

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Trestná činnost duševně nemocných osob

Jaroslava Fučíková

Bakalářská práce 2013

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jaroslava Fučíková**
Osobní číslo: **IT10176**
Studijní program: **B6107 Humanitní studia**
Studijní obor: **Komunitní studia**
Název tématu: **Trestná činnost zapříčiněná duševními poruchami**
Zadávající katedra: **Katedra sociálních věd**

Zásady pro vypracování:

Práce bude kombinací teoretické a empirické části, zahrnující témata trestných činů souvisejících s duševními poruchami. Obsahem bude základní popis chorob a jevů, které tyto činy nejčastěji způsobují, dále možnosti trestů a léčby a důraz bude kladen především na pohled veřejnosti na tuto problematiku. Vlastní šetření bude prováděno metodami kvantitativního výzkumu (dotazník). Cílem práce je zjistit, jak nahlíží společnost na trestné činy spáchané lidmi s duševními poruchami, které poruchy nejčastěji takové chování podnětují, jak se staví společnost k takovým deviacím/je duševní porucha polehčující okolností, či nikoli?), jak s takovými lidmi naše společnost nakládá atd.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

Slavomír Fischer a Jiří Škoda . Sociální patologie: analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně-patologických jevů. Nakladatelství Grada, 2009. ISBN: 978-80-247-2781-3.

Blahoslav Kraus a Jolana Hroncová a kol. Sociální Patologie. Uradec Králové : Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-896-3.

Jan Jandourek. Sociologie zločinu. Praha : Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0026-0.

Robert M. Cohen. Nejčastější psychické poruchy. Praha : Portál,2002. ISBN: 80-7178-497-4.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Ondřej Stěch, Ph.D.**
Katedra sociálních věd

Datum zadání bakalářské práce: 30. dubna 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 31. března 2013



prof. PhDr. Petr Vondr, CSc.
děkan



L.S.
Univerzita Pardubice
Fakulta sociálních věd
532 16 Pardubice, Studentská 84



Mgr. Zbyněk Anžl, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2012

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a veškeré literární prameny a zdroje informací jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

Ve Znojmě dne 1.3.2013

Jaroslava Fučíková

.....

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala především vedoucímu mé bakalářské práce PhDr. Ondřeji Štěchovi, Ph.D. za odbornou pomoc, odpovědi na dotazy, za připomínky a rady, které mi poskytl během konzultací.

Děkuji zde své rodině, která mi při práci byla velkou oporou. Děkuji přátelům a spolužákům.

V neposlední řadě patří můj dík všem, kteří ochotně a vstřícně vyplnili dotazník.

ANOTACE

Práce se zabývá historií vnímání duševních poruch, stigmatizací duševně nemocných a dalšími tématy, jako jsou například práva osob trpící duševní poruchou. Její součástí je též vysvětlování základních pojmů pro lepší orientaci v problematice a úvod do problematiky trestné činnosti. Cílem empirické části práce bylo zjistit, jaké postoje a názory zaujímá veřejnost k duševně nemocným lidem a jak nahlíží naše společnost na situace, kdy se tyto osoby dopustí nežádoucího nebo nebezpečného jednání.

KLÍČOVÁ SLOVA

Duševní porucha – duševně nemocný – stigmatizace – trestná činnost

TITLE

Crime of persons with mental disorders

ANNOTATION

The work deals with the history of the perception of mental disorders, mental illness stigma and other issues such as the rights of persons suffering from mental disorder. Explanation of the basic concepts for a better understanding of the problems as well as introduction to criminal activities are also part of this thesis. The aim of the empirical part of this work was to determine the attitudes and opinions the public takes to mentally ill people and how our society looks at a situation in which these people commit undesirable or dangerous actions.

KEYWORDS

Mental disorder – mentally ill person – stigmatization -crime

OBSAH

1. Úvod.....	1
TEORETICKÁ ČÁST	3
2. Duševní poruchy	3
2.1. <i>Pojem duševní porucha</i>	3
2.2. <i>Duševní zdraví</i>	3
2.3. <i>Klasifikace duševních poruch podle Mezinárodní klasifikace nemocí</i>	4
2.4. <i>Charakteristika vybraných skupin</i>	5
3. Duševní nemoc v historii	9
3.1. <i>Starověk</i>	9
3.2. <i>Středověk</i>	9
3.3. <i>Novověk</i>	11
3.4. <i>Dvacáté století a současnost</i>	12
3.5. <i>Duševní porucha před soudem</i>	13
4. Právní aspekty duševní nemoci	14
4.1. <i>Práva duševně nemocných</i>	14
4.2. <i>Legislativa v ČR</i>	16
4.3. <i>Způsobilost k právním úkonům</i>	17
4.4. <i>Trestní právo a duševní porucha</i>	17
5. Stigmatizace duševně nemocných	19
5.1. <i>Stigma, stigmatizace</i>	19
5.2. <i>Stigmatizace duševně nemocných</i>	20
5.3. <i>Destigmatizace</i>	21
EMPIRICKÁ ČÁST	22
6. Výzkum – základní informace	22
6.1. <i>Popis metodologie</i>	22
6.2. <i>Cíle výzkumu a výzkumné otázky</i>	23
6.3. <i>Stanovené hypotézy</i>	23
7. Výsledky výzkumu	24
7.1. <i>Postoje veřejnosti k duševně nemocným</i>	24
7.2. <i>Otázky svéprávnosti a trestní odpovědnosti</i>	28
7.3. <i>Jak těmto činům předcházet a jak je řešit?</i>	30
7.4. <i>Vliv věku a vzdělání</i>	33
8. Shrnutí výsledků	40
9. Závěr	41

10.	Použité zdroje	43
10.1.	<i>Literatura</i>	43
10.2.	<i>Internetové zdroje</i>	44
11.	Přílohy	46
11.1.	<i>Dotazník</i>	46
11.2.	<i>Seznam stávajících zákonů v ČR</i>	48

SEZNAM GRAFŮ

<i>graf 1: Slyšel/a jste již někdy o případu, kdy se duš. nemocná osoba dopustila t. činu?</i>	25
<i>graf 2 : Vnímáte přítomnost zařízení pro duš. nemocné v blízkosti vašeho bydliště jako hrozbu?</i>	26
<i>graf 3: Setkal/a jste se někdy s duševně nemocnou osobou?</i>	27
<i>graf 4: Setkání s duš. Nemocnou osobou ve vás vzbuzovalo</i>	28
<i>graf 5: Měly by být osoby s duševní poruchou zbavovány svéprávnosti?</i>	29
<i>graf 6: Pokud duševně nemocný člověk spáchá trestný čin, měl by být umístěn do nápravného či léčebného zařízení?</i>	31
<i>graf 7: Je možné tento druh delikventů napravit?</i>	31
<i>graf 8: Jak lze podle Vás trestným činům duševně nemocných osob nejlépe předcházet?</i>	32
<i>graf 9: Představují pro Vás duševně nemocní lidé nebezpečí?</i>	34
<i>graf 10: Změna trestní odpovědnosti</i>	35
<i>graf 11: Možnosti umístění - starší</i>	36
<i>graf 12: Možnosti umístění - mladší</i>	37
<i>graf 13: Měla by být duš. porucha polehčující okolností? - starší</i>	38
<i>graf 14: Měla by být duš porucha polehčující okolností před soudem? - mladší</i>	38

1. Úvod

Jednou z charakteristik současné doby je zvětšující se vliv médií na společnost a rostoucí všeobecná informovanost. Každodenní součástí našeho života je sledování zpravodajství, poslech rozhlasu nebo čtení novin, ze kterých se dozvídáme, co je nového ve světě, ale také, co se děje v našem bezprostředním okolí. Množství informací umožňuje každému z nás mít přehled o aktuálních problémech společnosti, které se, aniž si to uvědomujeme, mohou týkat přímo nás samotných, či osob žijících v našem blízkém okolí.

Právě tato skutečnost mě přivedla k výběru tématu mé práce, která se věnuje problematice trestné činnosti a kriminálního chování duševně nemocných osob. Případy, kdy se osoby s duševní poruchou nebo psychiatrickou diagnózou, dopouštějí společensky nežádoucího, nebezpečného a odsuzovaného chování, jsou velmi diskutovaným problémem. Po tom, co mou pozornost vzbudilo několik konkrétních případů v médiích, začala jsem se o problematiku blíže zajímat a narazila na velmi rozdílné názory. Překvapilo mě, jak moc se postoje a pohledy lidí na kriminální jednání duševně nemocných osob a na tyto osoby vůbec mohou lišit. Setkala jsem se s názory velmi radikálními i vyloženě humanistickými. To mě přivedlo na myšlenku pokusit se vyzkoumat, který názor v naší společnosti převládá a věnovat se tomuto tématu vůbec.

V práci se zaměřím na sociální aspekt tohoto problému. V teoretické části se pokusím srozumitelně objasnit pojem duševní porucha a duševní zdraví, dále stručně charakterizovat duševní poruchy a věnovat se historickému vývoji jejich chápání a měnícím se pohledům na duševně nemocné, změnám v zacházení s nimi apod. Část práce bude věnována právním aspektům dané problematiky.

Důležitou součástí práce bude také otázka stigmatizace duševně nemocných lidí, kterou jsem také mapovala v průběhu výzkumu. Z médií lidé mohou nabývat dojmu, že některé poruchy, například schizofrenie, je automaticky spojena s kriminálním chováním.

Ačkoli se násilné činy objevují pouze u slabých pěti procent lidí, kteří mají duševní poruchu, mají tyto osoby nálepku nebezpečného člověka. Při tom, odečteme-li kriminální jednání podpořené poruchami chování, jako jsou závislosti na alkoholu a psychotropních

látkách, bude procento výskytu násilných činů srovnatelné s procentem výskytu ve stejně velkém vzorku „zdravých“ lidí (Höschl, 2012).

Jak už bylo naznačeno, v praktické části bakalářské práce se budu věnovat průzkumu názorů a postojů společnosti. Pokusím se zodpovědět tyto výzkumné otázky:

1. Jaký je postoj české veřejnosti k duševně nemocným lidem?
2. Jaký názor má veřejnost na otázky svéprávnosti a odpovědnosti duševně nemocných?
3. Jak lze podle veřejnosti těmto činům předcházet a jak je řešit?
4. Jaký vliv má na tyto názory věk a vzdělání?

Sběr dat bude prováděn kvantitativní metodou výzkumu, a sice za použití dotazníku.

Při výběru literatury jsem narazila na několik prací týkajících se této problematiky. Jednou z nich byla rigorózní práce Mgr. Petra Kučery s názvem Pachatel trestního činu se změněným duševním stavem, z roku 2006. Autor se v práci věnuje otázce právních postihů, ochranných opatření a zkoumání pramenů práva. Dále bych zde ráda zmínila diplomovou práci na téma Stigma duševní nemoci- mýtus nebo realita? Autorkou je Bc. Barbora Kolková, studentka ošetřovatelského oboru Lékařské fakulty Masarykovy Univerzity. V její práci mě zaujal výzkum, který zjišťuje, zda v naší společnosti existuje stigmatizace duševně nemocných a jaký postoj k nim veřejnost zaujímá.

Po přečtení práce by si čtenář měl utvořit ucelený přehled o tématu a vytvořit si na něj vlastní názor, neboť je jistě dobrou otázkou k zamyšlení. Napsáním práce bych zároveň chtěla upozornit na závažnost a aktuálnost tématu, na důležitost prevence nežádoucích jevů ve společnosti a včasnou pomoc nemocným lidem, kteří se nacházejí v situaci, jež pro ně může být bezvýchodná a může se v ní ocitnout každý z nás.

TEORETICKÁ ČÁST

2. Duševní poruchy

Pro lepší orientaci v problematice je třeba znát základní pojmy. Obsahem první kapitoly mé práce proto bude jejich vysvětlení. V této části se také budu věnovat základnímu dělení duševních poruch a dále se pokusím o velmi stručnou charakteristiku jejich skupin, přičemž zdůrazním vždy nejznámější či nejčastější typ poruchy. Jelikož cílem práce není podrobně popisovat medicínské hledisko duševních poruch, budu se při jejich popisu orientovat spíše na společenské aspekty.

2.1. Pojem duševní porucha

Podle WHS (World health organization) je duševní porucha lékařsky podložitelná změna psychických procesů, která ovlivňuje pracovní, osobní život člověka, vyřazuje ho ze společenského života či způsobilosti k právním úkonům. Duševní porucha znamená změnu vybraných duševních procesů, která se projevuje ve změnách chování jedince a snižuje schopnost adaptace na jeho sociální prostředí. Duševní porucha může vznikat z různých důvodů. Jsou to důvody genetické, organické nebo chemické, dále důvodem vzniku může být působení sociálních konfliktů nebo chybné učení (Hartl, Hartlová, 2000).

