, se kterou se vyrovnávají přehnaným plněním veškerých sociálních požadavků a osobních povinností. V partnerském vztahu jsou nudní a nepříjemní. V zaměstnání

obtěžují své spolupracovníky nadměrnou pedantrií. Pro toto své chování nebývají příliš oblíbeni a dostávají se tak do izolace.

2.7.7 Úzkostná porucha osobnosti

Úzkostná porucha osobnosti se projevuje u lidí, kteří jsou nadměrně přecitlivělí, úzkostní. Žijí v neustálém tlaku a napětí. Mají sklon se vyhýbat situacím zvyšujícím jejich úzkost. Trpí nadměrnými obavami z kritiky či odmítnutí. Neadekvátně hodnotí situace a dění v okolí. Mají pocit nadměrného ohrožení a jejich úzkost na ostatní lidi působí skličujícím dojmem, takže se postiženému raději vyhýbají.

2.7.8 Závislá porucha osobnosti

Tato porucha se na nemocném projevuje nízkým sebehodnocením, pocity neschopnosti a zvýšenou potřebou závislosti na jiném člověku. Postižený trpí nemožností se osamostatnit, raději se naprosto přizpůsobí druhé osobě. Jeho fixace však může být pro ostatní značně obtěžující. To má za následek, že poruchou postižený jedinec se v partnerském vztahu stává manipulovatelným nebo odmítaným. Situace může vyvrcholit a nemocný se může ocitnout i v roli týraného a zneužívaného člověka.

2.7.9 Narcistická porucha osobnosti

Nejvýraznějším projevem této poruchy je trvalé velikášství, egocentrismus a porucha sebehodnocení. Postižený věří ve vlastní jedinečnost a výjimečnost. Ta může být spojena se skrytou zranitelností. Zdárným příkladem narcistické osobnosti může být Adolf Hitler. O něm je všeobecně známo, že se nezajímal o nic jiného než o sebe. Žil ve světe polopравd a fantazií. Chtěl dobýt svět a potvrdit tak svou výjimečnost. Lidi nenáviděl za to, že ho nedoceňovali. Byl k nim chladný a lhostejný. Na druhou stranu mu lidé věřili a dokázal je přesvědčit o pravosti jeho myšlenek. Ve vztahu k ženám byl plachý a chladný. Údaje o jeho chování k Evě Braunové vypovídají o jeho bezohlednosti a nezájmu o její city. Jediná živá bytost, k níž něco cítil, byl jeho pes.

2.8 Neurotické poruchy

2.8.1 Úzkostná porucha

Úzkost je nepříjemný citový stav. Není vázán na konkrétní situaci a bývají s ním spojeny příznaky napětí, neklidu a podráždění. Takových projevů se člověk nedokáže zbavit. Souvisí s tím i tendence přehnaně reagovat na běžné podněty. Snadno vzniká v období nejistoty nebo v situacích, které člověka zatěžují a vysilují. Úzkost je osobnostní rys trvalejšího charakteru a různé intenzity. Navenek se projevuje v rozmezí od mírného napětí a neklidu až po panickou reakci. Za normálních okolností slouží úzkost jako prvotní signál potencionálního nebezpečí a aktivizuje člověka, aby byl připraven na ohrožení. Pokud je individuální citlivost zvýšená, očekává postižený nebezpečí i tam, kde skutečně nehrozí. Aktivizace se tedy stává nadměrnou a jedince spíše zatěžuje. V takovém případě již hovoříme o neurotickém projevu. *Úzkostné poruchy jsou poměrně rozšířené. Během života jimi trpí v nějaké formě více než 15% populace. Původ mají buď v dětství nebo vznikají následkem nějaké události (např. reakce na závažný stres po nehodě nebo přírodní katastrofě). Důležitou roli může sehrát také dědičnost. Úzkostné poruchy mají často chronický průběh (trvání delší než 3 měsíce).*⁽⁸⁾

2.8.2 Panická porucha

Je psychická porucha charakterizována opakovanými záchvaty intenzivního strachu nebo ataky těžké úzkosti, tj. paniky, vznikající náhle bez zjevné příčiny. Porucha není vyvolána žádným specifickým podnětem. Příznaky vegetativního podráždění jsou zrychlený pulz, pocení, třes, střídající se horko a zimnice. Příznaky týkající se hrudníku a břicha se projevují obtížným dýcháním až dušením, tlakem v hrudníku, pocity břišní nevolnosti. Poruchu zároveň mohou doprovázet příznaky psychického rázu a to neklid, pocity necitlivosti těla a bezmocnosti. Strach ze ztráty možnosti jakkoli ovlivnit situaci a strach ze smrti. Pro příznaky této poruchy je typické, že během několika málo minut dosahují maxima a trvají zpravidla jen několik minut. Porucha se může objevit jen jednou nebo se může opakovaně vracet. Pokud hovoříme o středně těžké poruše, počet záchvatů je alespoň 4 během měsíce. Pokud počet záchvatů dosahuje 4 během týdne, jedná se už o velmi závažný stav této poruchy. *Panickou poruchou častěji trpí ženy; pokud je postižen muž, někdy má tendenci místo léčby hledat řešení obtíží v alkoholu. (Halgin a Whitbourne, 1994).*⁽²⁾

2.8.3 Obsedantně-kompulzivní porucha

Porucha se projevuje dlouhodobým výskytem vtíravých obsedantních myšlenek a představ do mysli nemocného. Pacient má nutkání vykonávat určitý soubor stereotypních činností (kompulze), které lze chápat jako rituály mající svůj přesný postup a pravidla. Určitý nápad nebo myšlenka se člověku neustále vrací a čím déle se snaží nutkání pro daný rituál odolat, tím více se zvyšuje jeho pocit napětí. Na určité úrovni se úzkost stane nesnesitelnou a nemocný musí „vtíravý nápad“ realizovat. Potom se mu dočasně uleví. Obvykle kompulzivní rituály souvisejí s dodržováním čistoty. Často se ale vyskytují rituály značně bizarní podoby. Mohou být dokonce velice složité a trvat i několik hodin. Za určitých okolností může nutkavé chování překročit hranice sociální přijatelnosti a člověk, který rituál provádí může být společností označen za podivína.

Nejčastější typy obsedantně kompulzivní poruchy jsou:

- *obsese bez zjevných kompulzí (10 %)*
- *nadměrný strach ze špíny a infekce (50 %)*
- *kontrolování (strach z opomenutí, které by ohrozilo je nebo jiné lidi) (30 %)*
- *jiné kompulze (opakování slov, čísel, dotykové kompulze) (10 %) ⁽⁹⁾*

Obsedantně-kompulzivní porucha patří mezi méně časté, trpí jí přibližně 2 % populace, pokud bereme v úvahu potíže, které trvají alespoň šest měsíců. Nezávisí na pohlaví, ženy i muže postihuje přibližně stejně často. Rozdíl je v tomto případě spíše v obsahu obsesí a typu nutkavého chování (Beers a Berkow, 1999; Rahn a Mahnkopf, 2000). ⁽⁶⁾

2.8.4 Posttraumatická stresová porucha

„Je to rána, která už se nikdy nezahojí a nic už nebude jako dřív.“

(Dana, 45 let)

Posttraumatická stresová porucha je reakcí na jednorázový traumatizující zážitek nebo déletrvající stresovou situaci. Charakteristické je znovuprožívání dané události, spojené s intenzivním strachem a pocitem bezmocnosti s potřebou vyhnout se podnětům, které mohou být s konkrétní situací spojeny. Jedná se například o okolnosti: smrt, zranění, závažné onemocnění, ztráta rodinného zázemí, ale také přepadení, znásilnění, mučení

nebo dokonce události v důsledku živelní či společenské katastrofy (povodeň, válka). Reakce na silný stres může záviset i na tom, zda postihly pouze jednoho jedince nebo jestli je obětí více, např. v důsledku živelní katastrofy. Výhodou je možnost sdílení traumatizujícího zážitku s ostatními členy skupiny. Zde se objevují prvky porozumění a solidarity. Naopak, pokud je obětí samotný jedinec, může se cítit osamocen, izolován a nepochopen.

Posttraumatická stresová porucha je dlouhodobější reakcí na traumatizující událost. Postihuje přibližně 1-4 % celkové populace, u žen bývá častější, až 7-10 %. V rámci rizikových skupin (např. válečných veteránů nebo obětí trestných činů) je její výskyt mnohonásobně zvýšen, uváděná četnost postižených dosahuje až 35-58 %. Touto poruchou trpí např. 45 % týraných žen, 31 % válečných veteránů. Vzniká častěji jako reakce na dlouhodobější stres, který může být spojen s důsledky traumatického zážitku (Gelder a kol., 1996; Beers a Berkow, 1999; Preiss a Vizinová, 1999).⁽⁶⁾

2.8.5 Hysterická reakce

Hysterická reakce je psychický stav s nestabilní emotivitou a se sklonem k primitivním reakcím. Současné sociální normy považují citové projevy člověka za něco nepatřičného. Více je ceněno sebeovládání, tedy potlačování vnějších citových projevů. V případě, že nelze energii ventilovat, může se nahromadit uvnitř organismu a způsobit jiné obtíže, např. deprese, zvýší se krevní tlak, objeví se bolesti žaludku, atd. To, že hysterická porucha postihuje převážně ženy, souvisí i s názvem, jelikož pojem z řečtiny „hysterá“, v českém překladu znamená „děloha“.

2.8.6 Hypochondrická porucha

Člověk trpící hypochondrickou poruchou se neustále koncentruje na své obtíže a vyžaduje neustálá lékařská vyšetření. Nepřetržitě si stěžuje na svůj zdravotní stav a je přesvědčen, že je vážně nemocný. U lékařů spíše hledá uklidnění než léčbu – té se většinou bojí. Specialistům nedůvěřuje, proto se opakuje tento rituál stále dokola. *Výrazné hypochondrické příznaky jsou přítomny cca u 10 % osob přicházejících k lékaři, často jsou součástí úzkostných nebo depresivních poruch. Poměr u mužů a žen je 1:1.⁽¹⁰⁾*

2.8.7 Fobická úzkostná porucha

Pociťovat úzkost a strach je u normálního člověka naprosto běžné. Dalo by se říci, že v moderním životě jsou to dokonce velice důležité emoce. V určitých situacích vyostřují výkon jedince na vyšší stupeň a dokáží ho velmi dobře motivovat. Daly by se nazvat tzv. „hnacím motorem“ pro konání člověka. Ovšem, pouze v případě, kdy je člověk dokáže náležitě kontrolovat a nezpůsobují mu žádné tělesné ani psychické poškození. V opačném případě jsou schopny lidem výrazně zkomplikovat život. Člověk pak nedokáže racionálně uvažovat ani jednat i v těch nejjednodušších situacích.

Fobie definujeme jako trvalý a nadměrný strach z určitého objektu nebo situace, která ve skutečnosti nebezpečná není. ⁽¹¹⁾ Takový strach poté vede člověka k tomu, že se dané situaci nebo objektu snaží za každou cenu vyhnout. Pokud se mu to nepovede, věří, že je skutečně ohrožen a také se tak cítí. Fobií postižený jedinec začne pociťovat psychické i tělesné příznaky silné úzkosti. Rozdíl mezi lidmi trpícími fobií a lidmi pociťujícími běžný strach je v tom, že fobií postižení jedinci považují obávaný podnět za mnohem nebezpečnější než druzí. Proto při střetu s objektem nebo v obávané situaci pociťují mnohem intenzivnější úzkost než lidé, kteří mají ze situace pouze běžný strach.

Rozlišujeme tři základní druhy fobií:

- specifické fobie
- sociální fobie
- agorafobie

2.8.7.1 Specifické fobie

Specifické fobie bychom mohli definovat jako nadměrný nebo extrémní strach z určitého objektu, zvířete nebo specifické situace (z pavouků, z myší, z hadů, z výšky, z pohledu na krev, z lékaře, z blízkosti určitých zvířat, ze tmy, z létání, z uzavřených prostor, atd). Fobie musí výrazně zasahovat do života jedince. Pokud má někdo strach z pavouků, hadů nebo psů, ale nijak ho to neomezuje (např. jezdí na výlety do přírody), akorát je na psy, hady, pavouky opatrnější a nesáhá na ně, tak nemá fobii, pouze strach. Ale člověk, který v práci chodí pěšky do sedmého patra, než aby použil výtah, s největší pravděpodobností fobií trpí. Mírné fobie jsou však velmi časté a postihují někdy během života 16 % žen a 11 % mužů. Ovšem většina lidí, kteří na sobě fobií

zpozorují, nevyhledávají léčbu, protože intenzita potíží jim významněji neovlivňuje život.

Většinu, z výše jmenovaných specifických fobických poruch, nebudeme vzhledem k omezenému rozsahu této práce podrobněji rozebírat. Zaměříme se tedy pouze na dvě z nich, a to na **aerofobii**. Protože, dle mého názoru, jde o nejčastěji se vyskytující fobickou poruchou v cestovním ruchu. A dále na **nomofobii**, protože to je novinka vzniklá v oboru psychologie vlivem civilizačního vývoje a technického pokroku ve 21. století.

Strach z létání (aerofobie, aviofobie)

Jelikož strach z létání patří mezi nejčastější fobie vyskytující se v oboru cestovních ruchů, rozhodla jsem se této poruše věnovat pozornost v mé bakalářské práci. Létání letadlem se stalo běžnou součástí našeho života. Jedná se o nejrychlejší a nejbezpečnější způsob přepravy. Podle statistik ČSA aerofobií trpí každý čtvrtý na palubě. Navíc od 11. září 2001 postihuje strach z létání stále větší část populace. Aviofobie tu ovšem byla již dříve a patřila k létání od samého počátku. Podle starší studie firmy Boeing měla čtvrtina až třetina Američanů vždy strach a úzkostné pocity z létání.

Příčiny strachu z létání mohou být různé:

- strach z výšek
- strach z pohybu nad vodní plochou
- strach ze tmy (zejména u nočních letů)
- strach z neznáma
- klaustrofobie
- pocit ztráty osobní svobody
- nadměrné soustředění se na turbulence
- nejistota způsobená nevyzpytatelností počasí
- pocit ztráty kontroly nad vlastním životem
- pocit závislosti na technice
- strach z nehody nebo útoku jakéhokoliv typu

Během posledních let, kdy nastal boom v cestovním ruchu, se letadlo stalo i pro střední vrstvu obyvatel lehce dostupné. Zprostředkovateli letů mezi zákazníkem a leteckou

společností jsou obvykle cestovní kanceláře, které tak přepravují své klienty do požadovaných destinací cestovního ruchu. Z toho důvodu jsem se rozhodla do své práce připojit i některá užitečná **doporučení**, která jsou využitelná zejména **pro průvodce cestovního ruchu**, kdy doprovázejí při zájezdu své klienty. Strach z létání začíná a končí v hlavě, proto je nutno myslet pozitivně. V žádném případě se nedoporučuje před odletem sledovat katastrofické filmy a číst nepříjemné zprávy v novinách. Naopak den před letem se v klidu a bez zbytečných emocí připravit na let. Fyzicky ani psychicky se nevyčerpávat. Relaxovat. Do příručního zavazadla přibalit oblíbenou knihu a MP3 přehrávač. Samozřejmostí před nástupem na palubu je lehká snídaně a dodržování pravidelného pitného režimu. Není dobré pít alkoholické nápoje, ale ani nápoje obsahující kofein. Do letadla je vhodné si obléknout pohodlné a vzdušné oblečení. Boty se doporučuje nezouvat. Vlivem nadmořské výšky nohy otékají téměř každému. Během několikahodinových letů je dobré se projít. Při sezení nedávat nohu přes nohu.

Osvědčeným způsobem, **jak je možné se zbavit strachu z létání**, je absolvovat specializovaný kurz. V jeho průběhu budou účastníkům kurzu poskytnuty teoretické i praktické návody, jak pracovat s vlastními emocemi a jak odstranit nebo zmírnit obavy z létání. Touto metodou je možné zbavit se strachu z létání prakticky ze dne na den, neboť příčinou úzkosti je nejčastěji neznalost. První poznávací návštěvu letadla nabídla cestujícím americká společnost Pan Am v roce 1975. Dnes už nabízejí kurzy zbavení se strachu z létání téměř všechny větší letecké společnosti po celém světě. U nás tento kurz nabízí letecká společnost České aerolinie, a.s.

Strach z nedostupnosti telefonu

Žijeme v době 21. století a každé malé dítě touží vlastnit svůj mobilní telefon a to pokud možno s fotoaparátem, videem, internetem a dalšími funkcemi. Dnes už má mobilní telefon skutečně každý. Kdo ho nemá, bývá společností považován za „outsidera“. Odvažovala bych se dokonce tvrdit, že mobilní telefon se během posledních let stal nutností dnešní doby. Je naším průvodcem na cestách. Pomáhá nám být neustále v kontaktu s rodinou, přáteli nebo také mít přehled o firemních záležitostech kdykoliv a kdekoliv. A tak vznikl nový fenomén v oblasti fobických poruch, kterému dali vědci název „**nomofobie**“. Vznikla z anglického spojení „no mobile phobia“. Ve volném překladu to znamená strach z toho, že nebudeme moci mít k dispozici mobilní telefon. Může jít o tzv. strach z nedostupnosti telefonu například

během dovolené, kdy některé geografické oblasti ještě nejsou dostatečně pokryty signálem některého z operátorů. Nejčastěji jsou to horské oblasti nebo řídce obydlené části světa. Během dovolené se může také stát, že se vybije baterie a není možnost opětovného nabití. Nomofobie se také projevuje při ztrátě nebo odcizení mobilního telefonu. K těmto velmi nepříjemným situacím může dojít, jak z důvodu vlastní neopatrnosti, tak dle známého rčení, že zloděj nikdy nespí.

Tento boom má své výhody. Otázkou ale zůstává, jestli nás pouhá přítomnost mobilního telefonu zbytečně nezavazuje. V dobách, kdy fungovaly pouze pevné linky, mobilní telefony nikomu nescházely. Každý byl smířen s tím, že když odejde z domu nebo z kanceláře, bude mimo spojení a nikdo se tím neznepokojoval. Tenkrát to bylo „normální“. Dnes je ale všechno jinak a mobilní telefon nám nedovolí se ani na dovolené náležitě odreagovat a odpoutat se od každodenních problémů. Je na každém z nás, aby tuto situaci vyhodnotil. Někoho může obtěžovat, být neustále na příjmu a k dispozici, jiný by na dovolenou ani nejel, pokud by neměl možnost mít telefon u sebe a mít pod kontrolou veškeré dění, které potřebuje.