2.2. Duševní zdraví

Termín zdraví obecně má několik aspektů – sociální, biologický a psychologický aspekt. Všechny vyjadřují spojení člověka s jeho prostředím a okolím. Zdraví je jedním ze základních práv každého člověka a je podmínkou pro jeho duševní a fyzickou rovnováhu a současně jedním z ukazatelů kvality života. Jedna z definic zdraví WHO (World Health Organization- Světová zdravotnická organizace) říká, že zdraví je celkově dobrý stav (tělesný, duševní a sociální) osoby a neznamena jen nepřítomnost nemoci. Podobně, jako toto holistické pojetí zdraví, také termín duševní zdraví neznamena jen nepřítomnost některé z duševních poruch, ale také celkově dobrý duševní stav osobnosti. Duševně zdravý člověk má schopnost logického myšlení, vstřebávání informací, schopnost řešit každodenní problémy, schopnost

komunikace s prostředím, adaptace na nově přichozí situace, reakce na ně a schopnost celkově se zapojovat do dění kolem sebe. Zároveň by měl zvládat své pocity a emoce a být schopen navazovat a udržovat partnerské, pracovní a ostatní sociální vztahy. Mezi faktory, které ovlivňují duševní zdraví v naší společnosti patří například i nezaměstnanost, chudoba, politická situace, migrace, etnické konflikty, závislost na psychotropních látkách, bezdomovectví nebo rozpad sociálních sítí. Hlavním směrem podpory duševního zdraví by tedy měla být prevence duševního zdraví a podpora místní komunity. Zlepšení duševního zdraví je také jedním z cílů WHO, která chce do roku 2020 zajistit lepší psychosociální podmínky lidí s duševními problémy a zajistit jim dostupné komplexní služby (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

Komise evropských společenství v dokumentu Zelené knihy v rámci strategie pro zlepšení duševního zdraví obyvatelstva uvádí, že dobrý stav duševního zdraví ve společnosti přispívá k její prosperitě, solidaritě a sociální spravedlnosti. Na druhé straně, nemoci vedou k celkové zátěži a strádání obyvatelstva (Komise evropských společenství, 2005).

2.3. Klasifikace duševních poruch podle Mezinárodní klasifikace nemocí

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) je dokument publikován Světovou zdravotnickou organizací (WHO – World health organization). Publikace formou číselného seznamu kodifikuje systém klasifikace lidských onemocnění, poruch, symptomů nemocí a podobně. Jedná se o mezinárodní statistickou klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů. Zhruba po deseti letech vychází aktualizované vydání dokumentu. Klasifikace je nutná z hlediska správné diagnostiky, léčby a výzkumu. Pro psychiatrii má dokument vyhrazeno písmeno velké F, jímž je označeno 10 kategorií a jejich podskupiny. Podle aktualizované verze k 1.1.2013 jsou duševní poruchy klasifikovány takto:

- F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50–F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami

a somatickými faktory

F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70–F79 Mentální retardace

F80–F89 Poruchy psychického vývoje

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

F99 Neurčená duševní porucha (World Health Organization, 2008).

2.4. Charakteristika vybraných skupin

Organické duševní poruchy včetně symptomatických

Organické duševní poruchy jsou takové, jejichž důsledkem je trvalé narušení mozkových funkcí. Příčinou takových poruch je úraz, nemoc nebo jiné poškození mozku. Základním příznakem je dysfunkce kognitivních schopností. Typickým a zároveň nejčastějším typem organických poruch je demence, která je charakteristická poruchou paměti a inteligence, což má vliv na chování jedince, projevující se v každodenních činnostech (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006).

Demence se nejčastěji projevuje ve stáří. Tato skutečnost ovlivňuje postoje společnosti. Změny psychiky ve stáří jsou v naší společnosti považovány za do jisté míry přirozené a zkušenost s takto postiženými osobami je poměrně častá. To je pravděpodobně důvod, proč stařecká demence není přijímána tak negativně, jako ostatní poruchy. Přesto však syndrom demence vede často ke ztrátě rolí a pozic ve společnosti a také v rodině. Může docházet ke změnám vztahů a hierarchie mezi rodinnými příslušníky. Dalšími faktory je náročnost péče o blízkou osobu trpící demencí, zhoršená komunikace, neschopnost vyhovět jejím často nesmyslným požadavkům a také například problémy s přijetím samotné skutečnosti, že nemoc potkala blízkou osobu (Vágnerová, 2008).

Do skupiny organických poruch dále řadíme amnestický syndrom, delirium a další poruchy vznikající například následkem somatického onemocnění nebo poškození mozku, jako jsou třeba organická halucinóza nebo organický syndrom s bludy (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006).

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

Do této kategorie řadíme všechny duševní poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek, tedy poruchy vyvolané užíváním alkoholu, opioidů (opium, morfin, heroin, kodein), kanabinoidů (THC), sedativ nebo hypnotik, kokainu, halucinogenů (LSD), tabáku, organických rozpouštědel či jiných stimulancií, jako je například kofein, extáze a další.

Tyto látky způsobují závislost a mají schopnost ovlivňovat chování, vědomí a náladu jedince, z čehož vyplývají problémy pro společnost (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006).

Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

Schizofrenie je onemocnění, které bývá provázeno poruchou téměř všech psychických funkcí – poruchami myšlení, vnímání, emotivity, jednání. Jedná se o psychotické onemocnění, což znamená, že může být provázena halucinacemi, bludy, poruchou vnímání reality a podobně (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006).

Toto onemocnění se nejčastěji objevuje mezi 15.-25. Rokem u mužů, u žen o něco později. Důvodem jsou vysoké nároky na mladého člověka tímto obdobím. Je od něj očekáváno osamostatnění, vytváření partnerských a pracovních vztahů a odpovědnost za své jednání. Tyto změny působí na lidskou psychiku a vyvolávají emoce. Naše sociokulturní prostředí nás však nutí emoce (zejména ty negativní) potlačovat. Jedním ze způsobů řešení a vyrovnání se s zátěžovou situací, je uzavření se do sebe sama či vytváření vlastního imaginárního světa (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

Poruchy nálady

Tento typ poruch je charakterizován poruchou nálady či afektu.

Afekty jsou druhem emocí, které odlišujeme od nálad. Oproti náladám jsou znatelně intenzivnější a trvají kratší dobu. Změny v afektivitě jsou běžnou součástí lidského života. O poruše tedy mluvíme až v případě, jsou-li tyto reakce na emotivní podněty nepřiměřené. Afektivní poruchy jsou provázeny patologickou náladou. V průběhu onemocnění se mohou střídát depresivní a manický syndrom nebo se opakuje pouze syndrom depresivní (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

Do této skupiny řadíme tyto poruchy: manická porucha (nadnesená nálada, zvýšená aktivita, sebevědomí apod.), depresivní porucha (ztráta zájmu, prožitku radosti, únava, nízká aktivita, špatná nálada atd.), bipolární afektivní porucha (střídání manických a depresivních

epizod), rekurentní depresivní porucha a trvalé poruchy nálady (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

Patří sem poruchy příjmu potravy, poruchy spánku a sexuální dysfunkce. Jedná se o poruchy související s nějakým patofyziologickým problémem. Mezi poruchy příjmu potravy řadíme mentální anorexii a bulimii. Mentální anorexie je spojena s úmyslným váhovým úbytkem, strachu z tloušťky a změnami ve vnímání vlastního těla. Tato porucha je často spojena s dalšími, jako je například deprese, užívání návykových látek a podobně (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006).

„Bulimie je záchvatovité přejídání spojené s nevhodným kompenzačním jednáním(nejčastěji navození zvracení)“ (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 247).

Vedle biologických faktorů hrají u poruch příjmu potravy významnou roli faktory psychosociální, jako je například vliv rodiny či vnímání štíhlosti jako společenského atributu úspěšnosti. Stejně tak je tomu u spánkových poruch, jež jsou nejčastěji způsobovány stresem nebo špatným spánkovým režimem. Jsou to například nadměrná ospalost, noční děsy a další. Příkladem sexuálních dysfunkcí, které nebyly vyvolány organickou poruchou či nemocí může být odpor k sexualitě, nedostatek sexuální touhy, hypersexualita a jiné. I tyto poruchy mohou být podmíněny psychosociálně. Jejich příčinou může být trauma (znásilnění, zneužívání v dětství), antisexuální výchova či špatná zkušenost při prvním sexu (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006).

Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Skupina zahrnuje tři okruhy poruch – poruchy osobnosti, návykové a impulsivní poruchy a poruchy pohlavní identity a preferencí.

Poruchy osobnosti jsou charakteristické takovými vlastnostmi osobnosti, které způsobují problémy při sociální adaptaci a negativně ovlivňují společenské, pracovní a partnerské fungování jedince. Příkladem takových poruch by mohla být paranoidní porucha

osobnosti (nedůvěřivost vůči lidem) nebo schizoidní porucha osobnosti (neschopnost vytváření vztahů a vazeb).

Typické návykové a kompulzivní poruchy jsou patologické hráčství, pyromanie, kleptomanie a několik dalších.

Pohlavní identitou rozumíme povědomí o příslušnosti k určitému pohlaví. U osob trpících poruchami pohlavní identity se toto prožívání dostatečně nerozvinulo. Řadíme sem například transsexualismus nebo transsexuální transvestitismus. Poruchy sexuální preference jsou prezentovány neobvyklými, až deviantními sexuálními impulzy, praktikami. Mezi takové poruchy patří fetišismus, exhibicionismus, pedofilie a další (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006).

Mentální retardace

Jde o poruchu charakteristickou nedostatečně vyvinutým intelektem, na rozdíl od demence, při níž dochází ke změnám dříve vyvinutého intelektu, a s tím souvisejícími problémy týkajícími se soběstačnosti. Mentální retardace znamená celkové poškození intelektových funkcí mozku a narušený vývoj osobnosti. Z hlediska rozsahu postižení dělíme mentální retardaci na lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006).

Postižení mentální retardací bývají často obětmi stigmatizace. Důvodem bývá jejich zhoršená schopnost dorozumívání, sebeovládání a zpomalení procesu socializace, což může vést k odchylkám chování od společenských norem. Sociální status mentálně postižených bývá velmi nízký (Vágnerová, 2008).

3. Duševní nemoc v historii

Duševní poruchy provázejí lidstvo od jeho počátku. Důkazy o tom bezpochyby existují. Vzpomeňme například rytíře Dona Quijota, bláznivou Viktorku od splavu nebo třeba Přelet nad kukaččím hnízdem. Výklad duševních nemocí byl v průběhu historie lidské existence proměnlivý, stejně tak se měnily názory, postoje a pohledy na lidi, jež jimi trpí a také způsoby zacházení s nimi a způsoby řešení souvisejících společenských problémů. V této části své práce se pokusím o ucelený přehled historie problematiky.

3.1. Starověk

Počátkem starověku převládal ve společnosti strach ze všeho neznámého. Vše, co si lidé nedovedli vysvětlit, připisovali nadpřirozenu a jakoukoli nemoc považovali za spravedlivý trest bohů. Jediným způsobem ochrany byly talismany, rituály a podobné obřady. Později se objevuje tzv. lidové léčitelství, které bere poznatky od přírody a využívá jejího bohatství. Léčbu nemocných měli na starost především šamani, kteří byli považováni za vyvolené a plnili v tehdejší společnosti funkci lékaře (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

V průběhu starověku lékařství celkově procházelo velikým rozvojem. Svědčí o tom lékařství starověkého Egypta, Řecka, Číny a dalších států, v nichž byly položeny základy dnešnímu lékařství.

Velkou roli sehrálo lékařství starověkého Řecka a Egypta. Významnou osobností byl řecký filosof a lékař Hippokrates (460-370 př.n.l.). Jako první přišel s myšlenkou, že duševní nemoc je přirozený stav organismu. Její příčiny hledal jak ve vnitřních, tak ve vnějších vlivech prostředí. Právě z poznatků Hippokratových čerpají lékaři dodnes (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

3.2. Středověk

Středověk byl dobou velké moci církve. Církev také vykládala tehdejší svět a dávala odpověď na většinu otázek. V této době se na duševní nemoc nahlíželo především jako na boží trest za hřích nebo jako na posedlost nějakým zlým duchem, či přímo děblem (Marková, Venglářová, Babiáková, 2008).

Ve středověku byla nemoc ducha považována za něco nečistého a za odklonění ze světa pravdy. Této představě odpovídaly také způsoby vypořádání se s nemocnými. Nejčastější alternativou byla jejich izolace nebo zřizování tzv. galerií, kde byli blázni naopak vystavováni. Takto se tehdejší společnost bránila přijmout duševní poruchy. Jejich léčba spočívala v exorcismu či modlitbách nebo v praktikách jako je nasazování hmyzu do šatů, pálení kůže nebo použití rotačních přístrojů, na kterých byli nepřičetní otáčeni tak dlouho, dokud neztichli (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

Černoušek v knize Šílenství v zrcadle dějin říká: „*Jiným příkladem je šoková terapie. Její metaforická podstata se nezměnila od doby, kdy trdnomyslné pacienty ošetřovatelé házeli do ledových lázní, či doby, kdy někoho napadlo vystřelit nemocnému u ucha z pušky, aby se naráz, rychle, jakoby šokem probudil a začal vnímat svět takový jaký je.*“ (Černoušek, 1994, s. 23).

Vedoucí postavení církve zasahovalo i lékařské odvětví. Církevní hodnostáři určovali medicínské učení a výklad duševní nemoci. Psychiatrie a péče o nemocné procházela v těchto dobách nejtemnějším obdobím. Ve víře v posedlost ďáblem a v čarodějnictví přišla o život spousta lidí, mezi nimi i duševně nemocní (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

V Čechách ve středověku existovala soustava nemocnic zejména zásluhou klášterních řádů. Duševně chorým se zde dostávalo péče, především u sester z řádu Alžbětinek a milosrdných bratří. Nicméně ti, kdo zde nebyli přijati končovali ve vězeních a obecních šatlavách, kde byli často podrobena tělesným trestům, jelikož nic jiného si podle tehdejších představ nezasloužili (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

Koncem středověku mizí ze západního světa lepra. Leprosérie, které byly postaveny pro účely léčení této nemoci, se vyprazdňují a začínají se znovu zaplňovat. Tentokrát se ale jejich obyvateli stávají nevléčitelně nemocní, chudí, tuláci a také blázni. Ti všichni byli „provinilci“, kterých se bylo třeba zbavit. Dochází k velkému vyobcování. Město se staralo pouze o své občany, ostatní šílence a nežádoucí cizince vyháněly městské úřady za hradby a nechávaly je pobíhat po okolí. Aby se tito blázni neustále netoulali kolem města, začali být (například v Německu) nalodováni a posíláni na pospas širému moři. Byl to způsob, jak dosáhnout toho, aby se blázni dál nepotulovali kolem městských hradeb. Odtud také pravděpodobně pochází příběh bájně Lodi bláznů (Foucault, 1994).

V této době se rodí základ osvícenské představy šílenství – loď je nahrazena špitálem (Foucault, 1994).

3.3. Novověk

V 17. století vznikaly velké internační budovy. Ty měly za úkol uvěznit žebrota a povaleče, jelikož právě ti představovali prameny veškerého neřádu. Budovy tedy nebyly léčebným zařízením. Svrchovanou moc a výkonné právo zde držel králem jmenovaný správce, nad nímž již neexistovala vyšší instance. Roku 1676 nařizuje královský edikt zřízení takového všeobecného špitálu v každém městě. Takto společnost reaguje na ekonomickou krizi – je to způsob, jak se zbavovat nezaměstnaných a chudých, jejichž počty narůstají (Foucault, 1994).

Současně vznikají v Německu mluvících zemích nápravná zařízení, tzv. Zuchthäusern, v Anglii „houses of correction“. Později vznikají také ústavy soukromé, může si je otevřít kdokoli, povinně se zde však musí pracovat (manufaktury, řemesla). Tato skutečnost představuje důležitý mezník v chápání duševní nemoci. Právě v této době totiž vychází najevo, že duševně nemocní se liší od chudých a povalečů svou neschopností pracovat a zapojit se do kolektivu. Na konci 18. století se šílenství ustavuje jako duševní nemoc (Foucault, 1994).

Internace měla za úkol zlo a šílenství skrývat, aby se ostatní morálně nenakazili. Lidé žili v představě, že šílenci zavírání pohromadě ve velkých místnostech provádějí orgie, žijí ve špíně a šíří kolem sebe hnilobu. Špitály, věznice a internační domy představovaly nebezpečí pro celé město. V 18. století došlo k reformnímu hnutí, které hlásalo, že všechna tato zařízení je třeba lépe od společnosti izolovat a vzduch kolem nich vyčistit. Po celé 18. století se vyzdvihovalo, že vězňové si nezaslouží být srovnáváni s bláznem a sdílet s nimi společné prostory. Na počátku 19. století se ale tato představa zásadně mění. Fakt, že se s bláznem nezachází o nic lépe, než s ostatními internovanými, začíná v lidech vzbuzovat pohoršení. Tuto změnu lze rozdělit do tří etap. V první etapě dochází k chápání bída jako ekonomického problému. Charitativní a nadační činnost prohlubuje chudobu a je tedy třeba internaci omezit a zachovat ji pouze jako vězení pro zločince a bláznem. Druhou etapu můžeme nazývat etapou velkého šetření. To znamená, že osoby zde nejsou umísťovány svévolně, ale na základě rozhodnutí soudu. Ve vězení se tedy stále nachází pohromadě zločinci s bláznem, je zde ale patrná představa, že je nutné s nimi rozdílně zacházet. Ve třetí etapě osoby vězněné

z důvodu duševní nemoci mají být na základě rozhodnutí lékaře propuštěny nebo přemístěny do špitálů, které k tomu budou určeny (Foucault, 1994).

V 19. století se mění podoba útulku. Autorita již nemá podobu fyzického násilí, ale spíše rodinného soužití. Pomatení jsou považováni za nesvéprávné a je třeba chránit je jako právní subjekty. Dochází také ke změně postavení lékaře. Musí mít lékařské osvědčení a je tedy právním a mravním garantem. Útulek se mění v prostor medicíny a vzniká zde vztah lékař-nemocný (Foucault, 1994).

Významnou osobností psychiatrie novověku byl francouzský lékař Phillipe Pinel (1745- 1826). Podílel se na odstranění násilí na duševně nemocných a zaručil jim práva na svobodu, osobní hygienu a lékařskou péči. Podporoval humanistické přístupy k duševně chorým a zastával názor, že si zaslouží ohleduplnost (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

3.4. Dvacáté století a současnost

Psychiatrické myšlení, vývoj medicíny a postoje k duševně nemocným byly ve dvacátém století ovlivněny dílem Sigmunda Freuda, který vytvořil teorii o vzniku duševních chorob. Na další vývoj měly dále vliv některé převratové události, jako vznik samostatného státu v roce 1918, nástupy a pády totalitárních režimů, světové války nebo převrat v roce 1989. Během těchto událostí docházelo k hospodářským, politickým a sociálním změnám, které se odrážely také ve způsobu zacházení s duševně nemocnými. Například pro období nacismu byla typickým jevem hromadná likvidace takových osob. Po 2.světové válce se společnost řídila hesly korespondujícími s myšlenkou vytvoření nové, lepší společnosti, do jejíž vize duševně choré osoby taktéž nezapadají. Po roce 1989 nastaly tendence všechny psychiatrické pacienty propustit, léčebny zrušit a vytvořit zcela nový, humánnější systém (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

„Současná psychiatrie je výsledkem dvou odlišných proudů. Na jedné straně je to eliminace nepřijatelně se chovajících jedinců ze společnosti a jejich označení za šílence, později za duševně nemocné a na straně druhé osamostatnění léčby o tyto jedince, která byla delegována lékařům od všeobecné medicíny.“ (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006, s. 32).

3.5. Duševní porucha před soudem

Duševní porucha představovala v historii vždy do jisté míry důkaz, že člověk jí trpící je nesvéprávný a neodpovědný před zákony. Černoušek (1994), v knize Šílenství v zrcadle dějin uvádí, že například podle římského práva byl nepřičetný člověk, vyšinutá či šílená osoba zbavena svobodné vůle, tudíž není schopna záměrně jakéhokoli činu a musí tedy být zbavena odpovědnosti za ně, stejně jako občanských práv, povinností a majetku. Omezení však platí pouze po dobu trvání nemoci. První zmínky o tom, že stát by měl řešit problém trestní odpovědnosti „bláznů“, můžeme hledat již v díle myslitele Platóna.

Ve středověku se forenzně-psychiatrické hledisko soustředilo pouze na majetek šílených osob. Osobami, které nic nevlastnily se právo příliš nezabývalo a obhajoba duševně nemocného před soudem téměř neexistovala a to především z důvodu, že nemoc ducha byla v této době považována za vůli boží. Jako první se na stranu duševně chorých před zákonem postavil filozof a lékař Johann Weyer, který trval na rozlišování zdravé a nemocné vůle před soudem (vyjma případů, u kterých bylo prokázáno, že jde o čarodějnictví či černou magii). Weyerovo dílo však bylo silně kritizováno a ocitlo se na seznamu zakázané literatury. Nadále přetrvával názor, že zákon nemá šílenství vnímat jako polehčující okolnost, jelikož zlo a temné síly v lidech je třeba potrestat. Tento názor zastával především francouzský právník Jean Bodin (1530-1596). O několik let později vychází dílo Lékařsko- právní úvahy. Autorem je Paul Zacchias, jeden ze zakladatelů soudního lékařství, jež vyzdvihoval důležitost spolupráce lékařů a právníků (Černoušek, 1994).

Již v kronikách pocházejících z 12. A 13. století najdeme zmínky, z nichž je patrné vnímání rozdílů mezi činy spáchanými úmyslně a činy spáchanými osobami „bez své vůle“. Ze záznamů z roku 1505 můžeme vyčíst případy, které byly pro přítomnost duševní poruchy podstoupeny králi či případy, kdy obžalovaný byl natolik duševně chorý, že byl osvobozen (Černoušek, 1994).

4. Právní aspekty duševní nemoci

4.1. Práva duševně nemocných

Základní lidská práva duševně nemocných osob by měla být stejná, jako práva všech občanů. Je tedy třeba dodržovat tyto zásady:

- Za žádných okolností nepovažovat duševně nemocného za vyloučeného ze společnosti,
- jednat s duševně nemocnými jako se sobě rovnými,
- chránit práva duševně nemocných osob, a to i v případě, nejsou-li si jich vědomi,
- informovat duševně nemocné o jejich stavu (zdravotním, sociálním) a o možnostech léčby atd.,
- informovat tyto osoby o jejich právech a dbát na to, aby byly náležitě dodržovány (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2000).

Nejčastěji porušovaná základní práva duševně nemocných:

- Právo být vnímán a respektován jako jedinečná lidská bytost,
- právo na svobodné rozhodování o sobě samém,
- právo na soukromí,
- právo na práci a spravedlivou odměnu,
- právo na přiměřené hmotné zabezpečení,
- právo na přiměřenou životní úroveň, včetně stravy, šatstva, lékařské péče a sociálních služeb,
- právo na spolurozhodování o léčebných postupech,
- právo na informovanost o nemoci,
- právo na lidský kontakt a osobní svobodu,
- právo na kultivaci a osobní růst (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2000).

Práva duševně nemocných osob v judikatuře Evropského soudu pro lidská práva:

V minulých dobách byli duševně nemocní lidé úmyslně izolováni od společnosti. V současné době existují práva duševně nemocných, situace je tedy poněkud jiná. Přesto se však stále poměrně velká část z nich ocitá mimo společnost. Je to dáno tím, že se v naší společnosti doposud nepodařilo odstranit negativní předsudky o duševně nemocných, a to

i navzdory skutečnosti, že podle výzkumů WHO se s duševní chorobou (v jakékoli formě) setkává přibližně každý čtvrtý člověk, žijící na planetě Zemi. Evropská úmluva o lidských právech vymezuje několik standardů, které mají zaručovat práva této skupině obyvatel. První z nich se týká detence duševně nemocných osob. Detence duševně nemocných osob je jedním z možností zbavení osobní svobody. Evropský soud stanovuje podmínky, za kterých může být prováděna zákonná detence, v souladu s Úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod. Mezi tyto podmínky patří:

- Duševní porucha musí být spolehlivě prokázána (lékařské zprávy, posudky),
- duševní porucha musí být určitého druhu nebo musí dosahovat určité intenzity (musí být předloženy důkazy o tom, že osoba trpící duševní poruchou představuje nebezpečí pro sebe či pro své okolí),
- zbavení osobní svobody může trvat jen tak dlouho, pokud trvá duševní porucha (nutné pravidelné přezkoumávání, duševní porucha musí být přítomna nejen v době spáchání trestného činu, ale také v době udělení detence) (Zahumenský, 2006).

Další ze standardů zahrnuje pravidla pro zacházení s umístěnými. Řeší otázku hranice nelidského a ponižujícího zacházení s psychiatrickými pacienty a nutnosti některých opatření z léčebných důvodů. Týká se zejména takových opatření, jako je připoutávání nemocných k lůžku, jejich umístění na izolaci či podávání neuroleptik. Dále sem spadá problematika práva na soukromý a osobní život a kontakt s okolím (korespondence apod.). Třetí standard Evropské úmluvy o lidských právech se zabývá otázkou způsobilosti duševních osob k právním úkonům (Zahumenský, 2006).

Mezinárodní dokumenty týkající se práv duševně nemocných:

- Deklarace lidských práv a duševního zdraví,
- Deklarace práv duševně postižených lidí, Valné shromáždění OSN,
- Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod,
- Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů, APA,
- Světová deklarace zdraví (World Health Declaration), WHA,
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně,
- Všeobecná deklarace lidských práv a svobod, Valné shromáždění OSN,
- Zásady pro ochranu psychicky nemocných osob a pro zlepšení péče o psychické zdraví,

- Evropská sociální charta,
- Mezinárodní dohoda o občanských a politických právech,
- Evropská úmluva pro prevenci mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, Rada Evropy (Ripová, 2002).

4.2. Legislativa v ČR

Česká republika nemá samostatný zákon na ochranu duševně nemocných osob. Stávající legislativa v ČR je poněkud zastaralá a v mnoha oblastech ne zcela dostačující.

„Více než polovina z existujících zákonů z této oblasti vznikla až v uplynulých deseti letech. Více než 1/5 zákonů je stará čtyřicet let, vznikla tedy dávno před tím, než byla vyvinuta řada moderních léčebných metod.“ (Ripová, 2002).

Jak už bylo výše zmíněno, duševně nemocní by měli mít stejná práva jako ostatní. Jejich onemocnění však může způsobovat neschopnost dostatečně je hájit. Ve spojení s nedostatečnou legislativou pak dochází k diskriminaci či porušování práv těchto osob. Duševně nemocní jsou často bez právního či lékařského opodstatnění zbavováni způsobilosti, omezováni či umisťováni do léčeben bez svého souhlasu.

Právní úprava ČR týkající se této oblasti má několik zásadních nedostatků. Základním problémem je zastaralá legislativa a chybějící mechanismy k jejímu dodržování. Dalším problémem je například nízká úroveň povědomí veřejnosti (laické i odborné) o problematice práv duševně nemocných a její důležitosti. Mezi další problematické faktory patří například skutečnost, že převážná část péče o duševně nemocné je soustředěna do lůžkových zařízení, ty jsou navíc neadekvátně zajištěna (materiálně i personálně). Dále bychom mohli zmínit například nedostatečnou komunitní péči o tuto skupinu obyvatel či nízkou úroveň propojení zdravotnického a sociálního systému (Ripová, 2002).

Seznam stávajících zákonů v ČR viz příloha.

4.3. Způsobilost k právním úkonům

Autorky knihy Psychiatrická ošetřovatelská péče uvádí, že: „*Způsobilost k právním úkonům (dříve svéprávnost) podle občanského zákoníku znamená způsobilost nabývat práv a brát na sebe povinnosti vlastními úkony.*“ (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006, s.67).