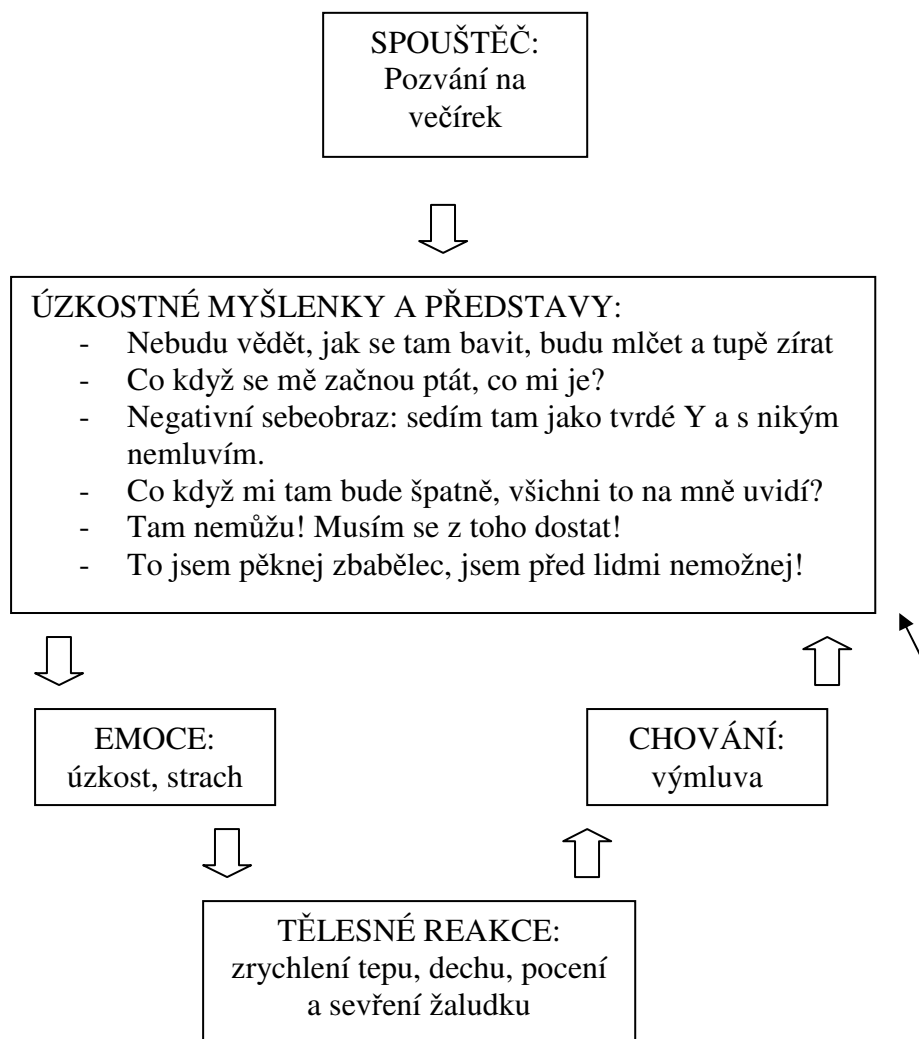
Průzkum chování, které souvisí s mobilním telefonem se prováděl u poměrně velkého vzorku lidí a příznaky byly zaznamenány u většiny z nich, přičemž výrazněji se projevovaly u mužské populace. ⁽¹²⁾ I přes tuto skutečnost nomofobie ještě stále není zařazena do mezinárodní klasifikace nemocí. Důvodem je ale zřejmě pouze to, že klasifikace se aktualizuje přibližně tak jednou za deset let a tato porucha svým nedávným vypuknutím ještě nestačila být pořádně zařazena ani do učebnic psychologie.

2.8.7.2 Sociální fobie

Základním projevem sociální fobie je, vyhýbání se situacím, kdy může být člověk pozorován a hodnocen druhými lidmi. Takový člověk je přesvědčen, že si okolí všímá zásadně jeho potíží a že jeho jednání je neustále sledováno a posuzováno ostatními. Mají **strach z veřejného vystupování** i jiných situací, kdy jsou středem pozornosti. Pokud se do takové situace dostanou, projeví se to např. červenáním, pocením, zadrháváním v řeči apod. Takoví jedinci mají poté sklon k únikovému a vyhýbavému chování.

Pro názornost této situace bychom mohli uvést příklad s nadpisem: „**pirueta na útěku do své komůrky aneb bludný kruh sociální úzkosti**“. Zní to směšně? Bohužel, celá situace je daleko tragičtější. Člověk dostane pozvání na večírek (společenský, firemní, rodinný,...) Okamžitě mu proběhnou v hlavě otázky typu: „Co a s kým si budu povídat? Jak se mám chovat? Co když se nějak ztrapním?“ Následují myšlenkové pochody ve smyslu: „Budu tam sedět jako tvrdé Y a nikdo se se mnou nebude bavit. Proto tam raději nepůjdu.“ Během takového uvažování se mohou vyskytnout i tělesné reakce. Dotyčný se začne potit, začne pociťovat sevření žaludku, rychlejší tep nebo dech. To už je na člověka příliš stresová situace a tudíž přemýšlí, jak se z toho co nejrychleji dostat. Začne vymýšlet úhybnou strategii, jak se večírku vyhnout: „Je mi to moc líto, ale na večírek nedorazím, protože přijede teta z Moravy“.

Obrázek č. 1 **Bludný kruh úzkosti**



Zdroj: (Praško, 2008, s. 90)

Sociální fobií trpí někdy během života odhadem 3-13% populace. Soustavně trpí sociální fobií asi 1-3% lidí. Stydlivost je ještě častější. Kolem 80-90% lidí má někdy v životě období, kdy se nadměrně stydí. V jednom časovém průřezu má tento problém 30-40% populace. Sociální fobie vzniká obvykle kolem puberty, nejčastěji ve věku mezi 14. a 20. rokem, tedy v období vývoje, kdy se často setkáváme se stydlivostí. Sociální fobie se objevuje stejně často u mužů jako u žen. Nezáleží na inteligenci, vzdělání, ekonomickém zázemí, zaměstnání. ⁽¹³⁾

2.8.7.3 Agorafobie

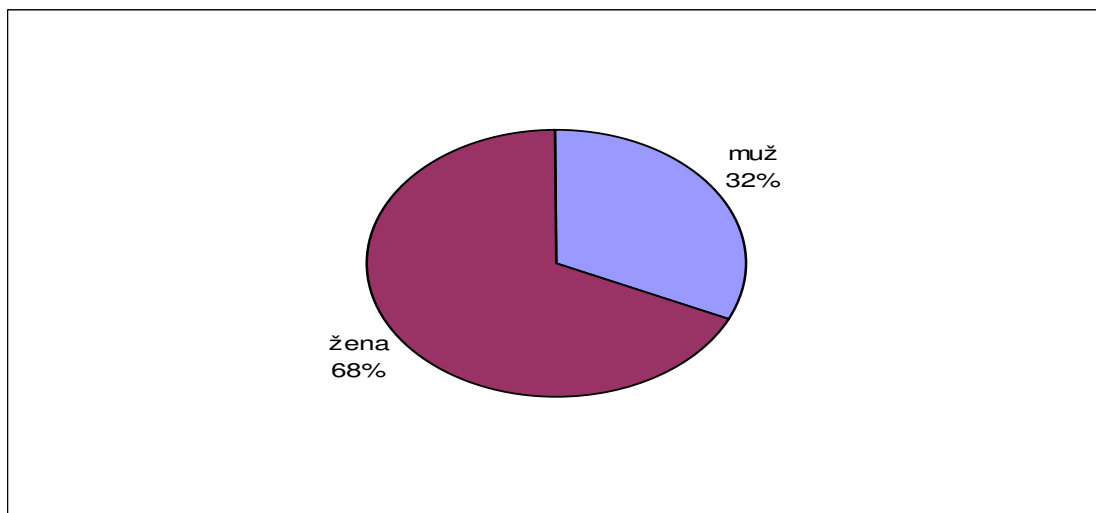
Agorafobie znamená „**strach z tržiště**“ a projevuje se pocitem nevolnosti a strachem pobývat na místech, kde není rychlá dostupná pomoc. Zpravidla mají agorafobici strach z toho, že když budou v neznámém a pro ně nebezpečném prostředí, tak se jim může něco stát. Nikdo jim nebude schopen pomoci. Proto se bojí cizího prostředí. Prostor od domova vzdáleného. Někteří také trpí strachem z toho, co by řekli druhí, kdyby jejich záchvat viděli. V takové situaci naprosto ztrácejí schopnost sebeovládání a mají panický strach, že začnou ukrutně ječet, že omdlí, že nedokážou udržet stolicí a nebo že se zblázní. U každého jedince se fobie projevuje jiným způsobem. Agorafobií postižení jedinci se povětšinou vyhýbají **cestování v dopravních prostředcích, nakupování v supermarketech, návštěvě kin a divadel.**

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Dotazníkové šetření

K účelům mé bakalářské práce jsem sestavila vlastní průzkum aplikovaný formou dotazníkového šetření. Přesné znění dotazníku, který byl administrován respondentům, je k nahlédnutí v příloze této práce. Jeho úkolem bylo zjistit, které z vybraných duševních a behaviorálních poruch se aktuálně nejvíce vyskytují v klientele pracovníků cestovního ruchu a v jaké míře. Vlastní šetření bylo prováděno dvěma způsoby a to tak, že dotazníky byly posílány emailem a část jich byla k dispozici v tištěné formě k vyplnění. Celkem bylo respondentům administrováno 200 dotazníků (z toho 160 zasláno emailem a 40 rozdáno v tištěné podobě). Emailových odpovědí se mi navrátilo 39, tištěných vyplněných dotazníků se mi podařilo nashromáždit 11. Celkem mi odpovědělo 50 dotazovaných a tzn., že v tomto průzkumu dosáhla návratnost vyplněných dotazníků výše 25 %. 2 respondenti dotazník navrátili s omluvou, že ho nedokáží vyplnit. Dle grafu č. 4 vidíme, že spíše byly ochotny dotazník vyplnit ženy než muži.