Způsobilost vzniká dosažením zletilosti a její omezení představuje zásah do občanských práv. Právní úkon, jež učinila osoba zbavena způsobilosti či osoba jednající pod vlivem duševní poruchy (včetně přechodných stavů, jako je například opilost), je neplatný. Soud může osobu trpící duševní poruchou způsobilosti **zbavit** nebo ji jen částečně **omezit** podle toho, v jaké míře a rozsahu je tato osoba schopná činit právní úkony. Roli hraje také druh poruchy. Rozsah omezení vyjádří soud ve svém rozhodnutí. Podnět pro zahájení řízení o způsobilosti k právním úkonům může podat zdravotnické zařízení, státní orgán, orgán sociální péče nebo osoba, která již byla způsobilosti zbavena (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

Osoby, které byly způsobilosti zbaveny nemají volební právo, právo držet zbraň a střelivo, práva rodičovská, osvojitelská a nemají oprávnění k řízení vozidel. Právní úkony za tyto osoby provádí opatrovník. Nejčastěji ke zbavení způsobilosti k právním úkonům vedou dlouhodobé duševní poruchy (například schizofrenie, Alzheimerova nebo Parkinsonova choroba), dále poruchy způsobené užíváním psychotropních látek a středně těžká, těžká a hluboká mentální retardace (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

Důvodem k omezení způsobilosti bývají nejčastěji poruchy, jež postihují jednotlivé složky osobnosti, lehká mentální retardace a závislost na drogách a alkoholu. Omezení se většinou týká způsobilosti k nakládání s příjmy a majetkem, tedy oblasti majetkové a pracovněprávní (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

4.4. Trestní právo a duševní porucha

Otázky trestní odpovědnosti u osob s duševní poruchou pomáhají orgánům trestního řízení posuzovat a řešit odborníci (znalci) oboru psychiatrie a klinické psychologie. Trestní právo se věnuje otázkám přičetnosti, zmenšené přičetnosti a ochranných opatření. Výchozími prameny jsou při tom trestní zákon a trestní řád. Součástí definice trestného činu je, že pachatel v době činu dosahuje 15.let života a je přičetný. Pokud se tedy trestného činu dopustí osoba, která je ve zmíněné době nepřičetná, nevzniká její trestní odpovědnost (Baštecký, 1997).

Podle Bašteckého (1997) je pachatel nepřičetný v případě, že trpí duševní poruchou a není schopen vyhodnotit čin jako společensky nebezpečný, není schopen ovládat svůj čin vlivem poruchy a je-li tato porucha přítomna v době činu. O tom, zda jde či nejde o nepřičetnost rozhoduje výhradně soud, nikoli znalci. Ti se pouze vyjadřují k rozpoznávacím a ovládacím schopnostem pachatele a jejich vztahem ke spáchanému činu. Vyjadřují se také o stupni společenské nebezpečnosti pachatele.

Může se stát, že duševní porucha se u pachatele objeví až po spáchání trestného činu, například v souvislosti s tzv. vazbovou reakcí. V takovém případě duševní porucha není relevantní k posuzování jejího vlivu v době činu (Baštecký, 1997).

Pojem přičetnosti je třeba odlišovat od polehčující okolnosti. Podle trestního zákona se jako k polehčující okolnosti přihlíží k tomu, že:

- Pachatel spáchal čin v silném rozrušení
- pachatel spáchal čin ve věku blízcím se věku mladistvých,
- pachatel spáchal čin pod vlivem podřízenosti nebo závislosti,
- pachatel spáchal čin pod vlivem nátlaku či hrozby,
- pachatel spáchal čin pod vlivem tíživých osobních nebo rodinných okolností, které si sám nezpůsobil,
- pachatel spáchal čin za účelem odvrátit útok nebo nebezpečí,
- pachatel žil dosud řádný život,
- pachatel přispěl k odstranění škodlivých následků nebo nahradil způsobenou škodu,
- pachatel činu upřímně litoval,
- pachatel svůj čin oznámil,
- pachatel při objasňování pomáhal příslušným orgánům (Baštecký, 1997).

Znalecké vyšetření obviněného obvykle provádějí dva odborníci z oboru psychiatrie, případně sexuologie. Ti si mohou v případě potřeby přibrat na pomoc konzultanta, nejčastěji odborníka v klinické psychologii. Vyšetření pachatele probíhá na svobodě, ve vazbě, ve výkonu trestu, v lůžkovém zařízení (Baštecký, 1997).

5. Stigmatizace duševně nemocných

Následující část práce se bude zabývat problematikou společenské stigmatizace duševně nemocných osob. Tematiku jsem se rozhodla, alespoň okrajově, zařadit, jelikož podle mého názoru s tématem mé práce velmi úzce souvisí. Dalším důvodem je skutečnost, že v průběhu výzkumu jsem se o existenci stigmatizace sama přesvědčila.

Kapitola obsahuje vysvětlení pojmů a věnuje se procesu stigmatizace a možnostem jejího zmírnění ve společnosti.

5.1. Stigma, stigmatizace

Slovo stigma má řecký původ a původně jím byl označován znak vypalovaný otrokům, kteří pracovali v thessalských dolech, kteří byli s ohledem na své sociální postavení považováni za méněcenné. Právě z jejich doby tedy pravděpodobně pramení dnešní význam slova, který označuje nositele určité charakteristiky taktéž za méněcenného (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

Definice Psychologického slovníku říká, že „ *stigma je označení jedince hanlivým označením (opilec, kriminálník), které mu brání a znesnadňuje mu začlenění do společnosti.*“ (Hartl, Hartlová, 2000).

Stigmatizace při tom znamená společenský předsudek vůči někomu, jemuž jsou pak přisuzovány záporné vlastnosti a předem dané záporné hodnocení, které je okolím přisuzováno jedinci, skupině nebo organizaci. Stigma vede k odmítání osob okolím a ke konfliktům v běžných každodenních vztazích (partnerství, rodina, zaměstnání...) (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

Stigma je buď zjevné nebo skryté. Zjevným stigmatem se rozumí viditelná vada, odlišný vzhled či například tik. Skryté stigma není dáno jen okolím, v němž dotyčný žije, ale také samotným nositelem. To souvisí s pojetím sebe sama. Pokud nositel považuje sám sebe za odlišného, méněcenného, ovlivňuje tento jeho pocit vlastní chování a jednání, jímž může společenské stigma prohlubovat (Baštecký, 1997).

Stereotypy duševní nemoci jsou jakási společenská mínění, která se ustálila ve společnosti. Tato mínění se vždy týkají určité skupiny osob, v tomto případě tedy duševně nemocných. Existence takových stereotypů vyplývá z přirozené potřeby lidí kategorizovat. Vznikají zobecněním osobní zkušenosti na celou skupinu osob nebo se je učíme od druhých (Baštecký, 1997).

5.2. Stigmatizace duševně nemocných

Stigmatizované osoby, které trpí duševní poruchou řeší dvojnásobný problém. Bojují s nemocí a současně i s nechtěným statutem, který jim přisuzuje jejich okolí. Toto stigma jim bere sebedůvěru, vede ke strachu z okolí a může dokonce posilovat symptomy jejich choroby. Tito lidé se často snaží se stigmatizací vyrovnat změnou ve svém sociálním chování (ztráta důvěry k ostatním, ztráta kontaktů a komunikace s okolím a podobně) (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

Obranné reakce těchto osob vnímá často společnost jako přímý důkaz a projev jejich vady a poté tuto vadu považuje za něco, co je spravedlivým trestem za to, čeho se osoba sama, její rodiče nebo daná skupina dopustili. Toto může být také způsob ospravedlnování toho, jak se společnost k postiženým chová (Goffmann,2003).

Důsledkem stigmatizace bývají problémy postižených s hledáním partnera, zaměstnání, případně ztráta stávajících vztahů. Stigmatizace může být ovlivňována také demografickými ukazateli. Osoby mužského pohlaví bývají stigmatizováni častěji, než ženy, starší lidé jsou více otevřeni předsudkům a tak dále (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

„Zdraví“ lidé zaujmají často k duševně nemocným postoj charakteristický myšlenkou, že nejsou tak docela lidmi a snižují tak, ačkoli mnohdy nevědomě, jejich životní šance. O podobné myšlenky se opírají různé formy diskriminace. Denně jsou v běžném hovoru užívány výrazy jako mrzák, debil, imbecil, aniž by bylo pomýšleno na jejich skutečný význam. Největším problémem stigmatizovaného nemocného bývá jeho přijetí společností (Goffmann, 2003).

Stigma komplikuje navazování pracovních, partnerských a ostatních společenských vztahů. Takové jevy jsou podporovány zejména předsudky, které mezi lidmi kolují. Předsudky mohou mít základ v nedostatku vědomostí i například v historicky zakořeněných zkušenostech, jako je například odvěká izolace duševně nemocných nebo společenské jevy

s tím související (bezdomovectví). Lidé k této skupině osob bývají chladní či lhostejní, což může mít značný vliv na pacientovu sebedůvěru a také důvěru ke svému okolí.

Důsledky stigmatizace bývá například nízká zaměstnanost lidí trpících duševní poruchou nebo skrytá psychiatrická nemocnost (Pěč, 2013).

Na postoje laické veřejnosti má kladný vliv setkání či zkušenost například s bývalým nemocným. Takový kontakt může vést ke snížení míry stigmatizace a odmítání nálepkovaného člověka, jelikož laik snadno zjistí, že se může jednat o společensky normálně fungujícího jedince (Baštecký, 1997).

5.3. Destigmatizace

V poslední době se v řadě států vyvinuly tendence stigmatizaci odstranit nebo alespoň omezit. Tyto snahy se projevují například prostřednictvím destigmatizačních kampaní, veřejných přednášek a diskuzí, programy pro stimulaci zaměstnanosti, terénní a komunitní prací a podobně (Pěč, 2013).

Příklady destigmatizačních kampaní v ČR:

- Dny pro duševní zdraví pořádané neziskovou organizací Fokus Praha. Během této kampaně se uskutečňují koncerty, výstavy, happeningy a další akce, které mají přispět k informovanosti o duševních nemocech, pomáhat duševně nemocným při osobní realizaci podobně,
- projekt Změna, realizován prostřednictvím plakátů s příběhy psychicky nemocných osob, poradenstvím, výstav...,
- festival Mezi ploty pořádaný v prostorách psychiatrických léčeben,
- destigmatizační program „Blázníš? No a!!“ probíhající formou diskuzí se studenty středních škol,
- další programy, při nichž například sami uživatelé psychiatrických služeb poskytují poradenství (Pěč, 2013).

EMPIRICKÁ ČÁST

6. Výzkum – základní informace

Vlastní výzkum byl uskutečněn prostřednictvím anketního šetření a proběhl v měsíci lednu 2013.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 185 respondentů nad 18 let žijících v ČR. To byla také jediná dvě kritéria pro jejich výběr. Dotazníky byly šířeny pomocí internetu i v tištěné formě předávány přímo respondentům.

6.1. Popis metodologie

Pro empirickou část své práce jsem zvolila anketní šetření jako nástroj kvantitativního výzkumu. Tuto metodu jsem zvolila především kvůli jejím výhodám týkajícím se eliminace rušivých proměnných a relativní rychlosti sběru dat. Dalším důvodem je nemožnost ovlivnění výsledků subjektivním názorem výzkumníka.

Anketní šetření bylo určeno osobám nad 18 let žijícím v ČR. Toto byla také jediná dvě kritéria pro výběr respondentů. Dotazník obsahoval 15 otázek, které byly rozděleny do tematických okruhů. Sedm otázek bylo zaměřeno na otázky hrozby, které by duševně nemocní mohli představovat pro společnost. Tři otázky byly věnovány problémům svéprávnosti a odpovědnosti osob s duševním onemocněním, které se dopustí kriminálního jednání a tři otázky se týkaly názoru respondentů na možnosti postupů a prevence takových jevů. Zbývající dvě otázky měly za úkol zjistit věk a vzdělání respondenta, jelikož představovaly nástroje srovnávání zjišťovaných názorů a postojů. Většina otázek byla uzavřeného typu s výčtem možností, přičemž nejčastěji respondenti vybírali z možností ano-ne. U některých otázek jsem však zvolila polootevřenou formu a to pro případ, že by mnou nabídnuté možnosti nebyly zcela vyčerpávající či kvůli možnosti respondentů sdělit vlastní pocity, názory či návrhy.

V práci neuvádím žádná jména, dotazník byl anonymní a snažila jsem se, aby otázky byly srozumitelné a stručné a aby jejich vyplňování zabralo dotazovaným co nejméně času.

Dotazník byl, po konzultaci s vedoucím práce, týkajících se vhodnosti a správnosti položených otázek, šířen elektronickou cestou a to pomocí Facebooku nebo přes email. Výběr šíření dotazníku touto cestou však způsobil komplikace se získáním respondentů ve vyšších věkových kategoriích, a to kvůli jejich horšímu přístupu k internetu. Na základě toho jsem tedy zbývající počet potřebných dotazníků rozdávala osobně. Data získaná pomocí obou druhů dotazníku (elektronického a tištěného), jsem pak při vyhodnocování sloučila.

6.2. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Výzkum měl za úkol shromáždit výsledky z dotazníkového šetření a jejich vyhodnocením získat odpověď na výzkumné otázky. Ty měly zjistit, jak se staví veřejnost k problematice trestné činnosti duševně nemocných osob a jaké postoje lidé zaujímají k těmto osobám vůbec. Výzkumné otázky jsem stanovila takto:

- Jaký je postoj české veřejnosti k duševně nemocným lidem?
- Jaký názor má veřejnost na otázky svéprávnosti a odpovědnosti duševně nemocných?
- Jak lze podle veřejnosti těmto činům předcházet a jak je řešit?
- Jaký vliv má na tyto názory věk a vzdělání?