Graf č. 4 Pohlaví respondentů

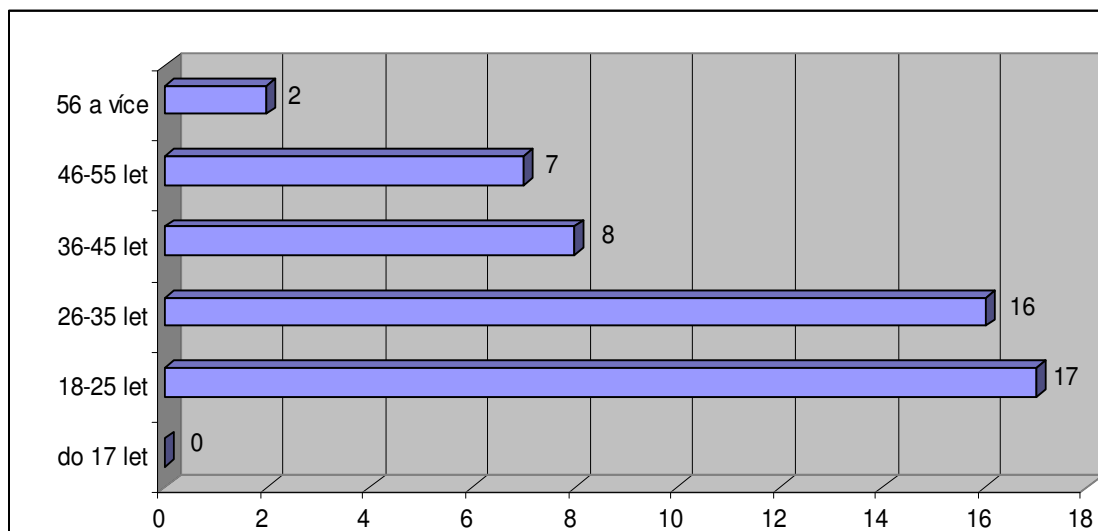


Zdroj: vlastní zpracování

Z následujícího grafu č. 5 můžeme vidět přesné počty jednotlivých respondentů podle věkových kategorií. Nejvíce respondentů v počtu 33, kteří na dotazník odpověděli, patří do věkových kategorií, které v souhrnu označují věk mezi 18 – 35 lety. 15 dotazníků, v tomto grafu tvořících majoritní část, vyplnily osoby ve věku 36 – 55 let. Podařilo se

mi získat také 2 zástupce z věkové kategorie nad 56 let. Věková kategorie do 17 let zůstává neobsazena, protože podle mého názoru, by takto mladí respondenti na otázky v průzkumu ještě nedokázali plnohodnotně odpovědět.

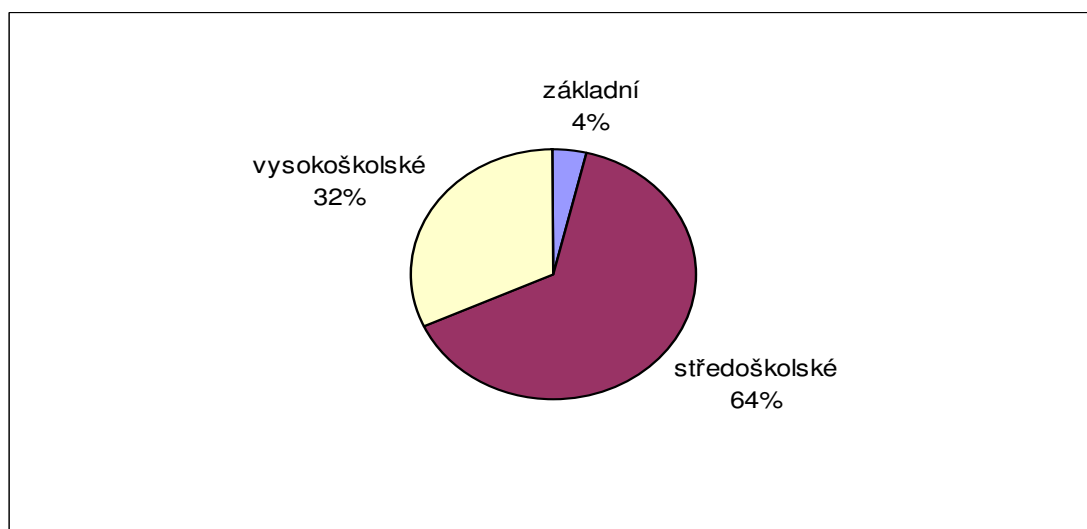
Graf č. 5 Věk respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

Co se týče vzdělání, tak 64 % z celkového počtu dotazovaných, tj. 32 respondentů má středoškolské vzdělání. 16 osob, jež byly ochotny dotazník vyplnit, spadají do kategorie, která je určena pro vysokoškoláky. Zbývajících 2 respondenti tvoří 4 % z celkového počtu dotazovaných.

Graf č. 6 Vzdělání respondentů



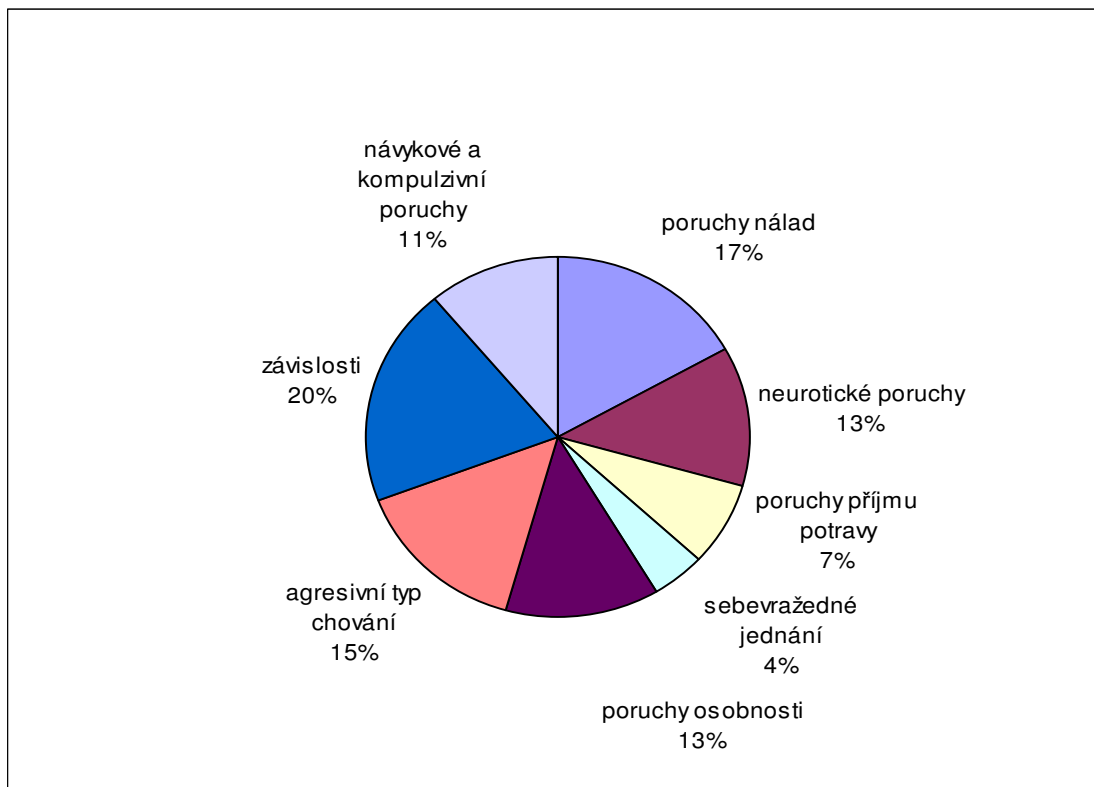
Zdroj: vlastní zpracování

3.1 Vyhodnocení dotazníků z celkového pohledu

Úvodem k celkovému zhodnocení psychických poruch bych chtěla použít graf č. 7, který poslouží jako odrazový můstek k dalšímu šetření. Tento graf přehledně zobrazuje podíl vybraných psychických poruch na celkovém zhodnocení našich dotazníků:

Graf č. 7

Celkové vyhodnocení nejčastěji se vyskytujících psychických poruch v praxi 1



Zdroj: vlastní zpracování

V našem dotazníkovém šetření pro účely bakalářské práce zabírají největší podíl mezi vybranými psychickými poruchami **závislosti**. Dle mého názoru má určitý vliv na vyhodnocení věk dotazovaných respondentů. Spadají do střední věkové kategorie, kde se závislosti staly celospolečenským problémem, který je třeba denně řešit. Závislost není věcí jedince, ale ovlivňuje celou rodinu, přátele i jeho široké okolí. V této době a v naší geografické oblasti je největší hrozbou závislost alkoholová a to proto, že z vybraných psychických poruch, které jsme v průzkumu uvedli, jsou závislosti nejvíce zřetelné navenek a nedají se tak dobře skrývat jako poruchy ostatní. To je zřejmě další důvod prvenství závislostí ve výši 20 % v našem dotazníkovém šetření.