6.3. Stanovené hypotézy

- Lidé s vyšším vzděláním nevnímají duševně nemocné osoby jako nebezpečné.
- Lidé s vyšším vzděláním zastávají názor, že duševní nemoc je důvodem pro změnu trestní odpovědnosti.
- Podle osob radících se do vyšších věkových kategorií by měly osoby, které trpí duševní poruchou a spáchaly trestný čin být umisťovány do nápravných zařízení.
- Podle osob radících se do vyšších věkových kategorií není duševní porucha polehčující okolností.

7. Výsledky výzkumu

Pro přehlednění výsledků výzkumu jsem zvolila zobrazení odpovědí na vybrané otázky dotazníků grafy. Ke každé otázce přidávám stručný komentář.

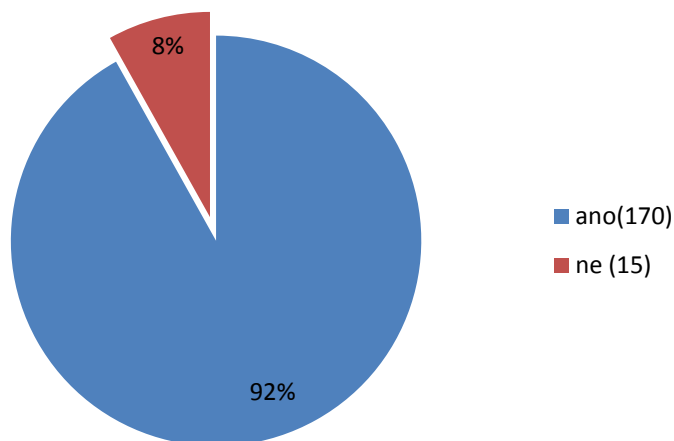
Cílem mnou provedeného výzkumu bylo získat odpověď na předem určené výzkumné otázky, které měly za úkol zmapovat především postoje české veřejnosti k duševně nemocným osobám. Zajímalo mě, jaké názory mezi lidmi převládají a částečně jsem se také snažila zjistit, do jaké míry se mezi nimi objevuje stigmatizování duševní nemoci.

7.1. Postoje veřejnosti k duševně nemocným

Co se týče postojů veřejnosti k osobám trpící duševní nemocí, předpokládala jsem, že dotazovaní budou zaujímat spíše postoje negativní. Očekávala jsem, že z výsledků mého výzkumu vyplyne, že lidé mají z osob s psychiatrickou diagnózou strach, vyhýbají se jim a že většina vnímá duševně nemocné jako jakousi hrozbu či nebezpečí pro společnost. Výsledky ale ukázaly, že tomu tak není. Alespoň ne tak jednoznačně, jak jsem se domnívala. Ke zodpovězení první výzkumné otázky, která zněla : Jaký je postoj české veřejnosti k duševně nemocným?, vedly dotazníkové otázky č. 1-7. Například na otázku č. 5, zda pro respondenta představují duševně nemocní nebezpečí, více jak polovina z nich zvolila odpověď ne. 73% dotazovaných, v blízkosti jejichž bydliště se nachází léčebné, detenční nebo jiné zařízení pro duševně nemocné osoby uvádí, že tento fakt nevnímají jako hrozbu pro svou osobu. Dále z výsledných odpovědí vyplynulo, že u 60 % respondentů, jež se někdy setkali s psychicky nemocnou osobou, vyvolalo toto setkání lítost. Nikoli tedy strach, jak jsem původně předpokládala. Mezi odpověďmi se vyskytovaly další, spíše kladné odpovědi, jako například obdiv. Všechna tato data pro mě byla poměrně překvapující a vyvrátila moje předpokládaná tvrzení, že česká veřejnost bude zaujímat k duševně nemocným spíše negativní postoje.

Související otázky, grafy a komentáře:

Otázka č. 1: Slyšel/a jste už někdy o případu, kdy se duševně nemocná osoba dopustila trestného činu?



graf 1: Slyšel/a jste již někdy o případu, kdy se duš. nemocná osoba dopustila t. činu?

Otázka byla do dotazníku zařazena za účelem zjistit, zda odpovědi respondentů na další otázky vycházejí z nějaké vlastní zkušenosti či nikoli. Většina (92%) dotazovaných se již někdy doslechla (například z médií) o případu, kdy se duševně nemocná osoba dopustila trestného činu.

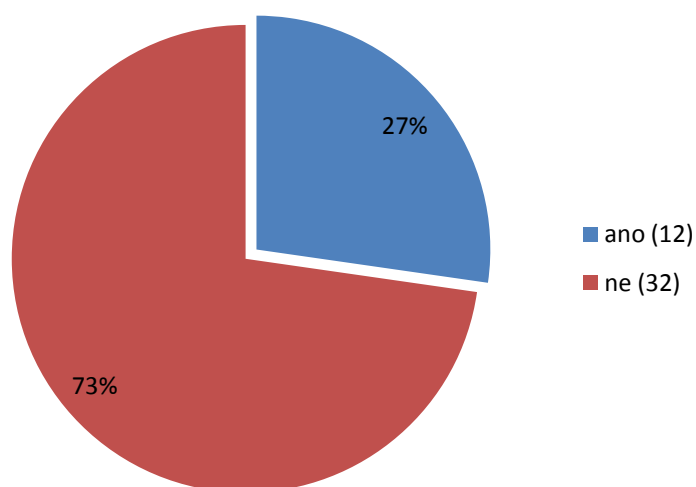
Otázka č.2: Nachází se v blízkosti Vašeho bydliště ústav, detenční, nápravné nebo jiné zařízení pro duševně nemocné?

50% respondentů uvedlo, že se v blízkosti jejich bydliště nenachází zařízení pro duševně nemocné. Pro polovinu z nich by však taková situace představovala určité nebezpečí, což vyplynulo z otázky č.4.

Zhruba čtvrtina dotazovaných (23%) uvádí, že se takové zařízení v jejich blízkosti nachází. Pro většinu z nich (32 osob ze 43) to ale hrozbou není.

Zbýlých 27 % nemá o přítomnosti takového druhu instituce informace.

Otázka č. 3: Vnímáte tuto skutečnost jako hrozbu?



graf 2 : Vnímáte přítomnost zařízení pro duš. nemocné v blízkosti vašeho bydliště jako hrozbu?

73% respondentů nevnímá přítomnost zařízení pro duševně nemocné v blízkosti svého bydliště jako hrozbu. 27 % z těch, v jejichž blízkosti se takové zařízení nachází naopak ano.

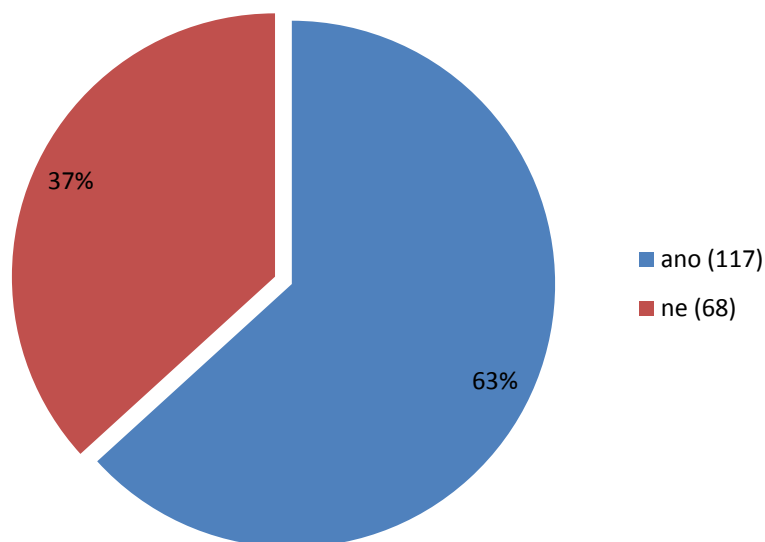
Otázka č.4: Vnímali byste tuto skutečnost jako hrozbu?

49 % respondentů, v jejichž blízkosti se žádné zařízení pro duševně nemocné nenachází nebo o tom nevědí, uvedlo, že pokud by tomu tak bylo, představovala by pro ně tato skutečnost určitou hrozbu. Zbytek (51%) by tuto skutečnost jako hrozbu nevnímal.

Otázka č.5: Představují pro Vás duševně nemocní lidé nebezpečí?

Odpověď na otázku, zda pro dotazovaného duševně nemocní lidé představují nebezpečí, byla poměrně vyrovnaná. 46% dotazovaných zvolilo odpověď ano, 54% odpověď ne.

Otázka č.6: Setkal/a jste se někdy s takto nemocnou osobou?

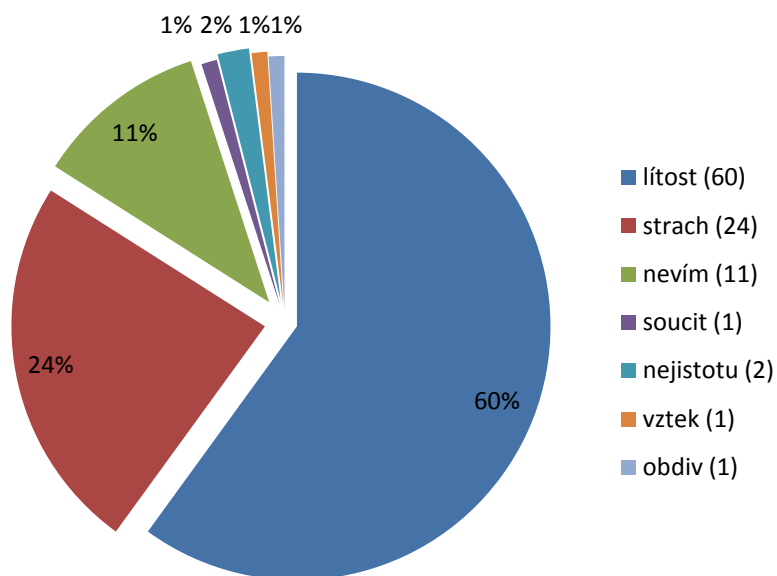


graf 3: Setkal/a jste se někdy s duševně nemocnou osobou?

117 respondentů ze 185 (63%) se někdy setkala s duševně nemocnou osobou. U většiny z nich tato zkušenost vyvolala emoce, z nichž nejčastěji uváděnou byla lítost (u 60 respondentů ze 117).

37% dotazovaných se s takovou osobou nikdy neseťkalo. Z odpovědi na otázku, jaký pocit v nich setkání vyvolalo byli tedy tito respondenti vyloučeni.

Otázka č. 7: Tato osoba ve Vás vzbuzovala spíše:



graf 4: Setkání s duš. Nemocnou osobou ve vás vzbuzovalo....

Většina respondentů (60%) uvedla, že setkání s duševně nemocnou osobou v nich vzbuzovalo lítost. Druhým nejčastějším pocitem byl strach (24%), 11 % své pocity blíže neidentifikovalo. Zbytek dotazovaných využilo možnosti sdělit jiný, vlastní dojem. Byl to například soucítí, nejistota, potřeba pomáhat či respekt. Další zajímavou odpovědí byly obavy z nepředvídatelnosti jejího chování. Několik dotazovaných uvedlo, že zkušenost s duševně nemocnou osobou v nich nevyvolala žádné zvláštní emoce a to z různých důvodů. Jedním z nich byla lhostejnost, druhým skutečnost, že duševní porucha nebyla znatelná a jeden z dotazovaných uvedl, že se setkal s několika osobami trpící schizofrenií a pokaždé se jednalo o velmi milé lidi, tudíž nepocíťoval emoce odlišné od běžných setkání. Jeden z respondentů dokonce uvedl jako odpověď vztek a nenávist na základě špatné osobní zkušenosti.

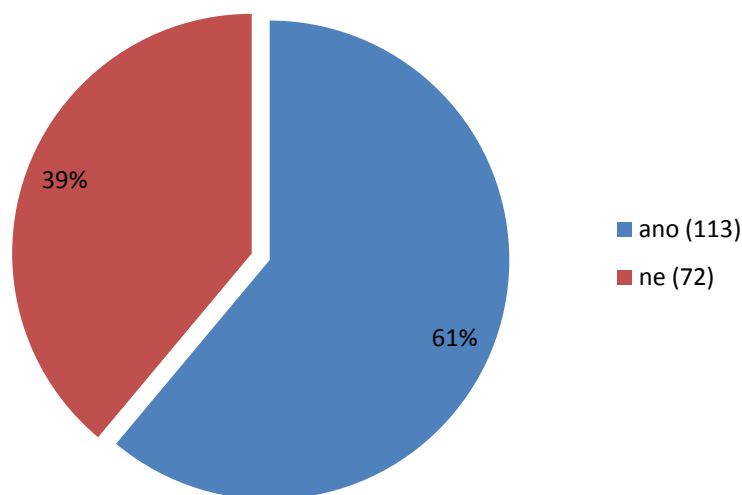
7.2. Otázky svéprávnosti a trestní odpovědnosti

Další výzkumnou otázkou bylo, jaký názor má česká veřejnost na otázky svéprávnosti a trestní odpovědnosti duševně nemocných. S jejím zodpovězením souvisely otázky č. 8.,9. a 10. v dotazníku. Z těchto otázek vyšlo, že podle názoru 113ti dotazovaných ze 185ti, by

duševně nemocní měli být zbavováni způsobilosti k právním úkonům. Zhruba ve stejném počtu respondenti uvedli, že duševní porucha by měla být polehčující okolností před soudem. Více než polovina dotazovaných lidí však uvedla, že pokud osoba trpící duševní poruchou spáchá trestný čin, měla by za něj, podle jejich názoru, být plně zodpovědná a tedy, nést za něj následky.

Související otázky, grafy, komentáře:

Otázka č.8: Měly by podle Vás být osoby s duševní poruchou zbavovány svéprávnosti?



graf 5: Měly by být osoby s duševní poruchou zbavovány svéprávnosti?

113 ze 185 respondentů si myslí, že by osoby trpící některou z duševních poruch měly být zbavovány svéprávnost (způsobilosti k právním úkonům).

Otázka č.9: Myslíte si, že je pachatel trestného činu i přes svoji nemoc za své činy plně zodpovědný?

55% dotazovaných osob zastává názor, že osoba trpící duševní nemocí, která spáchala trestný čin, by za něj měla být plně zodpovědná. 45 % si naopak myslí, že nikoli.

Otázka č.10: Měla by podle Vás být duševní porucha polehčující okolností před soudem?

Podle 60% respondentů by měla být duševní porucha polehčující okolností před soudem, 40 % zastává opačný názor.

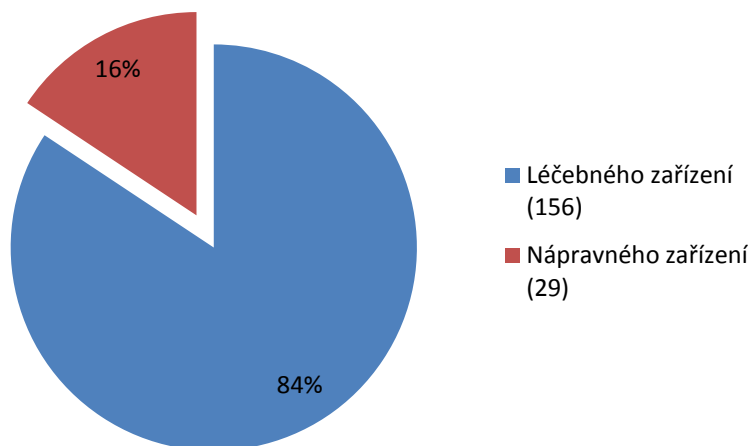
7.3. Jak těmto činům předcházet a jak je řešit?

Výzkumná otázka č.3 měla za úkol zjistit, jak lze podle veřejnosti trestným činům duševně nemocných osob předcházet, popřípadě, jak takové situace řešit. K tomu měly směřovat otázky č. 11., 12., 13. Odhadovala jsem, že většina lidí zvolí jako nejvhodnější druh řešení prevenci takových činů.

Podle dotazovaných lze nejlépe trestným činům duševně nemocných předcházet nejlépe včasnou diagnostikou a léčbou, plus následnou sociální prací a jejím rozvojem. Tuto možnost zvolilo 69% dotazovaných. Pokud k takovému činu dojde, měl by pachatel být podle názoru respondentů umístěn do léčebného zařízení. Takový názor zastává 84% dotázaných. Jako protiklad této odpovědi v dotazníku jsem zvolila možnost nápravného zařízení. Důvodem byl záměrný, pro vyplňující jasně viditelný kontrast těchto dvou možností (léčebna/vězení). Jelikož jasně převažuje možnost léčebného zařízení, potvrdil se můj původní předpoklad.

Související otázky, grafy a komentáře:

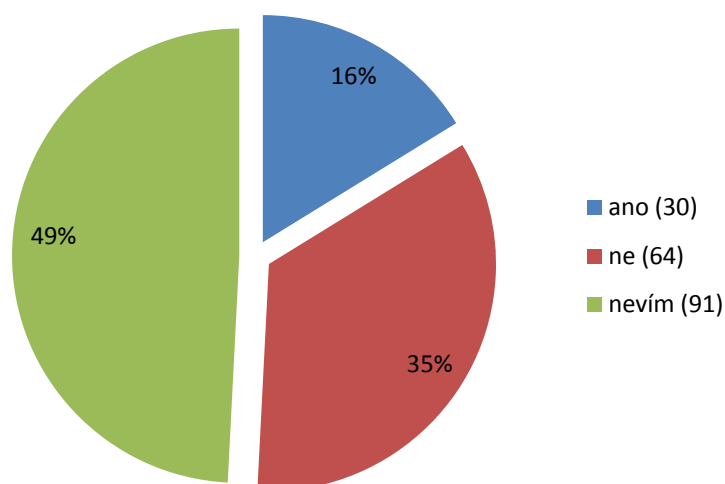
Otázka č.11: Pokud duševně nemocný člověk spáchá trestný čin, měl by být podle Vašeho názoru umístěn spíše do:



graf 6: Pokud duševně nemocný člověk spáchá trestný čin, měl by být umístěn do nápravného či léčebného zařízení?

Jako svoji odpověď na otázku, zda by člověk, který se dopustil trestné činnosti a trpěl při tom duševní nemocí, měl být umístěn spíše do léčebny či nápravného zařízení, jako je například vězení, 84 % dotazovaných zvolilo možnost léčebného zařízení. Představují tedy jasnou většinu.

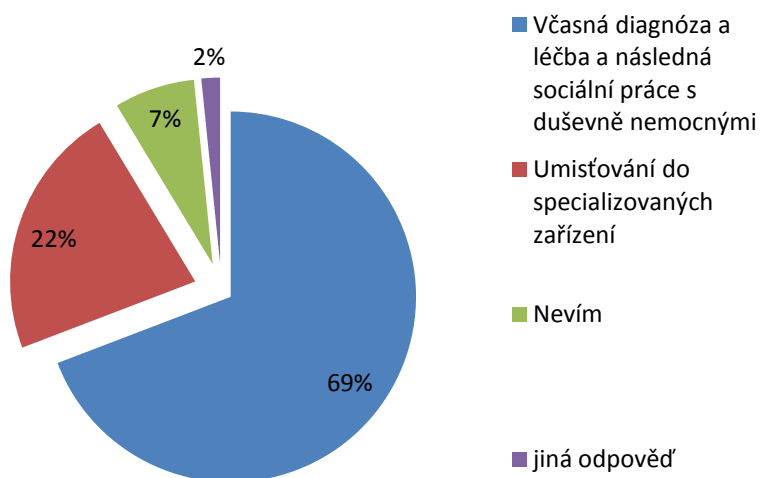
Otázka č.12: Je vůbec možné tento druh delikventů napravit?



graf 7: Je možné tento druh delikventů napravit?

35% dotazovaných osob si myslí, že tento druh delikventů není možné napravit. 16% má opačný názor. Skoro polovina respondentů však na problém nedokázala s určitostí odpovědět a zvolila tedy možnost nevím

Otázka č.13: Jak lze podle Vás trestným činům duševně nemocných osob nejlépe předcházet?



graf 8: Jak lze podle Vás trestným činům duševně nemocných osob nejlépe předcházet?

69% dotázaných osob zvolilo jako nejlepší způsob, jak trestným činům duševně nemocných osob nejlépe předcházet včasnou diagnózu nemoci, její léčbu a následnou sociální práci s těmito osobami. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost preventivního umístování do uzpůsobených zařízení. Několik respondentů dále zvolilo možnost nevím. Jeden z respondentů využil možnosti vlastní odpovědi a uvedl, že je třeba se duševně nemocným lidem více individuálně věnovat, jelikož může jít o jedince, kteří nevědí, co je správné a co špatné. Další volnou odpovědí byl názor, že je třeba kombinovat první a druhou možnost prevence.

7.4. Vliv věku a vzdělání

Poslední výzkumná otázka měla zjistit, jaký vliv má na tyto názory věk a vzdělání.

Pro účely porovnávání jsem stanovila tyto hypotézy:

1. Lidé s vyšším vzděláním nevnímají duševně nemocné osoby jako nebezpečné.
2. Lidé s vyšším vzděláním zastávají názor, že duševní nemoc je důvodem pro změnu trestní odpovědnosti.
3. Podle osob radících se do vyšších věkových kategorií by měly osoby, které trpí duševní poruchou a spáchaly trestný čin být umisťovány do léčebných zařízení.
4. Podle osob radících se do vyšších věkových kategorií není duševní porucha polehčující okolností.

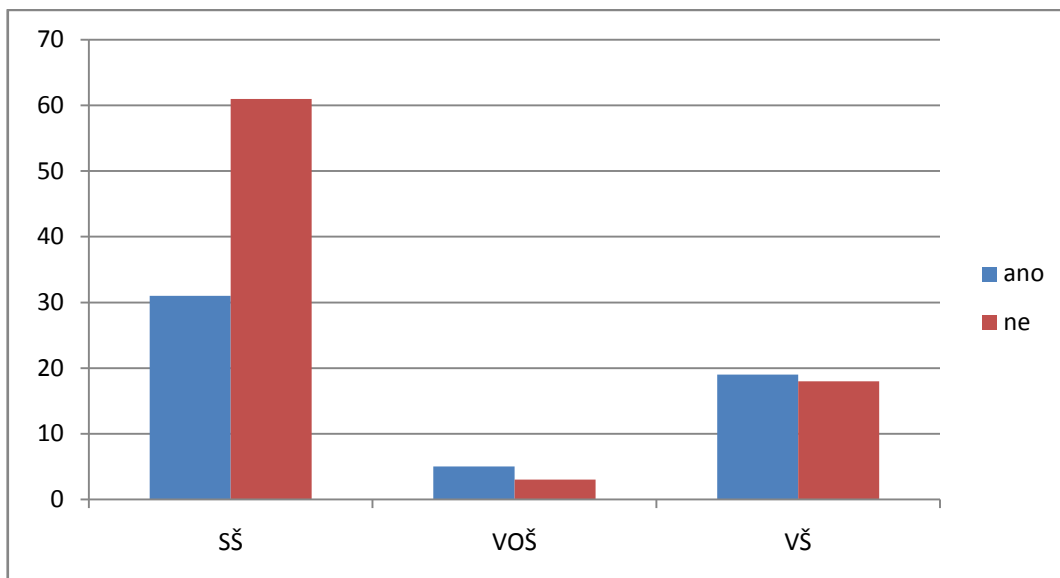
Hypotéza č.1

Hypotéza č. 1 byla stanovena takto: Lidé s vyšším vzděláním nevnímají duševně nemocné osoby jako nebezpečné.

Tuto hypotézu jsem stanovila na základě předpokladu, že lidé, radící se do vyšších vzdělanostních kategorií, jsou vzdělanější, což by mohlo znamenat, že mají více informací, širší rozhled a nejsou ve velké míře otevřeni předsudkům, tudíž by podle mého názoru nemuseli mít sklony kategorizovat. To by znamenalo, že nevnímají osoby duševně nemocné automaticky jako nebezpečné.

Jak ale můžeme vidět v grafu č.9, má očekávání se zcela nenaplnila. Dotazovaní zde odpovídali na otázku: Představují pro vás duševně nemocní lidé nebezpečí?

V kategorii středoškoláků sice jasně převažuje odpověď ne, v ostatních kategoriích tomu tak není. Zvláště překvapující pro mě byl výsledek vysokoškolské kategorie, kde převládá odpověď ano.



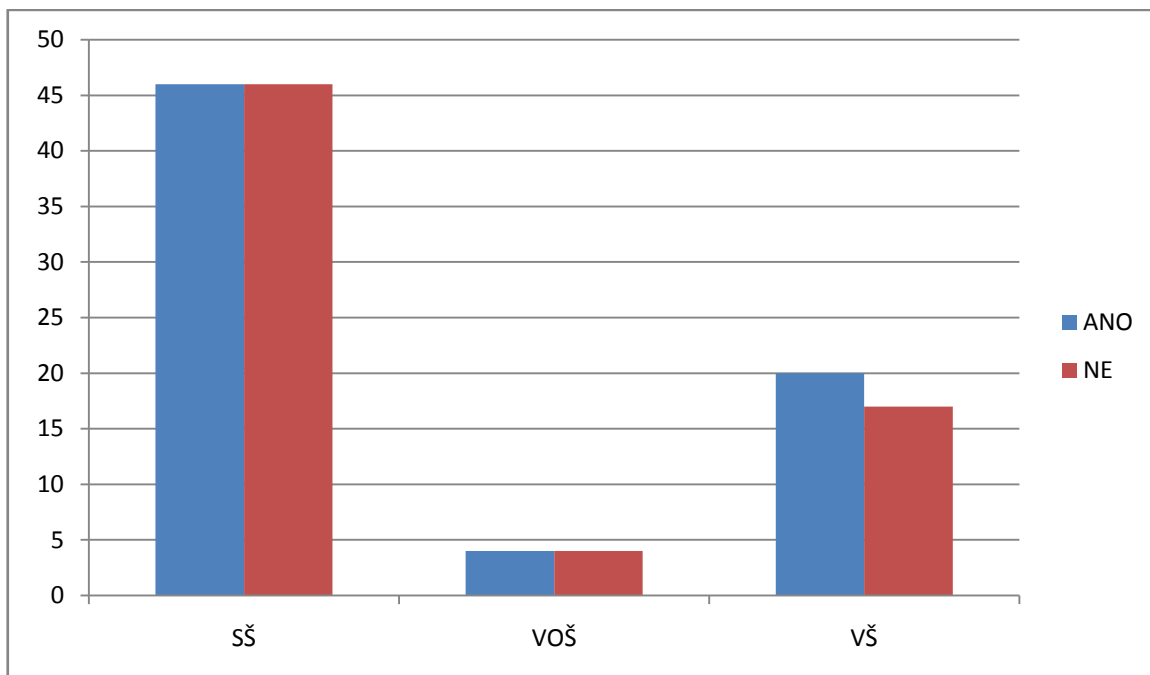
graf 9: Představují pro Vás duševně nemocní lidé nebezpečí?

Výsledky ukázaly, že se nedá tvrdit, že lidé řadící se do vyšších vzdělanostních kategorií nevnímají duševně nemocné osoby jako nebezpečné, tudíž se moje hypotéza č. 1 nepotvrdila.