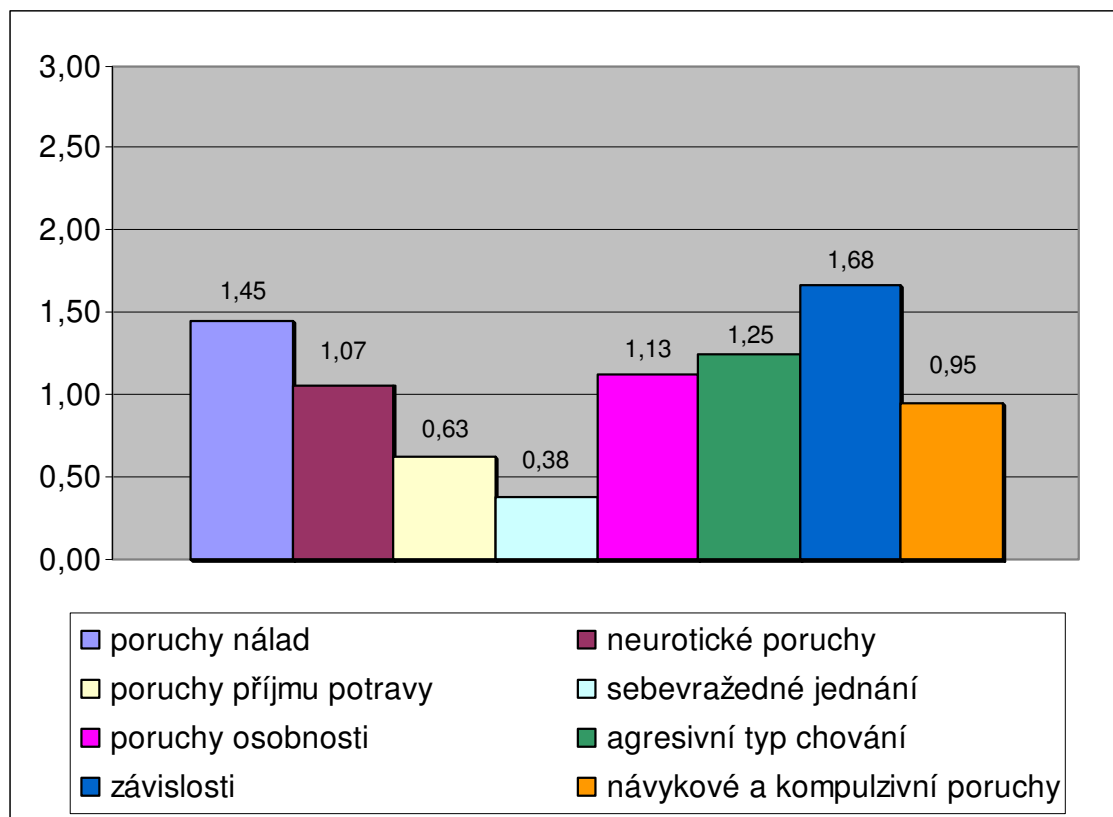
Na druhém místě v našem šetření se umístily **poruchy nálad** podílem 17 %. Tyto poruchy mohou být způsobeny vnitřními i vnějšími faktory. Záleží na mnoha okolnostech v životě člověka a jeho schopnosti se vyrovnávat s problémy. V dnešní době kolikrát není jednoduché zvládat veškeré požadavky, které se na člověka kladou. Dle mého mínění jsou poruchy nálad jistým projevem nezvládnutí dané situace.

Poměrně velkou část 15 % zaujímá **agresivní typ** chování. Umístil se v našem žebříčku psychických poruch na třetím místě, a to mě osobně velice překvapilo. To, že závislosti jsou v dnešní době hrozbou společnosti, je všeobecně známé. Poruchy nálad, které se v našem šetření umístily na druhém místě, jsou také hodně rozšířené. Způsobeno je to vlivem životního rytmu a zátěže kladené na člověka. Tj. v mnoha případech i pochopitelné, že v danou chvíli člověk situaci nezvládne a reaguje poněkud nestandardně. I v takovém případě společnost toto chování toleruje. Alarmující je ale fakt, že agresivita vyšla v našem dotazníkovém šetření na třetím místě. Agresivní chování by nemělo být společností tolerované. Jedinec postižený ke sklonům tohoto charakteru by měl být přiměn k léčbě, pokud není schopen své jednání adekvátně ovládat a regulovat. Jestliže tak společnost neučiní, dochází k řetězové reakci, kdy už děti přebírají negativní vzorce chování od rodičů, učitelů či vychovatelů. Podobně také filmy pro děti s prvky násilí. Děti ještě nerozeznávají, co je v normě a co ne. Není sice prokázáno, že jedinec preferující například v adolescenci nebo v časně dospělosti násilné pořady v televizi a žijící v rodině, kde se na výchovu v tomto směru neklade pozornost, se později musí také násilně chovat. Je tu ovšem jistá pravděpodobnost. Souvislost mezi těmito faktory skutečně funguje a je třeba tomuto tématu vzhledem k velké míře agresivity v naší společnosti věnovat pozornost. Řešením této situace není přehnané moralizování nebo naopak přehlíživý postoj k této problematice. Pro naše účely bakalářské práce v oboru cestovní ruch z toho vyplývá, že průvodce zájezdu by měl být psychicky odolný. S velkou pravděpodobností se může setkat s agresivním typem chování zákazníka v případě, že se mu během cesty něco znelíbí nebo pakliže nebude dostatečně spokojen s ubytováním, stravováním či dalšími službami, které mu cestovní kancelář zprostředkuje u svých dodavatelů nebo sama poskytne.

Pro přehlednost bych ještě ráda uvedla graf podobný grafu předešlému, jelikož bude vycházet ze stejných hodnot. Rozdíl bude v tom, že na grafu č. 8 přesně uvidíme hodnoty, kterých jsme v dotazníkovém šetření dosáhli a jak jsou na tom vybrané poruchy podle názoru dotazovaných. V šetření respondenti odpovídali na otázky, které zjišťovaly míru psychických poruch pomocí bodové stupnice nabývající hodnot v celých číslech od 0 do 3.

Graf č. 8

Celkové vyhodnocení nejčastěji se vyskytujících psychických poruch v praxi 2



Zdroj: vlastní zpracování

Tento graf je velmi podrobný a to z toho důvodu, že všechny hodnoty (kromě závislostí) se pohybují v rozmezí 0 – 1,5. Zde vidíme skutečné hodnoty, které respondenti v průměru odpověděli a jak rozšířené jsou podle jejich názorů v okolí. První tři místa jsme již zhodnotili na předešlých stranách. Nyní se můžeme podívat na celkové výsledky, kde u závislostí je to hodnota 1,68. Poruchy nálad jsou hodnoceny účastníky šetření na 1,45 a agresivní chování dosahuje 1,25.

Dále jsou to **poruchy osobnosti** s hodnotou 1,13 a **neurotické poruchy** ve výši 1,07, které budou ještě dále samostatně zhodnoceny, protože v praxi cestovního ruchu je možné se s nimi velmi často setkat.

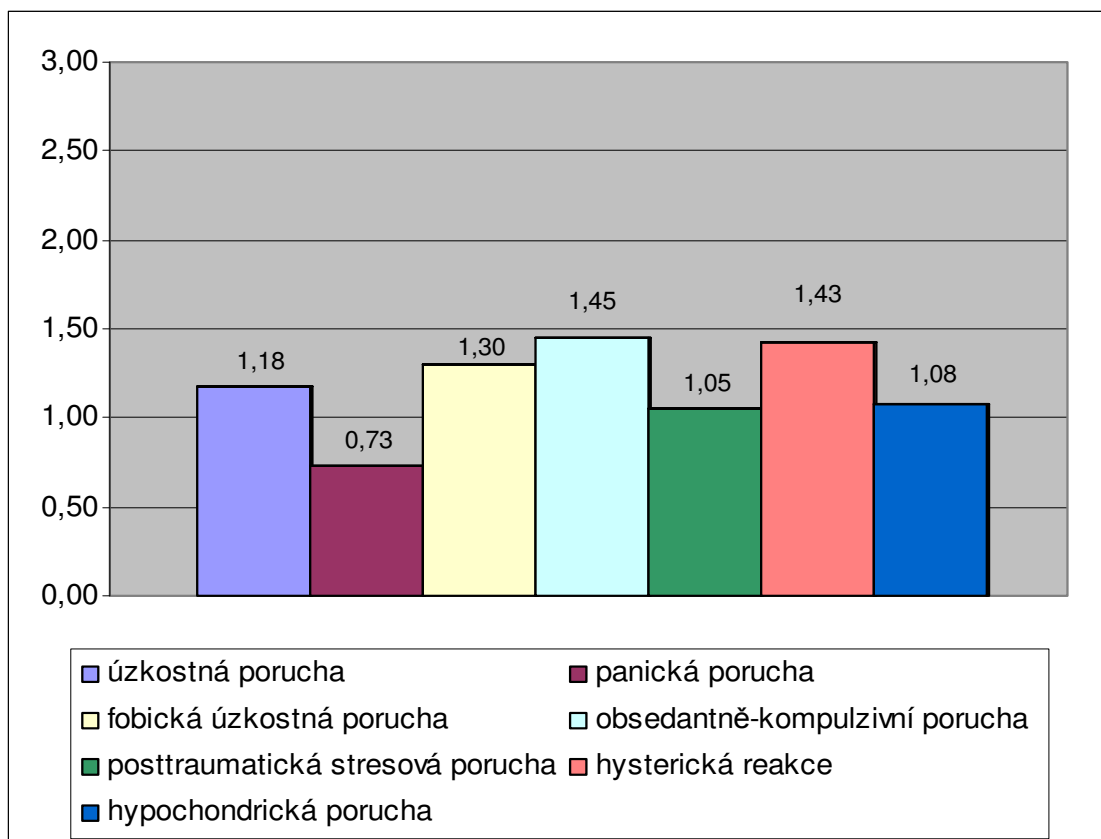
V naší profesi průvodce se nejméně setkáváme s lidmi, jež mají problémy např. s **návykovými a kompulzivními poruchami** nebo s **poruchami potravy**. Je to způsobeno tím, že jde o specifické poruchy, které neohrožují společnost v takovém rozsahu jako poruchy předešlé. Průvodce s takovými lidmi obvykle nemá problém. Dalo by se říci, že ovlivňují spíše jedince samotného (pokud zde nebereme v úvahu jeho rodinu, pracovní prostředí, finanční stránku, atd). V určitých případech se dají velmi dobře skrýt. A právě zde je kámen úrazu, protože když se podaří postiženému dostatečně zamaskovat vznik poruchy, nemůže mu okolí náležitě a hlavně včasné pomoci. Ve chvíli, kdy se choroba projeví, jde o velmi závažné projevy a jejich léčba je obvykle dlouhodobého charakteru. Nicméně průvodce, který nemá náležitý prostor k tomu, aby jednotlivé pacienty tohoto typu dostatečně poznal, si těchto poruch zřídka kdy všimne.