Hypotéza č.2

Hypotéza č. 2 zněla: Lidé s vyšším vzděláním zastávají názor, že duševní nemoc je důvodem pro změnu trestní odpovědnosti.

Jak ale ukazuje graf č. 10, odpovědi lidí patřících do vyšších kategorií vzdělání, jsou velmi vyrovnané. V případě středoškoláků se dokonce počet odpovědí ano- ne neliší ani o jednu. Z toho lze vyvodit, že vzdělání na tento názor veřejnosti nemá patrně významnější vliv. Nicméně, mé předem stanovené tvrzení v tomto případě opět neplatí. Hypotéza č. 2 se tedy také nepotvrdila.



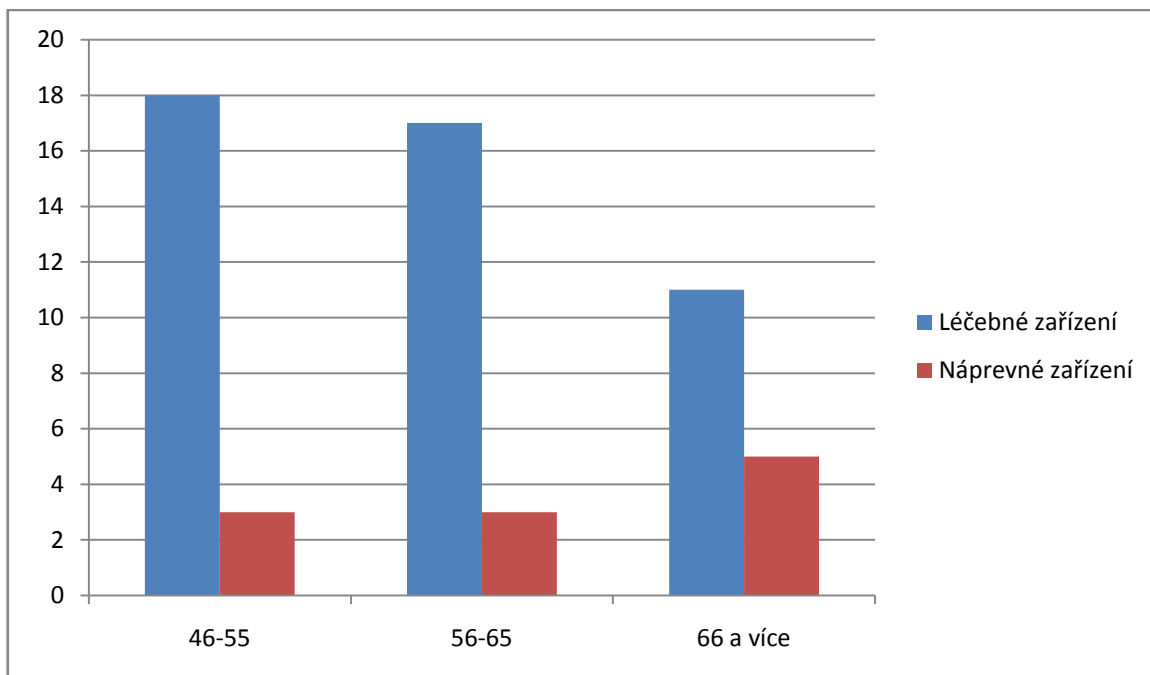
graf 10: Změna trestní odpovědnosti

Hypotéza č.3

Hypotéza č.3 byla stanovena takto: Podle osob řadících se do vyšších věkových kategorií by měly osoby, které trpí duševní poruchou a spáchaly trestný čin být umístovány do nápravných zařízení.

Předpokládala jsem tedy, že osoby, které se zařadily do vyšších věkových kategorií (46-55, 56-65, 66 a více) budou tento názor zastávat, neboť mají konzervativnější názory. Mohli by pak mít zažitou představu, že pokud někdo spáchá trestný čin, patří do vězení, a to bez ohledu na psychiatrickou diagnózu.

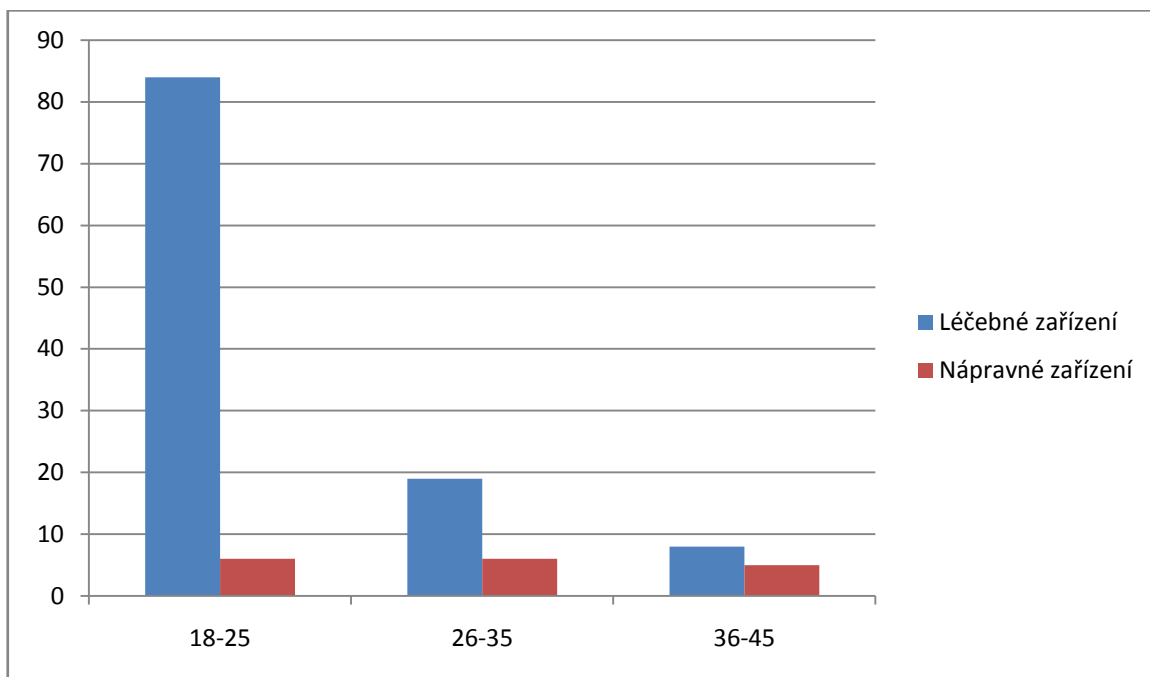
Jak ukazuje graf č. 11, výsledky tomu nenasvědčují, překvapivě totiž převažuje možnost léčebné zařízení.



graf 11: Možnosti umístění - starší

Většina osob radících se do vyšších věkových kategorií (46 osob z 57), vybralo z možností, kam by měla být umístěna duševně nemocná osoba, která spáchala trestný čin, možnost léčebné zařízení. Mnou stanovená hypotéza se tedy opět nepotvrdila.

Srovnání s mladšími věkovými skupinami



graf 12: Možnosti umístění - mladší

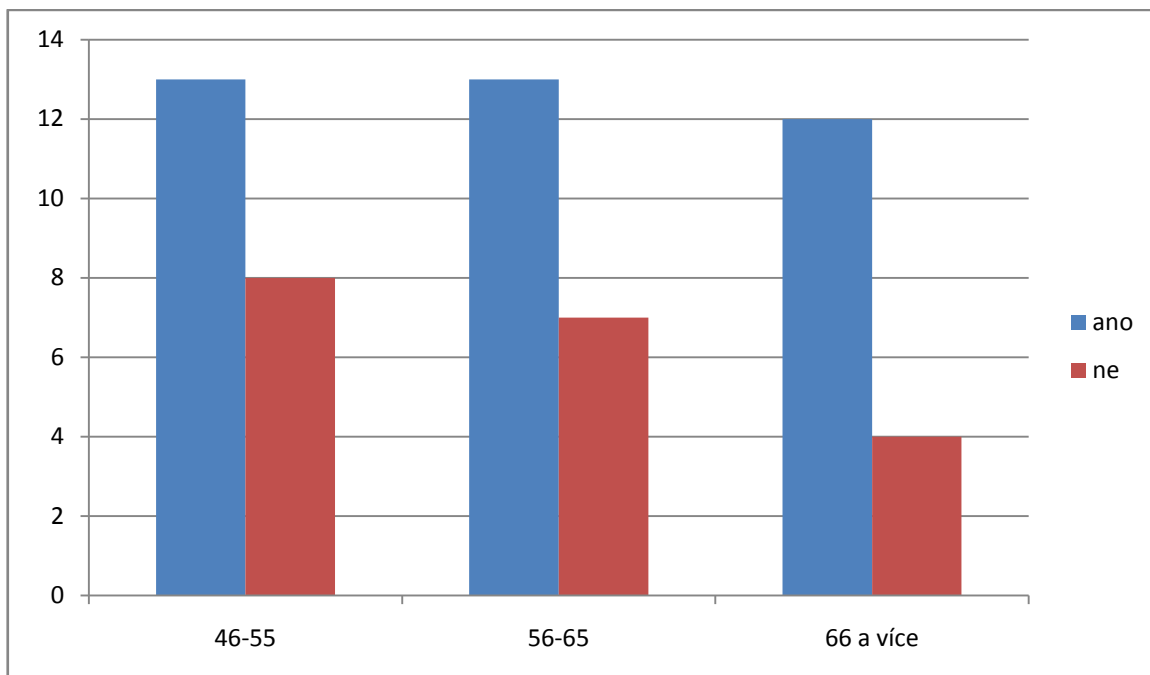
V mladších věkových kategoriích, stejně jako v těch starších, převažuje možnost léčebné zařízení. Nápravné zařízení jako svoji odpověď zvolilo pouze 17 osob ze 128.

Hypotéza č. 4

Hypotéza č. 4 zněla: Podle osob řadících se do vyšších věkových kategorií není duševní porucha polehčující okolností.

Důvodem stanovení takové hypotézy byl opět můj předpoklad, že mezi lidmi ve vyšších věkových kategoriích, převládají konzervativnější či radikálnější názory. Myslela jsem, že tedy budou zastávat názor, že pokud někdo spáchá trestný čin, musí být potrestán a jít do vězení. Tedy, že ani duševní porucha není důvodem, aby tomu bylo jinak.

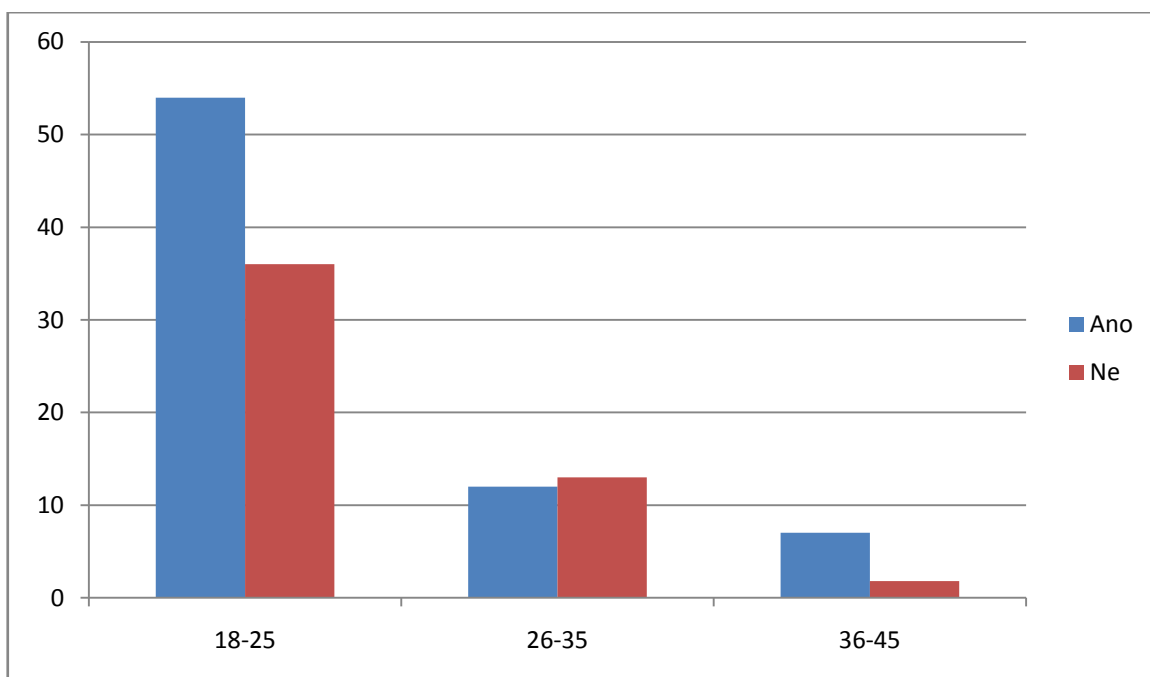
Výsledky mě velice překvapily, jelikož z nich jednoznačně vyplývá opak.



graf 13: Měla by být duš. porucha polehčující okolností? - starší

Většina dotazovaných radících se do vyšších věkových kategorií uvedlo, že by podle jejich názoru měla být duševní porucha polehčující okolností před soudem. Moje hypotéza č. 4 se tedy nepotvrdila.

Srovnání s mladšími věkovými skupinami



graf 14: Měla by být duš porucha polehčující okolností před soudem? – mladší

Také v kategoriích mladších převažuje názor, že by duševní porucha měla být polehčující okolností. Jedinou věkovou kategorií ze všech, kde převládá opačný názor je kategorie 26-35.