Poslední a naštěstí nejmenší hodnoty 0,38 dosahuje **sebevražedné jednání**. Pokud průvodce cestovního ruchu shledá sklon nebo pouhé myšlenky u někoho ze svých klientů, měl by být velmi ostražitý. Důležité je správně vyhodnotit a hlavně nepodcenit situaci, kdy se na zájezdě objeví nadměrně sklíčený zákazník, který by mohl způsobit problémy. Takovému člověku je třeba věnovat zvláštní pozornost a dohled. To je velmi důležité, neboť průvodce takového jedince může pozitivně motivovat. Otočit jeho smýšlení opačným směrem nebo ho také neopatrným přístupem odradit nejen od zájezdu, ale také celkově od života, kdy takový jedinec třeba neví, kudy dál. Proto je důležitý psychologický přístup, ochota a všímavost průvodce, který má velký vliv na průběh zájezdu (i když si to možná neuvědomuje).

3.2 Vyhodnocení dotazníků se zaměřením na neurotické poruchy

Dalším grafem, který byl předmětem šetření je zhodnocení neurotických poruch. **Neurotické poruchy** jsou nadřazeným pojmem pro další velmi časté poruchy, které se v praxi průvodce cestovního ruchu také velmi často vyskytují.

Graf č. 9 **Zhodnocení neurotických poruch**



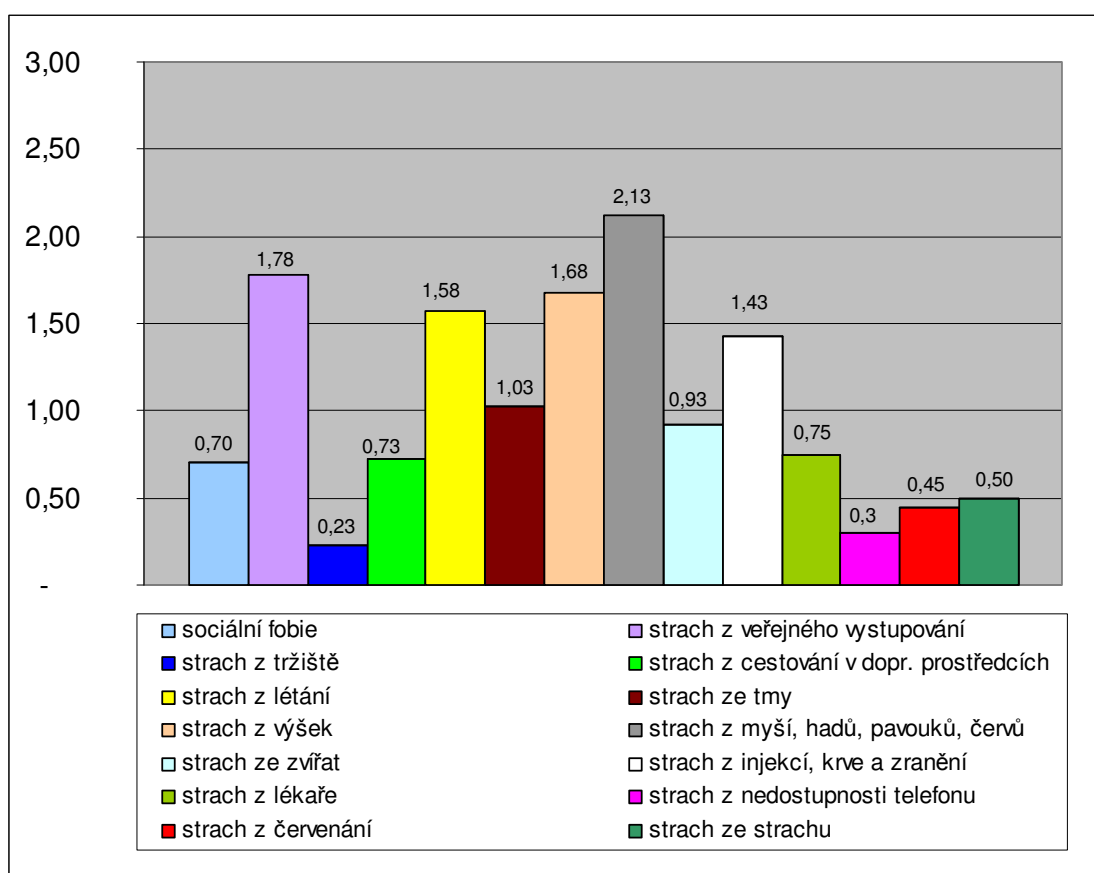
Zdroj: vlastní zhodnocení

Tento graf je také velmi podrobný a průměrné výsledky jsou zaokrouhleny na 2 desetinná místa. Zjištěné hodnoty se pohybují v rozmezí od nejnižší naměřené hodnoty zastupující panickou poruchu a to ve výši 0,73 pouze do výše 1,45 zaznamenávající výskyt obsedantně-kompulzivní poruchy. Všechny tyto poruchy jsou v grafu zastoupeny. Respondenti hodnotili tyto poruchy podle mého názoru celkem objektivně. Žádná z poruch se nijak nevychyluje. Výskyt všech poruch v tomto grafu nepřesahuje 1,5. To je známkou toho, že se sice jedná o přiměřený výskyt a míru poruch, ale zároveň jsme zjistili, že všechny tyto poruchy se vyskytují i v praxi. Je třeba, aby o nich průvodce cestovního ruchu měl alespoň základní znalosti. Dovedl je identifikovat a v praxi k nim mohl zaujmout profesionální přístup.

3.3 Vyhodnocení dotazníků se zaměřením na fobie

Jednou z neurotických poruch v předešlém grafu je **fobická úzkostná porucha** a ta je pro profesi průvodce velmi zajímavá. Jedná se o specifickou a individuální chorobu, kdy má jedinec neopodstatněný strach z něčeho, co vlastně nebezpečné vůbec není. V praxi průvodce cestovního ruchu se můžeme setkat s četnými neuvěřitelnými a nečekanými situacemi. Jako pracovníci v tomto oboru jsme nuceni je za každých okolností respektovat. V následujícím grafu č. 10 je přehled těch nejčastěji se vyskytujících.

Graf č. 10 Zhodnocení fobických úzkostných poruch



Zdroj: vlastní zpracování

Ze jmenovaných fobií v našem dotazníkovém pátrání nejvyšší hodnoty v průměru 2,13 zaujmul **strach z myší, hadů, pavouků a červů**. Vrchních příček dosáhl **strach z veřejného vystupování** a to v hodnotě 1,78 a **strach z výšek** 1,68. Nezanedbatelnými jsou také fobie z létání (1,58) nebo z injekcí, krve a zranění (1,43).

4 Kauzuistika

Tuto kapitolu bych chtěla věnovat konkrétním případům z praxe. Bude věnována fobiím, které v našem dotazníkovém šetření dosáhly nejvyšších příček se zaměřením na cestovní ruch.

*Pokud bych chtěla napsat něco o fobii, která se umístila v našem dotazníku na prvním místě, nemusela bych chodit daleko. Naše sousedka má v poslední době takový **strach z hadů**, že z tohoto důvodu už nechodí ani na zahradu. Před několika lety při uklízení našla pod prahem dveří u rohožky slepýše. Odjakživa měla hrůzu z hadů, ještěrek i žížal. Vždy v trávě našlapovala velmi ostražitě. Poté, co její strach díky slepýšovi na chatě vyvrcholil, při chůzi neustále sleduje zem, jestli tam nějaký není a to dokonce i na chodníku ve městě. Je si vědoma toho, že její strach je neopodstatněný. Ví, že v České republice, kromě zmijí žádní jiní jedovatí hadi nejsou a dokonce i to, že hadí kousnutí zpravidla není smrtelné. Ale nic nepomáhá. Nemůže ani s rodinou do ZOO. A co víc? Nyní má strach i o děti. Nechce je pouštět do přírody, protože se o ně bojí. V tuto chvíli už to není pouze její problém, ale omezuje tím i celou rodinu. V létě je kolem toho v rodině hodně hádek.*

*Jedna moje kolegyně z cestovní kanceláře začínala jako delegátka. Zatímco v Chorvatsku vítala svůj první autobus, kde měla účastníky zájezdu ubytovat dle jednotlivých středisek a hotelů, chtěla si při tom zkusit zdvořile uvítat hosty a něco málo, co věděla, jim povědět. Jenže majitel cestovní kanceláře, který ji v tu chvíli doprovázel, chtěl účastníky také pozdravit a předal jí mikrofon nadměrně slavnostním způsobem. Ten v ní vyvolal pocit, že toho musí říct víc než chtěla. Najednou jí její původní řeč, připadala trapná. Navíc i to, co věděla, v tu chvíli zapomněla. Nedokázala ze sebe vydat hlásku. Od té doby autobus nevítala. Nyní pracuje v kanceláři. Individuální kontakt s lidmi jí nevadí. Veškerého druhu **veřejného vystupování** se od té doby zuby nehty brání.*

Během své delegátské praxe jsem se setkala s paní, která si do zvláštních požadavků při vyplňování přihlášky k zájezdu uvedla, že požaduje ubytování v přízemí. Nakonec si vybrala hotel, kde ale nebylo možno bydlet v přízemí, protože tam byla pouze recepce, společenská místnost, místnost pro kufry a sušárna. Všichni hosté našeho zájezdu byli

ubytování v 1. patře hotelu a majitelku CK by ani nenapadlo, že by takto nepatrná poznámka v přihlášce mohla být natolik podstatnou záležitostí. Klientka zavrhlá v 1. patře bydlet. Dokonce odmítla se jít na pokoj pouze podívat. Tvrdila, že má **strach z výšek**, prý by ji nikdo nedostal ani na třetí schod u žebříku natož do 1. poschodí. Ztropila v daném středisku na Mallorce takovou scénu, že jsem ji ve spolupráci s cestovní kanceláří v České republice musela nabídnout jiný hotel ve stejném letovisku, který měl k dispozici pokoj v přízemí.