8. Shrnutí výsledků

Ve výzkumné části bakalářské práce jsem odpovídala na čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka se týkala postojů české veřejnosti k duševně nemocným lidem. Zjistila jsem, že tyto postoje nejsou tak negativní, jak jsem očekávala. Jak totiž vyplynulo z několika prvních dotazníkových otázek, česká veřejnost nevnímá duševně nemocné jako nebezpečné do nikterak vysoké míry. Obecně místo strachu z takových osob převládá spíše k nim pociťovaná lítost. Tato emoce sice jistě svědčí o přítomnosti určitých předsudků, ne však v tak negativním smyslu, jako například strach.

Co se týče názorů na trestní odpovědnost a odpovědnost k právním úkonům, taktéž jsem se nesešla s nijak radikálními názory. Naopak, většina lidí si myslí, že duševní nemoc by měla být polehčující okolností, což by mohlo vést ke zmírnění trestu obžalovaného. Pokud jde o trestní odpovědnost, názory byly poměrně vyrovnané. 55% dotazovaných si myslí, že pachatel s psychiatrickou diagnózou je za své činy plně zodpovědný, 45% naopak, že nikoli.

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na to, jak lze podle veřejnosti trestným činům předcházet a jak je případně řešit. Za nejvhodnější způsob prevence takových případů, zvolilo 69% respondentů včasné zjištění nemoci, její léčbu a navazující sociální práci s duševně nemocnými. Pokud k takovým činům přeci jen dojde, je podle většiny dotazovaných (84 %) vhodnější umístit jejich pachatele do léčebného zařízení, nikoli do nápravného.

Ke zodpovězení poslední, čtvrté výzkumné otázky, která měla srovnávat názory respondentů podle jejich věku a vzdělání, jsem stanovila čtyři hypotézy. Žádná z těchto hypotéz se mi však nepotvrdila. Při jejich ověřování jsem ale dospěla k velmi zajímavým výsledkům. Hypotézy jsou podrobněji rozebrány v předešlé kapitole, kde u vybraných otázek srovnávám názory starší a mladší generace.

Zjistila jsem, že názory starších a mladších věkových generací se významněji neliší. V obou případech převládal stejný názor, a sice, že pokud duševně nemocná osoba spáchá trestný čin, měl by být umístěn spíše do léčebného zařízení, než do nápravného a dále, že duševní porucha by měla být brána soudem jako polehčující okolnost. Pouze osoby v kategorii 26-35 volily častěji možnost nápravného zařízení.

9. Závěr

V závěru mojí práce bych ráda shrnula všechny poznatky, které jsem během psaní získala. Dále bych zde chtěla zmínit, co pro mne bylo největším přínosem a v neposlední řadě zhodnotit, do jaké míry se mi podařil naplnit cíl práce. Závěr bude taktéž obsahovat mé vlastní zamyšlení nad rozebíranou situací.

Během psaní bakalářské práce jsem měla možnost studovat množství literatury týkající se zvoleného tématu. Do teorie jsem se rozhodla zařadit kapitoly týkající se od vysvětlování pojmů, přes historii až k právní problematice duševní nemoci a jejímu stigmatu. Mojí oblíbenou etapou bylo studium měnících se pohledů na duševně nemocné v historii. Dozvěděla jsem se spoustu nových a zajímavých věcí, které mi zároveň vysvětlily moje dřívější myšlenky či pochybnosti.

Velký zájem ve mně vzbudilo také téma stigmatizace duševně nemocných. Ačkoli jsem jej do práce zařadila jen okrajově, setkala jsem se s velmi zajímavými materiály, především na internetu, které pro mne byly velkým přínosem, především proto, že mne samotnou dovedly k zamyšlení. Setkala jsem se například s nejrůznějšími diskuzemi, kde se k problematice vyjadřovali přímo lidé, kteří trpí duševní nemocí a se stigmatizací se setkali. Svěřují se v nich s vlastními pocity a problémy, což mě přivedlo změnit pohled na tyto osoby samotné. Ráda bych zde také zmínila, že jsem se o přítomnosti společenských předsudků během práce také sama přesvědčila. Jednalo se spíše o její náznaky, s nimiž jsem se setkala například při rozdávání tištěných dotazníků nebo třeba jen poté, co jsem někomu řekla název mojí bakalářské práce.

Dalším zajímavým a, řekla bych, smutným zjištěním bylo, že co se týče právní situace duševně nemocných v ČR, je poněkud nedořešená. Díky tomu pak dochází například k diskriminačním tendencím či naopak se mezi námi pohybují lidé, kteří jsou skutečně nebezpeční nebo se nedostává pomoci těm, kteří ji potřebují.

Cílem empirické části bylo získat odpověď na výzkumné otázky, což se mi podle mého názoru do jisté míry podařilo. Pokud bych měla výzkum provádět znovu, zabývala bych se rozhodně tématem více do hloubky. A to z toho důvodu, že nejzajímavější pro mě byly volné odpovědi z dotazníku, kterých však bylo jen několik. Přesto se mi ale povedlo získat představu o tom, jak veřejnost na duševně nemocné, žijící mezi námi, nahlíží a jak se k nim staví. Musím říct, že výzkum zdaleka nedopadl tak, jak jsem očekávala a to v kladném slova smyslu. Jak jsem se již zmínila, během získávání teoretických informací jsem nabyla dojmu, že postoje společnosti k duševně nemocným lidem jsou spíše negativní, že nemoc je něco, za

co by se měl člověk jí trpící stydět a že je díky ní méněcenný. Výzkum ale ukázal, že situace přeci jen není tak zlá a že se mezi námi najdou lidé, kteří jsou ochotní pomáhat.

Pro účely výzkumu jsem si stanovila čtyři hypotézy. Ani jedna z těchto hypotéz se mi nepotvrdila. Tuto skutečnost ale rozhodně nevnímám jako známku toho, že by nebyl naplněn cíl práce, naopak si velmi vážím nových poznatků, které jsem díky tomu získala a které pro mne byly velmi překvapující, ve většině případů jsem totiž předpokládala opak.

Celkově pro mě byla tvorba bakalářské práce velkým přínosem a doufám, že i čtenář zde nalezne nějaké nové myšlenky a především důvody k vlastnímu zamyšlení nad problematikou.

9. Použité zdroje

9.1. Literatura

BAŠTECKÝ, Jaroslav, 1997. *Psychiatrie, právo, společnost*. 1.vyd. Praha: Galén, 211 s. ISBN 80-85824-45-0.

ČERNOUŠEK, Michal, 1994. *Šílenství v zrcadle dějin: pojednání pro inteligentní čtenáře*. Praha: Grada. ISBN 80-716-9086-4.

FOUCAULT, Michael, 1994. *Dějiny šílenství: v době osvícenství : hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Překlad Věra Dvořáková. Praha: Lidové noviny, 209 s. Edice 21, sv. 3. ISBN 80-710-6085-2.

GOFFMAN, Erving, 2003. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Vyd. 1. Překlad Tomáš Prášek. Praha: Sociologické nakladatelství, 167 s. Most (Sociologické nakladatelství), sv. 3. ISBN 80-864-2921-0.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

SVOBODA, Mojmir, ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, 2006. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 1. Editor Mojmir Svoboda. Praha: Portál, 317 s. ISBN 80-736-7154-9.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

9.2. Internetové zdroje

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, 2004. *Politika péče o duševní zdraví: Zpráva o současném stavu.* [online]. [cit. 2013-03-18]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/images/cast_1_1_3_05.pdf

HÖSCHL, Cyril, 2012. Jsou duševně nemocní lidé násilníky?. *Reflex* [online]. [cit. 2013-02-03]. ISSN1213-8991. Dostupné z: <http://www.reflex.cz/clanek/nazory/44962/jsou-dusevne-nemocni-lide-nasilniky.html>

KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ, 2005. Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. *Zelená kniha.* In: capz-esprit.sweb.cz [online]. [cit. 2013-02-13]. Dostupné z: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2005/com2005_0484cs01.pdf

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2000. *Práva duševně nemocných.* [online]. 13.4. [cit. 2013-03-18]. Dostupné z: http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/deklar_prava_dusev_nemoc.html

PĚČ, Ondřej, 2013. Destigmatizace. In: *Psychiatrická společnost ČSL JEP a Česká psychiatrická společnost.* [online]. [cit. 2013-02-12]. Dostupné z: http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=199&Itemid=108

RIPOVÁ, Lucie, 2002. Ochrana práv duševně nemocných v České Republice z perspektivy světové zdravotnické organizace. [online]. [cit. 2013-02-12]. Dostupné z: <http://www.fokus-cr.cz/index.php/dokumenty/file/30-ochrana-prav-dusevne-nemocnych-v-ceske-republice>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. In: *uzis.cz* [online]. 1.1.2013. [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

ZAHUMENSKÝ, David, 2006. Práva duševně nemocných osob v judikatuře Evropského soudu pro lidská práva. *Právní fórum*. [online]. č.5.[cit.2013-02-05].ISSN1214-7966.Dostupné z: http://www.viaiuris.cz/files/VIA_IURIS_06_2.pdf

10. Přílohy

10.1. Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Jaroslava Fučíková a studuji obor Komunitní studia. Prosím o vyplnění krátkého dotazníku. Výsledky použiji při psaní své bakalářské práce na téma Pohled společnosti na trestnou činnost spáchanou osobami s duševní poruchou. Dotazník je anonymní a použiji jej výhradně k vyhodnocení svého výzkumu.

Předem děkuji za Váš čas.

Slyšel/la jste už někdy o případu, kdy se duševně nemocná osoba dopustila trestného činu?

Ano Ne

Nachází se v blízkosti Vašeho bydliště ústav, detenční, nápravné nebo jiné zařízení pro duševně nemocné? (Pokud ano, pokračujte otázkou č.3, pokud ne, na otázku č.3 neodpovídejte a pokračujte otázkou č. 4).

Ano Ne Nevím

Vnímáte tuto skutečnost jako hrozbu?

Ano Ne

Vnímali byste tuto skutečnost jako hrozbu?

Ano Ne

Představují pro Vás duševně nemocní lidé nebezpečí?

Ano Ne

Setkal/a jste se někdy s takto nemocnou osobou? (Pokud ano, pokračujte otázkou č.7, pokud ne, na otázku č.7 neodpovídejte).

Ano Ne

Tato osoba ve Vás vzbuzovala spíše:

Lítost Strach Nevím Jiný pocit

Měly by podle Vás být osoby s duševní poruchou zbavovány svéprávnosti?

Ano Ne

Myslíte si, že je pachatel trestného činu i přes svoji nemoc za své činy plně zodpovědný?

Ano Ne

Měla by podle Vás být duševní porucha polehčující okolností před soudem?

Ano Ne

Pokud duševně nemocný člověk spáchá trestný čin, měl by být podle Vašeho názoru umístěn spíše do:

Léčebného zařízení Nápravného zařízení

Je vůbec možné tento druh delikventů napravit?

Ano Ne Nevím

Jak lze podle Vás trestným činům duševně nemocných osob nejlépe předcházet?

Včasná diagnóza a léčba a následná sociální práce s duševně nemocnými
 Umíst'ování do specializovaných zařízení
 Nevím

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Základní Vyučen/a SŠ VOŠ

VŠ

Do které věkové kategorie patříte?

18-25 26-35 36-45 46-55 56-65 66 a více

10.2. Seznam stávajících zákonů v ČR

- Zákon č. 99/1963 Sb. občanský soudní řád upravuje zejména detenční řízení, opatrovnické řízení, způsobilostní řízení.
- Zákon č. 40/1964 Sb. občanský zákoník řeší zejména opatrovnictví a způsobilost k právním úkonům (zbavení, omezení).
- Zákon č. 20/1966 Sb. Zákon o péči o zdraví lidu upravuje zejména: souhlas s léčbou, podmínky pro provedení psychiatrické detence, přístup a vedení zdravotnické dokumentace, stížnostní procedury na způsob výkonu lékařské péče, zákonný podklad léčebných řádů, neřeší dostatečně například vztah mezi psychiatrickou detencí a léčebnými výkony realizovanými v jejím rámci a pozice lékaře při provádění těchto výkonů.
- Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů upravuje přístup a vedení dokumentace zejména v jiných než zdravotnických zařízeních.
- Zákon č. 140/1961 Sb. trestní zákon upravuje nutnou obranu, nepříčetnost vzhledem k trestní odpovědnosti za spáchání trestného činu, trestněprávní odpovědnost zdravotnického personálu: zejména trestné činy ublížení na zdraví, omezování osobní svobody, neposkytnutí pomoci, neoprávněné nakládání s osobními údaji.
- Zákon č. 141/1961 Sb. o trestním řízení soudním. Týká se zejména nutné obhajoby, problematiky ochranné léčby (zejména v ústavní formě).
- Zákon č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních upravuje podmínky a rozsah zdravotní péče poskytované v nestátních zdravotnických zařízeních a podmínky provozování nestátních zařízení.
- Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví upravuje práva a povinnosti v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví.
- Zákon 155/1995 Sb. řeší nároky na invalidní důchod – plný, částečný.
- Vyhláška MPSV ČR 284/1995 Sb. upravuje podmínky pro přiznávání invalidního důchodu formou procentní ztráty schopností soustavné výtěžné schopnosti pro osoby s duševním onemocněním.
- Definování občanů se ZPS a ZPS s ZTP upravuje Zákon 1/1991 Sb. o zaměstnanosti.

- Vyhláška 115/1992 Sb. o pracovní rehabilitaci občanů se ZPS upravuje problematiku poradenské služby, přípravy pro pracovní uplatnění, chráněných dílen a pracovišť.
- Zákoník práce upravuje pracovně právní ochranu občanů se ZPS.
- Vyhláška MPSV ČR č. 207/1998 Sb. upravuje postup přiznávání dávek státní sociální podpory a postup pro posouzení nepříznivého zdravotního stavu – vlastní klasifikace (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2004).