Moje kamarádka Lenka vždy trpěla neopodstatněným **strachem z létání**. Poprvé letěla a to do Anglie ve svých 22 letech a už tenkrát se tomu hodně bránila. Během letu prožila obvyklé turbulence a s nimi spojené nepříjemné vnitřní pocity jako sevření hrudníku, bušení srdce, pocení, atd. Od té doby se zapřísáhla, že nevkročí na palubu letadla už vůbec. Od té doby uběhlo 8 let a skutečně. Z Anglie se po roce vrátila autobusem. Její manžel pro změnu trpí **fobií z cestování v dopravních prostředcích**. Tvrdí, že se tam cítí ohrožen, stísněn a nemá vlastní pohodlí. Tento pár se na dovolenou k moři již několik let trmácí autem a střídají pouze dvě pro ně nejdostupnější destinace a to Itálii s Chorvatskem. Prý jim to vyhovuje. Otázkou zůstává, co budou dělat, až se budou chtít podívat třeba do Egypta?

Co se týče **fobie z injekcí, krve a zranění** mohu zde použít něco z vlastní zkušenosti. Jelikož trpím pylovou alergií, chodila jsem dříve každý měsíc v zimním období na pylové injekce. Ty slouží k tomu, aby tělo mělo proti pylu obranné látky, když na jaře vše rozkvetne a alergie se tolik neprojevovala. U alergologa to probíhá tak, že všichni, kdo ve stejnou chvíli dorazí na injekci, se postaví do fronty a jeden po druhém čekají na požadovanou vakcínu. Vzpomínám, že jednou jsem se dívala na pána přede mnou, jak mu sestra injekci vpichuje. Potom jsem přišla na řadu já. Sestra mi vakcínu aplikovala a já cítila, jak mi jehla vjíždí pod kůži a sestra mačká spoušť injekční stříkačky... Zřetelně se mi vybavilo, jak to přesně vypadalo u pána přede mnou. Náhle jsem měla černo-bílo před očima a omdlela. Od té doby se vyhýbám injekcím, krvi a zraněním. Na pylové injekce už nechodím vůbec. V jarním období raději přetrpím rýmu a slzení z očí.

5 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo charakterizovat vybrané duševní a behaviorální poruchy vyskytující se v klientele pracovníků cestovního ruchu. V první části jsou vymezeny znaky normality. Tím se dostávám k jejímu protikladu tedy abnormalitě a jednotlivé vybrané poruchy stručně popisují a objasňují příčiny jejich vzniku. V jednotlivých situacích navrhuji řešení použitelná pro praxi a v některých případech zvláště zdůrazňuji závažnost situace na grafech, zobrazujících určité skutečnosti např. alkoholismus. Práce by měla odhalovat skutečnost, že žijeme v době, kdy je nutnost průvodce být připraven na každou situaci, která během jeho výkonu povolání může nastat a být na ni po psychické stránce dostatečně připraven.

Pro pracovníky cestovního ruchu je hodnocení projevů klientů zájezdu velice důležité. Každý průvodce si vytvoří v průběhu své praxe určitá hodnotící kritéria, která potom používá. Přesto se mu může stát, že nebude přesně vědět, jak daného klienta hodnotit. V mnoha situacích není vůbec jednoduché diagnostikovat na první pohled člověka, kterého průvodce vidí poprvé v životě. Znamé rčení vypovídá: „*Zdání klame!*“ a nebo jiné: „*Není všechno zlato, co se třpytí.*“. Na otázku, jak se v labyrintu lidských povah orientovat, byla napsána tato práce. Jejím úkolem je začínajícímu průvodci pomoci, jak se v jeho nové profesi co nejrychleji adaptovat. Správný odhad, zda zákazník netrpí některou z duševních poruch, může být pro průvodce velice důležitý a přínosný. Zaujetím správného postoje k němu, může předejít mnohým nepříjemným situacím. Funkce průvodce zájezdu spočívá kromě jiných organizačních povinností hlavně v jeho psychologickém působení na zákazníky. Od toho se odvíjí veškerá jeho schopnost ovlivnit průběh zájezdu. Důležité pro něj je, aby respektoval lidi s ohledem na jejich dobré i špatné vlastnosti a snažil se k nim najít cestu porozumění.

Včasným diagnostikováním poruchy a přijetím určitých opatření by se mohlo v mnoha případech zamezit až velmi kritickým situacím. V našem případě bychom mohli předejít například sebevražedným sklonům depresivního jedince, se kterým je možno se setkat prakticky všude, dokonce i na dovolené. Proto považuji za nutné znalosti průvodce také na úrovni psychopatologie, aby byl připraven na různé typy zákazníků cestovní kanceláře.

Kromě celkového zhodnocení nejčastěji se vyskytujících duševních a behaviorálních poruch v klientele cestovního ruchu je celá práce psána se zaměřením na fobickou úzkostnou poruchu, která je zmíněna již v teoretické části. Přehledně jsou zde uvedeny jednotlivé fobie a stručně popsány. Blíže je zde charakterizován strach z létání vzhledem k oborovému splynutí psychologie s cestovním ruchem. Nejen celkovému zhodnocení, ale také fobiím je věnována praktická část. Z dotazníkového šetření v praktické části jsem zjistila, že nejčastěji mívají lidé problémy v souvislosti s životním stylem. Co se týče fobií, nejvíce je trápí strach z myší, hadů, pavouků a červů, které jsem souhrnně zařadila do jedné kategorie. Celou část kazuistika jsem věnovala fobiím, které získaly v mém dotazníkovém šetření největší odezvu a jsou tedy, jak z mého zkoumání vyplývá, v současné době nejvíce populární. Konkrétní případy, které jsou v této poslední kapitole uvedeny, jsem čerpala z osobních zkušeností nebo z praxe v turismu.

Přínosem této práce je nový pojem v oblasti psychologie. Je vhodný k dalšímu odbornému zkoumání a vývoji. Pro své nedávné zrození nebyl ještě zařazen do mezinárodní klasifikace nemocí a ani do učebnic psychologie. Tímto novým fenoménem vzniklým vlivem nástupu informačních technologií a technologických vymožeností dnešní doby, je nomofobie aneb strach z nedostupnosti telefonu. Vlastní dotazníkové šetření mi potvrdilo, že tato nově vzniklá porucha se stává díky velkému nárůstu počtu mobilních telefonů na jedince velmi aktuální a ještě si v budoucnu určitě vyžádá svou pozornost.

Zjištěné výsledky této práce mohou posloužit jako studijní materiál pro pracovníky cestovního ruchu, případně jako podklad pro další zpracování. Úkolem této bakalářské práce bylo zhodnocení současné situace v oboru psychopatologie s ohledem na využitelnost této práce v praxi cestovního ruchu. Cenné poznatky vyplývající z této práce mohou posloužit k multifunkčnímu využití i pro jiné profese, které přicházejí do přímého kontaktu se zákazníky. Tímto průzkumem a sběrem dat jsem se snažila co nejlépe a nejobjektivněji poskytnout souhrn informací potenciálním čtenářům. Domnívám se, že cíle, které jsem si v této práci stanovila, se mi podařilo splnit.

6 Soupis bibliografických citací

- (1) NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie téměř pro každého*. 1.vyd. Praha: Acadenua, 2004. 318 s. ISBN 80-200-1198-6.
- (2) VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vyd., Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.
- (3) VRÁNA, Karel. ANALÝZA: Zvyklosti spotřeby alkoholu v České republice [online]. 12.10.2005 c2004-2009 [cit. 2009-04-25]. Dostupný z WWW:<http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=182&PHPSESSID=dcdb9f08e8cd6c53567572514dcb43d1>. ISSN 1801-2914.
- (4) JANDOVÁ, Lucie. Kvůli patologickému hráčství se v ČR léčí až 1000 lidí ročně [online]. 27.4.2008 c2003-2009 [cit. 2009-04-23] . Dostupný z WWW: <<http://www.novinky.cz/zena/zdravi/138241-kvuli-patologickemu-hracstvi-se-v-cr-leci-az-1000-lidi-rocne.html>>.
- (5) NEŠPOR, Karel. Jak poznat a překonat problém s hazardní hrou [online]. [cit. 2009-04-23] . Dostupný z WWW: <<http://gambling.sweb.cz/diagnozaf63.htm>>.
- (6) VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- (7) HANZLOVSKÝ, Michal. Paranoia porucha osobnosti [online]. 17.4.2009 c2004 [cit. 2009-04-26]. Dostupný z WWW:<<http://www.celostnimedicina.cz/paranoidni-porucha-osobnosti.htm>>.
- (8) Wikipedia.org. Úzkostná porucha [online]. 4.12.2008. c2008 [cit. 2009-04-23]. Dostupný z WWW:<http://cs.wikipedia.org/wiki/%C3%A4zkostn%C3%A1_porucha>.
- (9) Wikipedia.org. Obsedantně kompulzivní porucha [online]. 13.3.2009. c2009 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW:<http://cs.wikipedia.org/wiki/Obsedantn%C4%B_kompulzivn%C3%AD_p_orucha>.
- (10) HERMAN, Erik. Somatoformní poruchy [online]. c2004 [cit. 2009-04-23]. Dostupný z WWW:<http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/PSY2005_05_09.pdf>.
- (11) Ján Praško, Hana Prašková, Jana Prašková. *Specifické fobie*. 1. vyd., Praha: Portál, 2008. 219 s. ISBN 978-80-7367-300-0
- (12) Klinikazdravi.cz. Víte co je nomofobie? [online]. 29.12.2008 c2008 [cit. 2009-04-17]. Dostupný z WWW:<<http://www.klinikazdravi.cz/magazin/life-style/vite-co-je-nomofobie/>>.
- (13) Socialnifobie.info. Jak je sociální fobie častá a u koho se objevuje [online]. [cit. 2009-04-23]. Dostupný z WWW:< <http://socialnifobie.info/>>.

7 Použitá literatura

Knižní publikace

COHEN, Robert. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.

STYX, Petr. *O psychiatrii Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd., Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7

ČAKRT, Michal. *Typologie osobnosti pro manažery Kdo jsem já, kdo jste vy?*. 1. vyd., Praha: Management Press, 2000. 257 s. ISBN 80-85943-12-3

Ludmila Čírtková a František Červinka. *Forenzní psychologie Psychologie pro soudce, advokáty, státní zástupce, vyšetřovatele, kriminalisty, policisty a pro všechny, kteří se v souvislosti s trestným činem dostanou do kontaktu s policií a soudy*. 1. vyd., Praha: Support, 1994. 206 s.

ATKINSON, Rita. *Psychologie*. Přel. E. Herman, M. Petržela, D. Brejlová. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 736 s. ISBN 80-7178-640-3

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 2. vyd., Praha: Portál, 1997. 147 s. ISBN 80-7178-150-9

ORIEŠKA, Ján. *Metodika činnosti průvodce cestovního ruchu*. 5. vyd., Praha: Idea Servis, 1999. 153 s. ISBN 80-85970-30-9

MUDr. Ján Praško, CSs., MUDr. Hana Prašková. *Trápí vás nadměrný stud aneb jak překonat sociální fóbii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 242. s. ISBN 80-7169-733-8

PRAŠKO, Ján a kolektiv. *Postupný nácvik trapasů aneb jak překonat sociální fobii*. 1. vyd., Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1998. 139 s. ISBN 80-85121-31-X

Webové stránky

PLOCOVÁ, Monika. Sociálně úzkostná porucha [online]. 6.7.2008 c2005-2008 [cit. 2009-05-05]. Dostupný z WWW:<<http://www.mplocova.estranky.cz/clanky/dualni-diagnozy/socialne-uzkostna-porucha>>.

Odmaturuj.cz. Kriminalita mládeže [online]. 30.6.2008 c2007-2009 [cit. 2009-05-02]. Dostupný z WWW:< <http://www.odmaturuj.cz/pravo/kriminalita-mladeze/>>.

Psychoporadna.cz. Poruchy osobnosti [online]. c2009 [cit. 2009-05-02]. Dostupný z WWW:<<http://www.psychoporadna.cz/cz/poruchy-osobnosti/67.html?w=poruchy+osobnosti>>.

Czechairlines.com Létání bez strachu [online]. c1998-2009 [cit. 2009-04-15]. Dostupný z WWW:<http://www.czechairlines.com/cs/posadky/pos_vycvik_posadek/pos_dalsi/pos_letbezestrachu.htm>.

Idnes.cz. Nejčastější fobií je strach z létání [online]. 28.1.2009 c1999-2009 [cit. 2009-04-19]. Dostupný z WWW:< http://zdravi.idnes.cz/nejcastejsi-fobii-je-strach-z-letani-d72-/psychologie.asp?c=A090127_140356_psychologie_bad>.

Miloslava Čechová a Jana Benešová. Travel Digest – Přestaňte se bát létat! [online]. c1998-2009 [cit. 2009-04-15]. Dostupný z WWW:<http://www.csa.cz/cs/posadky/pos_vycvik_posadek/pos_dalsi/pos_letbezestrachu/pos_napsalionas/pos_travel.htm>.

Ministerstvo dopravy. Dopravní nehody zaviněné pod vlivem alkoholu v roce 2008 [online]. 25.2.2009 c2005-2009 [cit. 2009-04-22]. Dostupný z WWW:< <http://www.ibesip.cz/Alkohol-a-drogy>>.

8 Příloha

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Monika Slavíková a v současné době zpracovávám bakalářskou práci na téma „Psychopatologie pro pracovníky CR“. Chtěla bych Vás proto požádat o vyplnění krátkého dotazníku. Cílem tohoto šetření je vyhodnocení nejčastěji se vyskytujících psychických poruch v praxi průvodce cestovního ruchu. Vyplněné dotazníky potom prosím zasílejte na adresu: Modrisk@seznam.cz

Pokyny k vyplnění:

0 - s danou poruchou jsem se v praxi nesetkal/a

1 - malý výskyt dané poruchy

2 - střední výskyt dané poruchy

3 - velký výskyt dané poruchy

1) Poruchy nálad

☐0 ☐1 ☐2 ☐3

- patologicky depresivní nálada vznikající bez zjevné příčiny, jedinec ztrácí schopnost prožívat radost, je úzkostný, pesimistický, nízké sebehodnocení, pesimistické hodnocení okolního světa, negace smyslu života,...
- patologicky povznesená nálada, hyperaktivita, vystupňované veselí, přehnaný optimismus, zvýšené sebevědomí, nadměrně společenský,...

2) Neurotické poruchy

a) Úzkostná porucha

☐0 ☐1 ☐2 ☐3

- pocity napětí a obavy, úzkost
- příčinu člověk nedovede přesně určit, není spojeno s žádnou určitou situací

b) Panická porucha

☐0 ☐1 ☐2 ☐3

- ataky těžké úzkosti, tzv. paniky, které nelze předvídat
- typické znaky: náhlý začátek, silná intenzita prožitku úzkosti, krátká doba trvání
- fyzické příznaky: obtížné dýchání, tlak v hrudníku, pocity břišní nevolnosti,...
- psychické příznaky: neklid, pocity necitlivosti těla, bezmocnost ovlivnit situaci,...

c) Fobická úzkostná porucha ☐0 ☐1 ☐2 ☐3

- strach z něčeho, co samo o sobě nebezpečné není

- | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. sociální fobie | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| 2. strach z veřejného vystupování | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| 3. strach z tržiště | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| 4. strach z cestování v dopr. prostředcích | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| 5. strach z létání | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| 6. strach ze tmy | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| 7. strach z výšek | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| 8. strach z myší, hadů, pavouků, červů | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| 9. strach ze zvířat | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| 10. strach z injekcí, krve a zranění | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| 11. strach z lékaře | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| 12. strach z nedostupnosti telefonu | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| 13. strach z červenání | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| 14. strach ze strachu | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |

d) Obsedantně-kompulzivní porucha ☐0 ☐1 ☐2 ☐3

- kombinace puntičkářství a nejistoty, projevuje se zvýšenou potřebou neustálé kontroly (např. dotýčný se i několikrát vrací, jestli má doklady, zavřel vodu, plyn, zamknul,...)

e) Posttraumatická stresová porucha ☐0 ☐1 ☐2 ☐3

- jednorázová traumatizující událost, na kterou jedinec nemůže zapomenout a neustále si je připomíná (těžké onemocnění, smrt, ztráta rodinného zázemí, znásilnění, přepadení, živelní pohroma, válka)
- příznaky: opakované prožívání traumatu

f) Hysterická reakce ☐0 ☐1 ☐2 ☐3

g) Hypochondrická porucha ☐0 ☐1 ☐2 ☐3

- nadměrné sledování vlastního zdravotního stavu a vyprávění o svých potížích

3) Poruchy příjmu potravy ☐0 ☐1 ☐2 ☐3

- mentální anorexie
- mentální bulimie

4) Sebevražedné jednání ☐0 ☐1 ☐2 ☐3

- násilné jednání za účelem dobrovolně zničit vlastní život

5) Poruchy osobnosti ☐0 ☐1 ☐2 ☐3

- zdůrazňování vlastní osoby, důraz na osobní práva, vztahovačnost
- emoční útlum, neschopnost prožívat uspokojení
- neschopnost sociální adaptace,
- neschopnost ovládat vlastní chování
- porucha identity, narušená představa o sobě samém
- touha být středem pozornosti, potřeba obdivu

6) Agresivní typ chování ☐0 ☐1 ☐2 ☐3

- prožitek hněvu, sklon ke vzteku, zvýšená pohotovost k agresivnímu jednání
- jistota vlastních kompetencí, potvrzuje vlastní moc
- reakce na neuspokojení různých potřeb

7) Problémy spojené s životním stylem – závislosti

- alkohol a jiné návykové látky ☐0 ☐1 ☐2 ☐3

8) Návykové a impulzivní poruchy

- patologické hráčství (gambling) ☐0 ☐1 ☐2 ☐3

9) Údaje o respondentovi

a) Jakého jste pohlaví ☐ muž ☐ žena

b) Jaký je Váš věk ☐ do 17 let ☐ 18-25 let ☐ 26-35 let
☐ 36-45 let ☐ 46-55 let ☐ 56 a více

c) Jaké je Vaše vzdělání ☐ základní ☐ středoškolské ☐ vysokoškolské

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku!