MARIE VÁGNEROVÁ

# Psychopatologie pro pomáhající profese

## Variabilita a patologie lidské psychiky

portál

MARIE VÁGNEROVÁ

Psychopatologie pro pomáhající profese

- Úvod do obecné psychopatologie
- Vliv somatické nemoci a postižení na psychiku člověka
- Hlavní skupiny duševních onemocnění
- Psychologické aspekty sociální patologie

Každá snaha o pomoc dětem i dospělým trpícím v důsledku psychických obtíží a nemocí musí vycházet z poznání příčin, projevů a sociálních dopadů jejich potíží. Všem, kdo pracují s lidmi a chtějí lépe rozumět jejich psychickým problémům, je určen zevrubný, ale přehledný učební text zahrnující neobvykle široký okruh otázek.

Úvod knihy seznamuje se základními pojmy psychopatologie, s pojetím normy a příčinami vzniku odchylek v oblasti psychiky, s jejich diagnostikou a terapií. Druhá část je věnována složitému vztahu mezi tělesným onemocněním a psychikou člověka a psychologii handicapu. Třetí část podává přehled hlavních typů duševních onemocnění a poruch chování. Závěr knihy přináší originální přehled poznatků o vlivu negativních sociálních jevů na psychiku člověka: o problematice dysfunkce rodin, o sociokulturním handicapu, o nezaměstnanosti a bezdomovectví i psychologických aspektech kriminality a pobytu ve vězení. Výklad je jasný a přehledný, doplněný řadou příkladů jak ze současné praxe, tak z historie a beletrie.

Kniha je určena především studentům psychosociálních věd, sociální práce, speciální a sociální pedagogiky i sociálním pracovníkům, učitelům a dalším odborníkům. Tomu odpovídá i pojetí výkladu zdůrazňující zejména sociální rozměr popisovaných poruch a nemocí.

**Doc. PhDr. RNDr. Marie Vágnerová, CSc.**, je naše přední odbornice v oblasti pedopsychologie, vývojové psychologie a psychologie handicapu. V současné době působí na Husitské teologické fakultě UK v Praze. Publikovala řadu původních sdělení a učebních textů, v poslední době např. *Dětskou vývojovou psychologii* (1997), podílela se na učebnici *Dětská klinická psychologie* (Říčan a kol., 1991, 1995) a na knize *Náhradní rodinná péče* (Z. Matějček a kol., 1999) aj.

Cena 399,- Kč

portál

MARIE VÁGNEROVÁ

# Psychopatologie pro pomáhající profese

## Variabilita a patologie lidské psychiky

portál

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Vágnerová, Marie
Psychopatologie pro pomáhající profese : variabilita a patologie lidské psychiky / Marie Vágnerová. -- Vyd. 3. -- Praha : Portál, 2002. -- 444 s. : il.
ISBN 80-7178-678-0

616.89-008 * 159.97 * (075)
• psychopatologie
• duševní poruchy
• poruchy chování
• učebnice

Lektorovali:
PhDr. Zuzana Hadj-Moussová
MUDr. Jiří Horáček

© Marie Vágnerová, 1999
© Portál, s. r. o., Praha 1999

ISBN 80–7178–678–0

# Obsah

Předmluva . . . . . 13

ČÁST PRVNÍ
**Základní okruhy obecné psychopatologie**

Úvod . . . . . 17

**1 Pojetí normy . . . . . 19**
1.1 Statistické pojetí normality . . . . . 19
1.2 Funkční pojetí normality . . . . . 20
1.3 Sociokulturní pojetí normality . . . . . 20
1.3.1 Norma jako ideál . . . . . 21
1.3.2 Skupinová norma . . . . . 21
1.3.3 Subjektivní norma pozorovatele . . . . . 22
1.4 Vymezení normality . . . . . 22
Shrnutí . . . . . 23

**2 Mechanismy variability lidské psychiky . . . . . 24**
2.1 Dědičnost jako příčina vzniku psychických odchylek . . . . . 24
2.2 Základní varianty genetického přenosu duševních poruch . . . . . 26
2.3 Vlivy vnějšího prostředí jako příčina vzniku psychických odchylek 28
2.3.1 Negativní faktory ovlivňující prenatální vývoj . . . . . 30
2.3.2 Negativní vlivy prostředí v postnatálním období . . . . . 30
2.4 Základní typy zátěžových situací . . . . . 31
2.4.1 Frustrace . . . . . 31
2.4.2 Konflikt . . . . . 32
2.4.3 Stres . . . . . 33
2.4.4 Deprivace . . . . . 36
2.5 Mechanismy psychické adaptace na zátěžové situace . . . . . 37
2.5.1 Útok . . . . . 37
2.5.2 Únikové obranné reakce . . . . . 38
Shrnutí . . . . . 40

**3 Stručný přehled poruch jednotlivých psychických funkcí . . . . . 41**
3.1 Poruchy kognitivních procesů . . . . . 41
3.1.1 Poruchy vnímání . . . . . 41
3.1.2 Poruchy paměti . . . . . 41
3.1.3 Poruchy myšlení . . . . . 42

3.1.4 Poruchy řeči . . . 43
3.2 Poruchy emocí a motivace . . . 43
3.2.1 Poruchy emocí . . . 43
3.2.2 Poruchy pudů . . . 44
3.2.3 Poruchy vůle . . . 44
3.3 Poruchy vědomí a pozornosti . . . 45
3.3.1 Kvantitativní poruchy vědomí . . . 45
3.3.2 Kvalitativní poruchy vědomí . . . 45
3.3.3 Poruchy pozornosti . . . 45
3.4 Poruchy osobnosti . . . 46
Shrnutí . . . 46

**4 Psychologické vyšetření . . . 47**
4.1 Psychologické vyšetření . . . 47
4.2 Zdroje informace o vyšetřovaném člověku . . . 47
Shrnutí . . . 49

**5 Psychoterapie . . . 50**
5.1 Základní formy psychoterapie . . . 50
5.2 Psychoterapeutické školy . . . 52
5.3 Hodnocení účinnosti psychoterapie . . . 53
Shrnutí . . . 53

ČÁST DRUHÁ

## Psychologická problematika nemocných a zdravotně postižených

**6 Nemoc jako psychologický problém . . . 57**
6.1 Sociální význam nemoci, postoje společnosti k nemocným . . . 57
6.2 Psychosomatické vztahy a onemocnění . . . 59
6.2.1 Předpoklady vzniku psychosomatických poruch . . . 60
6.3 Psychické problémy spojené se somatickým onemocněním . . . 63
6.3.1 Sociální změny . . . 65
6.3.2 Somatické změny . . . 66
6.3.3 Psychické změny . . . 66
6.3.4 Rozumové hodnocení nemoci . . . 67
6.3.5 Emoční postoj k nemoci . . . 67
6.4 Psychické problémy spojené s nemocí v dětském věku . . . 71
6.4.1 Reakce rodičů na onemocnění jejich dítěte . . . 71
6.4.2 Reakce dítěte na vlastní nemoc . . . 73
Shrnutí . . . 77





**7 Psychologická problematika některých neurologických onemocnění 7**
7.1 Syndrom dětské mozkové obrny . . . 7
7.1.1 Formy DMO . . . 7
7.1.2 Vlivy DMO na psychiku postiženého . . . 8
7.1.3 Sociální důsledky DMO . . . 8
7.2 Syndrom hyperaktivity . . . 8
7.2.1 Projevy hyperaktivity . . . 8
7.2.2 Sociální důsledky hyperaktivity . . . 8
7.3 Epilepsie . . . 8
7.3.1 Projevy epilepsie . . . 8
7.3.2 Psychické změny podmíněné epilepsií . . . 9
7.4 Traumatické poškození mozku . . . 9
7.4.1 Poruchy kognitivních funkcí . . . 9
7.4.2 Emoční poruchy . . . 9
7.4.3 Behaviorální poruchy . . . 9
7.4.4 Změna osobnosti . . . 9
7.4.5 Faktor vývoje . . . 9
7.4.6 Psychosociální vlivy . . . 95
7.5 Jiné formy poškození mozku . . . 96
Shrnutí . . . 96

**8 Psychologická problematika zdravotně postižených . . . 98**
8.1 Postoje společnosti k postiženým lidem . . . 98
8.1.1 Sociální role postiženého a sociální stigma . . . 100
8.1.2 Reakce postiženého . . . 101
8.2 Rodina postiženého dítěte . . . 102
8.2.1 Rodiče postiženého dítěte . . . 102
8.2.2 Sourozenci postiženého dítěte . . . 106
8.3 Odlišnosti vývoje postiženého jedince . . . 108
8.3.1 Vývoj vrozeně postiženého dítěte . . . 109
8.3.2 Psychická adaptace na získané postižení . . . 116
8.3.3 Dospělost postiženého člověka . . . 119
8.4 Vliv zrakového postižení na osobnost . . . 121
8.4.1 Rozvoj poznávacích procesů u zrakově postižených . . . 122
8.4.2 Socializace zrakově postižených . . . 124
8.5 Vliv sluchového postižení na osobnost . . . 125
8.5.1 Komunikace sluchově postižených . . . 126
8.5.2 Myšlení sluchově postižených . . . 128
8.5.3 Socializace sluchově postižených . . . 129
8.6 Vliv tělesného postižení na osobnost . . . 130
8.6.1 Vliv omezení pohyblivosti . . . 131
8.6.2 Vliv viditelné deformace . . . 132
Shrnutí . . . 133

## ČÁST TŘETÍ
## Vybrané duševní a behaviorální poruchy


**9 Demence** . . . . . **137**
9.1 Obecná diagnostická kritéria pro demenci . . . . . 137
9.2 Typy demencí . . . . . 139
9.2.1 Demence u Alzheimerovy choroby . . . . . 139
9.2.2 Ischemicko-vaskulární demence . . . . . 142
9.3 Sociální význam demence . . . . . 143
9.4 Shrnutí . . . . . 145

**10 Mentální retardace** . . . . . **146**
10.1 Příčiny vzniku mentální retardace . . . . . 147
10.2 Hodnocení mentální retardace . . . . . 148
10.2.1 Kvantitativní hodnocení inteligence mentálně postižených 148
10.2.2 Kvalitativní hodnocení inteligence mentálně retardovaných . . . . . 149
10.3 Typické znaky jednotlivých schopností mentálně retardovaných . 151
10.3.1 Myšlení, řeč a učení mentálně postižených . . . . . 151
10.3.2 Motivace a regulace mentálně postižených . . . . . 154
10.3.3 Socializace mentálně retardovaných . . . . . 156
Shrnutí . . . . . 159

**11 Pervazivní vývojové poruchy** . . . . . **160**
11.1 Dětský autismus . . . . . 160
11.1.1 Porucha socializace . . . . . 161
11.1.2 Odlišnost poznávacích procesů . . . . . 162
11.1.3 Porucha rozvoje komunikace . . . . . 163
11.1.4 Odchylky a nápadnosti v chování . . . . . 165
11.1.5 Prognóza . . . . . 166
11.2 Další pervazivní vývojové poruchy . . . . . 166
Shrnutí . . . . . 167

**12 Psychotická porucha jako psychosociální problém** . . . . . **168**
12.1 Postoje společnosti k nemocným s psychotickou poruchou . . . . . 168
12.1.1 Postoje rodiny k nemocnému psychózou . . . . . 170
12.2 Postoje nemocných psychózou k vlastní chorobě . . . . . 173
Shrnutí . . . . . 176

**13 Schizofrenie** . . . . . **177**
13.1 Porucha myšlení . . . . . 178
13.2 Poruchy afektivity . . . . . 180
13.3 Autismus a ambivalence . . . . . 181







13.4 Průběh onemocnění . . . . . 181
13.5 Formy schizofrenie . . . . . 184
13.5.1 Paranoidní schizofrenie . . . . . 184
13.5.2 Hebefrenní schizofrenie . . . . . 185
13.5.3 Katatonní schizofrenie . . . . . 186
13.5.4 Simplexní schizofrenie . . . . . 187
13.6 Sociální význam schizofrenie . . . . . 187
13.7 Dětské schizofrenie . . . . . 188
Shrnutí . . . . . 190

**14 Poruchy nálad, afektivní poruchy** . . . . . **191**
14.1 Depresivní porucha . . . . . 192
14.2 Manický syndrom . . . . . 196
14.3 Sociální význam poruch nálady . . . . . 198
Shrnutí . . . . . 200

**15 Neurotické poruchy** . . . . . **201**
15.1 Etiologie neurotických poruch . . . . . 202
15.1.1 Vrozené dispozice . . . . . 202
15.1.2 Vlivy vnějšího prostředí . . . . . 202
15.2 Neurotické příznaky . . . . . 204
15.2.1 Úzkostná porucha . . . . . 204
15.2.2 Panická porucha . . . . . 205
15.2.3 Fobická úzkostná porucha . . . . . 206
15.2.4 Obsedantně-kompulzivní porucha . . . . . 208
15.2.5 Reakce na závažný stres . . . . . 209
15.2.6 Disociační (konverzní) poruchy . . . . . 211
15.2.7 Somatoformní poruchy . . . . . 214
15.3 Emoční poruchy v dětství . . . . . 215
15.4 Osobnost neurotického člověka v sociálním kontextu . . . . . 221
Shrnutí . . . . . 226

**16 Poruchy příjmu potravy** . . . . . **227**
16.1 Význam tělového schématu . . . . . 227
16.1.1 Vlastnosti a utváření tělového schématu . . . . . 227
16.1.2 Sociální význam tělového schématu . . . . . 228
16.2 Poruchy příjmu potravy . . . . . 229
16.2.1 Mentální anorexie . . . . . 230
16.2.2 Mentální bulimie . . . . . 234
16.2.3 Sociální postoje k poruchám potravy . . . . . 236
Shrnutí . . . . . 237

**17 Sebevražedné jednání . . . 238**
17.1 Sebevražda z historického hlediska . . . 239
17.2 Teorie sebevražedného jednání . . . 240
17.2.1 Medicínský přístup . . . 240
17.2.2 Sociologický přístup . . . 241
17.2.3 Psychologický přístup . . . 244
17.3 Motivace a varianty sebevražedného jednání . . . 246
17.3.1 Motivace sebevražedného jednání . . . 246
17.3.2 Sebevražda bilanční, impulzivní a skupinová . . . 248
17.4 Sebevražda v životní dráze člověka . . . 249
17.4.1 Faktor věku . . . 249
17.4.2 Gender a socioprofesní příslušnost . . . 251
17.5 Společenské postoje a reakce na sebevraždu . . . 252
17.6 Praktická řešení a prevence sebevraždy . . . 253
Shrnutí . . . 253

**18 Poruchy osobnosti . . . 254**
18.1 Paranoidní porucha osobnosti . . . 256
18.2 Schizoidní porucha osobnosti . . . 257
18.3 Disociální porucha osobnosti . . . 258
18.4 Emočně nestabilní porucha osobnosti . . . 260
18.5 Histrionská porucha osobnosti . . . 261
18.6 Anankastická porucha osobnosti . . . 262
18.7 Úzkostná porucha osobnosti . . . 263
18.8 Závislá porucha osobnosti . . . 263
18.9 Narcistická porucha osobnosti . . . 264
Shrnutí . . . 265

**19 Agresivní chování, jeho příčiny a varianty . . . 266**
19.1 Vymezení agresivního chování . . . 266
19.2 Příčiny vzniku agresivity . . . 266
19.3 Sociální význam agresivního chování . . . 267
19.4 Varianty agresivního chování . . . 269
19.5 Postoje k vlastnímu agresivnímu chování a jeho interpretace . . . 272
Shrnutí . . . 273

**20 Poruchy chování v dětském věku a dospívání . . . 274**
20.1 Základní charakteristiky poruch chování a jejich příčiny . . . 274
20.2 Faktory zvyšující riziko rozvoje poruch chování . . . 275
20.3 Poruchy chování v dětském věku . . . 277
20.4 Charakteristika poruch chování v dětském věku . . . 280
20.4.1 Lhaní . . . 280
20.4.2 Útěky a toulání . . . 281
20.4.3 Krádeže . . . 282





20.4.4 Agresivní poruchy chování . . . 283
Shrnutí . . . 287

**21 Problémy spojené se životním stylem – závislosti . . . 288**
21.1 Psychoaktivní látky a závislost na nich . . . 288
21.2 Negativní důsledky užívání alkoholu . . . 290
21.2.1 Vývoj závislosti na alkoholu . . . 291
21.2.2 Psychické následky dlouhodobého užívání alkoholu . . . 292
21.2.3 Sociální důsledky závislosti na alkoholu . . . 293
21.2.4 Léčení závislosti na alkoholu . . . 296
21.3 Závislost na nealkoholových drogách . . . 296
21.3.1 Rizikové faktory . . . 297
21.3.2 Vznik závislosti . . . 299
21.3.3 Typické projevy abúzu různých nealkoholových látek . . . 301
21.3.4 Somatické důsledky závislosti . . . 303
21.3.5 Psychické důsledky závislosti . . . 303
21.3.6 Sociální důsledky drogové závislosti . . . 305
21.3.7 Léčba . . . 308
Shrnutí . . . 308

**22 Návykové a impulzivní poruchy . . . 310**
22.1 Patologické hráčství . . . 310
22.1.1 Příčiny vzniku patologického hráčství . . . 311
22.1.2 Sociální důsledky závislosti na hře . . . 312
22.2 Jiné varianty návykového a impulzivního chování . . . 312
Shrnutí . . . 313

ČÁST ČTVRTÁ
## Psychologická problematika sociální patologie

**23 Problémy spojené s nevhodným působením rodiny . . . 317**
23.1 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (Syndrom CAN) . . . 320
23.1.1 Citová deprivace . . . 321
23.1.2 Sociální a kognitivní deprivace . . . 332
23.1.3 Syndrom týraného dítěte . . . 333
23.1.4 Syndrom sexuálně zneužívaného dítěte . . . 339
23.1.5 Postoje veřejnosti k týrání a zneužívání dětí . . . 349
23.2 Týraná a zneužívaná žena . . . 350
Shrnutí . . . 354

**24 Problémy vyvolané negativním působením společnosti . . . . . 355**
24.1 Sociokulturní handicap . . . . . 356
24.1.1 Hlavní problémy sociokulturní odlišnosti . . . . . 358
24.1.2 Psychologická problematika adaptace emigrantů . . . . . 361
24.1.3 Sociálněpsychologická problematika romského etnika . . . 368
24.2 Působení sekt a psychická manipulace . . . . . 377
24.2.1 Náboženství a sekta . . . . . 378
24.2.2 Motivace ke vstupu do sekty . . . . . 380
24.2.3 Vznik závislosti na sektě . . . . . 382
24.2.4 Techniky psychické manipulace . . . . . 386
24.2.5 Reakce rodiny a přátel . . . . . 388
24.2.6 Odchod ze sekty . . . . . 389
24.2.7 Vliv náboženských sekt na děti . . . . . 391
24.3 Psychologie oběti trestného činu . . . . . 392
Shrnutí . . . . . 396

**25 Pracovní a ekonomické problémy . . . . . 398**
25.1 Nezaměstnanost . . . . . 398
25.1.1 Psychické reakce na ztrátu zaměstnání . . . . . 398
25.1.2 Zdravotní rizika nezaměstnanosti . . . . . 405
25.1.3 Sociální aspekty nezaměstnanosti . . . . . 405
25.1.4 Rizikové skupiny . . . . . 407
25.1.5 Rodina nezaměstnaného . . . . . 410
25.2 Bezdomovectví . . . . . 411
25.2.1 Osobnost bezdomovce a její typické znaky . . . . . 412
25.2.2 Somatická rizika bezdomovectví . . . . . 415
Shrnutí . . . . . 416

**26 Psychologické problémy spojené s delikventním chováním a penitenciární péčí . . . . . 417**
26.1 Člověk obviněný z trestného činu . . . . . 419
26.2 Psychologické účinky vyšetřovací vazby . . . . . 420
26.3 Psychologické aspekty výkonu trestu odnětí svobody . . . . . 421
26.4 Postpenitenciární problémy . . . . . 424
Shrnutí . . . . . 425

**Literatura . . . . . 427**

**Rejstřík . . . . . 436**



# Předmluva

Podtitul *Variabilita a patologie lidské psychiky* vyjadřuje možná lépe zaměření této učebnice a přispívá k pochopení její struktury i obsahu jednotlivých kapitol. Nejde totiž v žádném případě o knihu, která by chtěla konkurovat učebnicím psychiatrie či klasické psychopatologie. Není k tomu ani důvod, protože je určena pro studující, resp. pracovníky v tzv. pomáhajících profesích, a byla napsána s ohledem na jejich pracovní náplň i na klientelu, o niž se starají. Je zaměřena mnohem šíře, dokonce i na problematiku, která, přísně vzato, ani do oblasti psychopatologie nepatří. Členění jednotlivých oddílů, resp. kapitol, odpovídá pracovním oblastem sociálních pracovníků či speciálních pedagogů a jejich praktické potřebě.

Kniha je rozdělena do čtyř částí. První z nich probírá obecné otázky spojené s vymezením normality a patologie lidské psychiky, s příčinami, projevy a důsledky odchylek od normy. Další části jsou speciální: druhá část je zaměřena na psychické problémy nemoci a zdravotního postižení, třetí část je věnována psychickým poruchám a chorobám, čtvrtá část se zabývá psychickými problémy vyvolanými sociálními faktory. Vzhledem k účelu učebnice jsou více zdůrazněny sociální aspekty všech obtíží a poruch. Tento přístup, přesahující zaměření jen na jednotlivce a jeho „problém", ale beroucí v úvahu i jeho rodinu a širší sociální kontext života klienta, odpovídá obecnému trendu všech pomáhajících profesí. Pro pracovníky v oblasti sociální práce nebo speciální pedagogy je však pochopení vztahů klienta a jeho sociálního systému základní podmínkou úspěšnosti při hledání příčin obtíží i možností jejich řešení.

Text při tom samozřejmě respektuje platná znění mezinárodně užívaných klasifikací nemocí (10. revize *Mezinárodní klasifikace nemocí* z roku 1992 a *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* Americké psychiatrické společnosti DSM-IV z roku 1994). To umožní čtenáři s porozuměním komunikovat o problémech jeho klientů s odborníky klinických profesí.

Učebnice byla napsána především pro studenty oborů sociální práce, psychosociálních věd a speciální pedagogiky, které dobře znám. Učím je řadu let, a proto si myslím, že znám i jejich profesní potřeby. Jsou to profese užitečné a zaslouží si, aby měly vlastní učební texty. Přeji jim tudíž už jen to, aby se jim z nich dobře učilo. (I když, jak pravila jedna studentka, „budou nadávat, že je toho moc".)

Knihu bych alespoň symbolicky chtěla věnovat svému učiteli profesoru PhDr. Zdeňku Matějčkovi, CSc. k jeho letošním, ne zcela kulatým narozeninám.

*autorka*

V Praze 5. března 1999

ČÁST PRVNÍ

# Základní okruhy obecné psychopatologie

# Úvod

□ S Honzíkem jsou ve třídě trvalé problémy. Chlapec je velmi neklidný, neustále vyrušuje a na probíranou látku se nedokáže soustředit. Špatně se ovládá, mívá konflikty se spolužáky i s učiteli (impulzivita). Je náladový, bývá často vzteklý, ale na druhé straně dovede být i velmi milý, oboje bez zjevné příčiny (emoční labilita). Projevuje se jako celkově nezralý, mnohem mladší, než odpovídá jeho chronologickému věku. Svým chováním neodpovídá očekávanému standardu, ani jeho školní prospěch není dobrý. Přesto si učitel myslí, že chlapec není hloupý, spíše se mu zdá, že svoje schopnosti nedovede využít.

Neklid, poruchy pozornosti, impulzivita a emoční labilita jsou **symptomy** neboli **příznaky**, které charakterizují určitý stav odchylující se od normy. (Nesnadnou otázku, co je norma, budeme řešit později.)

Existenci určitých symptomů lze objektivně zjistit pozorováním, tak jak si jich všiml i učitel v našem příběhu. Takové pozorování může být buď nahodilé, nebo systematické, kdy by si učitel zaznamenával, kolikrát v určitém dni musel Honzíka napomenout a proč, jak chlapec reagoval na napomenutí, jak dlouho vydržel soustředěně pracovat apod.

Můžeme se dále zeptat chlapce na to, jak on sám jednotlivé potíže prožívá – použít metody rozhovoru. Informace, které se z rozhovoru dozvíme, budou patřit do kategorie tzv. subjektivních symptomů. To je pravda, ale i názor člověka, o nějž se jedná, je důležitý a může přispět k pochopení celého problému.

Zkušený učitel předpokládá, že chlapec pravděpodobně trpí *syndromem hyperaktivity*. **Syndrom je soubor symptomů (příznaků),** které jsou typické pro určitou poruchu, společně vytvářejí obraz onemocnění. Některé příznaky jsou poměrně **specifické**, dosti přesně ukazují na konkrétní poruchu nebo skupinu onemocnění, jiné jsou nespecifické, mohou se vyskytovat u různých poruch a chorob. Takovým symptomem je např. emoční labilita nebo porucha koncentrace pozornosti.

□ Systematické pozorování, rozhovory s ostatními učiteli dítěte, jeho rodiči i rozhovor s Honzíkem samým potvrdí učiteli, že chlapcovy problémy vyžadují spolupráci odborníka. Proto se rozhodne dítě doporučit do pedagogicko-psychologické poradny. Rodina s tímto doporučením souhlasí, a tak jednoho dne přivede matka Honzíka do poradny na psychologické vyšetření. Nejprve s maminkou a chlapcem sociální pracovnice sepíše anamnézu – zjišťuje, jak probíhal celkový vývoj chlapce od prenatálního období až do současnosti.

**Anamnestické vyšetření** se zaměřuje na zjištění dosavadní historie určitých obtíží nebo na minulost a celkový vývoj klienta či pacienta. Zjišťuje nejen informace o osobní historii klienta, ale rovněž o prostředí (zpravidla rodině), v němž žije.

□ V Honzíkově případě nezjistilo vyšetření nic zvláštního: rodiče i starší sestra jsou zdraví, bez jakýchkoli větších problémů. Ve vztahu k synovi bývají sice občas nedůslední, některé Honzovy projevy je ve zvýšené míře dráždí, proto jej za ně trestají. Často chlapce srovnávají s jeho úspěšnější starší sestrou a jeho chování mu vyčítají. Rodina je průměrná, plní své základní funkce, zde tedy problém není.

Následné **psychologické vyšetření** je zaměřeno na hlavní problémy chlapce, jež uvádí učitel ve své žádosti a které matka dítěte potvrzuje. Po vyšetření mluví matka s psychologem. Samozřejmě ji nejvíce zajímá, jakou poruchou chlapec trpí a jak tato porucha mohla vzniknout. To znamená, že se táže na **etiologii** těchto potíží. Výsledkem vyšetření je **návrh nápravy aktuálních potíží**, psychoterapeutická pomoc apod. Pokud by byl chlapec doporučen na dětskou psychiatrii, byl by závěr vyšetření spojen s návrhem léčení, např. medikamentózního, tj. pomocí léků. Matka by ráda znala i **prognózu** synovy poruchy – to znamená, jak se bude pravděpodobně dále vyvíjet a jak může zatížit i jeho pozdější uplatnění. Psycholog ji informuje, jak se takové děti obvykle rozvíjejí a které potíže přetrvávají i v dospělosti.

□ V tomto případě lze očekávat, že Honza bude i jako dospělý člověk labilnější, dráždivější, nebude jej možno vystavit větší zátěži, bude mít sklon k impulzivním reakcím atd. V průběhu vývoje však může dojít k určitému zklidnění, zejména pokud budou rodiče i učitel při výchově i výuce respektovat určitá pravidla.

Honzíkův případ představuje jen jeden z mnoha velice různorodých lidských problémů, s nimiž se setkává každý, kdo s lidmi pracuje. Jednotlivé psychické funkce, i celá osobnost, se mohou odchylovat od normy různým způsobem a v nestejné míře. V mírném stupni bychom určitá specifika našli asi u každého z nás.

V následujících kapitolách první části knihy se podrobněji zaměříme na otázku normality a odchylnosti od ní, rozlišíme základní symptomy poruch jednotlivých psychických funkcí, ukážeme možné příčiny vzniku psychických poruch i to, jak je lze ovlivňovat.



# 1 Pojetí normy

Rozlišení, co je ještě normální a co je už odchylkou, tedy vymezení psychické normality, je velmi obtížné. Závisí jak na teoretickém přístupu, tak na použitém měřítku. Hranice mezi normální a abnormální variantou jakékoli psychické vlastnosti je pohyblivá a může být posuzována podle mnoha různých kritérií. Nelze ji přesně určit, protože se mění v čase, v závislosti na sociokulturním kontextu.

Současná společnost je např. mnohem tolerantnější k nápadným projevům chování, ale méně tolerantní ke školní neúspěšnosti. Školní dítě se může chovat ve třídě značně agresivně, aniž by bylo potrestáno, ale snadno bude přeřazeno do zvláštní školy na základě špatného prospěchu.

## 1.1 Statistické pojetí normality

Dokážeme-li psychický projev, který nás zajímá, nějak **kvantifikovat** (změřit, číselně vyjádřit), jsme schopni rozlišit hodnoty „průměrné" a průměru hodně vzdálené. Je důležité si uvědomit, že o průměru (obecněji o střední hodnotě) má smysl mluvit jenom tam, kde máme nějakou skupinu (statistický soubor, resp. jeho vzorek) a kde existuje variabilita.

V tomto případě můžeme užít **statistické** pojetí normy. Jeho předností je relativní objektivnost a exaktnost, ale ani toto pojetí není zcela ušetřeno různých nepřesností. Východisko, které je základem kvantifikace určité psychické vlastnosti nebo projevu, více či méně ovlivňuje i výsledek. Je např. známé, že se naměřené IQ bude lišit v závislosti na použitém testu inteligence (např. verbálním a neverbálním). To znamená, že číselnou hodnotu je třeba interpretovat citlivě a s ohledem na okolnosti i způsob, jakým byla získána. Jestliže graficky znázorníme rozložení četnosti jednotlivých hodnot určitého znaku (např. IQ nebo míry neuroticismu), vznikne křivka, která v mnoha případech odpovídá symetrické Gaussově křivce normálního rozdělení s jedním vrcholem a relativní symetrií. Základní ukazatele, které danou populační skupinu charakterizují a určují i normu určité vlastnosti v této subpopulaci, jsou **průměr** a **směrodatná odchylka**. Průměr představuje střední (nejčastější) hodnotu sledovaného znaku v daném vzorku. Norma se podle tohoto pojetí ztotožňuje s hodnotou nebo pásmem hodnot s **největší četností**. Míru variability daného znaku určuje **směrodatná odchylka**, která je tím větší, čím více možných variant nabývá daný znak. Určuje, jak moc se uvnitř populace jednotliví jedinci v tomto znaku liší. Čím je větší variabilita určitého projevu, tím je širší i pásmo normy.

Teoreticky je hranice široké normy vymezena dvěma směrodatnými odchylkami na obě strany od průměru. Toto pásmo se samozřejmě mění, když se změní hodnota průměru, či směrodatné odchylky.

Pokud rozložení znaku v populaci neodpovídá přesně Gaussovu rozdělení, nemusí být průměr právě nejčastější hodnotou znaku, tu pak vystihuje jiná charakteristika, **modus**.

Běžný projev je akceptován jako normální. Takové kritérium normality, pokud by mělo být interpretováno mechanicky, může být značně zkreslující:

- Jestliže bude v nějaké populaci četnost určitého znaku hodně velká, mohl by být tento projev hodnocen jako normální, bez ohledu na jeho kvalitativní charakteristiku. Agresivní projevy se nestávají normou jen proto, že jsou čím dál častější.
- Dalším problémem je otázka zdánlivé abnormality krajních, relativně vzácných hodnot. Například vysoce nadprůměrná inteligence, která by z čistě matematicko-statistického pohledu byla jednoznačně abnormální, je zároveň sociálně ceněna, z tohoto hlediska je jakousi lepší normou.

## 1.2 Funkční pojetí normality

Jindy bývá definováno jako normální to, co umožňuje **optimální fungování** jedince. To je sice srozumitelné, ale opět ponechává otevřenou otázku, co je optimální fungování a jak ho vymezit.

S funkčním pojetím souvisí i **pragmatický přístup**, jenž považuje za normu úspěšné dosažení určitého cíle, bez ohledu na způsob, resp. prostředky, jakými jej bylo dosaženo. Normální, resp. žádoucí, je takový projev, který vede k potřebnému efektu. Nedostatkem tohoto pojetí je především lhostejnost ke kvalitě prostředků, jež mohou být z obecného hlediska nepřijatelné. Adaptace na určité životní podmínky může být v některých případech problematická (např. kolaborace). Tlak prostředí může posilovat některé nežádoucí projevy, které by podle tohoto kritéria byly považovány za normu. Například akceptace pasivní a závislé role nemocného či postiženého jedince je adaptací na společnost, jež takovou roli preferuje, ale která není jednoznačně nejlepší variantou.

## 1.3 Sociokulturní pojetí normality

Za normální bývá považováno to, co je v dané společnosti a kultuře **obvyklé**. Toto *sociokulturní pojetí* normy vyjadřuje vázanost normy na hodnoty a postoje dané doby, místa a skupiny. Normou je to, co **společenská kritéria** jako normální vymezují, obyčejně ve vztahu k tradici. Takové pojetí se odráží mimo jiné i ve stereotypech postojů k jedincům nějak odlišným, zejména





v jejich emoční složce, tj. v míře odmítání či tolerance této odchylky. Sociokulturní vymezení abnormality vůbec nemusí odpovídat skutečné závažnosti těchto potíží ve smyslu poruchy funkce a neschopnosti adaptace na běžné prostředí. Jakkoliv odlišní lidé jsou považováni za nenormální především proto, že se vymykají běžnému očekávání. Na současné civilizační úrovni hrají ve vymezení normality značnou úlohu média. Bylo by dokonce možné vymezit tzv. **mediální normu**, která představuje jakýsi vzor toho, co je opakovaně a často atraktivním způsobem prezentováno jako žádoucí nebo standardní.

Tak je ve sdělovacích prostředcích prezentováno násilí, o jehož četnosti – a tudíž i běžnosti a normálnosti – podávají média každodenní důkazy. Asymetrické informace o dění ve společnosti (ve prospěch různých senzací) mohou vyvolat pocit, že jde o něco zcela obvyklého, a tudíž normálního. Řada autorů soudí, že tímto způsobem se zároveň posiluje tendence k podobným projevům chování se všemi důsledky.

Součástí mediální normy je i jakási symbolická, idealizovaná realita, jež prezentuje výjimečné jedince jako normu. Ti představují určité vzory, které se jeví jako standard, ačkoli jsou extrémní (krásní, mladí, bohatí, užívající to či ono). Na tomto způsobu prezentace je založena i reklama.

### 1.3.1 Norma jako ideál

Norma jako **ideál**, jemuž je třeba se přiblížit, může mít svůj stimulačně motivační význam, zejména v některých vývojových fázích (například v období dospívání). Pojetí normy jako optimálního stavu definuje nejlepší možný výsledek, který se ještě zdá být dostupný. V tomto smyslu může fungovat jako cíl, ale nikoli jako hodnotící kritérium, protože jeho dosažení není příliš pravděpodobné.

### 1.3.2 Skupinová norma

Různé **sociální skupiny** se mohou z hlediska svých normativních kritérií značně lišit (např. ve vztahu k mentálním poruchám, k asociálním a agresivním projevům apod.). Z tohoto důvodu může docházet k problémům adaptace (akulturace) jedinců z minoritního etnika na normu majoritní společnosti. Příkladem může být romská minorita se svými odlišnými normami a jiným stylem života, uprchlíci, kteří přicházejí z jiného sociokulturního prostředí apod. Ale své normy, ideály a pojetí abnormality mohou mít i skupiny vymezené např. sociálně, profesně, věkově, náboženskou příslušností apod.

J. Fischerová (1988) mluví o tzv. **dílčí normě**, která specifikuje kritéria určená pro menší část populace, např. nějak postižených lidí. V tomto smyslu dochází k určitému posunu normativních kritérií. Význam dílčí normy mají např. školní známky ve zvláštní škole, které mají tutéž nominální hodnotu, ale zcela jiný psychologický obsah. Srovnání s nepostiženou populací by potlačovalo motivaci nedosažitelnosti obecně platné normy. Spontánně, neregulovaně vzniklé normy pro dílčí subpopulaci jsou však i faktorem dílčí izolace. Zkreslují skutečný stav a vedou ke ztrátě kritičnosti k takto postiženému jedinci. Taková deformace hodnotícího

přístupu postihuje např. rodiče postižených dětí, ale často i dlouholeté zaměstnance těchto zařízení. Nicméně i přes všechny uvedené výhrady mají dílčí normy svůj smysl pro zjednodušení základní orientace a diferenciaci podskupiny.

### 1.3.3 Subjektivní norma pozorovatele

Variabilita v hodnocení toho, co je a co není normální, a v postoji k nestandardním projevům existuje i u různých jedinců téže populace. Tuto specifičnost vyjadřuje **individuální, subjektivní** pojetí normy. Rozdíly v pojetí normality odrážejí osobnostní vlastnosti člověka, jeho individuální zkušenost a eventuálně i situační působení nějakého aktuálního vlivu (který se projeví např. v emočním ladění, změnou somatického stavu apod.). Individuální pojetí normy souvisí i s celkovou intelektovou úrovní jedince, jeho informovaností a schopností adekvátně chápat realitu. Jestliže jsou možnosti jednotlivce v tomto směru omezeny, bude jeho postoj více emocionální, šablonovitý, méně diferencující a méně tolerantní. Individuálně variabilní bývá např. vztah k poruchám chování, ke strachu a úzkosti, k různým handicapům apod.

## 1.4 Vymezení normality

Vymezení normality závisí na aktuální úrovni poznání v dané společnosti. Mnohé projevy, které nelze dobře chápat, protože se vymykají běžným znalostem, bývají považovány za abnormální jenom proto, že jsou nesrozumitelné. Bývá tomu tak zejména tehdy, jestliže jsou nějak nápadné a snadno upoutávají pozornost. V těchto případech převažuje emoční složka postoje a neznámé je odmítáno, protože vyvolává strach a nejistotu.

V pojetí normality hraje značnou úlohu **časový faktor**. Normativní kritéria se v průběhu vývoje společnosti mění. Proměna hodnotového systému a z toho vyplývajících postojů je vázána na změny, k nimž v každé společnosti zcela zákonitě, pod vlivem vnějších faktorů i vnitřní dynamiky, dochází. Takový vývoj se projevuje změnou tolerance např. k určitým projevům, které přestávají být řazeny mezi abnormality. (Lze si všimnout změny postoje k homosexualitě, k rozvodům.)

Na druhé straně se může zvyšovat tlak na kvalitu nějakého projevu, např. intelektuálního výkonu, a proto se i zde posune hranice normy. (Příkladem může být obecný trend přeřazování stále většího počtu žáků do zvláštní školy.) Podobně je tomu např. i v hodnocení dětského chování. V posledních letech se zvyšuje tlak na normalitu ve smyslu optima a snižuje se tolerance k výkyvům (Matějček, 1991). Klesá i tolerance ke kouření v některých zemích, přestože cigareta byla a nepřímo ještě je dlouho takřka součástí určitého kulturního ideálu propagovaného reklamou.

Časové hledisko v pojetí normality je zřejmé i ve vztahu k toleranci vývojově podmíněných projevů. Diferenciace v přístupu k hodnocení psychických projevů podle očekávané vývojové





úrovně odpovídá skutečnosti: psychika se v průběhu lidského života mění. Bývá obvyklá větší tolerance k chování malých dětí a starých lidí (včetně předpokladu, že děti mohou žádoucí normy dosáhnout a staří ji rovněž dříve splňovali).

Variabilita dynamiky vývoje v dětském věku vede k celkem logickému odmítání striktnější kategorizace normálních a abnormálních projevů, mnohdy až neúčelně, když je zřejmé, že určitá odchylka má závažnější a trvalejší charakter. Předpokládaná a často pravděpodobná možnost zlepšení vede k větší toleranci, zejména v předškolním věku, kdy ještě nejsou stanovena jednoznačnější kritéria dětského chování a výkonu. Jedním z nich je později např. školní klasifikace. Kritérium populační normy dané společnosti poskytují např. psychodiagnostické metody (testy schopností i osobnostních vlastností), které mohou alespoň orientačně určit vývojovou úroveň dítěte a případné odchylky v testované oblasti.

## Shrnutí

Vymezení normy je obtížné a nejednoznačné. Norma může být chápána statisticky, funkčně nebo sociokulturně. Mnohdy může být odchylka od normy pozitivní, a tudíž sociálně žádoucí; popř. být neutrální. Hranice mezi normou a abnormalitou představuje jakési kontinuum. Jeho vymezení závisí na mnoha faktorech, především na aktuální úrovni dané společnosti, u různých skupin se může lišit, vyvíjí se v čase a nemá definitivní platnost.

### Kontrolní otázky

- Jaké jsou nevýhody statistického pojetí normy?
- Co je to mediální norma a jaký má v současné společnosti význam?
- Pokuste se definovat normu ve vztahu k určité psychické vlastnosti či projevu (např. emocím, strachu a úzkosti).

# 2 Mechanismy variability lidské psychiky

Vývoj nejrůznějších psychických vlastností, jejich standardních i vzácných, eventuálně patologických variant, je závislý na mnoha faktorech. Tyto faktory mohou mít v individuálních případech nestejně významnou roli. Vývojová dynamika rozvoje určité vlastnosti i celé osobnosti je dána individuálně variabilní dispoziční složkou a charakterem celého komplexu zkušeností (jejichž zpracování je rovněž do určité míry předurčeno genetickými předpoklady).

Psychické poruchy, které by byly podmíněny pouze jednou ze dvou základních složek, tj. dědičností nebo učením, jsou vzácné. V těchto případech jde vesměs o velmi nápadné odchylky, jež mohou být čímkoli jiným málo ovlivnitelné. (Například geneticky podmíněný, velmi těžký mentální defekt, který omezuje možnosti vlivu prostředí na minimum.) Čím je určitý znak blíže průměru, tím vyrovnanější bývá komplexní vliv dědičnosti a prostředí.

**Interakční teorie** charakterizují normální i odchylný duševní vývoj jako proces postupných změn psychických vlastností a integrace osobnosti, který je dán **rozvojem vrozených dispozic v interakci s působením prostředí**.

Určitý význam má v tomto procesu i aktivita jedince. Ten není považován za pouhého pasivního příjemce jakýchkoli podnětů, ale aktivně působí na své prostředí, přetváří ho, a tím zpětně mění vnější vlivy, které na něj působí.

Z hlediska celkového vývoje, normálního i patologického, je potřebné brát v úvahu význam jednotlivých **životních období** a jejich vzájemnou souvislost. Biodromální přístup k chápání psychiky vychází z toho, že každá vývojová fáze lidského života má specifický smysl a cíl. Úsilí o dosažení cíle příslušného období se ne vždy zdaří, může dojít k selhání. Každá fáze je navíc jak výsledkem předcházejícího vývoje, tak základem pro další rozvoj. Odchylky v psychickém vývoji mají svůj individuálně lokalizovaný okamžik vzniku, ale modifikují více či méně i další rozvoj osobnosti. Mají svou dynamiku a vliv jak na celkový psychický, resp. i somatický stav jedince, tak na postoje a chování jiných lidí. Pro úspěšný vývoj je třeba, aby dědičné předpoklady i vlivy prostředí byly v normě a aby zrání a učení působilo ve vzájemném souladu i časové shodě. Jestliže tomu tak není, může dojít ke vzniku odchylek různé závažnosti.

## 2.1 Dědičnost jako příčina vzniku psychických odchylek

Souhrn dědičných předpokladů – **genotyp** – představuje většinou pouze dispozice ke vzniku určité, normální či patologické, vlastnosti organismu. V tomto smyslu lze říci, že genetické vlohy určují míru rizika vzniku nějaké psychické odchylky. Jejich konkrétní projev je ve větší či menší míře závislý na kvantitě





i kvalitě stimulů vnějšího prostředí. Jak pro normální, tak v ještě větší míře pro patologické vlastnosti je důležitá otázka míry, v níž mohou být psychické vlastnosti předurčeny geneticky, a nakolik jsou naopak ovlivnitelné prostředím. Tato míra neboli heritabilita je u různých normálních vlastností různá. Jestliže jde o odchylky, je míra jejich dědivosti dána i typem genetického přenosu. V zásadě platí: **Čím je genetická odchylka od normy závažnější, tím méně se zde mohou uplatnit vlivy prostředí.**

Genetická výbava člověka je zakódována ve formě genů, tvořících dvě identické sady. Jedna pochází z otcovské zárodečné buňky a druhá z mateřské. Mezi dvojicí genů se stejnou funkcí existují nejrůznější vztahy, které mohou být velmi složité a nejsou ještě zcela objasněny. Žádný gen, ani gen se změněnou funkcí, se neprojevuje zcela izolovaně, ale vždy v rámci komplexu živého organismu, žijícího v určitém prostředí.

Normální psychické vlastnosti, stejně tak i jejich krajní varianty, které lze leckdy hodnotit jako abnormální, jsou dědičné **polygenním způsobem**. (Je to např. nízká inteligence, vysoký neuroticismus apod.) To znamená, že se na jejich vzniku spolupodílí větší, avšak přesně nezjištěné množství genů, které by izolovaně měly jen nepatrný účinek. V případě polygenní dědičnosti jde vždy o interakci genetických dispozic a vlivů prostředí. Exogenní vlivy v tomto případě určují definitivní variantu nějaké vlastnosti.

Psychická vlastnost, která je v tomto případě **fenotypem**, je výslednicí dlouhodobých a velice složitých vztahů mezi souborem dědičných dispozic, tj. genotypem, a faktory životního prostředí, které se v průběhu života neustále mění z hlediska intenzity, kvality i času. Každý genotyp má své vymezené hranice, tj. reakční normu, v níž je schopen na vlivy prostředí reagovat. Prostředí rozhoduje o tom, jaký bude konkrétní fenotyp v rámci tohoto rozmezí. Reakční norma jednoznačně určuje maximální dosažitelnou úroveň rozvoje dané vlastnosti u každého jedince. Dosáhne jí jen tehdy, budou-li vlivy prostředí působit optimálně. Například dítě může být výrazně zanedbáváno, a pak se rozvine jen minimum intelektových dispozic. Pokud by bylo intenzivně stimulováno, jeho schopnosti mohou dosáhnout horní hranice.

**Podíl dědičnosti a vlivu prostředí na vzniku určité psychické odchylky bývá různý,** v závislosti na povaze této vlastnosti. Míra dědičnosti se obyčejně velmi těžko určuje, protože zde spolupůsobí celá řada různých faktorů. Navíc může mít prostředí rozličný význam u hraničních genotypů, to znamená u nadprůměrně a podprůměrně disponovaných jedinců.

Různé psychické vlastnosti ovlivňují vzájemný partnerský výběr. Například u inteligence platí pozitivní selektivita, lidé mají tendenci si vybírat pro manželství partnery, kteří jsou jim z tohoto hlediska podobní. Tímto způsobem se zdánlivě zvyšuje význam dědičnosti ve skupině nadprůměrných i podprůměrných jedinců. Kromě jiného i proto, že kvalita stimulace (přibližně 25 % variability rozumových schopností závisí na prostředí) odpovídá v takových rodinách úrovni rodičovské inteligence. V případě typu temperamentu (tj. osobního tempa, převládajícího způsobu emočního prožívání apod.) platí spíše opačná tendence. Přitahují se ve větší míře lidé v tomto znaku odlišní, resp. komplementární. V souhrnu lze říci, že variabilita dědičných předpokladů potomstva je vždycky určitým způsobem ovlivněna nenáhodností partnerské selekce jejich rodičů.

Duševní nemoci a poruchy psychického vývoje mohou být dědičné nejrůznějším způsobem. Míra dědičné zátěže může být v těchto případech různá.

## 2.2 Základní varianty genetického přenosu duševních poruch

- **Chromozomální aberace,** jejichž základem je **porucha počtu nebo struktury chromozomů.** Příkladem takové poruchy je *Downův syndrom, trizomie 21 chromozomu.* Typickým příznakem tohoto syndromu je mentální retardace, obyčejně středního až lehčího stupně. Takto postižené děti mají i mnohé další znaky, které charakteristickým způsobem mění jejich vzhled (např. epikantus, tj. zešikmení očních štěrbin, malý knoflíkovitý nos, velký jazyk, krátké ruce a nohy apod.). Časté bývají i vrozené srdeční vady.

  Dalším příkladem je *syndrom lomivého X chromozomu.* Tímto onemocněním bývají postiženi převážně chlapci, ženy jsou zpravidla pouze přenašečky. Typickým znakem tohoto syndromu je mentální retardace, dále některé nápadnosti vzhledu, např. velké uši a vystupující brada. Objevují se i nápadnosti v chování, tito chlapci bývají impulzivní a obtížně výchovně zvladatelní (Thompson a Thompsonová, 1988).

- **Monogenní poruchy,** které jsou způsobené **genovými mutacemi.** Jejich příčinou je odchylka v jednom lokusu určitého genu, tzn. že jsou jedním z projevů funkce určité alely (alela je jedna konkrétní forma genu). Příkladem takové choroby může být *Alzheimerova demence*, která je dědičná autozomálně dominantním způsobem (Mazura et al., 1997).

- **Multifaktoriální poruchy,** které jsou podmíněné **jak genetickými faktory, tak vlivy prostředí.** Geneticky jde o polygenní typ dědičnosti. To znamená, že genetická dispozice je vázaná na společný účinek většího, přesně neurčeného počtu genů, resp. alel. Jejich působení mohou do určité míry ovlivnit i různé faktory vnějšího prostředí (např. fyzikální, chemické, biologické, ale i psychologické a sociální). (Takovým způsobem jsou ovlivněny i mnohé normální vlastnosti, např. inteligence je závislá přibližně ze 75 % na dědičném základu a z 25 % na podnětech vnějšího prostředí.)

Dědičnost mnoha duševních poruch či chorob je pravděpodobně značně **heterogenní**. To znamená, že se na jejich vzniku mohou podílet různé geny, různý může být i způsob genetického přenosu. V odborné literatuře se objevují studie, které tento předpoklad potvrzují. Protože nelze předpokládat, že by všechny studie byly zatíženy nějakou chybou, jeví se stále pravděpodobnější představa, že určitá onemocnění jsou ve skutečnosti skupinou klinicky podobných, ale





Tab. 2.1: Příspěvek různých vlivů ke vzniku některých psychických onemocnění (Moldin a Gotesman,1995); jiní autoři (Kendler a Diehl, 1995) předpokládají větší míru dědivosti schizofrenií (0,87).

| | Polygenní dědičnost | Rodinné prostředí | Jiné vlivy prostředí |
|---|---|---|---|
| Bipolární poruchy | 0,86 | 0,07 | 0,07 |
| Velká deprese | 0,52 | 0,30 | 0,18 |
| Schizofrenie | 0,63 | 0,29 | 0,08 |

etiologicky různých jednotek. V populaci může existovat několik variant různě lokalizovaných genů, které mohou mít pro duševní zdraví svého nositele nějaký význam.

P. Zvolský (1994) upozorňuje na omezenou praktickou užitečnost představy o polygenní dědičnosti duševních onemocnění. Aktuálním trendem v genetice duševních poruch je hledání biologických markerů určitých genů, jež by pomohly identifikovat jednotlivé podskupiny takových poruch. (Marker je stabilní a dobře identifikovatelný znak, který je projevem funkce určité alely.) Tento přístup je založen na předpokladu genetické vazby markeru a vlohy pro vznik psychického onemocnění.

Další možnosti využití markerů nabízí Gershonova teorie genetické vulnerability, tj. zranitelnosti (Gershon, 1994; Zvolský, 1994). Jde o jakousi stabilní vrozenou citlivost, která může svého nositele činit náchylným ke vzniku určité duševní poruchy. Pokud by se podařilo nalézt nějaký marker takové dispozice (např. metabolický produkt), bylo by jej možné najít i v době před vypuknutím choroby. Tato hypotéza je zatížena faktem, že mohou existovat etiologicky různé formy jednoho onemocnění, které mají velmi podobné klinické projevy.

Studie zaměřené na hledání genu, na němž by závisela dědičná dispozice ke vzniku schizofrenie a deprese, rovněž zatím nepřinesly jednoznačné výsledky.

V případě **deprese** dosud nebyl nalezen gen, na němž by závisela, přestože se jeho existence předpokládá. J. C. Harris (1995) uvádí výsledky různých studií, které nabízejí důkazy pro vazbu tohoto genu k chromozomům 11, 18 a pohlavnímu X chromozomu. Lze proto předpokládat, že je tato porucha genotypicky heterogenní.

Rovněž u **schizofrenie** lze předpokládat genetickou heterogenitu. T. C. Gillian, J. A. Knowles (1995) a K. S. Kendler, S. R. Diehl (1995) shrnují výsledky různých studií, z nichž vyplývá pravděpodobný předpoklad vazby příslušného genu k chromozomu 2, 5, 11 a 22. U schizofrenií se dodnes nepodařilo přesněji definovat jejich etiologii a patogenezi. Existuje řada hypotéz a experimentálních poznatků, které se ji pokoušejí nějak vysvětlit. Příkladem může být např. Carlssonova koncepce komplexu schizofrenních onemocnění, jež zdůrazňuje význam talamu při filtraci podnětů, které působí na mozkovou kůru. Při poruchách této funkce dochází k desynchronizaci v mozkové kůře a důsledkem mohou být psychotické projevy (Höschl, 1997). K narušení funkce talamu by mohlo dojít různým způsobem, a tudíž i v důsledku změny různých genů.

V současné době se jeví důležité hledat integrující vysvětlení relativně různorodých dílčích zjištění. Jednou z takových teorií je koncept *syndromu narušené závislosti na odměně* (Blum et al., 1996, in Höschl, 1997).

Tento syndrom zahrnuje různé projevy patologického chování, jejichž společnou příčinou by mohla být dysfunkce dopaminového receptoru, vázaná na jednu alelu lokalizovanou na chromozom 11. Autor zároveň připomíná, že na aktivizaci vlohy k takovým projevům se podílejí i různé vlivy vnějšího prostředí.

Syndrom vrozené závislosti na odměně může vést k různým patologickým projevům:

- Aditivní varianta, která zvyšuje dispozici k alkoholismu, drogové závislosti, kouření i přejídání.
- Impulzivní chování, které se může např. projevit poruchou pozornosti.
- Kompulzivní, tj. nutkavé chování, jedním z jeho projevů může být patologické hráčství.
- Poruchy osobnosti, které jsou typické neschopnosti respektovat nějaký základní řád, u těchto lidí se obvykle projevují i tendence k agresivitě a asociálnímu chování.

Výklad tohoto syndromu využívá Cloningerovy trojdimenzionální typologie osobnosti (Höschl, 1997), jejíž dimenze lze definovat takto:

1. závislost na odměně;
2. zvýšená potřeba podnětů a nových zkušeností;
3. tendence vyhýbat se ohrožení a potenciálnímu poškození.

Každá z uvedených dimenzí souvisí s různými biologickými systémy. Může mít svou normální i patologickou variantu. Předpokládá se, že oba projevy, psychologický i biologický, mohou mít určitý genetický základ.

Typickým příznakem tohoto syndromu, ať už je jeho konkrétní projev jakýkoli, je neschopnost dosahovat uspokojení běžným způsobem, v rámci běžného života. Takto disponovaný člověk potřebuje ke svému uspokojení silnější či méně standardní podněty, než je obvyklé. Receptory centra libosti (lokalizovaného v limbickém systému mozku) mohou být postiženy natolik, že běžné podněty nebudou k vyvolání přijatelné reakce stačit. Alela (resp. alely), na které tato porucha závisí, tak podmiňuje vznik různých odchylek chování, jejichž cílem je dosáhnout uspokojení za každou cenu. Pro tento předpoklad svědčí skutečnost, že uvedené poruchy se dosti často vyskytují společně.

Ze všech uvedených fakt i teoretických koncepcí lze vyvodit jediný obecný závěr: **Na vzniku psychických onemocnění a poruch se významně podílejí i dědičné dispozice.**

## 2.3 Vlivy vnějšího prostředí jako příčina vzniku psychických odchylek

Životní podmínky určitým způsobem ovlivní rozvoj dědičných předpokladů. V průběhu vývoje se vytváří typické osobnostní rysy, které lze označit jako fenotyp. Fenotyp je konkrétní realizací genotypu v daném prostředí. Interakce vrozených dispozic a exogenních vlivů je vždycky **individuálně variabilní**.

- Různé dědičné předpoklady jsou postnatálně ovlivňovány velkým množstvím různých faktorů prostředí. Každý jedinec má individuálně typické genetické předpoklady a podle toho reaguje na různé podněty specifickým způsobem. **Prostředí může na různé lidi působit odlišně.** Například člověk, který je dispozičně labilní a přecitlivělý, může vnímat běžné podněty úplně jinak než ten, kdo je spíše flegmatický.





- Faktory prostředí působí z hlediska **časové lokalizace** mnohdy značně odlišně. Minulá zkušenost se určitým způsobem fixuje a ovlivňuje projevy genotypu různým způsobem. Reakce na nové podněty již bude touto zkušeností modifikována. Například člověk, který přichází z jiného sociokulturního prostředí, může vnímat běžné podněty úplně jinak než ten, kdo zde žije od narození. V průběhu života přicházejí i tzv. kritická období, kdy je jedinec zvýšeně citlivý k různým vnějším vlivům (např. citlivost k psychické deprivaci v kojeneckém věku nebo problémy rozvoje identity v dospívání).
- Každý člověk do určité míry **sám aktivně ovlivňuje reakce svého okolí**, v pozitivním i negativním smyslu. (Například lidé se budou jinak chovat ke stále podrážděnému či přecitlivělému člověku než k někomu, kdo je většinou dobře naladěn.)

Působení prostředí bude záviset jak na samotných podnětech, které z něho vycházejí (jejich kvantitě, kvalitě i časové lokalizaci), tak i na způsobu, jak na ně určitý jedinec reaguje.

Charakter a tempo individuálního psychického vývoje, resp. stárnutí, i jeho variabilita je dána dynamickým vztahem vlastností určitého organismu a určitého prostředí. To znamená, že každá osobnost bude na jedné straně přijímat podněty a zpracovávat je a na druhé straně bude své prostředí individuálně typickým způsobem ovlivňovat. Vzhledem ke kvalitě genetických dispozic, vlivů prostředí a zejména jejich kombinaci, budou vznikat nejenom průměrné, ale i okrajové, resp. abnormální varianty.

1. Může být nějak **omezena již genetická dispozice**. Za těchto okolností nestačí vlivy prostředí k tomu, aby se žádoucí vlastnost rozvinula (např. dítě je mentálně postižené a sebelepší výchova mu nemůže umožnit dosáhnout normální inteligence).
2. **Vlivy prostředí jsou nedostatečné** nebo **nějak nepřiměřené.** Přestože jsou genetické předpoklady takového jedince v normě, nebude se rozvíjet přijatelným způsobem (může jít např. o poruchu osobnostního vývoje u citově deprivovaného dítěte).

Lidský jedinec je v trvalé interakci se svým prostředím a musí se adaptovat na jeho podmínky, eventuálně, je-li toho schopen, přizpůsobit vnější prostředí svým potřebám. Člověk svoje prostředí hodnotí na základě svých zkušeností, vlastností i kompetencí a aktivně na něj reaguje. Adaptace na vnější podmínky je procesem trvalé modifikace psychických vlastností a projevů. Přiměřená adaptace neznamená jen uspokojení vlastních potřeb, ale i schopnost snášet různá omezení a strádání, která však nesmí překročit určitou, subjektivně danou hranici. K adaptačním poruchám dochází tehdy, jestliže všechny významnější potřeby jedince nemohou být v daném prostředí uspokojeny v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu. Maladaptační projevy vznikají i tehdy, jestliže se nepodaří dosáhnout souladu mezi potřebami jedince a podmínkami prostředí. Etiologicky může jít o různé varianty. V některých případech může být velmi obtížné posoudit, jaká forma přizpůsobení by byla pro danou situaci přiměřená. Obecně

lze říci, že je třeba, aby daný stav vyhovoval individuálním potřebám jedince, nenarušoval jeho psychickou rovnováhu a přitom respektoval i běžné požadavky určitého sociokulturního prostředí.

### 2.3.1 Negativní faktory ovlivňující prenatální vývoj

V prenatálním období jsou veškeré vnější vlivy zprostředkovány organismem matky, představujícím primární prostředí plodu. V této fázi se mohou uplatnit i **teratogenní vlivy**, které poškozují normální vývoj. Teratogenní faktory mohou být fyzikální, chemické i biologické (do této kategorie by patřilo mj. mechanické poškození plodu, působení drog či alkoholu nebo některých virů, např. zarděnek).

1. Míra účinku teratogenního faktoru závisí na vývojovém období, v němž na plod působí, na délce trvání jeho působení a na dávce tohoto činidla. Účinek teratogenu je nejzávažnější v prvním trimestru. Později se míra rizika snižuje.
2. Účinek teratogenu ovlivňuje i reakce organismu matky, závisí na její individuální citlivosti na různé teratogenní faktory, které mohou, či nemusí působit škodlivě.
3. Genotyp embrya určuje jeho individuální citlivost k různým potenciálně škodlivým vlivům již v počátcích jeho vývoje a ovlivňuje i jeho schopnost určité poškození alespoň do určité míry kompenzovat.

### 2.3.2 Negativní vlivy prostředí v postnatálním období

Podněty prostředí určité kvality jsou pro zdárný psychický rozvoj každého jedince nezbytné. Pokud potřebnou kvalitu nemají nebo nepůsobí v přiměřené míře, mohou psychický vývoj narušovat. Za těchto okolností se pod jejich vlivem vytvářejí různé patologické varianty, resp. k jejich vzniku alespoň přispívají. Mohou působit na psychický stav jedince přímo nebo jej ovlivňovat prostřednictvím somatických změn.

#### Somatogenní vlivy

Psychická a somatická složka se navzájem ovlivňují, jsou součástí jednoho organismu, jehož funkce reguluje centrální nervový systém. Není proto divu, že psychický stav ovlivňují i různá somatická **onemocnění a postižení**. Psychické odchylky v tomto případě vznikají zprostředkovaně, jako sekundární. Avšak ani za normálních okolností nelze tento vztah přehlížet. Je známé, že i běžné somatické problémy se odrazí v emočním ladění, výkonnosti a celkovém chování jedince a naopak, různé osobní problémy se mohou projevit somatizací, např. úzkost a strach ovlivní funkci zažívání, vyvolají třes apod.

Somatické onemocnění nebo postižení nemusí ovlivnit jen aktuální psychický stav, ale mohou vést k trvalejším osobnostním změnám.





V tomto případě je vhodné rozlišovat:

- Nemoc či postižení omezuje a ovlivňuje rozvoj určitých kompetencí a psychických vlastností. (Například těžce tělesně postižený člověk nemůže být nikdy zcela samostatný a vždycky bude závislý na nějaké pomoci.)
- Nemoc či postižení ovlivňuje postoje a z toho vyplývající chování okolí k nemocným a postiženým. Lidé se k takovému člověku obvykle chovají jinak než ke zdravému. I tato změna může být příčinou vzniku některých odchylek. (Může jít např. o nepříznivý vliv sociální izolace, odlišného očekávání apod.)

#### Psychogenní vlivy

Každý jedinec již od svého dětství získává určité negativní zkušenosti, např. nemůže vždycky uspokojit všechny své potřeby tak, jak by si přál. Musí se naučit, jak se s různými zátěžemi a překážkami vyrovnávat a jak je překonávat. Zátěže jsou do určité míry užitečné, protože podněcují aktivitu jedince, a tím i jeho rozvoj. Pokud se nejedná o zátěže extrémně závažné, je nutno přihlížet vždy k jejich subjektivnímu hodnocení – mohou mít pro každého jedince trochu jiný význam. Je běžně známé, že co je pro jednoho člověka nepřekonatelným problémem, nemusí pro jiného znamenat nic zvláštního.

Jestliže se však subjektivní míra zátěže zvyšuje natolik, že se s ní člověk nedokáže vyrovnat, může působit jako **zdroj psychických potíží**. (Děje se tak tehdy, když dochází ke kumulaci problémů, eventuálně pokud příliš dlouho trvají, resp. pokud je na ně člověk z nějakého důvodu citlivější.)

Obecná míra odolnosti k zátěžovým situacím se označuje jako **frustrační tolerance**. Je to schopnost vyrovnávat se s náročnými životními situacemi bez nepřiměřených, maladaptivních reakcí, schopnost vynakládat úsilí na překonávání potíží, ale zároveň i dostatečná sebedůvěra v tyto schopnosti, v možnost najít přijatelné řešení. Označuje míru zátěže, s níž se člověk dovede bez větších problémů vyrovnat. Tato kompetence se u každého člověka nerozvíjí stejným způsobem. Závisí na vrozených dispozicích, na vývojové úrovni, individuálních zkušenostech i aktuálním stavu.

## 2.4 Základní typy zátěžových situací

Jednotlivé zátěžové situace mohou mít pro vznik a rozvoj psychických poruch různý význam. Z tohoto hlediska lze diferencovat základní druhy zátěží.

### 2.4.1 Frustrace

Jako frustrující označujeme situaci, kdy je člověku **znemožněno uspokojit nějakou, subjektivně důležitou potřebu**, ačkoli si myslel, že uspokojena bude. Frustrace je neočekávaná ztráta naděje na uspokojení. Taková situace vyvolává prožitek zklamání a stimuluje reakce zaměřené na vyrovnání nepříznivé bilance. Pozitivní očekávání při jejím vzniku hraje důležitou roli. Pokud

člověk nic dobrého nečeká, nebývá zklamán. Lidé často říkají *„raději se nebudu těšit, aby se to nepokazilo"*. Omezení očekávání je jednou z obranných reakcí. Frustrace bývá překonávána prostým odložením uspokojení či posílením vytrvalosti řešení vzniklého problému, event. změnou motivu.

□ Desetiletý Jakub, žijící s rozvedenou matkou, se velmi těší na sobotu, kdy pojede s vlastním otcem na výlet autem. Otec se však celý víkend neukáže. Chlapec prožívá velké zklamání (frustraci), ale pokud se tak stane výjimečně, popř. otec se mu později omluví a vysvětlí své vážné důvody, proč nemohl přijít, negativní dopad na Jakubovu psychiku nebude dlouhodobý. Značně nepříznivé účinky by pravděpodobně mělo, pokud by otec situaci nevysvětlil, nebo se příště opět ukázal, a pak opět několikrát Jakuba bezdůvodně zklamal.

Frustrace je relativně častá varianta zátěže, která nemusí vyvolávat nepřiměřené reakce a může být do určité míry žádoucí zkušeností, protože nutí člověka hledat jiná řešení a napomáhá tak rozvoji jeho schopností.

□ Pan U. je frustrován, protože měl slíbené pracovní místo, ale do konkurzního řízení se přihlásil nečekaně další uchazeč, kterému dala firma přednost. Pokud se pan U. nestáhne, ale s odvahou začne hledat práci v jiné oblasti, může v sobě objevit nové schopnosti a nakonec dosáhnout většího uspokojení.

M. Nakonečný (1996) upozorňuje na rozdíl mezi vnějšími a vnitřními zdroji frustrace. Člověk může být frustrován jak vnějšími vlivy (například reakcemi blízkých lidí, neočekávanými překážkami, ale i chyběním zdroje potenciálního uspokojení), tak vlastními zábranami, nedosažitelnými aspiracemi, nízkým sebehodnocením apod.

**Výchova dítěte** je v podstatě usměrňováním jeho přirozené aktivity a omezováním bezprostředního uspokojování potřeb, resp. vytvářením sociálně žádoucích způsobů jejich uspokojování, proto často přináší frustrující situace. To, zda je dítě zpracuje pozitivně a využije jich pro svůj rozvoj, záleží na celkovém emočním klimatu, v němž výchova probíhá, a na tom, zda je jednání dospělého pro dítě srozumitelné a předvídatelné (viz Jakubův příklad).

### 2.4.2 Konflikt

Intrapsychický konflikt je považován za specifickou variantu frustrace. Patří také mezi běžné potíže, s nimiž se každý člověk v životě opakovaně setkává. Subjektivně významným, event. patogenním činitelem se stává teprve tehdy, jestliže je skutečně závažný, trvá příliš dlouho, zahrnuje osobně důležitou oblast a pokud jej člověk není schopen řešit. Z psychopatologického hlediska mohou být významné vnitřní konflikty. Ty se odehrávají (pokud nebyly vytěsněny) ve vědomí jedince a znamenají **střetnutí dvou navzájem neslučitelných, přibližně stejně silných tendencí**. Intenzita konfliktu závisí na subjektivním, emočním i racionálním hodnocení těchto dvou motivů. Intrapsychickým konfliktem je např. protichůdný tlak vědomí povinnosti a tendence k aktuálnímu uspokojení.





S. Freud mluví o konfliktu principu slasti a principu reality, tj. požadavků prostředí, sociálních tlaků. Příkladem může být konflikt sexuální touhy po určitém člověku a společenské normy, která takový vztah z nějakého důvodu nepřipouští. Podle E. H. Eriksona je pro každé vývojové období typický určitý typ konfliktu. Například pro školní věk je charakteristický rozpor mezi potřebou výkonu a strachem ze selhání. Jestliže nějaký závažnější vnitřní konflikt přetrvává, může působit jako patogenní činitel. Člověk se mu sice obyčejně nějak brání, ale obranné mechanismy mohou v případě větší zátěže selhávat. Taková obrana je podle S. Freuda důležitou funkcí ega. Mnohdy funguje pouze tak, že ohrožující a nezvládnuté konflikty vytěsní do nevědomí. Vytěsněním problému se člověk sice zbavuje akutní úzkosti a napětí, ale i v této rovině může narušovat psychickou rovnováhu. Vnitřní konflikty a způsob jejich zpracování se mohou stát zdrojem psychických potíží.

□ Obtížně řešitelný intrapsychický konflikt může prožívat žena, která žije společně s manželem a tchyní v jedné domácnosti. Vztah s manželem je dobrý, chtěla by si jej udržet, ale jeho matka ji až v neúnosné míře stále kontroluje a kritizuje. Manžel na matce lpí a není schopen situaci změnit. Tato žena prožívá konflikt potřeby udržet manželství a potřeby odejít z nesnesitelného prostředí.

### 2.4.3 Stres

Pojem *stres* (angl. napětí, zátěž) poprvé pro označení charakteristických fyziologických projevů, jimiž organismus reaguje na různé zátěže, použil kanadský endokrinolog H. Selye. Stres je podle klasika Selyeho *„sumou všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespecifickou noxou"* (Schettler et al., 1993, s. 610). Termín stres má v současnosti mnohem širší použití, označuje se jím např. i zátěžová situace nebo stav individua (Nakonečný, 1996). Z **psychologického hlediska** lze stres chápat jako **stav nadměrného zatížení či ohrožení**. Psychologické pojetí stresu je tedy širší než pojetí biomedicínské.

#### Charakteristické znaky stresových situací

Přehledně je shrnula R. L. Atkinsonová se svými spolupracovníky (1995):

- **Neovlivnitelnost situace** – člověk vnímá určitou situaci s větší pravděpodobností jako stresovou, když ji považuje za neovlivnitelnou. Příkladem může být nevyléčitelná nemoc. Přesvědčení, že můžeme průběh událostí nějak ovlivnit, snižuje prožitek stresu.
- **Nepředvídatelnost vzniku zátěžové situace** – nemožnost předvídat určité události a připravit se na jejich zvládnutí zvyšuje pocit intenzity stresu. Člověk, který neví, jak se bude jeho nemoc dále vyvíjet, se cítí být více stresován než ten, kdo má již určité zkušenosti nebo byl srozumitelně informován.

- **Subjektivně nepřiměřené, nadměrné nároky.** Nároky určité situace mohou dosahovat až na hranici možností určitého člověka. Například stará žena, která se stará o těžce nemocného, dementního a zcela závislého manžela, může žít v dlouhodobém stresu. Výlučná péče a zodpovědnost za pacienta je pro jednoho člověka zcela neúnosná.
- **Životní změna, která vyžaduje značné přizpůsobení,** omezuje dosavadní zvyklosti a znehodnocuje dosud funkční strategie chování. Za stresovou situaci je např. považována nejen smrt manželského partnera, ale i rozvod, nebo dokonce sňatek.
- **Subjektivně neřešitelné vnitřní konflikty.** Například muž si vytvořil nový citový vztah, který jej plně uspokojuje, ale nemůže situaci řešit rozvodem, protože jeho manželka je těžce nemocná a je na něm v mnoha směrech závislá. V tomto případě jde o konflikt potřeby vlastního uspokojení proti morálnímu tlaku.

### Fáze reakce na stres

Americký psychiatr R. H. Rahe (1996) člení proces reakce na stres na několik po sobě následujících fází:

1. **Fáze uvědomění zátěže,** tj. prožívání a interpretace určité situace jako stresové. Způsob, jakým člověk nějakou, potenciálně stresovou situaci vnímá, závisí na jeho zkušenosti, jeho aktuálním stavu, schopnostech, ale i na sociální podpoře, kterou má.
2. **Fáze aktivace psychických obranných reakcí.** (Může jít např. o popírání reality, tendenci k izolaci ze situace, která je hodnocena jako neúměrně zátěžová apod.)
3. **Fáze aktivace fyziologických reakcí.** Fyziologické adaptační mechanismy jsou spuštěny psychickými podněty (mohou být stimulovány i jinak, somatickou cestou). Všechny tři fáze následují velice rychle po sobě.
4. **Fáze zvládání** (*copingu*), tj. hledání strategií, které by mohly vést ke zmírnění účinků stresu.
5. **Fáze prvních chorobných příznaků,** resp. uvědomění, že jde o závažnější a trvalejší obtíže.
6. **Fáze diagnostikování stresem podmíněné poruchy.** (Nejčastěji jde o psychosomatické onemocnění.)

Stresujícími situacemi, jež popsanou reakci vyvolávají, mohou být výjimečné zážitky, vymykající se běžné lidské zkušenosti (přírodní, industriální a společenské katastrofy – záplavy, velké havárie či válka), ale i relativně běžné zátěže, které zažije každý člověk, jako je smrt někoho blízkého, závažnější nemoc či ztráta zaměstnání.





Prožitek nadměrné zátěže nebo ohrožení je spojen s různými psychickými reakcemi, které obyčejně přetrvávají i v dalších fázích (a stimulují posléze fyziologické reakce).

### Psychické reakce na stres

- **Změna emočního prožívání** je obvyklou reakcí na zátěž, zejména pokud by trvala delší dobu.

  V závislosti na typu osobnosti i na vnější situaci může mít emoční reakce různou kvalitu:

  **Úzkost** – člověk reaguje na stres pocitem napětí a obav z nějakého, blíže neurčeného ohrožení.

  **Vztek a agrese** – člověk má tendenci se proti stresujícím vlivům bránit, a proto se mnohdy chová agresivněji než za normální situace.

  **Deprese** – tj. smutek jako reakce na pocit neřešitelnosti určité zátěžové situace.

  **Apatie,** rezignace a uzavření se do sebe jsou výrazem pocitu bezmocnosti nalézt přijatelné řešení.

- **Oslabení kognitivních funkcí.** V zátěžové situaci se zhoršuje úroveň logického uvažování. Významnější změna emočního ladění může zatěžovat zpracování informací (např. úzkost zvyšuje celkové napětí a negativně ovlivňuje koncentraci pozornosti), rušivě mohou působit i různé asociace a vtíravé myšlenky, vyvolané zážitkem stresu.
- **Uvědomění zátěže aktivizuje psychické obranné mechanismy.** Obranné reakce mohou být různé, individuálně specifické. Jejich smyslem je zachování psychické rovnováhy jedince (druhá fáze procesu zvládání zátěže).

  Ve třetí fázi dominují fyziologické reakce, které byly spuštěny psychickými mechanismy. Psychické procesy ovlivňují nejen vznik, ale i průběh těchto reakcí.

Z biologického hlediska obecně každý patogenní podnět vyvolává kromě specifické reakce i nespecifickou humorální odezvu. Tato nespecifická reakce má různou intenzitu, ale stereotypní charakter. Vybavuje se stejně, bez ohledu na kvalitu zátěže. Podle Selyeho se nazývá poplachová reakce a je první fází adaptačního syndromu. Pokud není stres příliš intenzivní, dochází k adaptaci a zlepšení výkonu. Humorální reakce probíhají ve třech fázích:

První fáze je zahájena **reflexně**. Nervovou cestou je podrážděn sympatikus a humorální odezvou je vyplavení katecholaminů (adrenalinu a noradrenalinu). Katecholaminy zvyšují krevní tlak, zrychlují srdeční funkci, regulují oběh ve prospěch vitálně nejdůležitějších orgánů. Zde se podílejí na aktivaci energetických systémů.

Ve druhé fázi se aktivuje hypotalamo-hypofyzoadrenální osa a vyplavují se hormony hypofyzy (zejména adrenokortikotropní hormon, ACTH) a nadledvin (glukokortikoidy a mineralokortikoidy). Organismus aktivuje energetické zdroje a získává energii z cukru a z bílkovin.

Ve třetí fázi se aktivují depotní tuky jako energetický zdroj. Vznikají změny vnitřního prostředí navozené katabolismem.

### Zvládání (coping)

Pro další fázi je podle Raheho typická zvýšená tendence zbavit se subjektivně nepříjemných projevů psychické i fyziologické aktivace, zvládnout je a nebo je alespoň zmírnit. K tomuto účelu slouží mechanismy *copingu* neboli **zvládání**. R. S. Lazarus a S. Folkman (1984) rozlišují dva základní způsoby zvládání (copingu):

1. Zvládání zaměřené na **řešení problému**.
2. Zvládání zaměřené na **zlepšení emoční bilance**. tj. na zmírnění negativních prožitků. Jde o jakýsi symptomatický způsob reagování, který neřeší základní problém, ale přesto může člověku alespoň dočasně nějak pomoci.

Mnozí lidé se dovedou vyrovnat i se závažnějšími zátěžemi natolik efektivně, že se další fáze ani nerozvinou. Pokud člověk nedokáže zátěžovou situaci zvládnout, tj. pokud by *coping* nebyl dostatečně účinný, mohou se postupně objevit různé chorobné příznaky.

Každý nadměrný, dlouhodobý či často opakovaný stres je škodlivý. Traumata mechanická i psychická organismu škodí. Psychické podněty tak mohou vést i k somatickým potížím či onemocněním (např. vysoký krevní tlak, stresové vředy žaludku a dvanáctníku, zhoršení cukrovky atd.).

### 2.4.4 Deprivace

**Deprivace je stav, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických i psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu.** Deprivační zkušenost patří k nejzávažnějším zátěžovým vlivům; může nepříznivě ovlivnit psychiku jedince, resp. jeho vývoj vůbec. Patogenní význam deprivace je závislý na období, kdy k ní došlo. Ve vztahu k různým základním psychickým potřebám lze mluvit o období zvýšené citlivosti k určitému typu deprivace. (Například v raném věku jsou děti citlivější k citové deprivaci než v pozdějším období.) Dlouhotrvající deprivace může vést k **narušení psychického vývoje**, k **nerovnoměrnému rozvoji** některých složek osobnosti či ke vzniku specifických psychických odchylek.

- **Deprivace biologických potřeb** (nedostatek jídla, spánku apod.) ohrožuje přímo tělesné i duševní zdraví jedince a při dlouhodobějším trvání vede k závažnému poškození až smrti postiženého.
- Člověk může strádat v oblasti **stimulace**, to znamená, že mu chybí žádoucí množství a variabilita smyslových podnětů. Takovým typem deprivace trpí např. lidé se smyslovým postižením, zrakovým či sluchovým **(senzorická deprivace)**.





- Výchovné a výukové zanedbávání představuje variantu deprivace v oblasti potřeby **učení (kognitivní deprivace)**. Jedinec, který je zanedbáván vystaven, se pak nemůže rozvíjet požadovaným způsobem, protože nemá potřebnou příležitost k učení. Může se pak okolí jevit jako mentálně postižený, ačkoli mu chybí pouze potřebná zkušenost.
- Závažnou formou je **citová deprivace**, kdy dítěti chybí stabilní a spolehlivý vztah s matkou (resp. náhradní mateřskou osobou). Citové strádání v dětství může podstatným způsobem ovlivnit celkový vývoj osobnosti takového jedince a jeho chování k lidem v dospělosti.
- Při omezení přiměřených mezilidských kontaktů mluvíme o **sociální deprivaci**, jež může postihovat např. děti nebo dospělé dlouhodobě upoutané na lůžko v důsledku choroby či postižení.

## 2.5 Mechanismy psychické adaptace na zátěžové situace

Obrany, které člověk v zátěžové situaci používá, vycházejí z jeho minulých zkušeností. Jestliže přinášely někdy alespoň nějaký pozitivní efekt, zafixují se a člověk má tendenci je opakovat. Stanou se základem jeho obranné strategie, která má trvalejší charakter. Individuálně typický způsob reakce na zátěže ovlivňuje i dispozičně podmíněný typ temperamentu a mnohé další faktory, např. úroveň inteligence. Projeví se zde i sociokulturní zkušenost, protože každá společnost určité obranné strategie preferuje a jiné potlačuje. **Cílem obranných reakcí je obnovení, resp. uchování psychické pohody a rovnováhy.** Někdy, z důvodů příliš velké zátěže nebo omezenějších kompetencí určitého jedince, mohou být obranné mechanismy méně funkční, a rovnováha, kterou vytvářejí, je nedokonalá (dočasná, nestabilní či zcela neadekvátní).

Obranné reakce vycházejí ze dvou základních, fylogeneticky velmi starých mechanismů, kterými je **únik a útok**. Preference určité varianty nebývá náhodná, ale vychází ze zkušenosti i osobních dispozic každého jedince (především temperamentových).

### 2.5.1 Útok

Útok je **aktivní obranou**. Znamená obecnou tendenci nějakým způsobem s ohrožující a nepřijatelnou situací bojovat. Člověk může zaútočit přímo na předpokládaný zdroj ohrožení, anebo se zaměří na náhradní objekt. Agrese může být obrácena i vůči sobě samému, může se projevit verbálním sebeobviňováním, v krajním případě až suicidálními tendencemi. S agresivním typem obrany souvisí i sklon ke zvýšené až nadměrné aktivitě, jež s aktuálním problémem nějak souvisí. Například osamělý frustrovaný jedinec hledá usilovně až křečovitě nějaký vztah a zaměřuje k tomuto cíli veškerou energii, i když způsoby, které používá, potenciální partnery spíše odrazují.

Mechanismem odvozeným od agrese je i tendence k upoutávání pozornosti, k sebeprosazení, např. odlišným a nápadným chováním či úpravou zevnějšku. Tento mechanismus je popisován jako reakce na zkušenost citové deprivace, kdy se určitý typ lidí brání takovým chováním, které vyvolává alespoň negativní emoce, když už nemůže vyvolat pozitivní. (Z. Matějček mluví o provokujícím sociálním chování citově deprivovaných dětí, které „chtějí dostat alespoň pohlavek, když už nemohou dostat pohlazení").

### 2.5.2 Únikové obranné reakce

Jiným způsobem, jímž se jedinec snaží zbavit ohrožující situace, je **úniková reakce**. Ze situace, kterou nedovede řešit jiným, lepším způsobem, s níž se nedovede vyrovnat, jedinec uniká buď změnou postoje k takové situaci, hledáním podpory, nebo rezignací na uspokojení. Únik může být i faktický. Například člověk řeší chronický manželský konflikt tím, že z rodiny odejde. Obranou může být zkreslení ohrožující reality. Jednotlivé druhy obrany se liší rozsahem zkreslení skutečnosti a způsobem, jakým člověk s vnímaným obsahem naloží, jaký k němu zaujme postoj (Balcar, 1983). Takové obranné reakce fungují většinou neuvědoměle. Je možné rozlišovat:

- **Popření:** Člověk se brání tím, že přijímá jen takové informace, které pro něho nejsou ohrožující. Například nemocný člověk svou chorobu popírá a chová se i nadále stejně, jako když byl zdravý. Fakt nemoci i omezení, která z ní vyplývají, prostě nepřijímá. Popření může mít až patologický charakter. Člověk musí změnit své postoje i chování tak, aby odpovídaly jeho představě, a tím přestávají být přiměřené skutečnosti.
- **Potlačení a vytěsnění** fungují spíše v oblasti vlastního vědomí. Člověk má tendenci zbavit se pocitů, pohnutek a myšlenek, které jsou subjektivně nepříjemné a nepřijatelné. Vytěsňovány jsou např. nežádoucí pocity, ambivalentní emoce apod. Vytěsněné, nepřijatelné obsahy vědomí se projevují i nadále, ale již v nějaké zastřené, pozměněné podobě, v níž nevyvolávají tak intenzivní pocit napětí či ohrožení.
- Funkci obrany může plnit i **fantazie**, která pomáhá nahradit nesnesitelné zážitky jinými, jež jsou uspokojující, přestože nejsou reálné. Takový význam mívá i *pseudologia phantastica, bájivá lhavost,* kdy si neuspokojený člověk vymýšlí příběhy, které kompenzují jeho problémy (má v nich atraktivní roli, je statečný, úspěšný, oblíbený, milovaný apod., přestože ve skutečnosti tomu tak není).
- **Racionalizace** představuje pokus o zvládnutí zátěžové situace jejím zdánlivě logickým přehodnocením. Slouží k zastření příliš traumatizující situace tak, že ji vykládá přijatelnějším, i když více či méně zkreslujícím způsobem. Například alkoholik si racionalizuje svou neschopnost přestat pít neutěšenými podmínkami, odmítáním partnerky apod. Racionalizace poskytne subjektivně přijatelné zdůvodnění nějaké, jinak





nepřijatelné situace. Například kriminální recidivista zdůvodňuje svou opakovanou trestnou činnost nemožností najít jiný zdroj obživy apod.

Obranou může být i změna postoje, resp. z něho vyplývajícího chování.

- **Regrese** je únikem na vývojově nižší úroveň chování, obyčejně vyjadřuje větší potřebu závislosti na podpoře okolí. Regrese může přinést aktuální úlevu a pomoci k dočasnému vyrovnání se situací. Pokud by se zafixovala jako trvalejší postoj, mohla by mít problematičtější důsledky jak v oblasti sociálních reakcí, tak pro osobnost takového jedince. K regresivním projevům dochází např. při těžké somatické chorobě, bývá i důsledkem psychické traumatizace. (Nemocný člověk touží být ochraňován a dostávat stejnou péči jako malé dítě. Upíná se na nějakou autoritu, např. na lékaře, a stává se až nepřiměřeně závislým.)
- **Identifikace** znamená pokus o posílení vlastní hodnoty ztotožněním s někým, koho lze obdivovat. Jedinec si za těchto okolností připisuje žádoucí vlastnosti a úspěchy takové osoby či skupiny. Identifikace posiluje sebevědomí, snižuje pocity nejistoty a méněcennosti. Může být výrazem přechodné či zásadnější neschopnosti vytvořit si přijatelnou individuální identitu. Důsledky přijetí takového obranného řešení mohou být sociálně nežádoucí. Obdivovaná skupina nebo osobnost, s nimiž se frustrovaný jedinec identifikuje, jej může vést k asociální činnosti. Příkladem mohou být agresivní skupiny vlajkonošů, skinheadů apod.
- **Substituce** znamená náhradu jednoho nedosažitelného uspokojení jiným, jež se jeví dostupné. Hledání náhradního cíle je obvyklou reakcí na nějakou frustrující překážku, která je považována za nepřekonatelnou. Takový přesun pravděpodobně zcela neodstraní pocit frustrace, ale přispěje ke snížení intenzity zklamání a učiní situaci alespoň snesitelnou. Například dospívající, který není sociálně akceptován svou rodinou ani spolužáky ve třídě, hledá náhradní uspokojení v pouliční partě, kde se konečně může uplatnit. Mnohdy mu taková sociální skupina sice ve všem nevyhovuje (např. proto, že se v rámci norem party musí krást, fetovat apod.), ale na druhé straně saturuje jeho potřebu někam patřit a být někde přijímán. Náhradní cíl nemusí být vždycky jen cílem sociálně žádoucím, může být jen snadno dosažitelný. M. Nakonečný (1996) připomíná dost běžnou symbolickou substituci, třeba prostřednictvím peněz či věcí. Například člověk hromadí peníze, aby kompenzoval svou vztahovou neúspěšnost.
- **Rezignace** je výrazem takového postoje k obvykle dlouhodobé zátěžové situaci, který se uspokojení předem vzdává, protože je považuje za nedosažitelné. Vyjadřuje bezmocnost, pasivitu a apatii, odmítá jakékoli jiné řešení situace. Jedinec se brání tím způsobem, že rezignuje na uspokojení těch potřeb, jež daná situace zablokovala. Obranný efekt spočívá

v tom, že když člověk nic neočekává, nemůže být zklamán. Rezignace bývá součástí prožívání chronického onemocnění nebo trvalého postižení. Podobným řešením je izolace od takových situací, které by mohly působit traumaticky. Tento postoj zaujímají např. oběti násilných činů, jež se v důsledku svých negativních zkušeností distancují od společnosti. Podobně se od společnosti zdravých izolují někteří postižení či nemocní lidé. Takový postoj obyčejně vyjadřuje jak nevyrovnanost se situací, tak únavu a vyčerpanost.

## Shrnutí

Psychické odchylky a poruchy mohou být geneticky podmíněné, ale i vyvolané vnějšími vlivy, tj. prostředím; obyčejně jsou důsledkem interakce dědičných dispozic i vnějších faktorů. Jednotlivé vnější zátěžové situace mohou mít různý subjektivní význam, některé může jedinec úspěšně zvládat, jiné budou přispívat ke vzniku psychických, případně psychosomatických poruch. Patogenní význam má především nadměrný stres nebo dlouhotrvající deprivace. Na zátěžové situace odpovídá člověk obrannými reakcemi, které buď vycházejí z tendence k úniku, nebo jsou formou útoku.

## Kontrolní otázky

- Jaký význam mají pro vznik psychických poruch dědičné dispozice?
- Jakým způsobem mohou vlivy vnějšího prostředí ovlivnit psychický stav?
- Vysvětlete, co je frustrační tolerance.
- Co je frustrace?
- Jaké jsou typické znaky stresu a reakce na tento typ zátěže?
- Jaký je význam psychické deprivace pro další rozvoj osobnosti?
- Jakým způsobem fungují obranné mechanismy?



# 3 Stručný přehled poruch jednotlivých psychických funkcí

Všechny psychické funkce mohou být nějakým spůsobem narušeny. Nejčastěji jde o dále uvedené odchylky a poruchy.

## 3.1 Poruchy kognitivních procesů

### 3.1.1 Poruchy vnímání

Prostřednictvím vnímání (percepce) člověk poznává své okolí, diferencuje známé a neznámé podněty či situace a na základě těchto informací se ve svém prostředí orientuje. Vnímání je spojeno s rozeznáváním percipovaných objektů na základě minulé zkušenosti. Podílejí se na něm všechny poznávací procesy, a proto případné poruchy mohou být projevem postižení různých funkcí. V úvahu musíme vzít i možnost narušení vnímání i z neurologického hlediska (na úrovni smyslové percepce, nervové dráhy nebo centrálního nervového systému).

Vnímání je ovlivnitelné i emocionálním stavem. Aktuální citový stav může být příčinou jeho zkreslení. Příkladem mohou být iluze, které vznikají pod vlivem strachu: člověk má pocit, že vidí číhajícího útočníka, a zatím jde jen o stín větve stromu.

Pokud vjem je vyvolán skutečným vnějším podnětem, ale je zkreslený, neodpovídá mu plně, mluvíme o **iluzi**.

Závažnou poruchou vnímání jsou **halucinace**, *„klamné vjemy, vznikající nezávisle na vnějším podnětu, o jejichž reálnosti je subjekt nevývratně přesvědčen“* (Zvolský, 1996, s.104). Halucinace mohou mít různý obsah (např. hlasy, které nemocnému něco sdělují apod.). Jsou typické pro určitá psychická onemocnění (např. schizofrenii).

Do této kategorie by patřily **poruchy gnoze**, tj. neschopnost rozpoznávat nebo identifikovat podněty navzdory nepoškozeným periferním funkcím.

### 3.1.2 Poruchy paměti

**Hypomnézie** označuje snížení paměťové výkonnosti, které může být celkové nebo selektivní. To znamená, že jednotlivé paměťové funkce nemusí být postiženy ve stejné míře (Jirák, 1994). Vštípivost paměti bývá porušena např.

u nemocných po úrazu hlavy nebo po cévní mozkové příhodě. V rámci této poruchy bývá často postiženo i uchování informací v paměti.

**Amnézie** je částečná nebo úplná porucha vybavování předchozích prožitků. Je obyčejně lokalizovaná do kratšího časového úseku, např. na dobu úrazu, přepadení, alkoholové intoxikace atd.

### 3.1.3 Poruchy myšlení

Tyto poruchy lze diferencovat na kvantitativní a kvalitativní (Zvolský, 1994).

#### Kvantitativní poruchy myšlení

Projevují se změnou tempa nebo zaměřenosti myšlení. Poruchy **tempa myšlení** zahrnují:

- **Bradypsychismus** – celkové zpomalení tempa myšlení. Bývá spojeno s pomalým vybavováním, obtížným soustředěním a snadnou unavitelností. Vyskytuje se např. u depresí nebo u mentálně postižených lidí.
- **Tachypsychismus** – zrychlené myšlení. Může se stupňovat až v **myšlenkový trysk**, rychlost řeči někdy ani nemusí stačit tempu uvažování. Projev takového člověka vypadá jako by jeho myšlení bylo porušené i kvalitativně (to znamená, že se jeví jako roztříštěné myšlení). Tato porucha se vyskytuje u manických stavů nebo při drogových intoxikacích.

Při poruchách **zaměřenosti myšlení** může být uvažování roztržité, zabíhavé, to znamená, že neustále odbočuje od hlavního tématu, může na určitém obsahu ulpívat.

#### Kvalitativní poruchy myšlení

Nejvýznamnější kvalitativní poruchou myšlení je **blud** – „mylné přesvědčení, vzniklé z chorobných duševních předpokladů na chorobném psychotickém podkladu, jemuž nemocný věří a které má patický vliv na jeho jednání" (Zvolský, 1996, s. 97). Bludy mohou být různé, lze je členit podle obsahu (bludy pronásledování, megalomanické atd.). Blud je jedním z příznaků např. schizofrenie.

**Vtíravé, obsedantní myšlenky** jsou charakteristické tím, že se vnucují do vědomí jedince i proti jeho vůli a nedají se nijak potlačit. Mohou rovněž významně ovlivňovat jeho jednání. Na rozdíl od bludů má nemocný náhled, uvědomuje si, že jde o chorobný projev. Tato porucha je jedním z typických projevů neurózy. Nemocnému se např. neustále vnucuje nápad vykřiknout ve společnosti něco vulgárního.





### 3.1.4 Poruchy řeči

- **Poruchy receptivní složky řeči,** kdy člověk není schopen dobře rozumět mluvenému projevu. Typickým příkladem je receptivní afázie, která vzniká v důsledku organického postižení mozku.
- **Poruchy expresivní složky řeči** lze členit na postižení obsahové stránky řeči a její formální podoby.

  a) Příkladem poruchy obsahové složky může být expresivní afázie, kdy není nemocný schopen se vyjádřit mluveným slovem. Do této kategorie patří i typický agramatismus mentálně postižených lidí, neologismy, které se někdy vyskytují u nemocných schizofrenií, apod.

  b) Příkladem poruchy formální složky řeči může mutismus, tj. nemluvnost (kdy takto postižený jedinec mluvit umí, ale z psychických příčin mluvit nemůže), do této kategorie může patřit i dysartrie, jejíž příčinou je porucha motoriky mluvidel, ale i koktavost (balbuties), která bývá zařazováno do neurotických poruch (i když její etiologie může být komplikovanější).

## 3.2 Poruchy emocí a motivace

### 3.2.1 Poruchy emocí

Emoce i jejich poruchy lze velmi zjednodušeně diferencovat podle intenzity a časového průběhu na poruchy afektů, které mají značnou intenzitu, ale kratší trvání, a nálady, které jsou sice méně intenzivní, ale zato trvalejší (Souček, 1994).

#### Poruchy afektů

**Patický afekt** je velmi silný emoční výbuch, který je spojen s krátkodobou poruchou vědomí. V tomto stavu se může člověk dopustit i násilného činu (např. zabití), který si nebude uvědomovat, a tudíž ani pamatovat. Sklon k takovým projevům bývá posilován užitím alkoholu nebo drog.

**Fobie** jsou vtíravé, chorobné strachy, jež svou intenzitou neodpovídají vyvolávajícímu podnětu. Člověk si uvědomuje nesmyslnost svého strachu, ale nedokáže jej vůlí ovládnout. Fobická porucha je jednou z variant neurotických potíží.

#### Poruchy nálad

Patologická nálada bývá intenzivnější a vyhraněnější než standardní emoční ladění. Bývá rovněž trvalejší a nelze ji ovlivnit psychogenním způsobem (např.

vymlouváním). Taková nálada rovněž nepříznivě ovlivňuje jednání takto postižených lidí. Příkladem může být:

- **depresivní nálada,** tj. extrémně smutná nálada spojená s celkovým útlumem;
- **manická nálada,** tj. nepřiměřeně optimistická a rozjařená nálada, která je spojena s celkově zvýšenou, nepřiměřenou aktivací;
- **anxiózní, úzkostná nálada,** která je typická nepřiměřenými obavami z nějakého, přesně neurčeného ohrožení, celkově zvýšeným napětím a sklonem k nepřiměřeným reakcím;
- **apatická nálada,** typická celkovou vyhaslostí a nezájmem o cokoliv.

### 3.2.2 Poruchy pudů

Pudy lze hodnotit jako vrozené tendence k určitému chování, jehož cílem je zachování jedince nebo zachování existence rodu. Mezi nejvýznamnější poruchy pudů patří:

- **Poruchy pudu obživy** – projevují se buď bulimií, tj. chorobným zvýšením potřeby jídla, a nebo naopak, anorexií, tj. jejím chorobným snížením, event. až odporem k jídlu.
- **Poruchy pudu sebezáchovy** – projevují se tendencí k sebepoškozování, event. až suicidálním, tj. sebevražedným jednáním.
- **Poruchy pohlavního pudu** – projevují se buď změnou intenzity (tj. snížením či zvýšením potřeby sexuálního uspokojení), změnou zaměření (např. na děti, tj. pedofilií), nebo odchylným způsobem sexuálního uspokojování (např. sadistickým).
- **Porucha rodičovského pudu** – projevuje se nezájmem o potomstvo, zanedbáváním či týráním vlastních dětí.

### 3.2.3 Poruchy vůle

Vůle je naučenou autoregulační schopností, která usměrňuje jednání člověka takovým způsobem, který je považován za účelný či nutný, ale není spojen s dosažením libosti, a proto by zde nestačila emoční regulace. Je třeba diferencovat:

- poruchy aktivní vůle, tj. ztrátu rozhodnosti;
- poruchy pasivní vůle, tj. neschopnost realizovat svá rozhodnutí, nedostatek vytrvalosti atd.

**Hypobulie** je snížení volních kompetencí, **abulie** znamená její úplné chybění. Vyskytuje se např. u depresí.

**Hyperbulie** je typická neadekvátním zvýšením rozhodnosti, spojené s nadměrnou aktivitou. Bývá typická pro manickou náladu (Jirák, 1994).





## 3.3 Poruchy vědomí a pozornosti

Vědomí představuje určitou syntetizující psychickou funkci, která sdružuje ostatní procesy, jako vnímání, myšlení aj.

### 3.3.1 Kvantitativní poruchy vědomí

**Kvantitativní poruchy vědomí** postihují bdělost (vigilitu), která je nezbytnou podmínkou vědomí. Zhoršení úrovně bdělosti mohou představovat následující poruchy:

- **Somnolence** – stav snížené bdělosti s nadměrnou spavostí.
- **Sopor** – stav, kdy lze člověka probudit obtížně, pouze intenzivními opakovanými podněty, na kratší dobu, po níž opět usíná.
- **Koma** – bezvědomí, kdy je člověk neprobuditelný. Hloubka bezvědomí se hodnotí neurologickým vyšetřením.

### 3.3.2 Kvalitativní poruchy vědomí

Jsou charakteristické narušením více složek vědomí, např. jasnosti (lucidity) vědomí, odolnosti vůči odchylkám vnímání (iluzím a halucinacím), kontinuity vnímání a vědomí zodpovědnosti za vlastní jednání. Proto jejich důsledkem může být nepřiměřené jednání. Do této kategorie patří zejména stavy zmatenosti a delirium.

- **Zmatenost** (amence) je typická narušením vnímání i uvažování, vzhledem k tomu je nemocný dezorientován.
- **Delirium** (obluzenost) je hodnoceno jako organická duševní porucha. Projevuje se hlavně celkovým narušením obsahu vědomí, neklidem, halucinacemi apod. Typickým příkladem je *delirium tremens* – abstinenční syndrom u chronických alkoholiků (Hynek, 1994).

### 3.3.3 Poruchy pozornosti

Nezbytnou podmínkou přijatelného uplatnění kognitivních funkcí je pozornost. Může být narušena jak celková schopnost řídit a organizovat vlastní pozornost, tak i její kapacita (Preiss a kol, 1998). **Poruchy pozornosti se projevují neschopností přiměřené koncentrace** na určitý podnět (resp. aktivitu) po dostatečně dlouhou dobu. Tato porucha je jedním z typických příznaků syndromu hyperaktivity.

## 3.4 Poruchy osobnosti

Osobnost lze definovat jako duševní celek, charakteristický:

a) vnitřní jednotou a strukturovaností jeho dílčích složek;

b) individuální specifičností, odlišností od jiných osobností;

c) vývojovou kontinuitou, tj. relativní stálostí psychických vlastností v průběhu vývoje (Vágnerová, 1997).

Poruchy osobnosti zahrnují odchylky různých psychických funkcí, které vedou k odlišnému způsobu prožívání, uvažování i chování. Tyto projevy jsou trvalé a zakotvené ve struktuře osobnosti. Nejvýznamnější typy poruch osobnosti jsou charakterizovány v dalším textu.

Nejzávažnější poruchou osobnosti je **dezintegrace**, tj. **rozpad osobnosti**, kdy dochází k narušení celistvosti osobnosti, jejíž jednotlivé složky nejsou integrovány v jeden celek a fungují nekoordinovaně. Dochází rovněž k narušení časové kontinuity, tj. vztahu k minulosti a současnosti. Tato porucha se vyskytuje u těžkých forem schizofrenie, v pokročilejší fázi Alzheimerovy demence apod.

## Shrnutí

Všechny psychické funkce mohou být určitým způsobem narušeny. Při hodnocení celkového psychického stavu je třeba vzít v úvahu poruchy poznávacích procesů, emocí, motivace, vůle, vědomí, ale i úroveň integrace osobnosti.

Zjištění úrovně i kvality jednotlivých psychických funkcí, resp. celé osobnosti, je záležitostí psychologické (event. psychiatrické) diagnostiky.

### Kontrolní otázky

- Jaký význam může mít porucha paměti pro další život nemocného?
- Zkuste si představit, jak nemocného ovlivňují obsedantní myšlenky.
- Uveďte základní poruchy emocí.



# 4 Psychologické vyšetření

Psychodiagnostické metody se užívaji k hodnocení osobnosti jako celku nebo její dílčí složky, určité psychické funkce nebo vlastnosti.

## 4.1 Psychologické vyšetření

Prvním důležitým předpokladem psychologického vyšetření je stanovení jeho cíle. Tento cíl je dán psychickými problémy, kterými daný člověk, resp. jeho okolí, trpí, kvůli nimž vyhledal odbornou pomoc nebo byl na takové vyšetření doporučen.

Psychologické vyšetření respektuje dva základní principy (podle Říčana, 1997):

1. **Ekologický princip:** Psychický stav každého jedince v různé míře ovlivňuje i prostředí, v němž v dětství vyrůstal a v němž nyní žije. P. Říčan doporučuje věnovat pozornost i konkrétní situaci, která vedla k vyšetření. To znamená zaměřit se na aktuální vlivy prostředí (rodiny, zaměstnání, společnosti atd.), které mohly přispět k rozvoji současných potíží.
2. **Princip kontinuity:** Psychologické vyšetření by mělo zachytit všechny podstatné informace z různých období života vyšetřovaného člověka. Z tohoto důvodu je výhodné rozdělit vyšetření na několik částí. To je výhodné i proto, že se zde projeví eventuální stabilita či kolísavost psychických funkcí vyšetřovaného člověka, jeho emočního ladění, chování, postojů atd.

## 4.2 Zdroje informace o vyšetřovaném člověku

**Lékařská a psychologická dokumentace** poskytuje informace o výsledcích dosavadních vyšetření i průběhu léčby. S dokumentací je třeba se seznámit ještě před počátkem vyšetření, aby bylo možné koncipovat cíl vyšetření, jeho postup i metody.

**Informace rodinných příslušníků:** Sdělení dalších členů rodiny přispějí k vytvoření komplexní představy o vztazích v rodině, o dynamice uvnitř této sociální skupiny, o postoji okolí k vyšetřovanému člověku. Tyto poznatky lze později využít i v terapii.

**Informace z různých institucí** (školy, pracoviště apod.). Jde především o úroveň sociálního začlenění do skupiny, o vztahy mezi vrstevníky, resp. spolupracovníky, o postoj k nadřízené autoritě apod.

**Návštěva v bytě** je diagnosticky velmi užitečná (významná je úprava bytu, jeho členění, sdílení osobního teritoria či tendence k izolaci od ostatních členů rodiny apod.). Tuto informaci zprostředkuje sociální pracovnice.

**Pozorování vyšetřovaného člověka:** jeho zjevu, úpravy zevnějšku, způsobu verbální i neverbální komunikace, nápadností v chování, projevů emočního prožívání atd. Zde je třeba vzít v úvahu možnost ovlivnění subjektivním názorem vyšetřujícího psychologa.

**Anamnestické údaje** zahrnují osobní a rodinnou anamnézu:

- **osobní anamnéza** je zaměřena na zjištění všech nápadností dosavadního vývoje vyšetřovaného člověka, jeho typické projevy a problémy, které kdy měl, jeho vztahy k lidem, školní a profesní úspěšnost, somatická onemocnění, úrazy apod.;
- **rodinná anamnéza** zjišťuje výskyt podobných problémů, případně jiných závažnějších psychických onemocnění, závislosti na alkoholu či drogách, sebevražedného chování apod. u dalších členů rodiny. Zaměřuje se i na zjištění kvality rodinného soužití, popř. jeho odchylky.

**Rozhovor** je nejčastějším způsobem zjištění psychického stavu určitého člověka. Významné je navázání a udržení kontaktu s vyšetřovaným člověkem, posílení jeho ochoty ke spolupráci. Je třeba vzbudit důvěru, vyvarovat se pokud možno vzniku napětí a obav z důsledků vyšetření. Vyšetřovaný člověk by měl být informován o účelu vyšetření a jeho důvodech, pokud na něj byl doporučen někým jiným, např. lékařem.

Důležitou součástí psychodiagnostických technik jsou psychologické testy. Užívá se několik základních skupin testových metod:

- **výkonové testy,** které měří úroveň nějaké schopnosti nebo dovednosti, event. míru znalostí (testy inteligence, obecné informovanosti, paměti apod.);
- **dotazníkové a posuzovací techniky** využívají písemně prezentované formy otázek, zaměřených na určitou problematiku, k níž se vyšetřovaná osoba vyjadřuje (např. dotazník k měření úzkosti, posuzovací škála k hodnocení rodinných vztahů apod.);
- **projektivní metody** využívají mechanismu projekce, tj. skutečnosti, že jakýkoli nejednoznačný testový podnět (např. barevné skvrny či nedokončené věty) vyvolá individuálně specifickou reakci jedince. Každý člověk má tendenci interpretovat takový podnět na základě jeho subjektivního významu, jaké asociace u něj vyvolává a jak se jemu jeví. V jeho reakci se odrazí aktuální postoje, potřeby, prožitky i problémy, které tento člověk má. Například úzkostný člověk bude ve všem vidět nějaké ohrožení, bude očekávat neúspěch, problémy, odmítnutí apod. Nejznámější metodou tohoto druhu je Rorschachův test;





- **neuropsychologické metody,** které slouží k diagnostice projevů mozkového poškození, ke zhodnocení takto vyvolaných změn v chování a prožívání. Obyčejně slouží k posouzení pacienta s podezřením na poškození mozku nebo pomáhají zhodnotit míru jeho zlepšení (Preiss, 1998). V současnosti se ovšem ke zjištění organického poškození mozku v rostoucí míře užívají moderní zobrazovací metody, umožňující funkční i anatomické vyšetření mozku (počítačová rentgenová tomografie, magnetická rezonance, popř. i pozitronová emisní tomografie).

**Výsledek vyšetření** je třeba klientovi sdělit takovým způsobem, aby mu byl schopen porozumět, aby nevyzněl jednoznačně negativně a obsahoval i nějaké pozitivní informace. Není vhodné používat odbornou terminologii, které nemůže laik rozumět, a proto by mohla vyvolat neadekvátní reakci. Sdělení by nemělo obsahovat zbytečné detaily vyšetření, mělo by být spíše zaměřeno na praktické důsledky pro život vyšetřovaného člověka: např. jaké zaměstnání by pro něj bylo vhodné, zda by pro něho byla užitečná psychoterapie, zda je třeba, aby se podrobil nějakému dalšímu, specializovanému vyšetření atd. Sdělení psychiatrické diagnózy je úkolem lékaře.

**Zpráva o vyšetření** zpravidla obsahuje: osobní údaje klienta, účel vyšetření, souhrn vývoje aktuálního problému, předpokládanou etiologii problému, výsledky vyšetření a souhrn ostatních získaných informací. Zpráva je zakončena diagnostickou úvahou, využívající všechny údaje, které jsou k dispozici, předpokládanou prognózou a dalším doporučením (např. dalšího vyšetření, změny školního či pracovního zařazení atd.).

## Shrnutí

Ke zjištění úrovně i kvality jednotlivých psychických funkcí, resp. celé osobnosti, se užívá postupů psychologické (případně psychiatrické) diagnostiky. Základem psychologického vyšetření je stanovení jeho cíle a výběr adekvátních metod. Výsledek vyšetření slouží jako základ pro další práci s klientem.

## Kontrolní otázky

- O čem je třeba uvažovat na začátku práce s klientem?
- Jaké informace o klientovi je třeba získat?
- Jaké metody k tomu slouží?

# 5 Psychoterapie

Psychické obtíže a poruchy v mnoha případech působí svým nositelům a jejich okolí značné problémy. Úsilí o zmírnění nebo odstranění těchto obtíží bývá zaměřeno dvojím způsobem: biologicky nebo psychoterapeuticky.

Psychoterapie je léčebná činnost, užívající **psychologických prostředků** k dosažení prospěšné změny při poruchách různých, zejména psychických funkcí (Balcar, 1997; Kratochvíl, 1997). Psychoterapii může provádět jen specialista s příslušným vzděláním, zpravidla lékař nebo klinický psycholog.

Specifické znaky psychoterapeutického působení lze stručně shrnout do několika bodů (podle Kratochvíla, 1997):

- Psychoterapie využívá **psychologických prostředků** – verbálních i neverbálních podnětů, různých způsobů stimulace emocí, mechanismu učení, vlivu dynamiky skupinových vztahů a interakcí atd.
- Cílem psychoterapie je **odstranění nebo zmírnění potíží**, případně i **odstranění příčin**, které je vyvolaly.
- V průběhu psychoterapie dochází ke **změnám v oblasti emočního prožívání, rozumového hodnocení, celkového postoje k sobě i ke světu a ke změně v chování**. Klient získává korektivní emoční zkušenost, náhled, tzn., že porozumí svým problémům a naučí se přijatelnějším způsobům chování.
- Psychoterapii může provádět jen **odborník** s přesně vymezenou kvalifikací. Laické působení by mohlo být i škodlivé.

## 5.1 Základní formy psychoterapie

Psychoterapeutických technik je značné množství; přestože mezi nimi existují rozdíly, většina těchto metod má určité společné rysy. Lze je shrnout do několika bodů (Atkinsonová et al., 1995):

- Mezi terapeutem a klientem je **vztah vřelosti a důvěry**. Klient věří, že se terapeut zajímá o jeho problémy, že jej chápe a chce mu pomoci. Tento vztah poskytuje klientovi **uklidnění a podporu**.
- **Desenzibilizace** – v atmosféře důvěry terapeutického vztahu se klientovi jeví jeho problémy postupně jako méně ohrožující.
- **Posilování adaptivních reakcí.** Terapeut posiluje pozitivní reakce a žádoucí změny svého klienta.





- **Porozumění, resp. vhled.** Psychoterapie poskytuje klientovi vysvětlení jeho potíží, a tím posiluje jeho víru v možnost zlepšení.

**Rozdíly** jednotlivých psychoterapeutických přístupů lze rovněž shrnout do několika bodů (podle Kratochvíla, 1997):

- **Míra direktivnosti** terapeutického působení:
  - **Direktivní metody** působí na klienta přímo, usměrňují jeho psychické procesy jednoznačnými příkazy a radami, jejichž splnění vyžadují.
  - **Nedirektivní přístup** je typický zachováváním neutrálního postoje. Terapeut pouze podněcuje a povzbuzuje, ale přijatelné řešení si musí nalézt klient sám.
- **Zaměření** psychoterapeutického působení:
  - **Symptomatická psychoterapie** usiluje jen o odstranění nežádoucího příznaku. Výhrady k tomuto způsobu zaměření psychoterapeutického působení spočívají v riziku, že je její účinek omezený a krátkodobý. Někdy ovšem není jiné řešení dostupné.
  - **Kauzální psychoterapie** se snaží zjistit a odstranit příčinu problému. Její nevýhodou je značná časová náročnost a někdy i obtížnost odstranění příčiny onemocnění.
- **Míra změny osobnosti,** o kterou psychoterapeutické působení usiluje:
  - **Podpůrná psychoterapie** nemá za cíl změnit osobnost, poskytuje porozumění, podporu a pomoc. Akceptuje člověka takového, jaký je, podporuje jeho sebedůvěru a pomáhá mu řešit jeho aktuální problémy.
  - **Rekonstrukční psychoterapie** usiluje o změnu celé osobnosti.
- **Míra náhledu** klienta na vlastní problémy:
  - **Náhledová psychoterapie** vede klienta k porozumění podstatě vlastních problémů. Zasahuje hlouběji do jeho osobnosti.
  - **Akční psychoterapie** je zaměřena pouze na nácvik strategií a dovedností, potřebných k řešení nějakého problému. Porozumění podstatě tohoto problému není považováno za nutné.
- **Kvalita interpersonální dynamiky** v psychoterapeutickém vztahu:
  - **Individuální psychoterapie** je založena na dyadickém vztahu terapeuta a jeho klienta.

- **Skupinová psychoterapie** využívá skupinové dynamiky. Umožňuje klientovi získat náhled na vlastní chování prostřednictvím reakcí ostatních členů skupiny, kteří mají podobné potíže, a ověřit si ve skupině nové, účelnější chování.

## 5.2 Psychoterapeutické školy

Na základě rozdílných teoretických východisek, na nichž zakládají své porozumění podstatě psychických problémů a metody jejich ovlivňování, se vytvořily četné psychoterapeutické školy.

- **Dynamická, resp. psychoanalytická terapie** vychází z předpokladu, že duševní problémy jsou důsledkem působení nevědomých konfliktů a obav. Jejich řešení vyžaduje získání náhledu na vliv těchto mechanismů. Zakladatelem psychoanalýzy je S. Freud. Novější směry se od klasické psychoanalýzy již poněkud liší, např. menším důrazem na rekonstrukci raných zážitků a větší zaměřeností na současné interpersonální problémy klienta, ale i větší direktivností.
- **Behaviorální terapie** zahrnuje řadu různých terapeutických metod, založených na principech učení a podmiňování. Vychází z předpokladu, že maladaptační chování je naučené, a proto je třeba dosáhnout jeho změny, což je opět možné učením. Tento druh terapie se zaměřuje především na změnu nefunkčního chování v určité situaci. Podle této teorie není dosažení vhledu nutné, protože samo o sobě nezaručuje změnu chování. Volba konkrétní metody je v tomto případě závislá na druhu problému. Příkladem je metoda desenzilibizace, kdy se klient postupně odnaučuje např. strachu z jízdy veřejnými dopravními prostředky.
- **Kognitivně-behaviorální psychoterapie** věnuje větší pozornost i využití kognitivních faktorů, tj. názorů klienta, jeho očekávání a interpretaci různých událostí ve vztahu k vlastnímu problému. Kognitivně-behaviorální terapie zahrnuje metody, které využívají jak behaviorální techniky (tj. učení), tak metody zaměřené na změnu názorů a postojů klienta. Terapeut vede klienta k rozpoznání deformace vlastního úsudku, aby na základě tohoto náhledu byl schopen realističtějšího uvažování. Například depresivní pacient má sklon zveličovat negativní zážitky a minimalizovat úspěchy. Terapie se u něj zaměří na změnu hodnocení situace a nácvik žádoucího chování. Zastánci této školy usilují primárně o změnu přesvědčení klienta, která povede ke změně chování.
- **Humanistická psychoterapie** klade důraz na přirozenou potřebu seberealizace a vlastního rozvoje. Humanističtí terapeuti předpokládají, že psychické poruchy se objevují tehdy, když se člověk nemůže přijatelným způsobem rozvíjet. Obyčejně se tak děje v důsledku působení





nějakých vnějších vlivů. Tato forma psychoterapie má člověku pomoc pochopit jeho skutečné potřeby, a tak mu umožnit další osobnostní roz voj. Nezbytným předpokladem změny je uvědomění skrytých pocitů a po třeb. Na rozdíl od psychoanalytiků však kladou důraz na přítomnost, na současné prožitky klienta. Humanistická psychoterapie je nedirektivní nesnaží se interpretovat klientovo chování ani se jej nepokouší změnit Terapeut klientovi dodává sebedůvěru a podporuje jej při hledání jeho vlastních řešení. Významným představitelem této školy je C. R. Rogers a jeho terapie zaměřená na klienta. Rogers byl přesvědčen, že klient je schopen vyřešit své problémy sám, když k tomu bude mít všechny potřebné podmínky – když jej terapeut bude akceptovat takového, jaký je, vyjádří mu svou podporu a bude se zajímat o to, co říká.

Volba vhodné psychoterapeutické metody závisí na osobnosti klienta, na jeho problémech, resp. diagnóze, ale i na osobnosti psychoterapeuta, na tom, jaké zaměření je mu blízké a k jaké teoretické škole se hlásí. Většina psychoterapeutů se však striktně nedrží pouze jednoho přístupu a užívá různých technik podle potřeby klienta.

## 5.3 Hodnocení účinnosti psychoterapie

Zlepšení stavu jakéhokoli pacienta může být ovlivněno větším množstvím různých faktorů. K nápravě některých potíží může dojít i spontánně, u závažnějších duševních poruch je zase třeba kombinovat psychoterapii s medikamentózní léčbou. Proto je hodnocení efektu psychoterapie velmi obtížné. Účinek léčby lze posuzovat na základě subjektivního pocitu klienta, názoru terapeuta a jiných osob, které pacienta dobře znají. Je samozřejmě možné použít i testových metod, jež jsou relativně objektivní mírou psychických vlastností. Avšak ani testy nezměří všechno, co bychom mohli považovat za výsledek psychoterapeutického působení.

Stejně tak je problematické srovnávat efektivitu různých psychoterapeutických směrů. Výsledkem mnoha srovnávacích studií bylo zjištění, že se **účinnost různých druhů psychoterapie téměř neliší**. Toto zjištění však nemusí být znepokojující. O účinku psychoterapie může ve větší míře rozhodovat zájem, porozumění a podpora, kterou lékař poskytuje klientovi, než použití specifické techniky této práce.

## Shrnutí

Jedním ze způsobů nápravy psychických obtíží a poruch, který využívá pouze psychologických prostředků, je psychoterapie. Psychoterapeutických technik je značné množství. Většina z nich má určité společné znaky, rozdíly mezi

jednotlivými přístupy spočívají v míře direktivnosti, v zaměření a v míře změny osobnosti, o niž psychoterapeutické působení usiluje.

## Kontrolní otázky

- Co mají společného různé psychoterapeutické školy?
- V čem spočívají rozdíly mezi různými psychoterapeutickými směry?



ČÁST DRUHÁ

# Psychologická problematika nemocných a zdravotně postižených

# 6 Nemoc jako psychologický problém

Závažné somatické onemocnění představuje jednu z největších životních zátěží, která nějakým způsobem ovlivní i psychiku nemocného a může více či méně změnit některé vlastnosti jeho osobnosti. Řada tělesných potíží naopak může být určitým způsobem psychikou nemocného ovlivněna, někdy i vyvolána.

Postoj nemocného k vlastní chorobě je ovlivněn mnoha faktory, závisí na souhrnu nepříznivých změn a ztrát ve třech základních oblastech: sociální, somatické a psychické.

## 6.1 Sociální význam nemoci, postoje společnosti k nemocným

**Nemoc lze považovat nejenom za odchylku biologickou, ale i za určitý druh sociální deviace.** Rozlišení zdraví a nemoci není tak jednoduché, jak by se na první pohled zdálo. Kromě medicínského kritéria bývá kategorie nemoci spoluurčována i sociálně. Když někdo závažněji onemocní, změní se určitým způsobem jeho identita. U eskymáckých kmenů dokonce panuje zvyklost, že za těchto okolností přijme takový člověk nové jméno, jméno nemocného (Hillman, 1997). Hranice mezi zdravím a nemocí není jednoznačně a s definitivní platností určena. Závisí na tom, co je na dané úrovni vědění za nemoc považováno. To bývá zahrnuto v profesionálním, medicínském hodnocení zdravotního stavu člověka, které můžeme označit jako **objektivní**.

Mluví se o medicinizaci různých potíží, to znamená tendenci k neustálému rozšiřování obsahu pojmu nemoc (Chromý, 1984). Společnost tento trend akceptuje, protože nabízí řešení různých problémů, s nimiž si jinak neví rady. Označení jakéhokoli projevu jako chorobného jej zároveň nějak sociálně vymezuje a předurčuje postoj k jeho nositeli. Názor laické veřejnosti může být odlišný, protože bývá ve větší míře ovlivňován vnějšími znaky, nápadností chorobného projevu, různými předsudky a mediálně prezentovanými názory. Postoje, které v dané společnosti převládají, se zákonitě projeví i v názorech nemocného, v jeho subjektivním hodnocení vlastní choroby.

Postoj k vlastní chorobě může v různé míře ovlivňovat změny identity takového člověka. Projevuje se i v tom, jak přijímá, anebo nepřijímá roli nemocného. To znamená, zda se s ní identifikuje, či nikoliv, a následkem toho se i různým způsobem chová.

Somatická nemoc je jednou z mála odchylek sociální identity, která svému nositeli zaručuje i určitá privilegia, např. ohledy, sympatii, trpělivost a ochotu tolerovat některé nedostatky (Parsons, 1951). **Somatická nemoc je odchylka, která bývá sociálně tolerována.** (Pokud nejde o nějaké zvláštní, neznámé a tajemné onemocnění, které není v populaci příliš časté a společnost na něj nemá vyhraněný názor.) Tento postoj je dán tím, že si každý uvědomujeme vlastní zranitelnost, vysokou pravděpodobnost takového ohrožení, potvrzovaného četností výskytu nemocných lidí v populaci. S různými nemocemi se každý člověk opakovaně setkává a má o nich obyčejně dostatek (ne vždy přesných) informací. Nemoc je samozřejmou součástí života, zejména starších lidí. Snad právě proto si společnost uchovala postoj zahrnující pomoc a ohled na nemocné jako svou **normu pozitivně hodnoceného chování**.

Závažně nemocný člověk získává určitou **sociální roli**, kterou lze charakterizovat několika základními rysy:

1. **Nemocný nebývá považován za viníka svého nežádoucího stavu** a nepředpokládá se také, že by si dokázal sám pomoci.
2. **Nemocný má určitá privilegia,** tj. je zproštěn určitých povinností, ale zároveň nemá stejná práva jako zdraví lidé.
3. **Od nemocného se očekává,** že se bude chtít uzdravit a bude spolupracovat při léčbě. Pokud to nedělá, svoje privilegia ztrácí. Společnost jej přestává tolerovat, protože nemocný nerespektuje pravidla, která určila.

Jakákoli závažnější nemoc není jen záležitostí jedince, ale **ovlivní nějakým způsobem celou rodinu**. Pod vlivem chorobných změn se mění i role a vztahy jednotlivých členů, někdy i celkový styl života takto postižené rodiny, její hodnoty a normy apod. Závažná nemoc je zátěž, která mění situaci a mnohé parametry, na nichž závisí vztahy v této skupině. Základní problém, kterým je nemoc, stimuluje úsilí zaměřené na jeho zvládnutí. Banální nepříjemnosti ztrácejí za těchto okolností svůj význam. Závažnější zátěž je vždycky testem rodinné soudržnosti, který ji buď potvrdí, anebo vede k jejímu rozpadu. Rodina je pro těžce nemocného člověka jedinou sociální skupinou, která mu umožní přijatelnou (tj. dostupnou a zvládnutelnou) sociální integraci a poskytne potřebnou emoční podporu. Je jediným sociálním prostředím, v němž zůstávají nemocnému individuálně specifické role, kde není anonymizován. (Ostatní role – např. profesní – člověk obyčejně ztrácí mnohem dříve.) Rodina je v případě těžkého onemocnění jedinou alternativou sociální izolace. (Občas jí mohou být i přátelé.)

**Všechny psychosociální vlivy jsou pro nemocného nějak důležité a mohou ovlivnit nejen jeho osobní komfort, ale i průběh jeho onemocnění.**





## 6.2 Psychosomatické vztahy a onemocnění

Vztah mezi psychickou a somatickou složkou člověka je velmi těsný: jedná se o dvě součásti jednoho organismu, spojené regulačním vlivem nervové soustavy, především vegetativní, a endokrinního aparátu. Nápadnosti a odchylky, které primárně vznikají v jedné z těchto složek, zcela zákonitě ovlivňují i druhou. Existují psychosomatické a somatopsychické vztahy, které fungují zcela nenápadně za normálních okolností, ale mohou nabývat i patologických forem. Stresové situace působí prostřednictvím změny emočního ladění na tělesný stav. Děje se tak zcela běžně. Například při trémě či vzteku reaguje člověk nejenom citovým prožitkem, ale i fyziologicky, např. zrychlením tepu, zvýšenou sekrecí slin atd. Takové projevy řídí vegetativní nervstvo. Nejsou závislé na vůli a člověk je nemůže vlastním chtěním nijak ovlivnit. Nezvládnuté a déletrvající psychické zátěže mohou takovým způsobem ovlivňovat fyziologické funkce dlouhodobě a někdy u disponovaných lidí vyvolávají nebo udržují i nějaké tělesné potíže. **Při vzniku jakéhokoliv onemocnění je proto třeba brát v úvahu somatické, psychické i sociální faktory,** které se na něm mohly nějak spolupodílet.

Choroba byla dlouho považována za trest, následující po nějakém provinění. Podle tohoto názoru záviselo zlepšení choroby na změně v oblasti psychiky, na nápravě hříšníka. Termín psychosomatika se poprvé objevil v díle německého lékaře Johanna Christiana Heinrotha, působícího na přelomu 18. a 19. století (Vacek, 1996).

Na možnost podstatnějšího ovlivnění tělesných potíží psychickým stavem člověka poprvé výrazně poukázal v moderní době S. Freud, který popsal různé somatické poruchy, jež interpretoval jako projevy nevědomých psychických potřeb (např. u hysteriků). Jeho žáci, např. A. Adler a F. Alexander, ve studiu tohoto problému pokračovali.

Význam různých etiologických faktorů může být v jednotlivých případech dost odlišný. Odlišit primárně somatické onemocnění od těch, kde hraje větší či menší roli psychogenní složka, je obtížné. Jsou jednoznačně definovány pouze v některých vesměs krajních případech. Některá onemocnění bývají ovlivňována psychickými faktory ve větší míře, resp. častěji. Do této kategorie patří např. vysoký krevní tlak, infarkt myokardu, žaludeční vřed, bronchiální astma, cukrovka atd. (Vymětal, 1994; Balcar, 1995; Vacek, 1996). Jak připomíná K. Balcar (1995, s. 109), *„nosologicky totéž onemocnění může být u někoho podmíněno poměrně více vlivy povahy fyzické, u někoho více vlivy povahy duševní“*. – To znamená, že např. příčinou infarktu bude u jednoho pacienta jeho somatická dispozice, zatímco v jiném případě se na ní vydatně podílely jeho psychické vlastnosti: sklon k agresivitě, netrpělivosti a podrážděnosti, k neustálému napětí, ctižádostivosti, neschopnost odpočívat atd.

### 6.2.1 Předpoklady vzniku psychosomatických poruch

Psychické, zejména emoční, reakce na větší zátěž mohou ovlivnit somatické projevy a v některých případech přispět ke vzniku tzv. psychosomatických onemocnění.

Všichni lidé však nereagují na podobné zátěže stejným způsobem. Někteří jedinci mají k **somatizujícím projevům** (tj. fyziologickým reakcím na různé psychické prožitky) větší sklony než jiní. Lze předpokládat, že při vzniku psychosomatických onemocnění hraje roli komplex různých faktorů, jež mohou mít individuálně odlišný význam a které působí ve vzájemné interakci.

#### Somatická dispozice

Somatická dispozice (tělesný stav člověka) je dána geneticky, ale může se měnit pod vlivem tzv. biologické zkušenosti, např. působením určité životosprávy, na základě prodělaných chorob, úrazů atd.

A. Adler publikoval již na počátku 20. století teorii o méněcennosti orgánů: Předpokládal existenci nejcitlivějšího místa, nejvíce reagujícího na psychické potíže. Tento názor dále rozpracovala teorie konstituční orgánové dispozice. Jejím základem je předpoklad, že se jakékoli psychické zatížení projeví poruchou v té oblasti, která je u daného jedince nejvíce zranitelná. To znamená, že onemocnění sice vyvolaly psychické vlivy, ale druh nemoci byl předurčen somaticky.

Novější psychofyziologické teorie diferencují různé fyziologické reakce, podle toho, jaké emoce (jaký typ zátěže) je vyvolaly. Jde především o základní rozlišení reakcí aktivní obrany, tj. připravenosti k útoku, a jejich opačné alternativy, tj. pohotovosti k úniku. Uvedené varianty jsou spojeny s různými emocemi, vyvolávají různé fyziologické reakce a vzbuzená energie nezatěžuje všechny orgány stejným způsobem. Psychosomatická porucha by odpovídala psychické reakci na určitý typ zátěže, tj. způsobu jejího zpracování, které stimuluje určité fyziologické reakce. Tato teorie vypadá logicky, nebyla však jednoznačně potvrzena (Balcar, 1995).

#### Psychická dispozice

Psychické dispozice ke vzniku psychosomatického onemocnění tvoří: osobnost člověka, jeho typ temperamentu, sklon k určité emoční reaktivitě, odolnost k zátěžím, úroveň poznávacích procesů, ale i zkušenosti s různými zátěžemi a preferované způsoby, jakými se s nimi jedinec naučil vyrovnávat.

Američanka Flanders Dunbarová publikovala v roce 1943 hypotézu o vztahu mezi určitým typem osobnosti, tj. souhrnem určitých osobních vlastností, a typem psychosomatického onemocnění, resp. somatických problémů obecně, k nimž by takoví lidé měli sklony. V jejím přístupu se projevil vliv psychoanalýzy. Uvažovala např. o „úrazové osobnosti", tj. o člověku, který je zvýšeně ohrožen rizikem úrazu apod.

Pro jedince, kteří jsou disponováni k psychosomatickým potížím, bývá typické chudší emoční prožívání, větší sebekontrola a tendence vlastní city raději potlačovat než se s nimi vyrovnávat jinak. Tito lidé svým emocím nerozumějí, nedovedou se v nich orientovat a nedůvěřují jim jako zdroji hodnotné informace. Proto se ani podle nich neřídí. Tento způsob, resp. porucha prožívání, se nazývá





**alexitymie**. J. Vymětal (1994, s. 119) ji příléhavě překládá jako *„emoční analfabetismus"*. Takový člověk si některé pocity nechce nebo nedokáže přiznat, protože by pro něho byly nepřijatelné a ohrožující.

Nepřesnost vnímání vlastních citových prožitků a postojů může být generalizovaná. Někdy zahrnuje i negativní změnu empatie, tj. neschopnost přesně diferencovat city jiných lidí. Z toho logicky vyplývá i menší adekvátnost jednání a následující změna reakcí okolí. Namístě je otázka, jakým způsobem se tak nevýhodný rys osobnosti rozvíjí, jak jej člověk získá. Nepochybně existuje více možností, může jít o vrozenou dispozici, ale stejně tak může být důsledkem negativní zkušenosti. Mohl by být reakcí na nějakou silnou zatěž, kterou člověk nedokázal zvládnout, a potlačení vlastních pocitů mu posloužilo jako obrana. Sklon k manipulaci s vlastními emočními prožitky se obecně zvyšuje v situaci subjektivní zátěže.

Klasický výklad **etiologie psychosomatických onemocnění** vychází z představy, že takové onemocnění je výsledkem „neodžitých emocí" – emočních prožitků, které jsou spojeny s nějakou zátěží, konfliktem, s nimiž se člověk nedovede přiměřeným způsobem vyrovnat a přijatelně je řešit. K. Balcar (1995, s. 111) zdůrazňuje, že *„pro vznik psychosomatických poruch jsou nebezpečné takové emoce, které jedinec z nějakého důvodu nemůže nebo nesmí projevit a odreagovat"*. Nejde tedy o emoce samé, ale o **způsob, jakým jsou přijímány a jak na ně člověk reaguje**.

Známou a uznávanou příčinou vzniku psychosomatického onemocnění je silný, subjektivně významný vnitřní **konflikt** mezi dvěma osobně důležitými motivy. Psychosomatická porucha je určitým způsobem únikového řešení, které je pro nemocného aktuálně přijatelnější než reálné vyrovnání s problémem (které by znamenalo volbu jedné alternativy). Přinejmenším tím, že se jeho řešení za této situace odkládá na neurčito a konflikt sám se stává aktuálně méně důležitý. Hlubinná, dynamická psychopatologie dokonce předpokládá, že porucha symbolickým způsobem vyjadřuje charakter tohoto konfliktu. To znamená, že typ vnitřního konfliktu předurčuje druh psychosomatického onemocnění. Tuto teorii zastával např. F. Alexander, jeden ze zakladatelů psychosomatické medicíny. Předpokládal, že způsob citového prožívání konfliktní situace, v němž hrají důležitou roli nevědomé motivy, vztažené k tomuto problému, předurčuje typ psychosomatické reakce, v tomto případě poruchy. Tento vztah však nebyl jednoznačně potvrzen.

Vnitřní konflikt, který vytváří situaci „duševní tísně", může mít různý obsah. K. Balcar (1995) uvádí dvě skupiny takových problémů:

1. Konflikt mezi vnějším tlakem (zaměřeným na výkon, na vztah atd.) a vnitřními zábranami. Balcar tento stav charakterizuje prožitkem typu „musím, chci a nemohu", resp. „musím a nechci". Vnitřní konflikt v tomto případě zahrnuje vztahy k subjektivně významným lidem nebo postoj k sobě samému, tj. sebehodnocení. Jisté je, že tento problém může být řešen i jinak, např. vzpourou a odmítnutím nepřijatelných nároků. Psychosomatická porucha je opět jedním z obranných řešení v situaci nouze. Chrání nemocného před dalšími, resp. ještě většími problémy.

2. Konflikt mezi potřebou citové závislosti na určité osobě a současným odporem, nechutí či nenávistí vůči této osobě, resp. potřebou vlastního prosazení proti této, v nějakém směru významné bytosti. Hostilita a nenávist obyčejně bývá reakcí na chování těchto lidí. Někdy vyplývá z jejich nesrozumitelného postoje, v němž se střídají projevy lásky a odmítání. Pokud člověk není schopen tento konflikt nějak zvládnout, tj. volit jednu alternativu, vytváří se silná citová ambivalence, kterou může řešit právě psychosomatické onemocnění, poskytující důvod k odkladu řešení. Somatická reakce je sociálně přijatelná a velmi často přináší úlevu v oblasti základního konfliktu (např. laskavější přístup). Jak již bylo řečeno, může být i základem fixace somatické poruchy, která má pro pacienta nějakou výhodu. Tento konflikt je typický pro období dětství a bývá častým zdrojem psychosomatických potíží dětského věku (Balcar, 1991; 1995).

V procesu vzniku a rozvoje psychosomatického onemocnění hraje nepochybně svou roli i **učení**. Určité somatické potíže mohou paradoxně přinést psychickou úlevu, tedy nějaký zisk, a proto se zafixují (tj. jedinec se je naučí) jako účelný způsob řešení této situace. Jde např. o úlevu od subjektivně nadměrných požadavků okolí, od konfliktů, nemoc přináší větší ohledy a pozornost, kterou by tomuto člověku jinak nikdo nevěnoval atd. Řadu uvedených rysů dokládá následující případ.

□ Desetiletá Lucka byla hospitalizována pro opakované záchvaty kašle, jejichž příčina nebyla nalezena. Je nyní ve 4. třídě. Učí se velmi dobře, ale říká, že učení je dost těžké a že ji při něm často bolí hlava. Bolesti hlavy pociťuje od druhé třídy, nejčastěji při učení nebo když se rodiče hádají. Má dobrou inteligenci, ale silné pocity méněcennosti, je citově nevyrovnaná a pesimistická. Otec ani matka si však ničeho takového nevšimli. Lucka má velký strach z jakékoli horší známky, chtěla by uspokojit nároky rodičů, ale není si jistá, že to může dokázat. Podle jejího názoru je člověk nejšťastnější ve 4 nebo 5 letech, protože „nemá starosti a nemusí se učit". V dotazníku sebehodnocení školní úspěšnosti se posuzuje jako výrazně podprůměrná. Školní práci prožívá jako stresovou, své schopnosti nedovede realisticky posoudit. Rodina od ní očekává výborné výsledky, matka často zdůrazňuje, že je jejich nadějí. Onemocnění se za této situace stává nevědomým řešením problému a obranou v subjektivně nezvládnuté situaci. (V nemocnici měla mnohem menší zdravotní problémy než doma.)

Je zřejmé, že nemalý vliv mají **sociální faktory**, především **rodinná situace** a **partnerské (resp. rodičovské) vztahy**. Nevyřešené a nezvládnuté problémy v mezilidských vztazích, zejména v těch, které jsou pro jedince citově nejvýznamnější, mohou být zdrojem psychosomatických potíží a mohou je udržovat, resp. zhoršovat. Konflikt mezi rodiči může být řešen prostřednictvím dítěte a za těchto okolností je to dítě, které onemocní nějakou psychosomatickou chorobou.

Sama psychosomatická onemocnění jsou velmi variabilní skupinou a míra psychogenní zátěže může být v individuálních případech velmi různá. V podstatě jde opět o interakci biologické a psychické složky, kde je důležitá dědičná dispozice, zkušenost i aktuální vlivy prostředí. Významným mechanismem je v tomto případě efekt zpětné vazby. Psychogenním způsobem mohou být vyvolány jakékoli příznaky. Nemocný často reaguje symptomem, který v minulosti zažil jako součást nějakého organického onemocnění. Tento příznak se může znovu objevit,





resp. přetrvávat navzdory odpovídající léčbě, tentokrát jako reakce na stres. Nemocný může reagovat příznakem, který sice sám nikdy neměl, ale viděl jej u někoho jiného, tj. identifikací s jiným pacientem. Psychosomatický symptom může mít i charakter symbolického zpracování určitého vnitřního konfliktu nemocného (*Merck Manual*, 1996).

Psychosomatické potíže lze interpretovat jako neadekvátní reakci na subjektivně nezvládnutelnou zátěž nebo konflikt. V psychické oblasti však přinášejí určitou úlevu, a proto se fixují jako řešení sice z obecného hlediska maladaptační, avšak subjektivně alespoň do určité míry účinná.

## 6.3 Psychické problémy spojené se somatickým onemocněním

Jakékoli somatické onemocnění nepůsobí jen tělesné potíže, ale ovlivňuje i psychiku: aktuální prožívání, uvažování a z toho vyplývající chování nemocného.

Závažné onemocnění působí jako silný stresor, jako zátěž, s níž se nemocný člověk musí nějak vyrovnat. Zvládání zátěží je označováno termínem *coping*. Obranné reakce mohou být různé a projevují se samozřejmě nejenom v oblasti prožívání, ale ovlivňují i způsob uvažování a chování nemocného. **Zpracování zátěže,** kterou představuje závažné onemocnění, **probíhá ve fázích,** které mají individuálně specifický průběh i délku trvání (Küblerová-Rossová, 1995):

1. **Fáze šoku a popření.** Následuje bezprostředně po zjištění, resp. informaci o chorobě. Taková informace představuje závažné ohrožení, prezentované na symbolické úrovni, které nemocný nechce přijmout. Není schopen se s ním tak rychle vyrovnat, a proto si dopřává odklad. V této době sám sobě předstírá, že něco takového nemůže být pravda. Tento způsob obrany však nebývá funkční delší dobu. Jeho smyslem je poskytnout člověku krátký oddech před přijetím velmi nepříznivé skutečnosti, že již nikdy nebude zdravý, nebo dokonce vůbec nebude žít. Popření je akcentovanou psychickou reakcí, která se někdy objevuje i navzdory somatickým potížím (již delší dobu nějak signalizujícím ztrátu zdraví). V této fázi nemá smysl nemocného informovat o dalším průběhu choroby, protože by tato fakta stejně nepřijal. Pokud se nutí do představy, že diagnóza je omyl a on se uzdraví, tak jsou pro něho naopak spíše rušivé. O. Dostálová (1986) nazývá tento typ reakce „hrou na Potěmkinovy vesnice". Podobná tendence existuje i u zdravé populace. Lidé mají sklon reagovat generalizovaným obranným postojem, který se projevuje přesvědčením, že se jim nemůže nic zásadně zlého stát.
2. **Fáze postupného přijetí skutečnosti,** že je člověk závažně nemocný. Somatické potíže, které jsou příznaky vážné nemoci nelze donekonečna popírat ani bagatelizovat. Nemocný se nakonec musí začít vyrovnávat i s tak těžkou zátěží, jakou je znehodnocení a ohrožení vlastní existence. Nemocní reagují různým způsobem, podle toho, jaké jsou jejich

osobnostní vlastnosti a zkušenosti, jaké byly jejich hodnoty a cíle před onemocněním atd. Opět zde nalezneme dvě základní skupiny obranných mechanismů, **útok** a **únik**. Příkladem aktivní obrany (útoku) je agrese, např. negativismus vůči lékaři a odmítání léčby, která stejně, podle názoru nemocného, nemá smysl. Únikových variant bývá víc, je to např. pokus o únik do pracovní aktivity, kdy se člověk snaží něco dělat za každou cenu; únik do fantazie, kde není ničím ohrožen atd.

R. S. Lazarus (1990) rozlišuje dva druhy chování, zaměřeného na vyrovnání s těžkou chorobou:

- Zvládání (coping) zaměřené na řešení problému. Volba takového přístupu závisí na situaci, na tom, zda si nemocný myslí, že má vůbec nějakou možnost něco udělat. Pokud soudí, že nelze dělat nic, zvolí si následující variantu.
- Zvládání (coping) zaměřené na obranu vlastních pocitů, tj. na redukci negativních zážitků a na udržení přijatelného emočního komfortu. Tato strategie je v podstatě volbou úniku od problému, který nemocný nedovede řešit. Nejde zde o změnu situace, ale pouze o změnu jejího hodnocení. Nemocný ji zkresluje, chová se jako by neexistovala apod. J. Ratliff-Crain a A. Baum (1990) označují takový typ obranné strategie jako **paliativní coping**. Objevuje se v těžko řešitelných a silně stresujících zátěžích, jako je např. progredující, nevyléčitelné onemocnění. Je typický změnou hodnocení traumatizující situace, již nelze zásadnějším způsobem ovlivnit. Míra úspěšnosti této strategie bývá různá.

V této fázi se objevují i přechodné reakce, které lze interpretovat spíše jako zastavení, kdy se člověk nebrání a pouze trpí. Je např. depresivní, protože si dovede představit, co ho čeká. Nebo se na svůj osud hněvá, bouří se proti němu. Smutek i hněv doprovázejí postupné uvědomování nepříznivé reality. Způsob vyrovnávání s chorobou je samozřejmě ovlivněn **aktuálním stavem** nemocného. Jestliže např. dochází k remisi a nemocný se nějakou dobu cítí lépe, může nabýt neoprávněné naděje, že by zlepšení mohlo být definitivní. Rozpor mezi aktuálním somatickým stavem a sdělením lékaře ovlivňuje i psychické zpracování informace o nemoci. Jestliže se nemocný necítí tak zle, bude s větší pravděpodobností informaci o závažné chorobě odmítat a popírat, protože mu bude připadat, že to s ním nemůže být tak zlé.

3. **Fáze smíření s chorobou a jejími důsledky.** Nemocný akceptuje svou nemoc a se situací se vyrovnává. Nyní už ví, že jeho stav nelze zásadním způsobem změnit, a jeho další prožitky, myšlenky i chování tento fakt berou v úvahu. Rozhodně nelze říci, že by to vždycky byly reakce účelné a racionální. Mnozí nemocní se s vlastní chorobou nesmíří nikdy. Občas na to nemají ani čas, protože jejich onemocnění se velmi rychle zhoršuje.

Těžce a nevyléčitelně nemocný může být aktuálně v kterékoli z uvedených fází.





### 6.3.1 Sociální změny

Závažná choroba **mění sociální pozici nemocného**. Člověk ztrácí svou profesní roli, která mu mohla přinášet značné uspokojení a prestiž. Mění se i jeho role v rodině, kde se stává závislým objektem péče ostatních. Není sice nucen, a často ani schopen, plnit běžné povinnosti, ale na druhé straně už nemá stejná práva jako zdraví. Záleží samozřejmě i na tom, jakou roli nemocný v rodině měl a jak velký rozdíl je mezi jeho původním a nynějším postavením. Například čtyřicetiletý otec rodiny ztrácí víc než sedmdesátiletá babička, která již delší dobu stonala a zvykla si v rodině na submisivní (podřízenou) roli. Reakce na nemoc závisí samozřejmě i na chování nejbližších lidí, na tom, jakým způsobem budou tuto změnu akceptovat a co pro ně bude znamenat. **Sociální reakce jsou obecně nejvíce ovlivněny viditelnými projevy,** to znamená změnou zevnějšku (např. nápadným zhubnutím, ztrátou vlasů, amputací končetiny apod.) nebo změnou kompetencí, především těch, které nějak ovlivňují soběstačnost nemocného. Sociálně významná je ztráta schopnosti verbálně komunikovat – např. u nemocných závislých na umělé podpoře dýchání (ventilátoru), ztráta samostatné lokomoce u pacientů po úrazech páteře, inkontinence apod. J. H. Amirkan (1990) uvádí jako jeden ze tří základních způsobů zvládání zátěže **strategii zaměřenou na hledání sociální opory**. R. S. Lazarus (1990) ji považuje za jeden z možných způsobů obrany v situaci těžké choroby. Nemocný člověk hledá někoho, kdo by mu pomohl. Nikdo nepochybuje o tom, že **přiměřená psychosociální podpora může zlepšit kvalitu života těžce nemocného**.

Těžce nemocný člověk potřebuje větší emoční podporu a zároveň bývá ve vztahu ke svému okolí přecitlivělý, podrážděný a vztahovačný. Vyžaduje více a sám poskytuje méně, protože přijatelnější a přiměřenější chování není v jeho silách. Nemocní se někdy nadměrně soustředí na své pocity a problémy, nemají jiné zájmy než zdraví, a tak dochází ke ztrátě společných témat, která mohou posilovat vzájemné vztahy. Nemocný se často vrací do minulosti, vzpomíná na svůj život. Někdy žije „život v zastoupení", to znamená, že se identifikuje se svými dětmi nebo vnuky, občas je náhradou vlastního života i příběh fiktivní postavy (nemocní se někdy dovedou donekonečna dívat na televizní seriály a těšit se na další osudy jejich hrdinů).

Pro blízké lidi není za těchto okolností snadné chovat se požadovaným způsobem. Nemocný se změnil, je jiný – jednak svým chováním, ale i svou novou situací, změnou své role. Pro zdravé lidi je kontakt s těžce nemocným náročný z mnoha důvodů. Jednak jim jeho choroba připomíná vlastní zranitelnost, funguje jako symbolické ohrožení vlastní existence. Kromě toho je závažná nemoc blízkého člověka stresovou situací. Je ohrožením určité hodnoty, kterou vztah k tomuto člověku představuje.

Vyrovnání s takovým stresem rovněž vyžaduje čas a probíhá v podobných fázích jako reakce na vlastní nemoc. Vědomí, že někdo blízký je nevyléčitelně nemocný, vyvolává negativní emoční reakce, vzbuzuje pocity bezmocnosti a někdy i pocity viny. Pocit viny vyvolává aktuální stav těžce nemocného, potřeba mu nějak pomoci a zároveň malá reálnost efektivity takové snahy. Mnozí lidé se

snaží nemocnému vynahradit všechno, co mu choroba vzala. Někdy si vyčítají i zdánlivé, minulé křivdy apod. A jindy naopak, raději se nemocnému vyhnou, protože jim připomíná vlastní bezmocnost a posiluje negativní pocity. Tendence najít pozitivní řešení za každou cenu vede někdy i u zdravých rodinných příslušníků k iracionálnímu chování. To se projevuje např. hledáním léčitele, který poskytuje více naděje (i když nepříliš reálné). **Závažné onemocnění se netýká pouze nemocného, ale ovlivňuje celou rodinu.**

### 6.3.2 Somatické změny

Nemoc je tím méně subjektivně přijatelná, čím více zhoršuje kvalitu života nemocného, jeho osobní komfort a omezuje soběstačnost. (Jde např. o dušnost, slabost, bolesti, nepohyblivost, neschopnost starat se o vlastní hygienu, závislost v základních věcech apod.)

Velice důležitým symptomem je **bolest**. Obecně je prožívána jako signál negativní změny tělesného stavu. Pro závažně nemocného funguje jako potvrzení choroby, popřípadě jejího pokračování. I v těchto případech zahrnuje bolest všechny tři obvyklé složky (volně podle Vymětala, 1994):

- Smyslová charakteristika bolesti, tj. její intenzita, kvalita a lokalizace.
- Emoční charakteristika bolesti, tj. emoční reakce na bolest, která je téměř vždycky negativní. Zhoršuje osobní komfort nemocného, dráždí jej a vyčerpává. Přispívá k negativnímu hodnocení situace i jejího budoucího vývoje.
- Racionální hodnocení bolesti závisí na schopnosti nemocného uvažovat, na jeho zkušenostech i na tom, jaký má pro něho bolest aktuální význam, tj. jakou informaci je.

**Chronická bolest** vede k celkovému vyčerpání nemocného, jejím důsledkem je ztráta zájmu o cokoliv a zhoršení emočního prožívání. Někdy může bolest fungovat i jako prostředek upoutávání pozornosti zdravotnického personálu či rodinných příslušníků. Může být jakýmsi způsobem volání po kontaktu, který zaručeně funguje. Nejde zde o předstírání, jak si někdy myslí personál, ale o zvláštní způsob komunikace. Je vyjádřením potřeby citové podpory v tíživé osobní situaci.

### 6.3.3 Psychické změny

Významným aspektem je **vědomí choroby**, představa o míře ohrožení vlastní budoucnosti a života (tak jak si ji je nemocný ochoten připustit). Závažná choroba přináší člověku mnoho nepříjemných prožitků, nemocný získává automaticky novou, kvalitativně horší sociální roli.

Pod vlivem choroby samé, i v důsledku jejího sociálního významu se mění **sebepojetí nemocného**. Zhoršuje se jeho sebehodnocení a snižuje se jeho sebeúcta. Člověk ví, že se mění jeho kompetence, a pod vlivem zátěže se mohou měnit i některé osobnostní vlastnosti. V tomto případě jde o jakousi sekundární reakci, která sice funguje v závislosti na tělesném stavu, ale lze ji více ovlivňovat, např. rozhovorem s nemocným.

Těžká choroba, stejně tak jako jiné závažné zátěžové situace, některé **osobnostní vlastnosti akcentuje**. To se nakonec projevuje i v převažující obranné





strategii (bude-li submisivní, nadměrně smířlivá až stoická, anebo asertivní, sebeprosazující, případně hostilní). Psychickou reakcí na chorobu může být prohloubení **vědomí vlastní odlišnosti** od zdravých. Vytváří se zde pocit rozdílu mezi „my", tj. nemocní, mezi něž se člověk nyní řadí, a „oni", ti zdraví, k nimž už nepatří. K takovým reakcím mnohdy přispívá i chování zdravých lidí, kteří nemocné nějakým způsobem marginalizují.

Postoj k vlastní těžké a nevyléčitelné nemoci se vytváří postupně. Má, stejně tak jako kterýkoli jiný postoj tři hlavní složky: racionální, emotivní a konativní (tj. vliv na chování člověka).

### 6.3.4 Rozumové hodnocení nemoci

Každý nemocný, pokud není v bezvědomí, o své nemoci nějak uvažuje. **Počáteční uvědomění těžké nemoci může zintenzivnit potřebu své chorobě porozumět.** Nemocný o ní může velice usilovně přemýšlet, shánět všechny dostupné informace a hledat na této úrovni řešení své situace. Mnohdy jsou tyto úvahy nesprávné, protože laik nemá potřebné znalosti. To se projeví jak ve vztahu k hodnocení příčiny, tak v názoru na průběh, resp. léčbu nemoci. Nemoc představuje stresovou situaci, a proto je uvažování takových lidí více závislé na jejich emočním stavu.

Pod vlivem těžké choroby je člověk snadněji a **ve větší míře nekritický**, než by byl za standardních okolností. Hodnocení příčiny je často spojeno s potřebou najít viníka a potrestat ho. Tato potřeba může být tak silná, že člověk příliš nehledí na logičnost zdůvodnění. Stejně tak i výklad průběhu choroby, to znamená hodnocení úspěšnosti léčby, může být nepřesné, protože bude vycházet ze špatné premisy. V takových případech je samozřejmě potřeba počítat i s úrovní uvažování určitých pacientů (kteří jsou aterosklerotičtí apod.).

□ Pacientka (64 let) s chronickou plicní chorobou je přesvědčena, že její stav zavinili lékaři z nemocnice X, kteří s ní nic nedělali, když ji tam vloni v dubnu přivezli sanitkou v bezvědomí. Předtím jí přece nic nebylo.

Rozumový výklad bývá v situaci osobního ohrožení ovlivňován emocemi, proto je větší riziko, že bude nesprávný nebo zkreslený.

### 6.3.5 Emoční postoj k nemoci

Každá, i banální choroba vyvolává nějakou citovou odezvu. Závažné onemocnění je tak těžkým zásahem do funkce organismu, že mnohé vztahy, např. působení emocí na tělesný stav, běžným způsobem nefungují. Nemoc může vyvolávat různé emoční reakce:

Těžké a nevyléčitelné onemocnění lze pojímat jako závažné osobní ohrožení, které logicky vyvolává **strach a úzkost**. Tyto negativní citové prožitky jsou jednak reakcí na diskomfort daný chorobou, ale jsou také odezvou na uvědomění značného rizika vlastního ohrožení. Strach a úzkost jsou podobné emoce,

jež se liší pouze mírou uvědomění vyvolávající příčiny. *Strach* má konkrétní obsah. Nemocný ví, čeho se bojí. Například padesátiletá žena trpící leukemií se bojí, že už nikdy nevstane z postele a nebude chodit, bojí se, že zůstane závislá apod. *Úzkost* je citový zážitek podobný strachu, kde předmět obav není znám nebo není uvědomován. Pacient se bojí, že „to špatně dopadne, má zlé tušení" apod. Každý nemocný trpí určitou nejistotou a nikdy přesně neví, co ho čeká. Prožívá úzkost v závislosti na nepříjemných změnách i při tušení dalších potíží, které choroba přinese. Je třeba s těmito prožitky počítat, nemá smysl je bagatelizovat, že jsou hloupé a nepřiměřené, protože jsou subjektivní realitou. Pro pacienta jsou skutečné a je úplně jedno, že mohou být objektivně nesmyslné. Je třeba nemocného vyslechnout, vzít jeho obavy vážně, vysvětlit mu, co potřebuje vědět a hlavně mu potvrdit svou účast a podporu. Je jisté, že jinak bude prožívat zdravý člověk a jinak těžce nemocný (i kdyby mezi nimi nebyl jiný rozdíl). Úzkost a strach, to znamená negativní očekávání nemocného, ovlivňuje i vnímání a zvládání bolesti. J. Vymětal (1994) říká, že *„utrpení snadněji překonáme, má-li smysl a je-li přítomna reálná naděje ve změnu k lepšímu"*. To znamená tehdy, jestliže strach a úzkost nepřevládne.

Závažná choroba představuje definitivní ztrátu zdraví. Na takovou ztrátu reaguje nemocný člověk zcela logicky **smutkem a truchlením**. Nemoc se může individuálně různým způsobem (v závislosti na diagnóze i závažnosti onemocnění) projevovat úbytkem různých kompetencí a s nimi souvisejících rolí, zhoršením kvality života apod. Čím více naruší choroba život nemocného, čím více se dotkne jeho osobně významných hodnot, tím větší ztrátu představuje a o to výraznější bude i reakce.

**Truchlení** představuje určitý způsob zpracování takové ztráty, s níž se člověk musí vyrovnat, aby ji mohl přijmout. Musí si tuto zkušenost protrpět. Tento proces nelze urychlit a ani nemá smysl utrpení potlačovat. Teprve po jeho prožití může být nemocný schopen přijmout svou novou identitu i nové, omezené možnosti a reálně plánovat svůj další život (třeba i hodně limitovaný, jak v jeho náplni, tak v předpokládaném časovém úseku). V této situaci jde i o změnu sebepojetí a uchování přijatelné sebeúcty, která je chorobou ohrožena. Člověk už není tím, čím byl, a nikdy nebude. Je nemocný, a může se proto cítit méně hodnotný. V průběhu truchlení se mění rovnováha mezi emočním přístupem a racionálním hodnocením. Na počátku převažuje negativní emoční postoj k situaci a jakákoliv úvaha o budoucnosti se jeví nesmyslná. Postupně dochází k uklidnění a člověk začne uvažovat co dál, více rozumově, i když stále s určitou trpkostí.

Smutek, který ztrátu vlastního zdraví doprovází, může přecházet až v **depresi**. Mohou se objevit i **suicidální tendence**, pokud si člověk myslí, že se s takovou ztrátou nikdy nevyrovná, a život za těchto okolností pro něho ztrácí smysl.

Deprese, které se v souvislosti s těžkým somatickým onemocněním objevují, mohou být dvojího druhu:

1. **Symptomatické deprese,** které nějak souvisejí se samotnou chorobou, doprovázejí např. kardiovaskulární či některá nádorová onemocnění. Nejsou psychickou nadstavbou, i když je v praxi u konkrétního pacienta těžké odlišit míru určitého typu deprese.
2. **Psychogenní deprese** jsou reakcí na subjektivně nadměrnou zátěž, kterou představuje celková změna situace. Bylo by možné je zařadit do kategorie neurotických poruch.





Těžká nemoc takovou zátěží samozřejmě je, a proto může vyvolat i depresivní, resp. anxiózně-depresivní reakci. Bývá spojena s úzkostí, anticipací špatné budoucnosti, obavami a beznadějí. Sebehodnocení bývá zhoršené, nemocný má pocit ztráty vlastní hodnoty, bezcennosti. Adaptace na závažné a nevyléčitelné onemocnění může probíhat různým způsobem. Někdy může dojít k adaptačnímu selhání. Jestliže u nemocného převládne a zafixuje se pocit bezmoci a beznaděje, může být výsledkem celková apatie a rezignace na cokoli. Nemocný ztratil smysl svého života a nový není schopen hledat.

**Pocit bezmocnosti** je důsledkem představy neřešitelnosti vlastní situace. Z tohoto pocitu logicky vyplývá i beznaděj. Objevuje se např. u nemocných v relapsu (tj. v době nového propuknutí choroby). Ti, kteří se cítí bezmocní, snadno přijímají postoj stoické akceptace, jsou apatičtí a přestávají s nemocí bojovat. Únava a vyčerpání vedou ke ztrátě zájmu o cokoliv a nakonec i o sebe sama. Tuto situaci je možné interpretovat i opačným způsobem: nemocní, kteří jsou již značně vyčerpáni a jejichž tělesný stav se výrazně zhoršuje, nemají už ani dostatek psychických sil, a proto rezignují. Pocit bezmocnosti může být reakcí na celkovou vyčerpanost organismu.

Běžnou reakcí na jakoukoli závažnou zátěž, kterou může být i ohrožení osobně významné hodnoty vlastního zdraví, je **hněv**. Člověk se zlobí na svůj osud, na svou situaci, kterou považuje za nespravedlivou. Jeho hněv je výrazem negativního postoje k této situaci, je projevem jejího odmítnutí a připravenosti s takovým ohrožením bojovat. To znamená, že bývá spojen s pohotovostí k aktivitě, resp. až k **agresivitě** velice různého zaměření. Může jít o výraz potřeby ztrestat domnělého viníka, např. lékaře, který neléčí tak dobře, jak by mohl, ale i o jiné projevy.

□ Někdy je agresivita už jen pouhým výrazem bezmoci a neschopnosti účelnějšího obranného jednání. Nemocný (55 let) s chronickou plicní chorobou, dlouhodobě na ventilátoru, vyhrožoval lékaři, že ho zabije, a ošetřovateli dával ultimátum k odpojení od ventilátoru do zítřka apod. Byl i autoagresivní, měl tendence k sebepoškozování, takže jej bylo třeba medikamentózně tlumit.

O. Dostálová (1986) nazývá takového pacienta *„válečníkem"*, který stále někoho obviňuje a je se vším nespokojen. Hněv, jenž vede k agresivnímu chování, lze interpretovat jako jeden z obranných mechanismů v situaci nouze.

Podle J. Vymětala (1994) jsou nejčastější příčiny agresivního jednání nemocných:

a) subjektivní pocity ohrožení nemocí, resp. smrtí;
b) somatické změny spojené s nemocí: celkové vyčerpání, které je důsledkem nemoci, zvyšuje dráždivost vůči čemukoli, podobné obrany vyvolává i intenzivní bolest apod;
c) zklamání a pocity křivdy (např. relaps choroby, osobní pocit nezájmu zdravotnického personálu apod.).

O významu aktivních obranných reakcí, mezi něž bezesporu patří různé formy agresivity, hostilita a negativismus, se lékaři a psychologové od poloviny 80. let hodně zajímají. Tento aktivní, bojovný přístup k problému je označován *„fighting spirit"*. J. Sandra, M. Levy a Lynda A. Heiden (1990) uvádějí výsledky různých výzkumů, jež většinou potvrdily určitý vztah mezi bojovností a pravděpodobností lepší prognózy. Nemocní s karcinomem, kteří byli bojovní a hostilní, dovedli projevit své city, ale přitom nad nimi neztráceli kontrolu, přežívali déle než

pacienti submisivní, přizpůsobiví, kteří si netroufli dát najevo, co cítí, a za všech okolností se ovládali (Temoshok, 1990). Bojovný, aktivní až agresivní pacient má větší šanci na přežití. Je ovšem opět možné tento vztah obrátit: člověk, který je schopen takové psychické aktivizace, aby projevoval bojovnost, má pravděpodobně i více tělesných rezerv. To znamená, že jeho organismus má šanci odolávat těžkému onemocnění alespoň do určité míry. Ten, kdo nemá dost sil, bude s větší pravděpodobností apatický, bude rezignovat a cítit se bezmocný.

Závažné onemocnění ovlivní rovněž **základní psychické potřeby**: může měnit jejich hierarchii, preferovaný způsob uspokojování, motivaci apod.

- **Potřeba stimulace** a nových zkušeností se v závislosti na zhoršení somatického stavu zpravidla snižuje.

  Mnohé intenzivnější či frekventovanější podněty mohou působit rušivě, mohou nemocného nadměrně dráždit a vyčerpávat. Nemocný člověk nemá ani příliš velkou potřebu změny, nových podnětů, protože nemá dost energie, aby na něho nepůsobily nepříjemně. Vyčerpaní nemocní preferují stereotyp, protože je pro ně šetrnější, nevyžaduje tolik energie, jíž mají obecně málo. Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti mohou být až podnětově deprivováni. To znamená, že ani omezená stimulační potřeba není přijatelně uspokojována. Tito lidé žijí v podnětově chudém stereotypu (nemocný se např. dívá několik týdnů pouze na strop apod.) a navíc se zhoršuje i kvalita podnětů: mnohé z nich jsou nepříjemné a bolestivé (např. odběry krve, manipulace s kanylou, ošetřování dekubitů atd.).

- Nemocný člověk má **potřebu se ve své situaci orientovat**, znát svůj zdravotní stav, vědět co jej čeká a proč je to nutné.

  Pokud by neznal alespoň rámcově charakter svého onemocnění, zvyšovalo by se riziko konfliktu. Za těchto okolností se jakýkoli nepříjemný lékařský výkon jeví jako ohrožení, se všemi psychickými i fyziologickými důsledky. Těžko lze vyžadovat od nemocného spolupráci, pokud smysl takového jednání nechápe. Orientace v situaci, porozumění nezbytnosti určitých nepříjemností zmenší riziko konfliktů a adaptačního selhání.

- **Potřeba citové jistoty a bezpečí se** pod vlivem nemoci zvyšuje.

  Nemocný zažívá více nepříjemností a mívá méně možností uspokojovat svoje potřeby, resp. není v této oblasti zcela soběstačný. Mnohdy se cítí velice silně ohrožen a z toho vyplývá větší potřeba citové podpory, která by tyto problémy kompenzovala. Závažné onemocnění je značnou zátěží, jež vyvolává obranné mechanismy různého druhu. Jedním z nich je zvýšená fixace na blízké lidi, větší potřeba citové jistoty. Mnohdy může mít až regresní charakter: nemocný chce aby u něj blízký člověk zůstal, držel jej za ruku a neopouštěl jej v této těžké situaci. Někdy jde až o tendenci ke vzniku symbiotické vazby, jaká byla vývojově adekvátní v raném věku. Pokud je nemocný hodně vyčerpaný, může být apatický a ztratit veškerý zájem o cokoli, tedy i o přítomnost svých blízkých.

- Uspokojení **potřeby sociálního kontaktu** je omezeno obtížností takovou aktivitu realizovat, faktickou fyzickou neschopností, ale i změnou hodnot a zájmů.

  V kontaktu se zdravými lidmi chybí těžce nemocným společná témata: jejich životní situace i perspektivy jsou jiné. Takové kontakty ztrácejí svůj smysl a nemocní o ně často ani příliš nestojí. Nakonec se jejich sociální svět zúží na nejbližší členy rodiny, zdravotníky a spolupacienty.





- Pod vlivem onemocnění se mění i **potřeba seberealizace**.

  Její uspokojení je mnohem obtížnější a vzhledem k proměně osobně významných hodnot leckdy až bezvýznamné. Nemocný se mnoha ambic vzdává, protože ví, že jsou nedostupné, nebo proto, že ztratily svou původní hodnotu. V současné situaci jsou pro něho důležitější jiné věci, a seberealizace mívá tudíž jiný obsah. Člověk přijímá roli nemocného, který má svá privilegia, ale nemá už mnohé povinnosti, jehož samostatnost je nějakým způsobem omezena, který už nemusí prokazovat žádné kompetence. Vzácněji může pod vlivem choroby dojít k akcentaci této potřeby, člověk se snaží dosáhnout nějakého cíle právě proto, že jeho čas i možnosti jsou nějakým způsobem omezeny a on si toto omezení uvědomuje. Takový motiv je vyjádřením potřeby dokončit určitý životní plán, který dával jeho životu smysl a jeho dovršení tento smysl – a tím i hodnotu celého jeho života – potvrzuje.

- **Potřeba otevřené budoucnosti,** tj. pozitivní prognózy, bývá závažným onemocněním vždycky více či méně frustrována.

  Těžce nemocný člověk je omezen i v této oblasti, protože jeho choroba není nikdy zcela vyléčitelná. Jeho budoucnost se jeví nepříznivá a nemocný je nucen pod tlakem okolností slevovat ze svých původních představ. Nepříznivou úlohu zde hraje nedostatečná informovanost, nejistota a úzkost. Anticipace negativní budoucnosti je zcela logickým důsledkem pochopení podstaty vlastního onemocnění, resp. obav z důsledků tohoto onemocnění. V závislosti na tom se mohou objevit různé obranné reakce, které mají charakter útoku (resp. agresivity) nebo úniku do jiné, uspokojivější oblasti (např. do fantazie, do vzpomínek na minulost apod.).

Těžce a nevyléčitelně nemocný často ztrácí svůj původní **smysl života**. Najít za této, obecně velice obtížné situace nový, přijatelný smysl vlastního bytí není snadné. V. Frankl (1994) považuje i utrpení za smysluplné, protože nemocnému pomůže ujasnit význam skutečných hodnot. Utrpení může podpořit jeho citlivost a někdy mu může pomoci, aby se stal kvalitnější osobností. Nemoc mění pohled člověka na svět i na sebe sama. Dovolí mu pochopit i jiné dimenze života, kterým by dříve nebyl schopen rozumět, anebo by o ně ani nestál. I ve zvládání choroby a utrpení s ní spojeného se může potvrdit kvalita lidské osobnosti, přestože je to často poslední projev jeho sebepotvrzení.

## 6.4 Psychické problémy spojené s nemocí v dětském věku

### 6.4.1 Reakce rodičů na onemocnění jejich dítěte

**Nemoc dítěte je pro rodiče silnou stresovou situací. Způsob, jakým ji rodiče zvládají a jak na ni reagují, spoluurčuje, jak velkou zátěží bude nemoc pro dítě.**

Rodiče dítěti nemoc nějakým způsobem interpretují, jejich reakce dají této situaci určitý konkrétní význam. Dítě nemá o své chorobě tolik informací jako dospělí a ani by jim nemohlo porozumět, není schopné v plném rozsahu chápat

míru její závažnosti pro svůj další život. Stejně tak jako v jiných případech, je pro něho nejdůležitější postoj a z něho vyplývající chování rodičů.

Zdraví dítěte je pro jeho rodiče významnou hodnotou a nemoc dítěte znamená její nespravedlivé ohrožení. Značný rozdíl mezi realitou, jíž je nemoc, a standardním očekáváním zdravého vývoje dítěte vede k prožitku silného stresu, stimulujícího různé obranné reakce. Nemoc dítěte je hodnocena i dospělými více emočně, protože postihuje bezbranného a závislého jedince, který teprve začíná žít a již je vystaven nějakému utrpení.

□ Matka sedmiletého chlapce, trpícího diabetem, to vyjádřila obdobně: „Proč má takhle trpět, vždyť je to dítě, které ještě nic neprožilo a nikomu nic zlého neudělalo?"

Poznání, že dítě je nemocné, vyvolává pocit jeho ohrožení, ale zároveň i uvědomění ztráty významné hodnoty, kterou bylo jeho zdraví. Rodiče za této situace reagují kombinací různých emocí:

- **úzkostí a strachem,** který se vztahuje k představě dalšího ohrožení dítěte;
- **vztekem,** souvisejícím s uvědoměním ztráty, prožívané jako nespravedlivé;
- **smutkem,** event. až **depresí**, vyplývající z vědomí omezených možností ochránit svoje dítě.

Úzkost rodičům nedovoluje, aby posoudili stav dítěte objektivně. Jejich hodnocení je vždycky subjektivní a emotivně zkreslené obavami (resp. přáním). Navíc rodiče nemívají o nemoci svého dítěte přiměřené a dostatečně přesné znalosti. Ovlivňují je názory různých laiků (sousedů, příbuzných a známých) i mediálně prezentované informace, které si ani nemuseli správně zapamatovat. (Laická veřejnost např. nerozlišuje mezi dětským diabetem a stařeckou cukrovkou, potíže s ledvinami jim připadají všechny stejné apod.) Výsledkem je pocit určité dezorientace, který není dobrým východiskem k řešení. Potřebují jasnou a srozumitelnou informaci od lékaře, aby měli jistotu, o jakou nemoc jde a jakou má pravděpodobnou prognózu, resp. co lze za těchto okolností pro dítě dělat.

Vědomí nemoci vlastního dítěte stimuluje většinou **aktivní obranné reakce**. Rodiče se odmítají s takovou situací smířit, chtějí bojovat o uzdravení nebo alespoň o co největší zlepšení jeho stavu. Nemoc je trochu jinou situací než trvalé a neměnné postižení. Míra poškození zdraví není zcela jednoznačně určena. Je zde prostor pro změnu. Vědomí této možnosti rodiče motivuje k různé, někdy i nesmyslné aktivitě. Je jisté, že jakákoli činnost, která se jeví smysluplná, pomáhá rodičům samým zvládat tuto zátěž. Rodiče nemocného dítěte si zpravidla volí tyto způsoby zvládání své stresové situace (podle Lazaruse, 1990):

1. Přijetí **aktivního postoje**, tj. preference konfrontačního přístupu, aktivizace energie a přesvědčení, že s nemocí je třeba bojovat.
2. Hledání **sociální podpory** – rodiče vědí, že si v takové situaci nemohou pomoci sami, potřebují získat odborníky-lékaře, resp. další lidi, schopné





přispět k vyřešení jejich problému nebo je alespoň emočně a morálně podpořit.

3. Hledání **konkrétních řešení**, která se jeví být alespoň nadějná.
4. Snaha o **pozitivní ocenění**, které by bylo jakýmsi potvrzením užitečnosti dosavadního jednání. Člověk, který chce s problémem bojovat, si vytvoří určitý plán a snaží se pro něho získat podporu důležitých lidí. Jakmile se dostane do této fáze, má pocit, že jeho situace není beznadějná. Získá tak dostatečnou sebedůvěru i víru v pozitivní výsledek, nalézá novou naději.

Rodiče mohou reagovat i postojem, jenž nemoc podceňuje a popírá její závažnost. Bagatelizace je v tomto případě projevem určitého způsobu vyrovnávání se zátěží, který problém řeší jeho popřením. Za těchto okolností se jím nemusí dál zabývat, není třeba jej řešit, když neexistuje.

Pod vlivem zkušeností s nemocí se často mění postoj rodičů k dítěti. Impulzem bývá potřeba vynahradit dítěti to, co mu nemoc vzala, a zlepšit tak jeho emoční bilanci. Takové chování je rovněž projevem obrany v zátěžové situaci, vyjádřením tendence chránit svoje dítě, a tím i svou vlastní identitu. Hyperprotektivní a často nadměrně tolerující postoj nemusí být pro další život dítěte přínosný. Jeho osobnost se nakonec může rozvíjet nepřijatelným způsobem nikoli z důvodů nemoci, ale pod vlivem změny výchovného přístupu rodičů.

Reakce rodičů se mohou měnit podle toho, jak choroba dítěte probíhá. Jestliže se nemoc nelepší, nebo dokonce dochází ke zhoršení, roste i úzkost rodičů a zvyšuje se riziko zkratkového jednání, vyvolaného pocitem zoufalství. Pokud by bylo riziko, že se dítě nikdy neuzdraví, nebo by dokonce mohlo být ohroženo na životě, je třeba rodičům pomoci nalézt smysl života i v této situaci. Jeho základem je potřeba **poskytnout dítěti emoční oporu**, jistotu a nepodlehnout vlastní beznaději a depresím.

### 6.4.2 Reakce dítěte na vlastní nemoc

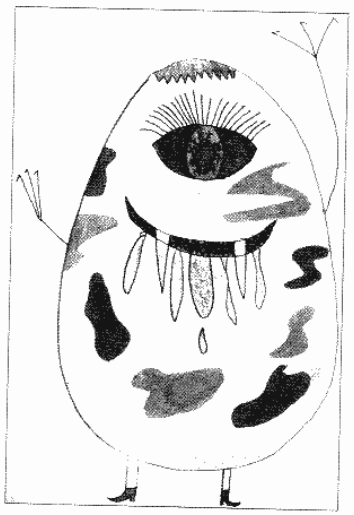
Jakékoli dlouhodobé a závažné onemocnění představuje zatížení pro celý organismus dítěte, tedy i pro jeho psychiku. Nemoc přináší nové, odlišné zkušenosti, ale zároveň omezuje možnost získat zkušenosti standardní. Psychická reakce na nemoc závisí na:

- dispozicích, vývojové úrovni a individuální zkušenosti, tj. již vytvořených osobnostních rysech dítěte;
- reakcích prostředí, v němž dítě žije, především rodiny, nemocničního personálu i širší společnosti.

Chronické onemocnění postihuje 7–10 % dětské populace (Krejčířová, 1995). Většina závažnějších onemocnění přináší v rámci chorobných příznaků zhoršení celkového stavu, např. únavu, vyčerpání, bolest.

## Emoční reakce

**Primární psychická reakce na takové změny je citová.** Změna prožívání je, zejména u mladších dětí, jedním z prvních signálů porušené rovnováhy organismu. Avšak její intenzita nemusí odpovídat závažnosti onemocnění, souvisí spíše se subjektivní nepříjemností příznaků a veškerých změn, k nimž vede. Somatické onemocnění se **v oblasti prožívání** projeví zvýšenou dráždivostí a emotivní labilitou. Kromě toho bývají s onemocněním spojeny i **negativní prožitky**, které souvisejí s celkovou změnou životní situace dítěte, s reakcemi rodičů apod.



**Obr. 6.1:** „Zlá nemoc", jak ji vidí závažně nemocný chlapec.

Nemocné děti bývají úzkostné, trpí nejistotou a obavami z dalších potíží a nepříjemností. Strach i úzkost se mohou velmi snadno přenášet z rodičů na děti, a to i tehdy, jestliže není tento prožitek verbalizován, tj. pokud o něm rodiče nemluví. Nemocné děti bývají zvýšeně empatické, a to zejména ve vztahu k nejbližším osobám, na něž jsou citově vázány. Větší zaměření pozornosti na chování blízkých dospělých bývá spojeno se změnou v jejich chování, která je pro dítě signálem nějakého ohrožení.

Dalším zdrojem úzkosti nemocného dítěte může být nutnost změny sebehodnocení a obrany sebeúcty. S tím souvisí i ztráta různých kompetencí, vedoucí mnohdy k návratu dříve překonané závislosti na jiných lidech (Matějček, 1992).

Strach i úzkost jsou spojeny s různými fyziologickými reakcemi, které mohou nepříjemně ovlivňovat průběh onemocnění či adaptaci na změnu prostředí při hospitalizaci. Nemocné děti mohou být smutné, resp. až depresivní, mohou cítit beznaděj a zdánlivou či reálnou bezmocnost.

V obrazu vlastní nemoci hrají v dětském věku podstatnou roli především **bezprostřední negativní prožitky** a diskomfort, daný omezeními, která z nemoci vyplývají.

Z hlediska dítěte mají největší význam tyto důsledky choroby:

a) obtíže, které nemoc přináší (bolest, svědění, únava apod.);
b) léčebné a vyšetřovací výkony, které bolí nebo jsou jinak nepříjemné, a proto vyvolávají úzkost a strach;
c) odloučení od rodiny při hospitalizaci, vyvolávající strach ze ztráty citového zázemí a měnící navyklý životní styl;
d) omezení nejrůznějšího druhu (omezení pohybu, dieta, izolace od kamarádů, nuda), která dítě nedovede rozumově zpracovat jako nezbytná a užitečná pro jeho budoucnost; z jeho pohledu působí pouze jako neúčelná frustrace.





V souvislosti s onemocněním má důležitý emoční význam i **bolest**.

Bolest je vždycky spojena s negativními citovými prožitky a stimuluje takové reakce, které by vedly k jejímu odstranění. Vyvolává napětí, a pokud trvá delší dobu, vyčerpává organismus dítěte a mění jeho prožívání i chování. Zvyšuje citlivost k zátěži, děti trpící bolestí bývají mrzuté a plačtivé, častěji reagují afektivním výbuchem, nebo jsou naopak zcela apatické.

Intenzita bolesti neodpovídá vždy závažnosti onemocnění. Citlivost k bolesti je individuálně rozdílná. Závisí na mnoha různých biologických i psychosociálních faktorech, jako jsou vlastnosti osobnosti, věk, zralost dítěte, jeho pohlaví a individuální zkušenosti. Aktuálně závisí i na stavu organismu, protože citlivost k bolesti je zvyšována únavou a vyčerpáním. U starších dětí může pozitivně působit pochopení smyslu určité bolesti, např. při vyšetření. Za těchto okolností nepůsobí bolest jako nesmyslné ohrožení, vědomí jejího významu podporuje toleranci.

Nemocné dítě má větší **potřebu podpory a citové jistoty**, která by jeho nepříjemné prožitky kompenzovala. Závažné onemocnění představuje určité ohrožení, na něž dítě reaguje různými obrannými mechanismy. Jedním z nich je zvýšená fixace na blízké osoby. Mnohdy může mít až charakter regrese: dítě se začne chovat, jako když bylo malé. Chce se chovat, hladit, odmítá odloučení od matky apod. Fyzická přítomnost nejbližších lidí za těchto okolností saturuje potřebu bezpečí a jistoty, které bylo chorobou ohroženo.

## Rozumové zpracování choroby

Schopnost posoudit nemoc rozumově, zejména z hlediska jejího významu pro svůj další život, výrazně závisí na **vývojové úrovni** dítěte.

**V předškolním věku,** kdy je myšlení ještě prelogické, jsou dětské úvahy ovlivněny fenomenismem, prezentismem a egocentrismem. Všechno je posuzováno tak, jak se dítěti subjektivně a aktuálně jeví a jak vyhovuje jeho potřebám. Hodnocení nemoci je nepřesné a iracionální. Dítě tohoto věku nemůže pochopit podstatu nemoci. Značnou roli zde hrají rodiče a jejich chování v době onemocnění. Mnohé děti hledají příčinu, tj. viníka nemoci. Může se jím stát nějaký člověk či jiná bytost, nebo přičítají vinu samy sobě. Interpretují nemoc jako trest za nějaké provinění, jehož se asi dopustily. Náhodnost a neosobní příčina vzniku nemoci je pro jejich úroveň myšlení nepochopitelná, a proto neakceptovatelná. Onemocnění samo může v představách dítěte nabývat konkrétní podobu ohrožujícího mechanismu, popř. je personifikováno (dítě si může představovat svoje onemocnění jako zlou bytost, která ho užírá). (Langmeier, 1989)

Myšlení **školního dítěte** se dostává do stadia konkrétních logických operací. Hodnocení vlastní nemoci se stává realističtější, ale stále hodně ovlivněné vlastními prožitky a projevy nemoci. Dítě je ve svém uvažování sice logičtější, ale stále ještě vázané na realitu, kterou je v tomto případě vlastní zkušenost. Realismus raného školního věku přijímá veškerou skutečnost – tedy i nemoc – jako danost. Dítě začíná postupně nazírat na chorobu jako na způsob fungování vlastního organismu.

**V období pubescence** se znovu mění způsob uvažování, dospívající dovedou uvažovat hypoteticky. Proto starší děti hodnotí a kritizují realitu, která je neuspokojuje, a srovnávají ji s alternativami, jež by pro ně byly přijatelnější. Na druhé straně je pubescent schopen pochopit podstatu svého onemocnění, jeho příčiny i předpokládané důsledky. V této době chápe i možnost vlastního ohrožení do budoucnosti, zejména ve vztahu k profesní volbě a mezilidským vztahům.

### Vliv na osobnost

Chronické onemocnění je významným faktorem, jenž ovlivňuje **vývoj osobnosti** nemocného dítěte. Působí vždy v interakci s ostatními faktory (individuální dispozice, vývojová úroveň, předchozí zkušenosti; sociální kontext) spoluurčujícími, jakým způsobem se nemoc projeví v psychické oblasti.

U dětí s chronickým onemocněním a častou hospitalizací dochází k určitým změnám v osobnosti, které jsou reakcí na takovou situaci.

Dítě se může dostat do situace, kdy považuje hospitalizaci za něco zcela normálního. Na druhé straně není vždy adekvátně adaptováno na běžné prostředí, protože jeho zkušenost je odlišná.

- Pětiletý chlapec, trpící chronickým onemocněním dýchacích cest, byl od tří let opakovaně hospitalizován, vždy pro dechovou nedostačivost. Na nemocnici je zvyklý. S personálem komunikuje přátelsky, nechá se rozmazlovat. V nemocnici bývá často a ví, že se sem bude vracet i v budoucnosti. Jde o adaptibilního chlapce, který dovede navázat kontakt, občas je až familiární. Dovede se podřídit autoritě, ale je mu třeba všechno vysvětlit. Při hře se soustředí jen krátkodobě, je roztěkaný, přebíhá od jedná činnosti ke druhé. Raději komunikuje s dospělými, děti chce ovládat, nedovede s nimi spolupracovat a akceptovat přání jiného dítěte.

Onemocnění může ovlivnit styl života dítěte, omezuje běžnou sociální zkušenost, zejména ve vztahu s vrstevníky.

- Sedmiletý chlapec trpí vrozenou imunitní deficiencí, která je příčinou jeho časté nemocnosti. Býval nemocný již od raného dětství, a proto nechodil do mateřské školy. Ze zdravotních důvodů měl odklad školní docházky o jeden rok. V první třídě zvládal učivo výborně, učil se především doma, s babičkou. V této době si již sám četl knížky a časopisy, uměl dobře počítat (spočítal např. v obchodě, kolik mají babičce vrátit při nákupu). Ve škole byl pečlivý až úzkostný. Ve vztahu k ostatním dětem je nejistý, od počátku se jich spíše bojí. Po delší absenci jej musí do školy doprovázet babička. Odtažitý vztah k vrstevníkům měl již v předškolním věku. Raději se dívá, jak si ostatní děti hrají, ale sám mezi ně nejde. V rodině se stýká pouze s dospělými, sourozence nemá.

Zkušenost s chronickou nemocí ovlivní i **hodnoty dětí**, jejich přání a obavy.

- Například děti s chronickým onemocněním ledvin, dlouhodobě dialyzované (tj. vázané na přístroj), nějakým způsobem vždycky zahrnuly do svých přání potřebu být zdravé a do svých nejhorších zkušeností nemoc. Jejich vztahy, především k vrstevníkům, byly vázány na nemocniční oddělení. Za kamarády si vybíraly děti s podobným problémem (např. dvanáctiletý chlapec má dva kamarády z dialýzy, jezdí k nim na návštěvu) nebo neměly žádné („nejlepšího kamaráda teď nemám").

Chronické onemocnění je dlouhodobou zátěží, která může ovlivnit **sebepojetí dítěte**, např. ve vztahu k výkonu. Choroba v těchto případech znemožňuje dítěti pracovat na stejné úrovni jako stejně nadané, ale zdravé dítě.

- Skupina 40 dětí ve věku 10 až 14,5 roku, které trpěly nějakou závažnější chorobou (např. astma, leukemie, onemocnění jater a ledvin apod.), posuzovala svoji vlastní





školní úspěšnost (Matějček a Vágnerová, 1987). Děti, jež neměly příliš dobrý školní prospěch (průměr z českého jazyka 2,5 a z matematiky 2,3), se hodnotily lépe než průměrně, což jejich reálnému výkonu neodpovídalo. Určitou roli zde mohla sehrát jejich menší zkušenost, celková naivita, ale i určitá idealizace školy, která je symbolem normálního života.

## Shrnutí

Nemoc lze považovat nejen za biologickou odchylku, ale i za určitý druh sociální deviace. Jakékoli onemocnění mohou ovlivnit i psychické a sociální faktory. Psychosomatické onemocnění lze chápat jako neadekvátní somatickou reakci na subjektivně nezvládnutelnou psychologickou zátěž. Každé somatické onemocnění naopak působí i na psychiku nemocného: na jeho prožívání, uvažování i chování. Psychické zpracování závažné choroby probíhá v charakteristických fázích.

Děti reagují na nemoc odlišným způsobem než dospělí. Převažuje u nich emoční složka postoje a koncentrace na aktuální problémy. Postoj dítěte k jeho nemoci závisí i na reakcích rodičů a změnách v jejich chování.

## Kontrolní otázky

- Jak lze definovat nemoc ze sociálního hlediska?
- Čím je charakteristická role nemocného?
- Jakým způsobem lze definovat psychosomatické choroby?
- Jakými fázemi prochází reakce na zjištění závažné choroby?
- Čím je ovlivněn postoj nemocného k vlastní chorobě?
- V čem je náročný kontakt zdravých lidí s nemocným, který je jim nějak blízký?
- Zkuste si představit, jak byste sami reagovali na závažné onemocnění.
- Jakým způsobem reagují rodiče na nemoc svého dítěte?
- Jakým způsobem reagují na nemoc děti?

# 7 Psychologická problematika některých neurologických onemocnění

Onemocnění nervové soustavy bývají provázena specifickými psychickými problémy, které však v naprosté většině ještě nepatří do kategorie psychických poruch. Obyčejně jde o drobnější odchylky v rámci široké normy. Významné jsou v tomto případě i psychické nápadnosti, jež nejsou přímým důsledkem choroby, ale vyplývají z odlišné sociální pozice takto postižených lidí. Považujeme za užitečné, aby sociální pracovníci i speciální pedagogové byli o těchto problémech informováni. Tito nemocní bývají dost často jejich klienty.

Organické poškození CNS může vést k narušení psychických projevů. Kvalita i závažnost takového postižení závisí jednak na typu, lokalizaci a úrovni poškození mozku, jednak na věku, kdy k postižení došlo.

U dětí je vždy třeba hodnotit význam těchto poruch ve vztahu k věku. Vývojový přístup je velice důležitý, protože zrání ovlivňuje i abnormální, poškozené mozkové struktury (Lesný a kol., 1987). Teprve od 7–8 let můžeme předpokládat jednoznačnější vliv typu a lokalizace postižení na psychický projev, podobně jako je tomu u dospělých. Až v této době dosahuje většina mozkových oblastí potřebné úrovně zralosti. CNS mladších dětí má značnou schopnost různá poškození kompenzovat, a proto nebude mít jeho lokalizace tak velký význam (Krejčířová, 1995).

Organické poruchy CNS mají určité společné znaky, které bývají ve svém souhrnu označovány jako **organický psychosyndrom** (akutní nebo chronický). Poškození CNS se může projevit různými psychickými odchylkami, resp. nápadnostmi:

- **Poruchy reaktivity ve smyslu změny aktivační úrovně** – může jít o nápadné zvýšení, snížení či výkyvy celkové reaktivity. S tím souvisí i **autoregulační obtíže**, např. impulzivita a sklon ke zkratkovým reakcím, které se stávají zdrojem problémů v sociální oblasti. S tím souvisí i poruchy koncentrace pozornosti, zvýšená unavitelnost a snížená odolnost k zátěži.
- **Poruchy motoriky** – pohybová neobratnost, nešikovnost. Může jít o dyspraxii, tj. o narušení koordinovaných a smysluplných pohybů, o projevy neobratnosti v oblasti naučených dovedností, případně o dysartrii, tj. poruchu v oblasti koordinace motoriky mluvidel.
- **Percepční, gnostické poruchy** – omezení schopnosti správně diferencovat a rozeznávat vnímané podněty.





- **Změny kognitivních funkcí.** Organické poškození mozku bývá doprovázeno poruchami paměťových funkcí, zejména vštípivosti. Mohou se objevit poruchy usuzování, myšlení bývá méně flexibilní, stává se rigidním a ulpívavým na určitém stereotypu, někdy může být naopak i zabíhavé. Lze se setkat s určitými nápadnostmi ve struktuře rozumových schopností nebo v jejich využití, jež může být omezeno (jednou z příčin může být i zvýšená unavitelnost, která je pro organické poškození mozku také typická).
- **Poruchy řeči typu afázií, resp. dysfázií.** Porucha se projevuje obtížemi v porozumění řeči i nedostatky v aktivním verbálním vyjadřování, takto postižený člověk má problémy s hledáním adekvátních slovních výrazů apod. V lehké formě se tato porucha projeví např. jen neobratným vyjadřováním.
- **Změny emočního prožívání.** Typický bývá sklon k emoční labilitě, kolísání nálad a zvýšená dráždivost. Lidé s organickým postižením mozku mívají častěji mrzutou náladu. Jejich snížená odolnost k zátěži se projevuje sklonem k afektivním výbuchům.
- **Sociálně adaptační potíže** bývají u takto postižených lidí častější než v běžné populaci. Je zde zvýšené riziko nedostatečného sebeovládání, impulzivních projevů, negativismu a agresivity. Poruchy chování v dětském věku jsou v jedné třetině zapříčiněny organickým poškozením mozku (Krejčířová, 1995). V dospělosti bývají rovněž velice častou příčinou různého problematického či přímo asociálního chování, především impulzivních krádeží a násilných trestných činů (Quay, 1987).

## 7.1 Syndrom dětské mozkové obrny

Hlavním příznakem dětské mozkové obrny (DMO) je **porucha motoriky, charakteristická postižením volních pohybů**.

Příčinou vzniku poruchy je prenatální, perinatální nebo postnatální poškození centrální nervové soustavy, které se projeví před pátým rokem života (*Merck Manual,* 1996); jde např. o důsledek traumatu asfyxie (tj. nedostatku kyslíku) apod. DMO bývá velmi často kombinovaná s jinými poruchami, např. zraku, sluchu, řeči a rozumových schopností, častěji se vyskytují i epileptické záchvaty. DMO postihuje 0,1–2 % dětí (*Merck Manual,* 1996).

### 7.1.1 Formy DMO

DMO může být ve svém projevu dost různorodá, rozlišují se čtyři základní typy (*Merck Manual,* 1996; Krejčířová, 1995):

- **Hypotonická forma** bývá častá v prvních měsících života a v průběhu vývoje se mění v jinou formu DMO.

Klinický obraz DMO nemá v kojeneckém věku definitivní charakter. Proto není možné stanovit přesnější diagnózu a z toho vyplývající prognózu před druhým rokem života. Tento fakt je pro mnoho rodičů stresující. Pokud nejsou v situaci přiměřeným způsobem orientováni, nemohou se s ní ani účelně a přijatelně vyrovnávat.

- **Spastický, hypertonický syndrom** postihuje 70 % nemocných. Spasticita (zvýšené svalové napětí) je způsobena postižením centrálního motoneuronu. Pohybové postižení může mít různý rozsah. V rámci kvadruplegie, tj. postižení všech končetin, bývá často postižena také hybnost svalů úst, jazyka a měkkého patra, což se projeví poruchou řeči, tzv. dysartrií. Kvadruplegie bývá častěji kombinována s poruchou inteligence.
- **Atetoidní nebo dyskinetické syndromy** se projevují mimovolními, pomalými a kroutivými nebo přerušovanými a trhavými pohyby různých svalových skupin. V zátěži a v napětí bývají tyto pohyby nápadnější, a přestože se mohou laikům jevit jako úmyslné mimické či pantomimické projevy, nelze je vůlí ovlivnit. Porucha je způsobena postižením bazálních ganglií a vyskytuje se přibližně u 20 % nemocných.

  Pokud jsou postiženy svaly obličeje a mluvidel, bývají takoví lidé sociálně stigmatizováni. Jejich řeč bývá těžko srozumitelná a působí jim značné problémy v komunikaci i v uplatnění rozumových schopností. Záškuby v obličeji a neschopnost přijatelného verbálního projevu na okolí působí jako výraz mentálního defektu. Proto postižení lidé bývají hodnoceni jako mentálně retardovaní, přestože jejich inteligence nebývá poškozena (někdy je i nadprůměrná).
- **Mozečkový syndrom** postihuje především pohybovou koordinaci, ale velmi často i rozumové schopnosti. Je vzácnější, vyskytuje se u 10 % nemocných.

### 7.1.2 Vlivy DMO na psychiku postiženého

Pohybové postižení zvyšuje riziko **deprivace v oblasti stimulace, učení a sociální zkušenosti**. Nepohyblivé děti jsou více závislé na svém okolí. V důsledku toho dochází k opožďování rozvoje poznávacích procesů i socializace. Psychosociální dopad závažnějších poruch hybnosti tak spočívá v nerovnoměrném zpomalování a blokování psychického vývoje, v závislosti na nedostatečné i poněkud odlišné zkušenosti. Psychický vývoj takových dětí proto může ve větší míře negativně ovlivnit rodičovský nezájem nebo nedostatečná empatie pro jejich potřeby. V podobných případech obyčejně platí, že když se zlepší lokomoce a dítě se stane samostatnějším, udělá pokrok i v oblasti poznávacích procesů. Vývoj **poznávacích procesů** může být u dětí s DMO opožděn nejenom z důvodů omezenější stimulace. Jeho příčinou může být i poškození mozku. DMO bývá v 30–50 % spojena s porušením dispozic k rozvoji intelektových schopností.





Děti s DMO, podobně jako všichni, kteří trpí organickým postižením mozku, mívají problémy s **koncentrací pozornosti**. Jejich pozornost bývá hůře soustředěná, ulpívavá, nevýběrová a často ji lze hodnotit jako celkově nezralou. Stejnou příčinu mají i **poruchy paměti**. Paměť bývá nepříznivě ovlivněna horší pozorností a snadnější unavitelností. **Poruchy percepce** nemusí být pouhým důsledkem nedostatku zkušeností, ale mohou být projevem specifického postižení. DMO bývá dost často spojena s nějakou poruchou zrakového nebo sluchového nervu nebo s *dysgnózií*, tj. obtížemi v oblasti zrakové či sluchové diferenciace, analýzy a syntézy. V tomto případě je obtíž v přesném rozlišení nějakého podnětu dána centrálně, není zrakovou či sluchovou vadou, ale je projevem postižení mozku.

**Citové prožívání** a reakce, které jsou s ním spojeny, bývají u těchto dětí, v závislosti na poruše CNS, také nějakým způsobem odlišné. Každý intenzivnější citový prožitek je v nápadnější míře spojen se změnou v motorických reakcích, projeví se ztuhnutím svalů nebo zvýšením mimovolních záškubů. Nemocní nejsou objektivně schopni takové reakce kontrolovat a ovládat. V závislosti na poškození mozku chybí rovnováha mezi aktivací a uvolněním. Za těchto okolností se obtížněji rozvíjí i kontrola chování, která je v některých oblastech jen těžko dosažitelná. Emocionalita nemocných s DMO bývá **infantilnější**, tito lidé mohou být **labilnější a dráždivější**. Jejich citové reakce nemají vždy adekvátní intenzitu nebo délku trvání.

U lidí postižených DMO bývají časté i **poruchy řeči**. Často jde o *dysartrii*, jejímž podkladem je porucha motoriky mluvidel. Pohyby mluvidel bývají v tomto případě neobratné a nepřesné, proto nemůže být přiměřený ani formální řečový projev. Omezení rozvoje řeči má negativní vliv jak na vývoj poznávacích procesů, tak na kvalitu komunikace a sociální adaptace.

### 7.1.3 Sociální důsledky DMO

**Socializace** nemocných s DMO bývá nepříznivě ovlivněna omezením v oblasti motoriky a poškozením řeči. Mají mnohem méně sociálních zkušeností, protože bývají častěji izolováni v rodině, resp. v ústavním zařízení. (Podobný omezující vliv mívá i častá hospitalizace.) Obtíže zvyšuje změna tělesného vzhledu a odlišnost reakcí (zejména mimovolní záškuby apod.), které vyvolávají u laické veřejnosti nestandardní sociální reakce, ať už je to odpor, posměch nebo soucit. Lidé trpící DMO bývají pro své zjevné postižení na jedné straně více tolerováni a na druhé straně se od nich méně očekává.

□ Sedmnáctiletá Dáša trpí diparetickou formou DMO. Narodila se jako těžce nedonošené dítě starším rodičům vysokoškolákům v jejich druhém manželství. Od narození bylo zřejmé, že bude pohybově postižena. Dost dlouho však nebylo jisté, jak závažné bude toto postižení. Rodiče se na péči o dceru značně koncentrovali. Matka se zcela vzdala své profesní kariéry a zůstala v domácnosti. Její jedinou životní náplní se stalo úsilí zlepšit co nejvíce zdravotní stav své dcery. V jejím postoji byla zřejmá obranná tendence aktivního typu, snaha překonat potíže za jakoukoli cenu.

Do značné míry se jí to podařilo, Dáša byla ve školní věku schopna samostatné lokomoce s pomocí berlí. Stejně intenzivní byla stimulace v rámci předškolní přípravy i později individuální domácí výuka. Do školy Dáša chodila jen skládat zkoušky. Po ukončení základní školy nastoupila na gymnázium. Zde se v plné míře ukázala všechna její omezení daná nezkušeností, izolací a odlišným stylem života. Ve třídě si neuměla získat přijatelné postavení, zůstala v roli izolovaného jedince. V oblasti sociálního chování byla nápadně infantilní a zcela závislá na matce. Úsilí rodiny bylo jednostranné, zaměřené na zlepšení zdravotního stavu nebo na školní úspěch. S ničím jiným se zde nepočítalo. Tento příklad ilustruje dost běžnou tendenci rodičů kompenzovat zdravotní postižení přehnaným důrazem na školskou oblast, bez pochopení dalších potřeb. Přetrvávající nepřiměřená závislost a vazba na matce je pro další život omezující.

Vynucená menší samostatnost, omezenější zkušenosti a odlišná sociální akceptace ovlivňují rozvoj určitých **osobnostních rysů**. Postižení bývají infantilnější, pasivnější, závislejší a často uzavřenější. Mnohé z jejich zvláštností nejsou primárním důsledkem onemocnění, ale vznikají převážně jako reakce na jinou životní situaci, na styl výchovy v rodině a na postoje rodičů i dalších lidí. Chování široké veřejnosti posiluje spíše pasivitu a závislost takto postižených lidí, někdy podporuje i jejich tendenci k izolaci od společnosti, která je nedokáže přijatelným způsobem akceptovat. (Viz kapitola o tělesně postižených.)

□ K prvním historicky známým jedincům trpícím dětskou mozkovou obrnou patřil římský císař Claudius. Jak uvádí I. Lesný (1984), šlo v jeho případě o dyskinetickou formu DMO, která se projevuje vůlí nepotlačitelnými pohyby. Tak nápadný projev, zejména v obličeji a snad i na horních končetinách, činil jeho vzezření natolik abnormální, že byl ve svém okolí považován za slabomyslného. Jak bývá pro DMO typické, měl i poruchu hybnosti, špatně chodil; špatně mluvil, jeho řeč nebyla dostatečně koordinovaná, zejména v dechové regulaci. Všechny uvedené projevy byly sociálně rušivé i v době vzdálené více než dva tisíce let.
Claudius byl postižen od narození, podle historických pramenů šlo o těžký porod. Byl již tehdy nápadný svým zevnějškem a sama matka o něm prohlásila, že „od přírody nebyl dodělán, ale jen započat". Byl považován za slabomyslného a ani po dosažení věkové hranice plnoletosti mu nebyla přiznána svéprávnost. (Bývá běžné, že se děti trpící DMO jeví v raném dětství více opožděné a v rámci komplexu všech možných negativních vlivů jako mentálně postižené, ačkoli často tomu tak není.) Důležitou roli hrála v Claudiově životě jeho nápadná odlišnost od tehdejšího ideálu, která byla důvodem jeho odmítání, ba až opovržení a výsměchu nejen v rodině, ale i v celém Římě. Není pak divu, že se stal plachým a uzavřeným, což bylo vykládáno jako další důkaz jeho duševní zaostalosti. Platil za jakéhosi dvorního šaška, jehož nikdo nebral vážně.
Claudiův nástup na trůn nebyl proto provázen jásotem davů, jak bývalo v takové situaci tehdy obvyklé, ale spíše rozpaky. V té době již padesátiletý Claudius byl považován za podivína, nepraktického, směšného a v zásadě méněcenného člověka. Z jeho dalšího chování na trůnu, které bylo historiky zaznamenáno, však vyplývá, že inteligentní nepochybně byl. Claudiova vláda byla na svou dobu osvícená a jeho schopnosti politika svědčily nejen pro nadprůměrné inteligenci, ale i o určitém rozhledu.





Měl zájem o historii a výborné znalosti z této oblasti. Jeho historické dílo bylo později vysoce ceněno. Dnes bychom řekli, že se takto zaměřil v rámci kompenzačních aktivit. Obranné tendence zřejmě ovlivnily i jeho vztah k jídlu, měl sklon k přejídání (což bylo další příčinou výsměchu).
Tento dobře dokumentovaný historický příklad je poučný dodnes. (Podle Lesného, 1984)

Nápadnosti zevnějšku, pohybu, řeči, neovladatelné záškuby apod., mohou ovlivnit sociální hodnocení okolí do té míry, že se stanou v postoji k takto postiženým lidem dominantními. S jejich reálnými schopnostmi nemusí vůbec souviset. Nepříznivé hodnocení může negativně ovlivnit sebeúctu postiženého člověka a z ní vyplývající chování i obranné reakce. Na druhé straně nelze přehlížet ani důsledky opožděné socializace a omezení sociálních zkušeností, dané pohybovým postižením.

## 7.2 Syndrom hyperaktivity

Hyperaktivita je **poruchou aktivační úrovně**, která bývá často kombinována s poruchami pozornosti. (V současnosti je ve shodě se zahraniční literaturou označována zkratkou ADHD – *attention deficit hyperactivity disorder.*)

Syndrom hyperaktivity může mít různé příčiny, nejčastěji jde o nějakou odchylku funkce CNS. Hyperaktivní chování může být projevem prenatálního či perinatálního poškození mozku, ale může být i geneticky podmíněno. V české odborné literatuře je hyperaktivita nejčastěji uváděna jako jeden ze symptomů lehké mozkové dysfunkce (LMD), tzn. drobného, difuzního poškození mozku. Podle MNK-10 (1992) jde o poruchu funkce retikulární formace CNS, uvažuje se o abnormalitě neurotransmiterů atd. Jednotliví autoři se neshodují v názoru na četnost této poruchy v dětské populaci, uvádí se, že postihuje 5–10 % populace, převážně chlapce (DSM-IV, 1994; Dobson, 1995; *Merck Manual,* 1996).
Hodnocení neklidu je do značné míry relativní a závisí na situaci i na hodnotiteli, resp. na normách určité společnosti. Proto bylo např. označeno mnohem víc dětí jako hyperaktivních v USA než v Británii (Train, 1997).

### 7.2.1 Projevy hyperaktivity

Hyperaktivní syndrom se projevuje obyčejně již v předškolním věku, ale nejnápadnější bývá mezi 8.–10. rokem (*Merck Manual,* 1996). Můžeme na něj usuzovat, pokud se první **potíže vyskytly již v předškolním věku a v současné době přetrvávají déle než šest měsíců**. Nejčastěji se vyskytují tyto projevy:

- **Hyperaktivita,** tj. nadměrné nutkání k pohybu, k aktivitě, která je neúčelná až nesmyslná. Z hlediska dané sociální situace bývá takový projev nepřiměřený, a proto je nápadný. Dítě nedokáže puzení k aktivitě ovládat. S tím souvisí i zvýšený sklon k impulzivním reakcím a určité emoční napětí, jako vnitřní projev hyperaktivity. Hyperaktivní dítě bývá

jen vzácně spokojené a klidné (Train, 1997). Hlavním společenským problémem hyperaktivity je její **značná rušivost**.

Nadměrná a zbytečná aktivita vyžaduje velké množství energie. Nejde jen o zvýšení frekvence různé činnosti, ale i o zvýšení její intenzity. Dítě např. většinou spíše běhá, než jde. Jeho aktivita je zjevně nepřiměřená situaci. Neklidné děti však nemají energie nadbytek a ještě navíc ji nedovedou účelně uplatnit. Z. Matějček (1991) upozorňuje na neschopnost dítěte koordinovat a ovládat energetický výdej. Zvýšená energetická náročnost hyperaktivity vede k rychlejší únavě a z toho vyplývající podrážděnosti. Přebíhání od jedné činnosti ke druhé není ovlivňováno jen snadným upoutáváním pozornosti téměř čímkoli nápadným, ale i vnitřní snahou změnit činnost, když je dítě určitou aktivitou přesyceno (což se stane poměrně snadno). Tyto děti nejsou schopny reagovat účelněji a svoji činnost omezit.

- **Impulzivita,** tendence reagovat bez rozmyšlení, náhle a často nepřiměřeně podnětu. Impulzivita signalizuje vázanost na aktuální stimulaci, eventuálně i na aktuální uspokojení, a neschopnost odhadnout následky svého jednání nebo jednání nějak usměrnit. Dítě udělá cokoli, co je napadne, není schopné kontrolovat svoje projevy, nedovede s ničím počkat. Hyperaktivní, impulzivní děti nebývají **schopné plánovat a ovládat svoje chování**, brzdit momentální impulzy a regulovat svoje jednání k nějakému vzdálenějšímu cíli. Bývají často natolik osobnostně nezralé, že ani žádné dělédobější cíle nemají. Lze sledovat nápadné výkyvy v jejich výkonu i v emočním ladění. Protože jsou sociálně rušivé a nepříjemné, okolí na ně reaguje negativně. Vůlí neovlivnitelné kolísání funkce CNS bývá mylně interpretováno jako porucha motivace, kterou by dítě mělo snadno ovládat.
- Hyperaktivita bývá spojena i s **hyperexcitabilitou**, zvýšenou emoční dráždivostí, se sklonem k výkyvům v emočním ladění a sníženou tolerancí k zátěži. Hyperaktivní děti mají sklon k **extrémním citovým reakcím**, ke kolísání z euforie a nadšení do mrzuté nálady a odmítání čehokoli. Nadměrná pohotovost k bezprostředním reakcím většinou zahrnuje i emotivitu. Podněty, které vyvolávají citové prožitky, mohou vycházet z organismu i z vnějšího prostředí. Některé změny v oblasti citového prožívání mohou být spíše sekundárního charakteru. Souvisejí se zvýšenou unavitelností a signalizují nižší toleranci k zátěži, jež se projevuje typickými poruchami sebeovládání, afektivními a někdy až **agresivními reakcemi**. Ty lze často interpretovat jako obrannou reakci v situaci subjektivně nadměrné zátěže. A. Train (1997, s. 52) hodnotí chování takového dítěte jako *„projev zvýšené senzitivity a vrozené zranitelnosti"*.
- S hyperaktivitou bývají často spojeny **poruchy pozornosti**. Typickým projevem je slabá pozornost, unavitelnost, dítě není schopné delšího a kvalitnějšího soustředění. U ničeho nevydrží a nic je delší dobu nebaví. Nadměrné nutkání se může týkat jakékoliv aktivity. Dítě je přitahováno vším možným, mnohdy zcela neselektivně. To znamená, že si





náhodně všímá různých podnětů, ale není schopné dávat pozor na to, co je obecně důležitější (např. na výuku). Z. Matějček (1990) užívá pro tuto odchylku termín *vázanost na podněty*. Znamená to, že dítě věnuje pozornost všemu, co jeho smysly zachytí. Z toho důvodu bývají hyperaktivní děti nesystematické a nepořádné.

Hyperaktivní děti nebývají schopné přiměřené autoregulace příjmu podnětů, tzn. že nedovedou koordinovat všechny procesy, které se na této činnosti podílejí. Nedovedou odhadnout míru přiměřené stimulace, která by je nepřetěžovala. Vytvářejí si tak i za běžných okolností subjektivně stresovou situaci. Nelze vyloučit ani možnost, že tyto děti nedovedou podněty adekvátním způsobem zpracovat, a tak stimulace (která je subjektivně nadměrná) nesplňuje svůj základní úkol: zprostředkování informací a z toho vyplývající možnost uspokojivé orientace v prostředí. Neklid může být výrazem neuspokojení v této oblasti, které nutí dítě pokračovat v pokusech potřebné podněty získat a zpracovat. Opakovaná neúspěšnost fixuje napětí, neklid a vede zcela zákonitě k větší únavě. Efekt velké snahy dítěte bývá mnohdy velmi malý, protože je v této oblasti hůře disponováno.

V důsledku všech uvedených potíží získá hyperaktivní dítě **roli nežádoucího a obtížného jedince**, který je za všech okolností negativně hodnocen a většinou lidí odmítán.

### 7.2.2 Sociální důsledky hyperaktivity

**Mnohé odchylky v osobnostním vývoji neklidného dítěte vznikají sekundárně. Jsou důsledkem negativních reakcí jeho okolí na typické projevy těchto dětí.**

Hyperaktivní děti bývají častěji **odmítány** nebo přijímány ambivalentně. Zažívají častěji kritiku, bývají obyčejně hodnoceny jako **neúspěšné**. Jejich vztahy s lidmi jsou v důsledku působení mnoha rušivých faktorů omezeny z hlediska četnosti i kvality. Bývají ovlivněné opakovanou negativní zkušeností. Mnohdy lze mluvit až o **deprivaci v oblasti potřeby citové akceptace a sociálního kontaktu**, vesměs kombinované s prožitkem stresu. Stejně tak nebývá přijatelně uspokojována ani potřeba seberealizace, tito jedinci nebývají v ničem úspěšní.

Reakcí na zátěž negativní zkušenosti bývá nějaká forma obrany, např. hledání náhradního prostředku nebo jiného cíle. Náhradní uspokojování se může projevit různým způsobem (např. vlezlostí, agresivitou apod.). Pro rozvoj vlastní identity je důležité hodnocení a postoje jiných lidí, které ovlivňují sebepojetí dítěte. Hyperaktivní děti si v důsledku stálé kritiky okolí vytvářejí převážně negativní obraz vlastní bytosti jako jedince nežádoucího, neschopného a neúspěšného, jemuž je navíc často přičítána vina za uvedené negativní projevy. Takové dítě nakonec v jakékoli situaci očekává, že bude zase kritizováno, a tento postoj ovlivní i jeho motivaci. Obrana vlastní identity mívá rovněž charakter popírání nepříznivé informace.

Hyperaktivní děti představují značnou **zátěž pro celou rodinu**, pro rodiče i sourozence. Specifické obtíže se objevují i ve vztazích s **vrstevníky**.

Neklidné dítě vyvolává napětí ve všech lidech, kteří s ním musí být v delším kontaktu. Působí nepříjemně, jeho chování ruší, dráždí a vyčerpává. Rodiče jeho projev přivádí do stavu, kdy se cítí bezmocní, protože dítě nereaguje na žádný výchovný zákrok. Jsou nespokojeni a zklamáni, volí tvrdší výchovné prostředky, případně po určité době rezignují. V jejich vztahu k dítěti se čím dál víc projevuje únava a nechuť. Mnohdy hledají vinu i v sobě, mají pocit že v rodičovské roli selhali. Takoví rodiče, často i proti svému úmyslu, dávají dítěti najevo spíše odmítání než bezvýhradné citové přijetí (které by dítě potřebovalo pro uspokojení potřeby jistoty a bezpečí).

Hyperaktivní děti se nedovedou chovat na úrovni svého věku a nesplňují proto očekávání dětské skupiny. Nedovedou spolupracovat, bývají nezrale egocentrické a koncentrované na vlastní bezodkladné uspokojení. Neumí se podřídit normám, reagují impulzivně a kazí hru. Nejsou schopny řešit běžné problémy, na něž odpovídají zkratkovým, afektivním chováním, neberou ohled na druhé. Jejich chování bývá nestálé a nepředvídatelné, protože je ovlivňují všechny možné aktuální podněty. Citové prožitky a impulzy se téměř okamžitě odrážejí v chování, tyto děti bývají dráždivější. Proto bývají odmítány i svými vrstevníky.

Syndrom hyperaktivity nepříznivě ovlivňuje i **školní adaptaci takto postiženého dítěte**. Devadesát procent dětí, trpících hyperaktivitou a poruchami pozornosti, má problémy ve škole (*Merck Manual,* 1996). Děti s ADHD se nedovedou na práci soustředit, pracují povrchně, s chybami a úkol často vůbec nedokončí. Učitelé jejich selhání považují za důsledek nedostatečné snahy a úsilí. Přičítají jej nedostatečné motivaci dítěte. Dalším problémem je neschopnost dodržovat sociální normy, chovat se přiměřeně roli školáka. Tyto děti mají poruchu i v oblasti autoregulace, nedovedou odložit bezprostřední uspokojení jakékoliv aktuálně prožívané potřeby. Neschopnost respektovat školní normy považuje učitel za nevychovanost, a nikoli za jeden z projevů poruchy funkce CNS, kterou dítě není schopné ovlivnit.

Déletrvající školní neúspěšnost a opakovaná kritika vede ke změně vztahu ke školní práci. Za těchto okolností reagují takové děti různými obrannými mechanismy, jejichž smyslem je uchovat alespoň přijatelné sebehodnocení a sebeúctu. Dítě musí negativní informaci vytěsnit nebo odmítnout. Eventuálně musí zkreslit realitu natolik, aby se pro ně stala alespoň přijatelnou.

□ Tomáš (10 let) trpí hyperkinetickým syndromem. Ve škole je neúspěšný, na vysvědčení má šest čtyřek. Stížnosti na neprospěch jsou doprovázeny i stížnostmi na chování, mívá časté konflikty se spolužáky. Ve škole je nesoustředěný, vyrušuje a nepracuje. Jeho výkon je kolísavý, učitelce i rodičům vadí, že jednou úkol zvládne a podruhé, bez zjevného důvodu, nadělá mnoho chyb. Kamaráda nemá, protože je konfliktní. Do školy chodí nerad, na výtky rodičů či učitelů už vůbec nereaguje. Zajímavé je jeho sebehodnocení, které neodpovídá reálným výsledkům. Tomáš má ke svým výkonům i k chování zcela nekritický postoj. Myslí si, že všechno dělá dobře.

Nepříznivá zpětná vazba, kritika a odmítání stimuluje obranné reakce. Funguje jako **sekundární zátěž**, která může mít pro rozvoj osobnosti takového dítěte značné následky. Dlouhodobé studie ukázaly, že problémy hyperaktivních jedinců zcela **nemizí ani v dospělosti** (*Merck Manual,* 1996). Přetrvávající potíže lze rozdělit do tří skupin:





### Profesní kariéra

Lidé, trpící syndromem hyperaktivity, nebývají školsky úspěšní. Mívají horší školní prospěch, zažívají častější kritiku učitelů (i rodičů), což musí zákonitě ovlivnit i jejich postoj a motivaci ke vzdělání zcela obecně. Ke škole mívají převážně negativní vztah, a nemají proto žádný důvod ve vzdělávání pokračovat. Hlavním motivem jejich profesního rozhodování bývá často **potřeba zbavit se školy**. Výsledkem bývá nižší úroveň vzdělanosti. Také je třeba připomenout, že impulzivita, obtíže v sebeovládání, nízká tolerance ke stresu a neschopnost systematické **činnosti snižují pravděpodobnost úspěšnosti v jakékoli profesní roli**. Riziko selhání zvyšuje i negativní očekávání těchto lidí, ovlivněné jejich špatnou zkušeností s neúspěchy v době dětství.

□ Z. Matějček a kol. (1996) uvádějí výsledky sledování 73 pacientů s lehkou mozkovou dysfunkcí, jejichž průměrný věk byl 19 let. Charakteristickým znakem této skupiny (tvořené ze dvou třetin chlapci a jen z jedné třetiny dívkami) byla nízká úroveň dosaženého vzdělání. Čtvrtina sledovaných jedinců této skupiny se ani nevyučila, 52 % dosáhlo jen nižšího odborného vzdělání bez maturity. Profesní zařazení takto postižených nedosáhlo ani průměru populace.

### Osobní vztahy

Lidé s hyperaktivní poruchou nebudí sympatie. Od dětství je dospělí kritizují a ani vrstevníci o ně nestojí. Chování, které narušilo jejich vztahy s lidmi, přetrvává i v dospívání a v rané dospělosti. Z. Matějček a kol. (1996) uvádějí, že *„impulzivita čili prudkost, neuváženost, zbrklost v jednání přetrvává a stává se i poněkud nápadnější"*. Nápadnost se zvyšuje tím, že od dospělého se očekává zralejší projev než od dítěte a odlišné chování těchto lidí za této situace ještě více vynikne. Lze předpokládat, že lidé s takovými potížemi a s často nežádoucími, zafixovanými způsoby chování, budou **méně přijatelnými partnery**. Je pravděpodobné, že budou mít problémy ve všech mezilidských vztazích. Nedostatečné uspokojení potřeby citové jistoty a nějakého zázemí zvyšuje riziko socializačního selhání.

### Konflikty se společností

Dospívající a dospělí trpící syndromem hyperaktivity mívají častěji nějakou odchylku v oblasti osobnosti, s větší pravděpodobností se u nich projeví **sklon k asociálnímu chování** nebo k sebedestrukci. Ve stresové situaci, která z jejich subjektivního hlediska vznikne mnohem snadněji, mohou reagovat méně přiměřeně. Problémy v oblasti sociální adaptace mělo 60 % postižených (*Merck Manual,* 1996). O. Matoušek (1996, s. 39) uvádí, že *„zhruba polovina budoucích deliventů jsou děti trpící tzv. syndromem hyperaktivity"*. Závěry jiných badatelů, např. J. H. Satterfielda, rovněž nejsou příliš optimistické: 25 % postižených se dostalo do výchovného ústavu nebo do vězení (Matoušek, 1996).

## 7.3 Epilepsie

**Epilepsie je vesměs chronické postižení mozkové tkáně, které se projevuje opakovanými záchvaty různého charakteru, spojenými se změnou v oblasti prožívání, chování a často i s poruchami vědomí.**

Etiologie onemocnění může být velice různorodá. Vrozená dispozice představuje určitý základ, předurčující individuálně specifickou reakci na působení zevních vlivů, které mohou takové onemocnění vyvolat (Hynek, 1996). Epileptické záchvaty bývají častější v dětství než v dospělosti, v závislosti na zrání CNS. Největší četnost epileptických projevů je v předškolním věku. Epilepsií trpí přibližně 1 % dětí; asi 5 % dětí dostane alespoň jedenkrát za život epileptický záchvat (Lesný, 1987). U 75 % nemocných se epilepsie projeví před 29. rokem života (Hynek, 1996). Alespoň jednou v životě absolvují epileptický záchvat 2 % dospělých a 0,5 % dospělých trpí záchvaty opakovanými (*Merck Manual,* 1996).

### 7.3.1 Projevy epilepsie

Charakter záchvatů ovlivňuje lokalizace a rozsah epileptického ložiska. Epileptické záchvaty lze zhruba členit na dvě skupiny (Svatý, 1986; Lesný, 1987; *Merck Manual,* 1996):

1. **Generalizované záchvaty** – jejich příčinou je výboj v mezodiencefalické retikulární formaci, který se šíří po celém mozku (Hynek, 1996). Jsou vždy spojeny s poruchou vědomí a motorickou dysfunkcí.
2. **Parciální, ložiskové záchvaty** – vznikají v ohraničené oblasti mozku, v tzv. ložisku. V závislosti na lokalizaci ložiska mají různý charakter, mohou se projevovat motorickými, senzorickými, senzitivními, vegetativními nebo psychickými příznaky (může jít např. o pocity záblesků světla, jestliže je ložisko v okcipitálním laloku, čichové halucinace, pokud je ložisko v anteromediální části temporálního laloku atd.). Porucha vědomí nebývá velká, lze ji charakterizovat pouze jako neschopnost normálně reagovat na zevní podněty. Záchvaty mohou trvat různě dlouhou dobu. Bezprostředně před tím, než se záchvat plně projeví, může nemocný prožívat tzv. auru, jejíž obsah naznačuje, z jakého ložiska vychází.

Typ záchvatů může být ovlivněn i věkem, tj. úrovní zralosti CNS. S nezralostí souvisí i generalizovaná vyšší pohotovost k záchvatům. Charakteristickým typem dětských epileptických projevů jsou psychomotorické záchvaty. Ty mohou být velmi pestré. Může jít např. o bezděčné chování různého druhu, např. zapínání a rozpínání knoflíků. U předškolních dětí může být jeho projevem i noční děs s následnou amnézií, u školáků somnambulismus, u starších dětí mohou mít psychomotorické záchvaty ráz toulání apod. (Svatý, 1983; Lesný, 1987).

Z psychologického hlediska je epilepsie **symptomový komplex**. Jde o heterogenní skupinu, a tak je velmi obtížné mluvit o nějakých typických rysech osobnosti nemocného epilepsií. V oblasti psychiky je možné diferencovat:





1. **Primární změny** (např. aktivační úrovně, inteligence apod.), **vyvolané samotným onemocněním** (tzn. dobou, kdy vzniklo, jeho závažností, typem a frekvencí záchvatů). Obecně platí, že čím dříve choroba vznikla a čím jsou záchvaty častější, tím větší je nebezpečí rozvoje patologických změn v mozku a dalších, z toho vyplývajících poruch (Svatý, 1983). Větší riziko narušení psychických funkcí je u *symptomatické epilepsie*, která vzniká jako důsledek jiného neurologického onemocnění nebo poškození mozku. Epileptický záchvat sám o sobě působí náhlé, prudké zatížení nervové soustavy nemocného. Mohou jej doprovázet pocity úzkosti a bezmocnosti. Reakcí na záchvat bývá rovněž únava, vyčerpanost, ospalost či amnézie.
2. **Sekundární důsledky** epilepsie mohou představovat např. vedlejší účinky medikamentózní léčby, které se mohou projevit jak v psychické, tak v somatické oblasti. Může to být únava, ospalost, snížení celkové aktivity, apatie, bradypsychismus, nebo naopak, zvýšená dráždivost a výkyvy emočního ladění. Vliv antiepileptické léčby na chování nemocných je však relativně malý (Dodrill, 1991). Pozitivní hodnota léčby v každém případě převažuje nad jejími možnými drobnějšími, méně příznivými důsledky. Vynechání léků by podstatně zvýšilo riziko vyvolání záchvatu a další progresi choroby.
3. **Sociální důsledky epilepsie,** která patří mezi nápadná, do určité míry stigmatizující onemocnění. I v dnešní době tato choroba vzbuzuje u některých lidí odmítavé reakce, nedůvěru a odpor, protože nechápou její podstatu a nerozumějí jejím projevům. Nemocným bývají někdy přičítány různé negativní vlastnosti a tento předsudek může ovlivnit postoj laické veřejnosti k takovým lidem.

   Negativní postoj svého okolí mohou nemocní chápat jako projev sociální diskriminace. Laické reakce mohou být nepříjemné a mohou nemocného zatěžovat, nebo dokonce neurotizovat. Mohou v něm posilovat úzkost ze záchvatu na veřejnosti, pocity nejistoty a méněcennosti. Člověk trpící epilepsií se může cítit bezmocný, protože není schopen odhadnout, kdy a kde jej potká další záchvat, uvědomuje si, že má nad svým jednáním relativně omezenou kontrolu. Tyto pocity mohou přispívat ke zvýšení úzkosti a ke vzniku deprese v období mezi záchvaty. Epilepsie tak může negativně ovlivnit styl života nemocného. V rámci obranných reakcí může takový člověk dát přednost izolaci. Tím se ovšem jeho život ochuzuje (Hermann, 1991).

V jednom australském výzkumu si 50 % dotázaných lidí myslelo, že epilepsie je příčinou zvýšené kriminality. 91 % praktických lékařů bylo přesvědčeno, že nemocní trpí emočními poruchami a jedna třetina lékařů se domnívala, že jsou méně výkonní, méně inteligentní a nedůvěryhodní (Fenwick, 1991).

Psychická zátěž spojená s chorobou je zřejmá především v době dospívání a mladé dospělosti, kdy si jedinec vytváří svou vlastní identitu a musí se nějak vyrovnat s faktem, že do ní

bude patřit i nemoc (Nickell a Uhde, 1991). Tento proces literárně zpracoval F. M. Dostojevský, který situaci dobře znal, protože sám trpěl epilepsií (Hynek, 1996).

### 7.3.2 Psychické změny podmíněné epilepsií

**Nemocní trpící epilepsií mají většinou normální inteligenci.** Výraznější porucha rozumových schopností je spíše výjimkou než pravidlem. Epilepsie, která je důsledkem nějakého mozkového poškození (např. po úrazu), může s větší pravděpodobností poškodit i rozumové schopnosti.

Využití intelektových funkcí mohou negativně ovlivňovat i některé mimointelektové faktory. Jde především o změny aktivační úrovně:

1. **Zvýšení aktivační úrovně, nápadnější dráždivost** a hyperaktivita. V některých případech se objevuje nutkání k nějaké činnosti (Devinsky, 1991).
2. **Snížení aktivační úrovně, bradypsychismus** a větší tendence k celkovému útlumu. Nepříznivě působí zvýšená unavitelnost a nižší tolerance k zátěži.

Epilepsie někdy nepříznivě ovlivňuje i funkci **paměti a pozornosti**. Někteří nemocní se hůře soustředí, mohou být ulpívaví, činí jim problém přenášet pozornost, někdy trpí poruchami pozornosti ve smyslu blokád. V závislosti na tom bývá postižena i paměť. Může jít o poruchu vštípivosti a vybavení, která souvisí s celkovou rigiditou a větší unavitelností epileptiků. S těmito potížemi někdy souvisí **menší pružnost myšlení**, jeho ulpívání a celkové zpomalení, potíže při zvládání nových situací, nedostatky v plynulosti myšlenkových operací a nižší spontaneita. (Často nejde o primární poruchu myšlení, ale o důsledky potíží pozornosti a krátkodobé paměti.) Pokud je ložisko v levém spánkovém laloku, v oblasti Brocova řečového centra, bývá častěji porušena verbální inteligence a kvalita slovního vyjadřování, nemocní bývají pomalí a nevýbavní (Hynek, 1996).

Vzácněji může být epilepsie příčinou postižení inteligence, tzv. epileptické demence. Pro vznik demence je významné jednak primární postižení mozku, které vedlo k epilepsii, jednak frekvence záchvatů s jejich dalšími negativními následky. Pokud je epilepsie závažná a trvá dlouhou dobu, dojde s větší pravděpodobností k určité kvalitativní změně, nebo dokonce k úbytku intelektových schopností.

Epilepsie se může projevit **změnou celkové reaktivity a emočního ladění**. Tyto projevy mohou být velice různé, protože i epilepsie může být rozmanitá. Typický osobnostní profil nemocného neexistuje. Epilepsie však může být příčinou vzniku nějaké odchylky od běžného standardu jak v oblasti prožívání, tak v oblasti chování. Tyto změny bývají projevem pravostranného temporálního postižení (Devinsky, 1991; Hynek, 1991). Mohou být spojeny i s narušením vegetativní stability a nižší tolerancí k zátěži. V oblasti prožívání se může projevit sklon k nějaké extrémní variantě:

- **Tendence k inhibici emocionálních projevů a negativnímu ladění,** sklon k mrzuté náladě, k depresím. Deprese bývá spojována s poškozením frontálního laloku mozku, s metabolickou poruchou v této





oblasti (Bromfield et al., 1990, in: Devinsky, 1991). Nemocní bývají pesimističtí, chybí jim smysl pro humor, mají tendenci k nadměrnému moralizování a silnějším prožitkům viny. Bývají ulpívaví a pedantičtí. Jejich uzavřenost a sklon k samotářství však může být spíše sekundárním důsledkem této nemoci, reakcí na společenské předsudky.

Nemocní epilepsií sice bývají depresivnější než zdraví lidé, ale tato negativní změna emočního ladění může být sekundární, může ji vyvolávat vědomí obtížné choroby. Tento předpoklad potvrzuje výsledek srovnání s jinými skupinami chronicky nemocných, v němž se ukázalo, že deprese není pro epilepsii specifická. Může se na ní spolupodílet jakékoli závažnější somatické onemocnění (Altshuler, 1991).

- **Zvýšená dráždivost, impulzivita a labilita,** sklon k výkyvům nálad. Lidé trpící epilepsií mají sklon k afektivním reakcím, k výbušnosti, někdy bývají zlostní a agresivní. Jejich dráždivost se může projevovat i nedůtklivostí a podezíravostí. Vzhledem k těmto potížím bývají i hůře přizpůsobiví. Zvýšená dráždivost může být rovněž důsledkem nedodržování léčby.

**Změna reaktivity a emočního prožívání bývá příčinou adaptačních potíží.** Ze subjektivního pohledu takto postižených lidí se mnohé běžné požadavky jeví jako velice zatěžující, ne-li nesplnitelné. Situaci ztěžuje i větší unavitelnost. Odchylky emočního ladění způsobují těmto lidem určitý diskomfort, s nímž se musejí vyrovnávat. Nelze opomenout ani zvýšené riziko nepříjemných reakcí zdravých lidí, které mohou rovněž představovat značnou zátěž.

Odchylky v prožívání a z toho vyplývající potíže v regulaci vlastního chování (např. ulpívání na stereotypu či naopak značného kolísání reakcí vlivem emoční lability) mohou vést až k nežádoucím projevům, resp. poruchám chování. Je však třeba diferencovat. Některé z takových projevů mohou být symptomem choroby (např. toulání jako projevy epileptické fugy, kdy je vědomí nějakým způsobem zastřeno). Jiné nápadnosti v chování mohou být vyvolány změnou očekávání a odmítavým postojem lidí v okolí.

V některých případech, i když jde opět spíše o výjimku, se mohou nápadnosti některých vlastností a typických reakcí nemocného stupňovat do té míry, že lze mluvit o **epileptických změnách osobnosti**. U těchto lidí se setkáváme s výraznějším egocentrismem, vznětlivostí, výbušností a agresivními reakcemi, nepřiměřenými vyvolávajícímu podnětu. Porucha adaptace, která vyplývá z neschopnosti reagovat adekvátněji a ovládat své projevy, bývá někdy jen počáteční fází dalšího úpadku osobnosti, **epileptické demence**.

Epilepsie byla vždycky nápadnou a nesrozumitelnou chorobou, která byla vysvětlována nejrůznějším způsobem. Obecně šlo o dvě extrémní interpretace: na jedné straně byla epilepsie považována za *morbus sacer* (svatou nemoc), na druhé straně byla ztotožňována s posedlostí ďáblem (Vondráček, 1968; 1993). Označení epilepsie jako „svaté nemoci" pochází od Hippokrata (Devinsky, 1991). Soudí se, že mnozí lidé, kteří byli považováni za proroky, asi tímto onemocněním trpěli (Buddha, svatý Pavel, Mohamed a další).

V tomto směru mohou být zajímavou ilustrací ložiskové záchvaty, které často začínají aurou, např. sluchovými halucinacemi (v případě spánkové ložiskové epilepsie). I. Lesný (1987)

předpokládá, že tímto typem epilepsie trpěla i Johanka z Arku (1412–1431) a hlasy svatých, Michala, Markéty a Kateřiny, které slyšela, byly sluchovými halucinacemi této silně věřící dívky (Vondráček, 1968; 1993; Lesný, 1987).

Léčená epilepsie, jak ji známe z dnešní doby, je něčím úplně jiným, než bývala epilepsie v dobách dávno minulých. Až do roku 1869 medicína žádný efektivní prostředek neznala. Bez léčby se nemoc postupně zhoršovala, záchvaty byly čím dál častější a delší. V důsledku takové zátěže CNS se měnily i psychické funkce. Epilepsie bývala doprovázena velmi nápadnými projevy a postupně vedla k dost rychlému úpadku osobnosti, obhroublosti, bezohlednosti a nakonec k demenci.

Typický průběh neléčené, pravděpodobně poúrazové epilepsie, lze sledovat v životním příběhu francouzského krále Karla VI. (1380–1422). První zmínka o jeho onemocnění se objevuje v době, kdy mu bylo 24 let. V této době se král začal podivně chovat. Reagoval na nevýznamné podněty, např. na některé zvuky nebo na oheň, záchvaty nekontrolované zuřivosti a agresivity. Vrhal se bez příčiny s mečem na svoje spolujezdce. Choval se i jinak nápadně, rozlámal např. ostatky francouzského krále Ludvíka, který byl prohlášen za svatého. Takové jednání lze považovat v náboženský bigotním středověku za velmi podivné. Záchvaty agresivity se opakovaly stále častěji, jeho osobnost postupně upadala až do demence (Lesný, 1984).

Sekundární epilepsií, vyvolanou zánětem mozku a míšních blan, trpěl F. M. Dostojevský. Postupně u něho došlo k epilepticky podmíněným změnám osobnosti, k tzv. psychopatizaci. Trpěl silnými úzkostmi, depresemi a obsedantními projevy, mezi něž patřilo i nutkavé psaní a zřejmě i nutkání ke hře. Byl velmi emotivní, dráždivý, trpěl silnými pocity viny a mučil se otázkami Boží existence. Religiozita bývá rovněž popisována jako jeden z možných obsedantních rysů epileptiků (Devinsky, 1991). K tomuto zaměření může přispívat sociální izolace těchto lidí a stigma dané epilepsií.

V dnešní době nemívá epilepsie tak bouřlivý průběh, a pokud je léčená, nevede k devastaci osobnosti nemocného. Nicméně určitá citlivost na vnější podněty, emoční labilita nebo zvýšená rigidita a unavitelnost se objevují dost často.

## 7.4 Traumatické poškození mozku

Závažným mechanismem spojeným s rizikem poškození CNS jsou **úrazy hlavy**, vznikající v dnešní době např. v důsledku dopravních nehod, u dětí často při sportu (jízda na kole bez ochranné přilby, pády z výšky apod.). Jejich prevence se u nás často podceňuje, přestože jsou spojeny s **rizikem závažných trvalejších poruch v oblasti psychických funkcí**, resp. ke změně osobnosti.

Signálem závažnosti postižení mozku je hloubka a délka trvání poruchy vědomí a s ní spojené amnézie (poruchy paměti). Porucha vědomí je posuzována podle určitých, předem daných kritérií (např. podle *Glasgowské stupnice poruch vědomí*). Z hlediska závažnosti postižení mozku lze diferencovat různé varianty:

1. **Otřes mozku** (*komoce*), jehož důsledkem bývá **krátkodobá, funkční porucha mozku.** Jde o lehký úraz, který nemá trvalejší následky. Může být spojen s kratší poruchou vědomí. V některých případech může vzniknout **postkomoční syndrom**, který tvoří různé, především subjektivní potíže bez objektivně prokazatelného organického podkladu. Nejčastěji jde o poruchy koncentrace pozornosti a paměti, zvýšenou unavitelnost a nižší toleranci k zátěži, emoční rozlady a vegetativní obtíže (zejména poruchy spánku a bolesti hlavy).
2. **Zhmoždění mozku** (*kontuze*) je spojeno s ložiskovým postižením. Porucha vědomí bývá hlubší a mnohem delší než v případě komoce. Bývá doprovázena různě rozsáhlou amnézií. Mívá rovněž **závažnější a dlouhodobější důsledky**, které označujeme jako **postkontuzní syndrom** (viz dále).





Pokud je poranění hlavy závažnější, rozlišuje se **primární postižení**, které je přímým důsledkem úrazu, a **sekundární postižení**, které se rozvíjí po úrazu (např. krvácení do mozku, zvýšené prosáknutí mozku, event. až mozkový edém, tj. otok mozku – *Merck Manual,* 1996; Šplíchal a Angerová, 1998).

Při rozsáhlém poškození mozkových hemisfér a zachování funkcí mozkového kmene dochází ke vzniku **apalického syndromu** neboli **perzistentního vegetativního stavu** (*Merck Manual,* 1996; Šplíchal a Angerová, 1998). Pro něj je typická dlouhotrvající porucha vědomí, daná ztrátou korových funkcí, která se může v průběhu času kvalitativně měnit. Postižený člověk nemá prakticky žádné psychické projevy, pokud vůbec reaguje, tak jen reflexními projevy (např. zíváním a mrkáním). Šance na uzdravení, resp. zlepšení stavu, je větší u dětí než u dospělých. Avšak riziko trvalých následků, např. poruchy inteligence, je značné. (Časový limit, kdy lze očekávat signály zlepšení, je šest měsíců.)

Psychické změny, které mohou být důsledkem různě rozsáhlého a různě lokalizovaného poškození mozku, rozdělíme pro větší přehled do tří oblastí: kognitivní, emoční a behaviorální.

### 7.4.1 Poruchy kognitivních funkcí

Kognitivní funkce – vnímání, paměť, pozornost, zpracování informací a řeč závisejí na adekvátním fungování mozkové kůry (Diamant a Vašina, 1998). Tyto funkce mohou být poškozeny v různém rozsahu. V krajním případě může jít až o demenci, tj. o komplexnější úpadek rozumových schopností.

**Porucha pozornosti** je typickým znakem všech organických postižení mozku. Jde především o obtíže v soustředění na jakoukoli činnost.

**Porucha paměti a učení.** Může jít o amnézii, tj. ztrátu paměti na určitý časový úsek, o obtíže ve vybavování určitých informací nebo o problémy v učení něčemu novému.

**Poruchy gnoze.** Do této kategorie patří obtíže v rozeznávání běžných objektů, které postižený člověk sice vnímá, ale činí mu problém rozpoznat, co to je. Nejde zde o poruchu zraku či sluchu, ale o neschopnost vnímanou informaci správně interpretovat. V krajním případě může jít až o agnozii, tj. úplnou ztrátu této schopnosti. Mechanické poškození určitých oblastí mozku může narušit i orientaci v prostoru.

**Poruchy ve zpracování informací.** Problémy mohou vznikat již na úrovni příjmu informací, které závisejí na pozornosti, paměti a gnostických funkcích. Příčinou potíží je poškození funkce čelních laloků mozku. Postižení lidé mají obtíže při řazení informací v časové posloupnosti. Nedokáží se samostatně rozhodovat, předvídat a plánovat. Svou činnost nedovedou kontrolovat a regulovat. V důsledku narušené integrace jednotlivých psychických procesů nejsou schopni užívat svoje dílčí kompetence adekvátním způsobem. Dochází ke ztrátě kognitivní pružnosti, ke zpomalení tempa nebo ke snížení kritičnosti myšlení.

**Poruchy řeči** (*fatické poruchy*), mohou být různé, může jít o problémy s vybavováním slov, narušení plynulosti verbálního projevu či obtíže v porozumění běžnému sdělení. Vzácněji dochází k afázii, tj. ke ztrátě schopnosti verbálního vyjadřování či verbálního porozumění. Důsledkem poškození mozku může být i získaná dyslexie (porucha čtení).

### 7.4.2 Emoční poruchy

Jakékoliv organické postižení mozku bývá spojeno s odlišností emočního prožívání a reagování. Může dojít k útlumu, jehož důsledkem je emoční oploštělost a apatiie, nebo ke zvýšené aktivizaci, jež se projevuje dráždivostí, labilitou či sklonem k afektivním výbuchům. Úzkost a deprese mohou být na jedné straně projevem poškození určitých mozkových struktur (např. čelních laloků), ale na druhé straně mohou být reakcí na nepříznivou změnu životní situace, kterou si takto postižený člověk uvědomuje.

### 7.4.3 Behaviorální poruchy

Popsané poruchy v oblasti zpracování informací, obtíže v koordinaci různých aktivit, poruchy volních procesů, omezení schopnosti rozhodovat a regulovat svoje chování k určitému cíli, neschopnost adekvátní komunikace, zvýšená unavitelnost, nízká odolnost k zátěži a přecitlivělost k běžným problémům negativně ovlivňují **chování** takto postiženého člověka v běžných životních situacích. Tendence ke stereotypii, ulpívání na určitých způsobech chování a nedostatek flexibility v nových situacích ztěžuje jeho přizpůsobení. Vzácněji se může objevit i apraxie, tj. neschopnost plánovat a provádět známé pohyby, používat správným způsobem známé předměty nebo takovou činnost napodobovat.

### 7.4.4 Změna osobnosti

Důsledkem úrazu může být i **organická změna osobnosti** (Smolík, 1997). Tato porucha je typická ztrátou emocionální kontroly, obtížemi v sebeovládání, nerespektováním sociálních norem, sklonem k podrážděnosti či k afektivním a agresivním výbuchům, egoismem a bezohledností. Příčinou ztráty zábran,





úpadku sociálního chování a postupné dezintegrace osobnosti je poškození čelních laloků mozku (Diamant a Vašina, 1998).

Všechny psychické změny, které v důsledku úrazu vzniknou, se rozvíjejí na základě již existujících vlastností, individuálně typických znaků i odchylek. Z tohoto důvodu **je nutné, aby celkové hodnocení dlouhodobých, resp. trvalých následků úrazu vycházelo ze znalosti premorbidních psychických vlastností daného jedince**. Otázka, které aktuální problémy jsou důsledkem úrazu a které mají jinou příčinu, je často velice obtížná a někdy na ni nelze jednoznačně odpovědět. Osobnost člověka postiženého těžkým úrazem hlavy se může změnit. Na druhé straně mohlo být příčinou úrazu riskantní chování, které bylo projevem již premorbidně existujících osobnostních nápadností. Někdy se tedy člověk nestal akcentovanou osobností až v důsledku úrazu, ale spíše opačně. K úrazu, někdy i opakovanému, došlo proto, že jeho osobnost nebyla ani dříve zcela v normě. Úraz může určité vlastnosti ještě posílit a rodina je může nesprávně interpretovat jako jeho následek (Šplíchal a Angerová, 1998).

### 7.4.5 Faktor vývoje

U dětí, a do značné míry také u starších lidí, může hrát velkou roli proces vývoje, resp. vývojové deteriorace. Úraz může ovlivnit i další vývoj CNS, jeho zrání i úpadek. Pod vlivem mechanického poškození mozkové tkáně se mohou určité vývojové změny urychlit či zpomalit. Je např. velmi těžké odlišit, zda impulzivita, neklid a nesoustředěnost dítěte ve škole, která negativně ovlivňuje jeho školní prospěch, je způsobena úrazem. Totéž platí i u starších lidí, zde je rovněž nesnadné rozhodnout, zda porucha paměti a pozornosti je důsledkem úrazu nebo projevem stárnutí.

### 7.4.6 Psychosociální vlivy

Některé psychické změny, zejména v oblasti citového prožívání, postojů a z toho vyplývajícího chování mohou být stimulovány psychosociálními vlivy. Například rodiče budou vychovávat dítě, které utrpělo těžký úraz, jinak než dítě zdravé. Jejich výchova může posilovat takové projevy chování, jež se jeví jako odchylka od normy. Stejně tak se mohou měnit partnerské vztahy dospělého člověka apod.

**Možnost zlepšení či nápravy postižených mozkových funkcí může být velmi rozdílná.** Úprava poškození probíhá do určité míry i spontánně, ale je ji možné a nutné podporovat i léčbou a neuropsychologickou rehabilitací. Předběžnou prognózu lze stanovit na základě závažnosti postižení mozku, kterou signalizuje porucha vědomí a rozsah amnézie. Rychlost i míra zlepšení však závisí i na věku, pohlaví, celkovém zdravotním stavu a premorbidních psychických funkcích, resp. osobnosti. Prognóza je lepší u dětí a mladších lidí,

organismus staršího člověka bývá zatížen nejen věkem, ale i kumulací různých onemocnění. Doba, kdy lze očekávat nějaké zlepšení může být rovněž velice variabilní. K nejvýraznějšímu zlepšení dochází v prvních šesti měsících po poranění, ale menší změny lze sledovat ještě v období dalších pěti let. Avšak ani u dětí nelze v této době očekávat zásadnější zlepšení (Krejčířová, 1997). Úprava různých funkcí není stejně rychlá. Nejdříve se zlepšují motorické funkce, úprava v kognitivní a behaviorální oblasti trvá delší dobu (Šplíchal a Angerová, 1998).

## 7.5 Jiné formy poškození mozku

Různé psychické poruchy mohou vzniknout i následkem jiných postižení mozku, např. **infekcemi a otravami**.

*Postencefalický syndrom* zahrnuje změny psychických funkcí, které jsou důsledkem encefalitidy (např. klíšťové), tj. zánětu mozku. Projevy postižení nejsou specifické a bývají rovněž individuálně variabilní (Smolík, 1997). Obvykle zahrnují zvýšenou unavitelnost, změnu aktivity, obtíže v soustředění, emoční dráždivost, sklon k výbušnosti a přecitlivělosti. Někdy může dojít k postižení kognitivních funkcí, zejména paměti, případně jen ke snížení výkonnosti. U dětí se mohou projevit obtíže v učení. D. Krejčířová (1997) uvádí, že v důsledku encefalitidy dochází u 25 % takto postižených dětí ke snížení inteligence do hraničního pásma. Riziko zhoršení úrovně intelektových schopností bývá největší u dětí, které onemocněly v kojeneckém a batolecím věku. U starších dětí dochází ve větší míře ke změnám osobnosti a chování.

□ Sugestivní kazuistiku poškození mozku vzniklého nedostatekem kyslíku při předávkování drogy románově zpracoval R. John:
Michal se po třídenní resuscitaci probral z bezvědomí, nebylo však možno obnovit všechny funkce mozku. Byl proto převezen do psychiatrické léčebny, pavilonu pro pacienty s trvalým poškozením mozku. Jen částečně chápe některé souvislosti. Musí být krmen; při krmení vypouští tekutinu ústy ven. Musí být převlékán, myt, ukládán na lůžko, neřekne si, kdy potřebuje na stolici, pomočuje se. Je natolik emocionálně labilní, že na každý sebenepatrnější požadavek okolí reaguje pláčem, kvílením, neklidem, který střídají dlouhé záchvaty netečnosti. Jeho současný stav nemá příznivou prognózu. Naděje, že se jeho potíže dále upraví, je téměř nulová. (*Memento*)

Dalším organicky podmíněným psychickým poruchám se budeme věnovat ve III. části publikace.

## Shrnutí

Různá organická poškození a onemocnění CNS mají řadu společných projevů. Patří k nim poruchy reaktivity, motoriky, percepční poruchy, změny kognitivních funkcí, poruchy řeči, změny emočního prožívání a sociálně-adaptační potíže. Jednotlivá onemocnění, resp. poruchy CNS, mají i své specifické symptomy: u DMO je to porucha hybnosti, hyperaktivní syndrom je typický nadměrnou a nepřiměřenou aktivitou, epilepsie je charakteristická záchvaty různého druhu. Všechny tyto poruchy mají pro nemocného i sociální důsledky.





## Kontrolní otázky

- Jaké jsou typické projevy organického poškození CNS?
- Jaké jsou hlavní projevy dětské mozkové obrny?
- Jaké jsou typické projevy syndromu hyperaktivity?
- Jaké psychické potíže bývají spojeny s epilepsií?

# 8 Psychologická problematika zdravotně postižených

Jakýkoliv defekt nepostihuje jen určitý orgánový systém, ale ovlivňuje celou osobnost postiženého jedince a vytváří specifickou sociální situaci.

Zdravotní postižení představuje v psychické oblasti **primárně** omezení v oblasti předpokladů k rozvoji normálních funkcí. Riziko, že v důsledku postižení vznikne i psychická odchylka, souvisí především s typem a závažností defektu. **Sekundárně** ji mohou ovlivnit vlastnosti osobnosti postiženého člověka i různé faktory vnějšího prostředí. Některé jejich osobnostní nápadnosti mohou být podmíněné postižením, ale jiné na něm vůbec nemusí záviset. Vnější a vnitřní faktory jsou vždycky ve vzájemné interakci: trvalé postižení znamená změnu životní situace, která ovlivní nejenom vývoj takto postiženého jedince, ale bude měnit i postoje a chování ostatních lidí. Variabilita odlišností v nejrůznějších složkách psychiky i celé osobnosti jako celku je závislá jak na samotném jedinci, tak na prostředí, v němž žije. Psychické zvláštnosti postižených lidí mají celou řadu společných znaků, ale jsou vždy i individuálně variabilní.

Každá osobnost se vyvíjí pod vlivem prostředí. Následkem defektu působí toto prostředí jinak než za normálních okolností. Mnohdy bývají postižení lidé zatíženi omezením potřebných zkušeností. Postižený člověk nemůže přijímat všechny informace, které se v jeho okolí nabízejí, resp. je nemůže přijímat standardním způsobem. Jeho představa o světě je jiná, chudší a méně přesná. Svět se může jevit i hůře srozumitelný. Určitou zátěží je i rozdílnost akceptace takového člověka jeho okolím, omezení sociálních kontaktů nebo jejich extremizace.

Postižení představuje určitý, relativně stabilní znak organizmu. Jeho nositel proto získává **roli postiženého** se všemi pozitivními i negativními znaky, které tato role v dané společnosti či v konkrétní sociální skupině má.

Termín postižení označuje deficit určité orgánové funkce nebo struktury. Termín handicap označuje komplex znevýhodnění různého druhu, především sociálního, která z něho vyplývají a jsou do značné míry odstranitelné.

## 8.1 Postoje společnosti k postiženým lidem

Postoje se vždy vytvářejí jako výraz snahy o subjektivně jasnější a jednodušší orientaci ve světě. Mají svou racionální i emotivní složku a projevují se v chování. Rozumová složka zahrnuje znalosti a informace, které člověk o problému má. Citová složka vyjadřuje jakési základní hodnotící kritérium, odmítání či přijetí, které nabývá na významu zejména tehdy, když lidé o daném problému mnoho nevědí.





Tak je tomu i v případě postojů k postiženým lidem. Tato problematika byla po dlouhou dobu tabuizována. Laikům sice bylo jasné, že postižení jedinci existují, ale pokud se s nimi nesetkali v rodině či v nejbližším okolí, o jejich problémech, možnostech a omezeních prakticky nic nevěděli.

Emocionální postoj k postiženým mívá často **ambivalentní** charakter – obsahuje pozitivní i negativní citové hodnocení. Postižení lidé jsou předmětem soucitu, protože je potkalo neštěstí, vesměs zcela bez vlastního zavinění. Zároveň vzbuzují i **hrůzu a odpor**, poněvadž symbolizují něco negativního, čemu je lépe se vyhnout. Neinformovanost zde hraje velkou roli, protože vzácná postižení vyvolávají více strachu než běžné choroby. Citová ambivalence spojuje soucit s odporem, pozitivní emoce s negativními. Tuto skutečnost lze vyjádřit typickým laickým výrokem *„On je chudák, ale já se na něj nemohu dívat"*.

Postoje se vždy obtížně mění, mnohdy lze mluvit až o stereotypu, resp. předsudku.

**Předsudek** je charakteristický rigiditou, iracionalitou a obtížnou ovlivnitelností novými zkušenostmi, protože nevyplývá z pochopení určitého jevu, člověk přejímá jeho interpretaci v předem dané a ještě zjednodušené formě. Předsudek je sice nepřesným, emočně zkresleným a nesprávným hodnocením situace, ale pro laika je výhodný: nemusí se namáhat uvažováním o věcech, které dobře nezná.

Člověk má vrozenou dispozici reagovat na vše, co se nějakým způsobem liší od normy, jako na něco negativního, ohrožujícího. Odlišnost vyvolává strach a tendenci odstranit či alespoň izolovat ji. Podobné chování lze pozorovat i u zvířat. Takto reagovali v experimentu např. psi a šimpanzi.

Předsudek slouží jako laické diagnostické kritérium, podle něhož bývají postižení posuzováni. Ve vztahu k některým druhům defektů se zafixovaly negativní a odmítavé postoje, které se těžko překonávají a brání uspokojivé integraci takto postižených lidí do společnosti zdravých.

Ke vzniku nejistoty, obav a odmítání přispívají i projevy samotných postižených, kteří se jinak chovají, jinak vypadají, bývá s nimi komplikované dorozumění, popř. mohou mít jejich projevy odlišný význam, a proto se v nich nelze vyznat atd. Kalifornský sociolog Scheff zdůrazňoval význam trvalého a neuvědomovaného posilování předsudků v běžné, zejména verbální komunikaci, např. používáním určitých slovních obratů (*copak jsi hluchej?, chováš se jak debil* apod.). (Chromý, 1984)

Typickým projevem předsudků v postoji k postiženým je tendence ke **generalizaci**, sklon vidět je všechny stejně, bez ohledu na jejich individuální odlišnosti, které existují samozřejmě i v této skupině. Neschopnost diferencovaného přístupu, rigidita hodnocení a chování je charakteristickým rysem takového postoje. Neochota měnit postoje může souviset s nedostatkem informací, s kognitivní pohodlností a stereotypií životního stylu. Jindy může být spíše výrazem emoční blokády. Ulpívavost je projevem obrany před vším, co je odlišné, a jeví se proto jako ohrožující. Obecné postoje k postiženým obyčejně nemají přímý vztah k aktuálním vlastním potřebám, ale jsou spíše spojeny s pocitem potenciálního ohrožení vlastní přijatelné existence. Zdravý člověk si

při setkání s postiženým uvědomuje svou zranitelnost, a tak se v jeho postoji projevuje i obava z možných potíží. Každý člověk ví, že i on může onemocnět, utrpět úraz a zůstat natrvalo postižený.

### 8.1.1 Sociální role postiženého a sociální stigma

Trvalé postižení nelze považovat jen za biologickou odchylku, postižený člověk získává i specifickou **sociální roli**, obdobně jako člověk nemocný. Podstatným znakem této role je přiznání určitých privilegií, ale na druhé straně ztráta některých práv, která mají jen zdraví. Postižený má právo na ohledy, trpělivost a toleranci nedostatků, jež z jeho handicapu vyplývají. Avšak zároveň je považován za nesrovnatelného se zdravými, až méněcenného. Neočekává se od něho totéž co od zdravých; pokud by se jim chtěl postižený přiblížit, společnost velice často zareaguje odmítavě. Svým chováním nutí postiženého přijmout pasivně receptivní roli člověka, který má právo na zabezpečení, ale nemá právo usilovat o vyrovnání zdravým. Jak uvádí jeden muž s amputovanou končetinou: „I když něčeho docílíte, pořád nejste rovnoprávný, což si zdraví lidé ani neuvědomují." (Pavlatová, 1996, s. 76)

Trvalé postižení může být za určitých okolností hodnoceno jako **sociální stigma**. Stigmatizující jsou především takové defekty, jejichž důsledkem jsou nežádoucí nápadnosti, které se projeví v sociálním kontaktu (zevnějšek, verbální a neverbální komunikace, úroveň uvažování atd.). Ty vyvolávají určitou nechuť (nebo přímo odpor) a bývají často spojeny s představou, že si je jedinec nebo jeho předkové nějak zavinili. V případě stigmatizujících postižení nejde ani tak o faktické omezení psychických či somatických funkcí, ale mnohem více o způsob, jakým jsou tito jedinci vnímáni, hodnoceni a na základě toho akceptováni (resp. spíše neakceptováni). Stigma není skutečnou vlastností člověka, ale je mu sociálně přisouzeno. Vyplývá z obecně platného pojetí normality ve smyslu standardnosti projevů a vnějšího vzhledu. Stigmatizace mění roli takového jedince, její sociální status a v důsledku toho mnohdy i jeho identitu. Tato změna se projeví např. způsobem komunikace s takovým člověkem, který je typický protektorským přístupem, neochotou vyslechnout jeho názor apod. Postižený jedinec je společností do role stigmatizovaného manipulován. Má velmi málo privilegií (běžných u jiných nemocí), je mu přisuzováno více negativních vlastností, je více odmítán, a proto má větší tendenci k izolaci od zdravé populace. Do této kategorie patří především mentálně retardovaní a duševně nemocní, jejichž postižení nejvíce ovlivňuje právě psychickou složku.

Problémem postižených bývá mnohdy i jejich **integrace** do majoritní společnosti zdravých, resp. schopnost této společnosti postižené absorbovat. Život v rodině, v ústavu nebo v komunitě stejně postižených může představovat určitou izolaci, avšak na druhé straně zde bývají postižení jedinci v mnoha oblastech uspokojováni lépe, než kdyby byli vystaveni tlaku norem zdravé populace. Preference společnosti stejně postižených souvisí s tzv. efektem **similarity**. Lidé si lépe rozumějí, protože mají obdobné problémy a reagují na ně obdob-





nými způsoby řešení. Takto se vytvářejí sociální skupiny, které mají charakter **minority** se všemi jeho důsledky, výhodami i nevýhodami. Vlivem společného způsobu života si bývá jednání postižených skutečně více podobné, než kdyby žili v různých podmínkách. Tím se laická veřejnost dále utvrzuje v představě stereotypu projevu nějak postižených lidí. Izolace postižených může zvýšit pravděpodobnost takové změny jejich chování, která bude na překážku jejich přijatelné integraci do zdravé populace. Přítomnost postižených mezi zdravými je oběma stranami akceptována různým způsobem, v závislosti na vlastních zkušenostech i obecně platných tradicích. Zdraví a nemocní se ovšem ve svých názorech a postojích dost často liší a nemívají ani zcela totožná očekávání. Vzájemné neporozumění určitým projevům chování tendenci k izolaci na obou stranách ještě dále posiluje. A. Biskup (1985) upozornil na nejzávažněji postiženou skupinu „plných invalidů", kteří žili sami a nevyhledávali žádné kontakty.

□ Tlumočnice znakové řeči říká o neslyšících: „Liší se tím, že mají svou úzkou komunitu a těžko mezi sebe přijmou zdravého člověka . . . Jejich podezíravost k okolí je dána onou vadou. Protože neslyší, mají utkvělou představu, že jsou stále středem pozornosti, že je někdo pomlouvá, baví se o nich, a to v negativním slova smyslu." (Pavlatová, 1996, s. 58)

Jak se obě skupiny vnímají navzájem? Zdraví lidé si uvědomují, že postižení jsou společností přijímáni s rozpaky (Kehárová, 1992). V tom se s názory postižených shodovali. Stejná shoda existovala i v představě, že je postižený člověk nejsnáze akceptován vlastní rodinou. (Zde je opět zřejmá tendence izolovat nebo přijmout izolaci v nejbližším a pravděpodobně nejbezpečnějším prostředí. Společnost jako taková z tohoto hlediska za bezpečnou považována není. Obě strany cítí, že zde postižený nemá jistotu pozitivního přijetí a že je riskantní se o něco takového pokoušet.)

V reakcích zdravých lidí je ve vztahu k postiženému často zjevná samozřejmost asymetrie: postižený je akceptován jako pasivní objekt, pro něhož je třeba něco dělat, ale není považován za rovnocenného partnera.

Lidé trpící zrakovým a pohybovým handicapem si mysleli, že by pro ně zdraví lidé nanejvýš zřídili ústav „. . . nejlépe hodně daleko od lidí" (Kehárová, 1992). I v jiných projevech těchto lidí byl zřejmý pocit, že zdraví nemají o spolužití zájem. Postižení, zejména lidé s vrozenou poruchou, očekávali ze strany zdravých spíše vyhýbavý postoj. (I když zdraví, alespoň ve verbální rovině, vzájemný kontakt nevylučovali.)

Lidé s později vzniklým postižením neměli o postoji majoritní populace tak negativní ani tak rigidní představy. Oni sami byli dost dlouho zdraví a většinou se stále považují za součást normální společnosti. Uvažují v mnoha směrech jako zdraví, i když už takoví nejsou. Většinou se jim podařilo uchovat nějaké kontakty s lidmi, kteří žádným postižením netrpí, mají pocit jejich dostupnosti a symetrie ve vzájemných vztazích. I zde je zřejmá rozdílnost vrozeného a získaného handicapu.

### 8.1.2 Reakce postiženého

Postižený jedinec brzy zjistí, jaké postoje k němu zdraví lidé zaujímají. Vnímá je mnohdy citlivěji a více si jich všímá. Musí se s nimi nějak vyrovnat, protože je nucen ve společnosti žít. Reakce postiženého člověka mohou být velmi různé, v závislosti na jeho defektu, zachovaných možnostech, vývojové úrovni a na

zkušenostech, i dalších faktorech psychosociálního charakteru (např. reakce rodiny).

□ Vozíčkářka dr. Vendula Neumannová se s nimi dokázala vyrovnat: „Pohledy a odpor lidí na ulici nevnímám, to spíš rozčiluje ty, kteří jdou se mnou a najednou jim dojde, že nás každý očumuje. Já na to poctivě kašlu, protože bych jinak vůbec nemohla vystrčit nos... Samozřejmě je nepříjemné, když vám někdo na celé kino nadává do mrzáků, protože mu vozík překáží v cestě do uličky, ale co máte dělat? Zatnete zuby a mlčíte."

Pokud je toho postižený člověk psychicky schopen, vytváří si proti postojům společnosti nejrůznější způsoby obrany. Ty mu umožňují uchovat si v této situaci duševní rovnováhu a přijatelnou sebeúctu. Postižení lidé si rovněž vytvářejí určité postojové stereotypy, zahrnující např. pocity ukřivděnosti a podezíravosti, bez ohledu na to, zda jsou aktuálně oprávněné či nikoliv. Existují spíše jako rigidní očekávání, které nepříznivě ovlivňuje interpretaci projevů zdravých i vlastní chování.

Z tohoto hlediska se poněkud odlišují reakce lidí s vrozeným a získaným defektem. **Identita** lidí s vrozeným postižením bývá jiná, jsou vesměs od počátku vychováváni odlišným způsobem a chybí jim vlastní zkušenost srovnání dvou situací – zdraví a nemoci. U později vzniklých postižení je důležitá nutnost přijmout novou, subjektivně méně uspokojivou identitu. Postoje veřejnosti, které zahrnují i očekávané chování a představu o možnostech různě postižených, jsou důležité proto, že samo očekávání může do značné míry ovlivnit chování subjektu, který je akceptuje.

Významnou úlohu hraje i subjektivní hodnocení vlastního defektu, to znamená, za jak závažný jej považuje a jak jej posuzuje sám postižený. Obecně zde sice platí pravidlo, že těžší choroba či vyšší stupeň defektu představuje i větší subjektivní zatížení, ale neplatí to zcela jednoznačně. Osobnost postiženého člověka, který má různé biologické i psychické vlastnosti, předurčuje pravděpodobnou reakci na zátěž, tedy i na defekt. Stejně tak budou působit různé sociální vlivy, které mohou spoluurčovat, za jak závažné bude člověk svoje postižení považovat, nebo dokonce zda pro něj subjektivně bude vůbec znamenat odchylku.

Zajímavé bylo zjištění, že poměrně zanedbatelné množství postižených udávalo jako nejhorší možné postižení svou vlastní poruchu. Jde pravděpodobně o důsledek zkušenosti, adaptace na takové omezení. Tento fakt lze považovat i za důkaz možnosti pozitivního vlivu zkušenosti, která může ovlivnit nejenom postoje postižených, ale i názory zdravých lidí (Vágnerová, 1991).

## 8.2 Rodina postiženého dítěte

### 8.2.1 Rodiče postiženého dítěte

Narození postiženého dítěte představuje pro rodiče zátěž, obyčejně neočekávanou. Je traumatem, které vyplývá z pocitu vlastního selhání v rodičovské roli.





Vědomí neschopnosti zplodit normálního potomka vede ke ztrátě sebedůvěry a k pocitům méněcennosti. Reakce okolí mohou tyto tendence ještě posilovat, zejména tehdy, jestliže jde o vrozené a nápadné postižení, jehož původ nelze jednoduše vysvětlit (např. infekcí či úrazem).

Psychoanalyticky lze interpretovat narození postiženého dítěte jako narcistické trauma matky, které je, jak uvádí O. Matoušek (1994), srovnatelné s traumatem po zohyžďujícím úrazu. Matka se s dítětem identifikuje a jestliže je její potomek postižený, cítí se méněcenná. (Stejné pocity se mohou vyskytovat i u otců, např. ve vazbě na mužskou, ploditelskou roli.)

Reakce rodičů na takové trauma je mimo jiné ovlivněna i převažujícími postoji společnosti, v níž žijí. Podstatné je, že postoje a chování rodičů k postiženému dítěti budou jiné, než kdyby dítě bylo zdravé. Je větší riziko, že budou v nějakém směru extrémní. Na jedné straně se zvyšuje pravděpodobnost hyperprotektivního přístupu, na druhé straně se lze setkat častěji i s odmítáním takového potomka. Změna požadavků a očekávání sama o sobě, bez ohledu na další odlišnosti, může změnit psychický vývoj takového dítěte. Za nepříznivých okolností mohou být tyto postoje závažnou brzdou ve vývoji postiženého dítěte.

Obtíže a zvláštnosti rozvoje osobnosti postiženého jedince, které se projevují různými formami emocionálního narušení a poruchami sociální adaptace, bývají spíše ovlivněny nepřiměřenými postoji rodičů, tj. spíše sociálními faktory než samotnou vadou.

Období, kdy jsou rodiče konfrontováni se skutečností, že je jejich dítě postižené, lze označit jako fázi krize rodičovské identity. Je to fáze reakce na nepříznivou odlišnost jejich dítěte a jeho perspektiv, částečně nejasných a částečně negativních, to znamená hůře akceptovatelných. Obecně platí, že čím dříve se rodiče dozví, že je jejich dítě postižené, tím zásadnějším způsobem se změní rodičovské postoje. Reakce rodičů na zjištění, že jejich dítě je postižené, se v průběhu času mění a procházejí typickými fázemi. (Sled reakcí na jakoukoli zátěž bývá podobný.)

1. **Fáze šoku a popření**

   Šok a popření představují první reakci na subjektivně nepřijatelnou skutečnost, že je dítě trvale postižené. Lze ji charakterizovat výroky rodičů *„To není možné, to nemůže být pravda"*. Popření takové informace je projevem obrany vlastní psychické rovnováhy. V této době nechtějí rodiče slyšet nic o možnostech péče o takové dítě, protože se dosud nesmířil ani s jeho existencí. V průběhu času dochází k postupnému přijetí této informace. Jen v ojedinělých případech se udrží takový postoj delší dobu. Změna situace ovšem vyvolává jiné obranné reakce.

   Reakce rodičů na postižení jejich dítěte ovlivňuje i skutečnost, kdy a jakým způsobem se o něm dozvěděli. Mnoha rodičům chyběl sympatizující přístup zdravotnického personálu v neštěstí, které je potkalo. Námitky proti způsobu, jakým jim lékař informaci podal, mohou být projevem obranné reakce traumatizovaných rodičů. Mohou v této situaci popírat obsah sdělení, protože je pro ně nepřijatelný. Rodiče rozumově vědí, že jim lékař říká

pravdu, ale oni ji nechtějí slyšet. Proto je lékař jako posel špatné zprávy trestán kritikou, stává se pro tuto chvíli náhradním viníkem.

### 2. Fáze postupné akceptace a vyrovnávání s problémem

V tomto období mají rodiče zájem o další informace. Chtějí být poučeni o podstatě a příčině postižení, hledají viníka, ale i řešení budoucnosti svého dítěte. Racionálnímu zpracování takových informací ovšem mnohdy brání emoční stav rodičů, který hodnocení situace zkresluje.

Prožitky rodičů jsou obyčejně kombinací pocitů viny, bezmoci a hanby. Lze je interpretovat jako reakci na prožité trauma; mohou mít individuálně odlišnou intenzitu i délku trvání. Tendence najít viníka bývá doprovázena hněvem, pocity bezmoci bývají kombinovány s depresemi.

V této fázi se objevují rozmanité obranné reakce, které jsou někdy z racionálního hlediska nepochopitelné či nepřijatelné, ale i ony mají svůj smysl: udržet psychickou rovnováhu a zachovat si přijatelné sebehodnocení v roli rodiče. Obrany se vztahují především k předpokládané příčině postižení. Rodiče se mnohdy sami považují za viníky a z toho vyplývají některé jejich zdánlivě nesmyslné či nepochopitelné reakce. Ze subjektivního hlediska ovšem srozumitelné jsou: rodič se dítěti obětuje, aby odčinil svou předpokládanou vinu, nebo popírá závažnost defektu, aby se jeho vina zdála menší. Vina může být přisouzena jen jednomu z rodičů, nejčastěji matce, např. ve smyslu *„U nás to nikdy nebylo, ona je cizí, ona za to může“*.

Za viníka může být považován i někdo mimo rodinu, např. profesionál, označovaný neadresně „oni“. (*„Kdyby si toho včas všimli, možná se dalo ještě něco dělat“* atd.) Někdo, nějaká síla selhala, avšak zcela mimo dosah možností vlivu rodičů. Oni jsou oběti, a tudíž jsou nevinní.

Volba určité varianty obrany nebývá náhodná, ale vychází ze zkušeností a typických vlastností osobnosti rodičů. Obranné mechanismy, které se v životě osvědčily, mají tendenci se fixovat a člověk je v kritických situacích opakuje.

Aktivní obranný postoj se projevuje tendencí bojovat s ohrožující a nepřijatelnou situací. Jelikož s příčinou onemocnění, resp. postižení, bojovat nelze, projevuje se tato tendence nejčastěji přenosem, hledáním náhradního viníka, např. agresivitou vůči zdravotníkům. Obrana zvýšenou aktivitou uleví vnitřnímu psychickému napětí. (Může být zaměřena na hledání lékaře či léčitele, který by uměl pomoci, nebo se odreaguje při rehabilitačním cvičení dítěte, jež je předpokládanou cestou k nápravě apod.)

Pasivnější varianty obrany vedou k úniku ze situace, kterou nelze uspokojivě zvládnout nebo s níž se ještě rodiče nedokáží vyrovnat. Krajním řešením je předání postiženého dítěte do péče instituce nebo odchod z rodiny. Jinou únikovou variantou je i přetrvávající popření situace. Rodiče se za těchto okolností chovají tak, jako by dítě bylo zdravé, resp. jeho potíže byly nevýznamné, dočasné apod. Rodiče mohou kompenzovat svoje neuspokojení v rodičovské roli přijetím náhradního řešení, tj. substitucí: začnou se věnovat něčemu jinému, např. profesi. Rezignace je taková forma obrany, kdy jedinec uniká z nepřijatelné situace tak, že se vzdává svých cílů. Rodiče např. rezignují na možnost zlepšit stav dítěte a akceptují, že se nedá nic dělat. Dosti často bývá rezignace doprovázena depresí či apatií. Důsledkem takového řešení je zbytečná stagnace vývoje dítěte i v těch oblastech, kde by k ní nemuselo dojít.

Budoucnost dítěte, a tím i celé rodiny, se zdá být postižením znehodnocena. Rodiče sice vědí, že dítě nebude nikdy zdravé, ale často si vůbec





neumějí představit, jak se vlastně takové dítě může vyvíjet, jaký by mohl být jeho osud a existenční možnosti. Jejich anticipace bývají vzhledem k pocitům smutku a beznaděje, i s ohledem na omezenou informovanost, spíše pesimistické. Způsob a adekvátnost vyrovnání s takovou zátěží bude záviset na mnoha faktorech: např. na zkušenostech rodičů, vlastnostech jejich osobnosti, zdravotním stavu, věku, kvalitě partnerského vztahu, počtu dětí, které spolu mají, na druhu a příčině postižení atd. Subjektivní zvládnutí této fáze bude spoluurčovat míru odlišnosti rodičovských postojů k tomuto dítěti. Bude na nich záviset i riziko extrémního výchovného přístupu, které ovlivní vývoj dítěte prakticky až do dospělosti.

### 3. Fáze realismu

Rodiče se ve většině případů postupně smíří se skutečností, že jejich dítě nikdy nebude zdravé, a začnou se chovat přiměřenějším způsobem.

Adaptace na takovou skutečnost však trvá dlouho a jako typické přechodné stadium se objevuje fáze **smlouvání**. Lze ji charakterizovat tendencí získat alespoň něco, malé zlepšení, když už nelze mít všechno. Například dítě bude alespoň chodit, bude alespoň částečně vidět, bude vzdělavatelné na úrovni zvláštní školy atd. Smyslem tohoto období je vyjádření určité naděje, jež není zcela nerealistická. Je znakem kompromisu, který lze hodnotit jako pokrok, jako částečné přijetí dříve zcela odmítané skutečnosti.

Odlišnou situaci představují postižení, která se projevují, rozvíjejí nebo vznikají později. V těchto případech bývá delší latence mezi prvními projevy, které mohou rodičům signalizovat, že dítě není zcela v pořádku, a dobou sdělení diagnózy. Nejistota tohoto období představuje pro rodinu specifickou stresovou situaci. Stimuluje tendenci hledat pravdu, ale na druhé straně někdy podporuje i obranné reakce, které se ji zároveň snaží nějak zkreslit, nebo dokonce popřít, aby byla přijatelná. Otevřená budoucnost zde představuje naději, na níž se rodiče upínají.

- Rodiče dítěte postiženého dětskou mozkovou obrnou si na tuto dobu dobře vzpomínají: „Už během prvních šesti měsíců jsou tušili, že není v pořádku . . . Podvědomě jsme cítili, že s jeho zdravotním stavem je to nějak jinak, než by mělo být . . . Byla to vlastně úleva, dozvědět se pravdu.“ (Pavlatová, 1996, s. 63–64)

Jestliže dojde k onemocnění či ke vzniku defektu později, a dítě bylo po celou dobu akceptováno jako normální, bývají reakce rodičů i laické veřejnosti trochu jiné. Později vzniklý defekt nepůsobí jako znehodnocení rodičovské prestiže. Rodiče si potvrdili svou vlastní roli i normalitu svého dítěte a jejich sebepojetí se pod vlivem později vzniklého postižení mění méně. Za těchto okolností jsou rodičovské obrany více zaměřeny na postižené dítě než na vlastní rodičovskou identitu.

Později vzniklý defekt je akceptován primárně jako neštěstí, které postihlo normálního, zdravého člověka. I z hlediska postojů široké veřejnosti je získaný defekt akceptovatelnější než vrozená vada, protože je srozumitelnější. Skutečnost, že lidé mohou v průběhu života onemocnět nebo utrpět úraz, je obecně známa.

### 8.2.2 Sourozenci postiženého dítěte

Postižené dítě může představovat zátěž nejen pro rodiče, ale i pro svoje sourozence.

V rodině bývají sourozenci běžně vzájemně srovnáváni. Avšak pokud je jedno z dětí postižené, není takové srovnání možné. Nemocné nebo postižené dítě bývá více privilegováno, jeho projevy jsou tolerovány i tam, kde s jeho vadou vůbec nesouvisí. Zdravé dítě si dost brzy uvědomí rozdíl v přístupu rodičů. Vysvětlení je zřejmé, děti chápou, že když je někdo nemocný, potřebuje větší péči od těch, kdo jsou zdraví. Tak se rozvíjí i ohleduplnost a ochota pomoci slabšímu. Na druhé straně může být zátěží relativizace požadavků, k níž zcela logicky dochází. Od každého dítěte se očekává něco jiného, a také je něco jiného považováno za úspěch. Podvojnost měřítka může být pro zdravé dítě, zejména pokud je malé, matoucí. Může se cítit znevýhodněno a může se mu zdát, že to není spravedlivé.

Sourozenec je stabilní součástí života dítěte. Sdílí s ním značnou část zkušeností a nelze od něj odejít, je nutno s ním žít. Pokud je jeho sourozenec něčím výjimečný, např. je nemocný či postižený, musí si zdravé dítě vypracovat určité strategie, které mu pomohou zvládnout tento vztah přijatelným způsobem. Obyčejně jde o postupné přijetí dominantně-ochranitelské role. Sourozenci bývají soupeři i spojenci, ale postižené dítě nemůže být soupeřem, protože tomu neodpovídají jeho kompetence. Navíc rodiče takový projev zdravého dítěte klasifikují jako špatné chování, jako přestupek. Postižené dítě nemůže být ani modelem, s nímž by se mladší sourozenec ztotožnil. Je jiné, výjimečné, a proto neposkytuje obvyklou zkušenost. Vytvoření skutečné vztahové symetrie, která je mezi zdravými sourozenci běžná, je v tomto případě většinou těžko dostupné.

Děti vědí, že postižený sourozenec musí být ochraňován a nelze se k němu chovat jako ke kterémukoli jinému, zdravému dítěti. Takový postoj má však i svoje negativní důsledky: postižený, který potřebuje neustálou pomoc a ohledy, není považován za zcela rovnocenného.

Existence postiženého dítěte v rodině může být příčinou extremizace postojů a očekávání rodičů i ve vztahu ke zdravým potomkům. Je zde zvýšené riziko, že ani k nim nebudou mít rodiče přiměřený vztah a přijatelné nároky:

1. Jednou krajností může být koncentrace pozornosti a zájmu na postižené dítě a **odsunutí zdravých sourozenců do pozadí.**

   Na všechny není dost času, ani energie. Rodiče zdravému dítěti nevěnují potřebnou pozornost a očekávají od něho zralejší chování, než odpovídá jeho vývojové úrovni. Důvodem není skutečný nezájem o toto dítě, ale zahlcení problémy postiženého potomka. Rodiče si zpravidla vůbec neuvědomují, že by zdravé dítě nějak ochuzovali. Protože je toto dítě z hlediska svých kompetencí v normě, očekávají, že s nimi bude spolupracovat na společném





rodinném úkolu: podpoře handicapovaného. Rodiče oceňují bezproblémovost, nenáročnost a omezení požadavků zdravého dítěte, jeho ochotu podřídit svoje potřeby ve prospěch postiženého. Někdy mu jednoznačně vymezí i jeho budoucí roli garanta péče o postiženého sourozence.

Rodina s postiženým dítětem má jinou sociální identitu, je něčím výjimečná. Tato výjimečnost se stává součástí sebepojetí všech jejích členů. Zdravé dítě může nést stigma rodiny jako svoje vlastní, zejména tam, kde je veřejné mínění nějak zdůrazňuje. Vědomí odlišnosti rodinné konstelace nějakým způsobem ovlivní postoje a chování zdravého dítěte. Mnohdy je to změna pozitivní, např. větší tolerance k lidské rozmanitosti, větší citlivost k potřebám jiných apod. Avšak někdy se projeví nepříznivě, zdravý jedinec může získat pocit vlastní bezvýznamnosti a z toho vyplývající nejistoty, kterou si přenese i do jiných sociálních skupin. Může mít pocit viny za to, že on je zdravý, a stejně tak mohou být jeho prožitky ambivalentní, protože postiženému sourozenci pozornost rodičů závidí. Nedostatek zájmu rodičů může stimulovat obranné mechanismy, např. snahu upoutat pozornost svým chováním (mnohdy i nevhodným) apod. Na druhé straně mnohé děti přijímají rodiči předurčenou roli a usilují o naplnění rodičovských představ. Shoda předpokladů a skutečnosti je uspokojuje, protože potvrzuje platnost určitého řádu a naplňuje tak jejich potřebu jistoty.

Riziko psychického ohrožení zdravých sourozenců postižených dětí potvrzuje i slovenská výzkumná sonda. Rodiče měli sklony k extrémnějšímu hodnocení sourozeneckých vztahů takových dětí. Častěji udávali, že se zdravé dítě chovalo k postiženému sourozenci špatně, žárlilo, vztekalo se nebo zdůrazňovalo pocity křivdy. Hůře snášeli konkurenci postiženého sourozence děti, které byly ve srovnání s ním mladší. Rodiče dost často zdůrazňovali nutnost jednostranné pomoci postiženému potomkovi a jeho podpory všemi členy rodiny, tedy i zdravým dítětem, které muselo v případě potřeby ustoupit. Rodiče toho o svém zdravém dítěti ani příliš mnoho nevěděli, protože jeho problémům nevěnovali dostatečnou pozornost.

V takových rodinách byla zřejmá tendence k určitému zanedbávání zdravého dítěte. Šlo však s největší pravděpodobností pouze o důsledek velkého zatížení rodičů péčí o postiženého potomka (Prevendárová, 1996).

2. Druhou extrémní variantou je **koncentrace zájmu na zdravé dítě**. Zúžený nebo jednostranný zájem o zdravé dítě může sloužit jako prostředek **kompenzace** neuspokojení, které rodičům přináší postižený potomek. Dítě se dostává do role toho, kdo by měl rodičům vynahradit strádání a potíže s postiženým dítětem. I tato situace je charakteristická většími nároky a očekáváním rodičů, které nemusí být přiměřené věku a možnostem dítěte.

   Takový přístup lze interpretovat jako jeden z možných obranných mechanismů. Podporuje sebevědomí rodičů a usnadňuje zvládnutí rodičovské role. Kompenzuje nepříznivé pocity, které přineslo narození postiže-

ného potomka. Jedno výborně prospívající dítě potvrzuje dospělému, že jeho rodičovská kvalita není úplně špatná.

Oba přístupy mohou na zdravé sourozence klást požadavky, které nebudou schopni zvládnout, aniž by tím byly samy nějak znevýhodněni. Dítě není na takové vývojové úrovni, aby kladlo na první místo potřeby nemocného. Navíc může mít v určité fázi svého vývoje ke svému postiženému sourozenci ambivalentní vztah.

Rodiče nejsou vždycky dostatečně empatičtí a citliví ve svých představách, jak by měl zdravý sourozenec s postiženým pomáhat, co všechno by měl zvládnout a co ve vztahu k němu tolerovat. Mohou pak svými požadavky značně zkomplikovat socializaci i rozvoj identity zdravého potomka. (Např budou vyžadovat, aby zdravý sourozenec bral svého postiženého bratra nebo sestru všude s sebou; jestliže to neudělá, hodnotí jej jako špatného.) V chování zdravého dítěte se pak mohou objevovat různé obrany, které vznikly proto, aby mu pomohly zvládnout pro něj obtížně řešitelnou situaci a zachovat si pozitivní sebehodnocení.

□ Zdravý Ruda (15 let) dostával často na starost svou mentálně a zrakově postiženou sedmnáctiletou sestru. Rodiče si neuvědomovali, že syn se za její chování stydí a snaží se této povinnosti zbavit, popřípadě se brání zlehčováním problémů, které ho trápí. V této době se vztahy sourozenců značně zhoršily. Rodiče přičítali vinu jednoznačně zdravému synovi, protože očekávali, že bude mít větší nadhled a bude tolerovat chování mentálně postižené sestry, od níž nelze něco takového očekávat. Přecenili ovšem zralost adolescenta. Ten je stále ještě zranitelný, zejména v situaci, kde nemůže sám příliš zasahovat a kde byl ztrapněn a ponížen, protože se nevhodně chovala jeho vlastní sestra (byť postižená a neschopná adekvátního hodnocení situace).

Na druhé straně větší požadavky rodičů na zdravé dítě podporují jeho socializační rozvoj a urychlují dosažení schopnosti převzít zodpovědnost, podporují větší toleranci a samozřejmost i ochotu pomáhat (Blažek a Olmrová, 1988). Záleží především na rodičích, jakým způsobem takovou zátěž zvládnou, aby žádné z jejich dětí nebylo nepřiměřeně zatíženo a vystaveno nesplnitelným nárokům. Záleží i na tom, jak rodina přijme postižené dítě a co bude jeho existence pro rodinný život znamenat. Z tohoto postoje bude vyplývat, jako komplementární reakce, i vztah k dalším, zdravým dětem.

## 8.3 Odlišnosti vývoje postiženého jedince

Je velmi důležité rozlišit postižení, která jsou vrozená, a postižení získaná později.

1. **Postižení vrozené,** resp. v raném věku získané, ovlivňuje ve větší míře vývoj jedince, ale subjektivně není tak traumatizující. Člověk je na své





omezení zvyklý od dětství a často si vůbec neumí představit, jaké by to bylo, kdyby byl zdravý.

2. **Později získané postižení** představuje větší psychické trauma, postižený jedinec ví, co ztratil, dokáže porovnávat a svou novou situaci považuje jednoznačně za horší. Z objektivního hlediska je později získané postižení výhodnější. Takový člověk se po určitou dobu rozvíjel normálně, získal určité zkušenosti, má mnohé kompetence, jež mu budou v dalším životě užitečné a které vrozeně postižený nemá. (Jde např. o představu prostoru u později osleplých, o schopnost verbální komunikace u později ohluchlých, o určité sociální zkušenosti a kompetence apod.)

### 8.3.1 Vývoj vrozeně postiženého dítěte

Vývoj postiženého dítěte prochází stejnými fázemi jako vývoj dítěte zdravého, ale v některých obdobích je zvýšené riziko vzniku další odchylky, mnohdy spíše sekundárního charakteru.

#### Kojenecký věk

V **kojeneckém věku** je zvýšené riziko, že postižené dítě nebude dostatečným způsobem stimulováno a přijatelně citově akceptováno, protože jeho rodiče nejsou dosud s jeho postižením vyrovnáni. Základní úkol kojeneckého věku, kterým je potvrzení pozitivní hodnoty světa, resp. pozitivní naděje, že je svět přijatelný, může být pod vlivem postižení obtížněji splnitelný. Někdy nemá potřebné předpoklady, aby se mohlo bez specificky zaměřené pomoci učit.

Způsob prožití prvního roku života ovlivňuje základní postoje k životu, tj. bazální životní strategii. Tyto strategie se vytvářejí pod vlivem možností, které dítě má, a zkušeností, které získá. V případě postiženého dítěte dost běžně převažuje apatie a pasivita, často ještě posilovaná rodičovským chováním. Tato strategie se může zafixovat do té míry, že se stane i v budoucnosti základem adaptačního chování. Psychický vývoj je do značné míry ovlivněn dynamikou interakce dvou základních psychických potřeb: potřeby jistoty, stability, a potřeby proměnlivosti, jež souvisí se zvídavostí. Pro postižené děti má větší význam potřeba stability a bezpečí, protože jejich možnosti jsou omezeny a orientace v prostředí nějak ztížena – buď proto, že nemají o světě dostatek informací (jsou-li smyslově nebo pohybově postižené), anebo proto, že nedovedou tyto podněty přiměřeným způsobem zpracovat (jestliže jsou postižené mentálně).

Jestliže je dítě nějak postižené, běžná stimulace mu k adekvátnímu rozvoji nestačí, a musí být rozvíjeno jinak, např. speciálním programem.

Pro rozvoj jakéhokoli dítěte je důležitý citový vztah s matkou. Vztah matky k postiženému dítěti může být nějak odlišný od normy. Je větší riziko, že takové dítě nebude přijatelně citově akceptováno, a stejně tak je zvýšená pravděpodobnost, že se na ně matka v rámci svého hyperprotektivního postoje zafixuje nepřiměřeným způsobem. V tomto případě bude problémem spíše její neochota k postupnému uvolňování symbiotické vazby s dítětem. Navíc je osamostatňování takového dítěte vždycky problematičtější i vzhledem k omezením, daným samotným handicapem.

Vývoj postiženého dítěte v kojeneckém věku je tedy zatížen:

a) větším rizikem citové deprivace, resp. subdeprivace;

b) větším rizikem stimulační deprivace a obtížnějším učením. To znamená zvýšenou pravděpodobností vzniku vývojového opoždění takového dítěte.

## Batolecí věk

Období batolecího věku je fází první emancipace. Dítě se uvolňuje z mnoha vazeb, které už ztratily svůj vývojový význam a dále by blokovaly jeho další rozvoj. Pro postižené dítě je takové osamostatnění alespoň v některé ze složek obtížnější, ne-li zcela nedostupné.

Emancipační obtíže se mohou projevit v těchto oblastech:

- **Odpoutání z vázanosti na určité místo.** Pohyblivost tělesně postiženého dítěte je omezena, dítě zůstává závislé na podnětech nejbližšího okolí, resp. na lidech, kteří mu vzdálenější objekty nějak přiblíží. Určité potíže mají i děti nevidící, které se opožďují v samostatné lokomoci proto, že je vzdálenější prostor, v němž se nemohou nijak orientovat, děsí. Na druhé straně je zde ani nic neláká, protože vzdálenější objekty bývají atraktivní především vizuálně.
- **Odpoutání z vázanosti na aktuální kontakt s realitou** a přechod na úroveň symbolického myšlení. Pokud dítě není schopné pochopit vztah skutečnosti a jejích paměťových reprezentací a pokud nerozumí mluvené řeči, jeho vývoj se opožďuje. V této oblasti se opožďují děti s poruchou sluchu, které vůbec nedovedou mluvenou řeč vnímat, a mentálně retardované děti, jež nejsou schopny chápat vztahy a souvislosti ani na úrovni bezprostředně vnímané reality (a tím spíše na úrovni symbolické reprezentace).
- **Odpoutání z vazby na matku** je obtížnější v případě jakéhokoli postižení. Postižené dítě je z nejrůznějších důvodů závislejší a jeho rodiče zpravidla přetrvávání závislosti považují za zcela adekvátní a podporují je.

  I pro další vývoj dítěte je významný vzájemný vztah dvou základních psychických potřeb: potřeby závislosti a potřeby samostatnosti. Přetrvávající potřeba závislosti, zřejmá u většiny postižených dětí, signalizuje, že dítě není ani k základnímu osamostatnění dosud dostatečně zralé nebo aktuálně disponované. Závislost funguje jako významný zdroj jistoty a bezpečí, která by mohla být osamostatňováním ohrožena. V situaci jakékoli zátěže se projevuje i potřeba stereotypu, protože rovněž podporuje pocit jistoty. Stereotyp působí příjemně, není ohrožující a je navíc energeticky málo náročný.

Období první emancipace má velký význam pro rozvoj vědomí sebe sama, pro **rozvoj vlastní identity**. Jestliže takový vývojový pokrok není možný, buď proto, že ho dítě není schopné, nebo mu to není dovoleno, bude mít jeho osobnost v budoucnosti poněkud jiné rysy. Paradoxně je emancipační projev méně možný, méně reálný a méně podporován u postižených dětí, které budou zcela jistě muset v životě překonávat velkou řadu potíží. V naší kulturní oblasti je tradiční výchovný postoj udržuje spíše v pasivitě, závislosti a neposiluje vědomí jejich vlastních možností, ani vědomí možnosti sebeprosazení vlastní aktivitou.

**Závažně postižené batole** je v některé oblasti natolik vývojově opožděné, že se celkově jeví spíše jako kojenec: nechodí, nemluví, není zvídavé apod. Rodiče se k němu v důsledku toho také





chovají jako ke kojenci, obyčejně generalizovaně. Neberou v úvahu, že má některé kompetence rozvinuté přiměřeně věku. V tomto věku dochází k definitivnímu potvrzení diagnózy a často i ke zpřesnění pravděpodobné míry postižení. Nakonec začne být i cizím lidem zřejmé, že se toto dítě nevyvíjí v mezích normy. Postižené batole se stává **sociálně nápadné**. Je to doba, kdy se rodiče musí vyrovnávat s různými reakcemi lidí ve svém okolí. Dítě je v této době obyčejně označeno jako defektní nejenom medicínsky, ale i sociálně. Kojenec nápadný nebyl a většina lidí si ani nevšimla, že něco není v pořádku.

Emancipace postiženého batolete není nikdy možná ve všech oblastech. Tyto děti zůstávají i nadále v mnoha směrech značně závislé a jejich rodiče považují přetrvávání závislosti za zcela přiměřené. Vytváří se tak základ pro jejich budoucí, generalizovaný pasivně-receptivní postoj a z něho vyplývající nesamostatnost. V této době bývá postižení definitivně potvrzeno a začínají se projevovat typické důsledky jednotlivých druhů postižení.

## Nástup do školy

V předškolním věku dochází k určitému vývojovému pokroku, a vzhledem k tomu i k mnohdy nereálně optimistickému očekávání rodičů. Toto období končí nástupem do školy, který je velmi důležitým vývojovým mezníkem. Ve škole dochází ke konfrontaci postiženého dítěte s jeho spolužáky, jež je zvlášť výrazné, pokud jsou zdraví. Někdy lze mluvit až o první krizi identity, protože dochází k potvrzení odlišnosti jako stálého a neměnného negativního znaku osobnosti postiženého dítěte.

Dítě se naučí chápat, že má omezenější kompetence, odlišnou sociální roli a někdy získá i zkušenost s odmítáním či negativním hodnocením zdravými vrstevníky. U rodičů dochází k oživení problémů, které byly aktuální v době primární adaptace na defekt dítěte. Rodiče mnohdy mívají o možnostech svého dítěte nereálné představy, zejména pokud nemají zkušenost s vývojem zdravých dětí. Někdy zde působí i různé obrany, rodič si nechce připustit, že by jeho dítě nebylo schopné zvládnout nároky školy. Takový postoj může být obranou jeho vlastní sebeúcty v rodičovské roli, stejně jako bývá obranou dítěte idealizací jeho možností. Oba dva mechanismy jsou zcela běžné.

Zařazení do školy funguje jako potvrzení normality dítěte. Znamená to, že dítě dosáhlo přijatelné vývojové úrovně a lze proto věřit, že jeho handicap nebude tak závažný. Stejný smysl mívá i postoj, preferující integraci postiženého dítěte mezi zdravé. Rodiče někdy ani nezvažují, která alternativa by byla pro další vývoj jejich dítěte užitečnější, ale volí tu, která alespoň formálně minimalizuje závažnost postižení. Konfrontace požadavků školy na jedné straně a reálných možností postiženého dítěte na druhé straně přináší tím větší trauma, čím více si rodina situaci zidealizovala (resp. čím méně pochopila význam defektu a jeho možných následků).

**Integrace** je určitým, kvalitativně vyšším stupněm adaptace. Lze ji chápat jako takové začlenění jedince (z nějakého důvodu odlišného) do prostředí majoritní společnosti, kdy v ní dovede bez problémů žít, cítí se jí být přijat a sám se s ní identifikuje. Integrace je výsledkem procesu učení na kognitivní i emotivní úrovni. Postižené dítě poznává prostředí, do něhož by se mělo integrovat a učí se zvládat nepříjemné emoce, které takový proces vyvolává. Vzhledem k tomu,

že jde o náročnou situaci, musí být dostatečně motivováno. (V případě integrace postižených dětí do běžné školy jde spíše o motivovanost rodičů, děti samy jsou v tomto směru obyčejně jen manipulovaným objektem.) Pokud je zátěž daná požadavky integrace příliš velká a motivace slabá, postižený jedinec ji odmítá a raději zůstává v izolaci nebo v prostředí sobě podobných.

Integraci postiženého dítěte do běžné školy lze akceptovat jako nabídku takové socializační zkušenosti, která je relativně velmi blízká normě. V dětském věku je snadnější přizpůsobení i osvojení potřebných sociálních dovedností. Určité riziko spočívá v nezvládnutí situace učitelem a spolužáky nebo v subjektivně přílišné náročnosti zařazení některých postižených dětí mezi zdravé. Důležitým faktorem je důvod, který rodiče postiženého dítěte vedl k rozhodnutí zařadit dítě do „normální" školy.

Integrace je ovšem vždycky dvoustranným procesem, a proto zde hraje svou roli i společnost, do níž by se měl jedinec začlenit. Společnost se musí učit těmto lidem rozumět, chápat příčiny jejich odlišnosti a přijímat je jako jednu z variant široké normy. Podmínkou úspěšné integrace je změna postojů majoritní společnosti, což je požadavek zatím ne vždycky dosažitelný.

Volba speciální školy pro postižené děti má rovněž své výhody i nevýhody. Dítě zde není tolik stresováno svou odlišností a konfrontací se zdravými spolužáky. Není zde ani takové riziko odmítání nebo zkušenosti s negativními reakcemi jiných lidí. Výuka bývá kvalitní a přizpůsobená potřebám i možnostem těchto dětí, učitelé mají v této oblasti mnohem více zkušeností. Konfrontace se společností zdravých je v tomto případě oddálena až do období adolescence nebo mladé dospělosti. Jedinec je v této době zralejší, ale na druhé straně si zvykl na izolaci a nebude se umět vyrovnat s necitlivými reakcemi zdravých. Může být v této době zranitelnější než v dětství.

Období školního věku je Eriksonem definováno jako fáze snaživosti, výkonu, jehož cílem je příprava na budoucnost. Vývojovým rizikem je vznik pocitů méněcennosti, nedostačivosti či strachu ze selhání. Na druhé straně může dojít k nadměrnému důrazu na výkon a k fixaci na úspěch (v tomto případě jako kompenzace nějakého defektu). Obě rizika jsou v případě postižených dětí spíše zvýšená. Pocit méněcennosti snadno vznikne při opakovaném neúspěchu, ve srovnání se zdravými spolužáky a jejich výsledky. Stejně tak snadno se rodiče upnou na školní úspěch jako na možnost potvrzení určité kvality dítěte, které je na druhé straně něčím znevýhodněné (může jít o kompenzaci sociálních důsledků handicapu, např. pohybového či zrakového).

Vztah k výkonu, tj. aspirační úroveň, je součástí vlastní identity. Vždy se zde odráží charakter sebehodnocení. Ve školním věku je v něm automaticky zahrnuto i vlastní postižení, které má takový význam, jaký mu přičítají osobně významné autority, především rodiče. Školák je v tomto směru realista, který přijímá skutečnost jako danost. Konkrétní realitou je v tomto případě i jeho vlastní handicap. Je prezentován jako samozřejmá součást vlastních možností a omezení.

Integrace postiženého dítěte do běžné školy představuje zátěžovou situaci. Postižené dítě si v konfrontaci se zdravými spolužáky uvědomí svou odlišnost a nedostatky v určitých kompetencích. Na druhé straně je to šance k získání potřebné socializační zkušenosti a k přizpůsobení společnosti zdravých, v níž bude muset v budoucnosti žít.



## Dospívání

Období pubescence lze definovat jako fázi druhé emancipace.

Pubescent (pokud není mentálně postižený) začíná uvažovat na úrovni formálních logických operací, to znamená v rámci možnosti, která se sice ještě nestala realitou, ale nelze ji vyloučit. Tímto způsobem uvažuje i o sobě. Pro pubescenta není jeho defekt jednoznačnou a neměnnou daností. Je pouze jednou, v tomto případě nepříznivou variantou, s níž je třeba se nějak vyrovnat. Vývojový posun v myšlení se projevuje ve větší kritičnosti a sebekritičnosti, která je zaměřena i na oblast handicapu a hlavně na jeho sociální význam. Postižený pubescent pro sebe hledá přijatelnou roli, uvažuje o svých možnostech a o své sociální hodnotě. Jestliže se mu nepodaří vytvořit alespoň částečně uspokojující sebeobraz, reaguje různými obrannými mechanismy. Ty mohou deformovat další vývoj jeho osobnosti, ale i vztahy se zdravými lidmi. Pokud žije v internátní škole, mezi stejně postiženými vrstevníky, je pro něho srovnání s touto skupinou snadnější, avšak v takovém případě dojde ke konfrontaci se zdravou populací o něco později.

V dospívání dochází k odpoutání z vazeb na rodinu, dochází k přesunu zájmu a vázanosti na vrstevnickou skupinu. Toto odpoutání z těsné vázanosti na rodinu je důležité, ale pro postiženého jedince často nedostupné. Postižený pubescent mnohdy nemá všechny potřebné kompetence, buď z důvodu defektu, nebo v důsledku nevhodné výchovy. Mentálně postižený jedinec nemá ani potřebu osamostatnění, jeho rozumový vývoj nikdy nedosáhne takové úrovně, aby byl schopen uvažovat o různých možnostech a sám o sobě rozhodovat.

Dospívání je obdobím hledání vlastní identity. Je zřejmé, že pro postižené jedince je tento proces mnohem obtížnější a riziko selhání větší.

Problémem se stává i přijetí určité sociální identity jako přechodné varianty sebevymezení. Pocit sounáležitosti ke skupině zdravých spolužáků může být narušován jak jejich odmítáním či nezájmem, tak obtížemi ve zvládání potřebných rolí, které by takovou příslušnost potvrzovaly. Postižený pubescent může být ignorován na okraji skupiny, jako odlišná bytost, jež tam nepatří. Závislost na dospělých funguje jako stereotyp, který je vcelku vyhovující. Přátelské vztahy, pokud se vůbec vytvářejí, mohou být asymetrické. Postižený dospívající může strádat nedostatkem potřebných sociálních kontaktů a může mít obtíže při vytváření vrstevnických vztahů. Ve speciálních školách je situace odlišná. Zde je dostatečné množství obdobně postižených spolužáků. Tato varianta však vytváří základ budoucí sociálně izolované minority, jejíž členové se přátelí a uzavírají sňatky převážně pouze mezi sebou (nejtypičtější je komunikačně odlišená skupina sluchově postižených).

Významnou součástí osobní identity se stává budoucí profesní role. V případě jakkoli postižených je tato volba omezená a zúžená nabídka dostupných možností jim opět připomíná, že nemohou dělat totéž, co zdraví. Velmi často nejde o výběr, ale o přijetí jediné varianty, kterou lze vůbec získat. V rámci pubertálních ideálů jde nejprve o hledání, jež se pod tlakem reality mění v po-

stupné slevování, event. až ve frustraci. Hledání vlastní identity je spojeno s hodnocením jiných lidí. Problémem postižených bývá na jedné straně nedostatek obdobně znevýhodněných a zároveň imponujících vzorů chování a na druhé straně větší riziko negativního výsledku srovnání sebe sama se zdravými vrstevníky. Vědomí vlastní odlišnosti vede k větší nejistotě. V okolí obyčejně neexistuje stejně postižený člověk, který by mohl být přijatelným vzorem. Na druhé straně se mu někdy nepodaří získat ani uspokojivou pozici ve skupině zdravých vrstevníků, aby mohl považovat za svůj vzor je. Tato skutečnost zvyšuje pocit úzkosti a posiluje potřebu jistoty a bezpečí. To mnohdy vede k preferenci závislosti a k tendenci zachovat daný stav, i když jej lze považovat za vývojovou stagnaci. Postižení pubescenti se častěji než zdraví dostávají do situace, kdy je nějaká jejich představa, resp. ideál, neuskutečnitelný a realita neuspokojivá. Navíc bývají vzhledem k omezenější zkušenosti častěji infantilní, méně kritičtí a přenechávají rozhodování o vlastní budoucnosti rodičům.

## Nástup do zaměstnání

Druhou krizi identity představuje nástup do zaměstnání a nová konfrontace s majoritní, tj. zdravou populací. Postižený jedinec je postaven do situace, kdy by se měl integrovat do společnosti, s níž leckdy nemá dostatek potřebných zkušeností a která na něho často působí jako stresující. Znovu a na jiné úrovni dochází k potvrzení vlastní odlišnosti a jejího negativního významu. Příčinou problémů může být na jedné straně nezralost a nepřiměřenost očekávání postižených, na druhé straně nepřipravenost zdravých lidí, jejich neinformovanost a přetrvávající předsudky. Nutnost přijmout negativně vymezenou roli odlišného jedince, který má sice nějaká privilegia, ale nemá stejná práva, je těžké. Navíc se mnozí postižení nedovedou chovat zrale a samostatně, mimo jiné proto, že jejich dosavadní výchova k tomu nesměřovala. Uspokojení potřeby sociálního ocenění je u jakkoli postižených mnohem obtížnější a může jí být dosaženo spíše jen v určité oblasti či v izolované sociální skupině podobně postižených. Potřeba seberealizace, vázaná na oblast profesního uplatnění je také spojena s větším omezením. I v této situaci je pravděpodobnější, že dojde k nějak extrémnímu řešení.

- Jednou z variant je pokračování v nadměrném zdůraznění osobního výkonu, ve zúžení smyslu života na sebepotvrzování pomocí dalších studijních úspěchů. Jeden těžce tělesně postižený mladý muž vystudoval postupně dvě vysoké školy, i když bylo zřejmé, že se jen velice obtížně pracovně uplatní. Tato varianta je přijatelná. I kdyby nebylo studium dobré k ničemu jinému než k rozvoji osobnosti postiženého, bylo by je možné podporovat. Vzdělání mění alespoň některé postoje postižených a přispívá k jejich životnímu naplnění.





## Hledání partnera

Jakmile postižený jedinec opustí školu, omezuje se významným způsobem možnost sociálního kontaktu, a tím i šance získat přátele či partnera. Sociální deprivace vede k tendenci fixovat se na jakéhokoli člověka, který je z nějakého důvodu nablízku (např. osobní asistent, personál nemocnice apod.). Tato vazba je z hlediska zdravého partnera příliš silná, danému vztahu nepřiměřená a značně zatěžující, takže ji zpravidla odmítne. Je to jakýsi způsob sebeobrany před vztahem, který by jej pohltil. Postižený člověk od takového kontaktu očekává mnohem víc, než je běžné a než mu může reálně poskytnout, protože jeho potřeba citového vztahu, partnerství či přátelství, nebývá dostatečně uspokojována. V důsledku toho může po určité době vyústit v potřebu získat jakýkoli vztah, bez výběru, kde je partner definován spíše dosažitelností než svými vlastnostmi.

Jakékoli postižení je ve vztazích k nejbližším lidem zatěžujícím faktorem. Takový člověk bývá zdravými partnery hůře akceptován, event. je přijímán pozitivně, ale jako odlišná a nějak nedostačivá bytost. V takovém vztahu může převažovat soucit, pocity viny a mnohé další emoce, které činí takový vztah asymetrickým, a tudíž snadno zranitelným. Navíc ani chování postiženého jedince, vycházející z odlišného sebehodnocení, nemusí být zcela adekvátní. Závažněji postižený jedinec má omezenější výběr partnera, pro kterého by byl přijatelný.

- Manželský partner absolventů školy pro žáky se zbytky zraku, pokud vůbec nějaký byl, trpěl ve dvou třetinách případů také nějakým postižením či onemocněním (Vágnerová, 1991).

- Těžce tělesně postižená vysokoškolačka posuzuje svoje možnosti realisticky: „Když vám ale v devatenácti dojde, že si partnera nenajdete nikdy, stane se z běžné nešťastné lásky katastrofa. Ještě dnes si dokáži vybavit, jak ten pocit chutná: jako směs hrůzy a ponížení. (...) Zamilování mě srazilo dolů. Musela jsem uznat, že moje situace je vlastně stejná jako situace těch, od kterých jsem se předtím snažila malinko distancovat."

Získat zdravého partnera se stává ideálem a potvrzením vlastní hodnoty, tj. snížením subjektivní míry handicapu. Často je tomu tak bez ohledu na další osobní kvality člověka.

- Nevidomá vítězka paralympiády, úspěšná i v dalších oblastech, měla v tomto směru pochybnosti „bude-li mít někdy vidícího kluka".

U mnoha postižených jedinců není partnerství realizovatelné. Postižený adolescent často nemá příležitost, nemůže nebo neumí navázat hlubší a intimnější vztah, a tudíž dochází k přetrvávání závislosti a vazbě na rodičích. Čím je defekt závažnější, tím je obtížnější uspokojení všech vývojových potřeb, které by vyžadovaly alespoň určitou samostatnost.

## 8.3.2 Psychická adaptace na získané postižení

Mladí lidé mají potřebu experimentovat a zažívat nebezpečí. Adolescence a raná dospělost je rizikovým obdobím z hlediska zvýšené pravděpodobnosti úrazu, který může mít za následek nějaké trvalé postižení, obyčejně pohybové nebo zrakové.

Postižení, které vzniká v období adolescence, představuje silné emoční trauma. Je zásahem do emancipačního vývoje, deformuje další rozvoj identity nebo jej přinejmenším zpomalí a zproblematizuje. Avšak na druhé straně postižení vzniklá v této době zpravidla zásadním způsobem nenaruší již vytvořené vztahy se zdravou společností. Takový jedinec může trpět *posttraumatickým stresovým syndromem*, ale zůstává mu většina kompetencí, včetně běžných sociálních dovedností, které bude moci po určité adaptační době znovu uplatnit.

Reakce a adaptace na náhlou ztrátu některé funkce má své typické fáze:

1. **Fáze latence,** resp. nedostatečné informovanosti. Člověk ví, že utrpěl úraz, leží v nemocnici, ale zatím neví přesně, co se mu stalo a jaké to bude mít následky. Pokud je při vědomí, myslí si, že jde o přechodný problém, a věří, že se uzdraví. Zraněný člověk zpravidla není svým lékařem informován, že jeho ztráta je trvalá. Neví sice, co se s ním děje, ale nemyslí si, že by byl takto omezen natrvalo, a proto nemá důvod uvažovat o změně svých životních plánů a hodnot. Může mít bolesti, strach z budoucnosti, strádá nucenou nečinností i bezmocností, ale jeho postoj se v zásadě nemění: cílem je úplné uzdravení.
2. **Fáze pochopení** traumatizující reality. Člověk prochází léčením a rehabilitací, ale po určité době, když se jeho stav nemění, sám pochopí, že se pravděpodobně nikdy neuzdraví, nebo je v tomto směru informován lékařem. Reakce na takové zjištění je oním typickým šokem a člověk ji řeší často tím nejjednodušším způsobem: popírá, že by něco takového bylo vůbec možné.
   Ochrnutá pacientka si vzpomíná: „Začínala jsem poznávat, že zůstanu ochrnutá. Nedovedla jsem si představit, jak s tím budu moci žít . . . jediná moje obrana byla, že jsem si hrozící skutečnost nechtěla připustit. Čekala jsem na zázrak, který nepřicházel . . . Mám dojem, že jsem se nacházela v dlouhém, velmi dlouhém šoku." (Pavlatová, 1996)
   Člověk v této fázi odmítá kontakt s lidmi, nechce žít atd. Teprve postupně se smiřuje se svým stavem, ale také s osudem smlouvá a snaží se uchovat naději na lepší výsledek, někdy i nepříliš realistický.
3. **Fáze postupné adaptace,** kdy se postižený jedinec učí různým kompenzačním způsobům pohybu, sebeobsluhy, orientace v prostředí apod. Vědomí omezení mnohdy zbytečně blokuje rozvoj takových kompetencí. Člověk si nevěří, netroufá, neví, co všechno je za takových okolností možné, protože většinou nikoho takového nezná. Teprve v této době si připustí, že došlo k zásadní změně jeho kompetencí a že na tom nemůže nic změnit. Této skutečnosti je nutné přizpůsobit i další směřování.

Člověk se získaným postižením musí najít nový smysl svého života, nový cíl svého směřování, a změnit svou hierarchii hodnot. V době adolescence obyčejně každý jedinec dosáhne určitého vymezení vlastní identity. Úraz s trvalými následky je traumatem, které tuto identitu rozbije. Obnova přijatelné identity potřebuje stejné úsilí a dostatečnou dobu ke svému vyrovnání jako rehabilitace somatických funkcí, někdy bývá i delší a obtížnější. U poúrazových stavů





dochází k velice rychlé a náhlé ztrátě zdraví, takže někdy po určitou dobu přetrvávají postoje zdravého člověka a teprve postupně se přizpůsobují realitě. Postižený člověk musí překonávat mnoho překážek a potíží a záleží na něm, jak je bude chápat a jaký pro něho budou mít smysl. Aby všechny potíže zvládl, musí si vybudovat novou sebedůvěru. Mnozí z těch dobře adaptovaných postižených, kteří tuto zátěž zvládli říkají, že jejich problémy měly smysl jako pobídka k hledání nového řešení, byly podnětem k osobnostnímu rozvoji. „Soužení je šance k tomu, aby se člověk změnil," říká ochrnutá vozíčkářka a myslí tím samozřejmě změnu k lepšímu (Pavlatová, 1996, s. 40).

Na počátku, dokud handicap ještě není zpracován a zvládnut, postižený takový názor nemá. Teprve později, z nadhledu přijatelné pozice je schopen vidět svou situaci jako výzvu. Bohužel k tomu nemusí v některých případech dojít, lidé mohou svému trápení podlehnout a jejich osobnost se mění k horšímu.

Velký význam má **sociální a emoční zázemí**, podpora blízkých lidí. I tyto vztahy se však nějakým způsobem mění. Rodiče se obyčejně vrátí k pečovatelskému postoji, který zaujímali k malému dítěti, a postižený jedinec je do role závislého dítěte vmanipulován. Vztahy s vrstevníky, přátelské či partnerské, jsou ohroženy změnou potřeb, hodnot, rozdílností postoje ke světu atd. Člověk po zranění, s nějakým trvalým omezením, se může stát pouhým pasivním příjemcem informací o věcech, jež ho sice dříve zajímaly, ale nyní už pro něho nejsou důležité. Jeho možnosti i zájmy se změnily, a proto mnohá přátelství a partnerství vyhasínají z důvodů aktuální rozdílnosti v názorech a potřebách. Zpravidla nejde o rozchod, resp. opuštění, z důvodu sobectví zdravých, ale o ztrátu možnosti sdílení. Často o bývalé spolužáky nebo přátele nemá zájem ani sám postižený, protože se „musí zabývat jinými problémy, kterým by jeho spolužáci nemohli rozumět".

Výhodu má člověk, jehož koníčky či profese nejsou nově vzniklým handicapem ohroženy. Zůstává mu tudíž přinejmenším jedna významná oblast společného zájmu se zdravými, s jejíž pomocí se nakonec mohou uchovat i různé přátelské vztahy. Rizikem tohoto období je neschopnost či neochota postiženého člověka chovat se k lidem standardním způsobem nebo alespoň přijatelně. Vnitřní napětí, pocit hořkosti a nespravedlnosti vlastního osudu vede někdy ke změnám v chování čerstvě postižených ke zdravým. Ti jsou za svůj lepší osud obviňováni, poslouchají výčitky a stesky, výlevy depresí či špatné nálady. Jakékoli vztahy se takovými projevy narušují a deformují, ztrácí se z nich pohoda a symetrie. Postižený člověk někdy své přátele ztrácí proto, že se stal nepříjemný, a ne proto, že je postižený. Postižený jedinec může být tolerován i v oblasti, která s postižením přímo nesouvisí. Avšak mezi soucitem, tolerancí a partnerským přijetím je rozdíl. Mnozí postižení to vědí, vozíčkář Jan Potměšil říká: „Jak se budu chovat k okolí, tak se okolí bude chovat ke mně." (Pavlatová, 1996, s. 45)

Postižení způsobuje bezmocnost a závislost, kterou člověk musí přijmout a vyrovnat se s ní. Na druhé straně potřebuje poznat své reálné možnosti,

rozvíjet své kompetence, které je možné zlepšit a přijmout omezení, jichž se nelze zbavit.

- Mladý muž po úrazu páteře s následnou úplnou parézou uváděl ještě po osmi letech jako svůj nejhorší prožitek bezmoc. Trpěl plnou závislostí na druhých, nečinností a minimální možností rozhodovat o sobě samém. V prvním období uvažoval jako zdraví, svůj stav přijímal jako přechodnou záležitost. Ztráta perspektivy jej začala trápit až později.

Akceptace určité závislosti je u těžkých tělesných postižení (např. vozíčkářů) výrazem pozitivního zpracování vlastního defektu, jehož existenci lze popírat (v rámci obranných mechanismů) jen určitou dobu.

- Dr. Neumannová (50 let) má se závislostí svoje zkušenosti: „Na vozíku není nikdo ani při nejlepší vůli svobodný... Já se nemohu sebrat a jít ven. Musím čekat, až bude mít někdo náladu a půjde se mnou. Je tedy fakt, že jestliže něco umím dokonale, tak je to čekat – a to libovolně dlouhou dobu."

U lidí se získaným postižením často přetrvává **tendence srovnávat se s lidmi zdravými** a potřeba nějak se jim vyrovnat, třeba i v jiné oblasti, ale v součtu nebýt horší, méně kompetentní. Druhou obrannou tendencí, která má ráz racionalizace, je **úsilí hledat v nové situaci nějaké výhody**, např. větší citlivost, schopnost vnímat to, co dříve přehlíželi apod. To může odpovídat realitě, člověk se skutečně může naučit posuzovat svět citlivěji, z jiné pozice, stát se vnímavější.

- Později osleplý muž říká: „Já žádné postižení nemám, takže si žádný nemohu uvědomovat. Vidím vás svýma vnitřníma očima lépe než zrakem." (Pavlatová, 1996, s. 93–94)

Pokud k postižení dojde v době adolescence či rané dospělosti, je značná pravděpodobnost, že si jedinec uchová základní zkušenosti, pocit vlastní normality a schopnost navazovat vztahy i se zdravými lidmi. Pokud se člověk stačil osamostatnit, tato zkušenost mu rovněž zůstává, i kdyby byl nyní reálně závislý. Určitou výhodou je i získání nějaké profesní role jako jedné z důležitých složek vlastní identity, zejména pokud ji lze alespoň rámcově uchovat. Pro člověka s nově získaným postižením je důležitou stimulací reálně dostupná nabídka nějakého uplatnění, práce, která by měla smysl. Nejde zde jen o peníze, i když ekonomická nezávislost podpoří sebevědomí postiženého. Jde hlavně o podporu sebevědomí a sebeúcty v oblasti jedné významné role: „Jsem sice postižený, ale přesto mohu být užitečný."

**Postižení získané v dospělosti** přináší jiné problémy. Takový člověk již většinou má jak profesní, tak partnerskou a rodičovskou roli, a nyní je třeba zajistit, aby je neztratil. Uchování těchto základních rolí v přijatelné úrovni může být základem jeho nové identity a pomůže postiženému člověku, aby si udržel potřebnou sebeúctu.





1. Je potřeba zajistit úpravu pracovních podmínek nebo rekvalifikaci.
2. Je třeba podpořit rodinu, pro niž je získané postižení otce nebo matky stejně těžkou situací jako pro postiženého jedince a která takovou zátěž musí nějak zvládnout. Psychosociální péče musí zahrnout i manželského partnera, na něhož často nikdo nebere ohled. On je přece zdravý. Je nutné uchovat jeho tělesné i duševní zdraví právě proto, že na něm bude záviset přijatelná funkce celé rodiny. Zdravý partner musí přejmout mnoho povinností druhé role. V mnoha případech zůstává jediným, kdo je za těchto okolností schopen rodinu udržet.

Je užitečné podpořit postiženého člověka, aby byl schopen účelně fungovat v roli rodiče alespoň na psychické úrovni. Uchování této role bude užitečné nejenom pro děti, ale i pro samotného postiženého, protože bude zpětně posilovat jeho emoční jistotu, pocit užitečnosti a vědomí rodinného zázemí. Rodina je v krizových situacích vždycky důležitá, protože poskytuje pocit jistoty a bezpečí a motivuje člověka k překonání potíží. U osamělých lidí je situace obtížnější, nejenže jim chybí emoční opora, ale nemají ani důvod se o cokoli snažit.

### 8.3.3 Dospělost postiženého člověka

**Dospělost lze definovat jako období svobody rozhodování, spojeného se zodpovědností za svá rozhodnutí,** a schopností získat a plnit příslušné role. Dospělý člověk prokáže svou zralost mimo jiné tím, že si vytvoří určitou, reálnou identitu, jež zahrnuje i jeho handicap, a počítá s omezeními, která mu přináší. Jestliže to dokáže, může usilovat o vývojové stadium **intimity**, to znamená, že může být na psychické úrovni rovnocenným partnerem (a není jen závislým objektem péče). Dospělost potvrzuje i schopnost **generativity**, to znamená vytváření a rozvíjení něčeho užitečného. Je důležitá pro přijatelný rozvoj rodičovské i profesní role. Takový člověk je schopen pracovat a mít určité výsledky. Je schopen dítě nejen zplodit, ale také je vychovat.

Postižený jedinec není vždycky schopen zvládnout nároky dospělosti. Není schopen soběstačnosti, nemůže či není schopen o sobě rozhodovat a nést za tato rozhodnutí zodpovědnost.

V dospělosti jsou důležité dvě role: **zvládnutí profese** a **partnerská, resp. rodičovská role**. Pro postiženého člověka má získaní partnera větší význam než pro zdravého. Kromě uspokojení v intimní oblasti jde ve větší míře i o sociální hodnotu takového vztahu, o jeho symbolický význam. Získání partnera funguje jako důkaz normality. Potřeba uzavřít manželství je u těchto lidí nejenom projevem potřeby citové vazby, ale také výrazem potřeby seberealizace, která bývá v jiných oblastech obtížně dosažitelná. Typickým znakem takových svazků je větší pravděpodobnost, že nějak postižený bude i manželský partner. To vyplývá ze skutečnosti, že tito lidé se mezi sebou znají ze speciálních škol a nemají mnoho dalších příležitostí k seznámení. Navíc mají podobné problémy, cítí se rovnocenní apod. Omezení možnosti získat partnera působí na manželství dvou postižených lidí jako stabilizující faktor. Rozpad takových vztahů nebývá tak častý jako v majoritní společnosti. Stabilita manželství může být ovlivňována i strachem ze samoty a vědomím omezených šancí získat nového partnera.

**Rodičovství** je další alternativou uspokojení potřeby seberealizace, která je zdánlivě snadno dostupná i postiženým lidem. Děti jsou dalším důkazem normality a potvrzením hodnoty člověka v jeho rodičovské roli. Potřeba rodičovství má u postižených lidí mimo jiné také kompenzační význam. Její akcentace vyplývá z faktu, že mnohé oblasti seberealizace jsou nedostupné, a tím více nabývají na významu ty zbývající, jejichž uspokojení zdánlivě nic nebrání.

Vztah k potenciálnímu rodičovství nebývá u postiženého člověka jednoduchý. Role dítěte je ve vztahu k dospělému vždycky, zejména však v prvních letech života, podřízená a závislá. Takovou vztahovou variantu neprožívá postižený člověk často, většinou je tím závislým on sám. Dítě potvrzuje jeho autoritu a dominanci svou komplementární vázaností a nesamostatností. Takový prožitek může být důležitý a bude posilovat sebejistotu postiženého člověka.

Tlak na bezdětnost, když by bylo riziko postižení dítěte hodně vysoké, může postižený dospělý subjektivně interpretovat jako další omezování jeho osobní svobody zdravými. Jde o postoj, jenž je projevem odporu k opakované a časté frustraci v různých oblastech, podmíněné existencí handicapu. V rámci generalizované obrany prosazují mnozí postižení rodičovství za každou cenu a dosažení tohoto cíle pro ně představuje symbol výhry nad zdravými, kteří by je chtěli omezovat v jejich právech. Na druhé straně nejde o necitlivost k riziku postižení vlastního dítěte, někteří postižení si totiž něco takového nechtějí ani připustit. U mnoha z nich jde i o prostou adaptaci na život postiženého, který jim nepřipadá zase tak hrozný, jako se jeví zdravým. Postoje postižených v této situaci poněkud připomínají chování menšin; v určitém smyslu jimi také jsou.

Akcentovaná potřeba dítěte se obyčejně nasytí narozením prvního potomka a další rozhodování mívá více racionální charakter. To platí zejména tehdy, jestliže je první dítě postižené. Rodiče o takovém riziku většinou vědí již před jeho početím, ale v případě volby mezi bezdětností a rizikem narození postiženého potomka bývá závažnost genetické zátěže popírána (popření může být i obranou vlastní sebeúcty: oni jsou takovým způsobem postiženi, a tím pádem jako rodiče méněcenní). Emocionální tlak potřeby mít dítě může být tak silný, že rozumové důvody proti nemají šanci se uplatnit.

Potřebu seberealizace saturují dospělí lidé i v **profesní oblasti**. Závažně postižený člověk není omezen jen při volbě povolání, ale i při hledání vhodného místa. V důsledku handicapu často nemůže sehnat přijatelné místo nebo není schopen zvládnout práci bez úpravy pracovních podmínek. Uspokojení potřeby seberealizace má širší význam. Nejde jen o pocit vlastní užitečnosti, ale i o aktivizaci mnoha dovedností a schopností, i o uchování potřebných návyků. V rámci nějaké pracovní aktivity se udržují mnohé sociální kompetence: komunikace v běžném kontaktu, respektování určitých norem a zvyklostí apod. Bez významu není ani uchování potřebné úrovně sebevědomí a sebeúcty.

Pokud postižený člověk zůstává izolován doma, ztrácí jednu, osobně důležitou roli a postupně dochází k chátrání celé osobnosti. Kromě toho se tímto způsobem zvětšuje vzájemné neporozumění mezi zdravými a postiženými, kteří žijí naprosto odlišným způsobem.





Biskup (1985) upozornil na nejzávažněji ohroženou skupinu „plných invalidů", kteří žijí sami a nevyhledávají kontakty s ostatními (je to asi 10 % postižených). Často nikam nechodí, nejezdí na dovolenou apod. V izolaci jejich sociální kompetence upadají nebo se ani nemohou rozvinout.

Frustrace, kterou postižený nezaměstnaný prožívá, může vést ke stimulaci obranných mechanismů různého druhu. Závislost na invalidním důchodu může být subjektivně degradující, vyvolávat pocity méněcennosti. Zbavuje tyto lidi možnosti sociálního kontaktu a navíc vede k psychickému i tělesnému chátrání (pokud si jedinec nenajde vhodnou náhradní náplň). Reakcí na takové obtíže může být přijetí role mučedníka, oběti, kterou společnost zanechala na ulici a jíž nezbývá než žebrat. Tito lidé často projevují své osobní neuspokojení negativním vztahem ke společnosti zdravých, považují je za viníky své vlastní, obtížné situace.

Negativní zkušenosti zvyšují riziko vzniku **agresivního postoje** vůči zdravým a jejich generalizovaného odmítání. Zdraví lidé jsou podle názoru postiženého člověka nespravedlivě zvýhodněni. Tento postoj iracionálně posiluje fakt, že v naprosté většině jedná postižený dospělý se zdravými úředníky, je na nich závislý a oni mu často nevyhoví tak, jak by chtěl. Převážně emocionální zpracování takové zkušenosti ovlivní postoj postiženého k majoritní společnosti zdravých. Bude se jich obávat, může být paranoidní, a vzhledem k tomu bude z jejich strany cítit ohrožení (většinou nereálné, neexistující) nebo nadřazenost (někdy vykonstruovanou a jindy faktickou).

Pocit nejistoty a nespravedlnosti může snadno posílit tendenci vymáhat všechno, o čem se postižený člověk domnívá, že mu po právu náleží. Na druhé straně může být výsledkem obranného úsilí demonstrovaný postoj přijaté invalidní **bezmocnosti**, která se stane nástrojem určitého způsobu uspokojování potřeb takového člověka. Objevuje se sklon k náhradnímu uspokojování preferencí primitivnějších potřeb, zejména orálního charakteru, jako je jídlo nebo kouření, či únikem pomocí alkoholu a jiných drog.

## 8.4 Vliv zrakového postižení na osobnost

Těžší zrakové postižení vytváří situaci **senzorické deprivace**. Postižený člověk nemůže přesně a snadno vnímat všechny zrakové podněty, případně pro něho tato dimenze vnějšího světa vůbec neexistuje. V oblasti zrakové percepce rozlišujeme několik funkcí, které mají z psychologického hlediska různý význam.

- **Zraková ostrost,** tj. přesnost zrakové diferenciace na blízko či na dálku. Obě složky zrakové ostrosti mohou být postižené jinou měrou. Přijatelná schopnost vidění na dálku je předpokladem prostorové orientace. Bez ní se člověk nemůže bezpečně pohybovat a musí využívat různé kompenzační prostředky. Vidění na blízko je důležité především pro většinu pracovních činností, pro sebeobsluhu a pro čtení či psaní.
- Preference různého stupně osvětlení a **schopnost přijatelně zrakově vnímat za různých okolností**. Existuje mýtus, že špatně vidící člověk potřebuje silnější světlo.

Tento předpoklad však nemá obecnou platnost, protože mnozí zrakově postižení lidé trpí světloplachostí (např. albíni), a proto jim vadí i běžné osvětlení. Vidí lépe, když jsou v lehkém šeru, popř. musí nosit i v běžně osvětleném prostředí tmavé brýle. Na druhé straně existují i lidé, jejichž zraková ostrost se významně zhoršuje při sebemenším omezení světla.

- **Zorné pole** určuje, v jakém rozsahu je člověk schopen zrakově vnímat. Typickým příznakem některých zrakových vad je porucha zorného pole (např. u degenerativních onemocnění sítnice). V zorném poli může chybět funkce centrální oblasti, která je normálně místem nejostřejšího vidění. Za těchto okolností se postižený velmi obtížně orientuje při práci na blízko, v knize nebo v sešitě, protože lépe vnímá okrajem svého zorného pole. Mívá i problémy v komunikaci s lidmi. Jestliže chce na svého komunikačního partnera vidět, musí se dívat tak, aby objekt jeho zájmu byl ve zbylé, funkční části zorného pole. Z hlediska pozorovatele dívá zdánlivě někam úplně jinam. Skutečný pohled do očí se za těchto okolností jeví jako pohled stranou.
  Člověk s poruchou periferního zorného pole vidí jenom jeho centrální částí, která může být navíc hodně zúžena. To znamená, že má potíže s orientací ve větším prostoru, často netrefí v méně známém prostředí, naráží do nábytku apod.
- **Barvocit** rovněž není u zrakově postižených lidí vždycky zachován, ale tento nedostatek nepředstavuje větší praktické omezení.

### 8.4.1 Rozvoj poznávacích procesů u zrakově postižených

Závažné zrakové postižení ovlivňuje specifickým způsobem rozvoj poznávacích procesů, především v raném dětství. Zrakové vnímání přináší za normálních okolností většinu informací o okolním světě. Pokud je přísun těchto podnětů omezený, nebo dokonce chybí úplně, člověk jej musí nahrazovat jinak.

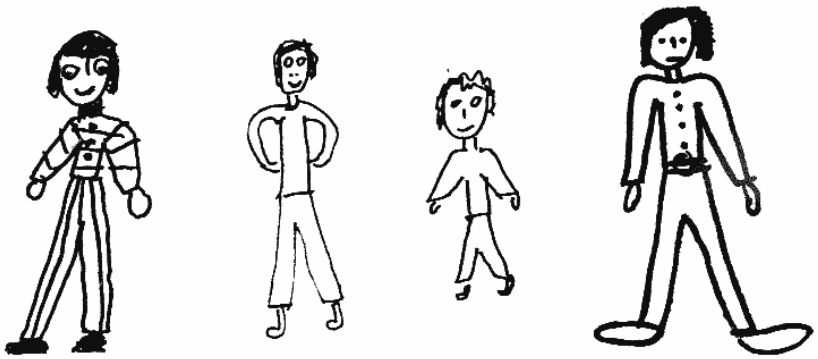
#### Vnímání

**Kompenzační funkci** má především **sluchové vnímání**. Zejména nevidící člověk se na ně musí spoléhat ve větší míře než vidící, a proto jsou jeho sluchové schopnosti lépe rozvinuty. Sluchové vnímání se na základě aktivnějšího využívání stává citlivější a diferencovanější. Nejde o vrozené zvýhodnění, ale o prostý důsledek učení a zvýšené potřeby užívat právě tento smysl.

Podobným způsobem dochází k rozvoji **hmatového vnímání**. Hmat je však ve své podstatě kvalitativně odlišný a neposkytuje ani stejně snadno stejné množství informací. Za běžných okolností hmatové vnímání lidé nevyužívají, proto se ani příliš nerozvíjí. Jestliže člověk oslepne, je nutné hmat systematicky cvičit a zdokonalovat, spontánně se tak neděje. Hmatové poznávání je analytické, skládá se z mnoha dílčích kroků. Ty je třeba složit do celku, který by byl nějak smysluplný, a pochopit vzájemné vztahy a souvislosti. Kromě větší pracnosti, větších nároků na pozornost, paměť a myšlení je to i proces velice zdlouhavý. Vzdálenost, v níž lze hmatově vnímat, jakási obdoba zorného pole, je ohraničena rozpaženýma rukama. Tato oblast se nazývá *haptický prostor*. V jednom okamžiku lze ovšem hmatově vnímat pouze takovou plochu, kterou pokrývají obě ruce, a to je poměrně málo. Nelze se tedy divit, když nevidomí lidé dají přednost verbální informaci před vlastním aktivním poznáváním.



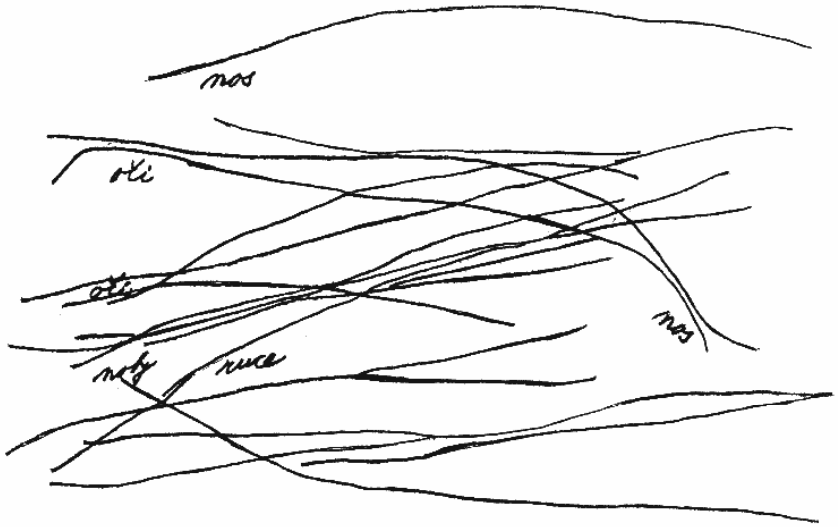




**Obr. 8.1:** Čtyři kresby demonstrují úbytek vidění u průměrně nadaného děvčete s tapetoretinální degenerací, která se projevuje zužováním zorného pole a poklesem zrakové ostrosti. První obrázek vznikl ve věku 9,5 roku, obsahuje ještě dost detailů a přesné spojení jednotlivých částí kresby. U dalších dvou obrázků (z 11 let a 9 měsíců, resp. 12,5 roku) je zřejmý úbytek zrakové ostrosti a zejména zužování zorného pole. Kresba z 8. třídy potvrzuje vliv zrakové adaptace na kvalitu senzomotorických dovedností. V té době se pokles zrakové ostrosti zastavil a děvče se naučilo používat takové vidění, které jí zůstalo zachováno.

#### Myšlení

Rozvoj myšlení je u zrakově postižených ve větší míře spojen s rozvojem řeči. Smyslové vnímání bývá obtížnější, a proto je snadnější i preferovanější zprostředkované poznávání. **Řeč** má pro těžce zrakově postižené větší význam než pro zdravé. Kromě komunikační a kognitivní funkce lze mluvit i o kompenzačním významu řeči a jazyka. V tomto smyslu nahrazuje chybějící zrakové funkce. Pomáhá přiměřenému rozvoji poznávacích procesů, protože do určité míry supluje smyslovou zkušenost. Celková úroveň verbální inteligence zrakově postiženého člověka není na zrakových funkcích přímo závislá. Pokud má takový jedinec alespoň průměrné předpoklady a žije v podnětném rodinném prostředí, nedochází k opoždění rozvoje verbálních rozumových schopností. Důraz na řeč, jako na prostředek k získávání informací, vede někdy až k extrému, nazývanému *verbalismus nevidících*. Tito lidé se ochotně a bez problémů učí na verbální úrovni, a tak si mnohdy osvojí i pojmy, jejichž obsah jim není zcela jasný nebo ani není dostupný (např. popis krajiny, barvy apod.). Pro těžce zrakově postižené má větší význam **paměť**. Jsou na ni do značné míry odkázáni, protože získávání různých informací bývá často obtížnější než jejich uchování. Vlivem specifické životní situace bývá jejich paměť lépe rozvinuta než u vidících. Již ve školním věku mají takové děti lepší paměť než jejich zdraví spolužáci, kteří ji tolik nepotřebují.




**Obr. 8.2:** Rytina lidské postavy vrozeně nevidomé dívky (13 let). Děvče ví, jaké části má lidské tělo, ale jejich proporce jí nepřipadají důležité.

### 8.4.2 Socializace zrakově postižených

Závažné omezení zrakových funkcí ovlivňuje socializaci postiženého člověka.

- V komunikaci těžce zrakově postiženého s vidícím hraje významnou roli nedostatečnost vizuálního **kontaktu**. Tento nedostatek působí rušivě již krátce po narození, kdy dítě neopětuje pohled své matky. Nepříznivě působí i jakákoli zjevná deformace nebo nápadnost očí.
- Těžce zrakově postižený člověk nemůže vnímat a rozumět vizuálně prezentovaným **neverbálním komunikačním signálům**. Jednotlivé mimické a pantomimické projevy jeho komunikačního partnera jsou pro něho obtížně dostupné (resp. zcela nedosažitelné), neví přesně, jak se tento člověk tváří. Obsah sdělení je o tuto součást ochuzen. Naopak, jeho vlastní neverbální projevy (např. držení těla, chudší mimika a pantomimika, automatismy apod.) nemají obvyklou informační hodnotu, a proto jsou občas pro vidícího člověka matoucí. Velmi špatně vidící člověk takovým vlastním projevům (např. jak se zrovna tváří nebo jak stojí) nevěnuje pozornost, protože neví, že mají nějaký význam. On sám je u svých komunikačních partnerů není schopen zrakově zachytit. Nepředstavují pro něho žádnou informaci.
- Těžce zrakově postižený má velice omezenou možnost **učit se nápodobou**. To znamená, že se jen těžko může chovat stejně jako jiní lidé, protože jejich projevy přesně nevnímá.
- Člověk trpící poruchou zraku má obtíže s **orientací** v neznámém prostředí, což vede ke zvýšení závislosti na jiných lidech. Často je důsledkem takového omezení i menší zájem o samostatnou aktivitu a tendence k izolaci ve známém prostředí, kde má člověk jistotu.





Zraková porucha je dokonce i ve své nejzávažnější variantě, tj. nevidomosti, společensky nejméně odmítaným postižením. Nevidomým bývaly přičítány i výjimečné schopnosti, jako je např. vynikající hudební sluch, schopnost vidět do budoucnosti apod. Pojetí nevidícího jedince oscilovalo mezi stereotypem slepec-žebrák a slepec-génius (Koestlerová, in Blažek a Olmrová, 1985). To znamená, že se na jedné straně uvažuje o naprosté závislosti a neschopnosti jejich osamostatnění, na druhé straně o vynikajících předpokladech pro cosi, co není jinak běžné. Je tomu tak např. v povídce M. Schwoba (1974), kde slepý žebrák vidí skutečné rysy osobnosti lidí, skryté za jejich společenskou rolí. Stejně pozitivně vyznívá i legenda o slepém básníku Homérovi (v tomto případě zřejmě spíše později oslepléml).

Velice důležitá je viditelnost vady, kdy nelze o defektu pochybovat. Oči postiženého člověka mohou vypadat jako zvířecí, např. kočičí nebo kozí, třeba proto, že mají odlišný tvar zornic. V historii byly takovým způsobem popisovány oči ďábla; obdobná charakteristika se objevila např. i v knize I. Levina „Rosemary má děťátko". Dítě, trpící zřejmě nějakým syndromem, zahrnujícím i rozštěp duhovky, bylo považováno za potomka satanova. Není sporu o tom, že i když je dnešní veřejnost kritičtější, budou takové nápadnosti stále upoutávat pozornost a udržovat různé mýty.

□ Popsanými obtížemi byl poznamenán i vývoj těžce zrakově postiženého Jardy s viděním na úrovni malého zbytku zraku. Jarda byl jedináček, žil s rodiči a s babičkou, mateřskou školu nenavštěvoval. Jelikož byl nadprůměrně inteligentní, dával postupně stále víc přednost verbální stimulaci. Jeho motorický vývoj byl pomalejší, nechtěl se sám pohybovat v neznámém prostředí, bál se, že se uhodí. Do společnosti dětí v předškolním věku prakticky vůbec nechodil, setkal se s nimi až v první třídě. Preferoval společnost dospělých, uměl s nimi dobře komunikovat, byl na ně zvyklý. V době školního věku se nechal vodit, v tomto směru zůstal závislý (i když by byl schopen se naučit samostatně chodit). Jeho zájmové zaměření zůstalo po celou dobu víceméně stejné, později přibyl zájem o hudbu. I ve starším školním věku odmítal jakoukoliv aktivitu, při které by se musel více pohybovat. Jeho pohodlnost se odrazila v tělesné hmotnosti, už v době před začátkem adolescence byl obézní. Vztah s vrstevníky postupně zvládl, ale nikdy neměl příliš mnoho kamarádů. Nebyl sice odmítaný, ale nebyl ani příliš oblíben. Jeho pohodlnost a nechuť k samostatné lokomoci se zafixovaly natolik, že svůj postoj nezměnil ani v dospělosti.

## 8.5 Vliv sluchového postižení na osobnost

Těžké sluchové postižení rovněž vede k **podnětové deprivaci**, k omezení či úplnému chybění zvukových podnětů.

Nejzávažnějším sekundárním handicapem je **komunikační bariéra**. Může jít o poruchu rozvoje schopnosti ovládat mluvenou řeč jak v oblasti jejího porozumění, tak v aktivním mluveném projevu, nebo o její úpadek (u později ohluchlých).

Hranice přijatelné sluchové funkce, nezbytné pro osvojení mluvené řeči, je v pásmu středně těžké nedoslýchavosti (60–70 dB – Krahulcová, 1996). Nedostatečný rozvoj řeči se projeví v oblasti poznávacích procesů, v socializaci, ale i v odlišnosti autoregulace a typickém způsobu prožívání.

Sekundární následky sluchového postižení závisí nejenom na stupni a závažnosti poruchy, ale i na době, kdy defekt vznikl. Důležitým faktorem je v tomto případě stupeň osvojení řeči. To znamená, zda sluchové postižení vzniklo před osvojením řeči, anebo v době, kdy již dítě (resp. dospělý člověk) mluvilo. Později ohluchlý člověk si uchovává schopnost užívat mluvenou řeč, i když s určitými obtížemi.

### 8.5.1 Komunikace sluchově postižených

Neslyšící, resp. lidi s těžkým sluchovým handicapem, lze chápat jako minoritu, která užívá odlišný komunikační systém a jejíž dorozumívání s majoritní společností je obtížné.

Těžce sluchově postižení mohou užívat dvojí jazykový systém:

1. **Znaková řeč** využívá zachované schopnosti zrakového vnímání. Spontánně začínají používat posunků k dorozumívání již velmi malé, sluchově postižené děti. Standardní znakové řeči se učí později, a pokud nemají stejně postižené rodiče, nemohou se ji naučit doma, jak se učí řeči ostatní děti. Znaková řeč je pro těžce sluchově postižené výhodným komunikačním prostředkem, protože ji mohou bez větší námahy vnímat. Avšak zároveň z nich činí specifickou minoritní skupinu, protože slyšící populace znakové řeči nerozumí.

   Kromě toho má znakový systém některá další omezení, která jej rovněž odlišují od artikulované řeči.

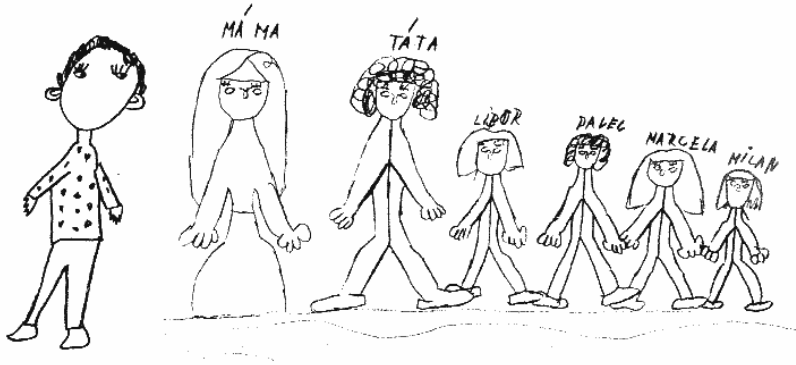
   - Jednotlivé znaky nejsou tak výrazově diferencované, bývají mnohoznačnější. Například jeden znak znamená jak podstatné jméno, tak sloveso (např. student i studovat). Jde o jakýsi globální systém, kde je znak jedním výrazem, který není dále členěn na hlásky.
   - Znakový jazyk má odlišnou gramatiku. Užívá odlišný slovosled, neskloňuje, vynechává některé předložky, vyjadřuje jiným způsobem zápor apod. Například větu „Nikdy nedám Evě peníze" je možné ve znakovém jazyce vyjádřit takto: „Já dává peníze Eva nikdo" (Strnadová, 1996).

   Přes veškeré výhrady je znaková řeč významným prostředkem komunikace, zejména prelinguálně sluchově postižených. Pro tyto lidi, kteří nikdy dobře (popř. vůbec) neslyšeli, je orální komunikace velmi obtížná, a proto jen částečně funkční.

2. **Artikulovaná, orální řeč** využívá zbytků sluchu a odezírání. Aktivní verbální projev vyžaduje zapamatování kombinace zafixovaných pohybů








**Obr. 8.3:** Neslyšící děti kreslí často postavičky bez úst; nejsou pro ně zřejmě subjektivně důležitá.

mluvidel a vibrací, které jsou součástí vyslovení určitého slova. Výuka a rozvoj mluvené řeči jsou u těžce sluchově postižených velmi obtížné. Pro neslyšící je orální řeč v zásadě nevyhovujícím komunikačním prostředkem, který se učí jen proto, aby nebyli v majoritní společnosti tak izolováni.

- Bez sluchové kontroly vlastního řečového projevu lze jen těžko koordinovat dýchání s fonací a nelze dosáhnout přesné artikulace. Nelze dobře vnímat ani napodobit melodii řeči. Hlasový projev takových lidí bývá někdy obtížně srozumitelný. I v případě později ohluchlého člověka se kvalita řeči po zvukové stránce výrazně zhorší. Paměťové stopy k úplné přesnosti nestačí. Možnost sluchové kontroly vlastního verbálního projevu je důležitá. Nejde jen o srozumitelnost artikulace, ale např. i o přiměřenou hlasitost řeči apod. (Strnadová, 1996).
- Těžce sluchově postižení obtížně chápou lexikální stránku slova. Často přesně nerozumí významu jednotlivých slov a navzájem je zaměňují. Mají omezenou slovní zásobu a mnohá slova používají nepřesně. Ještě větším problémem je pochopení významu slov v kontextu.
- Omezení je zřejmé i v oblasti gramatiky. Sluchově postižení lidé nepoužívají správně gramatické tvary a nezachovávají slovosled. Jejich řečový projev je velice zjednodušený. Někdy ovlivňuje syntax odlišnost gramatického systému znakového jazyka, který je těmto lidem bližší.

  Všechna uvedená omezení vedou nakonec k tomu, že neslyšící nemohou plně využívat ani psané podoby jazyka jako prostředku přijatelné komunikace.

I u těžce nedoslýchavých bývá verbální komunikace ztížena. Za těchto okolností je nutné, aby slyšící komunikační partner respektoval některá základní pravidla, pokud chce, aby mu sluchově postižený člověk rozuměl. Je nutné přesně a pomalu artikulovat a dívat se přitom přímo na naslouchajícího (resp. odezírajícího) partnera. Velice důležitým komunikačním kanálem je zrakový

kontakt, protože sluchově postiženému člověku poskytuje zpětnou vazbu. Potvrzuje mu, že ho jeho partner vnímá a rozumí jeho sdělení. Na takového člověka nelze spěchat, protože mu dá víc práce, aby porozuměl. V případě nejistoty je lepší, když řekneme znovu, co potřebujeme. Je užitečnější používat kratší věty, s jednoznačným významem, které je snadné vnímat.

Sluchově postižení lidé mají problémy s rozlišováním slov, která jsou si zvukově podobná. Vzhledem k tomu, že mívají malou slovní zásobu, mají potíže i s identifikací slov vůbec (tj. s hledáním jejich obsahu a významu). Pro sluchově postižené je značnou zátěží nutnost zvýšené koncentrace pozornosti, kterou potřebují, aby mohli mluvený projev vůbec vnímat, ať už tak činí sluchem či zrakem. Odezírání je velice obtížný způsob vnímání mluvené řeči a nelze jej praktikovat vždycky. Zrakem není možné určit přesně všechny hlásky, a proto dochází k mnoha omylům. Pohyb rtů se při běžné mluvě rychle mění a jejich obraz mizí dříve, než je člověk stačí dekódovat (Strnadová, 1996). Sluchově postiženým chybí spontánní a snadné porozumění kontextu, které je pro slyšící lidi samozřejmostí. Verbální komunikace jim mnohdy přináší spíše nepříjemné pocity, vyvolává napětí a nejistotu, zda všechno dobře slyšeli. Sluchově postižení reagují na potíže v porozumění i na značnou náročnost takové činnosti nelibostí. Napětí, které taková námaha vyvolává, zvyšuje jak jejich úzkost, tak sklon k afektivním výbuchům nebo k jiné zkratkové reakci. Tento projev lze interpretovat jako výraz nezvládnuté zátěžové situace. Pro sluchově postižené lidi je i běžná komunikace stresem, což je pro slyšícího člověka jen těžko představitelné. (Určitá nepřiměřenost obranných reakcí není dána jen subjektivní intenzitou zátěže, ale i nižší úrovní rozvoje sebeovládání. To souvisí s obtížemi v pochopení a přijetí verbálně prezentovaných norem chování, kterým tito lidé ne vždy zcela rozumějí.)

Pro neslyšící (resp. těžce sluchově postižené) je významnou komunikační složkou mimika a pantomimika. Oni sami ji ve svém vlastním sdělení zdůrazňují, a tak je z jejich projevu zřejmé, co právě cítí a prožívají. To je další důvod, proč se tito lidé jeví jako emočně odbrzdění, bez schopnosti potřebného sebeovládání.

### 8.5.2 Myšlení sluchově postižených

Myšlení těžce sluchově postižených je více vázáno na konkrétní realitu, je nepříznivě ovlivněno deficitem v oblasti znakového systému zobecnění, tj. jazyka. Postižení jsou více vázáni na skutečný svět, je pro ně obtížnější abstrahovat, vidět obecnější souvislosti a vztahy, uvažovat hypoteticky, na úrovni pouhé možnosti. Rozvoj logických operací bývá pomalejší a dosahují jej pouze dostatečně inteligentní a dobře výchovně vedení jedinci.

Vázanost na aktuální konkrétní skutečnost se projevuje i nechutí a obtížemi v plánování, tj. uvažování o budoucnosti a obdobně i v bilancování, tj. zobecnění a zhodnocení minulé zkušenosti.





Čtení psaného textu je pro postižené jednodušší než vnímání mluvené řeči, ale i zde jim vadí obtíže v porozumění obsahu jednotlivých slov a obtíže v chápání kontextu sdělení. Slova pro ně mají dost často jen konkrétní nominativní význam. Mají problémy i se syntaktickým a zejména sémantickým složením textu. Mnohdy dovedou mechanicky číst, ale tato činnost je pro ně nezajímavá, protože dobře nechápou smysl čteného textu, a ten pro ně tudíž nemá žádnou přitažlivost. Stejné problémy bývají i s psaním. Hláskový systém psaní je jiný než znakování, které spočívá ve vyjadřování celých slov. Sluchově postižení vědí, že neznají dobře jazyk a že dělají při psaní chyby. Z tohoto důvodu pro ně někdy bývají nepřekonatelným problémem různé administrativní výkony. Obyčejně potřebují, aby jim někdo pomohl (Strnadová, 1996).

### 8.5.3 Socializace sluchově postižených

Těžká sluchová porucha ovlivní i socializaci postižených. Zvláštnosti jejich chování jsou dané obtížemi ve sdělení a vysvětlení čehokoli, včetně určitých norem chování. Obtížně chápou, jaké chování je žádoucí, co je dovoleno a co zakázáno. Mohou se sice učit nápodobou chování jiných lidí, ale za těchto okolností jim chybí porozumění podstatě takového projevu. Hůře se sociálně orientují, těžko chápou význam různých situací, nerozumí kontinuitě určitého dění. Často ani přesně nechápou, co po nich druzí chtějí. Mnohdy nevědí, co si o jejich chování ostatní lidé myslí, a často je to ani nezajímá. Stejně tak mají sluchově postižení problém s pochopením pocitů, názorů a postojů jiných lidí. Hůře se orientují i v mezilidských vztazích. S postupem času se u nich může rozvinout negativistický a podezíravý postoj. Nevěří slyšícím lidem, protože jim nerozumí, a raději se od nich izolují. Příčinou těchto potíží je omezená a často odlišná sociální zkušenost, spojená s jazykovou bariérou. Vzhledem k tomu, že je komunikace tak obtížná, omezuje se obyčejně jenom na sdělení nejdůležitějších informací.

- Reakce široké veřejnosti na typické projevy sluchově postižených bývají často nepříznivé. Vysokoškolsky vzdělaný odborník (33 let), s jehož onemocněním je spojeno také postupné zhoršování sluchu, prožívané sociální reakce na své postižení vyjádřil stručně: „Když je člověk nahluchlý, vypadá jak přiblblý." (Blažek a Olmrová, 1984).

Sluchově postižení zůstávají díky nedostatkům standardních komunikačních dovedností ve větší míře sociálně izolováni nebo odkázáni na společnost stejně postižených.

Lidé s vrozeným sluchovým postižením mívají obtíže v sebeovládání, řídí se i v dospělém věku především svými emočními prožitky. Jejich aktuální citové ladění je snadné poznat z jejich chování, projeví se v jejich mimice i pantomimice. Proto bývá pro jejich okolí srozumitelné. Schopnost sebeovládání se běžně rozvíjí pomocí verbálně sdělených požadavků, příkazů a hodnocení jejich plnění. (Paradoxně dosahují v této oblasti lepší úrovně děti neslyšících rodičů, kteří s nimi od raného věku komunikují znakovou řečí, jež je pro ně snadněji zvládnutelná.) Komplex těchto norem je postupně zvnitřněn a stane se individuálním systémem regulace vlastního chování i prožívání. Tento proces u sluchově postižených v plném rozsahu neprobíhá a oni nemají dostatečně zafixovány všechny běžné normy chování. To se projeví chyběním pocitů studu nebo viny, které jsou běžnou reakcí na nějaký přestupek. Někdy ani dobře nechápou význam takových omezení, neuvědomují si, že je každý člověk za své jednání odpovědný. (Podle

Freudovy teorie by šlo o nedostatečný rozvoj superega, které koriguje vlastní jednání v rámci obecně platných norem.)

Chování těžce sluchově postižených je z tohoto hlediska infantilní, protože závisí především na vlastních pocitech a potřebách nebo na vnějším zásahu. (Ten je často hodnocen jako projev nepřátelství, proti němuž je třeba se bránit. Příkladem může být zkušenost vychovatele, který zakázal adolescentním neslyšícím chlapcům hrát dlouho do noci karty a jeden z nich na toto omezení reagoval přímým projevem agrese: hodil na něho židli.)

Sluchově postižení mají tendenci reagovat impulzivně a řešit situaci zkratkovitě. Jejich rozhodování je typické sklonem k okamžité, mnohdy iracionální reakci na úkor zvažování účelnosti nějakého způsobu jednání, nedovedou se ovládat. Z hlediska majoritní společnosti jsou takové projevy chování hodnoceny negativně, protože jsou obtěžující a nakonec vedou k odmítání takových lidí.

□ Obtíže sociální adaptace i změny v sebepojetí při postupné ztrátě sluchu jsou zřejmé z životního příběhu Ludwiga van Beethovena. Jeho problémy byly možná ještě větší, než je běžné, kvůli mimořádnému významu sluchu pro hudebního skladatele. První problémy, signalizující ubývání sluchu, se u něj objevily po dvacátém šestém roce života. Jeho reakce byla dost charakteristická: stal se přecitlivělý, podrážděný a vztahovačný. Neschopnost slyšet v něm vzbuzovala napětí, ale reagoval podrážděně, pokud na něho někdo mluvil nápadně hlasitě.
Svoje potíže popíral a izoloval se od lidí, aby si jeho poruchy nevšimli. Ostatní lidi považoval ve vztahu k sobě za nespravedlivé. Na jedné straně se od nich odvracel, měl pocit pokoření, jestliže někdo vedle něho slyšel něco, co on sám slyšet nemohl, na druhé straně se cítil osamocen, opuštěn, „zazděn sám v sobě" (Rolland, 1957). Byl neustále s něčím nespokojen, např. s bytem. Za 35 let, které prožil ve Vídni, se třicetkrát stěhoval. Na neustálé zhoršování svého stavu reagoval afektivně, záchvaty zoufalství. V 28 letech byl natolik depresivní, že si přál zemřít. Později kolísal od rezignace k akcentované aktivitě. Vinu za svůj nepříznivý stav přičítal, jak je zřejmé z jeho dopisu, psaného v roce 1802, lékařům. Považoval se za klamaného a nepřipustil, že by jeho potíže byly medicínsky neovlivnitelné. (Tento postoj je i dnes u nemocných celkem běžný.) Ve 45 letech ohluchl zcela. Reagoval opět depresivně a postupně se rozcházel i se svými starými přáteli, kteří mu ještě zbyli. Jeho osobnost byla negativně ovlivněna téměř dvacetiletou zátěží postupného ubývání sluchu i dalšími zdravotními potížemi; pravděpodobně i vrozenými dispozicemi k akcentovaným projevům. Tvůrčí schopnosti však postiženy nebyly, byl schopen komponovat prakticky až do své předčasné smrti.

## 8.6 Vliv tělesného postižení na osobnost

Tělesné postižení má z psychologického hlediska dva základní aspekty: nedostatečnost pohybových kompetencí a deformovaný zevnějšek.





### 8.6.1 Vliv omezení pohyblivosti

Významným faktorem, ovlivňujícím kvalitu života tělesně postiženého je závažnost pohybového omezení. Rozhodující je úroveň soběstačnosti, která je dána:

a) schopností jakékoli samostatné **lokomoce**, (osvobozuje z vazby na prostor, resp. ze závislosti na jiných lidech),

b) schopností jakékoli samostatné **sebeobsluhy**, která je dána schopností používat ruce (je důležitá pro sebeobsluhu, pro psaní i pro další pracovní aktivity).

Soběstačnost má i sociálněpsychologický význam, protože její absence vede ke generalizaci určitého způsobu hodnocení takového člověka jako jednoznačně závislého, a to i v jiných oblastech, kde závislý není nebo by nemusel být.

Pohybové postižení ovlivňuje rozvoj všech funkcí, které jsou na takových kompetencích závislé.



**Obr. 8.4:** Autoportrét inteligentní tělesně postižené dívky.

Jde především o omezení mnoha zkušeností, zejména sociálního charakteru. Pohybově postižený člověk nemá takovou možnost setkat se s různými lidmi, má obyčejně i menší zkušenost s různým sociálním prostředím. Pokud má navíc v takovém kontaktu obtíže, může se začít lidem vyhýbat. Je zde větší riziko, že zůstane izolován. Určitý infantilismus, daný omezením zkušeností, se může projevit i v oblasti socializace (zejména u lidí s vrozeným postižením). K pohybově postiženému člověku se vztahují jiná, obyčejně nižší očekávání, bývá na jedné straně častěji podceňován, na druhé straně jsou jeho projevy ve větší míře tolerovány (právě proto, že se od něho moc neočekává). Závažněji postižení lidé nemohou být nikdy zcela samostatní, vždycky se najdou situace, v nichž budou závislí na zdravých.

Na druhé straně je pro pohybově postižené relativně nejdostupnější integrace do majoritní společnosti. Mohou chodit do běžných škol a vzdělávat se standardním způsobem. Pokud nejsou postiženi kombinovaně, mohou dosahovat velice dobrých studijních výsledků a kompenzovat tak svůj handicap jiným, sociálně vysoce hodnoceným způsobem. Mohou studovat většinu oborů a mohou v této oblasti dosahovat uspokojujících úspěchů. Proto je pro ně profesní role dost často nejdůležitější složkou identity.

Lidé s později získaným postižením připouštějí, že tělesné postižení, které nějak omezilo jejich nezávislost, změnilo i některé jejich vlastnosti. Stali se

ke všemu citlivějšími a vnímavějšími. V důsledku své vlastní traumatizující zkušenosti získali nad lecčíms nadhled, a proto se cítí i celkově tolerantnější (Pavlatová, 1996). Na druhé straně musí zvládat zlost či úzkost, kterou vyvolávají nové životní problémy. Pod vlivem handicapu však svoje potíže specifickým způsobem interpretují: všechny problémy považují generalizovaně, a tudíž nepřesně, za důsledek svého pohybového postižení, i když tomu tak není. Ve své situaci si nepřipustí, že i zdraví mají své problémy.

### 8.6.2 Vliv viditelné deformace

Tělo funguje jako primární složka vlastní sociální prezentace. Méně viditelné poruchy, např. psychické, se mohou projevovat teprve postupně, často ani ne tak jednoznačně. Viditelná tělesná deformace má vždy sociální dopad, jenž může být větší, než je vliv funkčního handicapu. Nápadné změny a odlišnosti snižují status postiženého jedince a nepříznivě ovlivňují jeho sociální hodnocení i akceptaci okolím. Tyto reakce ovlivňují také sebehodnocení postižených lidí, zejména v některých vývojových fázích (např. v adolescenci).

Sociálně handicapující mohou mít i některé další potíže, spojené s pohybovým defektem. Jde např. o inkontinenci u nemocných s meningomyelokélou, která takto postiženého jedince esteticky znehodnocuje a zvyšuje riziko jeho sociálního odmítnutí. Zápach, který je někdy dost intenzivní a nelze se ho nikdy zcela zbavit, může být příčinou velice nepříznivých společenských reakcí.

Ve vztahu k tělesně postiženým lidem se projevují mnohé předsudky. Mohou být zcela neopodstatněně považováni za špatné, zákeřné a zlomyslné, nebo celkově omezené.

□ Příkladem obecně známým (i když spíše z uměleckého zpracování Shakespearova) je osobnost anglického krále Richarda III. Je popisován jako zloduch, ošklivý a odpudivý, vrah a zbabělec, který dal zabít dvě děti. Jeho výrok „království za koně" byl v tomto smyslu interpretován nikoli jako výraz potřeby dál bojovat, ale jako projev snahy utéci.

Pokud se tělesně postižený člověk chová nežádoucím způsobem, jde často o sekundární obrannou reakci na odmítání a podceňování, nepřiměřenou odezvou člověka v potížích, který je stále frustrován a stresován.

Stejným způsobem bývají posuzováni i lidé, kteří se liší jenom svým malým **vzrůstem**. Pro tyto lidi, postižené achodroplázií nebo nanismem, tj. trpasličí postavou, byla v dřívějších dobách dostupná jen role šaška (mnoho dvorních šašků bylo achondroplastiky).

□ Do této kategorie by patřil i Černý Petříček, popisovaný Karolínou Světlou jako trpaslík s malým tělíčkem a ohromnou hlavou. Kompenzační mechanismy, které používal, jsou dost časté i v dnešní praxi. Projevoval zvýšený sociální zájem, až patologickou zvědavost o všemožné lidské osudy a problémy. (Stejný způsob obrany používala jedna adolescentní dívka, upoutaná na vozík.) To, co o různých lidech věděl, mu dávalo pocit vlastního významu, možná i moci. Rád poradil a pomohl, nebyl mstivý a zlý. Obrannou reakcí byla identifikace s krásným bratrem Františkem; „měl na jeho kráse i pro svou osobu dost a dost". Ačkoli jde o starší literární dílo, popis obranných reakcí tělesně postižených je i dnes platný.





Handicap v oblasti tělesného vzhledu ovlivňuje celkové sebehodnocení takto postiženého člověka.

□ To si uvědomuje i dr. Vendula Neumannová, postižená kvadruparetickou formou DMO: „My spastici jsme někde úplně jinde než vozíčkáři poúrazoví. Možná jsme na tom ještě o něco hůř... pro laickou veřejnost jde ještě o vzhled. Když je holka hezká, bude hezká i po autonehodě na vozíku. Ale hezkého spastika jsem ještě neviděla. To, jak vypadáme, vyvolává u jisté části veřejnosti představu, že jsme blbí."
Trauma, které z této skutečnosi vyplývá, je třeba nějak kompenzovat a vytvořit si novou vnitřní rovnováhu. Prostředkem kompenzace může být i intelektuální úspěch. Doktorka Neumannová takové strategie použila. „Možná to bude znít komicky, ale tohle byl jeden z důvodů, proč jsem si vybojovala doktorát. Před určitým druhem lidí se dávám zásadně titulovat ‚paní doktorko'. Je to pro ně šok. A je to moje zbraň."

Problém, který z tělesného postižení vyplývá, může být kompenzován i jinak.

□ Tělesně postižená dívka (17 let) na vozíku s degenerativním svalovým onemocněním a kyfoskoliózou zdůrazňovala vždycky velmi pečlivě svůj hezký obličej, líčila se pro každou příležitost, mnohdy až nápadně. Přenos důrazu na hezkou část těla je také obrannou reakcí.

Důležité je samozřejmě nejenom to, jak se vlastní tělo prezentuje sociálně, ale i způsob, jak je sám jedinec vnímá a prožívá. Představa vlastního těla je spojena s celou řadou senzorických zkušeností a tělesných pocitů. Není ovlivněna jenom srovnáním s ostatními lidmi v okolí. Člověk, který trpí dětskou mozkovou obrnou nebo je ochrnutý po úrazu páteře, má jinou tělovou představu. Taktilně-kinestetické vjemy zde budou mít menší význam než např. vizuální obraz vlastního těla. Na druhé straně jsou známé tzv. „fantomové bolesti" končetiny, která byla amputována, ale v psychickém obraze vlastního já stále existuje.

## Shrnutí

Jakýkoliv defekt nepostihuje jen určitý orgánový systém, ale ovlivňuje celou osobnost postiženého jedince a vytváří specifickou sociální situaci. Postoj laické veřejnosti k postiženým lidem mívá často charakter předsudku, ovlivněného nedostatečnou informovaností. Podobné postojové stereotypy ke společnosti zdravých si vytvářejí i postižení.

Vrozené a později získané postižení se v mnoha směrech liší, mají jiný objektivní i subjektivní význam. Psychologické problémy postižených lidí mohou být odlišné v závislosti na druhu defektu, jeho závažnosti, ale i vzhledem k typickým osobnostním vlastnostem. Každé postižení má svoje typické primární důsledky, které vedou k dalším, sekundárním potížím. Různá postižení vyvolávají rozdílné reakce společnosti, někdy může jít až o sociální stigmatizaci.

## Kontrolní otázky

- Jaké jsou hlavní znaky postoje zdravých lidí k postiženým?
- Jaké postoje zaujímají postižení lidé ke zdravým?
- Zkuste zjistit, jaké postoje zaujímají k různě postiženým lidem vaši přátelé, příbuzní apod.
- Jakým způsobem reagují rodiče na narození postiženého dítěte?
- V čem se liší rodičovské reakce na vrozené a získané postižení jejich dítěte?
- V čem se liší vrozené a získané postižení z objektivního i subjektivního hlediska?
- V čem jsou rizika a výhody integrace postiženého dítěte do běžné školy?
- Jaké problémy přináší postiženým dětem dospívání?
- Jaká jsou hlavní rizika období adaptace na nově vzniklé postižení?
- Jaký význam má pro postiženého člověka partnerství a rodičovství?
- Jaké jsou typické obtíže socializace těžce zrakově postiženého člověka?
- Jaký je nejzávažnější důsledek těžkého sluchového postižení?
- Jaká jsou základní omezení, spojená s tělesným postižením?



ČÁST TŘETÍ

# Vybrané duševní a behaviorální poruchy

# 9 Demence

**Demence je označením pro syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek komplexu kognitivních funkcí, především inteligence a paměti.** Při demenci dochází ke ztrátě již rozvinutých intelektových funkcí. Za průkazné je považováno snížení inteligence o 20 % (Jirák, 1996). V rámci tohoto syndromu bývají v různé míře postiženy i další psychické funkce, postupně dochází k degradaci celé osobnosti.

**Demence je získané postižení.** Může k němu dojít až po dosažení určitého stupně rozumového vývoje, demenci lze diagnostikovat až po druhém roce života. Do té doby vzniklý defekt je posuzován jako mentální retardace (Jirák, 1998).

U velmi malých dětí se obtížně rozlišuje, zda jde o vrozený mentální defekt či ranou formu demence. V zásadě nelze spolehlivě diferencovat do věku 18–24 měsíců. Do té doby se psychický vývoj ještě nedostane na takovou úroveň, aby bylo možné uvažovat o úbytku rozumových schopností, zejména pokud není velmi rychlý a závažný. V dětském věku se demence projevuje odlišným způsobem než v dospělosti, protože inteligence se teprve rozvíjí. K poškození rozumových schopností může dojít na různé vývojové úrovni, což se projeví i v obraze poruchy. Může dojít k zástavě vývoje, ke stagnaci, zpomalení nebo k regresi, v závislosti na příčině. Není vyloučená ani možnost určitého zlepšení, resp. úpravy stavu v rámci léčby nebo dozrávání CNS (např. u dítěte s epileptickou demencí).

**Demence vzniká na základě organického poškození CNS.** Prognóza závisí na typu a závažnosti základního onemocnění, které k této poruše vedlo. Demence postihuje asi 5 % populace nad 65 let (Smolík, 1996).

## 9.1 Obecná diagnostická kritéria pro demenci

- **Úbytek paměťových funkcí.** Projevuje se nejnápadněji při učení novým informacím, v rámci progrese dochází postupně i k obtížím ve vybavování starších vědomostí. Poruchy paměti bývají spojeny s poruchami pozornosti. Nemocný se nedokáže soustředit a nic nového se nenaučí. Nakonec si nedokáže vybavit ani dříve osvojené vědomosti. Postupně může dojít k tak velkému úbytku paměťových kompetencí, že si nemocní nedovedou vybavit ani svoje jméno apod. Postupně mizí i dříve naučené dovednosti a návyky.
- **Úbytek dalších kognitivních funkcí.** Myšlení se stává bradypsychické, nevýbavné, rigidní a stereotypní. Nemocný nedovede adekvátně zpracovávat ani běžné informace, není schopen plánovat, organizovat, rozhodovat se, nechápe požadavky okolí apod. Najednou neví, co by měl v určité situaci dělat (ač stejný problém dříve běžně zvládal). Postupně

dochází k rozpadu schopnosti logicky myslet. V pokročilejší fázi může být nemocný i zmatený, jeho uvažování se může stát *inkoherentní* (nesouvislé, a tudíž nesmyslné).

Součástí demence mohou být vzácněji i **bludy**. Jejich obsah bývá velmi jednoduchý, obyčejně paranoidně-perzekuční (nemocný je např. přesvědčen, že mu někdo bere peří z peřin, krade mouku apod.). Bludy mohou být posilovány poruchami paměti, nemocný zapomíná, kam si schoval např. peníze, a to jej utvrzuje v bludu, že mu je někdo vzal (Jirák, 1998).

- **Poruchy vnímání.** V rámci demence může dojít ke vzniku **gnostických poruch**. Nemocní nejsou např. schopni rozpoznávat známé objekty, resp. jejich zobrazení, přestože mají zachované senzorické funkce.
- **Apraxie** – tj. úpadek naučených motorických dovedností, resp. stereotypů, a ztráta schopnosti adekvátně užívat běžné nástroje, např. nůžky. Nejde o to, že by nemocný nechtěl nebo měl nějak postiženou motoriku rukou, ale neví jak.
- **Poruchy řeči** mohou odrážet narušené myšlení, např. verbální projev nemocného je ulpívavý, nemocný stereotypně opakuje jednu větu. V rámci demence může dojít ke vzniku **afatických** poruch. Nemocný přestává rozumět mluvené (resp. i psané) řeči, činí mu problém si vybavit potřebné slovní výrazy, není schopen se adekvátně vyjádřit. Uvedené potíže bývají vesměs spojeny s nechutí k takové aktivitě a problémy v komunikaci s okolím.
- **Poruchy emotivity** jsou stabilním a typickým příznakem demencí. Již na počátku takového postižení se projevují nápadnosti v citovém ladění (celkové ladění může být tupě euforické, depresivní nebo úzkostné) a zhoršení kontroly emocí (zvyšuje se sklon k emoční labilitě, dráždivosti, někdy i afektivním výbuchům a k agitovanosti, tj. k neregulované, nesmyslné aktivitě – např. útěkům z domova). Zvýšené emoční napětí se může projevit i tělesným neklidem, člověk má nutkání k nějakým stereotypním pohybům, např. bezcílně přendává věci na stole apod. V pokročilejším stadiu může být nemocný citově oploštělý, otupělý a apatický.
- **Poruchy motivace.** U většiny nemocných dochází ke zúžení motivace, event. k úplné ztrátě iniciativy a zájmu o cokoli, tento stav se projevuje apaticko-abulickým syndromem. Někdy bývá motivace jednostranně akcentovaná, často jde o projev určitého odbrzdění nějaké pudové složky, např. potřeby jídla či sexuality (Jirák, 1994; 1998).
- **Poruchy spánku.** Typickým problémem je posun cyklu spánku a bdění, někdy dochází až ke spánkové inverzi, která se projevuje tendencí k noční aktivitě a denní ospalosti.





Postupně může dojít k celkové **poruše osobnosti nemocného**, k jejímu **úpadku a dezintegraci**. Některé osobnostní rysy se mohou stupňovat až do extrému, např. extrovert začne být dotěrný, šetrný člověk se stane lakotným apod. Zhoršuje se celková adaptibilita, nemocní přestávají respektovat běžné normy chování. Ztrácejí schopnost empatie, stávají se bezohlednými, obhroublými, egocentrickými a sobeckými. Nejsou schopni pociťovat vinu, později mizí i pocity studu. Nemocní ztrácejí náhled, přestávají být ke svým projevům kritičtí. Při postižení frontálního laloku dochází ke ztrátě sebekontroly, tito nemocní se chovají zcela bez zábran, např. se obnažují na veřejnosti, obtěžují personál v obchodě či v nemocnici apod. (Smolík, 1996). S úpadkem paměti souvisí i **porucha orientace v prostředí**. Nemocný se cítí dezorientován, neví kde je a bloudí i ve známém prostředí. Nechápe ani běžné mezilidské vztahy, nezvládá běžnou činnost v oblasti sebeobsluhy apod. Postupně může dojít až ke ztrátě identity, kdy nemocný neví ani kdo je. Za těchto okolností přestává být soběstačný, potřebuje trvalý dohled a péči jiné osoby.

## 9.2 Typy demencí

- **Atroficko-degenerativní demence** (do této kategorie patří Alzheimerova choroba).
- **Ischemicko-vaskulární demence.**
- **Symptomatické, sekundární demence** – jsou vyvolané jinými příčinami (např. infekčním onemocněním, úrazem či otravou – MKN-10, 1992).

### 9.2.1 Demence u Alzheimerovy choroby

Je nejčastějším typem demence. Alzheimerova choroba je pravděpodobně heterogenní kategorií, zahrnující různé subtypy onemocnění. Jedním z kritérií pro její diagnózu je časová lokalizace počátku onemocnění. Podle tohoto kritéria se rozlišuje typ s časným začátkem (do 65 let) a typ s pozdní dobou vzniku (nad 65 let). Většina případů se rozvíjí až ve věku 65–80 let (Jirák, 1998). **Etiologie onemocnění je multifaktoriální.** U některých typů byla prokázána autozomálně dominantní dědičnost (Mazura et al., 1997). Geny pro toto onemocnění jsou ve vazbě na 1, 14, 19 a 21 chromozom. Dalším rizikovým faktorem je stáří (Smolík, 1996; Gilliam a Knowles, 1995).

#### Klinický projev onemocnění

**Alzheimerova demence se vyvíjí pozvolna, jednotlivé příznaky se objevují postupně a zpočátku celkem nenápadně.** Průměrná doba přežití od počátku klinických projevů je v rozmezí 3–7 let (Jirák, 1998). Rozvoj příznaků choroby lze diferencovat podle závažnosti:

1. **Změny osobnosti a nápadnosti v chování.** Nemocní postupně přestávají dodržovat společenská pravidla a ohledy. Ubývá motivace k většině činností, nemocní postupně ztrácejí zájem i o sebe a nakonec převládne celková apatie. Negativní osobnostní rysy, jako je egocetrismus, sobectví, negativismus, podezíravost apod., které se v rámci choroby akcentují, ztěžují soužití s takto postiženými lidmi.
2. Postupně se **zhoršují všechny kognitivní funkce** a tento úpadek se stává čím dál nápadnějším. Významná je progredující **porucha paměti**. Na počátku se projevuje jen nápadnou zapomnětlivostí. Poruchy soustředění a paměti mají za následek problémy i v oblasti běžných domácích činností. Například nemocní zapomínají vypnout vařič, zavřít vodu v koupelně apod. Ukládají různé věci nesmyslným způsobem, např. peněženku do ledničky. Takto postižení lidé neustále něco hledají, což zvyšuje jejich pocit nejistoty a napětí. Výpadky paměti kompenzují **konfabulacemi**. Reagují odpovědí, která by se mohla do kontextu hodit, ale neodpovídá realitě. Oni jsou však přesvědčeni, že jejich sdělení je pravdivé. Například pacientka psychiatrické léčebny odpověděla bez zaváhání na dotaz sociální pracovnice, co měla k obědu, že jedla ovocné knedlíky. Její odpověď formálně odpovídá dotazu, ale nebyla to pravda.
3. Komplexní porucha paměti vede ke **ztrátě schopnosti orientovat se v čase a v prostoru**. Nemocní netrefí známou cestou od autobusu, ztrácejí se ve známém městě, nevědí, zda je ráno nebo noc apod. Jedna nemocná se opakovaně telefonicky ptala svého syna, který je den a kolik je hodin. Jiná nemocná měla tendenci utíkat z domova nedostatečně oblečená a bloudit po okolí. Někdy ji musela hledat i policie. V pokročilejším stadiu onemocnění mohou paměťové kompetence upadat natolik, že jsou nemocní zcela dezorientováni, někdy dochází i ke ztrátě vlastní identity. Nevědí kdo jsou, kde jsou, nepoznávají známé lidi ani svůj obraz v zrcadle apod.
4. **Postupná ztráta schopnosti logicky uvažovat.** Nemocní stále hůře chápou, co by měli v určité situaci dělat. Běžné situace i obvyklé požadavky jejich okolí se jim zdají podivné a nesrozumitelné. Například nerozumí vyúčtování za elektřinu a plyn, nechápou, kde si mají vyzvednout nový telefonní seznam atd. Přestávají rozumět smyslu příběhů, které např. vysílá televize, a proto o ně ztrácí zájem.
5. Upadá **schopnost porozumět verbálnímu sdělení,** což se projevuje obtížemi v komunikaci. S nemocným se není možné domluvit a není ani možné se spolehnout, že bude nějaký pokyn respektovat. Zhoršuje se rovněž schopnost přiměřeného slovního vyjádření. Nemocným ubývá slovní zásoba, často reagují jednoslovnou odpovědí. Někdy jen opakují dotaz, resp. jeho část, ulpívají na určité myšlence, kterou rovněž několikrát za sebou opakují. Dochází i ke komolení slov. V konečné fázi nemoci může dojít až k úplnému výpadku verbálních kompetencí.





Ztráta schopnosti logického uvažování, mnohdy spojená s apraxií, může vést k nesmyslnému chování: nemocný např. neví, jak se má obléci, a proto se někdy upraví velice bizarně. Natáhne si např. nejdříve svetr a teprve na něj si vezme spodní prádlo.

6. **Změny nálady** mohou být prudší a méně adekvátní situaci: běžné jsou patické nálady, častá je tupá euforie, ale vyskytuje se i úzkostná či depresivní nálada. Nemocní někdy reagují afektem zlosti, zaměřeným proti nejbližším lidem. Občas bývají i agresivní: vůči rodinným příslušníkům, zdravotnickému personálu apod. Může se objevit i negativismus, nemocní leckdy dělají opak toho, k čemu byli vyzváni. V tomto případě může jít o jakýsi primitivní obranný mechanismus. **Postupně dochází k celkovému oploštění emotivity a k apatii.**

□ Klasickou ukázkou projevů Alzheimerovy demence je případ Augusty D., pacientky samotného Aloise Alzheimera, podle něhož byla tato choroba nazvána. A. Alzheimer zachytil projevy své pacienty v rozhovoru, jehož úryvky pro ilustraci uvádíme:

**26. listopadu 1901**

Pacientka sedí na židli, ve tváři má výraz bezmoci. Jak se jmenujete? Augusta. A příjmením? Augusta. Jak se jmenuje váš manžel? Augusta, myslím. Váš muž? Ach, můj muž. Vypadá jako by otázce vůbec nerozuměla. Jste vdaná? Za Augustu. Za paní D.? Ano, ano, Augustu D. Jak dlouho už jste tady? Vypadá jako by se pokoušela rozpomenout. Tři týdny . . . Když jsou jí ukázány určité známé předměty, už po chvíli si je nepamatuje.

**29. listopadu 1901**

Který teď máme rok? 1800. Jste nemocná? Druhý měsíc . . . Který teď máme měsíc? Jedenáctý. Jak se ten měsíc jmenuje? Poslední, pokud ne poslední. Jak? Nevím . . . Jak se jmenuje ulice, kde bydlíte? To vám mohu říci, ale musím chvíli počkat. Na co jsem se vás ptal? Hm, je to Frankfurt nad Mohanem. V které ulici bydlíte? Valdemarova, ne . . . Kdy jste se vdala? To teď nevím. Ta žena žije na stejném poschodí. Která žena? Ta žena, kde žijeme.

Pozná klíč, tužku a knihu. Když se jí lékař vzápětí zeptá, co jí ukazoval, odpovídá, že neví. Je to těžké, co? Mám strach, mám takový strach. Ukazuje jí tři prsty – kolik je to prstů? Tři. Pořád ještě máte strach? Ano. Kolik jsem vám ukazoval prstů? Hm, je to Frankfurt nad Mohanem.

**Psaní:** Když má napsat „paní Augusta D.", napíše jen paní a další slova je třeba jí opakovat, neboť je zapomněla. Pacientka není schopna pokračovat v psaní a jen opakuje: Ztratila jsem se.

**Čtení:** Přeskakuje z jednoho řádku na druhý nebo čte tentýž řádek třikrát, nicméně jednotlivá písmena čte správně. Zdá se ovšem, že tomu, co čte, nerozumí. Některá slova podivně zdůrazňuje. (podle Remedia populi, 1998, 2, 7–32)

Jakmile se stav nemocného zhorší natolik, že není schopen sebeobsluhy, popř. pokud se objeví porucha spánkového rytmu a obtížně zvladatelné poruchy chování, např. agitovanost, je vhodné jej hospitalizovat. Za těchto okolností nemůže rodina sama zajistit veškerou péči.

### 9.2.2 Ischemicko-vaskulární demence

Je druhou nejběžnější variantou demence (dříve se označovala jako *arteriosklerotická*). Její příčinou je patologie mozkových cév, kterou signalizují mozkové infarkty. Choroba začíná obyčejně po šedesátém roce života. Začátek bývá zpravidla náhlý, první poruchy následují po cévní mozkové příhodě. Méně obvyklá varianta má pozvolný průběh. V tomto případě je pro počátek choroby typický sekundární neurastenický syndrom (charakteristický zvýšenou dráždivostí, unavitelností, bolestmi hlavy, závratěmi, poruchou soustředění, nespavostí a úzkostnou nebo depresivní náladou – Jirák, 1994; 1998). **Etiologie choroby je multifaktoriální.**

#### Klinický projev onemocnění

- Již v počátku onemocnění jsou zřejmé změny v oblasti **paměťových funkcí**. Nemocný si není schopen zapamatovat nové informace, ale staré vzpomínky zůstávají relativně dlouho vybavitelné. Teprve v pozdější fázi choroby dochází k úbytku této schopnosti. Z toho důvodu nebývá dost dlouho narušena běžná rutina každodenního života. Nemocný je sice méně přizpůsobivý, ale za obvyklých podmínek se potíže příliš neprojevují. Je typické, že bývá zpočátku zachován náhled na vlastní chorobu, nemocní si např. uvědomují, že se jim zhoršuje paměť, a mohou reagovat depresivními rozladami.
- Demence má **stupňovitý průběh. Úbytek myšlení nebývá plynulý** a nepostihuje všechny funkce rovnoměrně. Na počátku choroby jsou zřejmé značné výkyvy duševní výkonnosti. Typické je odmítání všeho nového, nechuť ke změně stereotypu. Nemocní jsou snadno unavitelní a mají sníženou výkonnost. Občasné výbuchy neadekvátního chování v reakci na běžný, ale subjektivně nadměrný požadavek lze chápat jako obrannou reakci v situaci zátěže. Nemocný se postupně stává bradypsychickým, jeho uvažování je zpomalené, rigidní a stereotypní. Konfabulace ani bludy nejsou pro tuto poruchu typické, vyskytují se jen vzácně.
- Typickým projevem je **emoční labilita**, zvýšená dráždivost, sklon k úzkostnému a depresivnímu ladění, k plačtivosti. Nemocní bývají přecitlivělí a vztahovační. Obvyklé jsou i hypochondrické stesky.
- Mohou se objevit **poruchy korových funkcí,** jako je afázie, apraxie, gnostické poruchy apod.
- **Osobnost nemocných** se delší dobu příliš nemění. Nápadnější je zdůraznění některých osobnostních rysů, jako je např. podezíravost, lakota, sentimentalita, žárlivost apod. K degradaci osobnosti dochází až v pozdních stadiích onemocnění (Jirák, 1994; 1998).

□ Vdova (76 let), před odchodem do důchodu úřednice, trpí vysokým krevním tlakem, prodělala dvě cévní mozkové příhody. Je emočně labilní, úzkostná a plačtivá. Cítí





se opomíjená a méněcenná. Svoje sebevědomí posiluje častým a stále stejným vyprávěním na téma „co všechno jsem dříve zvládla". Ráda by byla ještě užitečná. Je však velmi pomalá, není schopna si zorganizovat ani běžnou činnost v domácnosti, často má rozdělanou práci, nad níž sedí, a neví co dál. Není schopna připravit včas lístek s požadavky na nákup pro sociální pracovnici.
Nedovede běžným způsobem iniciovat kontakt, naučila se k tomu využívat somatických stesků. Občas svoje potíže zveličuje, aby dosáhla žádoucí pozornosti. Ztrácí původní zájmy, nebaví ji číst ani sledovat televizi, často vůbec nechápe obsah příběhu a nedokáže se na něj ani soustředit. Zdá se jí, že „vysílají divné filmy, samé hlouposti". Preferuje sociální kontakt se známými lidmi, ale svoje komunikační partnery – obyčejně sousedky stejné věkové kategorie – odpuzuje nadměrnou tendencí mluvit jen o svých potížích, stěžovat si a vyžadovat úsluhy. Ona je však přesvědčena, že na ně má nárok.
Premorbidně byla dobrou hospodyní, společenskou a ohleduplnou ženou. Změnu své osobnosti si neuvědomuje.

## 9.3 Sociální význam demence

**Demence omezuje sociální uplatnění nemocného.** Postižení nejsou schopni přijatelně zvládat ani běžné sociální role. Standardní nároky jsou pro ně příliš náročné, a protože je přestávají chápat, jeví se jim jako ohrožující. Ztrácejí orientaci v čase, prostoru, v lidech a nakonec i v sobě samém. Nepoznávají blízké lidi a nevědí, kdo jsou. **Zhoršování stavu nemocného je značnou zátěží i pro jeho rodinu.** Je velice těžké přijmout skutečnost tak velkého úpadku osobnosti blízkého člověka a nezměnit k němu postoj. Obtížnost a postupně i nemožnost domluvy s nemocným je nepříjemná a emočně vyčerpávající. Postižený člověk je sice stále fyzicky přítomen, ale psychicky se změnil, ztratil svou osobnost: *„Je to on, ale už to není on."*

Takový rozpor vyvolává u okolí stres, který je tím větší, čím je postižený člověk mladší. Je třeba změnit očekávání a ztrátu akceptovat. Příbuzní těžko přijímají fakt, že dříve schopný člověk se začal chovat nepřijatelným způsobem. Nechápou, jak je to možné a někdy přičítají vinu nemocnému, jeho neochotě chovat se „normálně". O postiženého je třeba se postarat, a není možné respektovat jeho nápady a přání, protože bývají často nesmyslné. Člověk trpící demencí se stává pasivním objektem péče, s nímž je třeba manipulovat, protože přestává být soudný a soběstačný.

Pokud zdraví příbuzní tuto změnu nezvládnou, mohou reagovat obrannými tendencemi, nejčastěji únikem ze situace, umístěním pacienta v nějakém léčebném zařízení a omezením svých návštěv u něj, případně racionalizací svého rozhodnutí: *„Je mu tam lépe, nemá cenu za ním chodit, protože nás stejně nepozná."* Umístění v ústavu je leckdy nutností, ale návštěvy známých lidí jsou žádoucí, působí na nemocného podpůrně.

□ Tragickým příkladem zneužití člověka trpícího vaskulární demencí je příběh protektorátního prezidenta Emila Háchy, uznávaného právníka a kultivovaného intelektuála. Když byl v roce 1938 zvolen prezidentem, bylo mu 66 let. Jeho zdravotní stav v té době nebyl ještě tak špatný, aby mu chyběl náhled na situaci. Cítil se sice stár a unaven, ale prezidentskou funkci chápal jako službu národu. Svůj souhlas s okupací rovněž odůvodňoval jako nezbytnou rezignaci za okolností, kdy by došlo ke zbytečným ztrátám na životech a situace neměla pozitivní řešení. Hácha v tomto období prožíval hlubokou depresi a chtěl spáchat sebevraždu. Za těchto okolností volil strategii drobných zisků, protože věřil, že může tímto způsobem vykonat celou řadu prospěšných věcí. Na jeho prosbu byli např. před Vánocemi propuštěni studenti z koncentračního tábora Sachsenhausen. Jeho duševní kompetence nebyly podstatným způsobem narušeny ani v roce 1941. Po nástupu R. Heydricha jako říšského protektora došlo k zatýkání. Hácha uvažoval, že podá demisi, kterou zdůvodňoval svým pokročilým věkem a zdravotním stavem. V této době došlo k určitému zlomu: E. Hácha žádal o milost pro ministerského předsedu A. Eliáše a pro bývalého ministra Havelku. Heydrich jej výměnou za osvobození Havelky přinutil k totální poslušnosti a loajalitě. Stresové situace, o něž nebylo nouze, přispěly podstatným způsobem ke zhoršení jeho zdravotního stavu. Na jaře 1942 se začínají projevovat závažnější poruchy paměti. E. Hácha je v této době charakterizován jako „pesimista, který nemá vlastní vůli a k ničemu se neodhodlá. Je úplně neschopen si něco pamatovat. Nelze od něho očekávat už nic. Je to vrak, který strká náhoda, Němci a strach ze sebemenšího rozhodnutí. Lidé v takovém stavu jako on se prohlašují za nesvéprávné (Pasák, 1997, s. 181)."

Přestože už Hácha nebyl zcela kompetentní, některé situace dopadly lépe, než by se dalo předpokládat, paradoxně právě v rámci reakcí, typických pro jeho chorobu. Na počátku roku 1943 mohla být poslána česká vládní vojska na návrh E. Moravce a protektorátní vlády na frontu a Hácha byl vyslán, aby jel v této věci za K. H. Frankem. Prezident však neučinil Frankovi přímou nabídku, nýbrž se jej pouze dotázal, a tím celou záležitost politicky znehodnotil. (Neschopnost rozhodování patří k příznakům této choroby.) Z různých pramenů víme, že Hácha nebyl nikdy ani politik, ani diplomat. „Diplomatický" dotaz „co dělat" je naopak typickým projevem počínající vaskulární demence.

Na jaře roku 1943 byly projevy choroby čím dál nápadnější, v této době se stal dr. Hácha zjevně nezpůsobilý k výkonu úřadu prezidenta. Už ani nevěděl, co podepisuje. Když např. podepsal závěť, myslel si, že podepisuje abdikaci. Jeho rozhlasové projevy psali jiní (např. E. Moravec) a činili tak podle přání K. H. Franka. V listopadu 1943 nebyl Hácha schopen samostatné chůze, nevystupoval na veřejnosti ani v rozhlase. V době návštěvy K. H. Franka v květnu 1944 byl již inkontinentní, spavý a apatický. Jeho reakce popisuje např. svědectví K. Štrupa (Pasák, 1997, s. 240) – Hácha si stěžoval, že ztratil klíček od příruční pokladny. Za chvíli na to chtěl telefonovat s prof. Seemanem. Štrup tehdy odpověděl, že hned panu profesorovi zavolá, ale Hácha se rozzlobil: „Jakpak můžete telefonovat, když jsem ztratil klíček?" Dále např. referovali Háchovi novinové zprávy o dalším ústupu na Ukrajině a Hácha se zeptal: „A kdo tam ustupuje?" Oslavy svých narozenin v červenci 1944 již prakticky nevnímal. Zápis ze zprávy lékařů na podzim 1944 svědčí jednoznačně pro diagnózu vaskulární demence: občasné stavy zmatenosti, porucha paměti, ztráta zájmu, časová a místní dezorientace. Trpěl afázií (nedovedl se podepsat, nechápal obsah projevů), apraxií (nedovedl si obléknout kalhoty, boty si obouval obráceně apod.), v zimě roku 1944 prodělal další cévní mozkovou příhodu a přestal verbálně komunikovat. Nemohl chodit a nikoho nepoznával. V květnu 1945 byl zatčen a umístěn do vězeňské nemocnice. Nebyl schopen výslechu, nemluvil a na otázky nereagoval. Zemřel 27. června 1945. Národní soud rozhodl, že Hácha nebyl již nejméně od druhé poloviny roku 1943 za své činy trestně odpovědný.





## 9.4 Shrnutí

Demence je úbytkem kognitivních funkcí, především inteligence a paměti. Typickým příznakem demence je i porucha emotivity. Postupně dochází k celkovému narušení osobnosti. Je to postižení získané. Vzniká na základě organické poruchy CNS. Nejčetnější je demence u Alzheimerovy choroby a ischemicko-vaskulární demence (dříve nazývaná arteriosklerotická). Péče o postiženého člověka představuje pro ostatní členy rodiny značnou zátěž: je třeba se vyrovnat s ireparabilní změnou jeho osobnosti.

### Kontrolní otázky

- Zkuste definovat hlavní znaky demence.
- Jaké jsou typické projevy chování lidí trpících Alzheimerovou chorobou?
- Zkuste shrnout nejdůležitější rozdíly mezi vaskulární demencí a Alzheimerovou chorobou.
- Jaké jsou hlavní problémy v soužití s lidmi postiženými demencí?
- Setkali jste se ve svém okolí s nějakým takto postiženým člověkem? Vzpomeňte si, jak se tento člověk projevoval.

# 10 Mentální retardace

**Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností.** Postižení je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišnostmi ve struktuře osobnosti. V populaci se vyskytují přibližně 3 % mentálně postižených lidí.

**Hlavní znaky mentální retardace jsou:**

- Nízká úroveň rozumových schopností, která se projevuje především nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a následkem toho i obtížnější adaptací na běžné životní podmínky.
- Postižení je **vrozené** (na rozdíl od demence, která je získaným handicapem rozumových schopností).
- Postižení je **trvalé**, přestože je v závislosti na etiologii možné určité zlepšení. Horní hranice dosažitelného rozvoje takového člověka je dána jak závažností a příčinou defektu, tak individuálně specifickou přijatelností působení prostředí, tj. výchovných a terapeutických vlivů.

□ Případy mentální retardace nacházíme rovněž v celých dokumentovaných dějinách, podle historických údajů jí trpěl např. rakouský císař Ferdinand V. Habsburský. Jeho rozumový defekt nebyl zřejmě závažnějšího rázu, protože v tomto případě by se nemohl stát panovníkem ani formálně. Ferdinand V. jako poslední z českých králů byl korunován i v Praze v září 1836. Obřadu se zúčastnilo velké množství lidí. Pro svou „dobrotivou slabomyslnost" byl Pražanům svým způsobem blízký. Mentální postižení ovlivnilo jeho osobnost do té míry, že postrádal obvyklé tvrdé rysy habsburských panovníků (Palacký, vydání z r. 1983). (Ve Vídni ovšem Ferdinand žádný symbol lidskosti nepředstavoval. Vídeňáci jím opovrhovali, byl pro ně *der Trottel*.) Ferdinand V. ve skutečnosti nikdy nevládl a ani vládnout nechtěl. Dovedl se svému úřadu formálně přizpůsobit, ale nic víc. V bouřlivém roce 1848 se vlády vzdal. Po svém odstoupení dožíval v Praze, kde se o něm vyprávělo, že si hraje s olověnými vojáčky a má ve své rezidenci houpacího koně. Když se občas projížděl po Praze ve svém omšelém kočáře, rád se zdravil s lidmi, kteří mu stále projevovali své sympatie (Neff, 1958).





## 10.1 Příčiny vzniku mentální retardace

**Mentální retardace je jedním z projevů odchylky, resp. poruchy centrální nervové soustavy.** Její příčiny bývají různé; lze je shrnout do několika základních skupin:

- **Dědičně podmíněné postižení** – vzniká na základě poruchy ve struktuře nebo funkci genetického aparátu.

  Do této kategorie patří genová či chromozomální postižení, např. Downův syndrom (který je důsledkem změny počtu chromozomů). Další typickou kategorií je polygenním způsobem dědičné snížení dispozic k rozvoji mentálních schopností. Takto postižení jedinci mají malý počet funkčních genů, potřebných pro rozvoj inteligence. V tomto případě bývají obdobně postiženi i rodiče a sourozenci.

- Postižení podmíněné **působením teratogenních vlivů v prenatálním věku**.

  Prostřednictvím organismu matky, který je primárním prostředím plodu, mohou v období těhotenství působit i faktory poškozující normální vývoj dítěte (teratogenní faktory). Mohou to být vlivy fyzikální (např. ionizující záření), chemické (např. některé léky, alkohol nebo jiné drogy) a biologické (např. virové a mikrobiální teratogeny). Typickým příkladem teratogenu je virus zarděnek, který naruší vývoj embrya v několika oblastech. K poškození může dojít i při porodu, např. vlivem nedostatku kyslíku (asfyktický syndrom) nebo mechanickým stlačením hlavičky, které má za následek krvácení do mozku (tzv. perinatální poškození).

- Postnatální poškození mozku, které by mělo za následek narušení vývoje rozumových schopností, je samozřejmě také možné. Avšak určitou dohodou bylo stanoveno, že do diagnostické skupiny mentálních retardací budou zahrnována pouze taková postižení, která vznikla v průběhu prvních 18 měsíců (Koluchová, 1989). Později vzniklá jsou označována jako získaná. Toto vymezení, které se jeví jako určitá nepřesnost, je dáno značnou obtížností rozlišení případného úbytku již dosažené úrovně a primárně omezeného vývoje v raném věku.

Specifickou kategorií, která nepatří mezi takto vymezené mentální retardace, je tzv. **pseudooligofrenie**. Vzniká vlivem nedostatečného a nepřiměřeného výchovného působení, tj. v důsledku zanedbanosti. Mohli bychom ji definovat jako **sociální poškození vývoje rozumových schopností**. Příčinou není narušení CNS, ale nedostatek přiměřených podnětů. To znamená, že je stavem získaným a je možné jej zlepšit, pokud by se dítě dostalo do podnětnějšího prostředí.

Tab. 10.1: Stupně mentální retardace podle MKN-10. V závorce jsou uvedeny staré názvy, které se v dnešní době už nepoužívají, protože získaly v průběhu času pejorativní význam.

| Kódová čísla | Slovní označení | Pásmo IQ |
|---|---|---|
| F70 | Lehká mentální retardace (debilita) | 50–69 |
| F71 | Středně těžká mentální retardace (imbecilita) | 35–49 |
| F72 | Těžká mentální retardace (idiocie) | 20–34 |
| F73 | Hluboká mentální retardace (idiocie) | 0–19 |

## 10.2 Hodnocení mentální retardace

### 10.2.1 Kvantitativní hodnocení inteligence mentálně postižených

Důležitým kritériem hodnocení poruchy rozumových schopností je jejich závažnost, tj. kvantita úbytku (resp. zachovaných kompetencí). Lze ji určit srovnáním úrovně schopností takto postiženého jedince s normou, tj. pomocí psychologické diagnostiky inteligence. Tabulka č. 10.1 uvádí **rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace** podle mezinárodní klasifikace (MNK–10). V tabulce je uvedeno i rozmezí hodnot inteligenčního kvocientu, které je pro dané pásmo charakteristické. Jde samozřejmě o pouhou orientační hodnotu, která nemůže zachytit celou řadu kvalitativních znaků rozumových schopností takto postiženého jedince.

**Lehká mentální retardace** (F70): Postižení dovedou v nejlepším případě uvažovat na úrovni dětí středního školního věku. Respektují některá pravidla logiky, ale nejsou schopni uvažovat abstraktně, i v jejich verbálním projevu chybí většina abstraktních pojmů, užívají jen konkrétní označení. Jsou schopni se učit, zvládnou výuku ve zvláštní, resp. pomocné škole.

**Středně těžká mentální retardace** (F71): Uvažování postižených lze přirovnat k myšlení předškolního dítěte. V jejich slovníku chybí i méně běžné konkrétní pojmy. Verbální projev bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný. Dovedou se učit jen mechanicky, především na praktické úrovni. Jsou schopni zvládnout běžné návyky a jednoduché dovednosti (např. sebeobsluhu, pracovní úkony apod.).

**Těžká mentální retardace** (F72): Ve většině případů jde o kombinované postižení (motoriky, zraku apod.). Postižení dovedou v nejlepším případě chápat základní souvislosti a vztahy, zhruba na úrovni batolete. Jsou schopni si osvojit jen několik špatně artikulovaných slovních výrazů, které navíc používají nepřesně, resp. generalizovaně. Někdy se nenaučí mluvit vůbec. Jejich učení je značně omezeno a vyžaduje dlouhodobé úsilí, i pak zvládnou pouze základní úkony sebeobsluhy a plnění několika příkazů.

**Hluboká mentální retardace** (F73): Bývá zpravidla provázena i defektem pohybovým. Poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí, postižení dovedou v nejlepším případě diferencovat známé a neznámé podněty a reagovat na ně libostí či nelibostí. Artikulovanou řeč nezvládají.

Kvantitativní hodnocení inteligence poskytuje pouhý globální odhad schopností, určující pozici mentálně postiženého člověka ve vztahu k populační normě. Modální průměrný výkon má hodnotu IQ 100. **Hranicí mentální defektivity je IQ 70.**





Velmi důležitá je i otázka **dynamiky** vývoje inteligence u mentálně postižených. Vývoj, který je určen interakcí vrozených dispozic a podnětů prostředí, může u retardovaných dětí kolísat ještě více než za normálních okolností.

**Zrání** může probíhat u dětí s poškozeným mozkem jinak a i vlivy prostředí mohou být jiné, resp. budou působit odlišným způsobem. (Například běžná stimulace může být pro takto postižené dítě nepřiměřená a dítě ji bude subjektivně posuzovat jako stresovou.)

Intelektový vývoj může **stagnovat**, tj. dosáhnout poměrně velice brzy své maximální možné úrovně (už před 15. rokem života). Na druhé straně lze dosáhnout sice pomalého, ale stabilního rozvoje, zejména v těch složkách, které jsou závislé na stimulaci i v adolescenci a rané dospělosti (např. různé dovednosti a sociální návyky). Při hodnocení individuální křivky vývoje je třeba přihlížet k etiologii postižení i k vlivům prostředí.

Stagnace vývoje, nebo dokonce úbytek již získaných kompetencí mohou souviset s typem poškození, ale i s **nedostatky ve stimulaci**, s rezignací a následným výchovným zanedbáváním. Mentálně postižení lidé potřebují celoživotní vedení a podporu v učení, které se sice nejeví tak efektivní, ale jeho výsledky jsou pro život takového jedince velice užitečné (zejména pokud jde o vedení k soběstačnosti apod.). Mentálně postižený dospělý, pokud je ponechán bez dalšího vedení, své dovednosti a návyky ztrácí a postupně celkově chátrá. Z tohoto důvodu je vhodné jakékoli zvládnutelné pracovní začlenění, které by mu poskytlo potřebnou životní náplň a donutilo jej respektovat určitý denní režim.

### 10.2.2 Kvalitativní hodnocení inteligence mentálně retardovaných

Vyšetření rozumových schopností mentálně postižených dětí musí zahrnovat i kvalitativní hodnocení jejich struktury, jejich individuálních zvláštností, předností i nedostatků. Vyrovnaný rozvoj všech dílčích kompetencí na stejné úrovni bývá v případě mentální retardace spíše výjimkou. Nerovnoměrný vývoj se může odrážet především v rozdílném výkonu ve verbální a neverbální složce. Děje se tak v závislosti na etiologii, tj. na příčině mentálního deficitu. Kvalitativní hodnocení zahrnuje **posouzení míry využitelnosti zachované inteligence** mentálně postižených.

Využití inteligence je dáno nejenom její celkovou úrovní a strukturou, ale i dalšími, mimointelektovými znaky. V tomto směru má značný význam emoční stabilita, adaptibilita jedince, úroveň jeho pozornosti, osobní tempo, motivace k činnosti apod. Některé z těchto složek jsou vrozené, jiné jsou dány výchovou. V případě mentálně postižených je význam těchto faktorů ještě větší než v případě normy. Nelze např. očekávat, že se budou schopni přijatelným způsobem ovládat, ani to, že budou chápat nutnost určité činnosti apod.

Při hodnocení využitelnosti inteligence mentálně postižených je nutné vzít v úvahu:

1. **Převažující přístup k problémům** a preferovaný způsob jejich řešení (např. míru ulpívání na určitém stylu, sklon k impulzivnímu řešení apod.).
2. Individuálně typickou **úroveň aktivace,** tj. osobní tempo mentálně postiženého člověka a s tím související úroveň pozornosti a paměti, unavitelnost či úroveň tolerance k jakékoli zátěži. V případě organického poškození mozku (vzniklého např. v důsledku porodního traumatu) mohou být změněny natolik, že na nich bude záviset i využitelnost inteligence postiženého.

Charakteristické kvalitativní znaky inteligence mentálně postižených **závisí i na etiologii**, tj. příčině postižení.

- Jestliže mentální defekt vznikl následkem **organického poškození CNS** (např. krvácením do mozku a asfyxií), trpí tito lidé často i **dětskou mozkovou obrnou** nebo drobnějšími **poruchami hybnosti**. Změna jejich aktivační úrovně se obyčejně projevuje hyperaktivitou, zvýšenou dráždivostí, poruchami pozornosti a s tím související rychlejší unavitelností. Mají sklon reagovat impulzivně a zbrkle, výkyvy jsou zřejmé i v oblasti emocionality. Bývají častěji motoricky postižení, nebo alespoň manuálně nezruční. Mívají i poruchy řeči různého typu (které mnohdy souvisejí s poruchou motoriky mluvidel).

  Vzhledem k tomu, že postižené děti mívají většinou zdravé, normálně inteligentní rodiče (porucha není dědičně podmíněna), bývají dostatečně, mnohdy až přehnaně stimulovány. Protože mají sníženou toleranci k zátěži, danou typem organického postižení mozku, bývá pro ně taková výchova mnohdy spíše stresující. Mívají adaptační potíže způsobené hyperaktivitou, dráždivostí a sníženou tolerancí k zátěži. Bývá pro ně typické, že **nedovedou využívat svoje schopnosti** a pracují na nižší úrovni, než by bylo možné očekávat. Jejich problémy v adolescenci spíše narůstají a později se projeví obtížemi v zaměstnání (neochota přijmout určitá omezení, nižší úroveň sebeovládání, výbušnost, impulzivita). Menší manuální zručnost rovněž omezuje výběr možného pracovního zařazení.
- Příkladem mentální retardace, vzniklé na podkladě chromozomální odchylky, je **Downův syndrom** (trizomie 21. chromozomu). Postižení mají i typický *habitus*, tj. jsou na první pohled také tělesně odlišní. Jejich mentální defekt bývá rovnoměrnější, na hranici lehčího až středně těžkého stupně. Většina dětí s Downovým syndromem má zdravé rodiče, a tak i jejich výchovné prostředí bývá dostatečné, občas až nadměrně stimulující. Postižení bývají klidní až bradypsychičtí, těžkopádní a ulpívaví, avšak emocionálně dobře ladění a přizpůsobiví, nemívají větší výkyvy v chování ani v prožívání. Učí se sice pomalu, ale dovedou své





schopnosti využít. V dospělosti jsou schopni pracovat pod dohledem a vedením.

- Mentální postižení dost často vzniká na základě **kombinace polygenně podmíněného nižšího nadání a výchovné nepodnětnosti či přímo zanedbanosti**. Jde obyčejně o děti obdobně postižených rodičů, jejichž vzdělanostní i intelektová úroveň je nízká. Podnětnost takového rodinného prostředí bývá nedostatečná. Takoví rodiče své děti nepříznivě ovlivňují dvojím způsobem:

  1. předávají jim horší genetické předpoklady k rozvoji rozumových schopností a
  2. nejsou jim schopni poskytnout přiměřenou výchovu, protože na ni sami intelektově nestačí.

  Jedinci s takto vzniklým postižením mívají horší úroveň verbálních schopností: řeč není dostatečně rozvinuta, jejich slovní zásoba je chudá. Chybí jim základní znalosti. Nemají trénovanou paměť a pozornost, nemívají rozvinuté ani pracovní, sociální a hygienické návyky. Na druhé straně mohou být manuálně zruční a prakticky zdatní. Negativní vlivy takového rodinného prostředí se projeví jak nedostatečným rozvojem schopností, tak chyběním potřebných návyků a zafixováním určitého stylu života. Lze předpokládat, že se v dospělosti stanou stejně dysfunkčními rodiči, jako byli rodiče jejich. Jsou schopni pracovního začlenění, ale dost často jim schází motivace a základní pracovní návyky. Pokud v práci selhávají, jde obyčejně o důsledek špatné výchovy.

## 10.3 Typické znaky jednotlivých schopností mentálně retardovaných

### 10.3.1 Myšlení, řeč a učení mentálně postižených

Typickým znakem poznávacích procesů mentálně postižených je **omezenější potřeba zvídavosti a preference podnětového stereotypu**. Bývají obyčejně pasivnější a závislejší na zprostředkování informací zdravými lidmi. Orientace v běžném prostředí je pro ně mnohem náročnější, protože hůře rozlišují významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektů a situací, hůře chápou jejich vzájemné vztahy. Svět je pro ně méně srozumitelný, a proto se jim jeví i více ohrožující. Důsledkem je silnější závislost na jiném člověku, který se stává jakýmsi prostředníkem mezi mentálně postiženým jedincem a tímto světem.

Myšlení mentálně postižených lidí dosáhne v nejlepším případě, u jedinců s lehkou mentální retardací, **úrovně konkrétních logických operací**.

To znamená, že bude vždycky vázáno na realitu, leckdy dokonce pouze na její konkrétní, do určité míry náhodnou, aktuální variantu. Pro takového člověka bude důležité, jak se mu situace jeví, o její podstatě nebude schopen uvažovat. Nedovede se odpoutat od vlastního pohledu, od vlastních pocitů a potřeb, které poznávání různým způsobem zkreslují. Neschopnost logické úvahy se projeví nižší kritičností a značnou sugestibilitou mentálně postižených. (Je samozřejmé, že myšlení mentálně retardovaných závisí na stupni postižení a může odpovídat různé vývojové úrovni, v krajním případě se nemusí rozvinout vůbec.)

Myšlení mentálně retardovaných je obecně charakteristické značnou **stereotypností, rigiditou a ulpíváním na určitém způsobu řešení**. Ulpívavost, vázanost na známou skutečnost, je pro ně do určité míry i obrannou reakcí před subjektivně nesrozumitelnými, novými a neznámými podněty, které jsou jim nepříjemné a vyvolávají strach. Jejich omezenou flexibilitu je nutné respektovat. Nadměrné nároky by působily jako stresový faktor. Lidé s mentální retardací často zaujímají k problémům pasivní postoj, čekají řešení od někoho jiného nebo na ně rezignují. Dovedou se sice mechanicky naučit určitá pravidla, ale nedovedou je v praxi účelně aplikovat, protože nechápou rozdíly mezi různými situacemi.

**Řeč mentálně retardovaných** bývá postižena jak v obsahové, tak ve formální složce. Jejich řečový projev bývá typický méně přesnou výslovností. To je mnohdy dáno nedostatky v motorické koordinaci mluvidel (v rámci organického poškození mozku) nebo zhoršenou sluchovou diferenciací, která jim neposkytuje potřebnou zpětnou vazbu.

Pro mentálně postižené je **obtížnější porozumět** běžnému verbálnímu projevu: Mají jednak omezenější slovní zásobu, ale i větší potíže v porozumění celkovému kontextu. Není např. možné chtít, aby akceptovali cokoli jiného než jednoduché sdělení. Složitější slovní obraty, ironii, žert, metaforu apod. vůbec nejsou schopni pochopit. Lidé s lehkým mentálním postižením zvládnou běžné konkrétní pojmy a na této úrovni jsou schopni se dorozumět. U nejzávažněji postižených se řeč nerozvíjí vůbec.

Typickými znaky aktivního řečového projevu mentálně postižených jsou:

a) **jazyková necitlivost,** která se projevuje četnými agramatismy;

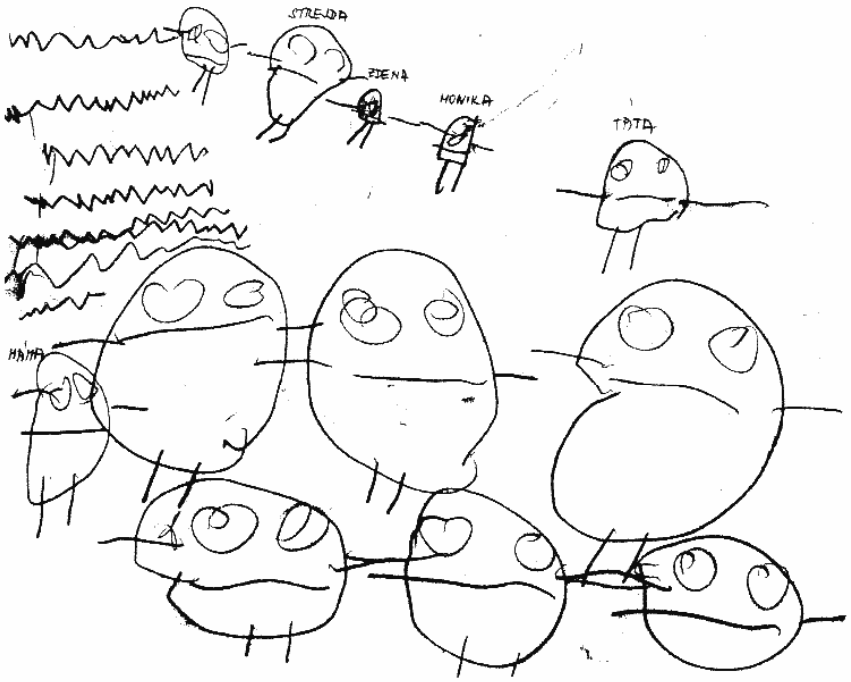
b) **jednoduchost projevu,** tj. preference velmi krátkých vět a jednoznačných, konkrétních pojmů. Výběr pojmů a stabilních slovních spojení je opět značně stereotypní. U závažněji postižených bývají běžné také perseverace a echolálie (to znamená opakování určitých slov nebo části sdělení bez kontextu a často i bez porozumění).

**Schopnost učení** je u mentálně postižených lidí vždycky nějakým způsobem omezena. Nejde jen o důsledek nedostatečného porozumění učenému. Nepříznivý vliv mají i nedostatky v koncentraci pozornosti a paměti.

Učení mentálně retardovaných je převážně mechanické, asociační. Těžce postiženým trvá velice dlouho, než se něco naučí, efektivita takového úsilí je minimální. Příslušné dovednosti nebo informace se fixují ve své rigidní podobě a také bývají stejným způsobem užívány. Změna návyku nebo přizpůsobení nové situaci činí takovým lidem značné potíže. Typickým rysem








**Obr. 10.1:** Stereotypní kresba rodiny devítileté mentálně postižené dívky.

mentálně postižených bývá určitá poznávací pohodlnost, kterou je třeba překonávat. Vyhovuje jim stereotyp, nejsou zvídaví a k poznávání nového nejsou příliš motivováni. Jsou však leckdy ochotni se učit za podpory dospělého, k němuž mají pozitivní vztah. Učí se pak spíše kvůli němu, pro potvrzení jeho citového vztahu než z jiných důvodů. Je jim tudíž celkem jedno, co se učí (pokud je to pro ně zvládnutelné), protože je jejich učení primárně motivováno emotivně. (Podobným způsobem je za normálních okolností motivován rozvoj dítěte v počátcích jeho vývoje.)

**Sebehodnocení** mentálně retardovaných je ovlivněno jejich způsobem uvažování a omezenou možností pochopit, jaké jsou jejich kompetence (resp. v čem jsou odlišné od ostatních). V důsledku toho sebehodnocení není zcela objektivní, je nekritické a ovládané především emocionálně (např. přáním). Na druhé straně závisí prakticky po celý život na názorech jiných lidí. Ty přijímá mentálně postižený člověk zcela jednoznačně, jako danost, bez korekce a nekriticky. Lidé s mentálním postižením jsou i zvýšeně sugestibilní a jejich názory lze

snadno ovlivnit. Zároveň však neschopnost přesně chápat názory lidí ve svém okolí mentálně postižené do určité míry chrání.

□ Chlapec s Downovým syndromem se ptal otce: „Tati, já bych chtěl taky študovat – a proč já nemůžu? ... Ale jak to, že bych to nezvlád, když já umím tohle ... " Má pocit, že by to mohl zkusit (Blažek a Olmrová, 1988).

Mentálně postižený člověk **není schopen odhadnout svoje možnosti** a přizpůsobit jim svoje chování. Zásadnější změna situace, vynucená okolnostmi, může být pro mentálně postiženého nezvládnutelná, zejména pokud není schopen pochopit její podstatu.

□ Ilustrací takového problému může být příběh dospělého, mentálně postiženého Josefa (32 let). Narodil se v sociálně slabé rodině, rodiče i oba sourozenci byli postiženi stejným způsobem. Navštěvoval zvláštní školu, kde příliš dobře neprospíval. Vyšel ze třetího ročníku, adaptační potíže neměl. Když oba rodiče zemřeli, začal žít v ústavu sociální péče. V ústavu si brzy zvykl, nebyl agresivní a neměl žádné větší konflikty. Byl schopen pracovat a vytvořil si určitý denní stereotyp, kde se střídala fyzicky náročná práce, jídlo a spánek.
Nepříznivý obrat nastal, když onemocněl ledvinovou chorobou. Byl několikrát hospitalizován, měl přísnou dietu, zákaz těžké práce a pobytu na slunci. Onemocnění, které zcela změnilo způsob jeho života, by za normálních okolností ovlivnilo i jeho sebehodnocení, zejména na úrovni představ o vlastních možnostech. Avšak taková změna pro něho byla nezvládnutelná. Nepochopil nutnost omezení, býval často rozladěný, odmítal kontakt s lidmi, občas býval i agresivní nebo jevil tendence k sebepoškozování. Odmítal se přizpůsobit novému dennímu režimu. Svou nynější situaci prožíval jako křivdu, nespravedlnost ze strany druhých lidí. Nedovedl pochopit podstatu změny, ke které došlo, a nebyl schopen se na ni adaptovat. Jak uvádí jeho vychovatelka: „Kdyby se podařilo, aby pochopil, že nemoc si na něho nikdo nevymyslel, mohl by uznat, že nejde o zlou vůli lidí, kteří mu nedovolí, na co byl zvyklý, ale o opatření, jež jsou pro jeho dobro."

### 10.3.2 Motivace a regulace mentálně postižených

Základní psychické potřeby mají i mentálně retardovaní. Tyto potřeby však mohou být pod vlivem omezenější kapacity rozumových schopností a učení různým způsobem modifikovány. Obecně platí, že čím je člověk závažněji mentálně postižený, tím je v uspokojování svých potřeb závislejší na okolí. Na druhé straně mají tito lidé tendenci uspokojovat svoje potřeby neodkladně a bez zábran. Způsob saturace různých potřeb odpovídá aktuálnímu psychickému i somatickému stavu, tedy i mentální úrovni.

- **Potřeba stimulace.** Přísun podnětů je pro psychický vývoj nezbytný, avšak musí být přiměřen možnostem mentálně postiženého jedince z hlediska jejich množství a kvality i doby působení. V opačném případě by stimulace jeho duševní vývoj spíše poškozovala. Je zde riziko, že tyto děti





nebudou dostatečně stimulovány, nebo naopak, že je bude subjektivně nadměrný přísun podnětů vyčerpávat a stresovat. Mentálně postižení lidé dávají přednost **stereotypnější, jednodušší a jednoznačnější stimulaci,** jejich potřeba podnětové proměnlivosti není tak velká jako u zdravé populace. Na druhé straně se tak rychle nepřesytí známými podněty, protože je uspokojují svou jednoznačností. Důležitým aspektem stimulace mentálně postižených je její **srozumitelnost**. Nesrozumitelné informace by představovaly zátěž, stimulující obranné reakce. Obyčejně jde o tendenci uniknout z nepříjemné situace, nebo o záchvaty bezmocného vzteku. (Afekt lze také interpretovat jako obranu v situaci nezvládnutého subjektivního zatížení).

- **Potřeba učení** je u mentálně postižených vyjádřena tendencí porozumět v mezích svých možností nejbližšímu okolí. (Výjimkou jsou pouze nejzávažněji postižení, kteří se naučí jen velmi málo.) V informacích, které takový člověk ve svém prostředí získává, musí být nějaký **jednoduchý řád** a musí zde platit **pravidla, kterým by mohl porozumět**. Může jít např. o takové základní vztahy, jako je příčina a následek, trvalost určitých objektů apod. Potřeba učení může být u mentálně postižených slabší a může být ovlivněna větší závislostí na zprostředkující aktivitě jiných lidí.

- **Potřeba citové jistoty a bezpečí** bývá u mentálně retardovaných velmi silná. Citová jistota, daná vztahem s blízkým člověkem, je v tomto případě ještě důležitější, protože může sloužit jako zdroj rovnováhy, narušované pocitem ohrožení okolním světem, který je pro postiženého často obtížně srozumitelný.

  Potřeba emoční opory se i v dospělosti projevuje určitou infatilitou. Pubertální proměna citové vazby a postojů k jednotlivým členům rodiny ve své typické podobě nenastává. Fixace na rodinu trvá obyčejně bez větší změny. Mentálně retardovaný adolescent nemá potřebu emancipace z takové vazby, která je pro něj v mnoha směrech vyhovující.

- **Potřeba seberealizace** je ovlivněna mírou mentálního postižení a z toho vyplývajícím způsobem sebepojetí. Sebehodnocení bývá i u lehce mentálně postižených spíše mechanickou akceptací názoru autority dospělé osoby, na níž jsou závislí. Protože jim chybí schopnost hypotetického uvažování, neplánují ani svou budoucí seberealizaci. Uspokojení této potřeby je jednoznačně vázáno na reakce jiných lidí, kteří v lepším případě mentálně postiženému člověku potvrzují jeho pozitivní hodnotu (tím, že jej chválí a oceňují). Tito lidé také rozhodnou o míře uspokojení jeho potřeby seberealizace. Mentálně postižený člověk to sám nedovede, i v tomto směru je závislý na svém okolí.

- **Potřeba životní perspektivy** je ovlivněna stejným způsobem. Už její vznik je závislý na schopnosti mentálně postiženého člověka chápat ale-

spoň základním způsobem pojem času, diferencovat minulost, přítomnost a budoucnost. Mentálně postižení budoucnost nechápou, proto je ani příliš nezajímá. Nedělají si žádné plány a nepředstavují si, jaký by mohl být jejich další život. Žijí převážně přítomností, ta je plně saturuje.

Uspokojení všech potřeb mentálně retardovaných, v dostatečné míře a pro ně přijatelným způsobem, bývá leckdy obtížné. Oni sami to nedovedou a jejich okolí není vždycky dostatečně citlivé nebo nemá zájem. Neuspokojení jakékoli potřeby lze považovat za zátěžovou situaci. Za těchto okolností reagují i mentálně retardovaní lidé různými obrannými mechanismy. Ty bývají mnohem jednodušší, vesměs stereotypní a jejich volba závisí na celkové mentální úrovni a typu temperamentu jedince, případně na etiologii postižení. Může jít např. o afektivní výbuchy, které je třeba chápat jako obrannou reakci v situaci, s níž se nedovedou vyrovnat jinak.

**Regulace vlastního chování** je v případě mentálně postižených do značné míry **vázána na emocionální prožitky**. Jejich citové reakce vyvolávají zpracovidla zcela konkrétní podněty. Vzhledem k nedostatečnosti racionálního hodnocení a sebeovládání přetrvává nutnost ovlivňovat chování takových lidí jinak, obyčejně prostřednictvím jiné osoby. Ochota mentálně postižených lidí, s níž se podřizují různým požadavkům a pokynům, je spojena s potřebou být za jejich plnění pozitivně hodnocen a akceptován. Autoregulace mentálně postižených je ovlivněna jejich **zvýšenou sugestibilitou a horším ovládáním vlastních prožitků**. Přednost má takové jednání, které může přinést bezprostřední uspokojení. Jednání, které nic příjemného nepřináší, není v tomto případě ničím motivováno. Lidé s méně závažným mentálním defektem jsou schopni si osvojit základní normy chování a mohou pociťovat stud, resp. někdy dokonce i vinu, jestliže je nějak překročí. (Předpokladem k takovému rozvoji je dosažení mentální úrovně odpovídající alespoň předškolnímu věku.)

Zvnitřnění základních norem chování je pomalejší a jejich vliv na chování bývá dost stereotypní. Mentálně retardovaní je nedovedou uspokojivě aplikovat na různé situace. Vůle se u většiny mentálně postižených nevytváří. Ve fázi rozhodování dávají tito lidé jednoznačně přednost aktuálně atraktivním motivům. Rozumové hodnocení a odstup od citového prožitku jsou pro ně příliš náročné. Ve fázi uskutečňování jakéhokoli plánu zůstává problémem obtížnost sebeovládání a snadná odklonitelnost jinými, atraktivnějšími motivy.

### 10.3.3 Socializace mentálně retardovaných

Socializace mentálně retardovaných dětí je opožděna. Vazba na matku přetrvává dlouho ve své původní, symbiotické podobě. Mentálně retardované dítě obyčejně nemá rozvinuty všechny kompetence, které jsou k osamostatnění potřebné, a tudíž nemá ani potřebu emancipace. V oblasti sociální interakce nejvíc chybí jak základní porozumění řeči, tak neschopnost samostatného vyjádření. Mnohé projevy chování mentálně postižených jsou hodnoceny jako problémové, aniž kdokoli vezme v úvahu, jaký má pro tyto lidi daná reakce význam. Těžce mentálně postižení často nejsou schopni slovně sdělit svoje pocity, a vyjadřují





proto svoje potřeby jiným způsobem, neverbálně. **Jejich chování je způsobem komunikace,** jeho prostřednictvím o sobě sdělují důležité informace.

Může to být pro ně efektivní: když dítě tluče hlavou o zem, upoutá rychleji pozornost, než kdyby zvolilo jiný způsob. Mentálně postižení mají tendenci dosáhnout žádoucího cíle rychle a bezodkladně. Efektivnost účinku či míra námahy, kterou vynaloží na určitý způsob komunikace, ovlivní pravděpodobnost jeho opakování v budoucnosti.

Jiné nápadnosti v chování, např. pohybové automatismy, přetrvávají u mentálně postižených dětí mnohem delší dobu. Mohou mít kompenzační význam – nahrazují nebo vyrovnávají subjektivně nepřiměřenou stimulaci. Lze je považovat za obranné reakce. Autostimulace (event. sebepoškozování) jakéhokoli druhu může sloužit jako náhradní podnětový přísun, jestliže dítě v této oblasti strádá. Na druhé straně může takový zjednodušený a stereotypní pohyb fungovat jako mechanismus uvolňující napětí, vyvolané přetěžováním postiženého dítěte.

Komunikace zdravých dospělých s mentálně postiženými bývá charakteristická **menší empatií, je schematičtější, protektivnější a obyčejně trvá kratší dobu**. I tato situace bývá stereotypní. Zdraví lidé často nedovedou svůj přístup změnit – např. z důvodů neznalosti, časové náročnosti či nedostatku respektu k možnostem mentálně retardovaného atd.

Mentálně postižené děti jsou i v sociální oblasti spíše v roli pasivního příjemce, závislého na aktivitě dospělých. Preferují stereotyp, to znamená kontakt se známými lidmi, kteří se budou chovat srozumitelným způsobem. Neznámé situace i neznámí lidé vyvolávají strach a obranou je fixace na matku nebo na známé prostředí. Postižené děti mohou sice pozorovat různé lidi a různé sociální interakce, ale obtížně chápou jejich podstatné znaky a smysl takového chování. Proto je i učení nápodobou méně efektivní. Infantilismus v diferenciaci jednotlivých rolí se projevuje např. obtížemi v odlišení vhodného chování v různých situacích. Určitým problémem je i jejich větší izolace.

Mentálně retardovaní lidé mohou být v oblasti socializace handicapováni dvěma způsoby: jednak vlastním **primárním defektem**, jednak z něj vyplývajícím **nedostatkem zkušeností**. Jsou většinou schopni zvládnout alespoň některé základní normy chování, jednoduché komunikační dovednosti a sociální návyky. To vše jim posléze usnadňuje adaptaci v jiném prostředí, než je vlastní rodina. K rozvoji těchto dovedností, tj. k samostatnosti a přijatelnému chování, směřuje výuka všech mentálně postižených.

**Dospívání** ovlivňuje vývoj mentálně retardovaných mnohem více biologicky než psychosociálně. Ani v této době nemá velká většina mentálně postižených potřebu osamostatnění, a nemá k tomu ani potřebné kompetence. Určitý problém může představovat nově vzniklá **sexuální potřeba**, ale ani ta se u všech mentálně postižených nevytváří. Někdy jde spíše o vyjádření touhy po blízkém člověku. Sexuální potřeba bývá obyčejně uspokojována autostimulací, někdy se v této souvislosti objeví nějaké nápadnosti v chování, např. obnažování na veřejnosti, vzácněji neselektivní sexuální ataky apod. Mentálně postižený člověk si s vlastní sexualitou neví zpravidla rady, nemá příležitost ji uspokojit a často ani sám neví, jak by to měl udělat. Může se proto stát obětí sexuálního zneužívání. Pro svou sugestibilitu, závislost a neschopnost

obrany jsou zneužíváním jakéhokoli typu zvýšeně ohroženi. Některá ústavní zařízení umožňují mentálně postiženým partnerský život (samozřejmě s patřičnou antikoncepcí i sociální podporou). V rodině to obvykle možné není; sami rodiče takto postižených lidí se tomu většinou intenzivně brání, připadá jim to nepatřičné.

V období rané dospělosti dochází někdy i ke **zvýšení agresivity**. Někdy jde o důsledek stresujícího působení sociálního prostředí, které mentálně retardovaný nechápe: může jít o odmítání, zavrhování a omezování, které je pro takového člověka neúnosné apod. Jindy jde spíše o vliv biologických faktorů, jako je např. zvýšená dráždivost a sklon k impulzivním reakcím u lidí s organickým poškozením mozku. V tomto případě ještě umocněném neschopností chápat význam různých pravidel chování (a z nich vyplývajících omezení) a ovládat v tomto směru svoje jednání. Sociálně maladaptačně působí i **nezvládnutí vlastní fyzické síly** a nedostatek pochopení či anticipace následků vlastního jednání.

□ Podobné potíže se mohou objevit i u jedinců, kteří se dosud chovali přijatelně, mají rodinné zázemí, a přesto je pro ně nová situace subjektivně těžko únosná. Příkladem může být mentálně postižený muž (31 let), který žil se svým otcem bez větších konfliktů. Problémy se objevily teprve v souvislosti s pokusem o zapojení do zaměstnání, do něhož odmítal chodit, nechtěl pracovat a nechtěl respektovat otcovy požadavky (vztahující se např. k osobní hygieně, sebeobsluze, pomoci s domácími pracemi apod.).

Podobně selhal v zaměstnání i jednadvacetiletý mentálně postižený mladík. Několik pokusů o jeho pracovní začlenění skončilo konfliktem v důsledku negativistického a občas i agresivního chování k nadřízené autoritě. Nebyl schopen pracovat sám, na kritiku reagoval nepřiměřeně. Nedokázal zvládnout ani omezení dané režimem psychiatrické léčebny, kam byl umístěn na diagnostický pobyt. Matka jej z léčebny vzala předčasně domů, ale problém se tím nevyřešil. Po několika měsících nečinnosti se zvýšila jeho nezvladatelnost a agresivní projevy se vystupňovaly natolik, že matku fyzicky napadl. Fyzická síla nebývá v těchto případech regulována rozumovou úvahou (to ovšem někdy nedovedou ani zdraví lidé).

Pracovní uplatnění mentálně postižených lidí je možné, pokud vykonávají práci, která odpovídá úrovni jejich myšlení, koncentraci pozornosti a nevyžaduje rychlé reakce a častou změnu pracovních operací. Takto postižení lidé se nejlépe uplatní v klidném prostředí, kde se nestřídá velké množství neznámých lidí. Pokud není takový člověk manuálně zručný, nemůže být jeho práce náročná na senzomotorickou koordinaci a přesnost. **Přes všechny obtíže je přijatelná pracovní činnost pro mentálně postižené lidi užitečná, rozvíjí a uchovává jejich kompetence a dává jejich životu náplň.** Proto je rozvoj takové činnosti jednou z důležitých oblastí jejich výchovy. Přijatelné zvládnutí profesní role u lidí s lehkým mentálním postižením nezávisí jen na inteligenci, ale i na motorických schopnostech, osobnostních vlastnostech, motivaci (související s rodinným hodnotovým systémem) a na obecné sociální adaptabilitě (Langer a Novotná, 1990).





## Shrnutí

Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností. Příčinou je porucha CNS. Hranicí mentální defektivity je IQ 70. Kvalitativní hodnocení zahrnuje posouzení míry využitelnosti zachované inteligence.

Lidé postižení mentální retardací bývají ve větší míře závislí na společnosti. Jejich soběstačnost lze ale rozvíjet, a to i v dospělosti. Jakákoli zvládnutelná pracovní činnost uchovává jejich kompetence a dává jejich životu náplň.

## Kontrolní otázky

- Jak lze definovat mentální retardaci?
- Jaké mohou být příčiny vzniku mentální retardace?
- Jakým způsobem ovlivňuje mentální retardace myšlení, učení a rozvoj řeči?
- Jakým způsobem ovlivňuje mentální retardace základní psychické potřeby postiženého?
- Zkuste si představit, jak prožívá mentálně postižený člověk různé sociální situace.

# 11 Pervazivní vývojové poruchy

Pervazivní poruchy **závažným a komplexním způsobem poškozují psychický vývoj** takto postižených dětí. Nejvýznamnější poruchou této kategorie je **dětský autismus.**

Přestože má autismus mnohé společné znaky se schizofrenií, je třeba jej odlišit. Dětský autismus je jinou nosologickou jednotkou, než je schizofrenie (Gelder a kol., 1996). Zásadní rozdíl spočívá v tom, že autismus je vrozenou poruchou poznávacích procesů a socializace, zatímco schizofrenie je psychotické onemocnění, které se projevuje až později. Schizofrenie vede ke změně již rozvinuté osobnosti a jejích struktur. Vývoj autistických dětí je odlišný již od počátku života.

## 11.1 Dětský autismus

□ Devítiletý David je jedináček, žije se svou rozvedenou matkou a babičkou. Nyní navštěvuje zvláštní školu. Od počátku jeho vývoje byl zřejmý nezájem o kontakt s lidmi. Mluvit začal pozdě a v jeho verbálním projevu byly zřejmé nápadnosti: O sobě mluví ještě v současnosti ve třetí osobě („David má hlad"). Mnohá slova používá nesprávně. Má tendence opakovat to, co řekne někdo jiný. Na příkazy a pokyny nereaguje. Má rád, když se v jeho okolí i v denním režimu nic nemění. Ve hře se projevuje stereotypie, dovede si hrát s jednou hračkou stejným způsobem velmi dlouho a opakovaně. Ve škole se projevuje obdobně. Je schopen se látku naučit a reprodukovat ji, vůbec ale nechápe smysl hodnocení, pochvala či známky jsou mu naprosto lhostejné. Dětí si nevšímá, nevěnuje jim vůbec žádnou pozornost. Na učitelku reaguje jen někdy, po jejím opakovaném úsilí upoutat Davidovu pozornost. Jeho prognóza není zatím jednoznačná, pozitivní skutečností je relativně dobrý školní prospěch.

Autismus je souhrnný název pro různé, často obtížně diferencovatelné varianty obdobné poruchy. Dětský autismus postihuje přibližně 3–5 dětí z deseti tisíc; bývá častější u chlapců než u dívek (Rutter, 1985). Poprvé jej popsal v roce 1943 L. Kanner.

Příčinou onemocnění je organické postižení mozku, jeho přesná etiologie není známa. Nelze však pochybovat o převážně genetickém předurčení vzniku této choroby. Faktory vnějšího prostředí zde nehrají podstatnou roli (Gelder a kol., 1996).

Environmentalistická teorie vzniku autismu byla aktuální v 60. letech. Psychoanalyticky orientovaní autoři předpokládali, že se na vzniku poruchy podílí citová chladnost matek a jejich neschopnost uspokojovat emoční potřeby malého dítěte. Představitelem tohoto směru byl např.





B. Bettelheim. V současnosti se tato teorie již považuje za překonanou (Schopler a Mesibov, 1997).

**Základní symptomy autismu** lze rozdělit do dvou skupin (volně podle Nesnídalové, 1994, DSM-IV, 1994; Geldera a kol., 1996; Schoplera a Mesibova, 1997):

1. **Negativní symptomy,** představující nedostatek či chybění určitých standardních projevů, zahrnují:
   - poruchy socializace;
   - poruchy poznávání, tj. narušení orientace v prostředí;
   - poruchy rozvoje řeči, především v oblasti její komunikační funkce.
2. Výkyvy v chování, které je možné řadit do kategorie tzv. **pozitivních symptomů** (představují nadměrné nebo zkreslené projevy normálních funkcí): Jsou to odchylky a nápadnosti v chování, které často působí jako další překážka přijatelné socializace. Patří sem např. autostimulace, sebezraňující chování atd. Některé odchylky v chování lze posuzovat jako sekundární důsledek autistické poruchy.

### 11.1.1 Porucha socializace

**Pro autistické děti je typická trvalá neschopnost navazovat sociální vztahy, zejména emocionálního charakteru.**

Autistické děti často nerozlišují lidské bytosti od neživých objektů, oboje má pro ně stejný význam, k oběma se chovají stejným způsobem. Již od počátku svého vývoje **nereagují na běžné sociální signály**, např. na oční kontakt, úsměv a emoční projevy. **Odmítají sociální kontakt, nedovedou navázat citový vztah.** O lidi nemívají zájem, nechtějí se ani mazlit. Nejsou schopné přijímat lásku, tj. pozitivní citové projevy, a opětovat je, nevytvoří si trvalý a hluboký citový vztah k matce ani k jinému člověku. (Podobně nechápou hostilitu a nebrání se, jestliže je někdo ohrožuje – např. v dětské skupině.) Nerozlišují projevy pozitivního a negativního citu, navíc je jim stejně oboje lhostejné až nepříjemné. Nejsou schopné **empatie**, nechápou pocity jiných lidí a nejspíše si vůbec neuvědomují, že něco takového existuje. Nechápou důvody jednání druhých lidí. R. Nesnídalová (1994) uvádí, že *„kdyby se dospělí nepokoušeli vstoupit do sféry dítěte, dítě by se jich dotýkalo stejně jako psacího stolu nebo skříně"*.

Neschopnost socializace se projevuje i ve vztahu k běžným požadavkům. Autistické děti nerozlišují jednotlivé sociální situace, nechápou jejich smysl, nediferencují ani mezi různými lidmi. Nechápou rozdíly mezi cizími a blízkými, mezi muži a ženami. Jejich jediným rozlišovacím mechanismem je pro ně rozdíl mezi obvyklým a novým.

Protože nedovedou navázat hlubší vztah s jiným člověkem, chybí jim zkušenost prožitku svého vlastního významu pro druhého člověka. To znamená, že jim chybí mnohé informace, nezbytné pro rozvoj vztahu k sobě samému, který zahrnuje sebehodnocení a sebeúctu. Autistické dítě není schopné získat takovou zkušenost. Dochází zde k poruše chápání a k chybnému hodnocení rozdílu mezi „já" a „ne-já". Hranice vlastní bytosti není příliš jasná. Autistický jedinec nedovede ani v pozdějším věku pochopit specifičnost své vlastní identity. Vlastní tělo považuje za předmět na úrovni jakéhokoli jiného objektu a manipuluje s ním stejně jako s čímkoli jiným. Jelikož mu chybí vědomí odlišnosti, specifičnosti i celistvosti vlastní osobnosti, nastává určitý problém i s ovládáním sebe sama, např. svého chování nebo obsahů vlastního vědomí.

### 11.1.2 Odlišnost poznávacích procesů

Autistické děti mají **potíže v orientaci ve světě**, špatně chápou význam a rozdíly různých objektů a situací.

#### Smyslové vnímání

Autističtí jedinci zpracovávají smyslové podněty jinak, než je obvyklé. Nevnímají svět standardním způsobem a preferují jiné smyslové kvality než jejich vrstevníci. Jejich preference odpovídají poznávacím strategiím mnohem mladších dětí. (Totéž je možné pozorovat v případě manipulace s objekty, tedy při hře.) Autistické děti např. pro orientaci ve svém okolí preferují čichové informace, které jejich vrstevníci už téměř nevyužívají.

- **Sluchové vnímání** mívají velmi dobře rozvinuto, dovedou přesně diferencovat jednotlivé zvuky, aniž by ovšem odlišovaly zvuky řečové od jiných. Na některé zvuky bývají autistické děti přecitlivělé, odmítají je a reagují na ně až nepřiměřeným způsobem.
- **Zrakové vnímání** může být určitým způsobem modifikováno, a to na základě odlišného centrálního zpracování vizuálních informací. Z reakcí autistických dětí se zdá být pravděpodobné, že jde o nějaký typ dysgnózií, které je ochuzují o přínos významného zdroje informací. (Zde je určitá podobnost s vnímáním dětí, trpících centrálními poruchami vidění, jež nedovedou správně dekódovat ani jednodušší obrazce či lokalizaci v prostoru. Nepříjemné napětí, které taková, mnohdy dost neúčinná aktivita vyvolává, vede ke generalizovanému odmítání nových zrakových podnětů.)

**Odlišnost smyslové percepce, resp. jejího zpracování,** se projevuje zvýšenou citlivostí i na běžné podněty, jež u osob s autismem mohou vyvolávat z objektivního hlediska přehnanou reakci (která je subjektivně adekvátní, protože běžný podnět na postiženého velmi silně působí).

#### Myšlení

Poruchy kognitivních funkcí se projevují tím, že autistické děti nejsou schopné anticipovat důsledky svého jednání, nejsou schopné plánovat nebo odložit nějakou činnost. Nedovedou koncentrovat pozornost na komplexnější podněty, což znamená, že jsou schopné vnímat své okolí jen ve velmi omezeném rozsahu. Autistické jedince je navíc obtížné nějakým způsobem motivovat, protože pro





ně sociální ocenění, např. úspěch a uznání, nemá žádnou hodnotu. Jsou schopni reagovat pouze na materiální odměnu, např. na bonbony.

Autistické děti se **hůře učí, nedovedou generalizovat** svou zkušenost. (Schreibmanová uvádí jako příklad neschopnost autistického dítěte využít dovednosti, které se naučilo ve škole, i v jiné situaci, např. doma – in Schopler a Mesibov, 1997.) Proto je jakákoli změna dezorientuje a uvádí do ještě většího chaosu. Z toho důvodu všechny nové podněty odmítají a reagují na ně úzkostí. Nejsou zvídavé a spontánní, rozmanitost světa je jim nepříjemná, protože potřebují zachovávat velmi rigidní řád, kterému jsou schopny lépe porozumět. Tuto potřebu navíc posiluje časté snížení úrovně rozumových schopností.

Jak již bylo řečeno, autistické děti nediferencují mezi živými bytostmi a neživými objekty. Pokud by se zde projevovaly nějaké rozdíly, převažovala by jednoznačně preference neživých věcí. Odlišný vztah ke světu je zřejmý i z nápadností manipulace s různými objekty, např. z obliby stereotypní manipulace s předměty, které už nejsou pro jejich vrstevníky zajímavé. Stejně tak je upoutávají věci, jež se samy nějak stereotypně pohybují. Líbí se jim např. točení kolečkem, otáčení provázku, sledování pračky atd. Tendence ke stereotypu je zřejmá i z jejich výtvorů, např. kreseb. Jeden autistický chlapec kreslil stále jen švestky, jiný stabilně zobrazoval místo lidí lahvičky (Nesnídalová, 1994), další adolescentní autista maloval mnoho let stejné, schematické postavy atd. Stereotypní bývá i autostimulace těchto dětí (otáčejí se dokola, točí prsty atd.). Stereotyp je pro autistické děti pravděpodobně přitažlivý tím, že je nezatěžuje.

Nápadnosti ve zpracování informací často souvisejí i s celkově limitovanými rozumovými kompetencemi. **Mentální retardace postihuje 75 % autistických dětí** (Gelder a kol., 1996). Na druhé straně v odborné literatuře často nacházíme popisy případů autistických pacientů mimořádně jednostranně nadaných např. pro hudbu a zpěv, numerické matematické operace, s dokonalou mechanickou pamětí apod. (Halkin a Whitbourne, 1994).

### 11.1.3 Porucha rozvoje komunikace

**Autistické děti nedovedou a ani nemají potřebu komunikovat standardním způsobem.** Obvyklý komunikační význam nemají ani jejich mimické a pantomimické projevy. Pokud jsou takové děti vmanipulovány do nějakého kontaktu, nedívají se lidem do očí, neusmívají se a chovají se k partnerům stejným způsobem jako k věcem. **Řeč je vždycky nějak nápadná.** Buď se nevytváří vůbec, nebo je jen velmi primitivní. Vývoj řeči má velmi často zvláštní charakter: děti nežvatlají, ale začnou hned mechanicky opakovat celé věty. Jak ovšem zdůrazňuje R. Nesnídalová (1994), nejde jen o pouhé opoždění řečového vývoje. Nejdůležitější je totiž skutečnost, že **řeč není používána ke komunikaci**, většinou jde spíše o repetitivní monolog než o dialog. Verbální projev autistů obsahuje četné echolálie – dítě opakuje to, co řekl druhý člověk, avšak bez porozumění, bez potřeby pochopit obsah. Protože verbální celek pro ně nepředstavuje smysluplné sdělení, nedodržují správný slovosled, v psaném i mluveném projevu autistických dětí mohou některá slova chybět, jiná mohou být zkomolená atd. Autistickému dítěti je to v zásadě jedno, protože stejně



**Obr. 11.1:** Stereotypní kresby autistického chlapce adolescentního věku.

nefungují jako informace, která by mohla být určená někomu jinému. Děti reprodukují řeč stejně jako jiné zvuky, které slyšely. Obvyklá bývá **neschopnost užívat osobní zájmena**, především zájmeno „já". Děti o sobě mluví ve druhé nebo ve třetí osobě, popř. vůbec ne. Často nedovedou správně užívat ani jiné slovní výrazy. Nechápou smysl slov či vět. Někdy se naučí číst, ale nerozumí obsahu čteného textu, nedovedou vyprávět. Nápadný bývá i **nepřirozený přízvuk** verbálního projevu. Chybí potřeba komunikovat standardním způsobem, proto chybí i motivace k rozvoji příslušných dovedností.

Na druhé straně mohou komunikační funkci zastávat různé nápadné a neobvyklé projevy chování autistických dětí (např. výbuchy vzteku, agrese a sebezraňování). Podle E. G. Carra (1988 – in Schopler a Mesibov, 1997) jde o jakousi primitivní variantu komunikace, např. sdělení v situaci, kdy dítě není schopné vyjádřit svoje pocity a potřeby jiným, adekvátnějším způsobem. Obdobně se chovají i těžce mentálně retardovaní lidé.





### 11.1.4 Odchylky a nápadnosti v chování

Autistické děti sice odmítají emoční kontakt, ale dovedou citově reagovat. Jejich emoční projevy bývají obvykle výrazem negativní reakce na různé zátěže, s nimiž se nedovedou vyrovnat. Mohou vyplývat z neschopnosti přijatelné orientace v okolním světě, z jeho nároků, ze subjektivně nezvládnuté situace i ze zvyšujících se pocitů úzkosti. Úzkost se může projevit ve formě afektu – vzteku či agrese. Takové prožitky samozřejmě posilují nechuť ke kontaktu s okolím. (Zlostné či agresivní chování lze chápat i jako určitý pokus o komunikaci s okolím.) Dítě své pocity vyjadřuje tak, jak dovede, a tímto způsobem je musíme také interpretovat. Občas mají takové projevy charakter **sebepoškozování**. I toto chování lze chápat jako nevhodný způsob vyjádření nesnesitelného napětí a úzkosti. Sebepoškozování funguje jako obrana v silně stresující situaci, kterou dítě nedovede zvládnout lépe. Může být i projevem neschopnosti odlišit sebe sama od svého okolí, výrazem změny citlivosti k bolesti apod.

Potřeba **stálosti a neměnnosti okolí** vede k tendenci fixovat, konzervovat stávající situaci. Brání se jakékoli změně ve svém denním programu i v uspořádání prostředí. Vyžadují, aby jejich věci byly stále na stejném místě. Jakékoli změny a odchylky od obvyklého pořádku odmítají, někdy i velice bouřlivě. R. Nesnídalová (1994) uvádí příklad, kdy autistický chlapec nelibě nesl, že v kalendáři byl v přechodném roce uveden 29. únor, a snažil se jej červenou tužkou opravit.

Tendence k rigiditě a stereotypu se projevuje i v chování autistických dětí. Většina jejich aktivity spočívá v **rituálech**, spontánní projevy jsou pro ně velmi vzácné. Rituály jsou velmi důležité, neboť autisty uspokojuje, když mohou určité úkony provádět ve stále stejném pořadí, na stejném místě a stejným způsobem. Pokud by byl jejich rituál něčím narušován, reagovaly by silně odmítavě.

U autistických dětí lze pozorovat zvláštní **pohybové automatismy**, které mají pravděpodobně ráz **autostimulace** – například točení a mávání rukama, chození dokola, větší sklon masturbovat apod. Takové chování může být projevem potřeby subjektivně přiměřené stimulace, kterou nemohou jinak uspokojit.

Autistické děti nereagují standardním způsobem, nejsou schopné diferencovat mezi reálně indiferentními a potenciálně ohrožujícími podněty. Vylekají se např. při zhasnutí světla, na druhé straně však nemají strach z jedoucích aut apod. Na nevýznamný podnět mohou reagovat afektivním výbuchem, především pak vztekem nebo strachem. I vnější projevy emočních prožitků jsou u autistických jedinců nestandardní. Někdy u nich lze pozorovat např. bezdůvodný smích, který nemá žádný vnější důvod. Na druhé straně se v literatuře běžně uvádí jejich neschopnost plakat. Nanejvýš reagují křikem.

### 11.1.5 Prognóza

**Prognóza dětského autismu nebývá v průměru příliš dobrá.** M. Gelder a kol. (1996) uvádějí, že se do 6 let věku zlepší pouze 10–20 % takto postižených dětí, i v dospělosti zůstává 60 % postižených závislých na rodině nebo na instituci. I tehdy, když se jejich stav celkově zlepší, často nadále přetrvávají problémy v komunikaci, emoční chladnost a podivné chování. Značnou zátěž představuje i vysoká četnost mentálního postižení.

Chování autistického dítěte je rušivé a pro jeho nejbližší okolí velmi zatěžující. Pro další rozvoj takového dítěte je důležité včasné zjištění poruchy a všestranná podpora jeho rodiny. Rodiče většinou nechápou o jaký typ poškození jde, a proto mohou mít pocity viny nebo se cítí být neschopni takové dítě odpovídajícím způsobem vychovávat. (To se děje zejména tehdy, když mají v důsledku neinformovanosti nepřiměřeně vysoké nároky.) Autistické děti mohou být již v předškolním věku zařazovány do speciálních pedagogických center, mateřských škol a později do specializovaných vzdělávacích zařízení. Integrace do běžných typů škol nebývá příliš účelná, i když se v literatuře objevují také opačné názory. Náročnost takové sociální situace je pro autistické děti tak velká, že z ní nemohou mít pro svůj rozvoj žádný užitek. I v dospělosti bývá jejich sociální zařazení obtížné. Potřebují chráněné bydlení a zaměstnání, pokud jsou vůbec nějakého schopné. Často proto končí v ústavním zařízení (Nesnídalová, 1994). Takto postižení lidé se potřebují naučit základním, sociálně nezbytným dovednostem, jakémusi **minimálnímu sociálnímu standardu**, který by jim umožnil alespoň nějakou, obecně **přijatelnou adaptaci**. K tomuto minimu by mělo směřovat veškeré terapeutické úsilí.

## 11.2 Další pervazivní vývojové poruchy

Kromě časného dětského autismu se do kategorie pervazivních vývojových poruch zařazují i další onemocnění. K rozvoji autistického syndromu může dojít i později, po určitém období normálního raného vývoje. V takovém případě se vzniklá porucha označuje jako *dezintegrační psychóza v dětství* nebo Hellerův syndrom. (Normální vývoj v tomto případě zpravidla probíhá do dvou let věku – Halgin a Whitbourne, 1994.) Postiženy jsou již získané dovednosti v oblasti motoriky, řeči, ale i kontrola vyměšování aj.

*Aspergerův syndrom* je charakteristický disharmonickým vývojem osobnosti s převažující závažnou poruchou v oblasti sociálních vztahů. Na rozdíl od raného autismu je inteligence a řeč postižených jedinců zpravidla v normě (Krejčířová, 1997).

Jak je zřejmé, pervazivní vývojové poruchy představují sice vzácná, ale velmi závažná postižení, která kladou na rodiče i na profesionály neobyčejné nároky z hlediska odborných znalostí i nasazení a trpělivosti.





## Shrnutí

Dětský autismus je představitelem skupiny pervazivních vývojových poruch, tj. poruch vznikajících již v dětství, které mají hluboký dopad na psychický a sociální život postiženého. Jde o vzácné vrozené postižení, převážně dětí mužského pohlaví. Základními symptomy autismu jsou porucha socializace, poznávání a orientace v prostředí, neschopnost adekvátní komunikace a četné nápadnosti v chování. Typické projevy chování autistického dítěte, např. sebepoškozování, jsou sociálně nápadné a rušivé. Autismus bývá často spojen s mentálním postižením. Prognóza autismu není příliš dobrá. Většinou je nezbytná celoživotní péče rodiny či instituce.

### Kontrolní otázky

- Jak lze charakterizovat dětský autismus?
- Jaké jsou příčiny tohoto onemocnění?
- Jaké jsou hlavní nápadnosti v chování autistických dětí?
- Jaká je prognóza autismu?

# 12 Psychotická porucha jako psychosociální problém

Psychotické poruchy jsou charakteristické ztrátou schopnosti adekvátní orientace v sobě samém i v okolním prostředí (Smolík, 1996). Jejich nejtypičtějším případem bývá schizofrenie, jejímž specifickým znakům je věnována následující kapitola.

## 12.1 Postoje společnosti k nemocným s psychotickou poruchou

Vážná duševní nemoc funguje jako silné **sociální stigma**. Pokud se člověk nedokáže alespoň minimálně přizpůsobit běžným požadavkům společnosti, vyvolává negativní odezvu okolí. Běžnou reakcí na odchylku od normy je odmítání odlišného jedince, popř. tendence k jeho úplnému vyloučení ze společnosti.

Člověk trpící psychózou se do takovéto situace dostává velmi snadno. Nezvyklé projevy chování, vyplývající z jeho choroby, mu v očích okolí dávají pečeť podivného, nenormálního jedince. Jeho sociální status je mnohem nižší než status somaticky nemocného: Postoj k duševně nemocným je z racionálního hlediska charakterizován sníženou mírou porozumění podstatě takové choroby, z emocionálního hlediska jde v nejlepším případě o ambivalentní postoj, spojující soucit a odmítání. Mnohdy zde převažují negativní pocity, nechuť a odpor, které vyplývají zejména z problematické komunikace a z obtížnosti usměrňování nepříjemných projevů nemocných.

Při svém prvním setkání s duševní chorobou **se laik orientuje především emocionálně**, tedy **pomocí pocitů a iracionálních předsudků**. Obvykle nebývá dostatečně informován a je velmi pravděpodobné, že by ani nebyl schopen případné informace adekvátně využít.

> Setkání s duševně nemocnými obvykle nevede (na rozdíl od zkušenosti z kontaktu s tělesně nemocnými) k navození pocitu ohrožení podobnou chorobou a k uvědomění si vlastní zranitelnosti. V této oblasti totiž fungují obranné mechanismy jinak. Laik si není ochoten připustit, že by také on mohl onemocnět duševní chorobou, zatímco si téměř vždy připustí možnost onemocnění somatického.

V každé společnosti se pod vlivem tradice i aktuálního sociokulturního standardu vytváří určitý **stereotyp pojetí duševně nemocného**, tj. soubor vlastností, které jsou takovému člověku automaticky přičítány. Jakmile se nemocný člověk přestává chovat standardním způsobem, jeho okolí na to velice rychle





reaguje. V této době začíná tzv. **značkovací proces**: duševně nemocní jsou ohodnoceni jako bytosti obtížné a svým způsobem méněcenné.

> Laické postoje se v průběhu tohoto procesu do určité míry mění. Laik věří, že pozná duševně nemocného již podle vzhledu. Myslí si, že má *„v sobě něco, čím se liší od zdravých"* (Janík, 1987, s. 73). Pozornost laiků se soustřeďuje především na oči a jejich výraz. To neudivuje, protože oči mají v neverbální komunikaci obecně značný význam. (Do této kategorie mohou patřit výroky jako *„je mimo"*.) Obdobný význam má i celkový výraz obličeje, a vůbec všechny mimické i pantomimické projevy. Neverbální komunikační aktivity mají totiž své patologické varianty, laicky klasifikované např. výroky *„směje se jako blázen"*. Podobným způsobem hodnotí okolí i řeč, její formální i obsahovou stránku (např. *„mluví z cesty"*).
>
> Nejvýznamnějšími identifikačními kritérii duševní poruchy jsou pro laiky nápadnosti v reakcích a v chování (které jsou považovány za důsledek *„ztráty rozumu"*). Takové projevy signalizují neschopnost adaptace na běžné podmínky. Odlišnost a nepřiměřenost jednání patří k důležitým rozpoznávacím znakům (*„chová se jako blázen"*, *„jedná jak smyslů zbavený"*). Podle laiků je nedostatek rozumného uvažování příčinou takového chování, jakého by se myslící člověk nikdy nemohl dopustit. Laický názor na subjektivní prožívání duševní choroby samotným postiženým je rovněž svérázný. Předpokládá se, že duševně nemocný *„neví, co dělá"*, *„nic nechápe"* a *„nic si nepamatuje"*. Tvrzení duševně nemocného považuje veřejnost už primárně za podezřelé a nedůvěryhodné. Není tudíž zvykem takovému člověku věřit, ať už povídá, co chce. Je to blázen, takže ani nelze očekávat, že by se mohl chovat jinak (podle Janíka, 1987).

Odlišné chápání světa, neschopnost porozumět i běžným situacím a zdánlivé chybění logiky v uvažování nemocných psychózou, vyvolávají u laické veřejnosti přesvědčení o jejich nevyzpytatelnosti. Tento názor většinou nevyplývá z vlastní zkušenosti s nemocnými, ale ze zafixovaného, stereotypního postoje dané společnosti. Již pouhá přítomnost člověka s vážnou duševní chorobou laiky znepokojuje, protože nemocný se, na rozdíl od zdravých lidí, neřídí běžnými pravidly a normami, a jeho chování může být zcela nepředvídatelné. Z toho důvodu se ho ostatní lidé raději straní. Laik sice ví o různých potížích, které se týkají samotného nemocného, hlavní roli v hodnocení takových lidí hrají však odchylky těch kompetencí, jež se projeví narušením chování.

Laické hodnocení duševně nemocného je ovlivněno jeho sníženou schopností adekvátní orientace ve světě a nedostatečnou regulací vlastního chování. Ve stereotypu obrazu duševně nemocného je zdůrazněno nerespektování běžných sociálních norem a z toho vyplývající narušení sociálních vztahů. Nemocný trpící psychózou působí sobě i svému okolí mnohé potíže. Veřejnost se ve vztahu k nepřijatelnému chování takového člověka cítí bezmocná, neboť zde nemůže uplatnit běžné prostředky, které bývají účinné při regulaci chování zdravých jedinců v obvyklých sociálních situacích. Odlišné chování je sice součástí role také u somaticky nemocných, ale ti mívají na svou situaci náhled, zatímco duševně nemocným trpícím psychózou soudnost chybí. Nelze se s nimi snadno domluvit o žádoucí variantě chování, tj. o určité normě. Potom ovšem nelze snadno vyžadovat ani její dodržování. Neschopnost psychózou trpícího člověka diferencovat různé sociální situace a volit jim přiměřené chování je hodnocena jako zásadní nedostatek, z něhož vyplývá zvýšená závislost na nejbližším okolí, resp. instituci.

Nemocný bývá posuzován jako osoba nesvéprávná, nedostatečně kompetentní k rozhodování o čemkoli, tedy i o sobě samé. Manipulující a ochranitelský postoj veřejnosti vyplývá z běžného stereotypu pojetí duševně nemocného. Takového člověka je třeba chránit před ním samým a zároveň je nutné ho izolovat, aby nebyl nebezpečný společnosti. K. Dorner (1971, v Janík, 1987, s. 73) upozorňuje na podobnost v přístupu k duševně nemocným a k asociálním jedincům. V obou případech totiž bývá tolerováno použití násilí. Děje se tak poměrně často, protože chování nemocných s psychózou se laikům jeví jako nebezpečné a svým způsobem i neovlivnitelné. Umístění duševně nemocného v psychiatrické léčebně splňuje představu o ochraně pacienta a zároveň o jeho izolaci.

Na druhé straně instituce, které se o duševně nemocné starají, např. psychiatrické léčebny, vzbuzují ambivalentní pocity. Z hlediska veřejnosti konají sice činnost potřebnou, ale jinak jaksi podivnou, když už se zabývají takovými lidmi. I ony samy jsou určitým zdrojem stigmatizace, a proto je lépe se jim vyhnout.

### 12.1.1 Postoje rodiny k nemocnému psychózou

Nejasné vymezení etiologie duševních chorob, spojené s nedostatkem vědomostí o nich, posiluje totiž předsudky vůči nemoci i nemocnému. Když člověk neví, jak taková nemoc vzniká, vysvětluje si ji různým způsobem. To se projevuje i u rodinných příslušníků duševně nemocného. Lidé v okolí nemocného často mají pocit viny za to, že jejich blízký onemocněl, a cítí potřebu se této viny zbavit. Neznalost ovlivňuje i představu o možnostech nápravy, resp. léčby. Lidé si často neumí ani představit, co by se s takovou nemocí dalo dělat. Výsledkem bývají zcela logicky pocity bezradnosti a bezvýchodnosti, které posilují potřebu hledat nějaké, alespoň trochu přijatelné vysvětlení a z něho vyplývající řešení.

Příčinou udržování iracionálních postojů bývá i fakt, že psychóza se někdy i dost dlouhou dobu rozvíjí v soukromí, bez lékařské konzultace. Počáteční fáze mnohdy ani jako nemoc nevypadají. Laik sice ví, že se takový člověk změnil a nyní se chová divně, avšak neví proč a ani ho nenapadne, že by to byl jednoznačný signál duševní nemoci, případně si to myslet nechce a své hodnocení situace pod vlivem emočního tlaku nevědomě zkresluje.

□ Matka (74 let) pacienta trpícího paranoidní schizofrenií dlouhodobě hodnotila anomální projevy svého syna jako „charakterovou chybu", myslela si, že „má špatnou povahu", ale nebyla ochotna připustit, že jde o duševní onemocnění.

Psychóza se často ohlašuje různými **nespecifickými příznaky**, které se mohou vyskytovat i za jiných okolností. Jsou to např. úzkost, podrážděnost, vztahovačnost, pocity neskutečnosti, nepříjemné tělesné potíže, únava, nesoustředěnost, nespavost atd. Pacient se změněné situace bojí, ztrácí jistotu o sobě i o okolním světě, a proto se uzavírá. Odmítá kontakt se světem, jemuž přestal rozumět a který jej zároveň děsí. Je samozřejmé, že za této situace dochází ke změně i v rodinných vztazích a v celkové atmosféře rodiny. Ta bývá za těchto





okolností někdy až neúnosně napjatá a nepříjemná. Duševně nemocný se chová podivně, nelze se s ním domluvit, jeho projevy jsou nepřiměřené situaci i očekávání: ani takové, jako bývaly dříve, ani takové, jaké by měly být. Pacient se pod vlivem choroby změnil a rodina pak zcela logicky srovnává *„jaký byl dřív a jaký je teď"* (Kalina, 1987). Chování nemocného vzbuzuje u ostatních členů rodiny pocity ohrožení, provinění nebo zmatku, a podle toho se k němu také chovají.

Postoje a chování rodinných příslušníků se mohou změnit v situaci, kdy je nemocný vyšetřen a diagnostikován psychiatrem, tj. jakmile se rodina dozví, jakou chorobou nemocný vlastně trpí. **Potvrzení diagnózy vážného duševního onemocnění** působí na rodinu jako **zátěž**, resp. jako **trauma**, s nímž je nutné se nějak vyrovnat. Reakce rodiny na duševní onemocnění má svou vývojovou dynamiku a v průběhu času se mění.

Orientačně lze diferencovat několik typických fází zpracování tohoto typu zátěže (volně podle Kaliny, 1987; a Pfeifera, 1995):

1. Bezprostřední reakcí na zjištění vážné duševní choroby jednoho z členů rodiny bývá krátký **prožitek hrůzy**, neboť si rodina představí další důsledky, které v ní vyvolají pocity úzkosti a bezmoci. V této fázi bývá fakt duševní nemoci v plném rozsahu nepřijatelný, a proto je taková negativní informace popřena nebo alespoň bagatelizována. Člověk se brání předstíráním, že něco takového nemůže být pravda. **Popření skutečnosti je bezprostředním řešením nepřijatelné zátěže.** Rodinní příslušníci spolu hrají hru, že „se nic neděje, všechno je jako dřív". V této době se o problémech duševně nemocného nemluví, což je vlastně logické, neboť subjektivně nemoc vlastně neexistuje. Dominuje zde potřeba zakrývat a odmítat skutečnost, která je příliš nepříjemná, než aby se s ní mohl člověk tak rychle smířit. Vyjadřuje to i neschopnost najít jakékoli jiné, subjektivně přijatelné řešení. Příbuzní se často pokoušejí zatajit v nejbližším okolí fakt, že někdo z jejich rodiny trpí duševní chorobou. Tato tendence vyplývá mimo jiné z obecně platného postojového stereotypu, podle něhož je duševní onemocnění sociálním stigmatem. Rodina se za nemoc svého příbuzného stydí a cítí se být jejím prostřednictvím také nějak postižena, např. snížením své vlastní sociální prestiže.
2. Další fáze je charakteristická alespoň **částečným přijetím skutečnosti**. Obrana popíráním je příliš slabá, a proto nemůže dlouho vydržet. Chování nemocného či informace lékaře rodinné příslušníky přinutí, aby si přiznali, že člen jejich rodiny skutečně trpí vážným duševním onemocněním. Významným znakem uvedené fáze bývá **hledání příčin, resp. viny za vznik nemoci**. Je to fáze zaměřená na laickou analýzu situace, na „co jsme zavinili", popř. „co oni zavinili". Rodina hledá viníka onemocnění a mnohdy nachází zcela nesmyslné vysvětlení, které obyčejně dál narušuje rodinné vztahy. (Například rodiče mladých lidí trpících schizofrenií často obviňovali sami sebe a trápili se představou, co udělali špatně.) Někdy je za viníka vlastní choroby považován pacient, jenž poté bývá obviňován i za potíže, které rodině způsobil. Rodina ovšem hledá zavinění i u zdravotnického personálu a snadno se pak může stát agresivní a obtížnou. Běžnou reakcí bývá v tomto období i zklamání, hněv a zlost, jež lze interpretovat jako emoční vyjádření nezpracované zátěže. Rodina chápe duševní nemoc jako něco ponižujícího, jako slabost či selhání, popř. jako signál určité méněcennosti. Duševně nemocný poškodil její pověst. Takový postoj vede k očekávání změny reakcí širšího okolí, kterých se rodina bojí, a proto se ve vztahu k nim stává přecitlivělou.
3. Následující fáze je charakterizována **dosažením určité úrovně zpracování problému**, z čehož vyplývá **potřeba hledat pomoc a uzdravení**. Laik je přesvědčen,

že musí existovat nějaká taková možnost. Bezmocnost, kterou často prožívají příbuzní duševně nemocného, představuje značnou psychickou zátěž. Proto hledají jakoukoli pomoc, i když nevypadá příliš realisticky. (Podobná snaha se objevuje u příbuzných lidí s nevyléčitelným onemocněním.) Pokud jsou všechny pokusy marné, dochází časem k rezignaci, k pocitu marnosti, k přesvědčení, že stejně žádná pomoc neexistuje.

4. Léčba psychotického onemocnění nebývá rychlá a často není ani tak efektivní, jak by si rodina představovala a přála. Z toho vyplývá i riziko zvýšené **únavy a následné rezignace rodinných příslušníků**. Rodina má pocit, že *„všechno strašně dlouho trvá“*, *„léčení není příliš úspěšné“*, že *„už nemůžeme dál, jsme strašně unaveni“* apod. (Kalina, 1987).
5. Pokud rodina překoná všechny zátěže, může dosáhnout **realistického postoje**, který je dobrým předpokladem další spolupráce i podpory duševně nemocného. Realistický postoj lze hodnotit jako pozitivní výsledek v řešení rodinné krize. Znamená náhled na situaci, její přijetí a hledání dosažitelného východiska. Pozitivním vyústěním této fáze je i nové uspořádání vztahů v rodině. Rodina si najde nový způsob života, jenž by byl pro všechny přijatelný a který by zároveň počítal s duševní nemocí jednoho svého člena jako s jednoznačnou skutečností. K takovému řešení nemusí vždycky dojít. Někdy rodina zátěž duševní choroby neunese a rozpadá se, event. vylučuje nemocného do ústavní péče.

**Krize,** která je dána existencí psychózy nebo jiné vážné duševní nemoci, vždy **naruší dosavadní rovnováhu rodinného systému** a zároveň může otevřít všechny neřešené či skryté problémy, jež rodina má. Nemocný je sice pouze jeden člen rodiny, ale krize, kterou jeho choroba vyvolala, zasáhne všechny.

Zátěž z takové situace vede dost často k narušení či rozkladu dosud fungujících pravidel a zvyklostí rodinného soužití, ať už byla jakákoli. Z důvodů značné náročnosti této situace rodina často proměnu osobnosti nemocného nezvládá. Neví, jak by se k němu měla chovat, a tak se často narušuje otevřenost komunikace a vytvářejí se bariéry, které duševně nemocný nemůže sám překonat. Mnohdy je sice formálně akceptován, ale ve skutečnosti se od něho zdraví členové rodiny distancují. (Tato tendence není typická jen pro rodiny s duševně nemocným, ale objevuje se také např. u rodin s nevyléčitelně nemocným.) Duševně nemocný získá novou roli a mění se i chování ostatních členů rodiny. **Nové uspořádání rodinných** vztahů může zabíhat až do některého **z extrémů**:

- Nemocný se stává středem veškeré pozornosti a péče, ostatní členové rodiny nemají šanci vzbudit zájem o svoje vlastní problémy a potíže. Za těchto okolností necítí v rodině potřebné zázemí a hledají je podle vlastních možností jinde. Tím se zvyšuje riziko rozpadu takové rodiny.
- Nemocný je pro rodinu nepřijatelný. Zůstává izolován na okraji rodinného dění a nikdo se o něho nezajímá. I když si rodinní příslušníci zvyknou na fakt, že s nimi takový člověk žije, v jejich chování mohou přetrvávat tendence k popírání nepříjemné reality (to se projevuje např. tendencí problém tabuizovat, nemluvit o chorobě buď vůbec, nebo jen tehdy, když nemocný není přítomen atd.).





Reakce rodiny závisí mimo jiné i na roli, jakou nemocný zastával ještě v době před vypuknutím choroby. V souvislosti s onemocněním se jeho dosavadní role mění. Tato změna může být větší nebo menší, podle toho, jaké měl duševně nemocný dřívější postavení.

O relativně menší proměnu role půjde u adolescenta, který žije se svými rodiči, jelikož ti jsou ve vztahu k němu stále do určité míry v roli pečujících a ochraňujících. Nemocí se tento postoj pouze oživí, ale nemusí vznikat nově, a není proto tak nepřirozený.

Role manželského partnera a rodiče je už jednoznačně role dospělého, spojená se zodpovědností a mnoha povinnostmi. Duševní onemocnění roli dospělého změní daleko více. Choroba z něj udělá závislého, čímž zásadnějším způsobem naruší původní rodinné vztahy. V tom např. spočívá jeden z rozdílů sociálních důsledků schizofrenie, která se nejčastěji objevuje v mládí, a afektivních psychóz, jež postihují daleko častěji osoby středního věku.

Vztah k nemocnému psychózou bývá ovlivněn i obtížným rozlišením potíží, které přímo vyplývají z chorobného stavu, a těch, jež jsou důsledkem změněné životní situace i chování ostatních lidí k nemocnému. Příčinou vzniku některých problémů může být např. nepřiměřená tolerance ke všem projevům nemocného. Takto extrémní chování rodinných příslušníků vyplývá z jejich neschopnosti zvládnout situaci adekvátnějším způsobem. Vzhledem k často nesrozumitelným projevům nemocných trpících psychózou je zcela pochopitelné, že má rodina strach nejen o pacienta, ale také z něho. Bojí se jeho nezvyklých, nepochopitelných a nepředvídatelných projevů. K tomu přispívá i obecně akceptovaný stereotyp duševně nemocného. Je nutné, aby rodina porozuměla logice onemocnění. Když bude vědět, proč nemocný takto jedná, bude se k němu také chovat přijatelnějším způsobem.

Předsudky v postojích rodinných příslušníků ovlivňují i jejich vztah k léčbě duševně nemocného. Často z nich vyplývá tendence léčbu odmítat nebo alespoň zapírat, protože umístění na psychiatrii by mohlo stigmatizovat celou rodinu.

Hospitalizace v psychiatrické léčebně potvrzuje závažnost duševní nemoci. Pacient je na určitou, někdy dost dlouhou dobu vytržen z rodiny. Za těchto okolností se mohou postoje rodiny dále měnit. Existuje zde však riziko, že rodině bude uvedené řešení vyhovovat, neboť se zbaví obtížného příbuzného a zvykne si žít bez něj. V rámci fungování obranných mechanismů na něj posléze „zapomíná“, vytěsňuje jeho existenci ze svého vědomí.

Další potíže vzniknou po propuštění pacienta z psychiatrické léčebny. Rodina potřebuje vědět, jaké další důsledky bude choroba mít a jak by se oni sami měli k nemocnému chovat. Rodina proto potřebuje získat **podporu i pro sebe**, nejen pro svého duševně nemocného příslušníka. I zdraví členové rodiny mají svoje potřeby a svůj život, a nemohou se zcela obětovat nemocnému. Okolí pacienta je třeba naučit hledat určitou rovnováhu mezi vlastními potřebami a možnostmi duševně nemocného.

## 12.2 Postoje nemocných psychózou k vlastní chorobě

**Nemocnému trpícímu psychózou chybí přiměřený náhled na svou chorobu.** I duševně nemocný člověk si obvykle, i když po svém, uvědomuje změnu,

která se s ním stala. Prožitek odlišnosti světa od jeho dřívějšího obrazu či od obrazu světa druhých lidí je pro něj nepříjemný, a někdy dokonce hrozivý. Nemocný se však většinou brání představě, že by změna mohla být signálem choroby.

**Člověku trpícímu psychózou se vnější svět i jeho vlastní osoba jeví jinak než dřív,** vše nabývá odlišných významů i jiných hodnot. Za normálních okolností si člověk uvědomuje sebe sama jako bytost oddělenou od vnějšího světa. Je sice jeho součástí, ale zároveň ví, že existují velmi přesné hranice, které oblast já a ne-já oddělují. V psychóze se vztahy mezi jednotlivými systémy, např. mezi já a ne-já, porušují a hranice mezi nimi se stírá. Proto nemocný prožívá svoje tělo jako cizí, ztrácí pocit své integrity i jistotu ohraničení vlastní osobnosti vůči vnějšímu světu. Svět se mu jeví jako cizí, chaotický, nedokáže se v něm orientovat a porozumět mu.

Proměna vlastní osoby i okolního světa nemocného děsí. Prožívá silnou úzkost a strach, protože se cítí ohrožen. Za této situace se musí nějak bránit, a to je možné pouze změnou obrazu světa, resp. zásadním oddělením sebe sama od tohoto světa (autismus), přesunem do světa fantazie, přijetím jiné identity, resp. jakéhokoli jiného výkladu takového dění, který může mít z objektivního hlediska ráz bludu. V tomto výkladu sice bývá obsažena část skutečnosti, ale její interpretace je nesprávná.

Pokud jsou nemocní schopni vnímat a chápat reakce svého okolí, uvědomují si, že se jim lidé vyhýbají a že ze strany majoritní společnosti zdravých převažují ve vztahu k nim negativní postoje.

Poměrně běžným problémem nemocných trpících psychózou je nedostatek motivace k léčbě. Příčina je jednoznačná: Nemocný nemá přiměřený náhled na své onemocnění, a proto se domnívá, že léčbu nepotřebuje. *„Neví, proč by se měl léčit, když mu nic není."* *„Dotýká se jej, že ho pokládají za nemocného ... má sice nějaké problémy, ale ..."* (Kalina, 1987, s. 49). **Názor, že by se měl léčit, přichází ze světa, který nemocnému připadá jako cizí a nepřátelský.** To znamená, že i léčba je akceptována jako ohrožující. Léčení je v tomto případě zásahem, jenž ruší vykonstruovaný výklad světa, fungující zároveň jako obranný mechanismus. Léčba se nemocnému jeví jako útok na jeho samostatnost, je chápána jako omezování osobní svobody. Nemocný je ochoten připustit, že nějakou pomoc potřebuje, ale není to psychiatrická péče. (Přijal by např. léčitele, psychotronika, duchovního či čarodějnici, ale ne lékaře-psychiatra.).

**Nemocní trpící psychotickou poruchou mají i ambivalentní vztah k lékům.** Na počátku onemocnění je často odmítají užívat, protože se jim zdá, že je nepotřebují, když se necítí nemocní. Popřípadě i proto, že jsou přesvědčeni o jejich neblahém účinku: léky mění jejich psychické procesy, a vyvolávají tak pocit další dezorientace a bezmoci. Nemocný neví, co se s ním vlastně děje. Pokud léčba úspěšně pokračuje, mají pacienti vypozorováno, v čem jim jednotlivé léky pomáhají, blud např. přestává být děsivý, halucinace je méně častá apod. Pacienti ovšem i v této fázi léky odmítají, protože si bez nich připadají svobodnější a méně závislí. Občas je zkusí i vynechat, ale po určité době obvykle pochopí, že jim léky prospívají a že by se bez nich mohla nemoc vrátit.





V období uzdravování pociťují nemocní paradoxně často smutek a prázdnotu. V této době prožívají psychiatrickou léčbu ambivalentně, jako kombinaci násilné manipulace a ochranitelské péče. Pacient by se postupně měl znovu adaptovat na reálný svět. Takový požadavek se mu může zdát velice náročný, protože se po proběhlé psychotické atace cítí unavený a vyhaslý. Mnohdy se v této době objevují i hypochondrické stesky, které jsou znamením, že nemocný začíná svoje tělo opět prožívat jako reálnou součást vlastní identity (Kalina, 1987).

I když duševní nemoc ustupuje, může přetrvávat **„symptomový zbytek"** nebo jen zvýšená zranitelnost, určité zúžení života, útlum veškeré motivace, a tudíž i aktivity. Nemocný je nespokojený s tím, co je, a má obavy z toho, co bude. Nějakým způsobem si uvědomuje rozdíl mezi tím, jaký byl dřív a jaký je nyní. Cítí se vyhaslý, bezmocný a neví, co bude dál. Není schopen samostatného řešení svého dalšího života. Často zůstává závislý na rodině. Nedokáže plnit běžné povinnosti, snadno se unaví a bývá málo výkonný jak tělesně, tak duševně. Někteří pacienti nebývají dostatečně citliví k vlastním tělesným potřebám. V tomto obtížném období vyrovnávání se s životem po nemoci může dojít i k pokusu o sebevraždu, signalizujícímu, že pacient situaci nezvládl.

**Návrat do zaměstnání** přináší dvě základní rizika:

1. Pacient nemá všechny potřebné kompetence, aby byl schopen zvládnout zátěž spojenou s rolí zaměstnaného.
2. Reakce společnosti jsou natolik negativní, že již samy o sobě představují silnou zátěž.

Po návratu do zaměstnání se tito lidé setkávají s neporozuměním, odstupem nebo nedůvěrou, a obyčejně se s tím nedovedou vyrovnat. Navíc bývají v této době zvýšeně zranitelní a mívají nízkou frustrační toleranci. Velmi často jde o nahromadění více zátěžových vlivů. Důsledkem bývají pocity zklamání, odmítaný člověk se v rámci obranných reakcí stává podezíravým, úzkostným nebo zlostným, a tím se situace ještě zhoršuje. Selhání při pokusu o opětovný nástup do zaměstnání nebývá vzácností. Jde samozřejmě i o to, zda se pacient vrací do své původní či podobné profesní role, nebo zda si ještě nestačil žádnou vybudovat a nyní teprve začíná. V prvním případě jde spíše o zátěž danou srovnáním současnosti a minulosti. Ve druhém případě sice není nemocný traumatizován nepříznivým srovnáním, ale měl by zvládnout alespoň nějakou variantu profesní role. To je obtížné, protože tito lidé bývají méně výkonní, ztratili své pracovní návyky a jsou nyní i hůře adaptabilní. Přechod do plného invalidního důchodu znamená pro mnohé pacienty také značnou zátěž, protože funguje jako signál potvrzení vlastní nemohoucnosti a neschopnosti. Mnoho lidí se s touto krizí také nevyrovnává lépe než na úrovni obviňování nebo sebeobviňování, popř. rezignace. Přes všechny uvedené potíže platí, že jakákoli práce umožní nemocnému zvýšit sebedůvěru, samostatnost a schopnost

další sociální adaptace. Přiznání invalidního důchodu lze pacientovi interpretovat jako možnost pro svobodnější experimentování a postupné přizpůsobení ve smyslu hledání nové role, která by byla zvládnutelná.

**K recidivám výraznějších psychotických projevů dochází u 60 % duševně nemocných** (Kalina, 1987). Jejich příbuzní o této možnosti vědí a reagují na ni různým způsobem. Někdy ji popírají, a jindy přiznávají, že se jí bojí. Vzhledem k tomu se mohou k nemocným chovat různým způsobem. Je však třeba, aby věděli, že nemohou takového člověka vystavovat situacím, jež by nezvládal nebo jež by nepřiměřeným způsobem řešil. Taková zátěž by totiž mohla působit jako spouštěč recidivy.

## Shrnutí

Psychotická porucha funguje jako silné sociální stigma. Pod vlivem tradice se vytvořil stereotyp pojetí duševně nemocného, jenž vede k tomu, že k nemocným laická veřejnost zaujímá odstup, který se může stupňovat v odpor. Psychotické onemocnění naruší rovnováhu celé rodiny a zatíží všechny její členy. Vztahy zdravých členů rodiny k nemocnému trpícímu psychózou bývají často extrémní (stává se centrem pozornosti, anebo je zcela izolován). Přestože nemocný na svou chorobu nemívá přiměřený náhled, přináší mu utrpení. Subjektivně prožívaná proměna vlastní osoby i okolního světa jej děsí a vyvolává různé obranné reakce.

## Kontrolní otázky

- Které projevy nemocných trpících psychózou jsou pro laickou veřejnost nejméně přijatelné?
- Co znamená psychóza pro rodinu nemocného? Jakým způsobem na ni obvykle reaguje?
- Jaká jsou rizika zátěže v důsledku vážné duševní nemoci pro zdravé členy rodiny i pro nemocného?
- Jakým způsobem posuzuje nemocný psychózou svou vlastní chorobu?
- Proč nebývá nemocný trpící psychózou motivován k léčbě?



# 13 Schizofrenie

**Schizofrenie je duševní porucha, která se projevuje charakteristickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Patří k nejzávažnějším psychickým poruchám.**

Postihuje 0,2–1 % populace ve všech zeměpisných oblastech světa a u všech rasových skupin (Zvolský, 1996; Smolík, 1996; Gelder a kol., 1996); zřejmě také všech dob: P. Smolík (1996, s. 147) se zmiňuje o 3400 let starém fragmentu z Ajurvedy, popisujícím projevy, které by mohly být považovány za příznaky schizofrenie – *„stav, který je způsoben ďáblem a projevuje se žravostí, oplzlostmi, svlékáním se do naha, ztrátou paměti a nezvyklými způsoby pohybu"*.

Nemoc existovala odedávna, ale její název i přesnější vymezení prošly delším vývojem. V roce 1896 označil E. Kraepelin toto duševní onemocnění *dementia praecox*, předčasná demence. Za společné znaky všech typů tohoto onemocnění považoval Kraepelin relativně raný vznik (v adolescenci nebo v rané dospělosti) vedoucí posléze k úpadku osobnosti takového stupně, že lze mluvit o demenci. To však není vždy u této choroby pravda, a proto již v roce 1911 Eugen Bleuler navrhl pro nemoc nové označení *schizofrenie*. Upozornil na skutečnost, že každý typ schizofrenie nemusí vést k demenci, výsledný stav může být různý. Jeho termín schizofrenie má vystihovat skutečnost, že u těchto nemocných dochází k rozštěpu, rozpolcenosti a dezintegraci jednotlivých psychických funkcí, zejména myšlení a emotivity. V důsledku toho se naruší integrita celé osobnosti nemocného.

**Etiologie** schizofrenie je různorodá, obecně jde o důsledek vzájemného působení dědičných dispozic a vyvolávajících podnětů. Dědičná dispozice se projevuje určitou změnou ve struktuře i funkci mozku. Gelder a kol. (1996) uvádějí, že může jít např. o strukturální změny mozku, které jsou důsledkem odchylky migrace a konečné diferenciace mozkových buněk, změny jejich vzájemného propojení atd. Takto disponovaný člověk bývá zvýšeně zranitelný i běžnými vlivy, má obecně nižší frustrační toleranci, i zátěže běžně v životě působící u něj mohou vyvolat schizofrenní onemocnění. Takovou zátěží může být např. určitý neúspěch, odmítnutí partnerem, zklamání z nenaplnění nějaké představy, odloučení od rodiny, nová role (např. vstup do zaměstnání), úmrtí blízkého člověka atd. Souhrnně řečeno, může to být cokoli nového, odlišného od dosavadního stereotypu. Reakce ve formě onemocnění je zcela jednoznačně nepřiměřená, je zřejmé, že zde hraje významnou roli určitá dispozice nemocného. Lze říci, že **problém nespočívá v zátěži, ale ve způsobu, jakým ji jedinec zpracuje**. Nejčastěji jde o akceleraci a rozšíření již dříve existujících hraničních variant psychických projevů.

Schizofrenie **vzniká nejčastěji v mladém věku**, v rozmezí 16–25 let (Zvolský, 1996). To znamená, že se obyčejně objevuje **v době přechodu k dospělosti**, kdy se člověk odpoutává od své původní rodiny a osamostatňuje se. Jedinec disponovaný k onemocnění schizofrenií to zpravidla nedokáže a zůstává i nadále závislý. Nemoc se však může projevit i později, do 45. roku věku.

Výskyt onemocnění nezávisí na pohlaví, postihuje muže i ženy přibližně stejně často.

E. Bleuler rozlišoval primární příznaky schizofrenie, obecně nazvané „čtyři A", a sekundární příznaky. Primární příznaky tvoří porucha asociací (tj. porucha myšlení), porucha afektivity (tj. porucha prožívání), ambivalence (protichůdnost pocitů) a autismus (stažení se do vlastního uzavřeného světa). Nemocný své primární poruše přizpůsobí veškeré psychické projevy. Z toho vyplývají sekundární (druhotné) příznaky: bludy, halucinace a změny aktivace.

Podle německého psychiatra Kurta Schneidera (1957) jsou pro diagnostiku schizofrenie důležité:

1. **Příznaky prvního řádu,** které potvrzují diagnózu schizofrenie:
   - ozvučování myšlenek,
   - ovlivňování myšlenek (např. manipulace s myšlenkami, jejich odnímání apod.),
   - bludné vnímání,
   - slyšení hlasů (rozhovoru, komentáře k vlastnímu jednání),
   - pocity tělesného ovlivňování,
   - pocity ovlivňování dalších psychických procesů (např. citů, vůle apod.).
2. **Příznaky druhého řádu:** bludné nápady, ostatní smyslové klamy, změny emočního ladění, bezradnost atd.

   V americkém manuálu psychických odchylek a poruch DSM-IV (1994) je v této souvislosti zdůrazňován význam ztráty schopnosti adekvátní orientace v sobě samém i v okolním světě a z toho vyplývající poruchy chování.

Pro akutní schizofrenii jsou charakteristické tyto **základní skupiny příznaků** (obvykle nazývané pozitivní symptomy, což znamená nadměrné nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí – Smolík, 1996; Gelder a kol., 1996): **porucha myšlení a vnímání, porucha afektivity, autismus**.

## 13.1 Porucha myšlení

Nemocný trpící schizofrenií nedokáže uvažovat koherentně (souvisle). Jeho úsudky, které se jiným lidem jeví jako nesmyslné, vycházejí z jeho soukromé logiky, odrážející individuální **svět halucinací a bludů**. Typickým příznakem schizofrenie je porucha plynulosti myšlení, jeho roztříštěnost, stav, kdy se ztrácí logická souvislost i vztah ke kontextu. U schizofrenních pacientů se mohou objevovat zárazy myšlenkové produkce, tj. ulpívání na jedné myšlence, nebo naopak chaos různých myšlenek. To vše se navenek projevuje inkoherentní, nesouvislou, nesmyslnou nebo ochuzenou řečovou produkcí, popř. z toho vyplývajícím zmateným jednáním.

**S poruchami myšlení souvisí nesprávná orientace v realitě a změny v sebehodnocení.** Člověk trpící schizofrenií uvažuje odlišným způsobem o sobě i o okolním světě. Absolutizuje např. význam aktuálního dění, protože potřebuje najít vysvětlení všech možných proměn, které by zapadlo do jeho celkové interpretace světa. Jestliže by např. začalo silně pršet, může to být znamení, že už pršet nepřestane a nastane potopa. Schizofrenní nemocní vylučují náhodu, uvažují magicky a hledají souvislosti tam, kde nejsou. Potřebují, aby bylo všechno jednoznačně vysvětleno a aby měl takový závěr obecnou platnost. Za těchto okolností se cítí jistěji a bezpečněji.





Nemocní schizofrenií se přestávají obvyklým způsobem orientovat ve svém okolí i v sobě samém (např. nepoznávají svoje rodiče, jeden postižený považuje matku za „tu paní, která tam bydlí"). Dochází k odtržení od vnějšího světa i k rozpadu integrujících funkcí osobnosti. Nemocný trpící schizofrenií ztrácí své já, svou identitu. Není si jistý, kým doopravdy je, a často se považuje za někoho jiného (např. jeden pacient středního věku se považuje za pana Williamse, který žije již 700 let). Myslí si, že má nereálné schopnosti, např. nadpřirozenou moc. Obdobným způsobem přičítá nemocný nereálné schopnosti svému okolí – vnější svět na něj může např. působit napětím milionu voltů, může mu brát myšlenky atd.

**Člověk trpící schizofrenií není schopen adekvátně zpracovat běžné informace, zhodnotit a zapamatovat si je.** Nedovede standardním způsobem vnímat podněty z vnějšího světa ani z vlastního organismu. Zvládat informační a myšlenkový chaos, který v jeho vědomí vzniká, vyžaduje tolik času a energie, že nemocný není schopen věnovat pozornost něčemu dalšímu, co se mu právě přímo nevnucuje (na rozdíl od obsahů jejich vlastního vědomí).

Typickým příznakem schizofrenie je **pocit cizosti**: myšlenek, citových hnutí, vůle i vlastního těla. Nemocným se zdá, že nejsou schopni ovládat svoje myšlenky (mají pocit, že jim je někdo bere, nebo naopak dává atd.). Všechno, co nemocný dělá a prožívá, se mu jeví nejenom jako projev vlastního já, ale i jako výsledek působení nějaké cizí síly, která jím manipuluje a ovládá ho. Dochází tak k rozdvojení, tj. rozštěpu osobnosti: část je „já" a část „já" není (někdy není ani jasné, kde je skutečná hranice mezi vlastní osobností a okolním světem).

**Verbální projev** se mění společně s myšlením, odráží stav vědomí nemocného. Lidé trpící schizofrenií často nejenom uvažují, ale i mluví inkoherentně, vytvářejí neologismy a komolí běžné výrazy. Krajní variantou takového narušení je tzv. *slovní salát*, kdy je verbální vyjádření zcela nesouvislé, což znamená, že neexistuje mezi jednotlivými slovy žádná spojitost.

Podle MKN-10 (1992) i DSM-IV (1994) patří mezi příznaky schizofrenie **halucinace a bludy**.

### Bludy

„Blud je mylné přesvědčení, vzniklé z chorobních duševních předpokladů na chorobném psychotickém podkladu, kterému nemocný věří a které má patický vliv na jeho jednání." (Mysliveček, podle Zvolského, 1996, s. 97)

**Bludy** mohou mít různý obsah i zaměření – jde např. o blud kontrolování, ovlivňování, pronásledování, o megalomanické (velikášské) bludy atd. Je známé, že bludy bývají u všech sociálních skupin obdobné. Lze je chápat i jako jakési patologicky změněné archetypy, ať už jde o megalomanický či reformá-

torský blud nebo o paranoidní blud, v němž dominuje pocit pronásledování. Mnoha autory jsou bludy považovány za patologický, ale přece jen specifický produkt určité osobnosti. Ernst Kretschmer (podle Vacka, 1996) uvádí, že *„blud je pochopitelný a vystupňovaný výraz celé osobnosti i jejího životního vývoje"*.

Obsahy bludů sice mohou být různé, ale často v nich bývají zahrnuty nějaké bytosti (mnohdy ani nejsou lidské), které mají k osobě nemocného určitý vztah. V bludném světě není nemocný sám, je středem pozornosti (i když často negativní) – v protikladu k reálnému světu, kde se spíše cítí osamocený a nejistý (Kalina, 1987).

### Halucinace

*„Halucinace jsou klamné vjemy, vznikající nezávisle na vnějším podnětu, o jejichž reálnosti je subjekt nevývratně přesvědčen."* (Zvolský, 1996) Typické jsou halucinace nemocných s paranoidní schizofrenií, kteří slyší halucinatorní hlasy, jež pacientovi něco přikazují, komentují jeho chování nebo mu něco významného a tajného sdělují. Někdy hlasy nemluví přímo k němu, ale o něm. Nemocný tyto hlasy obvykle slyší přicházet zvenku, vzácně vycházejí přímo z jeho nitra. Někdy se mohou vyskytovat i jiné typy halucinací, např. zrakové, tělesné, čichové apod. Nemocný není schopen akceptovat, že halucinace jsou pouze výplodem jeho psychiky, protože by to odporovalo jeho interpretaci světa.

Halucinace a bludy mohou být příčinou neobvyklého jednání nemocného. V závislosti na jejich obsahu se nemocný **může stát nebezpečný sám sobě nebo svému okolí**. Například hlasy sdělí nemocnému, že se musí oběsit, popř. označí nepřítele určeného k likvidaci nebo dům, který by měl být spálen, doporučí k ochraně nemocného výrobu výbušnin apod. Neléčený člověk trpící schizofrenií by mohl být k takovému jednání náchylný. Proto schizofrenie někdy vyžaduje i hospitalizaci na uzavřeném psychiatrickém oddělení.

## 13.2 Poruchy afektivity

**Citové prožívání** lidí trpících schizofrenií se mění, lze jej hodnotit jako **nepřiměřené, popř. oploštělé a otupělé**. Ke změně emočního prožívání přispívá i porušený kontakt s realitou. Nemocní mohou být na některé podněty nápadně přecitlivělí, mohou u nich vyvolávat neočekávanou či neobvykle silnou reakci. To je spojeno se zvýšením intenzity i frekvence nepříjemných emočních prožitků a s tendencí k sociální izolaci jako obranné reakci.

Svět je pro nemocného schizofrenií zdrojem nadměrného množství příliš silných podnětů, které vyvolávají pocit ohrožení, a proto se takto postižený jedinec v obranných tendencích stahuje do sebe, do světa vlastní fantazie. (Z toho vyplývá další typický příznak schizofrenie, **autismus**.) Produkce vlastního vědomí jej také mnohem více upoutává, neboť je jen těžko ovladatelná. Obsah vědomí se jeví subjektivně závažný, nemocný na něj reaguje i emočně.





Se schizofrenií jsou spojeny různé negativní citové prožitky, často se objevuje i deprese (asi u čtvrtiny nemocných – Gelder a kol., 1996). V pozdějších fázích onemocnění dochází především k emočnímu oploštění, snižuje se schopnost citově reagovat (především pozitivně – mrzutá a podrážděná nálada naopak přetrvává mnohem déle). Pro chronickou schizofrenii je typická emoční apatie.

## 13.3 Autismus a ambivalence

Autismus představuje tendenci k **nápadné a nepřiměřené sociální izolaci**, ke koncentraci na sebe sama a tomu odpovídající ztrátě zájmu o kontakt s okolím. (V chronické fázi choroby bývá s autismem a citovým oploštěním spojena ztráta motivace k čemukoli.) Nemocný se stahuje do sebe, vnějšímu dění nerozumí, má z něj strach, a proto se mu raději vyhýbá. Narušená hranice mezi já a ne-já rovněž stimuluje potřebu izolovat se ve svém, pokud možno ohraničeném světě, kde by platily určité, i když z objektivního hlediska bludné zákonitosti.

**Ambivalence představuje protichůdnost nejen citových prožitků, ale i úvah a názorů.** Projevuje se rovněž ve výkyvech a nepřiměřenosti chování. Emoční prožitky nemocného jsou charakteristické extrémní kombinací citů, které stimulují protichůdné reakce. Například láska a nenávist, závislost a nepřátelství, touha a strach, přitažlivost a odpor atd. Na druhé straně standardní citové reakce spíše vyhasínají (Kalina, 1987). Ambivalence se může projevit také ve vztahu k určitým lidem: nemocný je závislý na své matce a zároveň ji ponižuje, kritizuje, a někdy dokonce i bije.

□ Pan U. (45 let), trpící paranoidní schizofrenií, se domnívá, že nemůže zůstat v zaměstnání, protože je tam velmi nízká úroveň zaměstnanců a všichni jej pronásledují. Zároveň vážně sděluje, že by se tam měl stát vedoucím oddělení, jelikož s ním všichni počítají. Podstatou všeho je porucha myšlení, která vychází ze soukromé logiky interpretace skutečnosti na základě bludů.

Ambivalence postoje se projevuje i v celkovém hodnocení situace a vede k inkoherenci jednání. V chování nemocných jsou zřejmé i **změny aktivační úrovně**, které se mohou projevit v tendenci k celkové **nečinnosti** nebo jen v **útlumu** určitého projevu. Pacientům může chybět schopnost iniciovat jakékoli cílevědomé jednání, mohou být nápadní např. celkovým *stuporem* (ztuhnutím) nebo *mutismem* (nemluvností). Někdy je naopak u nemocného je zřejmá tendence k **nadměrné aktivitě** či nepřiměřenosti projevu. Například v oblasti řečové produkce se může objevit *echolálie*, tj. neúčelné opakování určitých slov.

## 13.4 Průběh onemocnění

**Prodromálně**, tj. před vypuknutím choroby, se mohou projevovat určité příznaky (podle Pfeifera, 1995):

- **Přecitlivělost a slabost ega** – k nespecifickým známkám slabého ega řadí O. Kernberg (in Bolelouský a kol., 1993, s. 62) neschopnost snášet úzkost, neschopnost ovládat vlastní impulzivitu a sníženou schopnost prožívat radost.
- **Nápadnější introvertní zaměření,** uzavřenost, omezená schopnost citově prožívat a vyjádřovat své emoce, resp. citové vztahy.
- **Omezená samostatnost,** nápadnější vázanost na nejbližší lidi a známé prostředí.
- **Obtíže v mezilidských vztazích,** pro něž je typická ambivalentní kombinace nadměrné závislosti (která mívá charakter vázanosti na poskytovanou péči a pohodlí) a zvýšené kritičnosti či podceňování blízkých lidí (paradoxně právě těch, na něž je nemocný nadměrně vázán). Takto disponovaný člověk bývá sociálně neatraktivní a ostatní lidé jej v průměru mnohem méně akceptují.
- **Nižší výkon** ve škole a v zaměstnání, přestože nemusí jít o lidi s nižší inteligencí. Jde spíše o důsledek obtíží ve zpracování nových informací a v adaptaci na nové situace. Tito lidé preferují stabilitu, někdy až ulpívavost na stereotypu.

V období před vypuknutím choroby bývá **nápadné zhoršení výkonu** v různých oblastech (např. v zaměstnání, ve studiu, v péči o sebe sama apod.). Takový člověk má sklon izolovat se od druhých lidí, může být citově otupělý, nebo naopak nadměrně dráždivý, popř. jinak nápadný. Může se projevovat podivínsky, např. hromadit neúčelné věci, odpadky apod., často přestává dbát o svou hygienu a zevnějšek. Mívá nezvyklé pocity a představy, občas uvažuje zvláštním způsobem, např. o pronásledování nebo o neviditelné moci někoho či něčeho.

**Počátek onemocnění může být náhlý nebo plíživý.** V druhém případě psychiatři mluví o tzv. **krystalizační fázi** chorobného procesu. Projevuje se nejen celkovým neklidem, nejistotou a úzkostí, ale i pocitem, že se děje něco divného, ohrožujícího, co si pacient nedovede vysvětlit. Člověk přestává rozumět světu, nevyzná se v sobě ani v okolním dění. Zdá se mu, že všechno má najednou jiný význam, že se všechno náhle změnilo. Stává se úzkostným, bojí se nesrozumitelnosti, kterou tato změna přináší.

Jak nemoc pokračuje, nastupuje období, kdy se nemocnému najednou všechno vyjasní. Náhle má pocit, že konečně poznal příčinu. Už si dovede vyložit, co se děje, ale toto vysvětlení je patologické a neodpovídá skutečnosti (Zvolský, 1996). Tak vzniká **blud, který všechno zdánlivě logicky vysvětluje**. Nemocný cítí, že konečně chápe situaci, a proto se mu uleví. (Při výraznější manifestaci poruch vnímání, např. hlasů, však zároveň dochází k určitému otupení ve vztahu k vnějším podnětům a ke snížení schopnosti přiměřeného úsudku.) V souvislosti s takovou interpretací situace se posiluje tendence k bludnému uvažování. Člověk sice vnímá správně, např. vidí chodce na ulici, ale přisoudí mu nesprávný význam. Ten člověk tam jde proto, aby ho sledoval. Pod vlivem

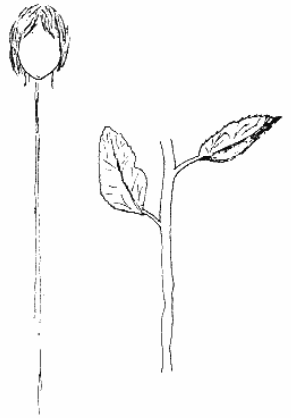




duševní nemoci dochází k proměně subjektivního chápání smyslu věcí, událostí a vůbec všeho. J. Vacek (1996) připomíná názor K. Jasperse, podle něhož jde v této situaci o *„abnormální vědomí významu"*.

Typická je také změna postoje k náhodě, podle nemocného schizofrenií totiž žádná náhoda neexistuje, protože všechno má svůj skrytý význam a smysl. Nemocný nepotřebuje žádné důkazy, neboť ví, že to tak je, a to mu stačí. Postupně ztrácí soudnost a schopnost nadhledu. Stává se značně egocentrickým, jedině svoje vlastní hodnocení situace považuje za směrodatné.

**Průběh** onemocnění může být velmi různorodý, stejně tak i jeho **prognóza**. Obyčejně platí, že onemocnění, které má náhlý a bouřlivý počátek, mívá i lepší prognózu než taková varianta schizofrenie, která začíná pomalu a plíživě. Pokud byl člověk před onemocněním bez nápadností, normálně přizpůsobený, má větší šanci na zlepšení svého stavu, resp. na vyléčení. S. Pfeifer (1995) uvádí, že u 20 % nemocných dochází jen k jedné epizodě schizofrenie. U 60 % nemocných se onemocnění vrací a po každém novém zhoršení stavu dochází k dalšímu úbytku adaptačních schopností. Takový stav lze označit jako tzv. *„syndrom zlomené pružiny"*. Nemocní nebývají schopni vykonávat stejnou práci jako dříve, bývají pomalí, hůře adaptabilní a nejsou schopni zvládat běžné zátěže. Nedovedou prožívat radost, někdy se cítí zvýšeně unavitelní nebo tělesně nemocní. V této fázi mají na svůj stav obyčejně nahled. Vědí, že se změnili a že nejsou takoví, jako byli dřív. U 20 % postižených dochází k úplnému rozpadu osobnosti a k následné demenci, nejsou schopni samostatného života, potřebují trvalou péči v ústavním zařízení.



**Obr. 13.1:** Kresba lidské postavy a kresba stromu ztvárněné mladou pacientkou trpící schizofrenií.

**Schizofrenie je chorobou, která potřebuje odbornou léčbu, protože nelze očekávat, že dojde ke spontánnímu zlepšení.** Medikace obecně slouží k uklidnění a regulaci psychických projevů. Pod vlivem léků se projevy choroby zmírňují, i když ne vždycky zcela zmizí. Nemocný sice např. slyší hlasy nebo vidí cizí bytosti, ale už mu nevadí. Je sledován mimozemšťany, ale už na to příliš nereaguje. Schizofrenie je dnes léčitelná, ovšem jen tehdy, pokud nemocný léčbu akceptuje a užívá léky, které mu jeho lékař předepisuje. V akutní fázi je obyčejně nutná hospitalizace, u těchto nemocných nelze počítat s ochotou při léčbě spolupracovat.

Potřebu léčby je proto třeba vysvětlit i rodinným příslušníkům. Je třeba, aby zajistili, že pacient bude pravidelně brát léky. Dříve budily obavu vedlejší účinky léků ze skupiny tzv. neuroleptik, které nemocné příliš tlumily, vyvolávaly třes apod. Dnes už jsou k dispozici nová antipsychotika, jež tyto

nepříjemné účinky nemají. Medikamentózní léčba bývá doplněna psychoterapií. Léčba schizofrenie je dlouhodobá a musí být pod kontrolou psychiatra. **Při vysazení léků dochází ke zhoršení stavu nemocného.**

**Chronická schizofrenie** je charakterizována tzv. negativními symptomy, které označují oslabení nebo ztrátu normálních funkcí (Gelder a kol, 1996). Většinou jde o:

- sníženou aktivitu, pomalost;
- emoční plochost a apatii;
- chudost myšlení, omezení jeho produktivity a plynulosti;
- snížení iniciativy a ztrátu motivace k čemukoliv;
- izolaci od společnosti a úpadek sociálního chování.

Pro nemocné s chronickou schizofrenií v klidové fázi je třeba **zorganizovat denní režim a program**. Nemocní sami toho většinou nejsou schopni, mají zpravidla tendenci izolovat se a nic nedělat, často nedbají ani sami o sebe. Pro svou obecně menší zatížitelnost potřebují ochranu před stresem, tj. před nadměrným přetěžováním, ale zároveň je nutné udržovat jejich stávající schopnosti i určitý kontakt s lidmi.

Přiměřený program dne má pro tyto lidi velký význam:

- napomáhá pacientovi v obecné orientaci a zároveň ho stimuluje;
- zprostředkovává mu pocit užitečnosti a smyslu;
- usnadňuje situaci rodinným příslušníkům.

Příbuzným je třeba vysvětlit, že je sice nutné počítat s určitými omezeními a přijmout nemocného bez iluzí, ale že z něj není nutné snímat veškerou odpovědnost. I nemocný musí dodržovat určitá pravidla. Pokud toho není schopen a narušoval by závažnějším způsobem soužití v rodině, je třeba navrhnout jeho umístění na psychiatrické oddělení.

## 13.5 Formy schizofrenie

Nejčastější formy schizofrenie podle MKN-10 (1992) a DSM-IV (1994):

### 13.5.1 Paranoidní schizofrenie

Je charakterizována **patologickou podezíravostí vůči okolí**, která bývá posilována paranoidními bludy: pronásledováním, kontrolováním a ovlivňováním. Často se u nemocných objevují halucinace, zejména sluchové, ve formě hlasů, jež něco přikazují, hrozí apod. Pacient je přesvědčen, že je pronásledován, že mu hrozí zničení, že bude použit k nějakým účelům nadpřirozenými





silami atd. Může se objevit i patologická žárlivost. Blud ohrožení může být vztahován nejen k nějakým nadpřirozeným bytostem (např. mimozemšťanům), ale i ke skutečným lidem, např. členům rodiny, sousedům, spolupracovníkům apod. Vzniká zde určité nebezpečí, že by nemocný mohl tyto nic netušící lidi napadnout, aby se – v rámci své patologické logiky – bránil proti ohrožení. S výjimkou své anomální podezíravosti bývají tito nemocní emočně spíše otupělí. Mívají také poruchu vůle, bývají hypobuliční, nedovedou se přinutit k potřebné aktivitě (opět s výjimkou činnosti, která nějak souvisí s jejich paranoidními bludy a halucinacemi). Myšlení je narušené, a to především svým přizpůsobením bludnému výkladu reality. Tato forma schizofrenie vzniká v pozdějším věku než ostatní varianty, zpravidla do 40 až 45 let.

### 13.5.2 Hebefrenní schizofrenie

Je typickým onemocněním adolescence a rané dospělosti, vzniká obvykle ve věku 15 až 25 let. Mívá špatnou prognózu, protože zasáhne rozvoj osobnosti v období, kdy by se měla vytvářet a stabilizovat nová identita jedince. Pokud v této době vypukne závažné duševní onemocnění, nová identita se nevytvoří a původní, dětská identita není dostatečná jako stabilní základ. Tato forma schizofrenie vypadá jako prohloubená a protahovaná puberta s nápadným šaškováním a klackovitým chováním, neodpovídajícím věku. Nemocní bývají hrubí, neomalení a často i vulgární.

□ Adolescentní chlapec trpící hebefrenní schizofrenií obtěžoval ve vagonu metra cestující svými výkřiky a infantilními říkankami. Na jejich odmítavé projevy nereagoval a nerušeně pokračoval, jako by žádné negativní reakce nezaregistroval. Laikům se jevil jako nevychovaný a zlomyslný, připadalo jim totiž, že se tak chová naschvál, aby je otravoval.

Charakteristickými znaky onemocnění jsou **poruchy myšlení a emočních reakcí**. Nemocní se chovají velice nápadně a nepřiměřeně situaci, protože ji také nepřiměřeně prožívají a hodnotí. Emoční prožívání je na počátku nemoci charakterizováno kolísáním citových prožitků, bezdůvodným střídáním emočního vzrušení s depresí a strachem. Nápadné bývají i mimické a pantomimické projevy, které mají za normálních okolností určitý komunikační význam, avšak nyní jej ztrácejí, takže se komunikační partner podle nich nemůže orientovat. Nemocní grimasují, smějí se nepřiměřeně situaci nebo podivně a nesmyslně gestikulují. Mají **tendenci k planým, pseudofilozofickým úvahám a jalovému vtipkování**.

Typická bývá značná suverenita, resp. naprostá necitlivost ke korektivním reakcím okolí. Chovají se, jako by věděli všechno nejlíp. Jejich uvažování však bývá patologické. Verbální projev je nápadný, užívají neobvyklých slovních vazeb i neologismů. Postupně dochází k oploštění emocí a celkovému úpadku myšlení. Někdy mívají bizarní bludy, často hypochondricky nebo kosmicky za-

měřené. Halucinace jsou v tomto případě častěji zrakové než sluchové (zatímco u nemocných s paranoidní schizofrenií je tomu naopak).

Důsledkem porušeného prožívání a uvažování je podivné, a z hlediska pozorovatele nesmyslné chování. Nemocní jsou např. schopni náhle, zdánlivě bez příčiny utíkat, začínají se toulat apod. Rovněž jejich úprava zevnějšku bývá nápadná a neobvyklá, v pozdějších fázích choroby je spíše projevem celkového úpadku osobnosti. (Chodí např. bez ohledu na roční dobu ve stále stejném oblečení, nosí neustále kabát, ale nemají spodní prádlo, nosí boty naboso, bez ponožek apod.)

□ Dívka (21 let), u níž byla diagnostikována hebefrenní schizofrenie, v době akutní psychotické ataky tvrdí, že ji stvořilo cosi pro své vlastní pobavení a dalo jí schopnost vytvořit si podvědomě okolní svět. Ten je tedy jen dílem její fantazie a její vztah ke světu slouží pro pobavení tohoto čehosi. Má pocit, že je stvořitelem a zároveň spasitelem tohoto světa. Byla prý Židovkou, kterou znásilnil dozorce v koncentráku. Chtěla s ním mít dítě a to pak interrupcí zabít, neboť je potřeba oběti.
Má pocit, že vše existuje kvůli ní – nádraží, lidé, vlak, musela se snažit, aby cestu nepřekazila tím, že by vlak zastavila či vykolejila vlastní vůlí. Sama se cítí jako ve snu: „Jsem jako koule, která se vznáší v různých rovinách, dimenzích, nyní jsem na úrovni alfa, neboť to je vlnová délka mozku při spánku." O prázdninách se v Itálii seznámila s přítelem, o němž tvrdí, že ji miluje. Ona je žena, on je muž a její další kamarád je dítě a zároveň slunce. Je si jistá jen tím, že je. Když o sobě pochybuje, dívá se na špičky nohou a to ji uklidní. Cítí se slabá a vyčerpaná. Spánek vítá, neboť je v něm normální (Štrobl, 1997).

### 13.5.3 Katatonní schizofrenie

Je typická **nápadnostmi v oblasti motorické aktivity**. Rozlišují se dvě varianty:

1. **Produktivní forma,** která se vyznačuje **nadměrnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitou**. Může jít o celkově zvýšenou aktivitu nebo např. jen o *echolálie* a *echopraxie*, kdy nemocný stále opakuje určitá slova či věty, popř. nějaké pohyby.
2. **Stuporózní forma,** která se projevuje celkovým **zpomalením nebo útlumem veškeré motorické aktivity**. To znamená, že se pacient nehýbá, často vydrží velice dlouho v jedné poloze, nemluví a projevuje odpor vůči snaze jej nějak aktivizovat. Je negativistický, a pokud nějak reaguje, jeho reakce jsou opačné, než k jakým jej vybízel pokyn. Jestliže by byl nemocný uveden do nějaké polohy, např. kdyby jej někdo posadil nebo mu zvedl ruku, tak by v této poloze zůstal. Tento příznak se nazývá *flexibilitas cerea,* tj. vosková ohebnost. Pacient reaguje jako loutka. Nemocní mívají halucinace, které jim zakazují mluvit, jednat apod. Mohou být proto značně nevyzpytatelní, jelikož nelze odhadnout, k čemu





je hlasy vyzvou. J. Vacek (1996) uvádí, že typických případů katatonní schizofrenie je v současné době málo. Dříve ovšem tak vzácné nebyly, což může souviset s rozvojem medikamentózní léčby.

□ V. Vondráček (1983, s. 303) uvedl případ nemocného s katatonní schizofrenií, který léta neprojevoval žádnou aktivitu, a náhle dal svému ošetřujícímu psychiatrovi facku a řekl: „To ti posílá archanděl Gabriel."

### 13.5.4 Simplexní schizofrenie

Tento druh onemocnění je typický časným a plíživým vznikem. Nemocní bývají pasivní, apatičtí, bez zájmu o cokoli, jsou autističtí a izolují se od společnosti. Jsou nápadní svou neschopností zvládat i běžné požadavky, jakož i celkovou nevýkonností. Jejich myšlení se postupně zhoršuje až na úroveň demence. Nerespektují běžné sociální normy, potulují se a zahálí.

Existují i kombinované typy a tzv. nediferencované schizofrenie, klasifikace rovněž zahrnuje časové hledisko.

## 13.6 Sociální význam schizofrenie

Ze sociálního hlediska je schizofrenie **výrazně stigmatizujícím onemocněním**. Chování nemocného je podivné a obtížně ovlivnitelné. Stejně tak je těžké se do postiženého pacienta vcítit a porozumět jeho projevům.

Chování a reakce nemocných nelze předvídat, nelze s nimi běžným způsobem ani komunikovat, mnohé jejich projevy vyvolávají bezradnost, která je spojena s ambivalentním, nebo jen negativním emočním hodnocením. V postoji k nemocným schizofrenií převažuje kombinace odporu a určitých obav, resp. strachu.

**Schizofrenie představuje značnou zátěž i pro rodinu.** Domov, který by měl být klidným zázemím, tuto funkci ztrácí, protože zde duševně nemocný působí rušivě, v jeho projevech se neustále objevuje něco, co okolí vnímá jako obtěžující. Nemocný hodnotí běžné situace jinak, dává jim jiný význam, jenž je z pohledu zdravého člověka nesmyslný a nesprávný. V této souvislosti nelze nic předvídat, a pokud částečně ano, pak jsou to jen podivné či nepříjemné projevy. **Chování člověka trpícího schizofrenií mnohdy terorizuje život ostatních členů rodiny** (nemocný např. odmítá otevírat okna, protože by tam mohly vniknout cizí bytosti, nelze kvůli němu pouštět televizi, protože ho z ní mohou sledovat, stěhuje se z jednoho pokoje do druhého, neboť ho tam či jinde více odposlouchávají atd.). Bez medikace nemocného bývá soužití v rodině nemožné.

**Vztahy v rodině se pod vlivem soužití s takovým pacientem určitým způsobem mění.** Většina lidí si vytváří od nemocného odstup, nedokáže ho akceptovat s jeho chorobnými projevy a on se nedovede změnit. Vzácněji

dochází k indukci bludného uvažování někomu dalšímu z rodiny, obyčejně člověku, který je s nemocným citově spojen, např. matce. Takový člověk se nechá přesvědčit o určité pravdivosti bludu a podle toho se i chová. (Píše např. opakovaně dopisy policii, že je jim odposloucháván telefon, že jsou pronásledováni apod.)

Indukce bludného myšlení bývá nejčastější právě u matek pacientů trpících schizofrenií. Psychiatři nazývají tuto situaci *„folie au deux"*, to znamená bláznění ve dvou. Nemá svou příčinu jen ve větší sugestibilitě ovlivněného jedince, ale i v dilematu, které vyvolává duševní nemoc blízkého člověka. Projevy pacienta je možné hodnotit buď jako chorobné, přičemž se však do určité míry narušuje citová vazba, nebo je s nějakým racionalizujícím vysvětlením akceptovat. Ztráta náhledu je v tomto případě kompenzována pocitem zisku ve formě iluze o uchování emočního vztahu.

**Bludy a halucinace nelze nemocnému kategoricky vymlouvat nebo mu dokazovat, že se jedná o nesmysly.** Takové chování by mohlo vyvolat jeho agresivitu, neboť by se za těchto okolností cítil ohrožen.

Častým řešením vztahu k nemocnému schizofrenií bývá tendence vedoucí k omezení skutečného kontaktu s nemocným, a to na co nejmenší možnou míru. Duševně zdravý člověk nechce být vtažen do nesmyslů, které produkuje nemocný schizofrenií. Postupně totiž dojde k závěru, že ho nemá cenu ani poslouchat, protože vše jsou jen hlouposti, výplod chorého mozku. Tento postoj je obranou, která vede k další izolaci a podpoře autistických tendencí nemocného. Větší problém vzniká tehdy, jde-li o rodiče nebo blízkého příbuzného žijícího v rodině, kde jsou děti. Ty mohou reagovat velice nepříznivě, protože vzhledem ke své emoční i rozumové nezralosti nemohou mít k projevům nemocného schizofrenií potřebný odstup. V jejich případě působí přítomnost duševně nemocného jako silný stresový faktor, event. jako zdroj strachu.

□ Lucie (7 let), dcera matky-schizofreničky, přestala v důsledku abnormálního rodinného soužití adekvátně reagovat na běžné sociální situace. Nenavazovala s nikým kontakt, ve škole nemluvila a nereagovala na učitele ani na děti. Byla označena jako mentálně retardovaná a navržena do zvláštní školy. Teprve po přemístění do školy internátní se začala chovat způsobem přiměřeným svému věku a byla schopná se učit.

## 13.7 Dětské schizofrenie

Psychotická onemocnění v dětství představují větší zátěž pro osobnost nemocného a mají obecně horší prognózu oproti obdobným onemocněním vzniklým v dospělosti. Narušují celý vývoj dítěte a brání mu získat zkušenosti, které podmiňují psychický rozvoj v určitých vývojových fázích. Zasahují do nehotové, nerozvinuté dětské osobnosti, a to na všech úrovních, přičemž vedou k velmi těžkým změnám. Čím dříve schizofrenie začne, tím má také horší prognózu. I v dětském věku postihuje schizofrenie 1 % populace (Janotová, 1996).





Vývojová úroveň dítěte se projeví modifikací schizofrenních symptomů. Některé příznaky se objevují až v určité fázi vývoje. Celkový obraz nemoci je ovlivněn nezralostí a plasticitou psychických funkcí. Vývojový aspekt se projeví i ve fázi rozvoje onemocnění. V době tzv. vývojových krizí, kdy dochází k větším změnám psychiky, jsou děti obecně zranitelnější. Pokud by byly navíc nepříznivým způsobem disponovány, mohou vývojově podmíněné zátěžové vlivy fungovat jako spouštěcí mechanismus choroby.

Pouze asi 5 % schizofrenií začíná před patnáctým rokem života. Do vypuknutí choroby se dítě může normálně rozvíjet. D. Janotová (1996) uvádí, že mnohé děti bývají už v předchorobí určitým způsobem nápadné, zvýšeně nadané či naopak emočně chladné, s tendencí k izolaci. Řeč se někdy nerozvíjí standardním způsobem, zejména v oblasti komunikace. **Jako dětská schizofrenie je označena varianta, která se projeví do deseti let věku.** Vzhledem k vývojově podmíněné odlišnosti osobnosti nemocných nemá dětská forma stejný klinický obraz jako schizofrenie dospělých. Avšak i pro ni platí obdobná diagnostická kritéria jako pro schizofrenii dospělých.

U dětí postižených schizofrenií jsou zřejmé **autistické projevy**. Nemocné dítě se izoluje od lidské společnosti, resp. od světa obecně. Má problémy ve verbální i neverbální komunikaci. Řeč se mnohdy rozvíjí odlišně, nápadnosti jsou zřejmé hlavně v jejím užití. Atypický obsah i forma sdělení jsou také jedním ze způsobů projevu poruchy myšlení a emocí.

Děti trpící schizofrenií mívají **narušené chápání své vlastní identity**, obtíže při vymezení přesných hranic mezi já a ne-já. Lze pozorovat i *depersonalizaci*, kdy dítě ztrácí pocit jistoty své vlastní osobnosti. Stejně nepřiměřený je u dětských pacientů trpících schizofrenií vztah k realitě. Úzkost často signalizuje neschopnost chápat skutečnost. Ta je vyjádřena také odporem ke změnám, které zvyšují chaos v orientaci takto postiženého dítěte. Poruchy v přijímání a zpracování informací se projevují nestadardním vnímáním a hodnocením situace. Postupně dochází k závažnějšímu poškození psychických funkcí, a někdy dokonce i k celkovému rozpadu osobnosti.

V emoční oblasti je zřejmá zvýšená úzkostnost, strach a výkyvy emočního ladění. Mohou se objevit i výrazné **poruchy afektivity**: ambivalence pocitů, popř. i zjevná **hostilita** (nepřátelství). Ta může být zaměřena proti světu nebo proti vlastní osobě. Hostilita může být často interpretována jako projev generalizované úzkosti a strachu ze ztráty své vlastní identity nebo z neschopnosti orientace ve svém okolí. Dítě přestává rozumět všemu, co se v něm i kolem něho děje a agresivita představuje jednu z možných obran v situaci, vyvolávající bezradnost.

Děti trpící schizofrenií bývají někdy i paranoidní, mívají pocit ohrožení (např. mikroby, chorobami apod.). Objevují se zrakové a sluchové halucinace, jejichž obsah odpovídá dětské psychice, jakož i fantazie podobné bludům, resp. bludy. Nejranější věk, pro který byly popsány halucinace a paranoidní příznaky, je sedm let (Janotová, 1996).

## Shrnutí

Schizofrenie patří k nejzávažnějším duševním chorobám. Je pro ni charakteristická porucha myšlení, vnímání, porucha emočního prožívání, autismus a celkově změněné chování. Dispozice k schizofrenii je dědičná. Průběh nemoci může být různý, stejně tak jako jeho prognóza. Ze sociálního hlediska je schizofrenie silně stigmatizující chorobou. Pro rodinu je takový nemocný značnou zátěží, proto musí být psychosociální pomoc zaměřena i na rodinné příslušníky. Dětská forma schizofrenie představuje ještě větší zátěž a má obecně horší prognózu.

## Kontrolní otázky

- Co je typické pro schizofrenii?
- Jak velkou část populace postihuje tato nemoc?
- Jaké jsou příčiny schizofrenie?
- Jaké projevy mohou signalizovat počátek tohoto onemocnění?
- Jaké jsou typické znaky uvažování nemocných se schizofrenií?
- Čím je typické emoční prožívání nemocných se schizofrenií?
- Jaká je prognóza schizofrenie?
- Jaké problémy mohou vznikat v rámci soužití s nemocným se schizofrenií?
- Co je typické pro dětskou formu schizofrenie?



# 14 Poruchy nálad, afektivní poruchy

**Základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného.** Všichni prožíváme občas kolísání nálad; období, kdy jsme plní energie a cítíme se šťastně, se u každého občas střídají s chvílemi smutku a nechuti k jakékoli činnosti. Chorobné poruchy nálad představují ovšem daleko hlubší výkyvy prožívání, mající pro postiženého i jeho okolí vážné, často i trýznivé důsledky.

### Diagnostická kritéria

Pro hodnocení poruchy je podstatné, o jaký typ patické nálady jde: základními jednotkami jsou depresivní a manický syndrom. Porucha může mít charakter **unipolární poruchy** – buď jen depresivní, anebo jen manické. U **bipolární poruchy** se střídají oba typy patické nálady. Důležitým diagnostickým kritériem je i **délka trvání patické nálady**. Porucha může trvat týdny, ale i roky.

Faktory specifikující epizodu patické nálady jsou (MKN-10, 1992; Smolík, 1996):

- míra závažnosti (lehká, střední či těžká porucha);
- přítomnost psychotických příznaků (bludů a halucinací);
- přítomnost somatických příznaků (ztráta chuti k jídlu, porucha spánku atd.).

Vzhledem k uvedeným kritériím se užívá následující **členění poruch nálady:**

- manická epizoda;
- bipolární afektivní porucha;
- depresivní epizody;
- rekurentní depresivní porucha (je charakteristická opakovanými depresivními epizodami);
- trvalé poruchy nálady (do této skupiny patří poruchy nálady, které trvají alespoň dva roky, emoční porucha je trvalejší, ale je méně výrazná).

**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.

**Příčinou onemocnění** je dědičně podmíněná dispozice k periodickým změnám funkce CNS (především v hypotalamu) (Zvolský, 1996). Dědičnost těchto poruch je různorodá. Někdy je dispozice tak silná, že chorobné projevy vznikají pouze na jejím základě, a nemá tedy smysl hledat nějaké vnější příčiny nemoci. V některých případech sice mohou mít určitý význam, ale pouze jako **spouštěcí mechanismus**. V případě maniodepresivního onemocnění bývají takové zátěže nejčastěji spojeny s **problémy zvládání role dospělého**, s ní spojenou samostatností a zodpovědností, popř. **s neúspěšností v profesní a partnerské roli**. K rozvoji či zvýšení závažnosti choroby mohou přispívat mnohé další, vnější nebo vnitřní faktory. Jsou to např. výkyvy funkce endokrinního systému (např. v klimakteriu), cyklické proměny ročních období (riziko onemocnění bývá vyšší na jaře a na podzim) atd. Důležitý je i celkový tělesný a duševní stav, neboť vyčerpaný organismus snadněji podlehne jakékoli nemoci, tedy i duševní (pokud k ní má dispozici). **Poruchy nálad jsou léčitelné,** k léčbě se využívá kombinace biologické léčby a psychoterapie.

## 14.1 Depresivní porucha

**Hlavním příznakem je patologicky depresivní nálada, která vzniká bez zjevné příčiny.** Hluboká deprese bývá (a zejména v minulosti byla) označována jako melancholie.

□ U paní A., padesátileté vědecké pracovnice, se první projevy deprese objevily asi před dvěma lety. Má velmi nízké, skutečnosti nepřiměřené sebehodnocení. Ačkoli je autorkou několika odborných knih, má pocit, že ničeho nedosáhla, nic nedokázala. Setrvává v nečinnosti, nedbá o svůj zevnějšek. Myslí si, že to stejně nemá cenu, protože je stará a nevzhledná. Přerušila veškeré kontakty se svými přáteli. Nemá o ně zájem, jejich problémy jsou jí cizí a připadají jí malicherné. Kromě toho se vedle nich cítí neúspěšná. Ani pracovní témata, která ji dříve zajímala, nejsou nyní důležitá. Je to příliš namáhavé a nic jí to nepřináší. Pokusila se o sebevraždu. Preferuje samotu a kontakt s lidmi ji zatěžuje. Nestojí o to, aby ji kdokoli navštěvoval v léčebně.

Depresivní porucha není vázána na nějaké konkrétní události. To znamená, že emoční ladění ztrácí svou adaptačně regulační funkci. Člověk přestává standardním způsobem reagovat na vnější i vnitřní podněty a má sklon k nepřiměřeným projevům. Smutek má obecně **tlumivé účinky**. Jestliže je deprese patologicky zesílena, zvětšuje se i její tlumivý vliv, mnohdy v tak velké míře, že lze mluvit o maladaptaci. Někdy se naopak může aktivace organismu nadměrně zvýšit, děje se tak především pod vlivem silné úzkosti, která některé deprese doprovází.

Vnější vlivy nejsou pro tuto formu deprese příliš významné. Depresí postižený člověk často nedovede obvyklým způsobem emocionálně reagovat na podněty, které běžně nějakou reakci vyvolávají. Je k nim podivně a nepochopitelně lhostejný. V. Vondráček (1982) uvádí jako příklad lhostejnost melancholiků k bombardování za druhé světové války. Mění se i vztahy k blízkým lidem. J. Vacek (1996) např. popisuje depresivního pacienta, jemuž v době hospitalizace na psychiatrii zatkli syna pro domnělou protistátní činnost. Pacient na takové sdělení nijak nereagoval a dál se zabýval jen svými vlastními myšlenkami. Depresivní pacienti mají svůj svět, který je pro ně důležitější než cokoli jiného a z něhož vyplývá i jejich vztah k vnějšímu dění.





Depresivní, resp. melancholické ladění velmi silně **ovlivňuje veškeré prožívání**, uvažování i chování nemocného. **Vede k poruchám psychické regulace, k útlumu potřeb i volní aktivity.**

Důležitým diagnostickým znakem deprese je **ranní pesimum**, což znamená, že se pacienti cítí nejhůře ráno. Velice časně, již kolem druhé či třetí hodiny v noci se budí a pak nemohou znovu usnout. Večer se cítí o něco lépe (v tom je určitý rozdíl mezi nimi a neurotickými pacienty, kteří se cítí špatně spíše večer).

Nemocní, disponovaní ke vzniku deprese, se někdy již premorbidně projevují způsobem, který je popisován jako tzv. melancholický typ (Tellenbach – in Vacek, 1996). Takoví lidé jsou nápadně, až pedanticky pořádní, pečliví, svědomití a spolehliví. K uvedenému postoji je vedou jejich nadměrně náročné požadavky. Proto se všemožně snaží chovat tak, aby se vyhnuli výčitkám, které může vyvolat i nepatrné překročení striktní, subjektivní normy chování.

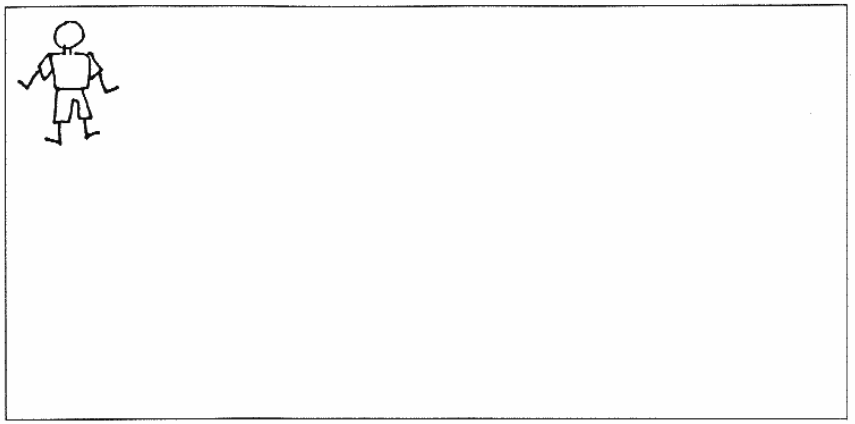
Depresí postižený jedinec **ztrácí schopnost prožívat radost, je úzkostný a pesimistický**. Jeho ladění vede ke zobecnění negativního způsobu hodnocení čehokoli. Člověk se stává pesimistou, a to bez ohledu na reálnou kvalitu posuzované situace.

**Sebehodnocení** je významně zhoršeno. Nemocný mívá pocity méněcennosti a neschopnosti. Trpí autoakuzacemi a pocity viny. V tomto případě bývá agresivita obrácena na sebe. Jiným projevem deprese je hypochondrizace, která se týká pesimistického hodnocení stavu vlastního těla a jeho funkcí (někdy může jít až o hypochondrický blud – viz další text).

Způsob vyjádření deprese může záviset i na sociokulturních vlivech. V. Vondráček (1982) např. uvádí, že u depresivních černých Afričanů se nevyskytují autoakuzace, ale spíše pocity pronásledování. Oboje znamená utrpení, ale obsah se liší.

Nepříznivé a pesimistické je i **hodnocení okolního světa**. Depresivní pacient vidí zveličeně všechny jeho nedostatky. Na druhé straně si alespoň občas uvědomuje, že přijatelný svět existuje, ale že není určen pro něho, nýbrž jen pro druhé lidi. Tuto skutečnost prožívá jako další zdroj autoakuzace a výčitek: je špatný, neschopný a nic dobrého si stejně nezaslouží. Negativní postoj nezahrnuje jen přítomnost, ale i **minulost** (všechny vzpomínky a zkušenosti jsou posuzovány negativně, stará traumata nabývají nepřiměřeně dominantních významů) a **vztah k budoucnosti** – ani pro budoucnost neexistuje žádná naděje na nic dobrého. Nemocný nikdy nic nedokáže, nic dobrého ho nepotká.

Depresi lze posuzovat i jako **postižení, negaci smyslu života** nemocného jedince.



**Obr. 14.1:** Kresba depresivního pacienta adolescentního věku.

Ztratil o všechno zájem, nic ho nedovede upoutat. Deprese ruší hodnoty a potřeby. Vše, co dříve dávalo životu smysl, už neplatí a nemůže poskytovat žádnou oporu. Nemocný si neumí vysvětlit, co se s ním děje, proč je najednou takový. V jeho životě většinou není dostatek důvodů pro tak zásadní změnu prožívání, protože určité problémy má každý člověk.

□ S. Pfeifer (1995) situaci charakterizuje kazuistikou depresivní pacientky: „Vlastně jsem měla vše, co jsem si jen mohla přát. Mám milého manžela a bystré děti. Po materiální stránce se nám daří dobře a aktivně pracujeme v našem sboru. Nemohu vůbec pochopit, že jsem najednou tak bez odvahy, ustrašená a sklíčená."

Depresivní nálada se odráží i v **celkovém vzhledu a chování nemocného**. Je viditelná v jeho mimice, pantomimice i v ostatních motorických projevech. Depresivní pacienti mají typický výraz beznaděje v obličeji, ochablé držení těla. Bývají utlumení a inhibovaní, nemají žádnou energii, cítí se vyčerpaní a unavení. Pohybují se pomalu a někdy neprojevují vůbec žádnou aktivitu, jen tupě sedí a odmítají cokoli dělat. Z jejich hlediska je však tento postoj logický, protože nic nemá smysl a nic je stejně nemůže potěšit. Někdy bývají v důsledku zvýšené úzkosti neklidní, s tendencí k nadměrné aktivitě, která je zaměřena na odstranění úzkosti. Úzkost spojená s depresí může vést až k panice, jež bývá agresivně nebo autoagresivně zaměřena.

Deprese **deformuje a tlumí všechny psychické projevy**. Nemocný přijímá a zpracovává informace trochu jinak než dřív. Pod vlivem deprese ztrácejí svou původní hodnotu a mají pro postiženého jedince jiný význam. Depresivní pacient se nedovede soustředit, není schopen ovládat svou pozornost. Porucha koncentrace pozornosti pak negativně ovlivňuje jak procesy učení, tj. zapamatování, tak i myšlení, které se stává stereotypním, ulpívavým a nevýbavným. Nemocný se cítí unavený, nedovede si vzpomenout a vybavit v paměti to, co





by potřeboval. Často si stěžuje na neschopnost uvažovat a rozhodovat se. Hůře chápe, protože celkový útlum postihuje i jeho myšlení. Není tomu tak proto, že by nemocný trpěl úbytkem inteligence, ale i v tomto případě jde o důsledek celkového zpomalení a utlumení psychických procesů. Nemocný mluví málo, potichu a pomalu, někdy přestává mluvit úplně, objevuje se tzv. mutistická reakce. Depresivnímu pacientovi nejde nic jako dříve a on sám se považuje za viníka těchto potíží.

Podle německého psychiatra K. Schneidera (1973) se při vypuknutí deprese odkrývá tzv. *primární strach (Urangst)*, který je běžně ukrytý v nevědomí. (Tento termín se objevuje již v práci S. Freuda.) Nabývá konkrétní podoby ve vztahu k individuálním osobnostním charakteristikám a hodnotovému systému nemocného. V této souvislosti se může projevit i jako bludná představa. Když se objeví, je zjevné, že pacient ztrácí soudnost.

U těžších forem depresí se mohou objevit bludy, které bývají ovlivněny patologickou náladou nemocného. Často jde o **hypochondrické představy**, kdy si pacient myslí, že je nevyléčitelně nemocný. Depresivní nemocní mohou např. tvrdit, že nemají plíce, srdce, že mají propálený žaludek, zarostlý konečník atd. (Vondráček, 1968). Někdy se objevují **mikromanické bludy** (pacient je přesvědčen o své bezvýznamnosti a bezcennosti), **autoakuzační bludy** (pacient se obviňuje a cítí nepřiměřenou vinu za vše, co zkazil a zničil) a **perzekuční blud** (bude zaslouženě potrestán, protože je špatný člověk, provinil se).

Nebezpečné jsou **suicidální myšlenky a tendence**. Riziko, že se nemocný o sebevraždu skutečně pokusí, bývá v tomto případě značně vysoké. Mnozí pacienti touží po smrti, která by pro ně byla vysvobozením z duševní trýzně, již tato nemoc představuje, a o sebevraždu nepokusí jen proto, že mají v rámci deprese významně sníženou aktivační úroveň a chybí jim energie, potřebná k realizaci takového činu. Jakmile se jejich stav zlepší a nejsou tak utlumeni, pokusí se zabít. V. Vondráček (1983) upozorňuje, že jde mnohdy o velmi „bolestné a hrůzné" způsoby sebevraždy, např. o upálení, zatlučení hřebíku do hlavy nebo rozpárání břicha. Vzácností nejsou ani suicidální pokusy opakované.

J. Vacek (1996) upozorňuje na skutečnost, že v bludech depresivních pacientů přibývá egoistických motivů, tj. takových, které se týkají pouze osoby nemocného – např. ztráta smyslu života, ztráta vlastní hodnoty, strach z nevyléčitelné nemoci. Je zřejmé, že i melancholické bludy nějakým způsobem souvisejí s pacientovým hodnotovým systémem. Avšak v současnosti bývá takových bludů málo. Obvykle se nemoc manifestuje jen jako samostatná deprese bez dalších projevů.

**Deprese se odráží i ve fyziologických procesech,** také zde je zřejmá úzká vazba mezi emočním prožíváním a tělesnými projevy. **Depresivní nemocní mívají zpomalené a utlumené fyziologické procesy.** Nedostatek motivace, spojené s omezením většiny potřeb je zřejmý nejen v psychické, ale i v somatické oblasti. Nemocným chybí chuť k jídlu, k pohybu, vyhasíná jejich sexuální potřeba atd. Mívají pocity tíže, svírání na hrudi apod. Občas se lze setkat s tzv. **larvovanou depresí**, která se projevuje především **somatickými potížemi**. Zdánlivě zde chybí hlavní příznak, tj. smutná nálada, která bývá potlačena.

(S nápadnější depresí se lze na druhé straně setkat i u nemocných trpících určitými, ryze somatickými chorobami, např. hypothyreózou nebo zhoubným bujením. Smutná nálada zde specificky souvisí s tělesnou chorobou. Nespecifická *reaktivní deprese* ovšem doprovází všechna závažnější onemocnění.)

□ Deprese postihovala lidstvo pravděpodobně vždy. Depresí trpěly mnohé historicky známé osobnosti, např. císař Rudolf II., který byl popisován jako podivín, samotář a melancholik. Měl údobí, kdy se odmítal stýkat s říšskými hodnostáři a stejně tak se vyhýbal jakémukoli rozhodování. Dědičné předpoklady ke vzniku depresivního syndromu byly posíleny skutečností, že jeho otec a matka byli bratrancem a sestřenicí. Dědičná zátěž tohoto typu se v habsburském rodě datuje až do 16. století k Johaně Šílené, jejíž duševní choroba byla i na tehdejší poměry nápadná. Stejně tak i dědeček Rudolfa II., Ferdinand I., trpěl po smrti své manželky Anny těžkou depresí (Lesný, 1984; 1987).
Názorný případ průběhu depresivní poruchy českého šlechtice Jana Zajíce z Házmburka (žil v 16. století) zpracoval J. Horáček (1997). Tento šlechtic popsal svoje problémy v knize pamětí a popsal je natolik dobře, že je v nich i dnes možné nalézt typické příznaky deprese – smutek, obtížnost uvažování, ztrátu potěšení i pocit nesmyslnosti jakéhokoli jednání: „První rána a trestání Pána mého milostivého, toho Otce laskavého nebeského, a to byla náramná tesknost na mé mysli a těžká myšlení a zdychání, až mnohokráte i k pláči a skúro k zmámení mé mysli, aniž takového hrozného zarmoucení u mě se mohla příčina hodná nacházeti, nebo mi do žádné kratochvíle nic nebylo." Ačkoli byl věřící katolík, v době svého onemocnění měl nechuť i k návštěvě bohoslužby, a „s velikou těžkostí dnes do kostela šel ke službě Boží a potom k jitřní", což v něm muselo vyvolávat značné pocity viny.
Pro hodnocení jakékoli duševní poruchy je důležitý historický kontext. Jan Zajíc chápal nemoc jako Boží trest a zároveň jako dialog s Bohem, který na něj tuto chorobu seslal. Utrpení pro něj zároveň mělo smysl katarze.

Výklad depresivního onemocnění bývaly v historii jiný, než je dnes, odpovídal tehdejší úrovni poznání i celkovému postoji ke světu. Křesťanské myšlení středověku převzalo hebrejské pojetí melancholie jako Božího trestu za hřích. Hřích nemusel být nijak zveřejněn, nikdo o něm nemusel vědět, ale duševní choroba jej beze všech pochyb dokazovala. Ztotožnění šílenství a trestu zcela logicky ovlivňovalo i postoje a chování k takovým lidem. Obdobná interpretace problému se objevovala i v prožitcích nemocného, v jeho autoakuzacích a pocitech viny. Melancholika také mohl posednout ďábel, který ovlivňoval jeho mysl (Černoušek, 1994). Podle V. Vondráčka (1968) „sehráli takoví nemocní v historii lidstva svou úlohu. Mnohé čarodějnice, přiznávající se ke styku s ďáblem ještě před mučením, byly asi melancholické, též snad někteří velcí kajícníci a kajícnice."

## 14.2 Manický syndrom

*„Mánie je pestrý cirkusový stan postavený nad jámou deprese."* (Kalina, 1987)

**Základním příznakem manického syndromu je patologicky povznesená nálada, spojená s hyperaktivitou a rozjařeností.** Nejde ovšem jen o vystupňované veselí, pacient bývá křečovitý, v napětí, a ani jeho nápadně





dobrá nálada nevypadá příliš přirozeně. Emoční ladění ovlivňuje a zkresluje hodnocení čehokoliv. Ani v tomto případě nemá reálná situace větší význam. Nemocný je nesoudný, přehnaně optimistický. Stejně tak jako v případě depresivního syndromu ovlivňuje jeho emoční ladění veškeré další prožívání a chování.

□ Pavel (20 let), nadaný student, se v období na konci osmdesátých let chtěl aktivně podílet na boji proti komunistickému režimu. V manické epizodě ovšem propadal horečné aktivitě, jezdil od jednoho známého k druhému, nadšeně plánoval. Z bytů svých přátel vedl dlouhé, hodinové telefonické rozhovory do zahraničí. Navštěvoval spolužáky a jejich rodiče, půjčoval si od nich peníze, které ihned utrácel za další jízdy taxíky. Několik dní se nevracel domů. Při jedné příležitosti byl zadržen, u výslechu spontánně Bezpečnosti vyprávěl vše, co věděl, o aktivitách svých známých a přátel, o jejich stycích s disentem. Měl pocit nezranitelnosti, věřil, že se státní moc zalekne jeho plánů a neodváží se mu ublížit.
Postupně se mu přátelé začali vyhýbat. Jeho otec odmítl uznat, že jeho chování je projevem choroby. Po Pavlově propuštění z ústavní léčby konflikty doma pokračovaly. Pavel odešel ze školy a začal pracovat na stavbě, kde i přespával. Po několika dnech jej ráno našli spolupracovníci na staveništi oběšeného. Mohlo jít o důsledek depresivní fáze poruchy, ale i o bilanční sebevraždu: inteligentní chlapec si mimo manickou epizodu uvědomoval svou nepříznivou situaci.

**Sebehodnocení nemocného je nápadně a nepřiměřeně zvýšeno,** často až na úroveň neodpovídající skutečnosti. Stejně tak bývá **nerealisticky pozitivní i hodnocení okolního světa**. Přehnaně optimistický postoj nezahrnuje jen přítomnost, ale i vztah k budoucnosti: ta se jeví jasná, výborná, všechno se povede a nic nebude problémem. Nemocný si myslí, že všechno dokáže a zvládne, nic špatného ho nemůže potkat. Nevidí žádné komplikace a ohrožení, nedovede odhadnout nebezpečí. Případné potíže zavinili jiní, vinu hledá vždycky mimo sebe.

Pacienti v manické fázi jsou **zvýšeně sociabilní**, někdy až familiární, snadno iniciují kontakt s druhými lidmi. Bývají zvýšeně, opět až křečovitě hovorní. Mívají **silnou motivaci k nejrůznějším aktivitám**, avšak z charakteru této činnosti je zřejmé, že ztrácejí standardní sociální zábrany. Jejich aktivita není běžným způsobem regulována. Vzhledem k tomu se dopouštějí různých excesů, riskantního a nezodpovědného jednání, např. nadměrně utrácejí, uzavírají podivné obchody, jezdí nesmyslnou rychlostí atd. Nerealisticky plánují. Nedovedou pociťovat vinu, svoje činy nejsou schopni adekvátně posoudit. Stejně tak nejsou schopni ani přiměřeně reagovat na jednání lidí ve svém okolí. Zpětná vazba jim neslouží jako informace, která by vedla ke korekci jejich chování. Porucha sebehodnocení se projevuje i v této oblasti: jsou skvělí a neomylní, všechno dělají dobře.

Manická nálada, stejně jako deprese, se projevuje **i v celkovém vzhledu a chování nemocného**. Je patrná v jeho mimice, pantomimice i v ostatních motorických projevech. Tito pacienti vypadají fyzicky omládlí, mívají radostný a živý výraz, pružné držení těla. Pohybují se rychle, jsou neunavitelní, do všeho

zasahují, cítí se kompetentní k jakékoli činnosti. Z jejich hlediska je tento postoj logický, neboť všechno se jeví jako dosažitelné a snadné.

**Také psychická aktivita je zvýšená a zrychlená.** Pacient v manické fázi má pocit, že se velice snadno soustředí, ale jeho pozornost bývá často povrchní a roztěkaná. Cítí se duševně čilý, nemá pocit nějakých potíží, např. při vybavování vzpomínek. Myšlení bývá tak rychlé, že mu řeč nestačí, a proto se navenek může projevovat jako inkoherentní. Myšlenkový trysk odpovídá celkovému zrychlení psychických procesů. Nemocný má pocit, že velmi snadno chápe, že pro něj není problém cokoli vyřešit. Jde ovšem spíše o patickou změnu hodnocení než o reálné zlepšení v oblasti intelektových funkcí. Celková aktivizace se projevuje i v oblasti řeči. Nemocný mluví velmi rychle a hlasitě. Mluví do všeho a ke všemu, nemá zábrany.

**Bludy,** které se u některých nemocných objevují, jsou výrazně ovlivněny jejich manickým laděním. Obvykle jde o **megalomanické bludy**, nemocný je přesvědčen o své významnosti a výlučnosti. Velikášství bývá mnohdy spojováno s pocity ukřivděnosti a potřebou dokazovat ostatním lidem svou domnělou hodnotu. Občas se objevují i **paranoidní a reformační bludy** (nemocný se např. cítí spasitelem všeho lidstva, objeví lék na rakovinu atd.). Vyjadřuje potřebu zasahovat do dění a ovlivňovat svět, který nemocného, podle jeho názoru, nedoceňuje.

Manická nálada se odráží i ve **fyziologických procesech**. Nemocní mívají zrychlené a aktivizované fyziologické procesy, mění se jejich tělesné potřeby. Mívají nadměrnou chuť k jídlu, ale na jídlo nemají čas, nepotřebují dlouho spát, a přesto se cítí svěží. Na druhé straně mívají zvýšenou sexuální apetenci, takže v této fázi často neselektivně střídají různé partnery.

## 14.3 Sociální význam poruch nálady

**Depresivní člověk působí na lidi ve svém okolí tísnivě,** neboť na ně přenáší svou patologickou náladu. Pro rodinné příslušníky je proto soužití s takovým nemocným těžké. Jeho **nepřiměřeně negativní hodnocení zasahuje i mezilidské vztahy**. Hypoaktivita depresivního člověka, neschopnost cokoli dělat, v kombinaci s jeho emočním laděním ostatní členy rodiny dráždí. Oni pracují, musejí zvládat běžný chod domácnosti, a nemocný nejen nic nedělá, ale ještě všechny obtěžuje svými stížnostmi. Ani vědomí, že jde o chorobu, nezabrání vzniku určité nechuti a změně vztahu k takovému člověku. Lze na sebe převzít jeho povinnosti, ale akceptovat jeho trvalé rozladění bývá často příliš zatěžující. Lidé jsou po práci unaveni, mají svoje vlastní potíže a zdá se jim, že depresivní pacient ke svému permanentnímu rozladění často ani nemá dostatečné důvody.

**Snížená schopnost jakékoliv aktivity, která nemá zjevný důvod v somatickém onemocnění, se laikům často jeví jako podezřelá a neoprávněná.** Mnohdy se rodina domnívá, že si pacient vymýšlí, aby nemusel





nic dělat, že je vlastně líný a neschopný. Vztahy s lidmi mimo rodinu se obyčejně přerušují, protože nemocný nemá dost chuti ani energie, aby se s kýmkoli stýkal.

□ Pan N. (46 let), nyní v domácím ošetření s depresivní poruchou, denně irituje svou manželku, když si k ní večer sedne, nemluví a pouze vzdychá. Ona má na starosti zaměstnání, domácnost a péči o dvě děti. Je schopna a ochotna pochopit, že je její manžel nemocný a že nemůže chodit do práce a ani jí nějak jinak pomoci. Už však nemá síly na to, aby poslouchala jeho stereotypní stesky. Protože ona je unavená, vyčerpaná a má pocit, že by si zasloužila alespoň večer klid.

Účinná pomoc vyžaduje proto pracovat nejenom s depresivním nemocným, ale i s jeho rodinnými příslušníky, resp. jinými blízkými lidmi. Je třeba jim dát najevo porozumění nad potížemi, které s pacientem mají i oni sami. Není nutné, aby přebírali zodpovědnost za prožívání a chování nemocného. Nemoc nezavinili ani oni, ani pacient sám. Je třeba jim vysvětlit, že takovouto patologickou náladu nelze ovlivnit vůlí, že nejde o nedostatek motivace nemocného.

Nemá smysl postiženého nutit, aby se přemohl a nějak se rozptýlil, nemá cenu jej vyzývat k aktivitám, jichž není schopen (i když je jasné, že to rodina myslí dobře), ani aby se vzchopil, protože to prostě není v jeho silách. Za těchto okolností si jen více uvědomuje svou neschopnost. Rodina mu svými požadavky, které nemůže splnit, potvrzuje, že to musí být jeho vina, když nic nedokáže. Stejně tak nemá smysl posílat depresivního člověka do lázní nebo jinam mimo domov, protože adaptace na změnu prostředí je pro něho náročnější než pobyt doma a představuje další nezvládnutelnou zátěž.

Nároky, které má rodina na depresivního nemocného, nemohou odpovídat jeho premorbidnímu stavu. Nelze po něm chtít totéž, co dříve bez problémů dělal. Nelze čekat, že by byl schopen něco rozhodovat, protože nedokáže situaci ani adekvátně zhodnotit.

Nelze popírat potíže choroby a tvrdit nemocnému, že už je to lepší a brzy mu bude dobře. Pacientovi totiž lépe není, a tudíž takovou bagatelizaci odmítá. Fakt, že ho rodina nebere vážně a on se skutečně cítí špatně, je pro něj stresující. Depresivnímu pacientovi také nemá smysl vyvracet jeho bludné představy, např. o tom, že je ze všech nejhorší, k ničemu, že něco hrozného zavinil atd. Jakmile odezní akutní fáze nemoci, tyto představy samy od sebe zmizí. Zkušení psychiatři upozorňují na neúčinnost výše uvedených rad nemocným, protože podstata choroby je právě v neschopnosti ovládat svoje pocity a nálady (Pfeifer, 1995; Zvolský, 1996). Ty skutečně nevyvolává nějaká vnější událost, ale chorobné změny v organismu. Každý laik sice ví, že nikdo nedokáže ovládat např. ledvinové onemocnění, ale myslí si, že v případě duševní poruchy by to snad šlo.

**Depresivní nemocní potřebují léčbu na psychiatrickém oddělení. Nelze očekávat, že by se nemoc zlepšila sama od sebe.** Rodinným příslušníkům je třeba vysvětlit, že léčba je skutečně nutná, neboť chorobu nelze přemoci pouhou vůlí. Léky jsou užitečné, protože pomáhají nemocnému zbavit se úzkosti a deprese, která ho sužuje. S jejich pomocí se dokáže vyrovnat

i s dalšími potížemi, jež ho potkají. Vedlejší účinky léčby jsou ve srovnání s jejich pozitivním účinkem jen nepatrnou zátěží. Neovlivní osobnost pacienta nepříznivým způsobem, ani mu nezpůsobí trvalou újmu.

**Manický nemocný působí svému okolí jiné problémy.** Je aktivní, ale důsledky jeho činnosti bývají problematické a často přinášejí potíže rodině i zaměstnavateli. Stejně tak je iritující jeho nepřiměřeně euforický a nereálně optimistický postoj, protože ostatní členové rodiny zůstali soudní a vědí, že je skutečnost jiná. Excesy manického člověka mohou narušovat rodinné vztahy i rodinné finance. Nemocní v této fázi totiž nadměrně utrácejí nebo nesmyslně investují a je nutné jim v této činnosti bránit. To znamená, že je třeba hlídat jejich aktivitu, což je také vyčerpávající. Jejich chování může být pro nejbližší lidi natolik obtížné, že s nimi nejsou schopni žít. Často pomůže jen hospitalizace na psychiatrickém oddělení, která se ovšem dost obtížně zařizuje, protože pacient nemá vědomí poruchy.

## Shrnutí

Základním projevem afektivních poruch je patická nálada, která neodpovídá reálné situaci. Depresivní syndrom je charakterizován patologickým smutkem, který vzniká bez zjevné příčiny. Depresivní nálada ovlivňuje veškeré prožívání, uvažování i chování nemocného.

Základním příznakem manické epizody je patologicky povznesená nálada, spojená s hyperaktivitou, s převahou nereálného optimismu a nedostatkem soudnosti.

Nemocní trpící nějakou formou afektivní poruchy působí na své okolí rušivě. Soužití s takovým nemocným bývá obtížné, proto je třeba pracovat s celou rodinou.

## Kontrolní otázky

- Jaké jsou příčiny poruchy nálady?
- Jakým způsobem se projevuje deprese?
- Jak ovlivňuje deprese hodnocení sebe sama i okolního světa?
- Jak lze vysvětlit laikům podstatu zvýšeného rizika sebevraždy?
- Jakým způsobem ovlivňuje deprese fyziologické procesy?
- Jaké jsou hlavní problémy soužití s depresivním člověkem?
- Jak ovlivňuje manická nálada hodnocení a sebehodnocení nemocného?
- Jaká jsou rizika nepřiměřeného jednání manických nemocných?



# 15 Neurotické poruchy

Neurózy jsou funkční psychické poruchy, které jsou ve významné míře psychosociálně podmíněné a projevují se specifickými, psychickými i somatickými příznaky. Nejsou spojeny s nálezem v oblasti nervového či jiného orgánového systému. Typickým znakem neuróz je narušení subjektivního prožívání, tj. změna emocí.

Citové prožitky umožňují člověku základní hodnocení situace. Ovlivňuje je stav aktuálního uspokojení i minulé zkušenosti. Citové hodnocení je jiné než hodnocení rozumové. Je ontogeneticky i fylogeneticky starší, a proto i relativně málo přizpůsobivé. Je spojené s ostatními psychickými i somatickými funkcemi, které může různým způsobem ovlivňovat. Emoce mají určitou schopnost regulace, mohou stimulovat či tlumit. Aktivizace organismu, která je součástí nějaké emoční reakce, např. strachu nebo vzteku, by měla sloužit ke zvládnutí dané zátěže. Aktivizovaná energie však může zůstat nevyužita, z nějakého důvodu nebude možné ji uplatnit a v této podobě může působit jako patogenní faktor.

Termínu neuróza použil poprvé W. Cullen v roce 1780 (Smolík, 1996). V současné době je tento pojem kritizován a diskutován, ale jeho používání přetrvává, zejména v psychiatrické praxi. Z tohoto hlediska se liší i oba hlavní klasifikační systémy: MKN-10 pracuje s kategorií *neurotické poruchy*, DSM-IV obsahuje jen skupinu *úzkostné poruchy*.

Neurotické poruchy jsou typické především změnou **prožívání**, ale pod vlivem narušených emocí se mohou měnit fyziologické reakce i uvažování a chování. Základem těchto potíží je **pocit ohrožení** a **dysforie** (zhoršení emočního ladění spojené s pocity napětí, strachu a úzkosti), které vedou ke vzniku obranných mechanismů. Pokud je aktuální zátěž subjektivně příliš velká, může vyvolávat nadměrné obavy, úzkost či podrážděnost, může člověka neúčelně aktivizovat, nebo naopak. **Způsob uvažování** se pod vlivem zátěže může také měnit a může vést až k neúčelné preferenci takové obranné strategie, jež problém neřeší a vede k neurotickým reakcím. Maladaptivní chování se může zafixovat. Člověk má potom tendenci chovat se stejně, kdykoli se dostává do podobné situace. Lidé rádi opakují to, co se jim osvědčilo, nebo dokonce i to, co už někdy udělali, bez ohledu na efekt takového chování. Hledání nových způsobů bývá, zejména v zátěži, často zablokováno emočně (člověk se nových řešení bojí a není si jist, zda by nějaké lepší našel).

**Chování** člověka trpícího neurotickou poruchou může být nápadné a neobvyklé, ale neporušuje základní sociální normy. Ani hodnocení reality není zásadním způsobem narušeno. Postižený člověk si zpravidla **odlišnost svých projevů uvědomuje** a jsou pro něj i pro jeho nejbližší okolí **obtěžující**.

V mnoha případech trpí více sekundárními, tj. společenskými, následky svých neurotických projevů (např. koktavost či nutkavé jednání).

Podle S. Pfeifera (1995) jsou neurotické potíže nejčetnější u lidí mezi 25. a 40. rokem, to znamená v době, kdy se člověk musí vyrovnávat s mnoha nároky dospělosti, nových rolí a s odpovědností, která z nich vyplývá. V této době si hledá manželského partnera, zakládá rodinu a buduje si svou profesní roli. Nároky takových změn mohou být pro disponované jedince příliš velké a mohou vést k neurotickým poruchám. Jejich důsledkem je obvykle snížená výkonnost i životní energie a omezená radost ze života.

## 15.1 Etiologie neurotických poruch

Každý jedinec reaguje na vnější podněty individuálně, typickým způsobem, jenž je dán dědičnými předpoklady, ale je také ovlivňován vnějšími faktory, to znamená zkušeností. Příčiny neurotických potíží nelze hledat jen v patologii vnějšího prostředí, jejich etiologie je vždycky komplexnější. Proto faktory, které ovlivňují riziko vzniku neurotických poruch, lze rozdělit do dvou základních skupin: jde opět o interakci **vrozených dispozic** a **vnějších, psychosociálních vlivů**.

### 15.1.1 Vrozené dispozice

Při vzniku neuróz hraje určitou roli dědičnost, obyčejně polygenního typu. V tomto případě jsou podstatné především vrozené temperamentové znaky, stabilita psychických reakcí i funkcí vegetativního systému a individuální rysy afektivního prožívání. V dětství může být jedním z rizikových faktorů funkční nezralost CNS. Dispozici k neurotickému způsobu reagování signalizují různé vlastnosti, např. převažující pocit nejistoty, snadný vznik různých zábran, obtíže v kontaktu s lidmi, snížená tolerance k zátěži, častý pocit rozladěnosti, dráždivost, labilita, nižší výkonnost, zranitelnost a sklon k vegetativním potížím (např. bolestem hlavy, poruchám spánku apod.).

### 15.1.2 Vlivy vnějšího prostředí

Lidé trpící neurotickými poruchami **nemají vždy více zatěžujících životních zkušeností, ale zaujímají k nim jiný postoj**: Odlišná, eventuálně až chorobná reakce může být vyvolána buď skutečně nepřiměřenými nároky prostředí, nebo tím, že je člověk dispozičně neschopný přijatelné adaptace i na běžné podmínky – běžné vlivy prostředí se mu mohou jevit **subjektivně nezvládnutelné**, nepřijatelné nebo rušivé.

Člověk se nadměrně zatěžujícím či nepříjemným podnětům brání a zaujímá k nim určitý postoj. Reakce na jakoukoli zátěž závisí jednak na emočním prožitku, který je jakýmsi primárním hodnocením situace (respektive vymezením





situace jako nepříznivé a ohrožující), ale i na rozumovém zpracování významu takové situace. V subjektivně obtížné a těžko zvládnutelné situaci může převažovat emoční složka hodnocení. Pokud se člověk cítí bezmocný, přestává jeho chování ovlivňovat rozum. Výsledkem bývají podivné a často nepřiměřené projevy chování. (Jde např. o neúčelný panický únik, o ztrátu schopnosti jakkoli reagovat atd.)

**Způsob zpracování různých zátěží ovlivňuje:**

- **Aktuální psychický stav** člověka, jeho **zkušenosti** (popř. vývojová úroveň) a individuální vlastnosti osobnosti.

  Každý člověk má větší či menší sklon k určitým způsobům obrany, k určitým adaptačním či maladaptačním projevům. Z toho vyplývá např. individuálně zvýšená citlivost vůči jisté zátěži nebo preference nějakého obranného mechanismu, který se v minulosti osvědčil, popř. zafixoval na základě pouhého častějšího opakování (vliv učení).

- Aktuální i minulá **sociální situace**, resp. **sociální role**. Veškeré neurotické potíže je třeba posuzovat ve vztahu k sociálnímu prostředí, v němž člověk žil a žije.

  V dětství je nejvýznamnější sociální skupinou rodina. Později hrají důležitou roli vrstevníci: spolužáci a spolupracovníci, přátelé, partneři a nakonec i vlastní děti. Z hlediska vzniku možných zátěží je významná instituce školy, vojenské služby a posléze zaměstnání a nové rodiny. Nelze samozřejmě vyloučit ani vliv jiných sociálních skupin, ale ten nemusí být tak významný, protože jsou výběrové.

  Ze sociálního hlediska je velmi podstatný faktor **zpětné vazby**, která často **udržuje maladaptivní reakce** neurotického člověka. Zátěžové situace provokují u disponovaného jedince určité, zpravidla nepřiměřené chování. Takové projevy vyvolávají u ostatních lidí různé reakce (např. odmítání, kritiku), jež mohou nepřiměřené jednání zpětně posilovat. To platí zejména pro nápadné neurotické projevy, jako jsou poruchy řeči, tiky nebo obsedantní chování.

- Aktuální **somatický stav** člověka. Únava, vyčerpání, tělesná slabost či somatické onemocnění zvyšují riziko, že člověk bude reagovat i na běžné zátěže jako na neurotizující faktor. Na druhé straně se neurotické potíže mohou projevit i v somatické oblasti, a to různými poruchami tělesných funkcí. Jejich existence je jedním z důkazů těsné vazby mezi psychickou a somatickou složkou.

Různé rizikové faktory mají tendenci se ve svém vlivu sčítat a posilovat. Při posuzování stavu určitého člověka je třeba sledovat jeho projevy v průběhu alespoň jednoho roku. Prognóza potíží je příznivější, pokud vznikly následkem zjevné, objektivně závažnější vnější zátěže. V opačném případě jde spíše o projev vrozené dispozice, který je terapeuticky hůře ovlivnitelný.

V průběhu života jsou lidé v různých obdobích různě citliví buď k zátěžím obecně, nebo jen ve vztahu k některým specifickým vlivům (např. v dospívání, v klimakteriu). Mnohé potíže se mohou objevovat při změně role a prostředí, např. po nástupu do školy, po uzavření manželství, po nástupu do zaměstnání nebo při odchodu do důchodu aj.

**Neurotické potíže signalizují fixaci a kumulaci nevyřešených zátěží.** Mohou být důsledkem primární změny prožívání, ale jsou i projevem nedostatečnosti či selhávání obran. Každý člověk reaguje v zátěži individuálně. Proto i v neurotických potížích existují rozdíly. Jeden člověk se za těchto okolností stane úzkostným a obsedantním, jiný bude trpět spíše odchylkami vegetativních projevů.

## 15.2 Neurotické příznaky

Neurotické příznaky lze rozdělit do dvou základních skupin, na psychické a vegetativní symptomy.

1. Do kategorie **psychických** příznaků patří:
   a) poruchy emocí – strach, event. až fobie, úzkost, deprese;
   b) poruchy myšlení – obsese (vtíravé myšlenky), poruchy hodnocení a sebehodnocení;
   c) poruchy paměti (amnézie);
   d) poruchy pozornosti – porucha koncentrace, snadná unavitelnost;
   e) poruchy autoregulace – kompulze (nutkavá jednání);
   f) poruchy spánku.
2. **Somatické** symptomy tvoří zejména třes, bolesti, poruchy zažívání či vyměšování aj.

**Emoční prožívání člověka trpícího neurózou je převážně negativní, a tudíž subjektivně nepříjemné. Bývá pro ně typická zvýšená úzkost a strach, které přinášejí jedinci značné utrpení a komplikují život jemu i jeho okolí.**

### 15.2.1 Úzkostná porucha

Úzkost je definována jako **nepříjemný citový stav, v němž převažují pocity napětí a obavy, jejichž zdroj člověk nedovede přesněji určit**. Snadno vzniká v situaci nejistoty, resp. má-li jedinec pocit, že by mohly být nějak ohroženy některé pro něho významné hodnoty. Úzkost bývá spojena s vegetativními projevy, které člověka zatěžují a vysilují. Úzkostnost je **trvalejší osobnostní rys**, je to stabilní pohotovost pociťovat nejistotu a reagovat na





ni úzkostnými prožitky. Intenzita úzkosti může být různá. Navenek se projevuje v rozmezí od mírného napětí a neklidu až po panickou reakci. Také vznik a délka trvání úzkosti mohou být individuálně rozdílné. Za normálních okolností funguje úzkost jako signál potenciálního, dosud nejasného, nebezpečí. Aktivizuje člověka k tomu, aby byl připraven na ohrožení, které je sice zatím nejasné a neurčité – úzkost nemá konkrétní obsah –, ale nelze jej vyloučit. Pokud je individuální citlivost zvýšená, přestává tento specifický informační systém dobře fungovat a jedince spíše zatěžuje. Očekává nebezpečí i tam, kde není. Aktivizace se stává nadměrnou a zbytečnou. Takový typ prožívání ovšem už patří do kategorie neurotických projevů.

Úzkostná porucha je charakteristická **chronickou nerealistickou úzkostí**, často vyhrocenou do **akutních atak** úzkosti a paniky (*Merck Manual*, 1996). Úzkost **není vázána na žádnou určitou situaci**. S úzkostí bývají spojené příznaky napětí, neklidu a podráždění, kterých se nelze zbavit, člověk se nedokáže uvolnit. S tím souvisí i tendence k přehnaně intenzivním reakcím na běžné podněty. Nemocný se nemůže dobře soustředit, a proto nemůže dosahovat přijatelných výkonů. Neustále jej ruší pocit ohrožení a negativní očekávání, tj. představa neodvolatelnosti vlastního selhání a neúspěšnosti. Není schopen odpočívat, trpí poruchami spánku a pocitem únavy. Necítí se dobře somaticky ani psychicky. V určitých případech se mohou společně vyskytovat příznaky **úzkosti a deprese**. V těchto případech se přidružuje beznaděj, tj. pesimistické hodnocení situace i anticipace budoucího dění. Nemocní mívají nízké sebehodnocení a pocity méněcennosti. Aby bylo možné tuto poruchu diagnostikovat, musí trvat alespoň šest měsíců. Porucha postihuje 5 % populace, zejména mladých dospělých. Je častější u žen než u mužů (*Merck Manual*, 1996; Smolík, 1996).

> Úzkost může mít i jiné příčiny, např. somatické či neurologické poruchy. Do této kategorie by patřila např. úzkost při mozkových nádorech, kardiovaskulárním onemocnění, endokrinních poruchách (např. dysfunkce hypofýzy a štítné žlázy), při toxických stavech (např. abstinenčním stavu) atd. (Smolík, 1996). V tomto případě je úzkost jedním z příznaků choroby, a nikoli reakcí na zátěžovou situaci. Je ovšem jisté, že v uvedených případech mohou koexistovat oba typy úzkosti.

### 15.2.2 Panická porucha

Hlavním rysem této poruchy jsou opakované **ataky těžké úzkosti, tj. paniky,** které nejsou vyvolávány nějakým specifickým podnětem, a proto je **nelze předvídat**.

Postižený má příznaky vegetativního podráždění (zrychlený pulz, pocení, třes, střídající se horko a zimnice), příznaky týkající se hrudníku a břicha (obtížné dýchání až dušení, tlak v hrudníku, pocity břišní nevolnosti) a velmi nepříjemné psychické prožitky: neklid, pocity necitlivosti těla a bezmocnosti, strach ze ztráty možnosti jakkoliv ovládnout situaci a strach ze smrti. Příznaky

této poruchy jsou typické **náhlým začátkem** a **silnou intenzitou** prožitku úzkosti, ale krátkou dobou trvání.

Panická porucha se může projevit jednorázovou atakou, ale může se i opakovně vracet. Za těchto okolností nemocného trvaleji zatěžuje a snižuje kvalitu jeho života ve všech oblastech: v zaměstnání, v partnerských vztazích i společenském životě. Nepředvídatelnost nástupu příznaků vede lidi trpící panickou poruchou k obavě z toho, že by mohli být atakou postiženi např. na veřejnosti, proto se naučí vyhýbat se místům, kde je hodně lidí nebo odkud by nemohli uniknout – panickou poruchu často doprovází **agorafobie** nebo podobná porucha (viz dále).

Panickou poruchou častěji trpí ženy; pokud je postižen muž, někdy má tendenci místo léčby hledat řešení obtíží v alkoholu. (Halgin a Whitbourne, 1994)

### 15.2.3 Fobická úzkostná porucha

**Strach** lze definovat jako **emocionální reakci na nebezpečí, které je reálné, konkrétní,** event. je jako takové prožíváno. Člověk dovede říci, čeho se bojí (na rozdíl od úzkosti, kde není předmět obav dostatečně konkretizován). Strach lze také interpretovat jako informaci, signál určitého ohrožení a stimul k obrannému jednání. Strach, podobně jako úzkost, vyplývá z potřeby orientace. Napomáhá rozlišení pozitivních, negativních i neutrálních podnětů, které jsou posuzovány ve vztahu k individuálním potřebám jedince. Strach i úzkost fungují také jako podněty k aktivaci, připravenosti k určitému jednání, nebo naopak k jeho útlumu. Úzkost i strach jsou doprovázeny podobnými pocity a projevy, často se vyskytují společně a pro pacienta je obtížné mezi nimi rozlišovat.

Strach je ovlivňován učením, nepříznivá zkušenost obvykle vede ke zvýšení obav z podobných situací. Z obecného hlediska jde o logickou reakci. Emoční zkušenost poskytuje člověku informaci o tom, kdy může být ohrožen. U disponovaného jedince se za nepříznivých okolností může strach změnit v chorobnou *fobii*.

**Fobická úzkostná porucha** je charakteristická **iracionálním, nepřiměřeným strachem z něčeho, co samo o sobě není nebezpečné** (*Merck Manual,* 1996). Obavy nemocného jsou nadměrné, neodpovídají skutečnosti, jeho hodnocení situace je jiné, než je v tomto sociokulturním prostředí obvyklé. Předmět obav nemusí být ani reálně přítomný, pouhá představa může vyvolat velmi silný pocit strachu. Nemocný reaguje na ohrožující situace z vlastního hlediska logicky, tj. vyhýbá se jim nebo se snaží svůj strach překonat, občas až přehnaným způsobem (např. člověk se strachem z davu jej začne záměrně vyhledávat). Taková snaha však obyčejně vede jen k dalšímu zvýšení strachu a k následné intenzivní únikové reakci. Nemocný situaci nezvládá, strach a úzkost jej nutí jednat způsobem, který vede k úlevě. Může se chovat podivně, ale uvědomuje si, že je jeho chování přehnané či nesmyslné.





- Paní W. (48 let), v domácnosti, se bojí vycházet z domu, protože by se jí mohlo něco stát, např. by ji mohlo porazit auto. Má strach z výtahu, bojí se mýt okna, protože by mohla vypadnout. Tyto potíže se postupně zvyšují a přibývají další obavy, např. z používání prostředků na čištění vany, nábytku apod., protože by mohly být lidskému organismu nebezpečné. Aby byla vůbec schopna udělat alespoň základní práce v domácnosti, používá různých, dosti bizarních ochranných prostředků, např. vrstvy několika rukavic, roušku apod. Na podnět manžela přišla do psychiatrické ambulance. Uvědomuje si, že její stav není zcela v normě a je motivována k léčbě.

Fobické poruchy se vyskytují u méně než 1 % lidí v populaci (*Merck Manual,* 1996). Mohou se objevit v různém věku, častěji se vyskytují u žen než u mužů (Smolík, 1996).

Situace, které takové pocity vyvolávají, mohou být různé. Častou fobií dospělého věku je **agorafobie**, kterou vyvolává dav lidí nebo veřejné prostranství. Nemocný se obává opustit domov, má strach z cestování v hromadných dopravních prostředcích, z nakupování apod. **Klaustrofobie** je naopak strach z uzavřených prostor, např. z pobytu v malé místnosti, z používání výtahu apod.

**Sociální fobie** je strach ze styku s lidmi a z komunikace, zejména tam, kde by pacient mohl být středem pozornosti, kde by se podle svého názoru mohl chovat trapným nebo ponižujícím způsobem. Lidé trpící touto fobií mívají obyčejně nízké sebevědomí a z toho vyplývající zvýšenou obavu z negativního hodnocení, z kritiky.

- Sociální fobií trpí i paní Hana (28 let). Bojí se jít kamkoliv do společnosti, kde by nikoho neznala. Propadá panice, že nebude vědět, co si má s cizími lidmi povídat, obává se, že bude trapná. I v zaměstnání má při kontaktu s lidmi problémy, nedovede se vyjádřit, sdělit svůj názor. Proto se raději stahuje do ústraní. Pokud nemusí, tak nikam nechodí, ani na nákup. Uvědomuje si svoje potíže, která se v průběhu času zhoršují, a chápe, že by situaci měla řešit. Je ochotna spolupracovat při léčbě.

- Různé fobie trápily i historické osobnosti. Fobickým syndromem trpěl hrabě Kounic (1711–1794), významný politik na dvoře Marie Terezie. Měl patologický celoživotní strach z nemocí (nosofobie) a ze smrti (thanatofobie). Ustavičně se obával, že ho ohrožuje nějaká choroba. Nesmělo se před ním vůbec o nemocích a o smrti mluvit. Když zemřel některý z jeho dvorních úředníků, muselo se říkat, že „odešel na neurčito". Jak tomu často bývá, Kounic skutečně nemocný nebyl a dožil se v neustálém strachu z chorob 83 let (Lesný, 1994).

Riziko onemocnění úzkostnou i úzkostně-fobickou neurózou je zvýšené u lidí, kteří mají sklon reagovat úzkostně, kteří jsou přecitlivělí, nejistí, trpí stálými obavami a napětím, jež se vztahuje jak k okolnímu světu, tak k sobě samému. Trpívají pocity méněcennosti. Jejich nepříznivé hodnocení i sebehodnocení ovlivňuje anticipaci budoucího dění. Stále očekávají nějaké problémy a katastrofy. V důsledku toho si nikdy netroufnou riskovat, a proto bývají jejich vztahy i aktivity limitovány. Z důvodů své nejistoty potřebují neustálé potvrzování vlastní přijatelnosti a oblíbenosti, často nezvládají ani běžné vztahové výkyvy.

### 15.2.4 Obsedantně-kompulzivní porucha

Typickým znakem této poruchy je **dlouhodobý výskyt vtíravých myšlenek a představ**, resp. **nepotlačitelných impulzů k jednání**, které se za normálních okolností neobjevují. Nemocný je rozeznává jako chorobné a pociťuje k nim značný vnitřní odpor, ale nedovede se jich zbavit. Abychom mohli mluvit o poruše, musí takové projevy trvat alespoň po dobu dvou týdnů (Smolík, 1996; *Merck Manual,* 1996).

Obsedantní myšlenky a představy jsou charakteristické svým **opakovaným a stereotypním vtíráním do mysli nemocného**. Člověku se určitý nápad nebo představa neustále vracejí a nemůže se jich zbavit, přestože by to rád udělal. Nutkavé myšlenky a představy mají často něco společného se strachem nebo s pocity viny. Někdy dokonce mívají subjektivně nepřijatelný, např. násilný nebo obscénní obsah, a proto vyvolávají úzkost.

Pacient se však nedomnívá, že by mu takové nápady imputoval někdo jiný (což se děje např. u psychóz). Pokud se jim pokouší bránit a snaží se jich zbavit, je jeho snaha ale neúspěšná, protože obsedantní myšlenky a představy nejsou vůlí ovladatelné. Takové úsilí nanejvýš vyvolá ještě větší pocit diskomfortu, spojeného s úzkostí a napětím. Nemocní mívají nutkání k **určitému, opakovanému a stereotypnímu jednání** prováděnému podle určitých pravidel. Takové **rituály** lze chápat jako symbolický pokus odvrátit subjektivně pociťované nebezpečí (Herman, 1996). Pro obsese i pro kompulze je charakteristické **magické myšlení**. Ani tyto projevy nelze ovládat vůlí.

Čím déle se nemocný snaží nutkání odolávat, tím více se zvyšuje jeho pocit napětí. Na určité úrovni se úzkost stane nesnesitelnou, člověk jejímu tlaku podlehne a rituál realizuje. Odměnou je dočasný pocit uvolnění.

Kompulzivní rituály nejčastěji souvisejí s dodržováním čistoty, s prevencí vlastního znečistění a nákazy. Mnohé rituály mají značně bizarní podobu a bývají velice složité i zdlouhavé, mohou trvat celé hodiny. Za určitých okolností, pokud nutkavé chování nepřekračuje hranici sociální přijatelnosti, se může takový člověk jevit pouze jako nadměrně pečlivý, resp. pracovitý, může být vnímán jenom jako podivín. I takových hraničních případů je dost.

□ Potíže pana B. (38 let), úředníka, začaly před několika měsíci obavami z nějakého neštěstí, např. z výbuchu plynu, požáru apod. Aby tomu zabránil, začal opakovaně kontrolovat všechny uzávěry, sporák, plynová kamna apod. Tento rituál trval čím dál delší dobu a zabíral mu tolik času, že nebyl schopen odejít včas do zaměstnání. Postupně se jeho obavy rozšířily i na kontrolu dokladů, klíčů apod. Obdobným způsobem se choval i v zaměstnání. Na svoje problémy má náhled, chtěl by se jich zbavit, ale neokáže to. Cítí se unavený a vyčerpaný.

Obsedantně kompulzivní porucha se vyskytuje asi u 2,5 % populace (Smolík, 1996). Je geneticky podmíněna, i když i zde hrají svou roli zátěžové situace. Bylo zjištěno, že k takovému chování přispívá i porucha funkce bazálních ganglií, to znamená, že je zde zřejmý biologický základ (*Merck Manual,* 1996).





□ Obsedantně-kompulzivní neurózou trpěl rakouský císař František Josef I. (1830 až 1916). Byl vychován přísnou matkou a bezvýrazným otcem. Měl jen průměrnou inteligenci a průměrné vzdělání. Svoje postavení pojal jako roli úředníka, protože to nejlépe vyhovovalo jeho osobnosti. Denní program měl velmi přesně naplánován a rituál rigidně dodržoval. Nebyl schopen z něho jakkoli vybočit, protože se mu jeho zachovávání stalo nutkavou potřebou. Lze ji interpretovat i jako v zásadě účinnou obranu před neočekávanými a novými situacemi, které by stimulovaly větší nejistotu. Jestliže je všechno předem určeno, není nutné mít strach z nepředvídatelných událostí. Tento způsob chování jej chránil a vydržel mu až do posledních dní života.

Zvýšenou dispozici ke vzniku obsedantně-kompulzivní neurózy mají lidé, v jejichž osobnosti lze najít podobné trvalé rysy, k nimž patří:

- zvýšená nejistota a opatrnost;
- nadměrná svědomitost, sklon k puntičkářství a k perfekcionismu (kombinace puntičkářství a nejistoty se projevuje zvýšenou potřebou neustálé kontroly, např. plynu, zámku, pracovních výsledků apod.);
- rigidita a ulpívavost, zvýšená potřeba plánování;
- důraz na dodržování norem a řádu, nerozhodnost v případě, kdy je třeba řešit zcela nový problém;
- sklon k nespokojenosti a špatné náladě, omezená schopnost prožívat radost a uspokojení.

Mezinárodní psychiatrická klasifikace takovou osobnost označuje jako *anankastickou.*

### 15.2.5 Reakce na závažný stres

Každý občas zažije silný nepříjemný zážitek, na který nemůže zapomenout a opakovaně si jej připomíná. Někdy je tento zážitek (stresor) objektivně nebo subjektivně tak závažný, že může narušit prožívání, uvažování i chování člověka, ohrozit jeho duševní zdraví. Stresorem může být jak déledobá zátěž, tak jednorázový traumatický zážitek, ohrožující bezpečnost či integritu existence postiženého člověka nebo jeho blízkých osob. Může jít např. o těžké onemocnění, smrt, ztrátu rodinného zázemí, těžký úraz, přepadení, znásilnění, živelní pohromu (u nás nedávné povodně), válku apod. Stresové faktory se ve svém působení mohou kumulovat. Reakce na takovou zátěž závisí na závažnosti a době trvání stresové situace, ale i na aktuálních adaptačních kompetencích jedince, tj. na jeho schopnosti vypořádat se s problémy a řešit je.

Silný stres ovlivňuje **akutní reakci jedince** nebo se může projevit **posttraumatickou stresovou poruchou** (mezinárodně užívané označení PTSD).

#### Akutní reakce na stres

Průběh akutní reakce na silný stres, který trvá několik hodin nebo dnů, je ovlivněn citlivostí jedince a jeho tolerancí k zátěži. Akutní reakce na stres mívá několik fází:

1. **Fáze šoku,** kdy dochází k určitému „strnutí", zúžení vědomí a snížení pozornosti.
2. **Fáze diferenciace obranného stylu.** Člověk může reagovat ještě větším stažením do sebe, celkovým ztuhnutím a omezením aktivity, anebo naopak nadměrnou, občas až nesmyslnou činností. To znamená buď extrémní útlum, či extrémní aktivizaci. **Emotivní projevy** mohou být různé: Člověk nemusí být ani v této fázi schopen jakékoliv emoční reakce, ale může mít i silné emoční prožitky. Objevují se též pocity úzkosti a strachu, zejména pokud by hrozila nějaká další ztráta (např. opakování útoku, úmrtí dalších členů rodiny atd.). Negativní citové prožitky bývají doprovázeny i somatickými a vegetativními reakcemi (např. tachykardií, pocením atd.). Můžeme se setkat s projevy depersonalizace a derealizace, zejména tehdy, jestliže je stresová událost tak závažná, že mění celý dosavadní život postiženého člověka i jeho roli (např. po autohavárii zůstal ochrnutý, zemřela mu žena a neví přesně, v jakém stavu je jeho dítě).

Jestliže šlo o jednorázové trauma, akutní reakce zpravidla odeznívají v rozsahu hodin, maximálně dnů. Člověk může mít na situaci částečnou nebo úplnou amnézii, což lze také považovat za projev obranných mechanismů. V tomto případě se projeví popřením všeho, co by mohlo narušit integritu jeho osobnosti.

### Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) vzniká jako **prodloužená nebo zpožděná odezva na traumatizující událost, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost** (násilný trestný čin, přírodní nebo průmyslová katastrofa, válka apod.). Důležitým příznakem této poruchy je vtíravé, opakované prožívání traumatu. Trýznivé zážitky se i později znovu neodbytně vracejí v představách, myšlenkách či ve snech. Někdy se projeví i v chování pacienta.

- Starší paní (61let), vdova, která byla oloupena a zbita v parčíku poblíž svého bydliště, odmítá ještě po uplynutí několika měsíců od této události vycházet z domu. Cítí se ohrožena, občas má pocit, že by se pachatel mohl dostat i do jejího bytu. V noci ji budívají děsivé sny, v nichž se opět stává obětí násilí. Někdy se jí takové myšlenky objevují i během dne. Přestala se stýkat s většinou známých, má pocit, že život už nemůže přinést nic dobrého. K léčbě motivována není, myslí si, že by neměla smysl.

Posttraumatická stresová porucha se může objevit i s určitým zpožděním, zpravidla do čtyř týdnů po traumatické události; někdy dokonce i později (*Merck Manual,* 1996; Smolík, 1996). Porucha se diagnostikuje, pokud vzniká do šesti měsíců po takové události a trvá déle než jeden měsíc (Herman, 1996).

Traumatizující zkušenost člověka neopouští, nemůže se jí zbavit, a má proto pocit, že se jeho život definitivně změnil, že už nikdy nebude tím, čím byl dřív. Z toho vyplývají rozmanité obranné tendence, které jsou reakcí na přetrvávání pocitu hrůzy a ohrožení (např. potřeba vyhýbat se podnětům, jež vzbuzují





vzpomínky na trauma). Stejnou příčinu má trvající selektivní amnézie, kdy si člověk nemůže vybavit některé důležité momenty, které v traumatu prožil. Potlačení, event. vytěsnění prožitků je obranou před dalším utrpením, které by mohlo vést až k dezintegraci osobnosti postiženého.

Posttraumatická porucha se projevuje **přetrvávající úzkostí a zvýšenou přecitlivělostí**. Jejím důsledkem bývají obtíže v koncentraci pozornosti a poruchy spánku. Postižení bývají také často depresivní, někdy mívají i suicidální tendence. Může se objevit i **emoční otupělost**. Postižení nejsou schopni pociťovat radost, uspokojení nebo prožívat citový vztah. Emoční prožívání bývá specifickým způsobem utlumeno jednak z důvodu celkového vyčerpání sil, ale i jako obrana před další možnou nepříjemnou zkušeností. Otupělost se projevuje i v oblasti **motivace**, člověk ztrácí zájem o budoucnost, o cokoli, co ho dříve zajímalo. Potíže se objevují v sociální oblasti, postižený může mít pocit **odcizenosti od lidí**, kteří takovou zkušenost nemají. Izoluje se od nich, o své okolí se nezajímá. Mívá pocit, že mu stejně nikdo nemůže porozumět, protože jeho zkušenost je zcela odlišná a vyděluje ho ze společnosti ostatních lidí. Tento postoj by bylo možné charakterizovat výrokem *„Co vy můžete vědět"*. Problémy se přenášejí do rodiny i do zaměstnání.

- D. Vizinová a M. Preiss (1999) popisují případy posttraumatické stresové reakce u dětí, které vyvolaly válečné události v Bosně. Jedním z nich je případ dvanáctiletého chlapce, který utrpěl psychické trauma, když byl nucen přihlížet znásilnění své matky a sestry. Před touto událostí míval mnoho zájmů, sportoval a chtěl být fotbalistou. V důsledku prožitého traumatu se jeho prožívání i chování změnilo. Je emočně otupělý, nepláče ani se nesměje, je uzavřený. O sport už nemá zájem, nic podle něj nemá cenu. Ve škole se izoluje od ostatních, je schopen reagovat agresivně i při drobném nedorozumění. Podle názoru svých spolužáků „bývá v tu chvíli jako smyslů zbavený, řve a mlátí kolem sebe".

## 15.2.6 Disociační (konverzní) poruchy

Konverzní a disociační poruchy se dříve označovaly jako *hysterické neurózy.* (Termín dnes užívá např. *Merck Manual* (1996) a můžeme se s ním setkat i v praxi.) Jsou charakteristické narušením integrace psychických projevů, případně transformací psychických problémů do tělesných příznaků. Jde přitom o důsledek specifického působení traumat a konfliktů či neuspokojených potřeb, které byly vytěsněny a staly se nevědomými. V takovém stavu už nejsou ovlivnitelné vůlí; somatické příznaky nevznikají proto, že by si to pacient „přál". Nejsou ani projevem nějakého somatického onemocnění, i když se tak někdy mohou jevit.

Při vzniku těchto potíží se uplatňují dva mechanismy:

1. **Disociační projevy** narušují normální, integrující funkci vědomí. Pojem „disociační" zavedl francouzský psychiatr Pierre Janet (1859–1947).

Jeho výklad spočíval v předpokladu, že určité obsahy vědomí jsou vytěsněny, ale i za těchto okolností pokračují ve svém působení, nyní ovšem izolovaně, bez kontroly vědomí, a projevují se jiným způsobem než dosud. Obranný mechanismus však funguje pouze omezeně: člověk svůj problém sice vytěsnil z vědomí, avšak ten jej přesto dál nějakým způsobem ovlivňuje a trápí.

2. **Konverze** představuje proměnu zatěžujícího a nepřijatelného afektu, přání nebo myšlenky v tělesný projev, často vyhlížející jako projev somatické poruchy či onemocnění. Konverzní symptomy se však od skutečných tělesných potíží určitým způsobem liší. Jeví se tak, jak si pacient-laik představuje fyziologickou funkci: např. konverzní ztráta citlivosti na ruce odpovídá rukavici, nikoli reálné inervaci ruky. Nemocný ke svým potížím zaujímá velmi zvláštní, zdánlivě nepochopitelný postoj, mluví o nich jinak – buď teatrálně, nebo naopak nápadně indiferentně a neúčastně, než jak mluvívají o svých tělesných problémech skutečně somaticky nemocní (Ch. Rycroft, 1993).

   □ Konverze se může objevit jako primitivní obranná reakce na bezprostřední ohrožení. J. Vacek (1996) uvádí ilustrativní příklad takového projevu: *„Když časně zrána 2. července 1963 postihlo makedonskou metropoli Skoplje dvanáct sekund trvající ničivé zemětřesení, objevil se u několika lidí stupor. Tito lidé ztuhli, jako by se jich ta hrůza vůbec netýkala. Trvalo několik dnů, než se z tohoto stavu dostali. Šlo o konverzi, primitivní hysterickou reakci."*

Oba uvedené mechanismy mají **obrannou funkci**, pomáhají disponovanému jedinci při vyrovnání se se zátěží, kterou nezvládl přijatelnějším způsobem. Přestože mohou takové projevy vypadat jako vědomá simulace, není tomu tak. Pacient je neprodukuje úmyslně – ani sám neví, proč vznikly. Je ovšem pravda, že **mu přinášejí nějaký zisk**, a právě proto se udržují, i když je jejich mechanismus neuvědomovaný. Jejich přínos může být různý:

- Primárním ziskem je **osvobození od úzkosti a napětí**, které vyvolával nevyřešený problém, nyní vytěsněný mimo oblast vědomí.
- Sekundárním ziskem jsou všechny **další výhody**, které z takového řešení nakonec vyplývají. Postižený člověk je tolerován, nejsou na něho kladeny takové nároky apod. Například „ochrnutého" nelze opustit, nelze jej nutit do zaměstnání apod. Získává tedy výhodnější sociální pozici, než měl předtím. Není tudíž divu, že se takováto podivná řešení udržují a fixují. Přinášejí nakonec svému nositeli více výhod než nevýhod. Znovu je však třeba zdůraznit, že jde o nevědomé reakce, a nikoliv o vědomou strategii (jak se může leckdy laikům jevit).

□ Klasickým příkladem hysterické disociace a konverze je Freudem uváděný případ jeho pacientky, slečny E. Tato čtyřiadvacetiletá dívka trpěla bolestmi a poruchami





hybnosti dolních končetin. Svoje tělesné problémy líčila s nápadným odstupem, nezúčastněně, jako kdyby se týkaly jiné osoby. (Tento podivný způsob odtažitého vyprávění o vlastních potížích je označován francouzským termínem *„belle indifférence"*.) Freud zjistil, že základem její hysterické reakce byl vytěsněný citový vztah ke švagrovi, který nemohla přijmout na vědomé úrovni, protože odporoval jejímu pojetí morálky. Tělesné potíže se objevovaly vždycky tehdy, když se se švagrem setkala nebo si na něho vzpomněla. Bolesti v dolních končetinách vznikly jako konverze psychického problému do tělesné oblasti. Jedna část její osobnosti si vytvořila vztah ke švagrovi, ale druhá část jej nepřijala a vytěsnila mimo oblast vědomí.

Disociační a konverzní poruchy mohou být velmi rozmanité, mohou se projevit různým způsobem a v různých oblastech. Jejich podstatou je vždycky totéž: specifický **únik** od subjektivně neřešitelných, traumatizujících problémů.

Dispozice k takovému způsobu reagování je dána geneticky, ale může k ní přispívat i specifická zkušenost. *Merck Manual* (1996) uvádí, že jde dost často o jedince v dětství týrané a zneužívané.

Větší předpoklad k těmto projevům mají lidé, jejichž osobnost je označována jako *histrionská*. Trvalými rysy takové osobnosti jsou teatrálnost a přehnané projevy emocí, které ovšem bývají povrchní a nestálé. Tito lidé bývají sugestibilní, snadno ovlivnitelní všemi vnějšími i vnitřními vlivy. To se projevuje nápadnou proměnlivostí jejich psychických projevů. Mívají zvýšenou potřebu vzrušení, stereotyp běžného života je pro ně zátěží. Mají sklon si vymýšlet různé senzační události, v nichž opět oni sami hrají významnou roli. Dovedou se do nich natolik vcítit, že jsou schopni jim uvěřit. Dalším typickým rysem takové osobnosti je touha být středem pozornosti. Tato potřeba je výrazem strachu z nejistoty. Svoje vztahy s lidmi dovedou naplnit většinou jen nezralým způsobem, který vyžaduje naprostou oddanost a závislost blízkých lidí. Příčinou takového chování je opět zvýšený strach z nejistoty. Na druhé straně je prožitky ostatních lidí příliš nezajímají. Mívají konfliktní partnerství a podobně problematickou pozici v zaměstnání. Typická je i jejich koncentrace na tělesný vzhled, kterému přikládají nadměrný význam. Fyzickou atraktivitu považují za hlavní předpoklad úspěchu. V situaci nouze mají sklon reagovat hysterickým únikem do nemoci, tzn. disociačně-konverzní poruchou.

**Hysterická reakce** je jednou z forem psychicky podmíněného útěku do nemoci. J. Vacek (1996) upozorňuje na stále vzácnější výskyt takových reakcí. Současné sociální normy chování považují okázalé citové projevy za něco nepatřičného, co se nehodí a co člověka nějak degraduje. Více je ceněno sebeovládání, tj. potlačování vnějších citových projevů. Jejich vnitřní, prožitková složka se ovšem změnit nemusela a její energie může působit uvnitř organismu, když ji nelze ventilovat navenek. To znamená, že sice ubylo hysterie, ale mohlo přibýt jiných potíží: *„Stresy života však bohužel bez odezvy nezůstávají. Víc bolí žaludek nebo se kupříkladu zvyšuje krevní tlak, vydatně přibylo i depresí. Kdosi řekl, že náš věk je věkem smutku."* (Vacek, 1996, s. 320)

Útěk do nemoci je i v současnosti přijatelným obranným mechanismem, ale má už jiné možná nebezpečnější formy, protože tzv. somatoformní nebo psychosomatické potíže jsou už skutečnými poruchami. J. Vacek (1996, s. 320) k tomu opět připomíná: *„Na hysterii ještě nikdo neumřel, zatímco o psychosomatických nemocech, nastoupivších na uvolněné místo po dramatických hysteriích, to bohužel neplatí."*

### 15.2.7 Somatoformní poruchy

Základním projevem somatoformní poruchy jsou tělesné potíže, připomínající somatická onemocnění. Somatickou nemocí ovšem nejsou, protože v jejich případě chybí organický nález. Potíže jsou vyvolány **psychickými problémy**, které organismus postiženého jedince zpracovává specifickým, tj. somatizujícím, způsobem. Ani v tomto případě nejde o simulaci.

V posledních letech těchto poruch přibývá. Zdá se, že zde hraje určitou úlohu aktuální sociokulturní norma, která toleruje a přijímá somaticky nemocného mnohem lépe než pacienta s psychiatrickou diagnózou. Somatické onemocnění člověka v současné společnosti nedegraduje ani nestigmatizuje.

Člověk trpící nějakou somatoformní poruchou **se koncentruje na své obtíže a** (pro něho zcela logicky) **vyžaduje neustálá lékařská vyšetření**, přestože jeho nález byl opakovaně negativní. Odmítá věřit sdělení lékaře, že žádnou tělesnou nemoc nemá. Subjektivní potíže se mohou týkat různých orgánových systémů, může jít o zažívací, kardiovaskulární, urogenitální a kožní příznaky, případně různé projevy bolesti.

Porucha může mít **hypochondrický charakter**: v tomto případě je dominantní trvalá a nadměrná starost o vlastní zdraví. Člověk si neustále stěžuje na nějaké zdravotní potíže, je přesvědčen, že je vážně nemocný. Obvykle vyžaduje vyšetření, ale léčby se bojí. U lékařů hledá spíše uklidnění, že žádným závažným onemocněním netrpí, ale protože lékařům nevěří, opakuje se tento rituál stále dokola. Jde o výraz specifické **úzkosti a nejistoty**, vztažené k vlastnímu somatickému stavu. Ohrožení v tomto případě představuje očekávané selhání tělesné složky organismu. Člověk ztrácí schopnost přiměřeného hodnocení vlastních somatických funkcí, běžné tělesné projevy mu připadají podivné či abnormální. Poruchu doprovází nejen úzkost, ale mnohdy i depresivní ladění. Zaujetí těmito problémy má své nepříznivé sociální důsledky, člověk se nakonec nevěnuje ničemu jinému než vlastnímu zdraví. Není schopen vnímat problémy ostatních lidí, nemá zájem o svou práci ani o svou rodinu.

□ Příkladem hypochondrické poruchy je pan Hynek (37 let). Je přesvědčen, že trpí mnoha různými chorobami. Sledování vlastního zdravotního stavu a vyprávění o svých potížích se postupně stalo jeho jediným zájmem. Nečte nic jiného než lékařské knihy. Navštívil již mnoho lékařů, ale i když u něj žádnou konkrétní chorobu nediagnostikovali, stejně nebyl spokojen. Má pocit, že se mu dostatečně nevěnovali nebo nemají potřebné profesní znalosti. Jeho manželství i vztahy s přáteli se postupně rozpadají, ale neuvědomuje si, že je sám příčinou těchto problémů. Je přesvědčen, že se k němu všichni chovají bezohledně a neberou ohled na jeho utrpení. Léčbu by byl ochoten přijmout, ale nikoliv psychiatrickou.

Somatoformní poruchy jsou v současné době dost časté. Například hypochondrickými potížemi trpí 4–10 % pacientů přicházejících do lékařských ambulancí. Vyskytují se častěji u žen než u mužů. Bez významu není ani dědičná dispozice. Smolík (1996) uvádí, že jsou běžnější u lidí s nižším vzděláním, z nižších socioekonomických vrstev. V tomto případě by je bylo možno vnímat jako





obranu v situaci subjektivní bezmocnosti. Objevují se ve větší míře i u lidí s výraznou potřebou závislosti. *Merck Manual* (1996, s. 14–25) tyto poruchy charakterizuje i jako *„somatizovanou podobu poselství vyjadřující nesmírnou potřebu pomoci a pozornosti a jejich intenzita a trvání vyjadřuje extrémní přání být opečovávání . . .“*.

## 15.3 Emoční poruchy v dětství

V dětském věku bývají neurotické příznaky velice pestré a proměnlivé. Mohou ovlivňovat jak psychické, tak somatické funkce. V případě dětských neuróz má velký význam **faktor vývoje**. Poruchy některých funkcí vznikají snadněji v době, kdy jsou tyto funkce nezralé, a tudíž i zranitelnější a citlivější k zátěži. Je to například enuréza, která vzniká v době nácviku udržování čistoty. Malé dítě mnohdy reaguje na akutní konflikt nebo trauma vývojovou regresí, to znamená, že se u něho znovu objevuje vývojově ranější chování, které dítě již opustilo. Postihuje hlavně ty funkce, které si teprve nedávno osvojilo a ještě si je dostatečně nezafixovalo.

Nadměrně intenzivní, dlouhodobý prožitek strachu a úzkosti (ať už je vyvolán čímkoli) může narušovat celkové prožívání, uvažování i chování dítěte.

1. Abnormální úzkost ovlivňuje **celkovou aktivační úroveň**, a tím i chování takto postiženého dítěte dvojím způsobem:
   - Úzkost **tlumí a inhibuje** veškeré projevy. Dítě se cítí ohrožené; obranou je v tomto případě stažení do sebe. Jde o únik od aktivity, která by znamenala kontakt se světem.
   - Úzkost vytváří vnitřní psychické napětí, a proto může být spojena s **neklidem**. Napětí zhoršuje funkci pozornosti i paměti. Takové děti se hůře učí a mají obecně horší výsledky. Vnitřní napětí se v tomto případě ventiluje zvýšenou aktivitou.
2. Abnormální úzkost je spojena se **sníženou tolerancí k zátěži**. To znamená, že se potíže stupňují v době, která přináší větší zátěž, např. při nástupu do školy, stěhování, rozvodu rodičů atd.
3. Úzkost ovlivňuje **postoj k sobě samému i k okolnímu světu**. Úzkostné děti mívají nízké sebehodnocení, jsou nejisté, mají neustálé obavy z nějakého neúspěchu či selhání. Stejně negativní je jejich hodnocení okolního světa, aktuálních i očekávaných událostí. Úzkost ovlivňuje jejich vztah k přítomnosti i k budoucnosti. Tyto děti se stále cítí něčím ohrožovány.

   Nadměrná úzkost se projevuje i dalšími potížemi v oblasti spánku, jídla, somatickými stesky a bolestmi, návyky a tiky, různými nepřiměřenými strachy a dalšími neurotickými příznaky.

### Poruchy příjmu potravy, spánku a somatické stesky

**Poruchy příjmu potravy** mohou mít charakter odmítání jídla, nebo naopak povahu zvýšené potřeby jíst. Potrava obyčejně funguje jako náhražka uspokojení v jiné oblasti, kde dítě aktuálně strádá (např. v oblasti sociálního ocenění či citového přijetí). Mohou se projevit tendence ke zvracení, které souvisejí se zvýšeným napětím. Velmi často k němu dochází při očekávání subjektivně nepříjemné nebo ohrožující události.

**Poruchy spánku** bývají časté v jakémkoli vývojovém období, protože spánek je funkcí, která velmi citlivě reaguje na psychický stav jedince. Tyto děti mívají obtíže při usínání, trpí neklidným a přerušovaným spánkem nebo předčasným buzením.

**Somatické stesky** souvisí s obranným mechanismem **konverze**, s nímž se lze setkat i v dětství. U dětí je vazba mezi psychickou a somatickou složkou ještě silnější než u dospělých, a proto úzkostné děti často reagují na zátěž somatickým projevem. Může jít např. o zažívací potíže, problémy s dýcháním, kašel či různé bolesti. Sociální riziko somatických neurotických projevů spočívá ve skutečnosti, že je dospělí považují za účelový mechanismus. Podezírají dítě, že si potíže vymýšlí, aby se vyhnulo nějaké nepříjemné události, jíž se bojí. Tyto projevy jsou sice reakcí na určité problémy, ale nejsou výmyslem. Dětský organismus tímto způsobem signalizuje subjektivní neúnosnost zátěže, kterou tato situace představuje. Jde o mimovědomý, mimovolní proces. Bolest je skutečná a mnohdy přináší dítěti úlevu. Například když je považováno za nemocné, může zůstat doma, rodiče se nehádají a věnují mu pozornost atd.

### Neurotické návyky a tiky

**Neurotické návyky** mají nutkavý charakter. Jsou spojeny s pocity úzkosti a napětí, které by se zvýšily, kdyby dítě určité činnosti zanechalo. Obyčejně jde o zautomatizovanou, stereotypní pohybovou aktivitu. Neurotické návyky fungují jako ventil napětí při nadměrném zatížení (např. dítě si začne kousat nehty, když má být zkoušené nebo při těžké písemné práci atd.). Neurotické návyky jsou považovány za částečně nevědomý projev. Z toho důvodu příliš nepomáhají výchovné zásahy, např. tresty. Mezi nejběžnější neurotické návyky patří dumlání prstů nebo okusování nehtů (*onychofagie*), které bývají dost běžným výrazem jakéhokoli napětí, dále škrábání kůže či masturbace. Vzácnější je vytrhávání vlasů a mnohdy i jejich pojídání (trichlotillománie), jež může signalizovat závažnější poruchu.

**Tiky** jsou bezděčné, rychlé a neúčelné pohyby různých částí těla, zejména drobných svalových skupin obličeje a horních končetin, které se opakují se značnou frekvencí. Ve srovnání s neurotickými návyky jsou méně uvědomělé, jedinec tyto pohyby často vůbec neregistruje. I ony jsou vůlí neovladatelné a nepotlačitelné. Úsilí o jejich ovlivnění vyvolává napětí, neklid a úzkost. Tiky upoutávají pozornost okolí svou nepřiměřeností. I v této situaci vzniká určité





riziko, že dospělí budou hodnotit neurotický projev jako šaškování a neuvědomí si, že jde o vůlí neovladatelnou aktivitu.

### Dětský strach a fobie

**Fobická úzkostná porucha** u dětí rovněž představuje kombinaci úzkosti a nadměrného strachu. Dítě hodnotí určitou situaci nesprávně, očekává nebezpečí i tam, kde mu žádné nehrozí. Strach se ve větší míře objevuje v batolecím věku, opět v souvislosti s rozvojem symbolického myšlení, a v předškolním věku, kdy se na něm spolupodílí fantazie. Fantazijní představivost manipuluje s nesplněnými přáními, ale i s obavami. Z. Matějček (1986) považuje za podnět k rozvoji strachu pohádky či strašidelné příběhy, nešetrné vyprávění dospělých nebo drastické scény ze života. Úzkostným dětem stačí malý impulz, aby vznikla fobie. *„Úzkostně laděné děti prožívají celý svět jako jedno nebezpečí."* (Matějček, 1986, s. 148)

V předškolním věku nejčastěji vznikají fobie ze zvířat, ze tmy, ze samoty, z lékařů či různých jiných lidí nebo nereálných bytostí. D. Krejčířová (1995, s. 157) uvádí, že u 3 až 8 % dětí trpících fobií tyto problémy přetrvávají nebo se dále zhoršují.

V předškolním věku se rozvíjí velice důležitý mechanismus autokorekce, který umožňuje regulovat dětské chování podle sociálních norem. Dítě už ví, že by se určitým způsobem nemělo chovat, protože je to špatné. Pokud něco takového přesto udělá, pociťuje vinu. Dětské svědomí se může pod vlivem dispozic i výchovných vlivů rozvinout až příliš silně. Může být velice přísné a reagovat i na drobné prohřešky a nedokonalosti – nebo dokonce i na pouhou úvahu o nich – zesílením úzkosti, trýznivým pocitem viny a vlastní špatnosti. Úzkostné dítě se nadměrně trápí obavami, že něco udělá špatně i v budoucnosti. V tomto věku se vytváří základ pro pozdější rozvoj obsedantně úzkostných projevů.

### Školní fobie

Po nástupu do školy se může rozvinout jedna z nejběžnějších dětských fobií, **nadměrný strach ze školy**. Základním příznakem *školní fobie* je, že dítě odmítá chodit do školy. Příčinou může být strach opustit domov nebo strach ze selhání a neúspěchu ve školní práci. První varianta se vyskytuje spíše na počátku školní docházky, druhá varianta vyplývá z negativní zkušenosti se školou, proto se s ní setkáváme později. Děti trpící školní fobií mívají i další neurotické potíže, především somatického charakteru (např. bolesti hlavy, břicha, ranní zvracení apod.). Často jde o děti, které jsou primárně osobnostně disponované, spíše introvertní, samotářské, přecitlivělé a obecně hůře sociálně adaptované. Pro školní fobii je typické, že se neurotické příznaky objevují jen v době, kdy má dítě jít do školy. Školní fobie vyžaduje konzultaci s dětským psychiatrem. Pouhá změna školy zpravidla nepomáhá, protože neřeší základní problém.

## Obsedantně-kompulzivní poruchy

Ve školním věku, zpravidla nejdříve po osmém roce života, se mohou objevit příznaky **obsedantně-kompulzivní poruchy** (Kocourková, 1995). Spouštěcí faktory mohou být v tomto případě velmi rozmanité. Potřeba stereotypu a rituálu se může objevit v určitých vývojových fázích, aniž by znamenala nějakou poruchu. Například v batolecím věku trvají děti na dodržování určitých pravidel, protože to uspokojuje jejich potřebu řádu, a tím i potřebu jistoty a bezpečí. Pokud je dítě dispozičně úzkostné, může se potřeba rituálu jako zdroje subjektivně potřebné jistoty posílit a zafixovat. Určitou roli zde hraje i úzkostná matka, dítě se učí reagovat stejným způsobem pomocí nápodoby a identifikace. Představy blízké obsedantním se mohou objevovat v souvislosti s bohatou fantazijní produkcí. J. Kocourková (1995) upozorňuje v této souvislosti na přetrvávání magického myšlení, spojeného s vírou v reálnou moc pouhých myšlenek. Sám nápad má v tomto případě stejný subjektivní význam jako skutečný čin. Nutkavé chování se projevuje nejčastěji ve vztahu k sebeobsluze, k dodržování čistoty či jiných povinností. Vzhledem k dětské závislosti na rodičích není udivující, že jsou i rodiče součástí jejich obsesí a rituálů. Děti je nutí, aby se chovali nějakým konkrétním způsobem, a na jejich odmítnutí reagují stejnou úzkostí, jako kdyby se žádoucím způsobem odmítaly chovat ony samy.

Disponované děti mívají další typické osobnostní rysy: bývají opatrné a nejisté, pedantické a perfekcionistické, s výraznou potřebou přesně plnit sociální normy a očekávání. Taková nadměrná konformita má obrannou funkci. Jestliže jedinec udělá všechno přesně tak, jak by se mělo, mohl by se cítit jistější. Často však ani taková pojistka nestačí, dítě není ani za těchto okolností přesvědčeno, že je všechno v pořádku. Úzkostné děti mívají nadměrně vyvinuté svědomí, a proto pociťují i při nepatrném přestupku silný pocit viny. Rigidita a ulpívání na stereotypu, která je pro ně typická, vyjadřuje totéž: zvýšenou a neuspokojitelnou potřebu jistoty. Dítě se snaží bránit jakékoli změně, protože jeho nejistotu nepřijatelně zvyšuje. Potřeba nadměrné stability, resp. stereotypu, se vztahuje i na chování jiných lidí, se kterými se dítě stýká, zejména těch, na nichž je závislé.

Na konci středního školního věku dochází k postupné proměně dětského uvažování. Děti začínají ovládat i formální logické operace, to znamená, že jsou schopny uvažovat i o dění, které reálně nenastalo, ale mohlo by nastat. Schopnost přemýšlet o tom, co by se mohlo stát, co přesahuje existující situaci, je samozřejmě i určitým zdrojem nejistoty a úzkosti. Realismus mladšího školáka představoval určitou ochranu. To, co bylo, bylo jasné a zároveň neodvolatelné, nebylo tudíž o čem pochybovat. Přesah aktuální situace se projeví i pochopením významu smrti, její definitivnosti a nezvratnosti. Proto se po desátém roce objevuje **i strach ze smrti**.





## Poruchy vyměšování

Vývojový mechanismus se uplatňuje i při vzniku neurotických **poruch vyměšování**. Mohou se objevit jako reakce na psychickou zátěž, a to především v období, kdy dítě ještě dostatečně neovládá funkci svěračů a nemá zafixovány návyky udržování čistoty. Komplexnost a závažnost poruchy vyměšování odpovídá určitému stupni regrese. Poruchy vyměšování jsou pro starší dítě sociálně závažné, protože mohou ohrožovat jeho prestiž ve skupině vrstevníků, a tím i sebedůvěru. Dítě, které se pomočuje, bývá objektem výsměchu a pohrdání. *Počurávání* je z pohledu školáků sociálně sitgmatizující projev. Proto jej postižené dítě velice pečlivě tají.

1. **Enuréza** je porucha funkce vyprazdňování močového měchýře, k němuž dochází bez účasti vůle a pozornosti dítěte. Pomočování je považováno do tří let za fyziologické, o enuréze mluvíme až po čtvrtém roce života. Častější a méně závažné je noční pomočování, vzácnější bývá pomočování denní. Stejně jako při vývoji dovednosti dodržování čistoty se děti obvykle nejdříve naučí ovládat svěrače ve dne a teprve později v noci. Enuréza postihuje častěji chlapce než dívky.
2. **Enkopréza** je poruchou vyměšování stolice. Vzniká podobným mechanismem jako pomočování, ale je vzácnější a závažnější. Objevuje se obyčejně v komplexu obecné neschopnosti zachovávat čistotu.

□ U šestiletého Mirka se enuréza projevila jako reakce na zátěž. Narodil se jako druhé dítě v sociálně slabé a dysfunkční rodině. Matka se o svoje tři děti nestarala, a proto byly z rodiny odňaty. Po umístění do dětského domova se Mirek začal pomočovat, ačkoliv předtím tyto problémy neměl. S dětmi ani s dospělými nenavázal kontakt, nejevil zájem o hru. Byl smutný a postupně spíše apatický. V dětském domově si nenašel náhradní osobu, k níž by se mohl citově upnout. Vzhledem k potížím, které se při adaptaci na prostředí ústavu objevily, byla doporučena pěstounská péče.

## Poruchy komunikace a řeči

Úzkostné děti, které se bojí separace od matky a mají nepřiměřené obavy z kontaktu s cizími lidmi, mohou za takové situace trpět i **poruchami v oblasti komunikace**. To znamená, že i řeč může být emočním napětím nějak postižena.

- **Mutismus** neboli **nemluvnost** je neurotický útlum řeči u dítěte, které mluvit umí, ale z důvodu emoční inhibice mluvit odmítá. Útlum řeči je projevem strachu a napětí v určité situaci nebo v komunikaci s určitou osobou. Může vznikat i jako následek nějakého traumatu. Dítě přestává mluvit, posléze reaguje jenom posunky nebo vůbec ne. (Zajímavé je, že v situaci silné subjektivní zátěže mizí schopnost verbální komunikace

a alespoň částečně se udržuje fylogeneticky mnohem starší neverbální komunikace, např. gestikulace.) K mutismu mají sklony spíše děti primárně úzkostné, samotářské, zvýšeně závislé, které se nedovedou prosadit, sociálně nezkušené a infantilní. Mutismus se nejčastěji objevuje v předškolním věku nebo u mladších školáků, zřídkakdy po osmém roce života. Není vhodné nutit takové dítě k mluvení. Je lepší je nechat, aby si na situaci postupně zvyklo a přestalo mít strach. Ostatní děti reagují na nemluvného spolužáka zpravidla ztrátou zájmu o kontakt, který nebyl opětován.

- **Koktavost** neboli *balbuties* se projevuje poruchou plynulosti řeči, křečovitým vyrážením nebo opakováním slabik či celých slov, tj. neschopností ovládat a kontrolovat mluvní produkci, koordinovat dýchání s řečí. Vyskytuje se u 1–2 % dětí (Pečeňák, 1998). Nápadnost těchto potíží vzrůstá v závislosti na subjektivní zátěžovosti dané situace, na míře psychického napětí, které daná situace vyvolává. To znamená, že ji posilují psychogenní faktory. Etiologie koktavosti je ovšem podstatně složitější. Na jejím vzniku se podílejí také poruchy funkcí různých oblastí pravé i levé mozkové hemisféry, které mohou být geneticky podmíněné (Fox et al., 1996; Braun et al., 1997). Psychosociální zátěž je pravděpodobně jen jedním z vyvolávajících faktorů. Tradiční řazení balbuties mezi neurotické potíže není z důvodů multifaktoriální etiologie úplně správné. Porucha řeči funguje jako sociální stigma, protože upoutává pozornost a vyvolává nepříznivé reakce okolí. Na dítě, které bývá již primárně přecitlivělé, působí výsměch nebo kárání jako další zátěž a mnohdy vyvolává nové, sekundární neurotické reakce. Jednou z nich je např. *logofobie*, nepřiměřený strach z řeči. U těchto dětí se běžně setkáme i s generalizovanějšími pocity méněcennosti. Jinou sekundární reakcí může být i obrana únikem z traumatizující situace, kdy by dítě mělo mluvit, a opětovně si tak potvrzovat vlastní nedostačivost. V tomto případě může jít o izolaci z dětské skupiny, útěk ze školy apod. Koktavé děti se s vlastní nápadností, případně až směšností, velmi špatně vyrovnávají. Jejich sebehodnocení bývá negativně ovlivněno větší labilitou a přecitlivělostí, vlastnostmi, které už přispěly ke vzniku těchto potíží a posléze je dále udržují.

□ Koktavost se vyskytuje již v předškolním věku. Příkladem může být Jiřík (5 let), žijící s mladší sestrou v úplné rodině. Otec trpí depresemi, pro které se léčí, občas i on zadrhává v řeči. Převážná část péče o domácnost spočívá na matce, která ji obtížně zvládá. Jiří nastoupil ve 4 letech do mateřské školy. Od počátku se hůře adaptoval, byl ustrašený a nejistý. Spontánně nekomunikoval s nikým. Ve vztahu k dětem byl submisivní, pasivní, neuměl se prosadit. Styděl se mluvit před ostatními, protože se mu děti občas smály. Učitelky se snažily vytvořit chlapci klidné prostředí a nenutily ho mluvit, když nechtěl. Ve spolupráci s matkou a s logopedem se jim postupně podařilo jeho verbální projev zlepšit. Nyní Jiřík zadrhává v řeči pouze občas, v situaci, která je pro něho nějak náročná.





### Smutky a deprese

V dětství se vyskytuje **depresivní porucha chování**, která je spojena s typickými odchylkami v oblasti prožívání, chování i somatických reakcí (MKN-10, 1992).

**Smutek** vzniká jako reakce na ztrátu osobně významné hodnoty (eventuálně i na pouhý pocit takového ochuzení). Není to však jediný způsob, jak prožívat ztrátu, existují i jiné varianty, např. vztek (Vondráček, 1982).

Pokud je smutek významnější a dominující součástí převládající nálady, lze mluvit o **depresi**. Depresivní nálada není v dětství obvyklá, a pokud se vyskytne, bývá obyčejně reakcí na nějakou závažnější ztrátu. I tak lze očekávat, že po určité době odezní. (V tomto smyslu je mnohdy lépe mluvit o truchlení, ke kterému má dítě reálný důvod.) Pro depresivní poruchu je charakteristické:

1. **Nepřiměřeně smutná nálada,** která ovlivňuje celkový postoj ke světu i k sobě samému. Následkem toho vzniká pocit beznaděje a ztráty vlastní hodnoty.
2. **Deprese bývá spojena s celkový útlumem veškeré aktivity,** s apatií, ztrátou veškeré motivace, zhoršením koncentrace pozornosti a paměti.
3. **Dětskou depresi hojně doprovázejí somatické potíže,** jako jsou poruchy spánku, jídla, zvýšená únava apod.

### Přístup k neurotickým dětem

Neurotické děti vyžadují citlivý přístup, velmi důležitá je úprava nároků, které nesmějí být nepřiměřené jejich možnostem. Důležité je i ocenění, povzbuzení a projevení podpory. Je třeba zdůraznit, že úspěch a dosažení výborného výkonu není tím nejdůležitějším, větší význam má celková pohoda a harmonický rozvoj osobnosti dítěte. Z. Matějček (1991) však doporučuje i psychické otužování, dítě se má v rámci svých možností učit zvládat různé zátěže, protože se jim v běžném životě nebude moci vyhnout. Pokud jsou problémy dítěte pouhými výchovnými prostředky nezvládnutelné, může pomoci některá varianta psychoterapie. V každém případě je vhodné konzultovat pedagogicko-psychologickou poradnu nebo dětského psychiatra.

## 15.4 Osobnost neurotického člověka v sociálním kontextu

Nepříznivý vliv převažujícího negativního emočního vyladění člověka trpícího neurotickou poruchou se projeví i v jeho vztahu k sobě samému a k okolnímu světu. Neurotický jedinec má zvýšený sklon reagovat úzkostí a strachem, méně často dosahuje pocitu osobní pohody. Mívá **zhoršené sebehodnocení a nižší**

**sebevědomí, event. až pocity nedostačivosti**. Z toho vyplývá i jeho nejistota a tendence vyhýbat se situacím, na něž domněle nestačí. Stejně nepříznivé je i hodnocení světa: pro neurotického člověka je jeho okolí především zdrojem ohrožení, kterému je třeba se vyhnout. Důsledkem jeho postoje bývá větší sklon k rigiditě a lpění na přesných pravidlech, někdy dokonce až na rituálech. Úzkostný člověk žije v neustálých obavách, a proto se vyhýbá všem situacím, které by mohly pocit ohrožení vyvolat. Žije tudíž raději v izolaci od nejrůznějších předpokládaných zdrojů ohrožení.

Pod vlivem úzkosti a strachu jedná neurotický člověk často nepřiměřeně, nevhodně, a tak si vytváří další problémy. Úzkost a fobie limitují jeho možnosti, jsou příčinou jeho podivného chování i neschopnosti plnit běžná sociální očekávání. Podle názoru ostatních lidí se svým pocitům zbytečně poddává, zatímco by se měl snažit chovat přiměřenějším způsobem. Členové rodiny ani spolupracovníci nemohou podivné chování pochopit a akceptovat. Reagují na ně kritikou a odmítáním nebo požadavky, které by měly vést k nápravě situace, ale neuvědomují si, že jejich požadavky není nemocný schopen splnit. Negativní postoje okolí úzkost nemocného dále posilují. Laická veřejnost často nechce pochopit, že projevy neurózy nejsou důsledkem vědomého osobního rozhodnutí, ale chorobného stavu.

Neurotický člověk se cítí ohrožen nejen současným děním, ale **očekává problémy i v budoucnosti**, která jím je posuzována negativně, jako dosud neznámá, a tudíž nejistá oblast. Nemocný od sebe ani od světa nečeká nic dobrého, ale vinu hledá především v sobě. On je k ničemu, nic se mu dobře nedaří. Mívá častější a zvýšené **pocity viny**, které zdaleka neodpovídají jeho reálnému chování. Negativní ladění ovlivňuje nepříznivě také somatický stav, a tím i sebecit neurotického člověka. Výsledkem toho bývá, že se neurotičtí lidé většinou necítí dobře, nebývají uvolnění a spokojení.

Negativní změna citového prožívání nepříznivě ovlivňuje i **autoregulační mechanismy**. Lidé s neurózou mívají ke svému chování jiné motivy, než je běžně zvykem. Zvýšená úzkost, nejistota a vnitřní napětí redukují spontánní projevy. Komplex nepříznivých pocitů vede k inhibici veškerého chování, které člověk považuje za nevhodné či ztrapňující. **Tolerance k zátěži** bývá snížena a z toho vyplývá zvýšená pohotovost k obranným reakcím. Jejich cílem je omezení problémů a nepříjemností. Úzkostnost jako trvalejší rys osobnosti se projevuje zvýšenou sebekontrolou. Ta se odrazí v nadměrné pečlivosti a perfekcionismu, které lze hodnotit jako obranu před očekávaným selháním.

**Volní autoregulace** funguje pod vlivem úzkosti jinak, než je obvyklé. I zde převažuje potřeba obrany před očekávanými problémy:

- V oblasti **rozhodování** je překážkou nejistota a strach z nesprávného rozhodnutí. Mnohdy dochází k nápadnému prodlužování doby potřebné k rozhodnutí. Občas bývá jedinec do té míry inhibován, že není vůbec schopen se nějak rozhodnout. Potom obyčejně reaguje nějakým obranným mechanismem, který není vždycky sociálně přijatelný a mnohdy vede k dalším problémům.
- V oblasti **realizace důležitých cílů** má významný vliv často zbytečné očekávání (anticipace) neúspěchu, které se objevuje i tehdy, jestliže by situace byla zvládnutelná. Negativní citové prožitky, které snižují frustrační toleranci a zhoršují sebehodnocení, představují vnitřní překážky. Výsledkem bývá častější selhání, jež nebylo sice zaviněno nedostatkem schopností, ale jeví se tak. Nepříznivé hodnocení, které z toho vyplývá, vede k dalšímu zhoršení sebevědomí neurotického člověka.





Neuróza mění osobní význam a preferovaný **způsob uspokojování základních psychických potřeb**:

- **Potřeba stimulace** může kolísat v závislosti na subjektivních pocitech. Neurotický člověk obyčejně nestojí o nové a neznámé podněty. Bývá tomu tak tehdy, jestliže se cítí hodně nejistý, úzkostný a je plný obav z nějakého ohrožení. Příliš mnoho neznámých podnětů by mohlo jeho napětí a úzkost ještě zvyšovat. Nechuť k neobvyklým podnětům lze interpretovat jako výraz zvýšené potřeby obrany v potenciálně nebezpečné situaci.
- **Potřeba stabilního a spolehlivého řádu** bývá u neurotických lidí naopak zvýšena, protože eliminuje pocit nejistoty. Tomuto požadavku odpovídá i jejich způsob života, v němž bývá typický důraz na stereotyp, obdobný postoj se projeví i v zaměstnání.
- Rovněž **potřeba citové jistoty a bezpečí** bývá zvýšena. Neurotický člověk je primárně nejistý a úzkostný. Pro získání alespoň částečné vyrovnanosti potřebuje citovou oporu jiného člověka a neustálé potvrzování, že svět ani on sám není tak špatný. Zároveň předpoklady k dosažení uspokojivých mezilidských vztahů jsou spíše zhoršeny, protože neurotický člověk často nepůsobí příjemně. Lidi ve svém okolí odrazuje a dráždí svými projevy tak, že může jen těžko získat jejich sympatie. Mnohdy i proto, že projevům nemocného není tak snadné porozumět, a navíc se zdají být bezdůvodné.
- **Potřeba seberealizace** bývá často neuspokojena, protože neurotický člověk je pesimista, který má strach ze selhání, a někdy má i pocity méněcennosti. Za těchto okolností je pro něj těžké dosáhnout potřebného sebeuspokojení. Neurotický jedinec může v rámci obrany reagovat přijetím role smolaře nebo outsidra. V tomto případě jde o poněkud absurdní projev obranných tendencí: jestliže se předem smířím se svým neúspěchem, nebudu se s ním později tolik trápit. Osobní aspirace neurotických lidí bývají nepřiměřené: buď jsou příliš nízké, což je výrazem nejistoty a sebepodceňování, nebo mohou být kolísavé a občas i nereálně vysoké, v rámci křečovité snahy o lepší identitu, alespoň na symbolické úrovni.

Neurotické napětí, nejistota a častý pocit emoční nepohody zatěžuje také všechny **poznávací procesy**. Jde především o narušení koncentrace pozornosti, která nepříznivě ovlivňuje všechny paměťové funkce, vštípení, vybavování i reprodukci. Neurotický člověk má pocit, že se nemůže na nic soustředit a nic si nepamatuje. Protože nesnáší zátěž, pracuje ještě hůře, když je úkol nějak limitován, např. časem, nebo pokud se na něj soustředí pozornost okolí. Neurotická inhibice ovlivňuje i myšlení, člověk ulpívá na jednom způsobu řešení a nedovede uvažovat jinak, event. může mít i pocit, že už nedokáže uvažovat vůbec. Někdy jej ruší obsedantní myšlenky, které nemůže nijak potlačit. Neuróza nevede ke snížení inteligence, ale může být zábranou jejího dostatečného využívání.

Neurotický člověk **reaguje na různé podněty méně přiměřeně**, intenzivněji, než by bylo možné očekávat. Někdy je přecitlivělý pouze na určitý typ podnětů, za jiných okolností se chová standardně. V souhrnu se však vždy chová v nějakém směru méně obvykle, někdy je těžké jeho reakce předvídat. Jindy je to sice naopak snadné, ale očekávané reakce jsou méně přijatelné, rušivé či nepříjemné (je tomu tak např. u lidí trpících nějakými obsesemi apod.). Vzhledem k tomu není neurotický člověk schopen uspokojivě plnit všechny společenské požadavky. Často se nedovede chovat v rámci své dospělé role dostatečně zrale a zodpovědně. Nutnost zodpovědnosti jej děsí, protože se podceňuje. Svoboda rozhodování, která z role dospělého vyplývá, mu není k ničemu, protože ještě více zvyšuje jeho úzkost a nejistotu. Nechce rozhodovat. Volba je nepříjemná, a tak dává přednost závislosti. To ovšem bývá zdrojem problémů jak v rodině, tak v zaměstnání.

Role autority je pro člověka trpícího neurózou těžká. Dovede ji řešit pouze rigidním lpěním na příkazech a stanovených pravidlech, nebývá schopen reagovat pružněji a samostatněji.

Negativní sociální důsledky mívá **i nutkavé jednání**, které způsobuje nemocnému potíže svou nepřiměřeností a časovou náročností. Den postiženého člověka je vyplněn komplikovanými rituály a na nic jiného mu už většinou nezbývá čas ani energie. Pro laika je nepochopitelná neschopnost takových „hloupostí" nechat. Zdravý člověk nechápe, proč by se pacient musel stále soustředit na nějaké myšlenky, konat složité rituály a přitom neplnit běžné povinnosti, vyplývající z jeho sociálních rolí (např. doma nebo v zaměstnání). Změna chování nemocného se tudíž projeví i narušením jeho sociálních vztahů. Pacient nemá na nikoho čas a není schopen se vcítit do jiného člověka, má dost svých vlastních potíží.

□ Karel Pecka popsal ve své povídce rituály politického vězně, který na zátěž spojenou s pobytem v pracovním táboře reaguje fobií ze špíny a nutkavou péčí o čistotu svých rukou. Strach ze špíny určuje obsah jeho myšlení i tehdy, když se zřejmě navždy loučí s dávným kamarádem Čestou:

Jak mu tiskl dlaň, vzpomněl si, že Česta před tím podával ruku dalším mužům na cele, vzpomněl si na všechny ty potící se ruce, a když pohlédl dolů, spatřil za nehtem Čestova palce obroučeк nečistoty. Prvý povolil ruku ve stisku. Pak hleděl za





Čestmírem, jak odchází, a myslel si: Škoda, že jede pryč, ale už to nebylo ono, a on věděl, že lže. Protože v podstatě mu to bylo lhostejné, kromě strachu ze špinavých rukou.

Vešel na záchod. Tentokrát bez obav a váhání, prudce stiskl kliku a zavřel za sebou. Mýdlo a ručník byly jeho štítem. Přinášely mu klid. Jindy nenápadně čekal, až někdo půjde dovnitř a otevře, aby se s ním svezl. Nesnesl by ten pocit, že se dotkl kliky, které se dotýkají stovky rukou, tlustých, vyzáblých, potících se, vyzáblých špinavých rukou se stopami moče – hnus, hnus. Ale teď měl mýdlo a ručník... Cítil přímo fyzickou rozkoš z pěnícího mýdla a chladné vody. Pak si stáhl ručník z krku a utřel si ruce dosucha. Cítil se úplně klidný. Úplně vyrovnaný. Šel po chodbě zpět na světnici. (Tu kliku tam otevře loktem, zavře za sebou nohou.)

„Haló, počkej ještě moment," zaslechl náhle za sebou. Byl to Čestmír: „To nejdůležitější jsem zapomněl. Kdyby se oháněli nějakým papírem, že jsem se přiznal, tak je to jenom finta. Já se nepřiznám... Nezapomeň!"

Hleděl za ním, jak odchází podruhé. Pak se náhle zarazil. Uvědomil si, že si znovu podali ruce. Obrátil se a zvolna zamířil zpět na umývárnu.

(*Na co umírají muži, 1968*)

Značné omezení běžného života představuje u dospělých přetrvávající sociální fobie, tj. strach nebo alespoň ostych z neznámých lidí. Lidé s fobií reagují únikem z frustrujících situací, a proto bývají spíše samotářští, mají sklon se izolovat. Přecitlivělost neurotických nemocných zkresluje jejich pohled na svět a vede např. k tendenci vidět všechny projevy ostatních lidí jako důsledek jejich negativně zaměřeného postoje. Neurotický člověk pak reaguje poněkud neadekvátně, protože vychází z nesprávného předpokladu. Narušený sebecit negativně ovlivňuje schopnost empatie. Na druhé straně oni sami nebývají příliš sociálně žádoucími. Jejich stálé obavy, pesimismus a preference stereotypu jejich rodinné příslušníky i spolupracovníky spíše zatěžují. Existuje riziko, že si zafixují podivné způsoby sociálního chování a nebudou schopni zvládnout účelnější variantu.

Negativní sociální význam mají **i neurotické poruchy řeči**, protože jsou nápadné a rušivé. Jsou sice častější v dětském věku, ale občas postihují i dospělé. Porucha verbálního projevu vždycky snižuje sociální status postiženého jedince. Člověk, který nedovede normálním způsobem komunikovat, není žádoucím partnerem, někdy bývá považován za člověka se sníženou inteligencí. Lidé s poruchou řeči se bojí mluvit. Pokud mluvit musí, zvyšuje se jejich vnitřní napětí často natolik, že vůbec nejsou schopni vyjádřit se, nemohou nalézt potřebné slovní výrazy apod. Podstatné je, že **verbální projev neurotického člověka nemusí odpovídat jeho inteligenci a vzdělanostní úrovni**. Za určitých okolností se může jevit mnohem horší.

## Shrnutí

Neurotické poruchy jsou typické změnou prožívání, ale pod vlivem narušených emocí se mohou měnit fyziologické reakce i uvažování a chování takto postiženého člověka. Tyto potíže lze chápat jako poruchy adaptace. Jejich základem je pocit ohrožení a dysforie. Projevy neurotických potíží mohou být různé, někdy se projevují i somatickými poruchami. Neurotické poruchy se rozvíjejí na bázi vrozené dispozice, pod vlivem prostředí.

## Kontrolní otázky

- Jak lze obecně charakterizovat neurotické poruchy?
- Jaké jsou příčiny vzniku neurotických poruch?
- Jak lze charakterizovat fobické úzkostné poruchy? Čím se liší od úzkostné poruchy?
- Jaké jsou typické znaky obsedantně-kompulzivní poruchy?
- Jaké jsou neurotické reakce na závažný stres?
- Jak lze charakterizovat posttraumatickou stresovou poruchu?
- Co je typické pro somatoformní neurotické poruchy?
- Jaké je převažující hodnocení a sebehodnocení neurotika?
- Jakým způsobem se u neurotických lidí mění psychické potřeby a způsob jejich uspokojování?
- Ovlivňuje neuróza inteligenci? Jakým způsobem?
- Jakým způsobem ovlivňují nápadnosti v chování neurotického člověka jeho sociální pozici?
- Jaké jsou běžné postoje veřejnosti k neurotickým lidem?
- Co byste doporučili matce neurotického dítěte?



# 16 Poruchy příjmu potravy

## 16.1 Význam tělového schématu

Součástí identity každého jedince je jeho **tělo**, přesněji řečeno jeho představa o vlastním těle – **tělové schéma**. Tělové schéma není jenom mentálním obrazem, ale zahrnuje i hodnotící složku, postoj, který vychází z kognitivních schémat a emočního zpracování příslušné informace. V tomto směru působí zkušenosti se sebou samým, s tělovými pocity, s obrazem vlastního těla, s reakcemi ostatních lidí, jež se vztahují k tělu, srovnání sebe sama s jinými lidmi, s předpokládanou normou i s ideálem, prezentovaným např. v médiích.

Zevnějšek člověka, tj. jeho tělo, je nejsnáze identifikovatelnou součástí jeho osobnosti, a proto je i jejím sociálním reprezentantem. Je první informací, kterou o jedinci dostává jeho sociální partner.

### 16.1.1 Vlastnosti a utváření tělového schématu

**Člověku se vlastní tělo může jevit jinak, než jaké skutečně je.** To je důsledkem subjektivního zkreslení, které zahrnuje celkový vztah k sobě samému. Například někteří lidé vnímají svoje tělo jako mohutnější, než odpovídá reálně naměřeným hodnotám. V těchto případech však nejde o poruchu vnímání, protože postavu manekýna tito lidé hodnotí přesně. Ukázalo se, že existuje obecná tendence vidět se blíže průměru. Zejména lidé drobnější postavy mají sklon se mírně přeceňovat (Heinberg, 1996). Představa vlastního těla může být **zkreslena emocionálně**, obavami nebo přáním. Člověk se vidí takovým, jakým si přeje být, resp. jakým se obává, že je. Celkový postoj k tělu ovlivňuje i to, jak se člověk aktuálně cítí, zda je spokojený či nikoli. Důležitou vlastností sebepojetí, tzn. i tělového schématu, je **rigidita**. Jakákoli změna je subjektivně citlivě prožívána, a to i tehdy, když neznamená zhoršení, ale jenom proměnu. Zásadní a zjevná proměna těla může v krajním případě stimulovat pocit ohrožení vlastní integrity a vede ke ztrátě sebejistoty.

Určitá představa vlastního těla přetrvává i tehdy, když se tělo reálně změnilo a už této představě neodpovídá. Například dívka, která byla během celého dětství spíše obtloustlá a všichni jí to připomínali, se považuje za tlustou i v době, kdy vyrostla a zeštíhlela (a nikdo jí už nic takového neříká). V této setrvačnosti často spočívá problém zdánlivě nepatrného psychického efektu redukčních diet či kosmetických operací: Tělo se může změnit, ale pokud se nezmění **postoj** člověka, nemá taková změna větší význam.

Tělové schéma se vytváří dlouho. Důležitým mezníkem je v tomto směru doba **dospívání**, kdy se tělo zjevně mění a nabývá formy, která má trvalejší

charakter. Tělesná změna v dospívání má různý význam, daný subjektivně, představou o atraktivitě dospělejšího zevnějšku, psychickou vyspělostí jedince a sociálními reakcemi, jež tuto změnu doprovázejí. Dospívající může být na svoje dospívání pyšný, ale stejně tak mu může být nepříjemné a bude se za ně stydět. Orientace ve změněném tělovém schématu a přijetí nové identity je proces, který určitou dobu trvá. Jelikož je tělové schéma jen jednou složkou osobnosti dospívajícího, bude jeho utváření ovlivňováno všemi ostatními psychosociálními změnami.

Tělesné změny mohou představovat soubor nepříjemných podnětů, **zátěž**, něco, čeho by bylo lépe se zbavit nebo to alespoň zabrzdit. Tělesná proměna daná dospíváním představuje ztrátu jistoty, která někdy není akceptovatelná, a jedinec se této **zátěži** různým způsobem **brání**. Realitu potlačuje nebo popírá, event. se ji snaží nějak změnit. Dívka např. přestane jíst a její tělo ztratí typické ženské znaky.

### 16.1.2 Sociální význam tělového schématu

**Tělesná atraktivita má svou sociální hodnotu.** Jsme kulturou, která klade značný důraz na zevnějšek, a proto není divu, že je tělesné schéma důležitou součástí vlastní identity. Konvenčnímu estetickému ideálu odpovídající lidé získávají lepší sociální status, bývají obyčejně snáze akceptováni a lépe hodnoceni. Subjektivní význam zevnějšku v dospívání vzrůstá. Důležité je, že **dospívající už nebere realitu svého těla jako danost**. Už ví, že by mohl vypadat i jinak, samozřejmě lépe. Období pochybností o svém zjevu zažije téměř každý dospívající. Riziko patologického vztahu k vlastnímu tělu (a tím i k jídlu) zvyšují negativní sociální reakce, vysmívání pro tloušťku, neúspěšnost a nízký sociální status, který je zjevem zdůvodňován apod. Negativní zkušenost během této důležité vývojové fáze může vztah k vlastnímu tělu dlouhodobě narušit. Změny postavy, k nimž v souvislosti s dospíváním dochází, se u obou pohlaví liší, to znamená, že **změna nepředstavuje pro chlapce a dívky stejnou zátěž**.

U **chlapců** nejsou sekundární pohlavní znaky na první pohled tak nápadné, v dospívání jde především o růst a rozvoj svalů, což je obecně akceptováno pozitivně. Lze říci, že nepředstavují tak výraznou kvalitativní změnu.

U **děvčat** jsou sekundární pohlavní znaky nápadnější a dospělými i vrstevníky jsou chápány jako signál zásadnější kvalitativní proměny. Jsou evidentními znaky dospělé ženy. Z tohoto důvodu mohou na tyto změny reagovat jak lidé v okolí, tak samy dospívající dívky nejednoznačně, nebo dokonce odmítavě. Proměna může přijít neočekávaně, příliš rychle, a tak dívku zaskočit.

**Pocitem nespokojenosti se svým zevnějškem trpí obecně více dívky.** Jedním z důvodů je **sociokulturní stereotyp** zdůrazňující **ženskou krásu**. Současným ideálem je štíhlost, která je chápána jako synonymum krásy. Mediálně prezentovaný vzor je velice blízký prepubertálnímu vzezření. Krasavice je „hubená, nohatá, bez boků a stehen". Mediální produkce ruší hranici mezi fikcí a skutečností, mezi normou a extrémem. Modelky či herečky jsou akceptovány jako představitelky normy, i když jsou pouze určitou populační krajností. (Heinberg, 1996, uvádí, že dívky, které se staly v letech 1979–1988 Miss Ameriky, byly 13–20 % pod váhou odpovídající standardu.) Paradoxní je, že zatímco průměrné dívky jsou čím dál větší a víc váží, ideál krásy je čím dál štíhlejší. Přitom v adolescenci se mění postava spíše opačným směrem, než je subjektivně žádoucí. Ideálu nemusí odpovídat ani somatotyp dívky.





Aktuální vzor krásy je pro většinu dospívajících dívek nedostupný. Přes to všechno o něj dívky i ženy usilují. Současná sociokulturní norma vymezuje krásu, resp. štíhlost, jako **úkol**, který je třeba zvládnout. V tomto směru existuje v současné společnosti **tendence k uniformitě**, jakákoli jiná varianta vzbuzuje přinejmenším pochybnost, a proto ji akceptují jen někteří adolescenti. Atraktivní je to, co se nejvíce přibližuje ideálu. Identifikace s pozitivně akceptovaným vzorem přináší jistotu dobrého sociálního hodnocení. Konformita je sice ochuzením, ale na druhé straně přináší jistotu a klid. Všechno, co by se nějak nápadněji odlišovalo, bývá vystaveno silnému sociálnímu tlaku směrem k normě. Tělesná atraktivita ženy ovlivňuje její **sebehodnocení**, a tím i její sebedůvěru. Pokud nedojde k uspokojivé identifikaci s vlastním tělem, může převážit negativní postoj, až nenávist a odmítání vlastního těla.

S tělesnou atraktivitou bývá spojována úspěšnost v sociálních vztazích, v profesi apod. Osobní problémy či neúspěšnost mnohdy ani na vzhledu nezávisí, přesto je mnohá dívka přesvědčena, že by byla úspěšnější, jen kdyby byla štíhlejší. A protože postava člověka, resp. její hmotnost, souvisí s **výživou**, mohou se mnohé, **původně zcela jinak vzniklé problémy projevit změnou vztahu k jídlu**, případně až poruchou příjmu potravy. V těchto případech jde obyčejně o komplexnější problém, v němž hrají úlohu biologické, psychologické i sociální faktory.

## 16.2 Poruchy příjmu potravy

Potřeba potravy patří mezi základní biologické potřeby. Slouží pudu sebezáchovy, člověk musí jíst přinejmenším proto, aby se udržel naživu. Na druhé straně platí, že i tato pudová potřeba, stejně jako většina ostatních, je ovlivněna psychosociálně. Proto za určitých okolností dochází k tomu, že je potlačena jinou tendencí, která je z fyziologického hlediska zcela nevýznamná. **Jídlo může být zdrojem slasti,** odměnou za splněný úkol, za úspěch, popř. naopak, odnětí potravy může být i trestem.

Jídlo funguje jako náhrada za jinou, aktuálně nedosažitelnou slast, v situaci frustrace či stresu. Je známé, že slouží ke kompenzaci neuspokojení v oblasti sociálních vztahů, při nedostatku lásky či při neúspěchu. Ulehčuje zvládání zátěže a vyrovnává emoční rozladění jakéhokoli původu.

Jídlo není jen cílem, ale i prostředkem. Primárně je prostředkem k přežití, ale ovlivňuje také tělesnou hmotnost (v limitu daném genetickou dispozicí). Prostřednictvím regulace příjmu potravy lze měnit žádoucím způsobem své

tělo. Takto je možné usilovat o štíhlost a atraktivitu, ale stejně tak dobře se tímto způsobem může projevit negativní vztah k sobě samému, resp. k vlastnímu tělu. Člověk je schopen svoje tělo až ničit (ať už esteticky či fakticky) nadměrným či nedostatečným příjmem potravy.

Poruchy příjmu potravy jsou spojeny s **poruchami postoje (rozumového a emočního vztahu) k jídlu**, a z toho vyplývající odchylkou v chování. Bývají spojeny i s **poruchou postoje k vlastnímu tělu**, s deformací tělového schématu, jeho proporcí a hmotnosti.

- Jedinci trpící poruchou příjmu potravy bývají nápadně **koncentrováni na své tělo**, k němuž mají přinejmenším ambivalentní, ne-li přímo negativní vztah. Typická je jejich neschopnost adekvátně zhodnotit rozměry vlastního těla ve srovnání s normou. Jsou za všech okolností nevyvratitelně přesvědčeni, že jsou obézní. Často jde o komplexnější poruchu sebepojetí.
- Jsou nadměrně **soustředěni na jídlo**, tento vztah mívá až obsedantně-kompulzivní charakter. Tito lidé se neustále zabývají jídlem, rádi vaří, sbírají recepty apod. Narušený vztah k jídlu bývá spojen s chováním, které má charakter nutkavého rituálu (přesné odměřování potravy, počítání kalorií, hromadění a skrývání potravy apod.). (Faltus, 1996; Williamson, Anderson a Gleaves, 1996)

**Příčiny poruch příjmu potravy mohou být různé,** může se zde projevit vliv biologických, psychických i sociálních faktorů. Zpravidla jde o interakci určitých dispozic s exogenními, zátěžovými vlivy. (Tyto zátěže nemusí být příliš specifické, může se s nimi setkat i mnoho dalších lidí, kteří na ně budou reagovat jinak než poruchou příjmu potravy.)

### 16.2.1 Mentální anorexie

Základním projevem mentální anorexie je **patologický strach ze ztloustnutí spojený s odmítáním potravy**. Fobie z tloušťky je spojena s fobií z potravy. Potřeba hubnout, tedy i obava z jídla, má nutkavý charakter, není ovladatelná vůlí. Omezování příjmu potravy a snižování tělesné hmotnosti chápe nemocný jako svůj hlavní úkol. Jeho plnění zásadním způsobem ovlivňuje sebeúctu, nemocný se na něm stává závislý. Nejde o nechutenství, cílem je potlačit pocit hladu, zvládnout jej, a tím si potvrdit vlastní sílu. Kromě toho je pocit hladu signálem, že člověk netloustne, a proto je uspokojivý. Někteří nemocní si pocity hladu nepřipustí, ale jiní přiznávají, že hlad mají. V důsledku dlouhodobého hladovění nakonec ke ztrátě chuti k jídlu dochází.

Nepřiměřené hladovění může u některých jedinců vyvolat tak silnou potřebu jídla, že se neovládnou a přejedí se. Záchvat „žravosti" pak považují za důkaz vlastního selhání, vlastní slabosti, a proto na něj reagují pocity viny, depresemi a úzkostí. Aby se zkonzumované potravy zbavili a nehrozilo jim





zvýšení váhy, vyprovokují zvracení nebo použijí projímadla. Tyto epizody se mohou opakovat. V literatuře se uvádí, že takto reaguje přibližně 30–50 % mentálně anorektických pacientek (Kocourková, 1995).

#### 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)

V důsledku hladovění dochází i k somatickým potížím, které jsou důsledkem silné podvýživy. Závažné jsou především sekundární endokrinní a metabolické změny a narušení tělesných funkcí (např. ztráta menstruace, neschopnost termoregulace a snížená imunita – Smolík, 1996). V krajním případě může být ohrožen i život takového pacienta.

Mentální anorexie má souvislost s hormonálními změnami, případně s psychosociálními důsledky ženské role. Postihuje především **dospívající dívky**, nejčastěji po začátku menstruace, a mladé ženy. Onemocnění se obyčejně objevuje mezi 14. až 18. rokem. Jeho populační frekvence se pohybuje v rozmezí 0,5–1 % (Kocourková, 1995; Smolík, 1997). U chlapců je mnohem vzácnější, v literatuře je nejčastěji udáván poměr nemocných chlapců a dívek 1:10.

Ke vzniku mentální anorexie může přispět jak působení **sociálních faktorů** (vyskytuje se více u dívek ze středních a vyšších vrstev), tak **genetická dispozice** (u sester anorektických pacientek je zvýšené riziko onemocnění). Vyvolávajícím podnětem bývá zátěž, s níž se dospívající není schopen vypořádat. Může jít o biologické a psychické změny dané dospíváním, ale i o změny sociálně podmíněné (např. přestup na jinou školu). 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).

### Průběh onemocnění

**Průběh potíží bývá pozvolný,** zpočátku se nejeví jako porucha, i když tendence dodržovat přísnou dietu a nadměrně cvičit začíná být nápadná. Zeštíhlení může být dokonce pozitivně hodnoceno, dospívající je oceňován, jakou má pevnou vůli. (Počáteční schválení snahy o štíhlost funguje jako posilující impulz.) Avšak postupně s dalším hubnutím začnou ostatní lidé pochybovat o přiměřenosti takového chování. V této době reaguje většina dívek trpících anorexií na jakékoliv argumenty a přesvědčování lhaním a podváděním.

Chovají se jako začínající narkomani, bagatelizují závažnost svého počínání a popírají, že by měly jakékoli potíže. Argumentují zdravou výživou, svou výkonností, plněním všech požadavků apod. Mohou být i euforické a demonstrovat vlastní nadřazenost nad lidmi, kteří nedovedou odolávat potřebám vlastního těla. (Jedna taková dívka dávala najevo své matce, která občas udělala dietní chybu, že ji považuje za slabocha.)

Pro rodiče, resp. laiky obecně, je na počátku onemocnění matoucí nápadná aktivita nemocných a jejich četné zájmy. Za těchto okolností jsou ochotni uvěřit, že situace není tak vážná. S postupným úbytkem váhy však dochází k celkovému vyčerpání organismu a k únavě. Podvyživená dívka začne být podrážděná, úzkostná či depresivní. Stěžuje si na bolesti hlavy či břicha, trpí poruchami spánku. Mění se její osobnost a ubývají sociální kontakty s vrstevníky, s nimiž už nesdílí žádné společné zájmy. Takovou dívku zajímá pouze její hubnutí. Všechno ostatní ztratilo svůj původní význam.

□ Potíže čtrnáctileté Šárky začaly během prázdnin, kdy téměř nejedla a hojně sportovala. Její dieta byla nepřiměřená, jedla pouze tvaroh. Když i přesto měla pocit, že se příliš najedla, tloukla se před zrcadlem do břicha a říkala, že je odporné a velké. Důsledkem takového chování byla přetrvávající nevolnost. Svoje jednání vysvětlovala potřebou *„udržet si pěknou postavu a neskončit tlustá, jako je většina žen"*. V září přestala menstruovat a vyšetřující gynekolog stanovil diagnózu mentální anorexie. Šárčin vztah k matce je problematický. Matka se cítí přetížená prací, nestíhá práci v domácnosti a snaží se mnohé povinnosti přenést na svou dospívající dceru. Matka zdůrazňuje obtížnost ženské role a nepochopení, s nímž se setkává. Šárka se brání výmluvami na učení i mimoškolní činnost, o domácí práce nestojí a vyhýbá se jim. K otci má lepší vztah; rovněž otec preferuje dceru před mladším synem. Šárka je ctižádostivá, snaží se – pokud možno – vyniknout. Má velmi silnou vůli. Zatím nemá jasno, co by dál chtěla dělat, věnuje se více věcem. Je úspěšná ve sportu i ve škole. Její spolužáci ji hodnotí vysoko, považují ji za velmi schopnou. Ona sama není ve skupině příliš spokojená, nedovede s ostatními na ničem spolupracovat. Avšak na mínění druhých jí záleží. Ostatními dívkami většinou opovrhuje, připadají jí hloupé, zaměřené jen na kluky a diskotéky. Sama s nikým nechodí a dává najevo, že ani nemá zájem.





### Typické rysy osobnosti dívek trpících mentální anorexií

Ze souhrnu výsledků mnoha studií (Davison a Neale, 1986; Sohlberg a Strober, 1994; Thompson, 1996) vyplývá, že osobnost dívek se sklonem k mentální anorexii má řadu typických znaků (i když rozhodně nelze říci, že by všechny tyto dívky byly stejné).

- Bývají nápadné svou **bezproblémovostí, konformitou,** potřebou nevybočovat z normy a plnit veškerá sociální očekávání. Mají tendenci se prezentovat požadovaným způsobem. Zřejmý je i jejich důraz na platné normy a pravidla, proto podléhají ve zvýšené míře vlivu obecně uznávaných vzorů a autorit. Chtějí se jim podobat, aby dosáhly uznání. Častý bývá i větší **důraz na výkon**, potřeba neustálého sebepotvrzování úspěchem a pozitivním hodnocením. Bývají sportovně zaměřené. Mívají silné volní vlastnosti, jsou **zodpovědné, svědomité, až perfekcionistické**. (Takoví jedinci samozřejmě mohou mít i jiné problémy, nejenom poruchy potravy, záleží na dalších dispozicích.)
- Dívky se sklonem k mentální anorexii mívají **dobrou inteligenci** a **ve škole jsou úspěšné**, dosahují dobrých výsledků, často studují. I zde je však nápadná potřeba dobrého výkonu. Mívají vysoké aspirace, obyčejně iniciované rodinou.
- Bývají **nejisté, nemají dostatečně vysoké sebevědomí,** které by odpovídalo jejich výsledkům, jsou zvýšeně sebekritické. Přes všechny úspěchy mají nápadnější tendenci vyhýbat se problémům. Převažují u nich defenzivní, únikové obranné tendence. Bývají rigidní, často jim chybí smysl pro humor. Nestojí o nové podněty a vzrušení. Nedostatek pocitu jistoty posiluje potřebu sebekontroly a sebeovládání. Mívají tendenci k sebeomezování, někdy až k autoagresi, mají větší sklon reagovat pocity viny.
- Anorektické dívky bývají spíše **introvertované**, ve vztahu k lidem jsou často nejisté, rezervované, uzavřené a nedůvěřivé. V dětství mívají málo kamarádek. Negativní sebehodnocení a nízká sebeúcta nejsou dobrým předpokladem pro udržení přátel. V rámci své nejistoty mívají obavy z negativního hodnocení. Jakoukoli běžnou kritiku považují za projev nepřátelství. Nejsou koketní, nemívají zájem o chlapce a obyčejně ani s nikým nechodí.
- Bývají **senzitivnější**, dovedou hluboce citově prožívat. Zvýšená sebekontrola se projevuje i ve vztahu k emocím, které mají snahu potlačovat. Nedovedou např. projevit zlost, ale ani prožít skutečnou radost. Častěji mívají dysforickou náladu, trpí zvýšenou úzkostností (která je zřejmá již premorbidně z jejich vztahu k povinnostem a z nejistoty, pro niž si potřebují neustále potvrzovat svou hodnotu). Bývají častěji **depresivní**. Dokonce se uvažuje o tom, že by mentální anorexie mohla být somatizující variantou této afektivní poruchy (Smolík, 1996).

### Teorie vzniku mentální anorexie

Pro vznik mentální anorexie je rizikovým obdobím dospívání, které přináší biologické změny i zátěž spojenou s emancipací od rodiny, s rozvojem vlastní identity a s přijetím ženské role včetně sexuality. Pro tyto dívky je dospívání příliš náročné a málo přitažlivé, nedovedou se s ním vyrovnat. Mentální anorexie je projevem zaujetí silně asketického postoje. Již Anna Freudová (1946) upozorňovala na skutečnost, že **asketismus** bývá častým obranným mechanismem dospívajících, protože jim umožňuje potlačovat nežádoucí pudové tendence a udržovat tak osobnostní rovnováhu. Disponované dívky mají sklon ke zvýšené sebekontrole a sebeovládání již od dětství.

- **Psychoanalyticky zaměřené teorie zdůrazňují tendenci vyhýbat se sexualitě a strach z ženské role.** Dívky s anorexií nepovažují ženskou roli za žádoucí, vyvolává v nich strach a odpor, a proto se jí snaží vyhnout. Mentální anorexie funguje jako jakási varianta *adolescentního moratoria.* Nápadné vyhubnutí vede ke ztrátě sekundárních pohlavních znaků, postava nevypadá jako ženská, mizí menstruace. Určitý vliv mívají v těchto případech matky, které jsou se svým ženským údělem nespokojeny, a proto nefungují jako přijatelný model. Často zde chybí zkušenost s odpovídajícím chováním otce, který by měl představovat vzor komplementární role a napomáhat tak rozvoji ženské role své dcery.
- Další teorie považuje za důležitý vztah mezi matkou a dítětem. V tomto případě jde o citovou nenasycenost dcery, která je příčinou **neschopnosti dospívající dívky odpoutat se z vazby na matku** (resp. na rodiče vůbec). Pro tuto teorii by svědčila nejistota anorektických dívek a jejich neustálá tendence potvrzovat si svou hodnotu konformitou a plněním všech požadavků. Jde o konflikt mezi potřebou nezávislosti a strachem ze ztráty opory.
- **Teorie zdůrazňující význam dysfunkčních rodinných vztahů,** obdobně jako tomu bývá u psychosomatických poruch, nahlíží v rodinách anorektiček rigidní vztahy, potřebu defenzivní obranné strategie popíráním problémů a potlačováním emocí. Rodina si potřebuje udržet rovnováhu a navenek se prezentovat jako bezproblémová, proto zasahuje do života všech svých členů. Často jde o rodiny silně zaměřené na výkon a úspěch, který vyžadují i od dětí. Za těchto okolností je problém osamostatnit se, protože rodina na jakýkoli pokus reaguje úzkostí a chováním zaměřeným na uchování stávajícího stavu. Dítě pomáhá rodině udržovat rovnováhu, kterou nedovede získat a uchovat jinak. Mentální anorexii by v některých případech bylo možné interpretovat i jako projev vzpoury izolované na oblast potravy.
- Podle teorií učení je **mentální anorexie považována za nepřiměřenou reakci na sociokulturně prezentovaný ideál štíhlosti**. Štíhlost je cílem, na nějž se anorektik váže a který mu má přinést pozitivní sociální hodnocení. Bývá spojena s fobií ze selhání, v tomto případě z obezity.

## 16.2.2 Mentální bulimie

Porucha je typická **neodolatelnou touhou po jídle**, která má za následek opakované **záchvaty přejídání**. Ty bývají doprovázeny nutkavou tendencí zbavit se požité potravy násilným, nefyziologickým způsobem, např. vyvoláním zvracení nebo užitím projímadel a dalšími prostředky.





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. Obyčejně 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 potravy zbavit** jakýmkoli způsobem a co nejrychleji. Strach ze ztloustnutí v důsledku nadměrného množství zkonzumovaného jídla vede k provokaci zvracení, použití projímadel a následnému hladovění.

### Příčiny a průběh

Bulimie se vyskytuje převážně u **starších adolescentních dívek a mladých žen**, u mužů je vzácná. (Poměr výskytu této poruchy u obou pohlaví je 1:10.) Přesný počet nemocných není znám, protože většina z nich svoje potíže tají. Bulimie bývá často vyvolána nějakou psychosociální zátěží, někdy jí předchází epizoda mentální anorexie. Pro rizikové jedince bývají typické problémy s váhou již v premorbidní fázi. V jejich rodinách jsou potíže s obezitou častější, vzácností nejsou ani jiné problémy, např. abuzus alkoholu.

Průběh rozvoje potíží bývá **plynulý**, nemocní se postupně dostávají do stadia, kdy choroba začíná silně narušovat jejich život a vede k různým somatickým poruchám (obyčejně méně závažným než v případě mentální anorexie). Záchvaty jídla nemívají z logických důvodů dlouhé trvání, jejich frekvence je různá. Množství potravy, které nemocný v záchvatu sní, může být až neuvěřitelně velké. Z tohoto důvodu bývá bulimie finančně náročná. Nemocní se již předem dostatečně zásobí, mnozí nosí jídlo i s sebou, aby si vyhověli, kdyby je záchvat přepadl mimo domov.

Již se nedovedou normálně najíst. Buď hladoví, nebo se přecpou. Obyčejně jedí tajně a stejně tak se zbavují potravy, protože se za své chování stydí. Zvracení či projímadlo jim přinese dočasnou úlevu především v tom, že se zbaví snědeného jídla, a tím aktuálně sníží strach z obezity, alespoň do určité míry.

### Typické rysy osobnosti dívek trpících mentální bulimií

Mnohé osobnostní rysy postižených jsou společné s typem osobnosti anorektických nemocných. Jde především o nízké sebehodnocení, nejistotu, závislost na názoru jiných lidí, která se projevuje sklonem ke konformnosti a v úsilí dosáhnout sociokulturně žádoucí normy. Pro bulimické nemocné bývá typická **impulzivita a neschopnost sebeovládání**. I tyto dívky kladou důraz na sebekontrolu, ale na rozdíl od anorektických dívek se tak chovat nedovedou.

To v nich vyvolává pocity viny, studu a vzteku na sebe sama. Mají sklon se obviňovat, bývají zvýšeně sebekritické. Uvědomují si, že jejich chování není normální, a trápí se svou neschopností ovládat nutkání k excesivnímu přejídání. Vadí jim, že nemají dostatečně silnou vůli. Často se cítí vlastním jednáním zhnusené a zároveň bezmocné, bojí se, že se všechno bude znovu opakovat. Pocit selhání bývá spojen s depresí a s úzkostí. Zabývají se neustále jídlem, takže nemají na nic jiného čas. Jejich aktivity a kontakty s lidmi bývají omezené. Svou společenskou neúspěšnost vysvětlují jako důsledek vlastní toušťky, což je utvrzuje v pocitu nutnosti zhubnout (Davison a Neale, 1986; Kocourková, 1995; Faltus, 1996; Smolík, 1996).

### Teorie vzniku bulimie

- Podle psychoanalyticky orientované teorie jde **o transformaci touhy něco pohltit**, zvracení je vysvětlováno jako projev symbolického odvržení někoho či něčeho, např. špatné vlastnosti, nežádoucí bytosti apod. (Smolík, 1996).
- Bulimii lze chápat i jako **důsledek nízkého sebehodnocení**, narušeného vztahu k sobě samému, k vlastnímu tělu. Ke vzniku této poruchy mohou přispívat mediálně prezentované ideály zdůrazňující štíhlost jako předpoklad sociálního úspěchu. Zafixovaná potřeba štíhlosti je v tomto případě v konfliktu se subjektivně pociťovanou potřebou potravy, která s potlačováním roste (a projevuje se záchvaty „žravosti"). Jídlo ztratilo normální funkci a může se jevit jako zdroj ohrožení (v tomto případě ohrožení osobně významné hodnoty – vlastní štíhlosti). Je zřejmé, že různé typy poruch potravy mohou být vyvolány podobnými mechanismy.

## 16.2.3 Sociální postoje k poruchám potravy

Veškeré aktivity, které jsou spojeny s hubnutím, jsou někdy laiky považovány za důsledek vlivu médií a módního trendu vůbec. Lidé je nepovažují za chorobu, ale spíše za hloupost dotyčné osoby, která se v tomto směru chová nepřiměřeně. Okolí nemocného má sklon **bagatelizovat potíže s příjmem potravy**, protože je taková porucha obtížně pochopitelná. Zpočátku se domnívá, že jde o přehnanou snahu zhubnout, kterou lze ovlivnit domluvou a rozumným argumentováním. Když příbuzní nemocné zjistí, že takové prostředky nemají žádný efekt, začnou být nejistí, začnou se obviňovat a hledat příčiny tak podivného chování. Cítí se bezmocní a jejich úzkost vede k rozhodnutím, jejichž důsledky mohou ještě více zhoršovat rodinné klima či jiné mezilidské vztahy (násilné krmení, zavrhování nemocné apod.).

Vztah ostatních lidí k postiženému člověku bývá **ambivalentní**, snaží se mu pomoci, ale zároveň na něho mají zlost, že dělá takové nesmysly a sám si škodí. Některé projevy jednání nemocných mohou vzbuzovat odpor (např. zvracení, hromadění a schovávání potravy). Lhaní spojené se zakrýváním potíží bývá hodnoceno jako osobnostní úpadek. Všechny tyto projevy nenarušují jenom rodinné vazby, ale i symetrii vztahů mezi dosavadními přáteli. Člověk





trpící touto poruchou se chová „divně" a nepochopitelně, nedá si říci, a proto bývá opouštěn. Zvyšuje se riziko, že se dostane do izolace.

G. Leibold (1995) shrnuje rady pro příbuzné a přátele lidí, kteří trpí poruchou potravy, zejména mentální anorexií:

1. Je třeba si uvědomit, že porucha příjmu potravy není zlozvyk. Protože jde o psychickou poruchu, apelování na zdravý rozum a vůli takto postiženého člověka nepomáhá. Jediným efektem takového úsilí jsou konflikty, které dále zhoršují vzájemné vztahy.
2. Nemocní jsou psychicky i somaticky ohroženi, a proto potřebují péči lékaře. (Medicínská péče bývá spojena s různými formami psychoterapie včetně terapie rodinné.) Lékařskou péči je třeba zařídit i proti vůli postiženého jedince, protože mentální anorexie může v krajním případě ohrožovat život nemocného (5 % postižených dívek umírá).

## Shrnutí

Poruchy příjmu potravy bývají spojeny s poruchou postoje k vlastnímu tělu. Příčiny této poruchy mohou být různé. Mentální anorexie je typická patologickým strachem ze ztloustnutí, spojeným s odmítáním jídla. Mentální bulimii charakterizuje neodolatelná touha po jídle, která má za následek opakované záchvaty přejídání. Ty bývají doprovázeny nutkavou tendencí zbavit se požitého jídla násilným způsobem. Poruchy příjmu potravy postihují především dívky.

### Kontrolní otázky

- Zkuste si představit všechny možné vlivy, které se mohou spolupodílet na rozvoji tělového schématu.
- Poruchy příjmu potravy bývají obvykle spojeny se změnou postoje. Uveďte, jakého postoje se tato změna týká.
- Čím lze charakterizovat mentální anorexii, jaká jsou její základní diagnostická kritéria?
- Zkuste vymezit všechny sociálně nežádoucí projevy anorektiček, které mohou vést k jejich sociální izolaci.
- Jak lze charakterizovat mentální bulimii?
- Zkuste vymezit hlavní potíže, které vzniknou v rodině dívek postižených bulimií.

# 17 Sebevražedné jednání

Sebevražedné jednání se v lidské společnosti vyskytovalo vždy, dokonce i tehdy, když bylo společensky odmítáno a sankcionováno. Různé statistické přehledy vedou k představě, že počet sebevražd roste s rozvojem civilizace, avšak takové chování je běžné i u příslušníků národů s nízkou civilizační úrovní. Mnohé kultury považují tento způsob smrti za zcela normální, a proto sociálně přijatelný, u jiných je tomu naopak. **Bez ohledu na společenské normy jsou lidé schopni, v případě, že mají subjektivně dostatečně silný motiv, potlačit pud sebezáchovy a zničit vlastní život,** který přestal být hodnotou. Ukončení vlastní biologické existence může být chápáno jako únik od něčeho nežádoucího (např. života bez milovaného partnera), nebo naopak jako získání něčeho žádoucího (např. potrestání jiného člověka). Motivy k sebevražednému jednání jsou velmi rozmanité.

Sebevražedné jednání lze definovat jako **násilné jednání charakteristické úmyslem dobrovolně zničit vlastní život**. Může být **dokonané**, ale často jde nakonec o pouhý **pokus**. V definici je kladen důraz na vlastní rozhodnutí takto konat. Rozum i emoce sebevraha sice mohou aktuálně reagovat nestandardním způsobem, ale nemusí být patologicky změněny. Pokud by tomu tak bylo, nelze většinou mluvit o sebevraždě, ale o sebezabití. **Sebezabití je zničení vlastního života, kterému chyběl vědomý úmysl zemřít.** Člověk, který takto jednal, nebyl schopen přiměřeně zhodnotit možné důsledky svého chování, event. jednal v afektu a ani se nepokoušel zabít se. V některých případech toto jednání vyplývá z patologických psychických projevů (např. bludů a halucinací při psychózách, z porušeného vědomí při intoxikacích apod.).

- J. Viewegh (1996) uvádí příklad psychotického pacienta, který má halucinace, a když před svými domnělými pronásledovali prchá, zabije se skokem z okna. Tento člověk neměl v úmyslu se zabít, naopak usiloval o záchranu.
  Jiným příkladem, kde už není tak jasné, zda jde o sebevraždu, nebo o sebezabití, může být chování nemocného trpícího těžkou depresí. Tento pacient považuje smrt za vysvobození z nesnesitelného utrpení, proto o ni usiluje, často opakovaně. Duševní nemoci jsou příčinou přibližně jedné třetiny dokonaných sebevražd. (V této kategorii je poměr mužů a žen vyrovnán, rovněž věkový faktor zde nehraje významnější roli.)

Jednou z variant je sebezabití, které bylo **vynuceno násilím**. Člověk jedná proti své vůli, nechce zemřít. Lze se s ním setkat v případě partnerských nebo hromadných sebevražd (např. různé náboženské sekty donutí k sebezabití i členy, kteří se nakonec rozhodli žít, případně je nakonec sami usmrtí). Podobné příklady nalezneme i v historii: v antickém Řecku byl takový způsob oficiální formou trestu smrti, např. Sokrates byl donucen vypít číši bolehlavu.





Podobně v nacistickém Německu byl k sebevraždě donucen maršál Rommel (Voráček, 1967).

Sebeobětování rovněž nelze považovat za sebevraždu. **Sebeobětování je jednání, které vyplývá z dobrovolného a svobodného rozhodnutí obětovat život v zájmu hodnoty, která má aktuálně větší cenu než vlastní život.** Člověk se obětuje, aby potvrdil význam této hodnoty, aby na ni upoutal pozornost, změnil společenské postoje apod. V tomto případě není primární úmysl zemřít, ale dosáhnout něčeho jiného.

- Sebeobětování Jana Palacha a dalších občanů v roce 1969 zdůrazňovalo hodnotu svobody a odmítnutí okupace. Příkladem sebeobětování jsou i palestinští sebevrazi, živé bomby, páchající svou smrtí teroristický čin, v době druhé světové války jimi byli japonští letci kamikadze, kteří se stali v zájmu vlasti živými torpédy apod.

J. Viewegh (1996, s. 21) upozorňuje na podobnost sebevraždy a sebeobětování: *„Sebevražda a sebeoběť jako extrémní formy specificky lidského jednání, vyrůstají ze společného základu: vyjadřují – byť tragickým způsobem – člověkovu schopnost a možnost dokumentovat vědomým sebezničením určitý hodnotový postoj."*

## 17.1 Sebevražda z historického hlediska

Společenské postoje k sebevražednému jednání se v průběhu historie měnily, byly závislé na převažujícím, obecném názoru na život.

Antická společnost nepovažovala sebevraždu za mravně zavrženíhodný čin, i když zpočátku ještě vymezovala okolnosti, za nichž bylo přijatelné, aby se člověk zabil. Avšak ani zde nebyly názory zcela jednotné. Aristoteles považoval sebevrahy za zbabělce, kteří *„změkčilostí se vyhýbají protivenství"* (Aristoteles, 1937, s. 62; Viewegh, 1996, s. 16). Sebevražda pro něj znamenala překročení zákona, a proto se mu zdálo přirozené, že na sebevrahovi ulpívá určitá pohana. Stoická škola ovšem už otevřeně vyhlašovala právo člověka ukončit svůj život, přináší-li mu jakékoliv utrpení. Kvalita života byla považována za důležitější než jeho kvantita, tj. délka. Z historie je známa např. sebevražda Demosthena v Řecku a stoického filozofa Seneky v Římě.

- L. A. Seneca hodnotí sebevraždu pozitivně: „Měl bych snad čekati na krutou nemoc nebo krutého člověka, mám-li možnost vdechnouti jed? Toť jediný bod, v němž si nemusíme stěžovat na život. Nikoho pevně nedrží." (Viewegh, 1996, s. 17)

Ve starověku nebyla sebevražednost vysoká jen v Řecku a v Římě, ale i v jiných kulturách. V Egyptě šlo o běžný, někdy i veřejně propagovaný způsob smrti. Sebevraždu hadím uštknutím spáchala např. egyptská královna Kleopatra.

Totéž platilo ve východních říších, v Indii a v Číně. V Japonsku byla sebevražda tradičně považována za čin hodný obdivu a následování, ve středověku zde vznikl tradiční sebevražedný rituál harakiri (Voráček, 1967).

Ve středověké Evropě se názor na sebevraždu radikálně změnil. Předpokládá se, že tato změna souvisela s postupujícím vlivem křesťanství. (Bible jako základ křesťanského učení však nezaujímá k sebevraždě zcela jednoznačné hodnotící stanovisko. Nepřímo ji odmítá ve starozákonním příběhu o Jobovi nabádáním k trpělivému snášení utrpení, které život přináší.)

Tento předpoklad potvrzuje názor svatého Augustina ze 4. století, který hodnotí suicidium jako zločin. Stejný postoj zaujal i církevní koncil v Arles v roce 542, jenž odsoudil sebevraždu jako smrtelný hřích.

Sebevrah byl vystaven mnoha sankcím, církevním i světským. Byl exkomunikován z církve a jeho majetek byl konfiskován. Tento postoj přetrvával velmi dlouho. Sebevraždu považoval za těžký hřích i Tomáš Akvinský (13. stol.), protože pouze Bůh má právo rozhodnout o našem životě a smrti. Člověk tuto svobodu a právo o sobě rozhodovat nemá. *„Z křesťanského hlediska není sebevražda pouhým útěkem ze života, nýbrž vzpourou proti Bohu."* (Viewegh, 1996, s. 17)

Křesťanství proti sebevražednému jednání nepůsobilo jenom prostřednictvím sankcí, ale i nepřímo, tím, že lidem poskytovalo smysl života, zmírňovalo jejich těžkosti tím, že vytvářelo víru v rovnost alespoň před Bohem, když už ne na tomto světě. Posilovalo naději do budoucnosti a odolnost pro přítomnost. (Voráček, 1967; Davison a Neale, 1986)

Společenské názory a postoje k sebevraždě se zásadnějším způsobem změnily až v 18. století, příkladem mohou být francouzští osvícenci A. Voltaire a J. J. Rousseau. Ti byli přesvědčeni, i když s určitými výhradami, že člověk má právo rozhodovat o svém životě. Novověk je v tomto směru typický spíše nejednoznačností postojů k sebevraždě. Sankcionování takového chování ve formě právních předpisů se však udrželo poměrně velmi dlouho. Zákony proti sebevrahům byly platné ještě po celé 19. století. Například v Rakousku byla sebevražda trestná až do roku 1850, v Anglii tomu tak bylo dokonce až do roku 1961. (Voráček, 1967; Hillman, 1997)

## 17.2 Teorie sebevražedného jednání

Sebevražedné jednání bývá obvykle posuzováno z několika hledisek: medicínského, sociologického a psychologického.

### 17.2.1 Medicínský přístup

Medicínský, resp. psychiatrický přístup je zaměřen především na **hledání patologických příčin** sebevražedného jednání (Mościcki, 1995). Duševní nemoci a poruchy jsou příčinou jen části dokonaných sebevražd, avšak obecně zvyšují riziko sebevražedného jednání. Mezi možné příčiny patří:

#### Duševní onemocnění

Nemocní v depresivní epizodě mívají opakované myšlenky na smrt, opakované suicidální představy a často se o sebevraždu pokusí (Smolík, 1996). Zvýšené riziko sebevražedného jednání existuje i u schizofreniků. P. Pavlovský (1996) uvádí, že se v prvním roce onemocnění pokusilo o sebevraždu přibližně 10 % pacientů. Riziko sebevraždy u nich posilovaly např. deprese, pocit selhání, opuštěnosti, beznaděje, zavržení rodinou, užívání drog či alkoholu apod.

#### Důsledky abúzu omamné látky

Alkohol je ve vztahu k sebevraždě považován za významný rizikový faktor. Je však třeba připomenout, že u alkoholiků se sumují různé zátěže: mívají partnerské problémy, finanční potíže, bývají nezaměstnaní aj. Někdy jde o lidi s poruchou osobnosti (Heikkinen a kol., 1994; Stack a Wasserman, 1995; Agarwal





a Gaskell, 1996 a další). Je však třeba uvážit, že není vždycky jednoznačně zřejmé, který z faktorů byl primární – alkohol může být jak příčinou, tak následkem různých potíží.

#### Porucha osobnostního vývoje

Nevyrovnaný osobnostní vývoj zvyšuje tendenci k různému abnormálnímu chování, obvykle v souvislosti s celkově neuspokojivým způsobem života.

**Existence dědičné zátěže ve smyslu sklonu k sebevraždě, nesouvisející s duševní poruchou či nemocí, nebyla potvrzena.**

Sebevražedné jednání může mít i mnoho jiných příčin. Do určité míry může takové selhání pudu sebezáchovy souviset s těžkým somatickým onemocněním nebo trvalou invalidizací, které ohrožují nebo znehodnocují život člověka. To platí zejména u starších nemocných lidí (Heikkinen a Lonngvist, 1995; Johansson a kol., 1997). Zvýšená četnost sebevražd byla zaznamenána i u lidí trpících AIDS. Toto onemocnění se však od jiných chorob s letální prognózou liší vysokou mírou sociální stigmatizace, která může přispět k rozhodnutí spáchat sebevraždu (Range a Alliston, 1995). Avšak i tuto zátěž je vhodnější posuzovat jen jako jednu z mnoha dalších, které mohou působit podobně.

### 17.2.2 Sociologický přístup

**Sociologický přístup je zaměřen na vymezení sociálních faktorů, které mohou zvyšovat riziko sebevražedného jednání.**

Před více než sto lety, v roce 1897, byla vydána práce E. Durkheima, která posuzuje sebevražedné jednání ze sociologického hlediska (ze vztahu člověka a společnosti, z jeho vazeb a pozice, jakou v určité sociální skupině má). E. Durkheim ovšem takové vysvětlení generalizoval, považoval sebevraždu za důsledek nepříznivého působení společenských vlivů. O vnitřních, individuálněpsychologických faktorech vůbec neuvažoval. Pro zajímavost lze uvést jeho členění jednotlivých typů sebevraždy (Davison a Neale; 1986):

- **Egoistická sebevražda** má příčinu v nedostatku sociálních vazeb, těmto lidem chybí sociální podpora a cítí se odcizeni.
- **Altruistická sebevražda** je reakcí na sociální požadavky, které jedinec nemůže splnit. Je v zásadě výrazem sociální konformity, akceptace společenských hodnot. Člověk v této oblasti selhal, a proto se zabije. (Příkladem může být japonské harakiri.)
- **Anomická sebevražda** je reakcí na náhlou změnu mezilidského vztahu nebo společenské pozice, která narušila sociální rovnováhu člověka.

Obdobné sociologizující tendence se objevují i v Masarykově práci o sebevraždě. T. G. Masaryk (1930) považuje za základní příčinu sebevražedného chování civilizační, tj. společenské, vlivy, které vedou k rozpadu tradiční morálky a víry v Boha.

Dnes se pozornost soustřeďuje na následující sociální (resp. sociálněpsychologické) faktory:

## Neuspokojivé vztahy

**Osamělost, nedostatek spolehlivého vztahu a sociální podpory** významně zvyšují riziko sebevraždy. Ohroženi jsou lidé, kteří ztratili partnera rozvodem nebo jakýmkoli jiným způsobem, ale i lidé, jejichž rodinné vztahy jsou konfliktní a problematické (Viinamaki a kol., 1995; Hjelmelnad a Bjerke, 1996; Johansson a kol., 1997; Johansson a J. Sundquist, 1997 a další). V hodnocení uvedených situací existují rozdíly mezi lidmi opačného pohlaví, ženy si na osamělost více stěžují, ale muži jí více podléhají. Je však třeba si uvědomit, že ani v těchto případech není vždycky zcela jasné, co bylo primární: konkrétní člověk může být do té míry problematickou osobností, že si není schopen udržet přijatelné vztahy s blízkými lidmi, tzn. sebevražda je projevem jeho osobnostní odchylky, anebo je tomu opačně, člověk podlehl tlaku nepříznivých okolností. Obě varianty jsou samozřejmě možné.

**Rodina** může posilovat dispozice k sebevražednému jednání, pokud neuspokojuje základní potřebu jistoty a bezpečí, jestliže nefunguje jako spolehlivé zázemí, jako zdroj základních hodnot. To platí již od dětství. E. K. Mościcki (1995) uvádí, že pozdější riziko sebevraždy zvyšuje působení dysfunkční rodiny v dětství, násilí v rodině a nepřítomnost otce. Totéž potvrzuje i studie S. Daviese-Netzleye a jeho spolupracovníků (1996), traumatická zkušenost se zneužitím v dětství se ukázala být rizikovým faktorem i pro dobu dospělosti. Pokud dítě vidělo, že někdo z rodiny řešil svoje problémy suicidiem, může to negativně působit jako model chování (Gould a kol., 1996).

## Ztráta vazeb, sociální otřesy

Rizikovým faktorem, který posiluje sklon k sebevražednému jednání, se ukázala být **migrace**, to znamená ztráta dřívějších sociálních vazeb k určitému prostředí (Lester, 1995). G. Lyster a H. Youssef (1995) upozorňují ve své studii na skutečnost, že v Irsku se častěji pokusili o sebevraždu lidé, kteří byli hůře integrováni do sociálních vazeb ve své obci, žili zde častěji osamoceně a bez kontaktů. Riziko sebevraždy zvyšuje rovněž **emigrace**, jež představuje radikální vytržení z většiny sociálních vazeb. Podle švédských výzkumů mezi lidmi, kteří se pokusili o sebevraždu, bylo 20 % emigrantů. Za nejzávažnější zátěžové faktory považují autoři této studie sociální izolaci emigranta, nedostatek běžných sociálních vazeb, nedostatek zázemí, které by mohlo poskytnout přijatelnou podporu, a nakonec i aktuální příslušnost k nízké sociální vrstvě, k níž ve své původní vlasti mnohdy nepatřili (Noli Ferrada a kol., 1995).

Různé sociální zátěže mohou fungovat jako faktory zvyšující riziko sebevraždy. Může jít např. o ztrátu zaměstnání, společenského postavení, převrat, válku apod. Avšak jejich působení je tak závažné jedině tehdy, jestliže jsou subjektivně důležité. Tzn. pokud představují ztrátu nebo ohrožení nějaké osobně významné hodnoty, která není kompenzována něčím jiným a člověk se s ní není





schopen vyrovnat (např. ztráta společenského postavení u osamělého člověka, který veškerou svou energii věnoval budování kariéry).

Pro pochopení závažnosti společenských vlivů na frekvenci suicidálních projevů uvádí F. Voráček (1967) vliv války. Při hodnocení vlivu 1. a 2. světové války se ukázalo, že se sebevražednost zvýšila těsně před jejím vypuknutím, ale nikoliv u vojáků, kteří již byli odvedeni na frontu. Zdá se, že uprostřed válečné situace ustupuje do pozadí všechno, co by za normálních okolností představovalo nějaký osobní problém. Dominuje pouhý pud uchování života. *„Tam, kde je třeba soustředit všechny síly na udržení ohroženého života, nezbývá prostor pro pochybnosti o jeho smyslu."* (Voráček, 1967)

Obraz 2. světové války doplňují zprávy o sebevražednosti v nacistických koncentračních táborech. Všechny hovoří o neobyčejně nízkých počtech sebevrahů. Holandský psychiatr Elias Cohen (1953, citováno in Voráček, 1967) se snaží tuto zdánlivě nelogickou skutečnost vysvětlit: Smrt byla tak běžnou zkušeností, že z ní člověk přestal mít strach, přestala být tabuizována. Byla tak jako tak na dosah a nebylo třeba o ni usilovat. Vedle potlačení strachu ze smrti přikládá Cohen značný význam pudu sebezáchovy, který byl u vězňů velmi silný. Pud zachování života byl posilován vědomím jeho smyslu tak, jak o něm mluví V. Frankl (1994), a schopností žít intenzivním vnitřním životem. Pozitivně zde působila víra ve vítězství, dávala vězňům vnitřní sílu i pocit duchovní převahy (i když tělesnou sílu samozřejmě nikoliv). Frankl (1994) píše o adaptaci na život v koncentračním táboře. O riziku sebevraždy se zmiňuje především v první fázi, při příchodu do tábora. Je to období obrovské ztráty téměř všeho, co člověk měl (včetně vlastní identity). Takový šok a pocit beznaděje, který ze situace vyplýval, leckdy vedl ke snaze skončit svůj, za těchto okolností nesmyslný, život. Sebevražedné jednání nemuselo být spojené se zvláštní aktivitou, stačilo se poddat situaci a rezignovat.

Důsledky společenských vlivů jsou vždycky závažné jen natolik, nakolik jsou významné individuálně.

## Ekonomické faktory

Hospodářské krize a nezaměstnanost vždy zvyšovaly četnost sebevražd. Negativně může v této souvislosti působit ztráta životní perspektivy, nedostatek optimismu a víry v budoucnost, selhání celoživotních plánů a představ, dosavadního smyslu života. Za těchto okolností jde o komplexnější deprivaci v oblasti potřeby jistoty a bezpečí, potřeby seberealizace a potřeby pozitivní budoucnosti, tj. naděje. Sebevrah naději nevidí nebo je pro něho málo reálná. Obyčejně jde o kombinaci různých zátěžových faktorů.

Například vzestup sebevražednosti v letech 1929–1933 nebylo možné přisuzovat pouze vlivům hospodářské krize. V řadě zemí docházelo i k problémům politickým, národnostním a dalším. Politické krize 20. století působily neblaze na psychiku lidí. Zvyšovaly tendenci k sebevražednému jednání tím, že prudce měnily ustálené politické a sociální poměry, a tím i hodnoty a normy, které v dané době platily. Zbavovaly tak člověka jistoty a někdy i naděje do budoucnosti. Pravděpodobně právě z tohoto důvodu stoupal počet sebevražd na přelomu 60. a 70. let, kdy šlo spíš o krizi existenciální než ekonomickou. V České republice počet sebevražd na 100 000 obyvatel (tzv. index sebevražd) v roce 1970 činil 28,8, v roce 1980 poklesl na 22,2, v roce 1990 se počet sebevražd dále snížil na 19,3 a stejný trend byl zachován do současnosti (v roce 1996 je tento index 15,2). (LN, 11. 6. 1997)

**Nezaměstnanost**, ztráta profesního statusu a ekonomické potíže zvyšují riziko sebevraždy. To platí ve větší míře pro muže než pro ženy (Smith, 1995;

Charlton, 1995; Hjelmeland a Bjerke, 1996; Dooley a kol., 1996; Kellehe a kol., 1996; Johansson a Sundquist, 1997 a další). Opět je vhodné uvažovat o možné obousměrnosti této závislosti: primární mohou být potíže, které nakonec vedly k výpovědi ze zaměstnání, stejně tak jako může být primárním zátěžovým faktorem ztráta této významné role a z ní vyplývající psychické, sociální i ekonomické potíže.

Je skutečností, že sebevraždy se vyskytovaly vždycky, v každé společnosti, v průběhu celého historického vývoje. *„Sebevražda je ustáleným sociologickým fenoménem, nezávislým faktorem s nepodstatnými rozdíly v rozložení na jednotlivá léta, skupiny a oblasti."* (Hillman, 1997) Je tomu tak proto, že problémy mají subjektivní hodnotu a potíže se budou vyskytovat vždycky. Určitým důkazem tohoto předpokladu je fakt, že se sebevražedné chování objevuje na všech socioekonomických úrovních, přestože lze předpokládat, že bude mít v závislosti na těchto faktorech různé motivy (Davison a Neale, 1986).

### 17.2.3 Psychologický přístup

**Psychologické teorie hledají vysvětlení sebevražedných tendencí pomocí psychických faktorů.** Subjektivně významná zátěž, která může představovat ztrátu nějaké osobně důležité hodnoty nebo její ohrožení, vede – obyčejně dočasně – k pocitu ztráty smyslu života. V některých případech může vést k takovému oslabení pudu sebezáchovy, které vyústí až v sebevražedné jednání. Pokud suicidálním chováním reaguje člověk, který byl předtím duševně zdravý, lze mluvit o závažné **posttraumatické stresové poruše**. Jestliže je stresor dostatečně silný, může taková porucha vzniknout i u dosud vyrovnaného a odolného jedince.

Přestože nelze většinu sebevražd hodnotit jako projev duševní poruchy, dochází v souvislosti s autodestruktivním jednáním pravděpodobně často k akutním výkyvům psychických reakcí mimo oblast normy. Musí tomu tak být, má-li člověk potlačit pud sebezáchovy a zničit vlastní život (Viewegh, 1996).

Psychologické pojetí sebevraždy bylo ovlivněno Freudovou teorií o působení **pudu smrti** na lidské jednání. Pud smrti, *Thanatos*, stojí proti pudu života. Za určitých okolností může převládnout a vést k sebevražedným tendencím. S. Freud se však nedomnívá, že by šlo o projev primárního úmyslu zabít se, ale o přenos agrese. Takový člověk chtěl původně zabít někoho jiného, ale ztotožněním s původním objektem agrese se jím stal sám. Freudův výklad sebevražedného chování je zjednodušený a poněkud zvláštní tím, že neuvažuje o možnosti primárního přání zničit sebe sama. To, co je ve Freudově výkladu považováno za obecně platné, může nastat jako jedna z mnoha variant (a možná ani ne příliš častá).

Tuto teorii rozvedl newyorský psychiatr Karl Manninger. Připouští, že existuje více motivů k sebevraždě, odvozených ze tří základních: přání zabíjet, přání být zabit a přání zemřít (Voráček, 1967; Viewegh, 1996).

Odlišný přístup k výkladu sebevražedného jednání má James Hillman (1997), který vychází z **hlubinné psychologie** C. G. Junga. Sebevražda pro něho v žádném případě není důsledkem pouhého pudového napětí, ale výsledkem osobnostního vývoje, tzv. individuace jedince. Potřeba rozvoje individuality a osobní růst vyžaduje odvahu ke změně, někdy i tak





radikální, jako je vlastní smrt. Podle jungiána Hillmana je *„sebevražda výrazem naléhavé potřeby změnit od základu svůj život"*. Je jednou z možností změny, protože každý si může vybrat takovou smrt, jakou chce. Intenzita zážitku smrti, v tomto případě sebevražedného pokusu, bude změnu stimulovat. Lze tomu rozumět i tak, že umožní přehodnotit postoj k vlastnímu životu, povede ke změně hierarchie hodnot a nalezení nového životního smyslu. Je to radikální uzavření jedné životní fáze a zároveň otevření možnosti dalšího rozvoje lidské duše. Hillman zdůrazňuje, že možnost spáchat sebevraždu je výrazem svobody individua, jeho nezávislosti na světě i na ostatních lidech. Je projevem potřeby jeho duše, jeho individuace. Protože existuje kolektivní strach ze smrti, je přijetí možnosti zemřít podle vlastních představ jakýmsi osvobozením. (Přestože C. G. Jung a jeho následovníci Freudovo pojetí odmítli, je v jejich učení Freudův vliv zřejmý. Potřeba zážitku smrti může být nakonec, i když v pozměněné formě, projevem onoho pudu smrti.)

Klinická psychologie 60. a 70. let se pokoušela nalézt typický **osobnostní profil** člověka se sklonem k sebevražednému jednání, aby mohla u těchto lidí preventivně zasáhnout. Hledání takových vlastností je ovšem problematické. Jednak je možné testovat pouze lidi, kteří svůj sebevražedný pokus přežili, a to nemusí být zcela reprezentativní, tj. nejvíce ohrožená, skupina. Kromě toho jsou posuzováni až po tomto činu, tedy v době, kdy se jejich pocity a postoje mohly pod vlivem prožité události změnit. Nakonec se samozřejmě ukázalo, že **žádný typický profil osobnosti sebevraha neexistuje**.

G. C. Davison a J. M. Neale (1986) shrnují, co lze z výsledků různých studií zobecnit o dispozicích k sebevražednému jednání:

1. **Kognitivní styl,** obvyklý způsob uvažování a řešení problémů, může hrát významnou roli, protože člověk o sebevraždě obyčejně nejprve uvažuje, hodnotí svou situaci, zkoumá možná řešení. Suicidální jedinci bývají při řešení problémů **rigidní**, málo flexibilní a hůře adaptabilní. Nejsou schopni hledat alternativní řešení čehokoliv, a jak se ukazuje, ani vlastního života. Sebevražda je z tohoto hlediska výsledkem rigidity uvažování. Je však třeba připomenout, že myšlení není nikdy zcela oproštěné od emočních vlivů, a tím spíše tomu tak nebude v zátěžových situacích. Rigidita úsudku může být posílena depresí a úzkostí.
2. **Emoční prožívání** lidí, kteří se pokusili o sebevraždu, bývá **charakteristické depresemi a zoufalstvím**. Mívají pocity viny, deprese, pocity nepřátelství okolí, cítí se sociálně izolováni (Viewegh, 1996). Ukázalo se však, že nejvýznamnější emocí není z hlediska rizika sebevražedného jednání deprese (pokud nejde o patologickou depresi), ale **pocit beznaděje** (Beck a kol., 1990). Obyčejně zahrnuje pesimistický pohled na svět včetně negativního sebehodnocení a nedostatečné sebeúcty. Alternativa sebevraždy se pro takového člověka stává součástí sebepojetí (Kral, 1994; Boehm a Campbell, 1995; A. Pinto a M. A. Whisman, 1996). (Lze ovšem najít případy sebevražedného jednání klidných a vyrovnaných jedinců; jejich sebevražda je výsledkem dlouhodobého bilancování.)

**Ztráta smyslu života** je základem výkladu sebevražedného jednání V. Frankla (1994). Sám Frankl se v životě dostal do velice těžké životní situace a dokázal se s ní vyrovnat pomocí hledání jejího smyslu pro svůj život, pro udržení jeho kontinuity a integrity. V. Frankl (1994, s. 66) pochybuje, zda *„může být hodnotová bilance života někdy tak negativní, aby se další život*

*jevil jako bezcenný*". Nedomnívá se, že by byl člověk schopen bilancovat svou situaci dostatečně objektivně. Sebevraždu nepovažuje za řešení žádného problému, ty lze řešit pouze tehdy, když zůstaneme naživu. Sebevražda je nepřijatelná i proto, že znemožňuje růst a zrání osobnosti pomocí vlastního utrpení. Život je chápán jako úkol, který má smysl podle toho, jaký obsah mu dokážeme dát. V. Frankl vybízí k aktivnímu hledání přijatelné alternativy, k odpovědnosti za vlastní život. Člověk má na problémy reagovat vyvozováním jejich smyslu. Hledání smyslu života musí být vždycky individuálně specifické, protože o něj usiluje určitý člověk v konkrétní životní situaci. Omezenost lidského života mu jeho smysl neubírá, ten není dán jeho délkou, ale jeho obsahem, tím, jak jej člověk naplnil a jak pochopil jeho smysl.

## 17.3 Motivace a varianty sebevražedného jednání

**Tendence k suicidální aktivitě se obyčejně po určitou dobu rozvíjí, nevzniká zcela náhle a nečekaně.** Tento proces mívá několik fází:

1. Člověk je pod vlivem určitých zátěží, uvažuje o jejich řešení a jednou z možností se mu začíná jevit sebevražda. Suicidální tendence existují zatím jen na **symbolické úrovni**, v rovině úvah a představ. Mnozí lidé v této fázi **o sebevraždě i mluví**.
2. Sebevražedná tendence nabývá konkrétnější podobu. Jedinec sebevraždu jako řešení svých problémů akceptuje a začíná uvažovat o způsobu, **jak ji uskutečnit**.
3. Třetí fází je **uskutečnění** tohoto úmyslu, reálné sebevražedné jednání.

Celý proces ovšem může proběhnout ve zkratce, člověk může jednat impulzivně a bez jakýchkoli předběžných úvah. Ani za těchto okolností však není jisté, zda o sebevraždě někdy předtím neuvažoval.

### 17.3.1 Motivace sebevražedného jednání

Bezprostřední motiv, který vede k sebevraždě, se může jevit nejasný, nesmyslný či malicherný. Obyčejně totiž sebevražedné jednání vyvolá poslední problém, který lze chápat spíše jako spouštěč. Různé zátěže, tj. motivy, se obyčejně **střádají** v průběhu celé osobní historie a ve svém souhrnu – na bázi osobních dispozic – ovlivňují riziko sebevražedného jednání.

Jindy je jedinec zasažen náhlým a subjektivně velice závažným traumatem, které není schopen zvládnout. Jeho situace se mu jeví neřešitelná, a proto reaguje sebevraždou. Mnohdy tomu tak bývá u lidí, kteří nikdy předtím žádné větší problémy neměli. Chybí jim tudíž zkušenost, jejich copingové, tj. **zvládací kompetence** jsou nízké. Nenaučili se vyrovnávat se zátěžemi, protože k tomu neměli ve svém životě dostatek příležitostí.

Z obecného hlediska může zvyšovat riziko sebevražedného jednání jakákoli subjektivně významná zátěž týkající se lidských potřeb. To, co tyto zátěže činí rizikovými, je jejich **osobní význam**, hodnota, jakou mají pro konkrétního člověka.





J. Viewegh (1996) upozorňuje na skutečnost, že pud sebezáchovy, stejně jako všechny ostatní pudy, je ovládán psychicky. Neuspokojení psychických potřeb může působit jako silný zátěžový faktor, který převládne nad sílou pudu. Typickým příkladem je sebevražda, která člověku umožní, aby si uchoval přijatelné sebehodnocení (např. někdo chce zemřít, aby si zachoval sebeúctu, aby nebyl uvězněn, degradován apod.). Když není sebevražedné jednání jen impulzivní a zkratkovou reakcí, ale je do určité míry promyšlené, vyjadřuje postoj k sobě samému, k vlastnímu životu, který z nějakého důvodu ztratil smysl. Hodnoty, jež s ním jsou spojeny, se staly nedostupné nebo ztratily význam.

J. Viewegh (1996) používá Ringelův termín **presuicidální symptom**, který vyjadřuje pocit zúžení a omezení dalšího života. Případně by bylo možné říci, že jde o **pocit omezení vlastních pozitivních životních možností**. S tím souvisí změna v oblasti sebehodnocení, ve vztahu k sobě samému jako jednajícímu subjektu i objektu vlastního jednání. Člověk se necítí být natolik kompetentní, aby se domníval, že svou situaci dokáže zvládnout jinak. Sebevražda může být pojímána jako ochrana vlastní identity před jejím dalším znehodnocením, ale i jako výraz nízkého sebehodnocení člověka, který má pocit, že už mu stejně nic jiného nezbývá.

Hodnocení bezprostřední motivace k sebevraždě, resp. typických duševních projevů, které s ní jsou spojeny, bývá obtížné. Psychický stav člověka před sebevraždou (jak se projeví např. v dopise na rozloučenou) ovlivňují ve značné míře emoce, a proto dochází k určitému zkreslení situace. Po nezdařeném sebevražedném pokusu, často pod vlivem somatických prožitků, které z něho vyplývají (tělesná bolest, doznívání účinku otravy léky apod.), se obyčejně mění postoj k vlastnímu jednání. Emoce mají podstatně menší intenzitu a jinou kvalitu. Lidé bývají spíše apatičtí, mohou se cítit zahanbeni apod. Teprve postupně je člověk schopen posoudit situaci racionálně.

Z hlediska závažnosti motivace a úmyslu skutečně zemřít, který se projeví i ve volbě prostředků, jak takového cíle dosáhnout, lze rozlišit dvě varianty:

1. **Sebevražda jako cíl.** Život je z nějakého důvodu nesnesitelný, člověk se této zátěže potřebuje zbavit. Může k tomu mít různé motivy: buď je to únik před něčím (např. před zdlouhavým umíráním, hanbou, vězením apod.), nebo úsilí něco získat (např. věčné spasení). Podstatné je, že člověk chce zemřít.
2. **Sebevražedné jednání jako prostředek.** Člověk zemřít nechce, ale používá demonstrované sebevraždy jako prostředku k manipulaci s jinými lidmi, k jejich potrestání, pomstě apod.

□ Problém komplexnosti a dynamiky vývoje motivace k sebevraždě mohou ilustrovat životní příběhy známých osobností. Jack London v životě prokázal dostatek odvahy řešit osobní problémy a dosáhl i značného úspěchu. Přesto u něj nakonec převážila motivace ke zničení vlastního života, která by se většině lidí jevila jako zcela nesmyslná (podle Viewegha, 1996).
London se narodil jako nemanželské dítě, dětství a mládí prožil v relativní bídě. Musel se brzy starat nejenom sám o sebe, ale i o rodiče. Nedostalo se mu žádného formálního vzdělání, byl samouk. Nadání, které se projevilo již v adolescentním

věku, zdědil pravděpodobně po svém biologickém otci. V sedmnácti letech dostal první cenu za svou povídku o tajfunu u japonského pobřeží. Toužil po uznání, jež by potvrzovalo jeho vlastní hodnotu. Zároveň měl velkou potřebu dobrodružství, rizika, které může svědčit pro totéž: pro potřebu neustálého potvrzování vlastních kompetencí.
Jeho mezilidské vztahy byly „zvláštní". První manželství se rozpadlo a ani volba druhé manželky nebyla dobrá. J. London sice za svou práci dostával vysoké honoráře, ale nedovedl hospodařit, dokázal promrhat obrovské peníze a ještě se zadlužit. Dům, který vystavěl, mu těsně před dokončením vyhořel. London tuto událost interpretoval paranoidně, domníval se, že dům někdo úmyslně zapálil z důvodu závisti a nenávisti. V této době se uchýlil k alkoholu a pil ještě víc než dřív. Bál se šílenství a cítil se vyčerpán. Nelze říci, že by byl osamělý. Je známé, že měl dobrý vztah se sestrou Elizou a se svým bývalým japonským služebníkem, který mu nahrazoval vztah k synovi. Nebyl opuštěn, nebyl somaticky nemocný, ale byl unavený a vyčerpaný. V roce 1916, ve svých 40 letech, spáchal sebevraždu, kterou lze hodnotit jako důsledek ztráty životního smyslu. Všeho dosáhl a nakonec mu to nepřineslo trvalejší uspokojení. Úspěch se nestal dostatečnou životní náplní, ale jen jakýmsi pokusem o potvrzení vlastní hodnoty.

V souhrnu lze říci, že motivy, které nakonec vedou k sebevraždě, mohou být velmi různé, individuálně i sociokulturně specifické.

### 17.3.2 Sebevražda bilanční, impulzivní a skupinová

V praxi lze rozlišovat tři základní alternativy sebevražedného jednání:

1. **Bilanční sebevraždy** jsou výsledkem dlouhodobého působení subjektivně závažných motivů, vyplývají z převážně rozumové úvahy. Člověk si skutečně přeje zemřít a prostředky k dosažení tohoto cíle si obvykle pečlivě promyslí a připraví. Tyto sebevraždy bývají častěji dokonané. Příkladem je sebevražda člověka trpícího nevyléčitelnou chorobou, starého a nemocného, který žije osamocen a od života nic pozitivního nečeká. V. Frankl (1994) upozorňuje na souvislost **smyslu života** a bilanční sebevraždy. Člověk se pro ni rozhodnuje tehdy, má-li pocit, že jeho život už žádný smysl nemá.
2. **Impulzivní sebevražedné jednání** je stimulováno afektivně, náhlým rozhodnutím. Obyčejně nejde o vážný úmysl zemřít. Člověk jedná pod vlivem okamžitého impulzu, neuvažuje ani o prostředcích, volí cokoli, co je dosažitelné. Rovněž příčiny jeho jednání bývají odlišné. Často lze takový sebevražedný pokus interpretovat jako **„volání o pomoc"**, jako krajní prostředek k dosažení osobně významného cíle. Motivem jsou např. problémy v mezilidských vztazích, jejichž řešení by mohl ovlivnit i jiný člověk. V případě intrapersonálních zátěží, např. nemoci, by „volání o pomoc" nemělo smysl. P. Zemek (1996) upozorňuje na možnost





předstírat úmysl k sebevraždě za účelem citového vydírání a manipulace. (Do této kategorie by patřily výhrůžky typu *„Jestliže se se mnou rozejdeš, tak se zabiju".*)

J. Viewegh (1996) srovnává výsledky studií obou uvedených skupin, které potvrzují fakt, že sebevražedný pokus má jiný motiv a smysl než bilanční, dokonaná sebevražda. Hlavním rozdílem je funkce apelu u sebevražedného pokusu, jeho obrácení na společnost. Mnohdy jde o projev emotivně ovlivněné úvahy potenciálního sebevraha nechat za sebe rozhodnout „osud". Takový člověk se sice chová autodestruktivně, ale jeho postoj je přinejmenším ambivalentní. Je zřejmé, že potřebuje odbornou pomoc, je s ním třeba psychoterapeuticky pracovat.

3. Specifickou variantu představují **skupinové sebevraždy**, tzn. sebevražedné jednání více lidí. V tomto případě je důležité odlišení člověka, který byl iniciátorem, a ostatních lidí, kteří byli primárně pasivními (i když takové rozhodnutí mohli nakonec dobrovolně akceptovat). Iniciátor sebevraždy si tímto způsobem může potvrzovat vlastní hodnotu či moc nad druhým člověkem. Na současné sociokulturní úrovni jsou snad nejčastějším příkladem skupinové sebevraždy členů různých sekt, kteří se společně pod vlivem svého vůdce rozhodnou ukončit život. Motivem bývá snaha získat něco lepšího a hodnotnějšího, než je současná existence, např. trvalé spasení.

Zcela odlišným příkladem jsou sebevraždy lidí v bezvýchodné situaci. Například parašutisté, kteří spáchali atentát na Heydricha, se zabili bezprostředně před dobytím krypty kostela, kde se skrývali.

## 17.4 Sebevražda v životní dráze člověka

Dynamika vývoje sebevražedných tendencí je individuálně specifická, je do značné míry určena osobnostními rysy i životním příběhem každého jedince. Motivy či způsoby sebevražedného chování mohou být ovlivněny vývojově podmíněnými problémy, odlišností pohlaví či profesí.

### 17.4.1 Faktor věku

Sebevražedné jednání ovlivňuje **věk** člověka, přinášející v různých obdobích života specifické **vývojové krize** a potřeby.

#### Sebevraždy dětí

Sebevraždy dětí jsou vzácné, jejich četnost stoupá až po desátém roce života (Mošcicki, 1995). Roli zde hraje vývojová proměna myšlení, schopnost uvažovat hypoteticky, tj. na úrovni pouhé možnosti. Jakmile je dítě schopné takto přemýšlet, začne chápat i význam smrti. Dětská vázanost na realitu omezuje

možnost vidět jakoukoli jinou alternativu než aktuálně existující. Většina dětských sebevražedných pokusů je zkratkovitou reakcí, výrazem strachu a pokusem uniknout nějakému ohrožení, např. trestu. Nejvýznamnějšími rizikovými faktory jsou v tomto věku problémy ve škole a potíže v rodinných vztazích (Gould a kol., 1996).

### Adolescence

V období adolescence člověk rozvíjí svou vlastní identitu, hledá její uspokojivý obsah. Aby toho dosáhl, musí se osamostatnit z dřívějších vazeb a na určitou dobu potlačit význam dosud jednoznačně platných hodnot. V této době se může snadno dostat do situace, kdy se cítí bezradný, neschopný najít přijatelný smysl vlastní existence. Často jde o důsledek neuspokojivých mezilidských vztahů a osobních problémů.

Impulzem k sebevraždě bývá pro dospívajícího pocit zklamání a zoufalství, když se poprvé v životě setká s větším problémem nebo nezdarem. Tento pocit bývá obvykle kombinovaný s představou, že selhání je definitivní. Zdá se mu, že ani budoucnost aktuálně nenabízí žádné přijatelné řešení. U mladých lidí hraje značnou roli citové hodnocení situace, které převažuje nad racionálním přístupem. S tím souvisí i celková labilita a tendence reagovat impulzivně.

Z hlediska okolí se problémy adolescenta jeví často jako malicherné a nevýznamné, subjektivně však nepodstatné nejsou. V tomto období jsou četné suicidální pokusy, které lze interpretovat spíše jako emočně vypjatý způsob volání o pomoc a podporu. Mohou být rovněž výrazem potřeby vymáhat uspokojení za každou cenu, i vydíráním. V popsaném chování je zřejmá zranitelnost a labilita, je typická pro tento věk. M. Gelder a kol. (1996) připomíná, že se četnost sebevražedných pokusů v období mezi 15.–24. rokem **zvyšuje**, zejména u **chlapců**. Domnívá se, že jde o důsledek komplexní zátěže spojené s nejistotou a nedostatkem sociální podpory i s ekonomickými potížemi. Faktory, které se potvrdily jako rizikové, zahrnují potíže v mezilidských vztazích, ať už s vrstevníky nebo s rodinou, pocit nedostatku opory, pocity osamělosti, ale i potíže s vlastní identitou, nízké sebevědomí apod.

□ Student Filip (19 let) poněkud zanedbával školu kvůli své dívce, a proto se nedostal na obor, který chtěl studovat. Neúspěch snášel těžce, byl nepříjemný a agresivní, takže ho dívka nakonec opustila. V této situaci se Filip pokusil o sebevraždu požitím většího množství léků.

### Krize středního věku

Krize středního věku, která je obdobím bilancování dosavadního života, může rovněž představovat zátěž, zvyšující pravděpodobnost sebevražedné reakce, zejména pokud osobní bilance není příliš pozitivní. Významnou roli zde hraje celková situace člověka, kvalita jeho vztahů, zázemí, jeho zdravotní stav, ekonomická úroveň a profesní začlenění. Tyto i další zátěžové faktory (např. abúzus alkoholu) je třeba hodnotit v širším kontextu. Alkohol může být jak příčinou těchto potíží, tak jejich důsledkem.





V tomto období nebývají sebevražedné pokusy impulzivní jako v mládí, člověk už více zvažuje svoje reálné možnosti, a také více slevuje. Ví, že nelze dosáhnout všeho, co si kdy přál. R. W. Maris (1995) uvádí jako hlavní příčiny sebevražedného jednání lidí středního věku ztrátu partnera, problémy v zaměstnání, deprese a závislost na alkoholu.

### Stáří

Počet dokonaných sebevražd je ve stáří pětkrát až desetkrát vyšší než ve středním věku (Vojtěchovský, 1994). Starý člověk je ve větší míře ohrožen somatickými chorobami, odchod do důchodu vede ke ztrátě mnoha důležitých rolí, někdy se zhroutí životní hodnoty právě v době, kdy už není možné jiné řešení. Zvyšuje se riziko opuštěnosti a ztráty známého prostředí, které představovalo určité zázemí. K tomu přispívá i vědomí omezených kompetencí zvládat současné i budoucí zátěže. Za těchto okolností se snadno ztrácí smysl života. Ve stáří bývají četnější bilanční sebevraždy, které jsou výsledkem hodnocení vlastní životní situace a ztráty naděje pro budoucnost.

## 17.4.2 Gender a socioprofesní příslušnost

Sebevražedné jednání ovlivňuje rovněž faktor pohlaví (gender) – pro muže a ženy má sebevražda jiný význam.

Ženy a muži mívají k sebevraždě **jiné motivy**. U žen jsou to častěji potíže v citových vztazích, v osobním životě. U mužů převažují spíše problémy seberealizace, nezaměstnanost, ztráta společenského statusu apod.

Ženy a muži si volí **jiný způsob sebevraždy**. To se projeví převahou sebevražedných pokusů u žen, zatímco sebevraždy mužů jsou zhruba dvakrát častěji dokonané než sebevraždy žen.

Index dokonaných sebevražd mužů a žen je od roku 1970 až do současnosti téměř stejný, pohybuje se v rozmezí 2,3–2,5:1. Ženy se však častěji pokusí o sebevraždu než muži. V Holandsku v letech 1989–1993 byl poměr sebevražedných pokusů mužů a žen 1:1,6 ve prospěch žen (Arnsman a kol., 1995). Ve Francii tomu bylo podobně: poměr mužů a žen byl 1:1,8 na venkově a 1:1,7 ve městě (Batt a kol., 1993).

Sebevražednost žen je ve větší míře než u mužů **ovlivněna biologicky a sociálně podmíněnými rolemi**. Tendence reagovat sebevražedným jednáním u žen v rané dospělosti klesá. Příčinou může být specifičnost ženské role spojené s mateřstvím, která představuje jakousi ochranu. Dítě se stává hodnotou a smyslem života. Role matky přináší zodpovědnost za jinou lidskou bytost a na druhé straně nabízí určitou životní náplň a osobní zhodnocení. (Manželství, resp. jakýkoliv uspokojivý osobní vztah působí pozitivně na muže i ženy, stejně stabilizující vliv mají děti, jejich existence snižuje riziko sebevraždy – Leenaars a kol., 1993).

Rozdíl v sociokulturním pojetí mužské a ženské role se projeví i ve **způsobu vyrovnávání se se zátěžemi**. Ženy reagují emotivněji, spíše hledají pomoc.

Pro muže je hledání pomoci sociálně nepřijatelné. Potvrzovalo by jeho selhání, neschopnost zvládat problémy, a proto by jej degradovalo v jeho mužské roli. Z tohoto důvodu využívají muži méně často linek důvěry a preferují jiná řešení, ne vždy účelná (např. abúzus alkoholu).

Riziko sebevražedného jednání závisí i na **profesi**. Dostupnost prostředků použitelných k sebevraždě zvyšuje toto riziko např. u lékárníků, zdravotníků, veterinářů apod. (Gelder a kol., 1996).

## 17.5 Společenské postoje a reakce na sebevraždu

**Sebevražda jako akt zaměřený na zničení vlastního života demonstruje odmítnutí obecně vysoce uznávané hodnoty, a proto u okolí vyvolává ambivalentní reakce.** Lidé jsou sice přesvědčeni, že by člověk měl mít i v této oblasti určitou svobodu a právo o sobě rozhodovat, avšak souhlas nebo alespoň tolerance k sebevražednému činu závisí na míře obecně přijatelné závažnosti jeho motivu. Přitom většina finálních motivů, tj. spouštěčů sebevražedného jednání, není veřejností hodnocena jako natolik závažná, aby opravňovala sebevraždu. Lidé zpravidla nejsou ochotni přijmout skutečnost, že motivy mají subjektivně rozdílnou hodnotu a že je nelze objektivně posuzovat. Sebevrah, kterého se podařilo zachránit, je jistým způsobem sociálně stigmatizován. Bývá považován za podivného, ne-li duševně chorého člověka, protože jeho důvody nejsou zpravidla považovány za dostatečně závažné. Sebevražda je akceptována jako oprávněné řešení potíží tehdy, jestliže je její příčinou závažná zátěž, např. neléčitelná choroba. Lidé na současné civilizační úrovni odmítají tělesné utrpení a preferují rychlou smrt před pomalým umíráním.

Hodnocení suicidálního jednání veřejností **osciluje** mezi názorem, že jde o projev zbabělosti, slabosti a mezi obdivem k odvaze vzchopit se k tak zásadnímu řešení.

Suicidální jednání, ať už skončí jakkoli, není většinou jenom záležitostí jednotlivce, ale **zasáhne i další lidi**. Příbuzní a přátelé mohou prožívat pocity viny, ale i pocity křivdy, protože se domnívají, že na ně sebevrah nebral žádný ohled. I oni mají problémy a neřeší je takovým způsobem. Sebevraždu lze chápat nejenom jako odmítnutí vlastního života, je možné jí rozumět i jako odmítnutí všech dosavadních vztahů s lidmi. Pokud sebevrah zemře, jeho čin vyvolá u blízkých lidí celou řadu negativních emocí: pocity viny, výčitky, že jej bylo možné zachránit, pocity zbytečnosti jeho smrti, které zpravidla dobře nerozumí. Často se jejich napětí obrátí proti domnělému viníkovi (např. proti partnerovi, proti zaměstnavateli apod.). Smrt sebevraždou není přirozené úmrtí, a proto na ně lidé i jinak reagují.





## 17.6 Praktická řešení a prevence sebevraždy

Nejcennějším přínosem v oblasti prevence sebevražednosti 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.

Proto jsou velice užitečné **linky důvěry**. V naprosté většině případů jde v prvním rozhovoru pouze o navázání kontaktu a získání důvěry volajícího. Jde o to, aby uvěřil, že i jemu lze pomoci. Základním pravidlem podpory člověka, který uvažuje o sebevraždě, je nabídka účasti a zájmu, ochota vyslechnout ho a nenechat jej v této situaci samotného, protože sám si pomoci nedovede. Linky důvěry fungují jako spojovací článek mezi trpícími lidmi, kteří potřebují pomoc, a odborníky, kteří jim mohou tuto pomoc poskytnout.

## Shrnutí

Sebevražedné jednání lze definovat jako násilné jednání charakteristické úmyslem dobrovolně zničit vlastní život. Existence dědičné zátěže ve smyslu sklonu k sebevraždě, nesouvisející s duševní poruchou či nemocí, nebyla potvrzena. Riziko sebevraždy může zvyšovat celá řada biologických, psychologických i sociálních faktorů. Hodnocení sebevražedného jednání laickou veřejností osciluje mezi názorem, že jde o projev zbabělosti, a obdivem k odvaze akceptovat tak zásadní řešení.

### Kontrolní otázky

- Jak lze definovat sebevražedné jednání?
- Jaký je rozdíl mezi sebevraždou, sebezabitím a sebeobětováním?
- Jaké sociální faktory mohou zvyšovat riziko sebevraždy?
- Jaké varianty sebevražedného jednání lze rozlišit a jaká bývá jejich motivace?
- Jaké jsou rozdíly v přístupu k sebevraždě dané pohlavím?
- Jaké jsou společenské postoje k sebevraždě?

# 18 Poruchy osobnosti

*V historii lidstva hráli takoví jedinci často významnou úlohu. Mnozí z nich získali velkou moc, vytvořili různá pozoruhodná díla, nová učení, nebo nějakou věc fanaticky hájili. Jsou mezi nimi podivíni, fanatici, reformátoři, vynálezci a géniové, ale i zločinci.*

*(Vondráček a Holub, 1968)*

Osobnost člověka funguje jako **integrovaný celek, který je individuálně typický a ve svých charakteristických rysech i relativně stabilní** (Vágnerová, 1997). Tato definice platí i za okolností, kdy se některé rysy určité osobnosti více či méně liší od normy: jsou akcentované, výrazně nápadné, anebo naopak, téměř nerozvinuté. Výsledkem je rovněž individuálně typický a relativně stabilní celek. Ale způsob prožívání, hodnocení i reagování takové osobnosti se liší od standardu dané společnosti. Může dojít k disharmonii na úrovni osobnostních vlastností, resp. jejich trsů, na úrovni vrstev osobnosti (např. nedostatečně rozvinuté superego) apod.

Interpretace takového stavu do značné míry závisí i na teoretickém východisku každého autora. Jednotlivé psychické vlastnosti, resp. vrstvy, ať už jsou jakékoli, jsou integrovány v celek, neprojevují se tedy samostatně, ale v určitém osobnostním kontextu.

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 druhými lidem a společnosti.**

Porucha osobnosti (dříve nazývaná psychopatie) se projevuje narušením adaptace, maladaptivním až hrubě rušivým chováním, jehož důsledky nakonec trpí i sám jedinec, ale které způsobuje potíže především jeho okolí. Lidé s poruchou osobnosti nemívají na své chování náhled a považují je za přiměřené (na rozdíl od ostatních lidí). **Poruchy osobnosti přetrvávají prakticky celý život.** Mohou je ovlivnit nepříznivé vnější nebo vnitřní faktory, protože postižení mívají sníženou toleranci k jakékoli zátěži. P. Smolík (1996) uvádí, že se v populaci vyskytuje 6–9 % lidí, u nichž lze shledat nějakou trvalou poruchu osobnosti.

Předpoklad ke vzniku určité poruchy osobnosti je dán geneticky. V tomto případě jde nejspíše o polygenní typ dědičnosti.





Význam má i průběh prenatální fáze. V této době mohou na vývoj plodu působit nepříznivé faktory z jeho vnitřního prostředí, ale i vnější škodlivé vlivy, které jsou zprostředkované mateřským organismem. V důsledku zátěže se může narušit vývoj mozkových funkcí. Prenatálně a perinatálně vzniklé organické poruchy (např. drobná mozková postižení) podmiňují velmi podobné poruchy, jako jsou dědičné formy poruch osobnosti. Některé typy poruch osobnosti jsou vázané na poruchu určité oblasti mozku. Například oblast frontálního laloku souvisí s impulzivitou.

Na druhé straně nejsou bez významu ani rozmanité sociokulturní vlivy, především působení rodiny, a další sociální faktory, které mohou určité dispozice posílit. Je třeba připomenout, že zvlášť nepříznivý vliv má raná citová deprivace.

Vznik určité poruchy osobnosti je důsledkem **interakce biologických a psychosociálních faktorů**. Jestliže je jedna z obou složek dostatečně silná, může stačit sama k vyvolání poruchy. Podmínkou k užití diagnózy poruchy osobnosti však je, aby příslušné odchylky nebyly vyvolány duševním onemocněním nebo mozkovým postižením. Obecná **kritéria pro hodnocení poruch osobnosti** lze shrnout do několika bodů (podle MKN-10, 1992):

1. **Struktura osobnostních vlastností** a z ní vyplývající projevy chování se nějakým způsobem liší od normy. Některé osobnostní vlastnosti mohou být v určitém směru extrémní, takže se struktura osobnosti stává nevyváženou. Z toho vyplývá i abnormálnost postojů a chování.

   - U **kognitivních funkcí** nejde o snížení inteligence, ale o určitý způsob uvažování a hodnocení situace, který je ovlivněn celkovým osobnostním zaměřením, např. egocentrické uvažování, vztahovačné hodnocení, převážně emotivní posuzování situace u histrionských osobností apod. V důsledku toho se nějakým způsobem liší vztah k sobě samému i ke světu (typické bývá např. egocentrické uvažování).
   - **Emotivita** bývá odlišná kvalitou, intenzitou i menší přiměřeností, která se projevuje ve vztahu k realitě či k sobě samému. Vyskytuje se např. přecitlivělost k nepříjemným podnětům u paranoidní osobnosti, emoční stažení u schizoidní osobnosti, akcentovaná a povrchní emotivita u histrionských osobností apod.

2. **Chování** lidí s poruchami osobnosti bývá **generalizovaně maladaptivní**, tzn. jako poruchové se projevuje v mnoha sociálních situacích a mezilidských vztazích. Na své chování nemá člověk trpící poruchou náhled a není schopen se poučit se zkušenosti. Typické bývají obtíže v sebeovládání, nestandardní reakce na běžné podněty, nepřiměřený způsob uspokojování potřeb atd.
3. Abnormální chování je pro okolí natolik **zatěžující a nepřijatelné**, že se stává **zdrojem konfliktů** a odmítání. Postiženým lidem chybí typické znaky dospělosti, jako je zodpovědnost, ale i empatie a altruismus.
4. Porucha je **trvalého charakteru**, je zakotvena ve struktuře osobnosti.

5. Přestože se různé problémy objevují již v dětství, diagnóza poruchy osobnosti se používá **až od adolescence** (Raboch, 1996, uvádí hranici 16 let).

Změny osobnosti mohou být získané v průběhu života. Postižení mohou vyvolat např.:

- Extrémní zážitky katastrofálních událostí, které byly tak závažné, že přestává mít význam, jaký byl člověk před tímto traumatem. Jde např. o zážitek přepadení, týrání, mučení, pobyt v koncentračním táboře apod. Traumatický zážitek může vést k fixaci nepřátelského a podezíravého postoje ke světu, spojeného s tendencí k izolaci (viz posttraumatická stresová porucha). Agresivní projevy jsou reakcí na hrůzné zážitky a mají obranný charakter.
- Onemocnění a postižení mozku (např. úraz, otrava, encefalitida, neléčená epilepsie apod.). Tyto změny osobnosti jsou označovány na rozdíl od poruch osobnosti jako pseudopsychopatie (Raboch, 1996). Příkladem změny osobnosti po prodělaném zánětu mozku je římský císař Caligula (Lesný, 1984). Císař Caligula se ještě na počátku své vlády choval zcela normálně, ale po zánětlivém onemocnění mozku došlo ke zvratu. Jeho agresivita, egoismus a naprostý nedostatek jakýchkoli zábran se projevovaly nejen únosným způsobem i vzhledem k normám tehdejší doby. Nechával např. bez zábran vraždit svoje odpůrce, skutečné i zdánlivé, vyžadoval, aby jej uctívali jako božstvo atd.

## 18.1 Paranoidní porucha osobnosti

Typické rysy takové osobnosti lze shrnout do několika bodů (MKN-10, 1992, Smolík, 1996):

- Nadměrná **citlivost k negativnímu hodnocení** či k předpokládanému negativnímu postoji okolí k vlastní osobě.
- **Neschopnost odpustit** reálné či předpokládané bezpráví.
- Sklon ke **zdůrazňování vlastní osoby**.
- Nadměrný **důraz na osobní práva** a jejich vymáhání.
- Ve vztahu k ostatním lidem dominuje **podezíravost, vztahovačnost** a **sklon k nesprávné interpretaci jejich chování a postojů**. Existuje stálá tendence chápat jednání okolí jako nepřátelské (sklon k patologické žárlivosti, k podezírání ze spiknutí apod.).

Emoční ladění jedince s paranoidní osobností je převážně negativní a napjaté. Porucha vede k projekci vlastních konfliktů postiženého a nepřátelství na jiné osoby. Postoj k ostatním lidem je ovlivněn podezíravostí, vztahovačností a z toho vyplývající hostilitou. Ve vztahu k vlastní osobě dominuje přecitlivělost a trvalý pocit ohrožení. Tento postoj zatěžuje i uvažování, důsledkem bývá nesprávná, typickým způsobem zkreslená interpretace mnoha situací.

Paranoidní porucha je častější u mužů. Důsledkem takového chování bývají problémy v soukromém životě i v zaměstnání. Partnerství je často narušeno nepřiměřenou žárlivostí, vztahovačností a podezíráním. V profesní roli





působí nepříznivě jejich neústupnost, nekompromisnost, necitlivost k jiným lidem i koncentrace na sebe a na svá práva, případně na vyrovnání domnělého bezpráví. Nadměrný důraz na dodržování pravidel, tj. řádu, je obranným mechanismem.

□ Nepřiměřeně žárlivý muž pan Kamil (38 let) svou ženu neustále telefonicky kontroluje, vyžaduje, aby se nikde nezastavovala a šla ze zaměstnání přímo domů. Pokud se manželka někde zdrží, reaguje nadávkami, výčitkami i tělesným násilím. Přítelkyně své ženy považuje za nežádoucí, nechce, aby se s nimi manželka stýkala. Svoje chování hodnotí Kamil jako normální.

## 18.2 Schizoidní porucha osobnosti

Hlavními znaky této poruchy osobnosti jsou (MKN-10, 1992; Smolík, 1996):

- **Neschopnost prožívat uspokojení.**
- **Emoční útlum,** chladnost, odstup či oploštělé citové prožívání.
- **Nápadná introverze,** dominující zaměřenost na vlastní prožívání a uvažování.
- **Nezájem o vnější svět:**
  a) **Neschopnost vřelých citových vztahů** a nezájem o takové vztahy, obava z intimity.
  b) **Nezájem o názory a hodnocení okolí.**
  c) **Obtíže v adaptaci na společenské normy a zvyky,** které jsou pro člověka s touto poruchou subjektivně nevýznamné.

Schizoidní lidé žijí ve svém vnitřním světě, realita je nezajímá. Jsou lhostejní k názoru jiných i ke společenským normám. Nezáleží jim na tom, jak jsou hodnoceni. Jejich emoční prožívání je limitované, ve vztahu ke svému okolí bývají lhostejní nebo citově chladní. Jejich myšlení může být originální a svérázné, bývají hloubaví. Potřebu minimalizovat sociální kontakty lze chápat jako obranný mechanismus, pomáhá jim udržovat jejich emoční rovnováhu. Schizoidnímu člověku se lidé jeví jako nesrozumitelní, podivní a obtěžující. Partnerství zpravidla neuzavírají. Pokud mají vhodné profesní uplatnění, jsou jen nápadní. Bývají často považováni za podivíny. K takovému hodnocení nepřispívá jen jejich chování, ale často i úprava zevnějšku.

□ Inženýr V. (47 let) je vědeckým pracovníkem v oboru elektrotechniky. Do zaměstnání chodí pozdě, ale obvykle tam zůstává až do pozdního večera. Se spolupracovníky komunikuje, jenom když musí, obvykle o odborných problémech. V týmu pracovat nechce, domnívá se, že by jej ostatní zdržovali. Je svobodný, žije se svou starou matkou. Přátele nemá, partnerku rovněž ne. Svoje sexuální potřeby uspokojuje

občasnou návštěvou prostitutek levnější kategorie. Chodí oblečen do staršího a nápadně nemoderního šatstva, je mu v zásadě jedno, co nosí. O tělesnou hygienu ovšem dbá, špinavý není.

## 18.3 Disociální porucha osobnosti

Podle DSM-IV (1994) je tato porucha označována jako asociální. Dříve byla nazývána psychopatická či sociopatická. Lze ji charakterizovat v několika bodech (podle MKN-10, 1992; DSM-IV, 1994; Smolík, 1996):

- Člověk **není schopen přiměřené sociální adaptace**. Neuznává obecně platné normy a ani se podle nich neřídí.
- Lidé trpící touto poruchou bývají **silně egoističtí, nezdrženliví, zaměření jen na bezprostřední vlastní uspokojení**. Nezatěžují se úvahami o vhodnosti a přiměřenosti své aktivity. Ve svém egoismu naopak od okolí ohledy ke své osobě vyžadují. Jak říká J. Němec (1993, s. 24): *„Často vyžadují toleranci, shovívavost, sami však nejsou schopni tolerovat nic."* Navzdory silnému egocentrismu a důrazu na vlastní uspokojení nejsou v životě příliš spokojeni. Mají neustále podrážděnou náladu.
- U lidí s touto poruchou osobnosti byly shledány odchylky ve funkci autonomního nervového systému (ANS) (Quay, 1987). Podněty průměrné intenzity nejsou dostačující, takto disponovaní lidé mají **potřebu silného vzrušení, těžko snášejí nudu** (tj. nedostatek stimulace) (Widom a Newman, 1985). Podle H. Eysencka se u nich projevuje „hlad po podnětech". Tato tendence může být i příčinou sklonu k užívání drog, nestandardním sexuálním praktikám, různým dobrodružným akcím, které jsou velice riskantní, atd. Svět na ně působí jinak, a oni se proto chovají odlišným způsobem. Potřeba vzrušení se projeví rovněž **neschopností tlumit a ovládat vlastní reakce.**
- Nositelé této poruchy mívají **nízkou toleranci k zátěži**. Jejich reakce jsou neadekvátní vyvolávajícím podnětům. Jsou emočně nezralí a vzrušiví, **snadno reagují afektivním výbuchem, agresivitou a násilím**. Nejsou schopni přiměřeného sebeovládání. Nižší frustrační tolerance se projevuje potřebou mít vždycky pravdu. Neschopnost zvládat zátěže a sklon ke zkratkovým řešením zvyšuje riziko suicidálního jednání. Ve skupině lidí trpících disociální poruchou osobnosti sledované C. S. Widomovou a J. P. Newmanem (1985) se o sebevraždu pokusila přibližně jedna třetina lidí.
- **Nejsou schopni adekvátního hodnocení situace.** Vidí svět v extrémech, černobíle. Stejně tak je nepřiměřené jejich sebehodnocení: sami žádný problém nemají, jsou se sebou vcelku spokojeni. Mají **slabě rozvinuté svědomí**, neprožívají pocity viny ani po závažných trestných





činech. V takových situacích mají sklon obviňovat jiné lidi a vlastní chování různým způsobem omlouvat. Jejich neschopnost prožívat pocit viny vede k subjektivnímu názoru, že mají vždycky pravdu (Němec, 1993). Žijí především přítomností, minulost si zdůvodní a o budoucnosti neuvažují.

- Mají **omezenou schopnost sociálního učení**. Jejich nepoučitelnost spočívá mimo jiné i v tom, že nejsou schopni dobře rozlišovat jednotlivé sociální situace. Někdy má jejich řešení až iracionální povahu. **Jejich chování je obtížně ovlivnitelné zkušeností.** Rigidně ulpívají na určitém způsobu, a přestože s ním mají opakovaně problémy, nejsou schopni jej změnit. Často mají pocit, že ani není důvod něco měnit. Tresty nemají obvyklý korektivní účinek. Tito lidé se nepřizpůsobí běžným sociálním požadavkům, ale snaží se přinutit okolí, aby vyhovělo jejich potřebám.
- **Vztahy k lidem jsou ovlivněny jejich nestálostí, nespolehlivostí a bezohledností.** V sociálních situacích se nedovedou uspokojivě orientovat a přiměřeně reagovat. Potřeby jiných pro ně nejsou důležité. Nejsou schopni empatie, a proto v nich ani zjevné utrpení jiného člověka nevyvolá žádnou odezvu. Jejich vztahy s lidmi bývají účelové, zajímají je jen potud, pokud jsou jim k užitku.

Poruchy chování u lidí s touto poruchou bývají diagnostikovány **již v dětství**, s pokračujícím vývojem problémy narůstají. Nedovedou se přizpůsobit žádnému prostředí. Nejsou schopni systematicky pracovat, mívají konflikty s lidmi. Ve výzkumu C. S. Widomové a J. P. Newmana (1985) 46,2 % lidí trpících touto poruchou mělo problémy v zaměstnání, 23,1 % žilo jen z podpor. Lze říci, že **nezvládají roli dospělého**, nedokáží se stát zodpovědnými, nezávislými a soběstačnými. Běžnou populací bývají odmítáni, a tak žijí buď sami, nebo vytvářejí asociální party. Postupně ztrácejí veškeré sociální zázemí, což vede k dalším problémům. C. S. Widomová a J. P. Newman (1985) měli ve své skupině 82,5 % osamělých lidí (tj. svobodných či rozvedených). U lidí trpících disociální poruchou je zvýšené riziko kriminálního chování, a proto mnohdy značnou část života stráví ve vězení.

□ J. Němec (1993) uvádí typické příklady chování lidí postižených poruchou osobnosti: Muž (45 let), který byl již počtrnácté odsouzen, sděluje: „Byl jsem u strýce na vesnici. Šel jsem po vsi a v jednom baráku jsem viděl otevřeným oknem na stole láhev vína. Tak jsem tam vlezl. Majitel mě viděl, musel jsem mu dát po hubě."
Z výpovědi odsouzeného muže (29 let): „Jsem již popáté zavřený. Procházel jsem se po městě a najednou jsem uviděl za výlohou obchodního domu magnetofon, který se mi líbil. Rozbil jsem tedy výlohu a vzal jsem si ho. Byl už večer, a tak to bylo reálné. Byla to momentální reakce, nad důsledky svého jednání jsem neuvažoval."

Značným problémem určité části těchto lidí je neschopnost žít na svobodě bez konfliktů. Mnozí z nich přijali pobyt ve vězení jako svůj životní styl.

□ J. Němec uvádí další typický příklad recidivujícího pachatele (28 let): „Jsem v kriminálu již potřetí a mám odsezeno osm let. Ukradl jsem desítky aut a vykradl asi

čtyřicet bytů... Za pár měsíců mě propustí. Vůbec nevím, co bude. Rodina mě odepsala. Snad seženu nějakou ubytovnu. Pokud se však vrátím zpátky, vůbec mi to nebude vadit."

V literatuře udávaný výskyt disociální poruchy osobnosti se v populaci pohybuje ve velkém rozmezí 0,2–9,4 % (Smolík, 1996). Tak velké rozpětí udávaných hodnot je zřejmě způsobeno odlišností použitých kritérií. Ve skupině vězňů je jejich četnost nápadně zvýšená a činí 75 % (Němec, 1993). Je častější u mužů, poměr pohlaví je udáván 1:2 až 1:7. Dědičná dispozice je značná, v rodinách těchto jedinců se vyskytuje větší množství osob obdobně postižených. Shoda výskytu poruchy u jednovaječných dvojčat je 51 %.

## 18.4 Emočně nestabilní porucha osobnosti

Porucha je typická tendencí jednat impulzivně, bez ohledu na důsledky jednání. Emoce lidí trpících touto poruchou jsou proměnlivé a nevypočitatelné, snadno se mění i vlivem nepatrného podnětu. **Nejsou schopni svoje pocity ani svoje chování ovládat.** Bývají neukáznění, neplní svoje povinnosti, nejsou dostatečně zodpovědní. Uspokojení svých potřeb nedovedou omezit nebo odložit. Bývají nesnášenliví, mívají konflikty s ostatními, zejména pokud by je někdo chtěl kritizovat nebo jim v něčem bránit. Ani oni nejsou schopni zvládnout roli dospělého: nedovedou systematicky pracovat, bývají promiskuitní a nestálí v partnerských vztazích. I v jejich případě je zvýšené riziko asociálního chování, ale obyčejně jde o důsledek náhlého impulzu či reakci na pocit provokace ze strany jiného člověka. Plánované kriminální činy pro ně nejsou typické (stejně tak jako nejsou schopni plánovat cokoli jiného). Jejich problémem mohou být spíše **výbuchy násilí**, které nelze předvídat (MKN-10, 1992; DSM-IV, 1994; Smolík, 1996).

Pro lidi s emočně nestabilní poruchou osobnosti je typický důraz na vlastní práva a neschopnost plnit svoje povinnosti. Jejich postoj vede k chování, které vyvolává konflikty a odmítání.

Mezilidským vztahům neprospěje ani tendence nevidět vlastní vinu, ale přičítat ji komukoli jinému. Postižení lidé jsou nedůvěřiví, mívají pocity ohrožení, nebo dokonce paranoidní tendence, vesměs bez příčiny. Interpretace jejich postoje, který se mnohdy jeví naprosto nepřiměřený, není příliš obtížná: oni sami se k ostatním nechovají dobře a do očekávání druhých promítají vlastní názor. Jsou přesvědčeni, že se všichni budou chovat stejně jako oni. Jejich vztahy k lidem bývají povrchní, nediferencované a snadno zaměnitelné s kýmkoli jiným. Za typické diagnostické kritérium se považuje absence trvalejšího vztahu.

Nezvládají přiměřeně ani mnohé sociální role, zejména pokud by představovaly sebemenší frustraci a vyžadovaly nějaké sebeovládání. Nejsou schopni spojit svobodu rozhodování s osobní zodpovědností za svá rozhodnutí. Bývají natolik nespolehliví, že selhávají na všech úrovních mezilidských vztahů, s výjimkou povrchních kontaktů. Jejich sklon k vymýšlení, nerealistickému plánování a slibování, které nikdy neplní, bezohlednost, podvádění a využívání blízkých lidí vede k jejich jednoznačnému odmítnutí kýmkoli, kdo není na stejné úrovni. Postupně ztrácejí veškeré sociální zázemí, jež by potřebovali, aby zcela neupadli.





U lidí s disociální nebo citově nestálou osobností je zvýšené riziko nadměrného užívání alkoholu nebo psychotropních látek. Jejich zvýšená dráždivost, nezdrženlivost a potřeba vzrušení vede k velmi rané zkušenosti s alkoholem i drogou. C. S. Widomová a J. P. Newman (1985) měli ve své skupině 25 % těžkých alkoholiků. Víc než polovina této skupiny (52,5 %) užívala drogy. J. Němec (1993) uvádí, že 75 % psychopatických osob, které prodělaly nebo měly soudem nařízenou protialkoholní léčbu, začalo pít v partách, většinou už v nezletilém věku. Stejným způsobem získávají tito lidé i první zkušenosti s drogou. Nelze pochybovat o tom, že závislost na alkoholu a drogách povede k dalším potížím (násilné chování pod vlivem alkoholu, krádeže za účelem získání drogy atd.).

### Hraniční typ nestabilní osobnosti

Do této kategorie patří podskupina **hraničního typu nestabilní osobnosti**. Tento typ lze charakterizovat v několika bodech:

- **Porucha identity,** narušená a nejasná představa o sobě samém.
- **Sklon k nestálým, ale emočně intenzivním vztahům,** které vyúsťují v emoční krizi.
- **Impulzivita a sklon k sebepoškozujícímu jednání** (např. sexuální excesy, abúzus drog apod.).
- Chronické pocity prázdnoty.
- Opakované **suicidální tendence**.

Emocionalita těchto lidí bývá nápadně nestabilní, převažuje negativní ladění, nejistoty ve vztahu k sobě samému. Typické bývá nápadně impulzivní chování.

## 18.5 Histrionská porucha osobnosti

Typické znaky takové osobnosti lze opět shrnout do několika bodů (MKN-10, 1992; Smolík, 1996):

- **Akcentovaná emocionalita,** teatrálnost.
- Emoční labilita, nestálost a povrchnost.
- Zvýšená sugestibilita.
- **Nadměrná potřeba vzrušení.**
- **Důraz na vlastní osobu,** egocentričnost, potřeba upoutávat pozornost.

Porucha bývá častější u žen než u mužů. Takové ženy touží být středem pozornosti, snadno navazují povrchní vztahy. Jejich chování lze interpretovat jako nezvládnutý projev potřeby závislosti. Chtějí být obdivovány a oceňovány a jsou kvůli tomu ochotny lhát, předvádět se apod. Na druhé straně jsou jim pocity ostatních lidí lhostejné, jsou pro ně zajímaví pouze z hlediska vlastního uspokojení. Mají tendenci k nepřesné interpretaci reality, jejímu emočnímu zkreslení, v souladu s jejich potřebami. Toto zkreslení bývá obvykle nevědomé, přestože dovedou stejně snadno i vědomě lhát. Jsou pro ně typické stylizace do různých rolí, intriky a manipulace s lidmi i s fakty. Mají sklon k bájivé lhavosti, k vymýšlení různých příběhů, které jsou vždycky nějak senzační a v nichž hrají důležitou roli. Jejich partnerství bývá konfliktní a nestabilní. Mívají konflikty i s jinými lidmi, např. na pracovišti, kde jsou častým zdrojem problémů.

□ Příkladem člověka s histrionskou poruchou osobnosti může být císař Vilém II. (podle Lesného, 1984). Je hodnocen jako nápadně ješitný člověk, který nikdy nemyslel na nikoho jiného než na sebe. Potrpěl si na lichocení. Byl velmi sugestibilní. Rád se předváděl, rád řečnil, miloval uniformy a okázalé dvorské zábavy. Jeho chování by bylo možné hodnotit jako exhibicionistické. Reakce jiných lidí, které se mu jevily jako kritické, trestal nepřiměřeným způsobem.

## 18.6 Anankastická porucha osobnosti

Tato porucha ovlivňuje všechny osobnostní složky, tj. prožívání, myšlení i chování. Typické znaky lze vyjádřit stručně v několika bodech (MKN-10, 1992; Smolík, 1996):

- **Porucha emočního ladění,** převaha mrzuté nálady, neschopnost dosahovat příjemných prožitků.
- Zvýšený sklon k pochybnostem, nerozhodnosti a opatrnosti.
- **Nadměrná sebekontrola. Perfekcionismus,** nepřiměřená svědomitost a puntičkářství.
- **Zvýšená potřeba respektovat sociální normy,** nadměrná sociální konformita.
- **Rigidita** v uvažování i v chování.

Anankastická porucha osobnosti je častější u mužů. Takoví lidé se cítí nadměrně nejistí, s tímto pocitem se vyrovnávají přehnaným plněním všech sociálních požadavků. Je to jejich obranný mechanismus. Kladou přehnaný důraz na odpovědnost, s čímž je spojena i větší úzkostnost. Jejich chování je ve značné míře v souladu s normami západní civilizace, a proto se nemusí jevit ani příliš nápadné. Důraz na zafixovaný způsob řešení, ulpívavost a svědomitost je chrání před nepříjemnými pocity nejistoty a selhání. Bývají více koncentrováni





na výkon, vztahy k lidem pro ně nejsou příliš důležité a nebývají ani uspokojující. V partnerství jsou nepříjemní a nudní, proto bývají jako partneři odmítáni. V zaměstnání je pro spolupracovníky obtěžující jejich nadměrná pedanterie, opatrnost i rigidita. Nejsou schopni se přizpůsobit, nedovedou reagovat rychle. Chybí jim smysl pro humor i pro lidské slabosti. Nebývají nikde oblíbeni a často se dostávají do izolace (*Merck Manual,* 1996).

## 18.7 Úzkostná porucha osobnosti

Typické znaky takové osobnosti uvádíme v několika nejdůležitějších bodech (MKN-10, 1992; Smolík, 1996):

- **Porucha emočního prožívání:** pocity napětí, obav a ohrožení.
- **Zhoršené sebehodnocení,** pocity neschopnosti a méněcennosti.
- **Nadměrné obavy z kritiky či odmítnutí.** Nepřiměřený význam hodnocení a názoru okolí.
- **Tendence k izolaci** v důsledku obav z odmítnutí.
- **Tendence vyhnout se selhání,** projevuje se odmítáním takových aktivit a situací, v nichž očekávají neúspěch.

V americké klasifikaci bývá tato porucha označována jako vyhýbavá. Jde o lidi, kteří jsou nadměrně úzkostní a přecitlivělí, žijí v neustálém napětí a strachu z problémů. Nejsou schopni dosáhnout pocitu pohody a uspokojení. Tendenci vyhnout se situacím, jež by zvyšovaly jejich úzkost, lze považovat za obranný mechanismus. Vyhýbavé chování vede ve svém důsledku k ochuzení života, k odmítnutí partnerských, resp. i jiných mezilidských, vztahů, k rezignaci na lepší pracovní uplatnění atd. Lidé s úzkostnou poruchou mají sklon k nepřesnému hodnocení situace. Jejich uvažování ovlivňuje nadměrný pocit ohrožení. Jejich úzkostnost ostatní lidi obtěžuje, a proto se jim raději vyhýbají.

## 18.8 Závislá porucha osobnosti

Typické znaky takové osobnosti lze shrnout do několika nejdůležitějších bodů (MKN-10, 1992; Smolík, 1996):

- **Zvýšená potřeba závislosti na jiném člověku.**
- **Submisivita,** naprosté přizpůsobení a podřízení této osobě.
- **Neschopnost osamostatnění.**
- **Nízké sebehodnocení,** pocity bezmocnosti a neschopnosti.
- Nepřiměřené obavy z opuštění.

Nepřiměřená potřeba závislosti vyplývá z neschopnosti přijmout samostatnost a zodpovědnost, která je s ní spojená. Jde o určitou formu osobnostní nezralosti. V emočním ladění převažuje úzkostnost a pesimismus. Uvažování takových lidí je limitováno pocity bezmocnosti a nejistoty, akceptují nekriticky názory jiných lidí. Jsou submisivní i v této oblasti. Nadměrná potřeba závislosti může být jejich okolí velmi nepříjemná, tito lidé mohou neustále vymáhat různé záruky, potvrzovat si jistotu vztahu. Jejich submise a nadměrná fixace může být obtěžující. V partnerském vztahu se postupně stávají buď manipulovanými, nebo odmítanými. Mohou se snadno dostat do role týraného a zneužívaného člověka. Tato porucha osobnosti bývá častější u žen než u mužů.

## 18.9 Narcistická porucha osobnosti

Diagnosticky nejdůležitějším projevem této poruchy je trvalé velikášství, egocentrismus, porucha sebehodnocení a s tím související nápadnosti ve vztahu ke světu (Bolelouský a kol. 1993; Smolík, 1996):

- **Porucha sebehodnocení** (přeceňování vlastní důležitosti, pocit privilegovanosti, víra ve vlastní jedinečnost a výjimečnost). Může být spojena se skrytou přecitlivělostí a zranitelností.
- **Potřeba obdivu,** zaujetí fantaziemi o vlastním úspěchu, moci apod. Může být spojena se skrytou nejistotou a nespokojeností.
- **Vztahy k lidem** jsou typické chyběním empatie, podceňováním jiných lidí a jejich využíváním k vlastním cílům, arogantním a bezohledným chováním. Ve vztahu k lidem mohou převažovat pocit závisti nebo žárlivosti. Promiskuita a nedostatek sociálních zábran mohou být doprovázeny skrytou neschopností navázat uspokojivý citový vztah.

□ Převažující zaměření narcistické osobnosti tyto lidi často vede k úsilí potvrdit svou výjimečnost. Příkladem může být Adolf Hitler. E. Fromm (1997) jej charakterizuje jako mimořádně narcistického člověka, který se nezajímal o nic jiného než o sebe, žil ve světě polopravd a fantazií, naplněn touhou dobýt svět a potvrdit svou výjimečnost. Ve vztahu k lidem pociťoval nenávist a zlobu za to, že jej nedoceňovali. Hitler ovšem měl schopnost lidi ovlivňovat, působila na ně jeho neotřesitelná jistota, předsvědčení o jednoznačné správnosti jeho myšlenek. Měl všechny typické znaky narcistické osobnosti: citový chlad a lhostejnost k jiným lidem, ale na druhé straně nadměrnou shovívavost k sobě samému a tendenci k sebepřeceňování. Jeho vztah k ženám byl chladný, ale zároveň i plachý a pravděpodobně neuspokojivý. Údaje o jeho chování k Evě Braunové svědčí pro fakt, že s ní jednal naprosto bezohledně a nestaral se o její pocity. Na druhé straně byl sentimentální; jediná živá bytost, k níž něco cítil, byl jeho pes.





## Shrnutí

Porucha osobnosti je trvalý stav, který se projevuje nepříznivými nebo nadměrně zvýrazněnými vlastnostmi osobnosti, odchylkami v oblasti citového prožívání, uvažování i chování. Nápadnosti jsou zřejmé ve vztahu k sobě i k druhým lidem. Chování těchto lidí bývá generalizovaně nepřizpůsobivé, vyvolává nepříznivé reakce a odmítání. Tyto potíže jsou trvalé, nelze je zásadním způsobem ovlivnit. Poruchy osobnosti lze rozdělit do několika kategorií, podle převažujících nápadností.

### Kontrolní otázky

- Jak lze definovat poruchu osobnosti?
- Jakým způsobem bývají v těchto případech postiženy vztahy s lidmi?
- Které typy poruch osobnosti jsou rizikové z hlediska tendence ke kriminálnímu chování?
- Jaké jsou hlavní problémy paranoidní osobnosti?
- Co je typické pro histrionskou poruchu osobnosti?
- Zkuste najít nějakou historicky významnou osobnost, která trpěla některou z uvedených poruch osobnosti.
- Zkuste najít nějakou obecně známou osobnost, která trpí některou z uvedených poruch.

# 19 Agresivní chování, jeho příčiny a varianty

## 19.1 Vymezení agresivního chování

**Agresivní chování** lze definovat jako porušení sociálních norem, omezující práva a narušující integritu živých bytostí i neživých objektů. Jde o symbolické nebo reálné omezování, poškozování a ničení. Agresivitu lze chápat jako sklon k takovému chování. Agrese označuje aktuální projev takového chování.

Agresivní chování je obvykle prostředkem, jak dosáhnout uspokojení, kterému stojí v cestě překážky. Je jedním z obranných mechanismů, který řeší problém útokem na překážku, resp. na zdroj ohrožení (případně na takový cíl, který se tak jeví). Agresivní jednání bývá stimulováno prožitkem hněvu, vzteku, který je spojen s uvědoměním zátěže. H. Arendtová (1996) připomíná, že hněv vzniká nejspíše v situaci, o níž se lze domnívat, že by nemusela být neměnná. Pokud si člověk myslí, že se už nedá nic dělat, bude častěji volit jiný obranný mechanismus. Například se v takové situaci raději vzdá, bude reagovat emočním prožitkem smutku, deprese či beznaděje. Může se tak chovat i proto, že není naučen bojovat a rezignace je jeho preferovanou obrannou strategií. Agresivní jednání může být prostředkem k uspokojování osobně významných potřeb, ale stejně dobře se může sama stát cílem. Stává se zdrojem jistoty vlastních kompetencí, které lze kdykoli použít. Může být uspokojující i proto, že potvrzuje vlastní moc.

## 19.2 Příčiny vzniku agresivity

**Člověk má vrozené dispozice k agresivnímu jednání.** Avšak obdobně jako předpoklady k jiným vlastnostem a schopnostem nejsou vlohy k agresi u všech lidí stejné. Liší se v závislosti na historii a sociokulturní tradici populace, v níž byli v minulosti vlivem pozitivní selekce zvýhodňováni jedinci s určitými dispozicemi, a tím i jejich četnost v dalších generacích (úspěšní jedinci snáze přežili a měli více potomstva). Interindividuální rozdíly existují i v rámci jedné současné populační skupiny. Nejvíce lidí má průměrnou dávku předpokladů k agresivnímu chování (ve vztahu k normě této populace), zatímco extrémní varianty jsou vzácnější.

Dispozici k agresivnímu jenání nelze hodnotit jen negativně. V extrémní podobě se sice projevuje porušováním sociálních norem a omezováním či poškozováním jiných lidí, ale existují i přijatelné formy. Pozitivní, socializovaná varianta, která respektuje dané sociální normy, se nazývá asertivita. Je to schopnost prosazení a realizace potřebných, nebo dokonce velice žádoucích cílů. Hranice mezi agresivitou a asertivitou je kulturně podmíněná.

**Sklon k agresivnímu chování se rozvíjí učením, není tedy závislý jen na dědičnosti,** ale i na vlivech prostředí. R. G. Sipes (Wilson, 1993) uvádí, že lidská agresivita je projevem potenciálu, který se může učením zvyšovat. Děje se tak již v rodině, jednak pozitivním **posilováním** agresivních projevů dítěte (dítě si potvrzuje užitečnost agresivního chování – něco jím získalo a nikdo je za ně nepotrestal), a **učením nápodobou** (dítě dělá to, co vidí u ostatních lidí, zejména těch, kteří jsou pro ně významní).

Jak je zřejmé, posilování agresivních tendencí je ve značné míře závislé na rodičích, na jejich hodnotovém systému, stylu výchovy i jejich preferovaném způsobu chování (které je pro dítě modelem).

J. Raboch (1996) upozorňuje na rozdíl mezi povahou a rolí – agresivita může být součástí nějaké sociální role, která takové chování od svého nositele vyžaduje. Je tomu tak např. u policistů, vojáků atd. Na druhé straně musíme připomenout, že si tuto roli častěji vybírají jedinci, kterým vyhovuje, protože mají k agresivnímu chování větší dispozici.

## 19.3 Sociální význam agresivního chování

Agresivita není jen záležitostí individua nebo malých sociálních skupin, na jejím rozvoji se spolupodílí i **společenské klima**. Významnou roli zde hraje sociokulturní vzorec, pro danou společnost reprezentativní, který je normou a modelem pro všechny členy společnosti. Odráží se v něm jak předchozí historie skupiny (tj. příběhy, jež charakterizují její minulost), tak aktuální vlivy, které podporují určité varianty chování. M. Petrusek (1994) mluví o vlivu kulturního klimatu, které násilí určitým způsobem prezentuje a projevuje k němu určitou míru tolerance. Společenské klima může na symbolické úrovni násilí banalizovat, a tak je nepřímo podporovat (děje se tak např. v masmédiích). Tímto způsobem je ovlivňována hranice předpokládané normy a citlivosti společnosti k agresivním projevům. Symbolicky prezentované násilí může sloužit k odreagování napětí a agresivity, ale může ji zároveň stimulovat a aktivizovat z latentního stavu. Která z variant nakonec převládne, je už otázkou komplexního působení mnoha dalších faktorů. Například dospělý člověk se sledováním thrilleru odreaguje. Avšak dítě, které je sugestibilnější a hůře diferencuje symbolickou rovinu od reality, bude vnímat příběh jako součást skutečnosti. Proto se může snadněji identifikovat s agresorem a zkusit něco podobného.

**Tolerance společnosti k agresivitě** a násilí se v průběhu času mění. Vliv médií, v nichž se zvyšuje nabídka násilností, lze považovat za jednoznačně nepříznivý. Navzdory jednoduchosti rozlišení reality a symbolické formy se násilí postupně stává součástí běžné zkušenosti (děje se tak dokonce i tehdy, nejde-li o násilí skutečné) a začne být považováno za normální jev. Může se tak setřít rozdíl mezi dobrem a zlem, lidé si přestanou být jisti, co je přijatelné, a co už nikoli. Riziko mediálních příběhů je i v tom, že se často chová násilně kladný

hrdina. S ním se snadno ztotožní zejména nezralí a nevyrovnaní jedinci, kteří se pak budou chovat stejně násilně a ještě si budou myslet, jak dobře jednají. Riziko, že si společnost na násilí zvykne a agresivita se stane součástí obecné normy, je větší. H. Arendtová (1996) mluví v této souvislosti o **banalizaci zla**, které se stává součástí každodennosti. Lidé ztrácejí schopnost rozpoznat, k čemu jejich jednání vede. Cokoli, co je banální a běžné, přestává být subjektivně zvažováno a hodnoceno. Nikdo tomu už nevěnuje pozornost. Člověk i společnost (přinejmenším některé sociální skupiny) mohou ztratit schopnost rozlišovat a postupně začnou tolerovat i chování, které zjevně omezuje práva jiných. Agresivní projev se může stát normou kdekoli (např. v rodině, v adolescentní partě apod.), i když v těchto případech není jeho vliv generalizovaný tak, jako když je prezentován masovými médii.

Jedinec je svázán s hodnotovým a normativním systémem, který vytváří dostatečný komplex zábran proti nežádoucímu chování. Mnohá násilná činnost však není aktivitou izolovaného jedince, ale **projevem skupiny** (nebo dokonce **davu**). Příslušnost ke skupině poskytuje jedinci skupinovou identitu, jež na jedné straně podporuje jeho sebevědomí a sebejistotu, a na druhé straně redukuje některé složky individuality: mění jeho uvažování, citové prožívání apod. (přinejmenším v době, kdy je aktivní v rámci skupiny). Ve skupině jedinec získává pocit větší moci a není nucen k individuální zodpovědnosti. Nemusí se spoléhat jen na sebe, a tak se zbaví úzkosti ze samostatného rozhodování. Je dost situací, kdy mnozí lidé volí raději egalitářství skupiny, které je chrání, a vzdají se dobrovolně svobody vlastního rozhodování a konání. Dokonce i tehdy, když cíl ani prostředky dané skupiny nejsou zcela ve shodě s platnými sociálními normami.

Již v dětském věku se zdánlivě zmenšuje společenská závažnost činu, jestliže ho spáchala skupina. (Dítě má pocit, že se tolik neprovinilo, když se stejným způsobem chovali i ostatní. Každý rodič zná běžnou dětskou výmluvu: *„Oni to dělali taky."*) Skupina, případně dav, má svou sílu, která je dána množstvím. Chrání jednotlivce jeho anonymizací (v davu jsou jedinci nerozlišitelní, předpokládaná individuální variabilita je bagatelizována a potlačována). Člověk zde sice ztrácí svou jedinečnost, ale získává volnost pro jednání, které by pro něj bylo za jiných okolností nepřijatelné. Jeho agresivita vůči odlišným jedincům nebývá na této úrovni chápána jako porušení norem. Pocity viny jsou eliminovány představou, že jde o nepřítele, jehož utrpení patří do jiné kategorie. „Oni" jsou něco jiného než „my", a proto je zcela logické, že pro „naše" činy platí odlišné měřítko.

V této souvislosti se může transformovat celý systém norem. Hodnoty skupiny převládnou nad obecnými hodnotami a jsou postupně prosazovány všemi prostředky, důležitý je pouze cíl, a to prezentovaný pozitivně. Příkladem je skupina zaměřená na potírání „méněcenných a špatných", kteří do řádné společnosti nepatří. Normy skupiny si přisuzují právo určovat, kdo je jaký. Chtějí prosazovat pořádek, ale zároveň jej sami definovat. Jde samozřejmě o nepřijatelný projev, protože nerespektuje obecně platné normy majoritní společnosti a směřuje k diskriminaci jedné skupiny, resp. práv jednotlivců.





## 19.4 Varianty agresivního chování

**Agresivní chování může být reakcí na neuspokojení různých potřeb.** Tendence reagovat agresivně se zvyšuje, pokud člověk v některé oblasti silně strádá nebo má pocit, že nepříznivá situace trvá už příliš dlouho. Agresivní jednání může fungovat přinejmenším jako prostředek k odreagování, když už člověk nebyl ve svém usilování úspěšný. Kdy k pocitu strádání dojde, nelze předem přesně určit: tolerance k zátěži je individuální. Teorie o vztahu frustrace nějaké potřeby a následné agrese jako reakce na tuto frustraci se objevila již ve 30. letech v neobehavioristické teorii. J. Dollard, L. W. Doob, N. E. Miller a další (1939) se domnívali, že agresi vyvolává prožitek frustrace. To bylo poněkud zúžené vysvětlení. Dnes bychom tuto interpretaci mohli zpřesnit: jestliže je člověk v situaci nějaké zátěže, která je doprovázena pocity menšího uspokojení, zvyšuje se riziko, že se bude chovat agresivně. (Nemusí jít jen o frustraci, ale i o jiné zátěžové situace, protože za zmíněných okolností bývá vždy některá potřeba neuspokojena.) Pohotovost k agresivnímu chování stoupá při přesycení či nedostatku, ztrátě či ohrožení.

V průběhu života se vytváří určitá rovnováha mezi potřebou sociálních kontaktů a potřebou bezpečí. Pocit bezpečí může být ohrožen **nadměrnou sociální stimulací**. Je známé, že se postupně zvyšuje sklon reagovat agresivně mezi členy malé izolované skupiny vzájemně závislých lidí, zejména tehdy, jestliže ji není možné opustit. (Typickým příkladem je situace na vojně, v internátech apod.) V takové skupině se extrémně snižuje prahová hodnota podnětů, které mohou spustit agresivní jednání (tzv. ponorkový efekt).

Agresivitu zvyšuje **omezení osobního teritoria**. To může být vymezeno prostorově (např. pokoj, skříň nebo zásuvky, které patří jednomu člověku), ale i časově, dobou, kdy jedinec není nikým rušen. Například člověk si občas potřebuje „zalézt" a dělat si sám, co chce. Lidské teritorium má i své subtilnější podoby, je vymezeno mezilidskými vztahy, pocitem sounáležitosti a pocitem zázemí (např. v rodině, později v dětské partě apod.). Na této úrovni nabývá na významu vědomí rozdílu mezi blízkými a cizími. Podobný mechanismus existuje i na fylogeneticky nižší úrovni. Rozlišení blízkých a cizích lidí umožňuje, aby se jedinec účelně orientoval: odlišné bytosti mohou představovat nebezpečí, a tudíž je třeba se proti nim bránit. Tento sklon se projevuje ve větší či menší míře i v dnešní společnosti. Člověk má tendenci členit lidi kolem sebe na jedince blízké, tj. přátelské, a cizí, kteří jsou v nejlepším případě akceptováni neutrálně. Má obecný **sklon nedůvěřovat odlišnosti** a řešit problém potenciálního ohrožení zvýšenou pohotovostí k agresivnímu jednání (zaměřenému samozřejmě proti „cizím").

Nemožnost nebo neschopnost diferencovat (např. proto, že žádní blízcí lidé nejsou, není co rozlišovat nebo to jedinec nedokáže) zvyšuje úzkost a pocit ohrožení. V závislosti na tom stoupá potřeba bránit se proti všemu. Všichni lidé, resp. celý svět, se jeví jako potenciálně ohrožující. Zvyšuje se tendence k agresivním projevům, která je generalizovaná. Tímto způsobem se chovají některé děti i dospělí, v jejichž chování nelze najít jakoukoli výběrovost, jsou agresivní často a ke všem.

Jedinci se zkušeností citové deprivace neprožili žádný pozitivní vztah, který by jim dal základ pro smysluplné rozlišování. Všichni lidé pro ně mají stejný význam, nebo spíše opačně, všichni jsou stejně cizí, a proto osobně nevýznamní. Zdá se, že se u nich postupně fixuje neschopnost diferencovat nejen mezi různými lidmi, ale i v rámci vlastních způsobů chování a jeho následků. Je to jeden ze zdrojů zdánlivě nepochopitelné a nesmyslné agresivity, která člověku nic zjevně pozitivního nepřináší. Postižení mohou být nápadní nejen nedostatkem empatie – a tudíž naprostou lhostejností k pocitům ostatních lidí, ale dokonce i lhostejností k sobě samému.

Celkem běžnou a relativně tolerovanou je **agrese užitá v obraně**, E. Fromm (1996) ji nazývá reaktivní agrese. Člověk při obraně důležitých hodnot užívá násilí. Jde opět o situaci, v níž by mu hrozilo strádání. Impulzem k agresivním projevům je strach ze ztráty, ale může jím být i vztek a rozhořčení nad nehorázností útočníka. Člověk se cítí ohrožen, a proto se brání. Cítí se být v právu, a tak se nemění jeho vztah k sociálním normám. Vědomí oprávněnosti dává lidem pocit morální převahy nad útočníkem, proto jdou zábrany stranou. Určité riziko představuje skutečnost, že nemusí jít o reálné ohrožení. Stačí, že lidé budou věřit v jeho existenci. Následkem toho zaujmou k potenciálním nepřátelům agresivní postoj, aniž by si ověřili, zda jim vůbec chtějí nějak ublížit.

Nutkání hledat v zátěžové situaci viníka a potrestat jej představuje historicky dávný obranný mechanismus. Jestliže je situace komplikovaná nebo je nepřítel příliš abstraktní, je možné dosáhnout uspokojení zjednodušeným řešením: stačí najít jakéhokoli přesně definovaného a snadno odlišitelného jedince nebo skupinu, která se stává zástupným viníkem. Zjednodušení je přijatelné (i když často není pravdivé a mnohdy ani logické), protože je srozumitelné. Je jasné a řeší problém bezodkladně, bez jakéhokoli váhání či pochybností. Dotyčný předpokládaný nepřítel se posléze stává objektem agresivity skupiny nespokojených. Na tomto základě se vytvořil nacionalismus i rasismus.

**Podobným typem násilí je pomsta.** Zde však nejde o obranu, která by byla zaměřena na odvrácení nebezpečí. Zde se už něco zlého stalo a žádný další akt tuto skutečnost nezmění. Může ale změnit pocity poškozeného, jeho sebeúctu, protože vyrovnává vzniklou křivdu symbolicky. Postižený jedinec nebo skupina nedovedou zvládnout pocit nespravedlnosti jinak, nemají k tomu dostatečné kompetence. Situaci ještě více komplikuje skutečnost, že potřeba odčinění křivdy může být spojena s generalizovaným hodnocením viníků. Jestliže je vina kolektivní, nemusí být ani pomsta individuálně adresná. Zločin jedince odpykávají jeho potomci, příslušníci rodu, rasy nebo národa, a násilí nebere konce. Křesťanský postoj takové chování tlumí důrazem na odpouštění.





E. Fromm (1996) upozorňuje na agresi vyvolanou závistí či žárlivostí, které považuje za specifické formy frustrace, resp. zátěžové situace. V tomto případě se zvyšuje neuspokojení faktem, že jiný člověk má to, co se frustrovanému jedinci nedostává. Srovnání svého vlastního neuspokojení s uspokojením jiného se zvyšuje pocit osobní újmy. Není tedy divu, že vzniká nenávist k tomu, který je na tom lépe. E. Fromm (1996, s. 24) uvádí jako příklad příběh o Kainovi *„kterého nemilovali, aniž si to sám nějak zavinil, a který zabije svého bratra, jemuž se dává přednost"*.

**Agrese může fungovat jako kompenzace,** tj. jako zdroj náhradního uspokojení, např. v oblasti potřeby seberealizace, citové akceptace apod. E. Fromm takovou agresi definuje jako náhražku za produktivní činnost či uspokojivý vztah. Takto by bylo možné vysvětlit podivné chování, které násilníkovi zdánlivě nic nepřináší (např. vandalismus, nemotivované násilí na zcela cizích lidech atd.). Člověk potřebuje něco dokázat, chce, aby po něm něco zbylo jako důkaz jeho existence. Jestliže nelze dosáhnout uspokojení této potřeby obecně přijatelným způsobem, dochází ke zvratu a jedinec reaguje negativně. Mstí se světu za to, že mu nedal lepší možnost uplatnění. Zbavuje se tím pocitu bezmocnosti a posiluje sebeúctu. **Násilí a ničení je jedním ze způsobů fiktivního ovládnutí světa,** který má za cíl potvrdit hodnotu vlastní osobnosti, když už toho nejde dosáhnout jinak. (Možná i tehdy, když má jedinec silnou dispozici právě k takovému způsobu seberealizace.) Zmíněná potřeba se může projevit i v násilí zaměřeném na jinou bytost. Jestliže člověk někoho ovládne natolik, že je dotyčný *„bezmocným objektem jeho vůle"*, získá tím uspokojení, i když z obecného hlediska poněkud problematické (Fromm, 1996, s. 30). Cítí se být mocný a jeho oběť mu svou závislostí potvrzuje, že tomu tak je. Mimo jiné i proto dochází k šikaně, týrání apod.

Někdy je taková kompenzace na úrovni individua těžko dosažitelná. Proto dochází ke ztotožnění s jiným člověkem nebo se skupinou, která má potřebnou prestiž a moc. Pouhá příslušnost k ní dodává jedinci pocit potřebného sebevědomí, její úspěchy a význam jsou akceptovány do jisté míry jako vlastní. Na druhé straně může být její urážka prožívána jako osobní újma, na níž bude člověk reagovat agresí. Sebeláska jedince je zraněna útokem na skupinu, s níž se ztotožnil, a on ji brání, protože tím brání i sebe. Tak dochází ke rvačkám fanoušků různých fotbalových klubů, ale i k verbálním útokům příslušníků různých politických stran.

U mnoha agresivních jedinců, kteří překračují uznávané normy, nejde jenom o odmítnutí obecně uznávaných hodnot, ale o generalizovanou negaci života a světa.

S. Freud uvažoval v této souvislosti o pudu smrti, o vrozené tendenci člověka směřovat k sebezničení, k negaci života a o jeho touze po původním klidovém stavu bezživotí. E. Fromm (1996) počítá ve svém výkladu s podobnou tendencí, kterou nazývá nekrofilní orientací. Podle jeho názoru jde o vyjádření nechuti ke specifickým projevům živého světa, který je příliš složitý a příliš proměnlivý, takže je obtížné se v něm orientovat. A stejně tak je těžké jej ovládat. Nekrofilní postoj vyjadřuje silnou potřebu řádu, jež by byl stabilní a spolehlivý, tzn. pokud možno neměnný. Něčeho takového nelze v živém světě dosáhnout. Nekrofilně zaměření lidé preferují stereotyp, zachování určitého stavu, který by jim poskytoval jistotu. Přáli by si,

aby takoví byli i lidé a všechny živé bytosti. Proto přistupují k živým tvorům i k neživým objektům stejně. Vzpomeňme si v této souvislosti na počátky socializačního vývoje dítěte, kdy malý kojenec nediferencuje mezi živými bytostmi a věcmi. Za normálních okolností se to naučí později pomocí vztahu s matkou či jiným člověkem. Teorie rané citové deprivace říká, že dítě může mít odlišnou zkušenost, když se jeho lidé nechovali specificky lidsky. Pro dítě pak nebude rozdíl mezi živým a neživým tak podstatný. E. Fromm (1996) sám považuje za nutnou podmínku rozvoje pozitivního vztahu ke světu zkušenost s vřelostí a citovým vztahem druhých lidí. Láska k životu se vyvíjí jen tam, kde je bezpečí a platí nějaký řád (Matějček a Langmeier, 1974). Totéž je obsaženo ve vývojové teorii E. H. Eriksona, který definuje první vývojovou fázi jako období, v němž dítě získává základní důvěru ve svět, potvrzuje si jistotu základní naděje pozitivního řešení běžných potíží. (Na druhé straně nemusí být nekrofilní tendence získaná, podobný, ale dědičně podmíněný postoj je typický pro lidi s poruchou osobnosti. Výsledkem je rozvoj asociální osobnosti, dříve nazývané psychopatické.)

## 19.5 Postoje k vlastnímu agresivnímu chování a jeho interpretace

Člověk je většinou schopen svoje chování ovládat, a proto může vlastní **sklon k agresivitě potlačovat**. To je ovšem vázáno na přijetí určitých norem a ochotě se podle nich řídit. Schopnost sebeovládání může být oslabena, např. nastřádanou zátěží vnějších vlivů, somatickou chorobou, organickým postižením mozku apod. K agresivnímu jednání dojde v důsledku selhání v oblasti autoregulace. Člověk se neovládne a jedná v rozporu s vlastními motivy i přijatými sociálními normami. Jde o situace, kdy se člověk *„sám takto chovat nechtěl"*, ale přesto nakonec tak jednal a jedná. Svoje chování pak lidé obyčejně nějak ospravedlňují. Potřebují si uchovat pozitivní sebehodnocení a vyhnout se, pokud možno, pocitům viny. Správně by mělo být jejich chování odsouzeno a hříšník by se za ně měl stydět nebo se cítit vinen. Člověku se však nechce přijmout fakt, že se on sám choval špatně, a proto tuto skutečnost popírá či zkresluje. Je jisté, že se tímto způsobem nežádoucí chování spíše fixuje. Člověk si zvykne, že své přestupky nakonec vždycky nějak zdůvodní, a nemá větší důvod usilovat o změnu, pokud nebudou spojeny s citelnou vnější sankcí.

**Způsobů omluvy vlastního nežádoucího chování** je mnoho. Nejčastěji jde o **racionalizaci**, kdy člověk interpretuje vlastní čin tak, aby jej mohl morálně ospravedlnit.

Běžnou obrannou strategií je výklad manipulující se sociálním kontextem za účelem relativizace vlastního chování. (Například *„Nic jiného by na něj stejně neplatilo."* *„Dnes je jiná doba."* apod.) Zdůrazňuje ještě agresivnější chování jiných nebo přenáší zodpovědnosti na autoritu (na vůdce, skupinu, platné normy apod.). Do této kategorie by patřilo ospravedlňování bachařů v komunistických nebo nacistických lágrech, kteří *„jednali pouze podle příkazu"*, podle zákona apod. Nehraje zde roli, že příkaz či zákon nebyl z obecného hlediska přijatelný. Oni pouze poslouchali, a proto je viníkem někdo jiný. Obdobně jej subjektivně omlouvá důraz na pozitivní, hodnotný cíl, k němuž směřoval. „Boj za svobodu" je pro teroristy dokonalou omluvou, jež agresi prezentuje dokonce jako něco žádoucího. Je to postoj, který lze stručně vyjádřit jako *„účel, který světí prostředky"*.





**Popírání důsledků** agresivního činu nebo jeho bagatelizace je další možnou obranou. Projevuje se např. tendencí zlehčovat holocaust jako něco, co je zveličováno, co si někdo vymýšlí apod. Podobným projevem obrany je tendence agresora vyhnout se kontaktu s obětí, což se někdy projevuje např. v trestním řízení (Čírtková, Červinka, 1994).

**Pocity viny snižuje negativní hodnocení oběti,** která bývá považována za nehodnotnou bytost nižší kategorie (což jednání agresora plně ospravedlňuje). Nižší hodnota může být dána rasou, sociální vrstvou, nemocí apod. Do této kategorie patří dehumanizující přístup, kdy oběť už není akceptována ani jako člověk, čímž se snižuje či eliminuje možnost soucítění. Například v koncentračním táboře byl člověk číslem.

Obranný výklad situace může obsahovat **obvinění oběti**, která si údajně svůj osud zavinila sama. (*„Neměl provokovat."*) Obětí je vlastně agresor, sám by to neudělal, ale byl vyprovokován.

## Shrnutí

Agresivní chování narušuje práva a integritu živých bytostí i neživých objektů. Děje se tak symbolickým nebo reálným omezováním, poškozováním a ničením. Člověk má vrozené dispozice k agresivnímu jednání. Sklon k takovému projevu se však rozvíjí učením, není závislý jen na dědičnosti. Tolerance společnosti k agresivitě a násilí se v průběhu času mění. Společenské klima může násilí i banalizovat, a tak je nepřímo podporovat.

### Kontrolní otázky

- Jaká je podstata agresivního jenání?
- V čem spočívá riziko tolerance společnosti k násilí?
- Jakým způsobem mohou k jejímu rozvoji přispět média?
- Jaký je vztah agresivního jednání a potřeb jedince?
- Uveďte příklady projevů skupinového agresivního jednání v současnosti.

# 20 Poruchy chování v dětském věku a dospívání

Poruchy chování lze charakterizovat jako odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, event. na úrovni svých rozumových schopností.

## 20.1 Základní charakteristiky poruch chování a jejich příčiny

Obecně lze za poruchové označit takové chování dětí a dospívajících, které má následující znaky (podle DSM-IV, 1994):

- Chování **nerespektuje sociální normy** platné v dané společnosti.
  - O poruchu jednání se nejedná, pokud jedinec **není schopen pochopit význam hodnot a norem**. Takový předpoklad nesplňují mentálně retardovaní, anebo lidé, kteří přicházejí z jiného sociokulturního prostředí, kde platí jiné normy.
  - O poruše chování lze mluvit jenom tehdy, pokud jedinec **normy chápe, ale neakceptuje je nebo se jimi nedokáže řídit**. Důvodem může být jiná hodnotová hierarchie, rozdílné osobní motivy nebo neschopnost ovládat svoje chování (např. z důvodů organického poškození mozku nebo následkem požití alkoholu či drog).
- Nepřiměřené sociální chování se projeví **neschopností udržovat přijatelné sociální vztahy**. Závažnou překážkou je v tomto směru nedostatek empatie a egoismus, nadměrné zaměření na sebe a na uspokojování vlastních potřeb. Jedinci s poruchovým chováním nechápou význam přizpůsobení standardnímu sociálnímu očekávání, tj. normě, pro uchování nezbytného pořádku. Sami velmi často nezažili citový vztah, který by jim poskytl potřebnou pozitivní zkušenost a rozvinul jejich empatické schopnosti. Nerespektují sociální normy, které regulují společenské soužití a zahrnují ohled k jiným lidským bytostem (resp. zvířatům, životnímu prostředí apod.). Práva jiných lidí (např. jejich zdraví, důstojnost, majetek apod.) pro ně nejsou významné a přátelství pro ně nemá větší hodnotu než aktuální osobní užitek (Quay, 1987).

  Za porušení normy nepociťují **vinu**. Jejich svědomí není dostatečně rozvinuto, ať už je příčina jejich handicapu jakákoliv.





- Typickým způsobem reagování, který je spojen s porušováním práv ostatních, je **agresivita**.

  Poruchy chování **v dětském věku** mohou mít přechodný charakter, ale mnohdy fungují i jako signál poruchy osobnosti, která představuje zvýšené riziko budoucího problematického chování. Delikventní chování jen velmi vzácně začíná až v dospělosti.

## 20.2 Faktory zvyšující riziko rozvoje poruch chování

Dispozice k poruchovému chování je **multifaktoriální**. Projeví se zde jak biologické předpoklady, tak vliv mnoha sociálních faktorů, tj. nežádoucích zkušeností. Jde o interakci rizikových vlivů.

### Osobnostní faktory

- **Genetická dispozice** k disharmonickému vývoji a agresivnímu způsobu reagování. Taková dispozice se v dětství může projevovat především na úrovni temperamentu (Quay, 1987).

  Rizikovým faktorem je dráždivost, impulzivita, snížený sklon k úzkostnému prožívání (tzn. ke snížení zábran) a menší citlivost ke zpětné vazbě. (Podobné vlastnosti uvádějí i P. Říčan, 1995, a O. Matoušek, 1996.) Zpravidla bývá obdobně disponován alespoň jeden z rodičů, a tak je leckdy těžké odlišit dědičnou zátěž od zátěže psychosociální. V takových případech je zvýšené riziko, že se disponovaný rodič bude sám chovat problematicky, bude svoje dítě vychovávat nevhodným způsobem a bude pro ně nežádoucím modelem chování. Bylo zjištěno, že výchova v rodině dětí s poruchami chování bývá extrémní. Typickým znakem je na jedné straně lhostejnost a odmítání dítěte, na druhé straně tvrdá disciplína. Tělesné tresty a týrání jsou v anamnézách takových jedinců velice časté (Widom, Newman, 1985; Matoušek, 1996).

  V těchto případech se projevuje agresivita již v raném věku a bývá výchovně velmi málo ovlivnitelná. Typický je odmítavý postoj k běžným sociálním normám a preference vlastních pravidel chování, obyčejně zaměřených jen na uspokojování vlastních potřeb. V dospělosti z nich většinou vyrůstají lidé s poruchou osobnosti.

- **Oslabení nebo porucha CNS,** převážně na bázi prenatálního či perinatálního poškození, je také rizikovým faktorem, který zvyšuje dispozici k nežádoucímu způsobu reagování. Zvýšené riziko těchto projevů vzniká u dětí se syndromem hyperaktivity, po úrazech hlavy, u některých epilepsií apod.

  U takto postižených dětí a mladistvých bývá agresivní výbuch spíše důsledkem neschopnosti sebeovládání než neschopnosti rozeznat nevhodnost svého jednání či odmítání běžných norem chování. Dá se říci, že v tomto případě je jedním z příznaků onemocnění.

  Nepříznivou zátěží je zde emoční labilita, impulzivita a nižší schopnost sebeovládání, která je pro organické poškození CNS charakteristická. U postižených lze snadněji vyprovokovat nevhodné reakce. Například jedinci trpící syndromem hyperaktivity na bázi LMD mají

mnohem více potíží s chováním a dostávají se v adolescenci i dospělosti častěji (v 11–25 %) do nápravného zařízení (Matoušek, 1996).

- **Úroveň inteligence** není faktorem, který by významnějším způsobem ovlivňoval riziko vzniku poruchového chování. Děti i dospívající s poruchami chování sice mívají v průměru o něco nižší inteligenci, než je průměr populace, ale vyskytují se i asociální jedinci s nadprůměrnými schopnostmi. Poruchové chování je často spojeno se školním selháním, na čemž se významně podílí spíše sociokulturní zanedbanost.

### Vliv sociálního prostředí

Život v nevhodném nebo nepodnětném rodinném prostředí představuje riziko ve smyslu rozvoje nežádoucích způsobů chování, nebo dokonce nežádoucích osobnostních charakteristik.

Jde např. o nápodobu poruchového chování, o odlišný normativní a hodnotový systém rodiny, který dítě přejímá, nebo o důsledky rané citové deprivace, která mění dětskou osobnost apod. Negativní vliv mají i jiné sociální skupiny. Nejčastěji jde o působení asociální party v období dospívání. Agresivní nebo jinak poruchové chování zde může mít normativní charakter. Avšak parta nebude mít tak negativní význam, pokud by byla rodinná výchova dobrá a rodina představovala přijatelné zázemí. Význam rodiny pro rozvoj dětské osobnosti je větší. Rodina je do značné míry určující a kterákoli následující sociální skupina musí navazovat na základy, jež položila.

**Rizika rodinného prostředí** lze pro přehled rozdělit do několika kategorií:

- **Rodiče jsou anomální osobnosti**, a proto nejsou schopni uspokojivě plnit rodičovskou roli.

V tomto směru jsou rizikové rodiny asociálních jedinců, trpících poruchou osobnosti, osob s návyky vedoucími ke změně osobnosti (např. alkoholismus), dále emočně chladných jedinců bez zájmu o děti. Děti bývají v takových rodinách nejen citově, ale komplexně deprivované, zanedbávané a někdy i týrané. Negativní důsledky výchovy budou větší, jestliže je i dítě k disharmonickému vývoji osobnosti disponováno. To je v uvedených případech pravděpodobnější než v běžné populaci, protože u neadekvátně se chovajících rodičů nelze vyloučit genetickou zátěž.

- Zvýšení rizika představuje i **neúplná rodina**.

Role osamělého rodiče je náročnější, a proto se zde mírně zvyšuje možnost, že rodina nebude schopna poskytovat dítěti podporu a všechny vzorce chování, jaké by potřebovalo. Mluví se o nedostatku otcovské autority a mužského vzoru chování.

- Stoupá četnost poruchového chování i u mladistvých, kteří žijí v úplné a zdánlivě funkční rodině (Matoušek, 1996). Zde může jít o tzv. **subdeprivační zkušenost** dítěte, které má sice úplnou rodinu, ale fungující spíše formálně. Domníváme se, že nejde o zvláštní kategorii rodin, ale o důsledek již zmíněné rodinné dysfunkce. Rodina dítěti neposkytuje





důležité podněty pro jeho rozvoj. Nedovede mu dát jistotu, že má pro rodiče význam, a nedokáže mu vymezit žádoucí hodnoty a normy chování (jimiž by se všichni v rodině řídili). Dítě potřebuje být citově akceptováno a potřebuje se orientovat v pravidlech, která ve světě platí. Splnění prvního bodu dává význam bodu druhému.

O. Matoušek (1996) upozorňuje ještě na další možnou příčinu poruchového chování dětí z úplných a zdánlivě funkčních rodin – na nudu, nedostatek životního smyslu a cíle. Je známé, že dítě napodobuje rodiče, a činí tak samozřejmě i ve vztahu k náplni volného času a smyslu veškerého jednání. Jestliže mu rodina nic pozitivního neukazuje, nemůže se nic naučit. Takto mohou působit rodiny, které se schází pouze večer, nemají žádnou společnou náplň a čas „zabíjejí" nanejvýš sledováním televize či videa. Je jisté, že pro dospívajícího to není lákavé, a proto si hledá zábavu a vzrušení sám, někdy až za hranicí kriminálního chování.

- Určité **subkultury a sociální skupiny poruchové jednání tolerují**, někdy je dokonce považují za vhodné a nutné.

Delikventní chování dětí a mladistvých se mnohdy rozvíjí jako nápodoba dospělých, či dokonce pod jejich dohledem (Quay, 1987). Existují romské rodinné kapsářské gangy, které svoje děti učí zlodějským dovednostem, stejně jako učí jiní rodiče děti lyžovat nebo mluvit německy. (Delikventní chování již porušuje nejen sociokulturní, ale i právní normy.)

- K rozvoji nežádoucího chování může stimulovat nejen určitý styl života, ale i určité **životní prostředí**.

Jde např. o nakupení velkého množství lidí na sídlištích, která jsou typická svou anonymitou a kde lze těžko rozeznat stálé obyvatele od cizích lidí. Není tudíž divu, že se zde děti a mladiství chovají asociálně ve větší míře než tam, kde na funguje sociální kontrola a na anonymitu nelze spoléhat, např. na malém městě.

## 20.3 Poruchy chování v dětském věku

Dítě se v průběhu vývoje učí diferencovat žádoucí a nežádoucí chování i vhodnost chování ve vztahu k určité situaci. Nejde jen o to, aby dítě příslušné normy znalo, ale aby se podle nich chovalo. Zpočátku ho korigují rodiče. Později je dítě schopné regulovat své chování samo, i když ho právě nikdo nekontroluje. Signálem dosažení tohoto stadia socializace je schopnost reagovat pocitem viny, když dítě udělá něco, o čem ví, že je to špatné. Schopnost dodržovat normy je spojena s rozvojem psychických kompetencí. Dítě musí být natolik rozumově vyspělé, aby bylo schopné chápat význam a podstatu norem chování.

Zároveň je nutná určitá úroveň autoregulace. Dítě potřebuje umět odložit aktuální uspokojení, popř. se ho zcela vzdát, když je to vzhledem k situaci nevhodné.

## Vývojová podmíněnost poruchového chování

V rámci přechodu z předškolní úrovně prelogického myšlení do stadia konkrétních logických operací dochází k nepřesnostem v hodnocení reality. Tyto projevy někdy působí jako lež, ale jde o konfabulaci, smyšlenku, tj. nepřesné odlišení skutečnosti a fantazijní produkce, kterou dítě považuje za reálnou. Ze stejného důvodu některé děti ještě jednoznačně nerespektují tabu osobního vlastnictví a vezmou si někdy něco, co jim nepatří. Jde zatím spíše o nezralost kognice nebo autoregulace než o plánované a vědomé překročení sociálních norem.

Ve **středním školním věku** vzrůstá význam skupiny vrstevníků jako normativní skupiny. Třída má nyní značnou autoritu a dítě zde potřebuje získat dobrou pozici. Skupina žáků má ovšem svoje vlastní specifické normy, radikálně generalizované a platné pro všechny bez rozdílu. Jestliže některé dítě očekávání vrstevníků nevyhovuje, bývá odmítáno. Skupina dětí středního školního věku už dovede jednat jako celek, a odlišné či méně kompetentní dítě se stává terčem projevů odmítavého postoje. To je důvodem, proč se objevuje šikana, případně i další skupinové prohřešky proti sociálním normám. V tomto věku jde o první preemancipační pokusy, protože děti ještě považují normy dané rodinou a školou za významné.

V období dospívání je důležitým vývojovým znakem změna myšlení daná rozvojem formálních logických operací. Dospívající začíná uvažovat o dosud neexistujících možnostech, neakceptuje všechno, co mu dospělí předkládají. Nový přístup vede ke zvýšené kritičnosti k dosud respektovaným normám. Odráží se v pubertálním negativismu, který vyjadřuje potřebu dítěte uplatnit svůj vlastní názor.

Dospívající se odpoutává od rodiny, od světa nadřazených dospělých. Tím se mění jeho vztah k autoritě. Přestává uznávat formální autoritu a hodnotí člověka na základě jeho reálných schopností a vlastností. Vyžaduje upřímnost a otevřenost, ale zároveň je přecitlivělý na jakékoli připomínky, protože je nejistý.

V praxi se tato tendence projeví různým způsobem. Obecně slábne vliv rodiny na dospívající děti a na vznik nežádoucího chování má prvořadý vliv **vrstevnická skupina**, která má jiné, často obecně nepřijatelné normy. V dospívání se zvyšuje riziko experimentování v oblati chování, které překračují běžné sociální normy chování. Dospívajícího už nezvládne pouhá formální autorita, a skutečnou autoritu pro něj leckdy nikdo společensky přijatelný nemá.

Potřeba dokazovat si vlastní nezávislost na společnosti se projevuje nejen odvržením jejích norem, ale mnohdy i symbolickým, nebo dokonce fyzickým útokem proti jejím hodnotám. V mírnější formě jde o demonstrovanou nechuť proti establišmentu autostylizací, nošením nápadného, např. starého či otrhaného oblečení. V horším případě najde svoje vyjádření ve vandalismu, ničení, jež nemá zdánlivě žádný smysl. Mnohé varianty chování, které se jeví jako poruchové, jsou v tomto věku dány potřebou hledat novou identitu, a z toho důvodu zkoušet i dosud tabuizované nebo zakázané aktivity.





V této době se děti definitivně odpoutávají z těch rodin, které už dříve neposkytovaly citové zázemí, o něž rodiče neměli zájem a starali se o ně nanejvýš materiálně. Tyto děti už nemají žádný důvod rodiče dále respektovat a jsou fyzicky silné natolik, aby si nedaly líbit ani fyzické tresty. Dospívající se mohou začít chovat zcela bez zábran. Rodiče pro ně nepředstavují autoritu, a ani škola nemá žádný mocenský prostředek, aby mohla jejich chování ovlivnit. Mnohdy začíná jít o přestupky, které mají charakter kriminálního chování (např. o krádeže, vloupání, přepadání apod.).

H. C. Quay (1987) uvádí výsledky výzkumů, které svědčí pro skutečnost, že v dospívání se fixuje sklon k agresivním projevům a stává se trvalým rysem osobnosti.

O. Matoušek (1993) upozorňuje na *„reciprocně manipulativní vztahy v rodinách mladých delikventů“:* Dítě svým chováním vyvolává nespokojené reakce rodičů, a tak se postupně rozbijí emoční vztahy i pohoda rodinné atmosféry. Je jisté, že tyto vztahy jsou narušovány i jiným způsobem, někdy jde o rodiny v mnoha směrech dysfunkční. Na druhé straně zůstává rodina často jediným, i když nepodařeným zázemím. Když se mnozí problémoví adolescenti ocitnou ve stavu nouze, na rodinu se až nápadně koncentrují a idealizují si ji.

Rozvíjení vlastní **identity** může být za určitých okolností velmi těžké. Jedinec potřebuje získat sebeúctu, potřebuje si potvrdit svoje kompetence a mnohdy toho není možné dosáhnout sociálně přijatelnými aktivitami. Pak se tak děje činností nežádoucí, v nevhodné společnosti, protože lepší varianta není dostupná. E. Erikson (1987; 1996) o dospívajících říká: *„Mladí lidé potřebují, aby byli uznáváni ve svých absolutních ctnostech, nebo ve své radikální neřesti, aby jejich okolí uznalo, že jsou zcela unikátní, nebo naprosto ztracení.“*

Přechodná fáze emancipace nevede hned k dosažení individuální samostatné identity, ale zůstává zatím někde uprostřed. Dospívající se už neidentifikuje s rodinou, ale jednoznačně s **vrstevnickou partou**, kde získává novou, tzv. **sociální identitu**. Ta je dána jeho příslušností ke skupině. V této době mají pravidla proklamovaná (a často i realizovaná) partou prioritu před normami světa dospělých. Tak se vytváří další specifická kategorie poruchového chování. (Dospívající např. krade v partě nebo pro partu, protože krádež je podmínkou jeho přijetí, chová se v rámci party násilně apod.) Zde už nejde jen o porušení nějakého zákazu, ale mnohdy o komplexní proměnu norem chování směrem k nežádoucí variantě.

V další fázi adolescence se dospívající postupně stále víc osamostatňuje a získává téměř všechna práva dospělých (i když nemá zdaleka všechny jejich povinnosti). Rozvoj možností a schopností je v této době rychlý, a tak není divu, že mladistvý má pocit, že může všeho snadno a bez odkladu dosáhnout. Nechce se mu čekat, touží uspokojit všechny svoje potřeby bezodkladně, bez ohledu na jiné a, pokud možno, také bez vynaložení vlastního úsilí. Může se účastnit podivných obchodů, pašování, podvodů, ale také násilností a rizikových zábav. Vzhledem k tomu, že mladiství potřebují pro své zájmy hodně peněz najednou a nemají trpělivost čekat, až je vydělají, jsou leckdy ochotni překročit normy nejen sociální, ale i právní.

## 20.4 Charakteristika poruch chování v dětském věku

Poruchy chování v dětském věku lze formálně rozdělit na **neagresivní porušování sociálních norem** (lži, útěky a toulání) a **agresivní poruchy chování** (šikanu, vandalismus, přepadávání apod.). Agresivní chování porušuje a omezuje práva ostatních, a proto je lze považovat za závažnější. Mezi oběma typy není přesná hranice, mohou se různým způsobem kombinovat.

O poruchách chování mluvíme obyčejně **až ve středním školním věku**, i když se u disponovaných dětí nebo za nepříznivých okolností objevuje nežádoucí chování již v ranějším období. Takový projev může signalizovat budoucí závažnější poruchu, ale může mít i přechodné trvání.

### 20.4.1 Lhaní

Lhaní je způsobem úniku z osobně nepříjemné situace, kterou dítě nedovede vyřešit jinak.

**Pravá lež** je charakteristická úmyslem a vědomím nepravdivosti. Dítě dobře ví, že nemluví pravdu. Jde o obranný mechanismus, který má jasný cíl: dítě se potřebuje vyhnout potížím nebo získat nějakou výhodu, obyčejně nezaslouženou. Ve školním věku je dítě schopno odlišit, co je pravda, a ví, že se lhát nemá. Jestliže lže i za těchto okolností, buď mu jde o dosažení něčeho, na co nemá právo, co si nezaslouží, anebo nemůže ovládnout potřebu říkat něco jiného než pravdu, přestože z toho nic nemá (v tomto případě dítě motivuje atraktivita jeho výmyslů).

Bájivá lhavost uspokojuje alespoň na symbolické úrovni ty potřeby, které ve skutečnosti uspokojeny nejsou. V tomto případě se o poruchu chování nejedná.

Při hodnocení dětských lží je významná frekvence, tj. jak často dítě lže, dále výběr osob, kterým dítě lže, specifičnost situací, v nichž obvykle lže (pokud taková výběrovost existuje), a zejména **účel**, který dítě ke lhaní vedl.

Zvláštní kategorii představují lži zaměřené na poškození jiné osoby nebo na dosažení osobního prospěchu, které ostatní děti znevýhodní. Nelze je považovat za obranu v nouzi a bývají spojeny s dalšími negativními projevy a s osobnostními vlastnostmi, jako egoismus, necitlivost apod. V krajním případě se setkáme i s agresivitou, zejména při prosazování vlastních cílů. Jde o závažnější odchylku osobnostního vývoje a prognóza do budoucnosti je horší. Někdy je sklon ke lhavosti trvalým osobnostním rysem. Podle L. N. Robina (1966 – in Widom a Newman, 1985) je patologická lhavost znakem poruchy osobnosti – jde o tendenci, která se objevuje již v dětství, ale není přechodným projevem. Pro anomální, psychopatickou osobnost je sklon k řešení problémů lhaním a podváděním typický.





### 20.4.2 Útěky a toulání

Útěk lze interpretovat jako určitou variantu únikového jednání.

Dítě řeší svůj problém útěkem z prostředí, které se mu jeví ohrožující nebo jinak nepřijatelné. (Jde o útěky z domova, z ústavního zařízení apod.) Pokud dítě utíká z domova, je to signálem, že rodina nefunguje jako zdroj jistoty a bezpečí a ve své funkci nějakým způsobem selhává. Dítě není schopné zvládnout situaci vhodnějším, adaptačně zralejším způsobem. Buď proto, že k tomu nemá potřebné kompetence, anebo proto, že je problém příliš velký, než aby jej mohlo zvládnout dítě. Nefunkční rodina představuje riziko pro rozvoj dalších variant poruchového chování dítěte i pro rozvoj jeho osobnosti. Proto je zapotřebí situaci bezodkladně řešit.

Existují různé formy útěků, které mají nejen odlišný projev, ale i odlišnou motivaci:

- **Reaktivní, impulzivní útěky** jsou zkratovou reakcí na nezvládnutou situaci doma nebo ve škole. Jejich smyslem může být potřeba úniku, např. před trestem, který dítě prožívá jako nesnesitelný, od člověka, s nímž dítě nechce žít apod. Z. Matějček, (1991, s. 309) upozorňuje na fakt, že jde většinou o *„útěk před zahanbujícími, ponižujícími pocity, které by dítě nutně zažilo v konfrontaci s rodiči. Je to obrana před degradací vlastního já."* Útěk je signálem zoufalství nebo varováním. Dítě se však zpravidla chce domů vrátit. Takto motivovaný útěk může být ojedinělý a po vyřešení problému se již neopakuje.
- **Chronické útěky** bývají plánované a připravované, vyplývají obyčejně z dlouhodobých problémů. Někdy mívají přesný cíl, např. osobu, k níž dítě utíká. Dítě se obyčejně nechce vrátit. S podobnými útěky se setkáváme u dětí z narušených a nefunkčních rodin, kde dítě nemá žádné zázemí, není citově akceptováno, a někdy je i využíváno a týráno. Vzácněji mohou takové útěky souviset s patologickým vývojem osobnosti dítěte, které je běžným způsobem nezvládnutelné (např. duševní onemocnění). Jiným případem jsou útěky dětí z dětského domova, a zejména z diagnostického či výchovného ústavu. Jsou reakcí na pocit omezení svobody či odtržení od prostředí, jež pro dítě představuje zázemí.
- **Toulání** je charakteristické dlouhotrvajícím opuštěním domova, které většinou navazuje na útěky. Je výrazem nedostatečné citové vazby k lidem a k zázemí, které je natolik dysfunkční, že na něm dítěti nezáleží, nebo je dokonce odmítá. Dítě, resp. dospívající, se může toulat sám, nebo v partě. Toulání bývá spojeno s dalšími odchylkami v chování, sloužícími např. jako prostředek zajištění živobytí. Toulaví jedinci často kradou a prostituují nebo bývají zneužíváni. Je zvýšená pravděpodobnost, že začnou užívat drogy nebo alkohol.

U dospívajících je riziko, že se pro ně toulavý způsob života stane návykem, že nebudou schopni stabilního zaměstnání a postupně skončí jako bezdomovci.

Sklon k toulavosti je podle L. N. Robina (1966 – in Widom a Newman, 1985) jedním ze znaků poruchy disociální osobnosti. U toulavých jedinců byla ve 35–45 % zjištěna tato diagnóza.

### 20.4.3 Krádeže

Krádeže jsou charakteristické záměrností jednání. O krádeži lze mluvit teprve tehdy, když je dítě na takovém stupni rozumové vyspělosti, kdy je schopno pochopit pojem vlastnictví a akceptovat normu chování, která vymezuje odlišný vztah k vlastním a cizím věcem.

V případě krádeže jde o formu omezení vlastnického práva jiného člověka nebo společnosti. (Může být spojena i s projevy násilí – loupež, přepadení.) V názoru na krádeže se může projevit vliv odlišného hodnotového systému určité sociální vrstvy nebo etnika.

Krádež nemusí být považována určitou subkulturou za závažnější přestupek, a z toho vyplývá i postoj dětí z takové skupiny. Případné potrestání nepovažují za spravedlivé a nemají ani větší pocit viny nebo hanby, když jsou při krádeži přistiženy. Nemyslí si, že by byl jejich čin příliš špatný, protože normy rodinného prostředí jej tolerují.

Způsob krádeže je pro posouzení závažnosti poruchy chování velmi podstatný. Menší význam mají neplánované, **příležitostné krádeže**, zejména mladších dětí. Krádež bývá v tomto případě výsledkem impulzivní reakce, nezvládnutelné aktuální potřeby vlastnit nějakou věc, která se jim líbí, aniž by o svém činu předem uvažovaly. Závažnějším signálem poruchy socializace jsou plánované a **předem promyšlené krádeže**, jež se obyčejně vyskytují až ve starším školním věku. Jejich prognóza je tím nepříznivější, čím dříve se objeví. Mnohdy je tento typ krádeží spojen s dalšími variantami poruchového chování (např. se šikanou). Nejzávažnější jsou **opakované krádeže v partě**. Zloděj má podporu ostatních členů skupiny a krádež ani nepovažuje za závažné porušení norem. (Pokud dítě krade samo, bývá všemi odsouzeno, nemá žádnou podporu, a tak se spíše zafixují zábrany k opakování podobného činu.)

Cíl krádeže a **motivace**, která k jednání vedla, mohou být velmi variabilní a signalizují, jaké problémy dítě má:

- **Dítě krade pro sebe.** Zde je základem nežádoucí aktivity potřeba získat něco, čeho nelze dosáhnout jiným, sociálně přijatelnějším způsobem, nebo dítě krade proto, že se jinému způsobu uspokojení potřeb nenaučilo (to je ovšem závažnější situace). Ve vzácnějších případech – jestliže rodina zásadním způsobem selhává – může jít i o nouzové uspokojování základních potřeb, jako je jídlo, pití, ošacení apod. Dítě krade z pudu sebezáchovy (podobné situace se vyskytují např. za války, u dítěte na útěku, v situaci velkého ohrožení apod.).

  Z. Matějček (1991) upozorňuje na jinou závažnou variantu, kdy jsou krádeže projevem náhradního uspokojování citového strádání. Citově deprivované děti mohou mít zvýšenou potřebu hromadit věci nebo jídlo, které slouží jako náhražka za chybějící citové zázemí.





- **Dítě krade pro druhé.** Příčinou takových krádeží bývá neuspokojená potřeba být akceptován a dosáhnout mezi vrstevníky vyšší prestiže. Tímto způsobem získává kamarády dítě, které je pro ostatní neatraktivní, neosvojilo si potřebné sociální dovednosti a přijatelnější způsob neovládá. Typické je, že krádeže se uskutečňují mimo teritorium skupiny, např. doma nebo v samoobsluze.

  Dítě může být ke krádežím pro druhé i donuceno, např. šikanou. Krade, protože by mu jinak hrozil trest, kterého se bojí, např. bití.

- **Dítě či mladistvý krade pro partu.** Zde jsou krádeže buď výrazem snahy udržet si svou pozici v partě, nebo souvisí se sociálními normami party, kde je krádež hodnocena jako žádoucí, nebo dokonce povinná aktivita. Odmítnutí účasti na krádeži by bylo hodnoceno jako přestupek a potrestáno. Je to situace, kdy nejde jen o občasné porušení běžných norem, ale jejich úplné odmítnutí a nahrazení jinými, obecně nepřijatelnými. Asociální chování se fixuje jako norma.

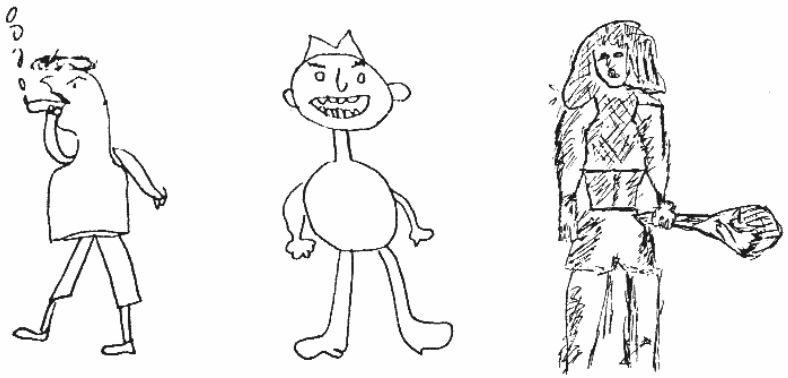
### 20.4.4 Agresivní poruchy chování

**Porušování sociálních norem je u agresivního chování spojeno s násilným omezováním základních práv ostatních. Agresivní jednání lze obyčejně interpretovat jako prostředek k uspokojení potřeby** (např. k získání něčeho žádoucího nebo k sebeprosazení). Může být nevhodným prostředkem k dosažení obecně přijatelného cíle. Jindy je cíl agresivního jednání problematický (např. potřeba ovládat všechny děti ve třídě). Vzácněji jde o potřebu agresivního jednání, kdy je samo násilí cílem. Pak dítě uspokojuje např. týrání spolužáka.

#### Šikana

**Šikanu lze definovat jako násilně ponižující chování jednotlivce nebo skupiny vůči slabšímu jedinci, který nemůže ze situace uniknout a není schopen se účinně bránit.**

Šikana je závažnou agresivní poruchou chování nejenom dětského věku. Je významné, že bezmocnost a slabost oběti agresivní jednání nejen stimuluje, ale i posiluje. Chování, v němž se objevují prvky šikany, lze sledovat už ve středním školním věku, tj. v době, kdy se třída transformuje na strukturovanou skupinu, která má své normy a hierarchizované role. Skupina je schopna alespoň krátkodobě organizovaně jednat, a prosazovat tak svou nově objevenou sílu. Mnohdy si svou moc dokazuje právě ve vztahu k odlišným a slabým členům. V dětské skupině existuje značný tlak na konformitu, který je posilován potřebou vytvářet jednolitou tlupu, kde jsou všichni členové stejní, případně hodně podobní. Děti staršího školního věku mají již dost fyzické síly, jíž potvrzují svůj status ve skupině – zejména chlapci. Problémem se na této úrovni



**Obr. 20.1:** Kresby lidské postavy dospívajících chlapců s poruchami chování mají své typické rysy důraz na orální aktivitu a agresivní postoj.

zralosti stává nedostatek ovládání různých silových projevů a pocitu moci, který z nich vyplývá. Riziko se zvyšuje tam, kde byly již dříve zřejmé sklony či návyk jednat agresivně, nebo když dítě nezná či neovládá jiný způsob, jak by se prosadilo. Šikana má s věkem stoupající tendenci (v 8. ročníku bylo takových projevů dvakrát víc než ve 4. ročníku). Má většinou charakter fyzického násilí (36 %) nebo vydírání (20 %) (Blažková, 1994). Velmi významným a alarmujícím zjištěním je fakt, že k šikaně dochází nejčastěji přímo ve škole (ve třídě v 33 %, na chodbě nebo WC v 32 %).

Šikanující **agresor** je obyčejně fyzicky zdatný a silný, ale neukázněný, s potřebou se předvádět a dokazovat svou převahu nad ostatními, bývá necitlivý a bezohledný. Nemívá dostatečně vyvinuté svědomí a za své chování se necítí vinen.

Má zvýrazněnou potřebu sebeprosazení, kterou buď nemůže uspokojit v jiné oblasti z důvodu omezených schopností, nebo má návyk řešit všechno násilím. Bývá spíše podprůměrným, méně úspěšným žákem. Tendence k agresi je spojena s podezíravostí vůči okolí. Jedinec projikuje do ostatních svoje vlastní postoje a sklony ubližovat druhým: podezírá je z toho, co má tendenci dělat sám. Zpravidla se projevuje agresivně již od raného věku, a to generalizovaně. V jeho chování je zjevný nedostatek citlivosti a ohledu k ostatním.

Někdy dochází i ke změně v hodnocení oběti, kterou klasifikuje jako méněcennou bytost, pro niž platí jiná pravidla. Není třeba na ni brát ohled, protože toho není hodna. Tento postoj obsahuje prvky obranných mechanismů, kdy se přesouvá zodpovědnost za šikanu na oběť: *„On si o to koledoval."* *„Nemusel provokovat."* apod.





Demonstrovaná slabost a bezbrannost zvyšuje tendenci chovat se k takovým jedincům přinejmenším s despektem (ne-li přímo agresivně). Není tudíž náhoda, že je některé dítě v roli agresora a jiné v roli oběti. Tendenci k agresivitě vůči přecitlivělým, úzkostným, nejistým či sociálně neatraktivním jedincům lze vysvětlit pomocí mechanismu přenosu. Dítě takové vlastnosti odmítá, nechtělo by je mít a sklony k odmítaným projevům v sobě potlačuje. Přenos spočívá v tom, že to, co chce dítě potlačit u sebe, trestá u jiných. Jak uvádí P. Říčan (1995), tím samo sobě dokazuje, že ono takové není. Popsaný přístup ovšem svědčí jak o nevyrovnanosti dítěte, tak o jeho preferovaných hodnotách.

Pohotovost k agresivnímu chování posiluje **zkušenost z rodiny**: rodiče šikanujících dětí bývají k agresivnímu jednání tolerantnější a sami ve výchově užívají fyzické tresty. Váží si více násilného řešení problémů než jiných způsobů. Opět to bývají děti, které nemají dostatečné citové zázemí, ale zato mají zkušenosti s negativním postojem rodičů (nezájmem, odmítáním až nenávistí) (Říčan, 1995).

**Šikanovaná oběť** často má nějaký handicap. Bývají to tiché, plaché, úzkostné a nejisté děti s nízkým sebevědomím. Jsou zvyklé se podřizovat. Jsou obvykle fyzicky slabé a neobratné, někdy jsou obézní nebo jinak nápadného zevnějšku. Důvodem k šikaně se stává příslušnost k nižší sociální vrstvě, rasová odlišnost apod. Tyto děti nemívají dobrý sociální status, často jde o samotáře, které ostatní považují za nesympatické a „divné". Nebývají sociálně zdatné: neumějí navazovat kontakt, bývají málomluvné a pasivní (Říčan, 1993; 1995). Jejich školní prospěch zde nehraje významnější roli. V rodinném prostředí shledal P. Říčan (1995) jen zvýšenou úzkostnost matek a z ní vyplývající nedostatečné vedení k samostatnosti a sebeprosazení.

**Šikana má celou řadu variant.** D. Olweus (in Říčan, 1993) rozlišuje šikanování skryté (ostrakizace, která se projevuje pouze sociální izolací a vyloučením oběti ze skupiny vrstevníků) a šikanování zjevné.

Zjevná šikana může mít podobu:

- **fyzického násilí a ponižování** (např. strkání, bití, skákání po oběti, zavírání do popelnice apod.);
- **psychického ponižování a vydírání** (nucení ke svlékání, k posluze, nadávání, izolace apod.);
- **destruktivních aktivit zaměřených na majetek oběti** (braní a ničení věcí, trhání sešitů, polití šatstva apod.).

Různé projevy šikanování se liší i **mírou nutné aktivity oběti**. Vynucené chování šikanovaného jedince se projevuje buď pasivním snášením ponižujícího jednání ostatních (např. nechá na sebe plivat), anebo má ráz nedobrovolné aktivity ve prospěch agresora (např. nosí mu tašku, píše úkoly apod.). Donucení k degradující aktivitě je větším ponížením než pasivní snášení čehokoli, když je šikanující silnější (nebo pokud je agresorů víc).

Šikana představuje pro oběť často aktuální **ohrožení psychického i somatického zdraví**, i u nás jsou známy případy těžkých ublížení na zdraví a suicidálního jednání oběti. Nebezpečným dlouhodobým **důsledkem** je především možnost zafixování zkušenosti jak v případě agresora a jeho oběti, tak ostatních dětí, které šikaně více či méně pasivně přihlížely.

P. Říčan (1995) uvádí, že dětští agresoři se již v posledních ročnících základní školy stávají členy pochybných part. Je zřejmé, že existuje značné riziko jejich budoucí kriminalizace. Šikana není omezena jenom na školu a na dětský věk. Vyskytuje se za různých okolností i v dospělosti.

Šikana je vždy **záležitostí celé skupiny**. Jejím důsledkem je deformace sociálních vztahů, hierarchie rolí a postojů k normám. Nebyla by možná, kdyby ji zbývající členové skupiny odmítli. Značným problémem je **společenská tolerance šikany** a její bagatelizování. Tendence popírat šikanu může být obranou v situaci, kdy se proti ní jedinec cítí bezmocný a nedovede tento problém řešit. Ukázalo se, že tento postoj volí značná část lidí, kterých se šikana přímo osobně netýká: 51 % adolescentů přiznává, že by proti šikaně aktivně nic neudělalo (Červený, Kubešová, 1996). V tomto směru je významný nejenom postojový stereotyp dané společnosti k šikaně, ale i názory na šikanující a šikanované. Problémem na všech věkových úrovních je nepříznivé hodnocení oběti, kterou bývá nesympatický jedinec s malou prestiží. Vztah k obětem šikany bývá tudíž **ambivalentní**, nejčastěji jde o kombinaci soucitu a pohrdání.

Určitou roli zde hraje vztah k vlastní pozici ve skupině a k sebehodnocení. Jestliže je člen skupiny podceňován (což se může projevit i šikanou), prestiž ostatních tím automaticky stoupá. Jsou těmi, kteří jsou hodnoceni lépe. Proto je šikanovaný člověk ve skupině výhodný, a proto je chování, jež jeho pozici potvrzuje, pro ostatní přijatelné. Významné je i skupinové klima, sugestibilita jejích členů a vymezení oběti jako natolik odlišného jedince, že ani není ke skupině počítán (je „jiný").

**Šikana se stala součástí skupinových sociálních norem např. v armádě. Zde mívá charakter rituálu, který je přehlížen nebo tolerován** (Kazda, Tomeček, 1996). Za těchto podmínek se přenáší sociálním učením i na další generace. Starší voják si svou negativní zkušenost se šikanou odreaguje na mladším. Mladší ví, že se také dočká výhodnější role a pak bude mít potřebnou moc on atd. Doba a role jsou zde přesně určeny. L. Kazda a A. Tomeček (1996) uvádějí, že se s šikanou setkalo 96 % vojáků. **Šikana je projevem zneužití moci**, kterou jedinec svým postavením získal. K tomu může dojít kdekoli, rostoucí pozornost se věnuje např. šikaně na pracovišti. Důležitým faktorem, jenž pravděpodobnost výskytu šikany zvyšuje, je **anticipace beztrestnosti**. Agresor se neobává trestu, protože s ním vůbec nepočítá, ví, že si šikanu málokdo troufne řešit. (Vzhledem k převažujícím postojům se o šikaně nadřízené složky většinou ani nedovědí. Týraná oběť se nepokouší hledat pomoc. Snaží se spíše přežít dobu, po kterou týrání očekává.)

Šikana je **silným sociálním stresem.** Tomuto vymezení odpovídají i potíže, které se u obětí šikany objevují. Je možné je zařadit do kategorie posttraumatické stresové poruchy, projevující se čistě psychickými i somatizujícími symptomy. Psychickými důsledky šikany bývají zvýšený sklon k úzkosti, depresivní ladění, akcentace obranného postoje a senzitivní vztahovačnost. Somatické projevy mohou zahrnovat poruchy spánku, svalovou tenzi, snížení imunity, větší sklon k prožívání bolesti a celkové nepohody (Šolcová, 1995).





## Shrnutí

Poruchy chování lze charakterizovat jako odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, event. úrovni rozumových schopností. Dispozice k poruchám chování je multifaktoriální. Projeví se zde jak biologické předpoklady, tak vliv mnoha sociálních faktorů. Poruchy chování v dětském věku lze rozdělit do dvou kategorií, na neagresivní a agresivní.

## Kontrolní otázky

- Jaká jsou vývojová rizika vzniku nežádoucího chování v době dospívání?
- Jaké jsou hlavní faktory, zvyšující riziko rozvoje poruchového chování?
- Jakým způsobem lze interpretovat dětské krádeže?
- Co mohou signalizovat dětské útěky a toulání?
- Jaké jsou příčiny a projevy šikany?
- V čem spočívá společenské riziko šikany?

# 21 Problémy spojené se životním stylem – závislosti

Lidé se vždycky snažili najít možnost uniknout z aktuální situace, dosáhnout pocitů štěstí, pohody, síly a mimořádných schopností, fantastických zážitků, inspirace. Psychoaktivní látky, nejprve přírodní a později i uměle syntetizované, jim žádoucí pocity poskytovaly a poskytují. Po určitou dobu zbavují starostí, strachů, nejistoty, zlepšují sebehodnocení. Přestože se ví o nepříznivých důsledcích užívání psychoaktivních látek – po určité době si začne droga více brát, než člověku dává – lidé se jich nikdy zcela nedokázali zříci, protože přinášejí rychlé a snadné uspokojení.

V každé době a oblasti bývala jistá droga preferována a postupně v dané kultuře získala své místo. Příslušníci společnosti si na ni zvykli, do určité míry se s ní naučili zacházet, její užívání bylo tolerováno, protože se stalo tradicí. V našich zeměpisných podmínkách to je především alkohol.

## 21.1 Psychoaktivní látky a závislost na nich

Jako psychoaktivní označujeme látky, které po aplikaci (např. požití, injekční aplikaci, inhalaci) mění psychický stav, obvykle subjektivně žádoucím způsobem. Motivace k užívání psychoaktivních látek je různá:

- **Potřeba vyřešit problémy,** uniknout stresovým situacím a frustraci, uvolnit zábrany.
- **Potřeba dosáhnout uspokojení** nebo slasti, která není jinak dosažitelná, resp. není běžně dostupná.
- **Potřeba uniknout stereotypu,** nudě, získat inspiraci.
- **Potřeba sociální konformity,** uchování sociálních vztahů, potřeba být akceptován skupinou nebo subkulturou, v níž užívání drogy patří k standardu chování.

Důsledkem užívání psychoaktivních látek může být:

- akutní **intoxikace**;
- **psychické nebo somatické poškození,** např. deprese po těžkých stavech opilosti, v důsledku opakovaného užívání (kdy ještě není vytvořena závislost);
- **závislost na užívání psychoaktivní látky,** která má různé negativní účinky.





### Závislost

**Syndrom závislosti** lze definovat jako 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).

Jednotlivé psychoaktivní látky mají různé účinky a vyvolávají různý typ závislosti:

1. **Biologická (somatická) závislost** se definuje jako stav adaptace organismu na drogu doprovázený zvyšující se tolerancí (člověk k dosažení stejného efektu potřebuje stále větší a větší dávku) a projevující se při vysazení drogy abstinenčním syndromem (*Merck Manual,* 1996, s. 13 až 37).
2. **Psychická závislost** znamená potřebu užívat opakovaně nebo trvale drogu k vyvolání příjemných prožitků a k odstranění prožitků nepříjemných a zatěžujících. Člověk má návyk užívat drogu, protože mu přináší uspokojení.

   Přesné rozlišení je obtížné, mnozí autoři soudí, že na buněčné úrovni jde o jeden mechanismus (Halgin a Whitbourne, 1994).

## 21.2 Negativní důsledky užívání alkoholu

Alkohol je v našich zemích nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou. Je to droga společenská, lidé nejčastěji konzumují alkohol ve skupině. Činí tak často ritualizovaně, např. ve formě přípitků při oslavách. Pití alkoholických nápojů má velmi dlouhou tradici a společnost je k jeho užívání poměrně tolerantní. Většinou se tento postoj mění pouze při nadměrné konzumaci nebo vzniku závislosti. Alkohol obvykle působí anxiolyticky, uvolňuje psychické napětí, zlepšuje náladu a dodává sebejistotu. Někteří jedinci ovšem na alkohol reagují jinak, např. smutkem a zažívacími potížemi. Určitý vliv má očekávání účinku alkoholu dané zkušeností. V malých dávkách působí alkohol stimulačně, odstraňuje zábrany. Ve větších dávkách má tlumivý účinek, opilý člověk usíná tam, kde právě je (Mareček, 1996).

**Riziko vzniku závislosti** na konzumaci alkoholických nápojů je dáno spolupůsobením několika faktorů. J. Skála (1986) uvádí dva základní:

1. **Genetická dispozice.** Člověk, jemuž alkohol díky jeho metabolické dispozici přináší zvlášť příjemné pocity a nemá nepříjemné následky, si vytváří závislost snadněji. Vrozený předpoklad reagovat na alkohol pozitivním způsobem ovlivňuje proces dalšího učení: člověk se snáze naučí pít, jestliže mu alkohol – alespoň na počátku – přináší jen příjemné zážitky, např. tím, že jej zbavuje úzkosti a posiluje jeho sebevědomí.

   Určité **osobnostní rysy** (např. nezdrženlivost, impulzivita a neschopnost přiměřeného sebeovládání, které se vyskytují např. u poruch osobnosti, u organických poškození CNS atd.) rovněž představují rizikový faktor. Tito lidé častěji užívají alkohol, nedovedou pít s mírou, a proto si snadněji vytvoří návyk, resp. závislost.

2. **Faktor učení.** Tendence k užívání alkoholu může vzniknout jako napodoba rodičovského nebo jiného modelu, např. pod vlivem party. Takové chování se opět zafixuje zejména u lidí, kterým alkohol přináší pozitivní prožitky – např. tím, že zvyšuje jejich pocit jistoty, síly, zlepšuje sebehodnocení, dává pocit moci apod. Negativní sociální důsledky se objevují až později a na rozvoj návyku nemají podstatný vliv. (Kubička, 1987, s. 33–40)

   Závislost na alkoholu může být psychická (alkoholik si zvykl řešit problémy únikem do alkoholu a jinak to nedovede) i **biologická** (ta se projevuje abstinenčním syndromem). Nadměrné užívání alkoholu může mít charakter **abúzu**, tj. nadužívání, který má celou řadu negativních důsledků, ale člověk nepotřebuje pít stále, v této době ještě nereaguje abstinenčním syndromem. Závislost vzniká jako následek dlouhodobého, pravidelného nadužívání alkoholu. Vytváří se zpravidla několik let, délka vývoje závislosti je individuálně různá. U mladistvých se závislost vytvoří rychleji, někdy jen za několik měsíců.





### 21.2.1 Vývoj závislosti na alkoholu

Proces rozvoje závislosti na alkoholu má čtyři fáze. Poprvé jej v roce 1952 popsal E. M. Jellinek, americký alkoholog českého původu (Skála, 1986, s. 13–14):

1. **Počáteční stadium.** Člověk užívá alkohol k potlačení nepříjemných stavů, k dosažení dobré nálady, nebo je jeho chování projevem sociální konformity (pití v zaměstnání, v partě). Postupně se zvyšuje frekvence pití a stoupají dávky alkoholu.

2. **Stadium prodromální, varovné.** V důsledku zvýšené konzumace stoupá tolerance k alkoholu, člověk si na něj zvyká a pije stále víc. Nad svým pitím ztrácí kontrolu, často se opije. Varovným znamením je tendence pít sám, případně tajně. V této fázi si člověk začíná uvědomovat, jakou má potřebu alkoholu, a pociťuje to jako nepříjemné varování.

3. **Stadium kritické.** Konzumace a s ní související tolerance k alkoholu stále roste. Začínají se objevovat alkoholické amnézie, člověk si nepamatuje, co v opilosti dělal. V tomto stadiu člověk **ztrácí kontrolu nad svým pitím**, už se nedovede ovládnout a pít s mírou. Sám je ovšem přesvědčen, že by byl schopen přestat pít, kdyby to bylo třeba a kdyby chtěl. I když si dělá výčitky, ani příště nedokáže svoje chování ovládat. Není toho schopen, i když by rád, a někdy se o to pokouší. Závislý člověk již potřebuje alkohol denně, neobejde se bez něj, ať už je jeho primární motivace k pití jakákoli. Kdyby se nenapil, prožíval by tak nepříjemné pocity, že by dlouho abstinovat nevydržel.

   Užívání alkoholu vede ke vzniku dalších problémů, zejména sociálního charakteru, např. ke konfliktům v rodině a na pracovišti. Alkoholik na ně reaguje obrannou racionalizací. Dává přednost společnosti lidi, kteří rovněž pijí a jeho závislost mu nevyčítají. Je zřejmé, že se pod vlivem alkoholu začínají měnit osobnostní vlastnosti. Dochází ke změně v hodnotovém systému, k oploštění zájmů i vztahů k lidem.

4. **Stadium terminální.** Dochází k obratu, tolerance k alkoholu se začíná snižovat. Alkoholik se rychleji opije, ale bez alkoholu nevydrží. Pije prakticky nepřetržitě, první dávku si dává hned ráno. V této fázi se objevují psychické i somatické poruchy podmíněné dlouhodobým abúzem alkoholu. Sociálně adaptační problémy a konflikty s lidmi jsou stále četnější a závažnější. Závislý člověk si mezi lidmi nevybírá, akceptuje společnost kohokoli, kdo je ochoten jej přijmout a pít s ním, resp. mu naslouchat (popř. alespoň nezahánět). Toto stadium je typické stavy bezmocnosti, kdy si alkoholik uvědomuje svou neschopnost zvládnout závislost na alkoholu. Má potíže, když pije i když nepije. Postupně dochází k **tělesnému i psychickému chátrání a úpadku v sociální oblasti**.

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).

### 21.2.2 Psychické následky dlouhodobého užívání alkoholu

Následkem dlouholetého, nepříznivého vlivu alkoholu na organismus člověka, zejména na jeho centrální nervový systém, jsou různé psychické poruchy:

- **Alkoholový abstinenční syndrom** vzniká jako reakce na snížení či vynechání potřebné dávky. Závislý jedinec reaguje úzkostí, neklidem, depresivní nebo podrážděnou náladou, bývá malátný, mívá vegetativní potíže (pocení, tachykardie), třes a bolesti hlavy. Někdy se objevují halucinace a záchvaty křečí. Abstinenční syndrom je důkazem existující metabolické závislosti na alkoholu.

  Alkoholový abstinenční syndrom s deliriem je bouřlivější reakcí závislé osoby na nedostatek potřebné dávky alkoholu. Vegetativní reakce bývá velice silná, objevuje se třes, pocení, tachykardie a někdy záchvaty křečí. Nemocný je velmi neklidný a úzkostný. Po určité době se neklid zvyšuje až do agitovanosti. Objevují se poruchy vědomí, bludy (nejčastěji paranoidně-perzekuční), halucinace (typické jsou halucinace malých živočichů – laici mluví nejčastěji o bílých myškách – a taktilně-kinestetické halucinace). Delirium tremens může končit smrtí (asi v deseti procentech). Obyčejně trvá asi 72 hodin (Mareček, 1996).

- **Alkoholické psychózy a halucinózy** vznikají jako reakce na snížení dávky alkoholu. Objevují se nepříjemné sluchové halucinace, často jsou to hlasy osob diskutující o postiženém, nemocný má děsivé sny (Mareček, 1996).

- **Amnestické alkoholové poruchy a demence.** Dlouholeté nadužívání alkoholu vede k poškození CNS, které se projevuje poruchou paměti a postupným úpadkem inteligence. Do této kategorie patří i *Korzakovova alkoholická psychóza*, charakteristická celkovou tupostí, apatií, demencí a sociální degradací (Mareček, 1996).

Alkohol poškozuje zdraví komplexně. Mnohaletý abúzus má somatické následky ve formě funkčních a orgánových poruch, např. oběhové soustavy, jater, ledvin, zažívání, dýchací soustavy atd. (Robin a Michelson, 1988).

□ Z postav české historie trpěl závislostí na alkoholu král Václav IV., syn císaře Karla IV. (Lesný, 1984). F. Palacký (1957) jej charakterizuje: *„Co dítě stal se byl králem, po dětsku kraloval pohříchu i v dospělém věku: dobromyslně a spravedlivě, pokud náruživostí bezuzdou do scestnosti veden nebyl, ale nemužně, po pouhém rozmaru a svéhlavě, jako každý slaboch, který silným viděn býti chce."*
Václav sice nezdědil po svém otci všechny jeho schopnosti, ale zpočátku byl hodnocen velice dobře. Byl považován za vzdělaného vladaře, který plnil své povinnosti.





To se ovšem záhy změnilo. Král začal pít a v důsledku abúzu alkoholu nebyl schopen normálně jednat, propadal záchvatům vzteku a agresivity. V pozdějších letech tyto záchvaty vystřídalo období apatie a netečnosti, pravděpodobně projev počínající alkoholické demence. V důsledku toho byl považován za člověka *„neužitečného a líného a pro římskou říši naprosto nevhodného"* (Lesný, 1984, s. 84).
Chronický abúzus alkoholu změnil i jeho vzhled. Soudobí kronikáři jej popisují jako člověka hrozné tváře. I. Lesný soudí, že šlo o typické zabarvení a odulost tváře alkoholika. Václav IV. zemřel v roce 1419, s největší pravděpodobností byl příčinou jeho smrti epileptický stav vyvolaný chronickým alkoholismem.

### 21.2.3 Sociální důsledky závislosti na alkoholu

#### Zaměstnání

Závislost na alkoholu vede ke zhoršení pracovní výkonnosti. Postižený má horší koncentraci pozornosti, je pomalejší, pracuje nepřesně a s chybami. Bývá zvýšeně dráždivý, nervózní, mívá častěji špatnou náladu. V zaměstnání je nespokojený, nepodává dobrý výkon, ale vinu přičítá ostatním. Není schopen dodržovat rituál pravidelné docházky do zaměstnání. Na druhé straně mívají lidí trpící závislostí změněné sebehodnocení, mohou být neadekvátně sebevědomí, přesvědčení o svém dobrém výkonu. Nespokojenost nadřízených považují za neopodstatněnou, domnívají se, že jsou nespravedlivě hodnoceni. Člověk závislý na alkoholu nedovede být přiměřeně sebekritický. Pod vlivem opilosti dochází k absencím, fluktuaci a posléze i ke ztrátě zaměstnání. Člověk, který je závislý na alkoholu, již mnohdy nemá motivaci ani energii k hledání nového zaměstnání. (Kromě toho bývá často odmítnut.) V důsledku nepříznivých zkušeností a postupného chátrání zůstává **nezaměstnaným, ztrácí profesní roli**.

#### Rodina

Závislost na alkoholu představuje značnou zátěž pro celý rodinný systém. Postupně dochází k závažnému narušení mezilidských vztahů a ke změně rolí. Závislí lidé bývají afektivně výbušní a agresivní (verbálně i fyzicky), chovají se bezohledně k manželskému partnerovi i k dětem. Lžou a nedodržují sliby, jsou nespolehliví. Postupně v rodině ztrácejí svou roli, prestiž a úctu. Stávají se nenáviděnými a opovrhovanými, těmi, kdo kazí pohodu, a proto o ně nikdo nestojí. Dochází k vyhasnutí emočních vztahů, k odcizení, osamělosti a pocitům prázdnoty. Partnerské soužití nepříznivě ovlivňují poruchy potence a sexuální apetence alkoholiků. Narušují jej i žárlivecké tendence, které se rozvíjejí bez ohledu na skutečnost. Závislí lidé bývají obecně podezíraví a nedůvěřiví.

- **Člověk závislý na alkoholu devastuje svou rodinu materiálně, sociálně i psychicky.**

  Stres, který představuje přítomnost alkoholika v rodině, vede k různým variantám řešení:

1. **Rozpad rodiny,** kdy je závislý člověk z rodinných vazeb vyloučen a zůstává sám. Obyčejně za této situace ještě více pije a dále chátrá. Rodinu lze zachránit jen tehdy, když je závislý člověk ochoten se léčit.
2. Rodina se nerozpadá, alkohol v ní má homeostatickou funkci, slouží jako obranný prostředek v zátěži (např. k ventilaci problémů, k úniku apod.) Paradoxně právě **alkohol udržuje rodinu pohromadě**, i když její funkce není za těchto okolností zcela uspokojivá (Matoušek, 1993, s. 104–105).

   Rodina považuje za viníka tohoto rozkladu alkohol a očekává, že léčení alkoholika a jeho následná abstinence automaticky odstraní všechny jejich potíže. Jenomže staré problémy přetrvávají dál. Může dojít ke krizi a následnému rozpadu manželství. V tomto případě je léčení závislého člověka nutné spojit s terapeutickým působením na manželského partnera. Alkoholik by v rodině nevydržel abstinovat, pokud by se nezměnily rodinné role a sociální chování jejích členů. Rodinný systém, který únik ve formě pití alkoholu provokoval, by pravděpodobně působil stejně i po návratu z léčení a podporoval by recidivu.

3. Vlivem sociálního učení, nápodobou nebo v důsledku potřeby úniku od neutěšené reality **začínají pít i ostatní členové rodiny.** Manželský partner závislého člověka akceptuje stejnou roli a stejný styl života. Důsledkem je velmi rychlý úpadek celé rodiny. O protialkoholní léčení v takové rodině zpravidla nikdo nestojí a nikdo je neiniciuje.

- **Člověk závislý na alkoholu není schopen uspokojivě plnit rodičovskou roli.**

1. Rodič závislý na alkoholu může nepříznivě ovlivňovat **psychický stav** svého dítěte. Je zvýšené riziko, že děti v rodinách alkoholiků budou trpět nějakou formou **deprivace,** respektive subdeprivace (podle Matějčka, 1981).

   Rodina nebývá za těchto okolností zdrojem jistoty a bezpečí. Problémy, které dítě v rodině má, mohou být osobně významnější než potřeba uspět ve škole. Děti z rodin alkoholiků nedovedly plně využít své inteligence, jejich prospěch byl horší než jejich schopnosti, měly i adaptační potíže.
   Možné **problémy v chování** dětí rodičů závislých na alkoholu mohou být často interpretovány jako přetrvávající, ne zcela přiměřené obranné reakce. Zvýšená agresivita, kterou lze někdy u nich pozorovat, může být výsledkem nápodoby chování rodiče-alkoholika. Rodič není přijatelným modelem, a pokud se s ním dítě identifikuje, jeho chování bude zdrojem mnoha sociálních problémů. Na druhé straně dochází k narušení vztahu mezi otcem-alkoholikem a dětmi, které jej přestávají respektovat, protože je jeho chování děsí (agresivní alkoholik, jenž bije matku, rozbíjí nábytek apod.), nebo vyvolává jejich odpor (alkoholik, který se znečišťuje, vrávorá a blábolí nesmysly).





2. Rodič závislý na alkoholu může nepříznivě ovlivňovat **zdravotní stav** svého dítěte. Abúzus alkoholu v těhotenství může působit i jako teratogen.

   Dítě matky nadužívající alkohol může trpět **fetálním alkoholovým syndromem** (FAT), komplexně poškozujícím vývoj plodu. Nápadným vnějším příznakem jsou tzv. *kraniofaciální dysmorfie* – dítě s FAT má rysy obličeje, které vypadají jako nehotové. Postižené děti bývají menší, hůře tělesně prospívají, mívají nižší inteligenci a často trpí různými formami organického postižení CNS.
   V rodinách alkoholiků mohou strádat i starší děti, a to nedostatečnou nebo nesprávnou výživou, mohou být zanedbávány v oblasti hygieny atd.

- Rodič závislý na alkoholu nepříznivě ovlivňuje **sociální, ekonomickou a kulturní situaci rodiny**, která spoluurčuje sociální status dítěte. Alkoholik spotřebuje značné množství peněz, a proto rodina ekonomicky strádá. Alkoholik snižuje sociální prestiž rodiny, zejména na menším městě, kde nelze takový fakt utajit, kde nelze spoléhat na anonymitu. Dítě získává stigma svého rodiče-alkoholika.

### Společnost

Alkohol má sociální funkci, konzumuje se při příležitostech, kdy je žádoucí, aby se člověk uvolnil, odreagoval a snadněji navazoval kontakty (např. na oslavách). Společnost ovšem očekává, že lidé vědí, kde leží hranice přijatelného chování. **V české společnosti je tolerance k alkoholu velká,** drobnější výkyvy nejsou považovány za závažné, a proto ani nejsou sankcionovány. Pokud člověk ztrácí schopnost svoje pití regulovat, shovívavý postoj společnosti však končí; závislost tolerována není. Role alkoholika má nízký sociální status, postižení lidé jsou odmítáni, vystaveni opovržení a posuzováni jako nechutní. Závislost přináší sociální stigma, znehodnocení. Člověk závislý na alkoholu není schopen plnit základní sociální role. Nerespektuje běžné normy a očekávání, vyvolává konflikty, a proto není okolím akceptován. Nedokáže adekvátně vnímat, jaký má alkohol vliv na jeho chování, ani správně interpretovat reakce ostatních lidí, nemá na situaci náhled.

Nedostatečná orientace a kontrola nad situací i opakované nepříjemné zážitky spojené s odmítáním, kritikou, opovržením apod. posilují vnitřní nejistotu a úzkost alkoholika. Svět se mu jeví ohrožující a nespravedlivý. Občas je sice schopen přiznat si svůj podíl viny, ale většinou nemá sílu řešit situaci jinak než dalším únikem do alkoholu.

Alkohol odstraňuje zábrany a narušuje schopnost sebeovládání i adekvátního reagování na podněty vnějšího prostředí. Proto se pod vlivem alkoholu zvyšuje riziko nehod, úrazů a materiálních škod. Intoxikace alkoholem je příčinou mnoha **trestných činů.** U predisponovaných lidí dochází k agresivním projevům, často se závažnými důsledky. Neléčený alkoholik často končí jako bezdomovec, neschopný se o sebe přijatelným způsobem postarat. Ztrácí

soběstačnost a parazituje na společnosti. Zdrojem obživy se stává „somrování", vybírání odpadkových košů a drobné krádeže.

### 21.2.4 Léčení závislosti na alkoholu

Zvládnutí biologické závislosti, tj. abstinenčního syndromu, je záležitostí medicínskou, která trvá relativně krátkou dobu. Obtížnější a dlouhodobější je léčba psychické závislosti, překonání návyku řešit problémy alkoholem a změna životního stereotypu.

Česká škola J. Skály zdůrazňuje psychoterapeutický přístup, který vede k postupné resocializaci, změně životního stylu a k náhledu na situaci.

Důležité je uchování podstatných mezilidských vztahů, rodinného zázemí, které by alkoholika dokázalo motivovat a podpořit. Je však třeba pracovat i s rodinnými příslušníky, aby jejich zafixované chování nevedlo k podpoře stále stejného způsobu reagování a k recidivě. Manželský partner potřebuje vědět, jaké chování je za této situace vhodné. Potřebuje se naučit, jak má v různých zátěžových situacích reagovat. Už neplatí, že je třeba léčit jen závislého alkoholika, ale celý rodinný systém.

Účelnou pomoc poskytují dobrovolné skupiny vyléčených alkoholiků, které nabízejí porozumění i podporu v počátcích abstinence, kdy se ruší veškeré bývalé kontakty (obyčejně spojené s užíváním alkoholu).

**Léčený alkoholik nesmí už nikdy pít, ani v malých dávkách.**

□ Bývalá alkoholička středního věku tento problém formuluje velice přesně: „Kdo se jednou stal alkoholikem, strachu se nikdy nezbaví. Nazývat alkoholika vyléčeným je matení pojmů. Alkoholismus máme po úspěšné léčbě pouze odléčený, závislost v nás však zůstává a do konce života nad námi bude viset Damoklův meč selhání. Málokdo z alkoholiků si to však přizná." (LN, 1995)

## 21.3 Závislost na nealkoholových drogách

Každá společnost si pro svou ochranu vytváří určité normy, které sankcionují nežádoucí chování. Takové zákazy formuluje naše civilizace i ve vztahu k nealkoholovým drogám, s nimiž neumí společnost dobře zacházet, nezná hranice jejich rizika, nestaly se součástí této kultury. Riziko sankcí i jistá sociální stigmatizace sice do určité míry posilují tendenci mladých lidí okusit zakazovanou drogu. Avšak riziko, které by vzniklo po uvolnění těchto sankcí, se jeví ještě větší. I když na tuto otázku nepanuje ani mezi odborníky jednotný názor, domníváme se, že např. snadnost vytvoření závislosti na tzv. tvrdých drogách účelnost současného přístupu potvrzuje.





### 21.3.1 Rizikové faktory

Na vzniku každé závislosti se podílejí jako základní faktory **osobnost člověka** a vlastnosti jeho organismu (např. fyziologické reakce); **vlivy vnějšího prostředí,** které lze diferencovat na obecné, sociokulturní vlivy, působení menších sociálních skupin a situační podněty (např. tradice užívat drogu, její dostupnost, sociální model známého člověka, který ji konzumuje apod.). Výsledek interakce uvedených dvou skupin faktorů určuje pravděpodobnost vzniku závislosti na psychoaktivní látce.

Jak ve společnosti stoupal počet závislých jedinců, vzniklo mnoho studií, které se pokoušely vymezit typické rysy osobnosti drogově závislého člověka. Avšak existence zvláštního typu osobnosti, která by byla k užívání drog předurčena, je mýtem, ve skutečnosti neexistuje (Urban, 1973; Netík a kol., 1991). **Každý člověk si může vytvořit závislost na psychoaktivní látce.** Významnou roli při tom hrají tyto faktory:

- Aktuální stresová situace jako spouštěč.
- Míra neschopnosti a neochoty člověka uvědomit si a přiznat riziko řešení osobních problémů pomocí drog.
- Uspokojivé sociální zakotvení (profesní a rodinné zázemí) a fungující vztahy s lidmi schopnými poskytnout potřebnou podporu snižují riziko volby tohoto způsobu řešení potíží.

Přestože nelze definovat typickou osobnost potenciálně závislého člověka, je možné vymezit sociální a psychické faktory, které zvyšují riziko vzniku závislosti.

K. Netík a kol. (1991, s. 18–28) uvádí souhrn výsledků různých studií:

#### Sociální rizikové faktory

- Městské prostředí, kde je větší pravděpodobnost nabídky drogy.
- Porucha funkce rodiny, kde dítě není citově akceptováno ani vhodně vychováváno, kde chybí disciplína.
- Rodiče nadměrně užívající léky nebo alkohol a vytvářející sociální model způsobu řešení potíží.
- Nižší úroveň vzdělání, které předcházela neúspěšnost ve škole (často posilovaná dysfunkčností rodiny), 70 % závislých jedinců mělo pouze základní vzdělání.
- Zvýšený vliv party (subkultury), která má své vlastní, odlišné hodnoty a normy.

### Psychické rizikové faktory

V. Vojtík a V. Břicháček (1981) uvádějí výsledky svého výzkumu, zaměřeného na zjištění psychických vlastností závislých jedinců a jejich typických způsobů zvládání zátěží. Pravděpodobnost užití drogy zvyšují tyto psychické vlastnosti:

- **Emoční prožívání** je typické nedostatkem vnitřní pohody, zvýšenou dráždivostí a labilitou, častým psychickým napětím, úzkostí či depresí spolu s pocitem generalizované frustrace.
- **Rozumové hodnocení.** K drogám inklinují lidé obtížně se orientující v situaci, kteří nejsou schopni adekvátně posoudit sebe samé ani okolní realitu. Extrémní a neadekvátní sebehodnocení, nízká sebedůvěra, nedostatek konzistentního a integrovaného směřování a vázanost na aktuální situaci zvyšují riziko nepřiměřeného řešení potíží.
- **Odchylky v oblasti autoregulace.** Oslabení volní složky, nižší sebekontrola, tendence k impulzivitě a nezdrženlivému chování, situačně ovládané jednání. Neschopnost odložit uspokojení aktuálně pociťovaných potřeb souvisí s nedostatkem dlouhodobého směřování. Riziko experimentování s drogami zvyšuje rovněž zvýšená touha po větším vzrušení, než jaké poskytuje běžný život.
- **Rigidita reagování.** Závislí lidé mají tendenci užívat stále stejné a situaci neodpovídající vzorce chování. Nedovedou se poučit ze zkušenosti. Výsledkem bývají další neúspěchy a zátěže, které posilují obecný pocit frustrace.

Takto disponovaní lidé, kteří často pociťují nepohodu, nedovedou se dobře orientovat, jsou nejistí, labilní a neschopní zvládat problémy, se častěji dostávají do stresu. Riziko je hlavně v tom, že zátěž pro ně představují i běžné situace. Droga se stává přijatelným prostředkem řešení, protože je poskytuje hned a bez námahy.

### Věk

Riziko vzniku závislosti na drogách je **nejvyšší u mladých lidí**. V roce 1996 tvořili lidé ve věku od 15 do 24 let 75 % skupiny uživatelů drog. Podíl mužů a žen se začal vyrovnávat, i když muži stále převažují (1,9:1) (LN, 1997).

V době dospívání má největší význam přítomnost. Ohrožení a výstrahy týkající se vzdálenější budoucnosti nemají velkou přesvědčivost. Významná je i zvýšená tendence riskovat, mladistvým chybí zkušenost a náhled na vlastní zranitelnost. Odmítání hodnot a stylu života dospělých se projeví volbou experimentu s drogami, 14 % mladých užívá drogu jako jednu z forem protestu (LN, 1994). Vytváření vlastní identity je náročný proces, dospívající bývá nejistý, nevěří si. Prostřednictvím drogy může získat pocit euforie, uvolněnosti, a hlavně dostatečné sebejistoty. Má pocit, že všechno je snadné a možné zvládnout. Experimentující začátečník o případném riziku příliš neuvažuje.





## 21.3.2 Vznik závislosti

Návyk užívat drogu, resp. proces vzniku závislosti na ní, je procesem komplexní proměny v oblasti somatické, psychické i sociální. Někdy se v této souvislosti mluví o učení v bludných kruzích, které lze volně interpretovat takto (Netík a kol., 1991, s. 16):

Droga má určité fyziologické a psychické účinky, které jejího konzumenta vedou k opakovanému užití. Droga sice vyvolává žádoucí pocity, ale je třeba stále větší a častější dávky, protože organismus získává stále větší toleranci. Čím delší je užívání (tzn. čím větší a častější dávka), tím více se mění různé psychické i fyziologické vlastnosti. Postupně dochází k narušení schopnosti autoregulace. Člověk není schopen přestat. Obrannou reakcí je racionalizace abúzu a identifikace se subkulturou drogově závislých.

Tento proces posilují sociální důsledky užívání drogy, negativní reakce a odmítání, které postupně zatlačí konzumenta do sociálně stigmatizující **role narkomana**. Závislý člověk nemá sílu, a mnohdy ani motivaci, se z tohoto kruhu dostat.

**Drogová závislost** vzniká postupně, ale mnohem **kratší dobu než závislost na alkoholu**. Proces vzniku závislosti lze rozdělit do 4 etap (Netík a kol., 1991, s. 17).

### 1. Stadium experimentování

Primární impulz k experimentování s drogou může vycházet z **nudy**, zvědavosti, touhy po něčem neobyčejném, vzrušujícím a, pokud možno, tabuizovaném, protože v této oblasti lze dokázat svou nezávislost na autoritách. Tendence zkusit drogu je posilována sociálně. Obvykle je to adolescent, kdo okusí drogu, kterou mu někdo nabídne: *„Řekla jsem si proč ne, zkusit se to může."* (Dívka závislá na droze.)

Značnou roli v této situaci hraje **sociální model**, vzor lidí, kteří drogu užívají a jsou pro adolescenta atraktivní. Naslouchají mu, akceptují jej, on si s nimi rozumí a nechce je ztratit. J. Presl (1994) uvádí, že nejčastějšími distributory drog jsou spolužáci, nikoli cizí osoby. Do určité míry jde také o módu; moralizování dospělých nemůže touze po takové zkušenosti zabránit.

Příčinou může být i **potřeba uniknout od problémů**, jež adolescent neumí nebo ani nechce řešit. (V této době si neuvědomuje, že droga trvale nic nevyřeší. Osobní potíže zůstávají a postupně k nim přibývají další, které jsou důsledkem užívání drog.)

Významnou spouštěcí situací může být **osobní nouze**, problém, s nímž si neví rady a potřebuje se s ním nějak vyrovnat. Často tehdy, když nemá nikoho, kdo by mu pomohl. Droga nabízí únik a mladý člověk ho přijme. (Jeden chlapec zkusil poprvé drogu, když odešel z domova a cítil se nejistý. Droga mu jistotu poskytla, a tím se spustil proces rozvoje návyku. Posílila se tendence užít ji jako řešení problémů.)

Lidé bez problémů experimentují s drogou proto, že nemají problémy, a hledají vzrušení; lidé s vážnými problémy sahají po droze proto, že problémy mají, a chtějí od nich uniknout. To mimo jiné ukazuje, že neexistuje jeden obecný model prevence.

V počáteční fázi užívání drogy skutečně vyvolávají žádoucí pocity: uvolněnost, štěstí, sebejistotu, zvyšují schopnosti, aktivitu. Zbavují člověka úzkosti, strachu a nejistoty. Poskytují mnoho pozitivního, ale pouze na začátku. Později jsou nutností k udržení zdání normálního stavu. Člověk experimentující s drogou si tuto skutečnost nepřipustí a moralizování ani sankce na něj neplatí.

□ Mladá závislá dívka říká: „Ty začátky s drogou byly strašně úchvatný. Nejdřív ta droga dávala, ale potom začala brát." Jiná mladá žena má podobné pocity: „Ze začátku to bylo jiný. Ze začátku mi to dávalo sílu. Já jsem se cejtila taková sebejistá." I dalšímu závislému posílila droga sebevědomí: „Ona ta droga napoví. Neřekne, ale napoví. Jsem nic, a přece jenom jsem něco." (Šikl, 1995)

### 2. Fáze příležitostného užívání

Člověk se naučil, že mu droga může pomoci v situaci nouze nebo nudy, a proto ji za těchto okolností používá. Návyk zatím nemá, a tak ji neužívá pravidelně. V této fázi konzument většinou tají, že drogu aplikuje. Uvědomuje si, že droga není dobrým řešením, a proto ji zapírá. Ještě mu záleží na vztazích k blízkým lidem a na jeho profesní roli (pokud ovšem nějakou má).

### 3. Fáze pravidelného užívání

Člověk užívá drogu čím dál častěji, ale stále popírá riziko takového jednání. Nechce si připustit jeho závažnost, snaží se okolí přesvědčit, že *„nedělá nic špatného"* (Dimoff a Carper, 1994).

### 4. Fáze návykového užívání

S postupující závislostí se zvyšuje lhostejnost k čemukoli, co se netýká drog. Závislý člověk ztrácí motivaci. Už se nesnaží svůj návyk skrývat. Nemá na to čas ani energii, a navíc mu přestává záležet na mínění druhých. Ztrácí svou profesní roli. Rozbíjí vztahy s přáteli, s rodinnými příslušníky, a nevadí mu to. Stává se nespolehlivým a bezohledným. Udržuje kontakt jen s takovými lidmi, kteří rovněž užívají drogy.

Ze subjektivního pohledu a zkušenosti samotných narkomanů se jeví proces rozvoje této závislosti typický. Nyní má droga jiný význam, už nepovznáší, ale je o to víc potřebná. Člověk je na ní závislý, už se bez ní neobejde. Buď ji akceptuje jako trvalou součást svého života, anebo naopak se jí chce zbavit, protože se děsí dalšího propadu své osobnosti.

□ První variantu reprezentuje názor dívky závislé na heroinu: „Já o nich [drogách] nechci vědět nic, ale mám je ráda jako člověka. Ta droga mě nikdy nezklame a nezradí. Ta stříkačka je moje kamarádka, místo partnera ji mám."





Mladý muž má jiný názor: „Já nejsem věřící, ale v poslední době, než jsem se dostal do Bohnic, jsem se chodil modlit i k Bohu, aby mi pomohl." (Šikl, 1995)

## 21.3.3 Typické projevy abúzu různých nealkoholových látek

### Závislost na opioidech

Do skupiny opioidů patří opium, morfin a jejich syntetické deriváty, např. heroin a methadon. V roce 1996 tvořila tato skupina 21,7 % všech českých konzumentů drog (LN, 1997). Tyto látky vyvolávají **rychle silnou biologickou i psychickou závislost**. U závislých na heroinu je značné riziko předávkování, které může končit smrtí. Navíc narkoman nikdy přesně neví, jak silná je dávka, již si koupil. Opiáty vyvolávají stav blaženého uvolnění, útlumu, otupělosti až obluzení, omezení funkce pozornosti, paměti a úsudku, zpomalují všechny projevy. Postupně devastují osobnost, zničí schopnost sebekontroly a respekt k běžným sociálním normám (Nešpor, 1995; *Merck Manual,* 1996; Smolík 1996).

### Závislost na kanabioidech

Do skupiny kanabioidů patří hašiš a marihuana, které se získávají z indického konopí. Kouření „trávy" nepovažují mnozí mladí lidé za škodlivé. V roce 1996 užívalo kanabioidy 12 % českých konzumentů drog (LN, 1997). Jsou to drogy, které euforizují, ale mohou vyvolávat i úzkost, vedou k pocitu zpomalení času, vyvolávají zrakové, sluchové nebo taktilní iluze a halucinace. Závislost na kanabioidech je **psychického rázu**, zjevná biologická závislost zde nevzniká (Nešpor, 1995; Smolík, 1996).

### Závislost na užívání sedativ a hypnotik

Léková závislost se rozvíjí zpravidla dlouho, mezi lidmi v tomto směru existují značné rozdíly. Hypnotika a sedativa mohou sloužit jako doplněk jiných látek, pro závislé býval atraktivní např. alnagon. Vlivem abúzu těchto látek dochází k navození útlumu, zpomalení celkové reaktivity, k poruchám myšlení, ke zhoršení pozornosti a paměti, k výkyvům emočního ladění. Při dlouhodobém užívání vzniká **biologická i psychická závislost**. Abstinenční syndrom má těžké somatické projevy a může mít velice nepříznivý průběh, někdy končí i smrtí (*Merck Manual,* 1996).

### Závislost na užívání stimulancií

Stimulancia zvyšují bdělost, zrychlují tepovou frekvenci i metabolismus, mívají anorektický účinek. Proto jsou často zneužívány jako doping lidmi, kteří potřebují zlepšit nebo prodloužit bdělost, pozornost, a tím i výkonnost. Mezi českými

narkomany je oblíbený pervitin neboli „perník", který se aplikuje nitrožilně. V roce 1996 představovali konzumenti těchto drog 43,7 % všech uživatelů (LN, 1997). Pervitin aktivizuje, po jeho užití vzniká pocit zvýšené energie a bdělosti, člověk má pocit, že všechno zvládne. **Biologickou závislost pervitin nevyvolává.** Starší narkoman říká: *„Perník je budík. Je dobrej, ale je to droga mladejch. Oni si bouchnou, běhaj, skákaj, baví je to ulítávat."* (Šikl, 1995)

Abstinenčním projevem je dysforická, špatná nálada, někdy až těžká deprese se suicidálními tendencemi, pocity únavy a poruchy spánku doprovázené nepříjemnými sny (Nešpor, 1995, Smolík, 1996).

### Závislost na halucinogenech

Nejznámější je LSD, jež se obvykle užívá ve formě tzv. tripů, papírových políčků napuštěných drogou, a psilocybin, který je obsažen v houbách lysohlávkách (oblíbených českými toxikomany). Velmi nebezpečná je droga extáze. Tyto látky vyvolávají stavy excitace, změny nálady a vnímání. Vzbuzují pocity depersonalizace a derealizace. Porucha soudnosti a zhoršené sebeovládání zvyšují tendenci k impulzivnímu jednání, jež může mít negativní důsledky. Mohou se objevit i ataky úzkosti či panické reakce. U lidí, kteří užívali delší dobu halucinogeny, se mohou po určité době abstinence objevit flešbeky (viz dále). Halucinogeny nevedou k (výrazné) biologické závislosti, ale **je zde značné riziko vzniku psychické závislosti** (*Merck Manual,* 1996).

### Závislost na organických rozpouštědlech

V roce 1996 bylo mezi všemi uživateli drog 8,4 % „čichačů" organických rozpouštědel (LN, 1997). Zneužíván je u nás např. toluen, trichloretylen, benzin apod. Organická rozpouštědla jsou velmi nebezpečnou skupinou drog. Jsou velmi levná, snadno dostupná, a proto je zneužívají hlavně děti a dospívající. Je zde značné riziko poškození zdraví i smrti. Závislost je **psychického charakteru**, biologická závislost se nevytváří. Inhalování rozpouštědel vyvolává apatii, ospalost, zhoršení pozornosti, paměti i myšlení, poruchy artikulace, vrávorání a nepřiměřené emoční reakce.

Chronické užívání má závažné následky somatické i psychické. Vede k celkové degradaci osobnosti, zanedbávání zevnějšku, k hrubosti, bezohlednosti a nakonec k demenci (Nešpor, 1995; Smolík, 1996; *Merck Manual,* 1996).

□ Mladý narkoman se o své závislosti na toluenu vyjadřuje takto: „Já vím, co ten toluen udělá. Díry do hlavy. Budu vypatlanej a budu chodit po blázinci. Nebudu poznávat přátele, když za mnou přijdou." Jeho současný životní styl je pro chronické čichače dost typický: „Vzbudím se, vylezu z kanálu a jdu si vysomrovat cigáro nebo nějaký prachy. Když mám dvacku, koupím si a foukám si celej den, pak usnu a furt ty samý dny." (Šikl, 1995)





## 21.3.4 Somatické důsledky závislosti

Závislost, která vede k nadměrnému užívání psychoaktivních látek, poškozuje člověka biologicky, psychicky i sociálně.

Závislost na psychoaktivních látkách může primárně či sekundárně poškodit somatické zdraví jedince (např. změnou stylu života, nerespektováním hygienických pravidel při nitrožilní aplikaci atd.). Může jít např. o poškození centrální nervové soustavy, jater, ledvin, zažívacího traktu, cév, je zvýšené riziko infekce hepatitidy a HIV atd. (Robin a Michelson, 1988).

Vlivem užívání psychoaktivních látek se negativně mění i zevnějšek člověka (droga může mít anorektické účinky, což se projeví nápadným vyhubnutím, nitrožilní aplikace vede k devastaci žilního systému, vpichy se mohou změnit v abscesy apod.). Závislý člověk celkově tělesně chátrá a přestává o sebe dbát, neudržuje hygienu apod. Taková změna nakonec ovlivní i jeho sebevědomí. Mladá dívka aplikující si nitrožilně heroin ukazuje absces na noze a komentuje to: *„... už bych nemohla na striptýz, tak vidíš co se se mnou stalo."*

## 21.3.5 Psychické důsledky závislosti

Závislost na psychoaktivních látkách mění psychické reakce, procesy i vlastnosti a v souhrnu celou osobnost závislého jedince. Dlouhodobé užívání takových látek může vytvořit tzv. **organický psychosyndrom**, změny osobnosti vyvolané poškozením mozku.

- **Emoční prožívání je deformováno,** citové reakce nejsou vždy přiměřené vyvolávajícímu podnětu. Závislý člověk bývá labilnější, dráždivější, se sklonem k extrémním citovým prožitkům (ať už jde o změny emocí pod vlivem užívání drogy nebo projev abstinenčního syndromu).
- V **kognitivní oblasti** dlouhodobé užívání psychoaktivní látky zhoršuje schopnost koncentrace pozornosti, paměťové funkce a nakonec může vést až k demenci. Zde je zřejmá souvislost se vznikem organického psychosyndromu a prohlubujícím se poškozením CNS. Nápadný a rychlý průběh má např. při inhalaci organických rozpouštědel.
- Užívání psychoaktivních látek mění **aktivační úroveň**. Pod vlivem drogy může být člověk buď extrémně aktivizován (např. po užití pervitinu), nebo je naopak neschopen jakékoliv aktivity. Útlum může nastat pod vlivem drogy (např. heroinu, toluenu apod.), nebo naopak závislý člověk drogu potřebuje, aby se vůbec aktivizoval.
- Závislý člověk má jinou **hierarchii hodnot**, která ovlivňuje i jeho autoregulaci. Nemá dostatek vůle k překonání potíží, s nimiž je užívání drogy spojeno. Nebývá schopen potřebného sebeovládání, i když by si přál dávku alespoň nezvyšovat. Student závislý na pervitinu říká: *„Já prostě vždycky když si dám, tak si řeknu, že jsem udělal šílenou hovadinu."* (Šikl, 1995) Po určité době za své jednání přestává pociťovat

vinu, jediným cílem se stává droga. K úspěšné léčbě je ovšem důležitá motivace, bez ní nelze dosáhnout žádoucího efektu.

- Návyk na drogu mění **životní styl**. Výrazně jej ochuzuje, takže se nakonec stává značně redukovaným stereotypem. Život závislého člověka je naplněn aktivitou zaměřenou na získání drogy, její užití a opakování těchto činností stále dokola. Paradoxní je, že počáteční motivací k užití drogy bývá často potřeba změnit všednost života a nějak jej obohatit. To se ovšem podaří jen velmi krátce. Závislost přinese jiný, pevnější a těžko zvládnutelný stereotyp. Svůj život posuzují různí drogové závislí lidé dost podobně.

  □ Mladý bezdomovec závislý na droze říká: „Celou dobu žiju pořád jako v jednom dnu, nerozlišuju, jenom zimu a teplo, tmu a světlo."

  Mladší heroinista je schopen náhledu, ale není schopen přestat: „Já se hrozně bojím stereotypu, a přitom heroinová závislost je ten největší stereotyp, kterej jsem poznal. To je kolotoč." (Šikl, 1995)

- **Závislému člověku nakonec zbývá jen droga,** všechno ostatní ztratil, zmizelo, přestalo mít svůj význam. **Člověk závislý na droze nemá budoucnost,** neplánuje ji, neuvažuje o ní, nechce o ní nic vědět. Je soustředěn na přítomnost.

  □ Starší muž závislý na pervitinu to vyjadřuje výstižně: „Skončil jsem tak, že nemám prakticky nic, nevím, co bude. Když se to tak vezme, tak mimo tý drogy nemám nic jinýho." Závislý člověk někdy už nic nechce, nic ho nezajímá: „Já se těším až bude to nic, ta tma, prostě nic nebude." (Šikl, 1995)

- **Osobnost závislého postupně upadá.** Dochází k mnoha závažným změnám, např. k psychopatizaci osobnosti, k úbytku schopností apod. Někdy si člověk svůj úpadek uvědomuje, zhoršuje se jeho sebehodnocení. Ale ani v těchto případech nebývá schopen aktivní obrany, má pocit, že se už nedá nic dělat, přežívá ze dne na den, bez vyhlídky na budoucnost.

  □ Tento postoj bývá spojen s racionalizací, zdůvodňující, proč to nejde a že by to stejně nemělo smysl: *„Já nevím co bude zítra, co bude za hodinu."* Podobně se vyjadřuje i jiný člověk dlouhodobě závislý na pervitinu: *„Ono by se dalo přestat, ale poraď mi, kam mám jít? Já jsem profetoval svůj kvartýr, já jsem na ulici."* (Šikl, 1995)

Dlouhodobé užívání psychoaktivních látek může vyvolat i závažné duševní poruchy.

- **Poruchy psychotického charakteru** vznikají jako následek nadužívání psychoaktivní látky. Jejich typickými projevy jsou poruchy vnímání, halucinace, bludy, narušení citového prožívání, objevují se neadekvátní





emoce (např. silná úzkost) a poruchy psychomotoriky (např. ztuhnutí) (Mareček, 1996; Smolík, 1996).

- **Amnestická porucha,** která se projevuje zhoršením paměti, a **demence** (objevují se relativně brzy u čichačů organických rozpouštědel) (Smolík, 1996; Mareček, 1996).

Ani krátkodobá abstinence nemusí člověka zbavit potíží. Jednak je zde riziko recidivy, jednak některé psychické změny (např. v emotivním ladění) mohou přetrvávat ještě v době, kdy už jedinec drogu neužívá. V této souvislosti bývají často uváděny tzv. **psychické reminiscence** neboli **flešbeky** (Nešpor, 1995; Smolík, 1996). Do této kategorie patří spontánní návraty halucinací, iluzí (obyčejně zrakových, ale mohou se týkat jakéhokoli smyslového okruhu včetně vnímání času, prostoru a vlastní osoby). Vrací se intenzivní emoční prožitky a pocity (např. pronásledování), které jedinec prožíval dříve, v době, kdy užíval drogu. Takové pocity trvají krátce, ale mohou být relativně časté. Objevují se ještě dva roky po poslední dávce halucinogenů nebo marihuany.

### 21.3.6 Sociální důsledky drogové závislosti

Závislost na psychoaktivních látkách má významné sociální důsledky, které často vyplývají z psychických změn a odlišného chování závislých lidí.

Závislý jedinec **přestává respektovat příslušné normy**, neplní svoje povinnosti, přestává chodit do zaměstnání nebo do školy.

**Mění se jeho vztahy s lidmi.** Chování závislého člověka je pro jeho okolí většinou nepřijatelné. Pod vlivem změny své hodnotové orientace (kde získává nejvýznamnější postavení droga) přestávají mít ostatní hodnoty svůj význam. Starší bezdomovec říká: *„Co bych si přál? Dostatek pervitinu a možná tu střechu nad hlavou."* (Šikl, 1995)

Závislý člověk se stává **nespolehlivým, sobeckým a necitlivým** k potřebám ostatních lidí. Ačkoli demonstruje svou svobodu, je v základních věcech odkázán na okolí, není soběstačný. Parazituje na rodině, protože v pokročilejší fázi není schopen pracovat, a pokud něco vydělá, utratí to za drogu. Když nemá rodinné zázemí, parazituje na společnosti. Mladý čichač: *„Jdu si vysomrovat cigáro nebo nějaký prachy . . ."* (Šikl, 1995)

Hodnota drogy je pro závislého člověka tak silná, že je pro její získání ochoten **krást, prostituovat** apod. Je schopen podvádět a využívat i blízké lidi. Činí to tak dlouho, dokud se tyto vztahy závažným způsobem nenaruší.

□ Sestra dvacetipětiletého muže závislého na heroinu vyjadřuje tuto změnu: „On v sobě evokuje jako záměrně takový věci, jako že mu bylo ublíženo. On si stěžuje na věci, který jsou takzvaně zlý . . . On je ten, kdo to zlo rozmnožuje. Kdo krade, lže a ubližuje . . . Když se spolu budeme bavit, tak už to nebude mít smysl . . . Ale teď už prostě seš vyprázdněnej. Připadá mi ten náš sourozeneckej vztah vychladlej. Ty city jsou teď těma drogama vytlučený." (Majstorovič, 1997)

Člověk závislý na droze se postupně stává pouhou přítěží, rodina rezignuje, když vyčerpala všechny dostupné možnosti. Mnohdy závislý člověk z rodiny odchází, přebývá u podobně postižených nebo se stává bezdomovcem.

Hlubší a kvalitnější citový vztah nevydrží, ani když užívají drogu oba partneři. Schopnost navázat a udržet citový vztah závislost na psychoaktivní látce ničí. Droga má větší subjektivní hodnotu než všechno ostatní.

□ Taková je i zkušenost mladého heroinisty s jeho partnerkou: „Ani nebylo moc si o čem povídat, protože se nic nedělo, kromě toho, že jsme brali drogy. A samozřejmě, hádali jsme se, hrozně, kvůli drogám, kvůli heráku, kdo si toho dal víc, že jsem to vyžral . . . " (Šikl, 1995)
Další narkoman to vyjadřuje srozumitelně: „Za určitou dobu to prostě ty city vymlátí jako králíky, úplně. Potom v tom člověk jede jako stroj, jenom aby to sehnal a nebylo mu blbě a nemá čas se zabejvat nějakejma citama, prostě na to nemá čas. Těch problémů je jako víc a důležitějších, než aby se zabejval nějakou láskou."

Nakonec přetrvávají jen náhodné vazby se stejně postiženými lidmi.

□ Jak říká jeden mladší narkoman: „A když sem (do jeho bytu) chodí ty různý lidi, občas tu něco zapomenou." Bývá obvyklé, že závislý člověk tyto nové kontakty ani dobře nezná, jsou pro něj prostě „lidi". Nemají jméno ani nic jiného, individuálně specifického.

### Rodina

Drogově závislý jedinec devastuje a mnohdy i rozbíjí svou rodinu. (Jde obyčejně o primární, orientační rodinu, protože závislí lidé bývají mladí. Ještě nestačili uzavřít manželství a založit prokreační rodinu.) Reakce rodičů na zjištění, že jejich dítě konzumuje drogy, bývá velmi často nepřiměřená a neúčelná (typickou reakcí jsou domluvy, vyhrožování, zákazy, výčitky, pláč, které nemají žádoucí efekt). Někdy mohou mít rodiče začínajícího narkomana pocity viny, hledají příčinu, která k takovému chování vedla. Jindy se snaží svoje dítě chránit a popírají jeho vztah k drogám. **Adekvátní reakcí je porada s odborníky v centrech pro závislé nebo v AT poradnách.** Podle zjištění Netíka a kol. (1991) tak reaguje jen 26 % rodičů.

### Zaměstnání

Závislý člověk postupně selhává v profesní roli, není schopen chodit pravidelně do školy nebo do zaměstnání. Pod vlivem drogy bývá unaven, není schopen požadovaného výkonu, nemůže se soustředit, a navíc většinou ztrácí motivaci k takové činnosti. Nakonec je jeho chování natolik neúnosné, že je vyloučen ze školy, případně ukončen jeho pracovní poměr. Stává se nezaměstnaným a nemá ani motivaci hledat jiné uplatnění.





Závislý člověk ztrácí většinu svých sociálních rolí, nakonec přetrvává a dominuje pouze role narkomana. Pro svou závislost není schopen tyto role plnit, jeho chování má pouze jeden cíl: získat drogu a užít ji.

### Společnost

V české společnosti je silná tendence drogově závislé stigmatizovat a sociálně izolovat. Z takového postoje vyplývá určité riziko. Člověk užívající drogy získá nálepku *feťáka*, který není běžně přijatelný, jemuž se každý vyhne. Pohrdání a odpor společnosti narkomana nakonec donutí, aby se identifikoval s drogovou subkulturou, přijal její hodnoty a normy, protože je to jediná skupina, která jej neodmítá. Negativní postoj společnosti představuje problém i pro vyléčené narkomany, které ani potom nikdo neakceptuje a lidé k nim mají i nadále nedůvěru.

Riziko recidivy bývá posilováno nedostatkem sociálních kontaktů s jinými lidmi, než jsou drogově závislí. Člověk, který užívá drogy a je jimi nějak ovlivněn, není schopen bariéru nedůvěry a odmítání překonat. Svět je pro drogově závislého příliš složitý, nepříjemný a nepřátelský. Necítí se v něm jistě, reaguje úzkostí a potřebou obrany, nejčastěji pomocí drogy.

□ Muž závislý na heroinu (25 let) se světa bojí: „Svět je nespravedlivej, některý lidi hnusný, že to jinejm ubližuje, jak se chovaj, a oni jsou k tomu lhostejný. Je to hnusnej svět . . . Moc mě mrzí, že to tak je. V hnusným světě nemůžu žít jinak než hnusně . . . Nejhnusnější je asi ta lidská lhostejnost." (Majstorovič, 1997) Ve sdělení člověka závislého víc než deset let na tvrdých drogách je obsaženo zoufalství, infantilní bezmocnost a neschopnost udělat něco účelnějšího. Dalo by se možná mluvit i o syndromu naučené bezmocnosti. Zároveň je zde obsažena i racionalizace vlastního chování. Potřeboval by větší míru bezvýhradné podpory, ale sám by nebyl schopen takovému člověku mnoho poskytnout. Pod vlivem závislosti se stal nespolehlivým a bezohledným.

Běžným důsledkem drogové závislosti je **trestná činnost**.

Finanční náročnost drogy, změna osobnosti (ztráta zábran, neschopnost sebeovládání, bezohlednost a egocentričnost) a hodnotového systému narkomana zvyšují pravděpodobnost trestné činnosti závislých lidí. Kriminální chování je většinou spojené s drogou (výroba a distribuce drog, krádeže a vloupání zaměřené na získání drogy, násilné trestné činy pod vlivem drogy apod.).

K. Netík a kol. (1991) uvádí výsledky své studie 464 trestaných drogově závislých. Šlo vesměs o mladé lidi, u nichž se projevovala porucha socializace již v dětství (školní neprospěch, poruchy chování). Obyčejně vyrůstali v dysfunkční rodině. Trestaní toxikomani se svými charakteristikami blížili typické kriminální populaci. Tito lidé mají i v dospělosti různé sociálně adaptační potíže. Nevydrželi v žádném zaměstnání a velice brzy začali páchat trestnou činnost. Většina z nich se identifikovala s delikventní subkulturou, která se ve značné míře překrývá s drogovou subkulturou. Abúzus drogy může být jen jedním ze symptomů odchylného vývoje osobnosti. Autoři této studie se pokusili klasifikovat jednotlivé typy chování a životního stylu drogově závislých delikventů:

1. **Nezodpovědný a nestálý typ:** nedovede se vyrovnat se zátěžemi, řeší je neadekvátně a nezrale, nejčastěji nějakou formou úniku. Droga je jedním z možných způsobů. Není schopen zvládnout základní sociální role a respektovat sociální normy. Nemá žádné stabilní osobní zaměření ani pevné vztahy k lidem. Nevydrží u ničeho ani v žádném vztahu. Žije jen přítomností a podléhá vlivu aktuálních podnětů. Nad důsledky svého jednání neuvažuje. Jeho hlavní motivací je dosahování příjemných prožitků, je nezdrženlivý.
2. **Egocentrický a bezohledný typ:** citově plochý, jeho vztahy k lidem jsou podřízeny aktuálním osobním potřebám. Lidé pro něj mají význam jen tehdy, když mu mohou být něčím užiteční. Hlubší vztahy si nevytváří. Není schopen brát ohled na potřeby a zájmy druhých lidí. Je bezohledný a necitlivý, silně egocentrický, zaměřený pouze na sebe. Má porušené sebehodnocení, přeceňuje se, a navíc má potřebu vysokého ocenění od ostatních, kterou si leckdy vynucuje.

Jak je zřejmé, jsou charakteristiky uvedených skupin velice blízké dvěma typům osobnostních poruch: disociální a emočně nestabilní, dříve označovanými jako psychopatie. Je možné souhlasit s názory Karla Netíka a jeho spolupracovníků (1991), že tendence k abúzu drogy je v těchto případech jen jedním projevem anomálního rozvoje osobnosti.

### 21.3.7 Léčba

Závislosti na užívání drogy se nemůže narkoman zbavit sám, **potřebuje pomoc odborníků**. Radu i pomoc poskytují střediska pro drogově závislé, která mohou tito lidé sami navštívit, aniž by riskovali, že budou někde registrováni nebo perzekvováni. K. Nešpor (1995) zdůrazňuje význam co nejčasnější pomoci jak konzumentovi drog, tak jeho rodině. K tomuto účelu slouží linky důvěry, kontaktní centra apod.

Pro léčení drogově závislých existuje možnost léčby na specializovaném oddělení psychiatrické léčebny, v různých terapeutických komunitách aj. Nejdůležitější podmínkou je **motivace závislého člověka**, jeho vůle s drogou přestat. Bez ní nelze dosáhnout žádoucího efektu.

## Shrnutí

Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických (emočních, kognitivních i behaviorálních) a somatických změn, které se vytvoří jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivní látky. Psychoaktivní látky mají různé účinky a vyvolávají různý typ závislosti, biologické či psychické. Dlouhodobé užívání psychoaktivních látek může podstatným způsobem změnit osobnost takového člověka i jeho chování, může vyvolat i závažnější duševní poruchy.





## Kontrolní otázky

- Jak lze definovat syndrom závislosti?
- Jakými fázemi je charakteristický proces rozvoje závislosti na alkoholu?
- Jaké jsou sociální důsledky závislosti na alkoholu?
- Jaké psychické poruchy mohou být důsledkem závislosti na alkoholu?
- Na čem závisí riziko vzniku závislosti na užívání drog?
- Čím je typický životní styl drogově závislého?
- Jaké jsou hlavní sociální důsledky drogové závislosti?
- Jaké jsou společenské postoje k lidem závislým na drogách?

# 22 Návykové a impulzivní poruchy

Mnohé lidské činnosti jsou považovány za běžné nebo dokonce sociálně žádoucí, avšak pouze tehdy, pokud je člověk koná v očekávané míře. Pokud se vymknou kontrole, mohou se změnit v patologickou variantu. V tomto případě nejde tolik o obsah činnosti jako o její přiměřenost a schopnost ji přijatelným způsobem ovládat. Každý člověk pracuje, chodí nakupovat, občas si zahraje karty nebo jinou hru atd. Ale malá skupina lidí trpí neovladatelným puzením k nakupování, k hazardní hře nebo nedokáže odolávat jiným impulzům. Všechny poruchy tohoto typu mají tři základní znaky (podle MKN-10, 1992; Smolík, 1996):

a) **neschopnost odolat impulzu nebo pokušení,** přestože člověk ví, že toto jednání je nežádoucí a má negativní následky;

b) **jednání tohoto typu předchází postupně narůstající napětí,** které nelze eliminovat (snížit) jinak než určitým činem;

c) **jednání je spojeno s pocitem uspokojení,** člověk po něm vědomě touží, později si je sice může vyčítat, ale ani příště nebude schopen odolat.

## 22.1 Patologické hráčství

Závislost na hře (*gambling*) je řazena mezi návykové a impulzivní poruchy (MKN-10, 1992). V americké populaci je 2–3 % gamblerů (Smolík, 1996), výskyt v české populaci není znám, ale je jisté, že počet postižených narůstá. Porucha je častější u mužů, obyčejně se začne projevovat v adolescenci nebo mladé dospělosti. Patologické hráčství má tři základní typické znaky (Smolík, 1996):

1. **Hráč nedokáže za žádných okolností odolat hře,** i když ví, že je tato činnost společensky odsuzována a že mu přináší celou řadu problémů. Není schopen přestat nebo hrát s mírou, někdy potřebuje hrát se stále většími částkami peněz. Čím více ztratí, tím více hraje. Kdyby se pokusil přestat hrát, cítil by se velice nepříjemně, byl by neklidný a podrážděný (psychické abstinenční projevy).
2. Nutkání ke hře je spojeno s **vnitřním napětím**, pocit tenze se sníží teprve tehdy, když začne hrát. Gambler je stále zaujat myšlenkami na hru a představami o dalších variantách hry.





3. Při hře pociťuje gambler příjemné **vzrušení a uspokojení**. Čím větší hazard, tj. čím větší je riziko ztráty, nebo naopak jde-li o možnost velké výhry, tím větší vzrušení prožívá. Po hře se často cítí nepříjemně, má výčitky svědomí, lituje toho, co udělal, avšak ani příště nedokáže nutkání odolat.

### 22.1.1 Příčiny vzniku patologického hráčství

Na vzniku chorobné závislosti na hře se mohou podílet zejména následující faktory (Smolík, 1996):

1. **Stresová situace,** která zvyšuje riziko únikové aktivity (v tomto případě hraní).
2. **Nabídka hry jako spouštěcí podnět,** např. ve formě hracích automatů, hráčské party apod. Takovým způsobem může fungovat i sociální učení (znalost hráčů, kteří byli v jeho rodině apod.).
3. **Osobnostní vlastnosti,** které představují jakousi obecnou predispozici k hráčství: extroverze, menší zábrany, narcistické rysy, nedostatek spolehlivého vztahu, nedostatek empatie a nedůvěra.

V případě patologického hráčství nejde jen o hru jako aktivitu, ale o hru jako předpoklad zisku, výhry. Jedince, u něhož se závislost na výhře stává dominantním motivem, definuje **potřeba rychlého zbohatnutí** bez vynaložení vlastního úsilí. Potřeba získat rychle hodně peněz bývá zvýšená, zatímco rozumová korekce je snížena. Hráč si nepřipustí, že pravděpodobnost velké výhry je velmi nízká.

Peníze mají mnohdy pouze význam prostředku k uspokojení nějaké jiné potřeby. Může jít o potřebu sociální prestiže, kterou by bylo možno tímto způsobem podpořit, potřebu osamostatnění, úniku od rodiny, získání chybějícího vztahu apod. Peníze jsou chápány jako prostředek posílení nebo náhražka vlastních kompetencí.

Rizikovým faktorem je tendence vytvářet si **fantazijní představy** o dostupnosti velké výhry, převaha emotivního hodnocení pravděpodobnosti vyhrát a popření signálů o nereálnosti takových představ. Hodnocení skutečnosti bývá pod vlivem fixace na výhru značně nepřesné (Nešpor, 1994; 1995). Gamblerství je individuální aktivita, lidé závislí na hře o společnost spoluhráčů nestojí. Cílem je výhra a ostatní hráči – pokud je logika hry zahrnuje – jsou konkurencí. Jakmile začne takto disponovaný člověk hrát, velmi rychle se dostává do fáze, kdy nedokáže přestat. Potřeba hry a anticipované výhry se stává osobní dominantou. Závislost se začne projevovat těžko ovládnutelným puzením ke hře a stále častějšími myšlenkami na hru (vymýšlením různých systémů, „fíglů" apod.).

V této době se objevují první potíže a vyplývají většinou z nedostatku peněz. Hráč si je půjčuje, ale nemůže vracet, a proto lže, vymlouvá se. V situaci tísně

začne **porušovat jinak respektované sociální normy, začne podvádět a krást**. Jeho čin by za jiných okolností musel vyvolat pocity viny a projevit se snížením sebehodnocení. V tomto případě však bývají veškeré špatné činy racionalizovány, omlouvány osobně nejvyšší hodnotou, potřebou hrát.

Nutkavá myšlenka na výhru má zároveň charakter obranného mechanismu: **potřebuje hrát, aby vyhrál a všechno srovnal** (tj. zaplatil dluhy, vyrovnal krádeže apod.). Obranou je i odklad řešení problému, který hráč ve skutečnosti řešit nechce a nedokáže. Jde opět o pouhou racionalizaci potřeby hrát. Výhra zde funguje jako možnost vyřešení, a proto zdánlivě rozumné zdůvodnění obecně odsuzované aktivity.

### 22.1.2 Sociální důsledky závislosti na hře

Závislost na hře **ohrožuje profesní roli**. Pro školu i pro zaměstnání má dva nepříznivé důsledky. Jedním z nich je **ztráta motivace k práci**, která doprovází všechny závislosti, a následné zhoršení výkonu. Druhým je změna chování: hráč ztrácí zábrany, přestává respektovat základní sociální normy a hodnoty. Je zde zvýšená pravděpodobnost, že přestane chodit do školy či do zaměstnání, protože nedokáže odolat nutkání ke hře, případně zde začne podvádět a krást, aby získal finanční prostředky. Nakonec bývá propuštěn ze zaměstnání nebo vyloučen ze školy.

Závislost na hře vede **k narušení mezilidských vztahů**. Gambler svoje rodinné příslušníky i přátele podvádí, lže jim, půjčuje si od nich peníze, které nevrací, krade jejich věci apod. **Potřeba hrát se stala větší hodnotou než citový vztah.** Dochází k určitému emočnímu oploštění, k bezohlednosti a ke ztrátě zájmu o blízké lidi.

- Dvacetiletá sestra gamblera sděluje, jak vypadá život v jejich rodině: „Všichni musí mít svoje peníze neustále u sebe, jinak je bratr ukradne a jde hrát. Chodím s ledvinkou, kde mám osobní věci a peníze i do koupelny a do postele."

Rodinní příslušníci gamblera by neměli podlehnout iluzi o možnosti spontánní nápravy. Hráč často slíbí nápravu, ale slib nedodrží. Patologický hráč potřebuje odbornou péči, nelze uvěřit jeho sugestivním slibům, že s hraním skončí sám, jenom až... V tomto případě nemusí jít ani o vědomou lež. Gambler může být skutečně přesvědčen, že by to dokázal, ale opak je pravdou. Je docela dobře možné, že by chtěl s hraním přestat, ale nevydrží to, nutkání ke hře je silnější.

U závislých hráčů jde o **poruchu v oblasti sebehodnocení a v oblasti autoregulace**. Gambler je člověk psychicky závislý na hře, a protože se této závislosti nikdy nezbaví, je cílem léčby **úplná abstinence**.

## 22.2 Jiné varianty návykového a impulzivního chování

Existuje mnoho dalších závistostí, které mohou mít různé psychické a sociální důsledky. Některé z nich, jako např. **workoholismus – závislosti na práci**,





vycházejí z původně společensky vysoce hodnocené vlastnosti. Jiné, např. **závislost na nakupování**, nejsou pozitivně akceptovány ani ve své mírnější variantě. Společným znakem těchto forem chování je neschopnost řešit vlastní problémy přijatelnějším způsobem a postupná devastace mezilidských vztahů i vlastní osobnosti.

Podobně se vyskytují další formy impulzivního chování, jimž je společné nutkavé jednání, nad kterým postižený člověk nemá kontrolu:

**Pyrománie,** porucha projevující se opakovaným úmyslným zakládáním ohňů a požárů, které nemá žádný zjevný motiv. Požár a okolnosti s ním související přinášejí uspokojení, někdy i sexuálního charakteru. Významným motivem bývá pocit moci u lidí s nízkým sebehodnocením a touhou po větší sociální prestiži. Porucha je častější u mužů.

**Kleptománie,** nutkání k opakovaným krádežím věcí, které samy o sobě nemusejí mít žádnou cenu, bez zřetelného motivu zisku. Takto postižený člověk krade věci, jež nepotřebuje, a pak je třeba zahodí nebo odloží. Podstatná je opět skutečnost, že nedovede odolat nutkání k takovému jednání, které mu přináší uspokojení. Ve stresu může četnost krádeží vzrůstat. Kleptománie postihuje častěji ženy.

**Trichlotilománie** je charakteristická nutkáním vytrhávat si vlasy. Je to poměrně vzácná porucha. Vyskytuje se častěji u dětí a může přetrvávat po celý život (Smolík, 1996).

## Shrnutí

Návykové a impulzivní poruchy jsou typické neschopností odolávat nutkání k určitému jednání, které vede k nežádoucím důsledkům pro jedince, event. i pro jeho okolí. Takové jednání přináší bezprostřední osobní uspokojení. Potřebu takto jednat nelze ovládnout vůlí. Nejznámějším projevem takové poruchy je gamblerství, nutkání ke hře.

### Kontrolní otázky

- Jaké jsou příčiny vzniku patologického hráčství?
- Jaké jsou sociální důsledky této poruchy?
- Jaké jsou další návykové a impulzivní poruchy?
- Zkuste si představit, jaké problémy v rodinném soužití vyvolá některá z uvedených variant.

ČÁST ČTVRTÁ

# Psychologická problematika sociální patologie

# 23 Problémy spojené s nevhodným působením rodiny

Rodina plní v lidské společnosti řadu biologických, ekonomických, sociálních i psychologických funkcí. Lze ji považovat za nejdůležitější sociální skupinu, v níž jedinec žije. Poskytuje mu potřebné zázemí, uspokojuje jeho potřeby a zprostředkovává zkušenost, kterou nelze získat jinde. Každý člen rodiny získává role, které se stávají součástí jeho identity. Mezi jednotlivými členy rodiny se vytvářejí rozmanité vztahy, pro něž je charakteristický určitý styl komunikace. Každá rodina má svůj hodnotový systém, jenž ovlivňuje chování jednotlivých členů a vede k přednostní volbě určitých strategií zvládání problémů. Pokud je rodina v některém ohledu **dysfunkční**, některé důležité potřeby člověka zůstanou pravděpodobně neuspokojeny, a rodina se pro své členy stane spíše zdrojem zátěže. Pokud jde o jedince ve vývoji, mohou mu v důsledku poruch funkce rodiny některé významné zkušenosti chybět, a naopak může být vystaven vlivu zkušeností negativních.

## Orientační rodina

**Orientační rodina,** do níž se dítě narodí, poskytuje základní sociální zkušenost a interpretuje dítěti svým chováním svět jako celek, jehož je součástí. Dítě se v rodině naučí posuzovat, zda je svět spíše dobrý, nebo zlý, má šanci zde získat pocit základní důvěry. Rodina je zjednodušeným modelem světa, v němž získává dítě první zkušenosti a ověřuje si reakce světa na své chování. Funkce orientační rodiny lze charakterizovat ve vztahu k základním psychickým potřebám. Ne vždy je ovšem rodina schopna nebo ochotna tyto funkce plnit, popř. je plní neúplně či patologickým způsobem.

- Rodina dítěti poskytuje **podněty** různé kvantity a kvality, dítě **učí**, a tak podporuje jeho **rozvoj** zejména v oblasti poznávacích procesů a stimuluje jeho socializaci. Dysfunkce se může projevit výchovným zanedbáváním, rodina může dítě učit rolím, hodnotám a normám, které majoritní společnost považuje za nežádoucí. (Otázka normy a patologie je zde opět relativní.) Z takové rodiny přicházejí do společnosti, tj. do školy, děti, které neposuzují svět jako jejich vrstevníci. Proto se chovají jinak, než je běžné a než se od nich očekává.

  Velmi důležitou složkou dětské zkušenosti je **sebepojetí**, které dítěti rovněž zprostředkuje rodina. Je rozhodující, zda je posuzuje převážně

pozitivně nebo negativně. Tímto způsobem spoluurčuje rodina jeho budoucí směřování a případné potíže.

- Rodina dítěti poskytuje **jistotu a bezpečí**. V rodině nachází příležitost pro navázání spolehlivého citového vztahu, který je významnou emoční zkušeností a modelem pro další mezilidské vztahy v životě. Emoční akceptace je podstatná pro rozvoj identity dítěte, zejména sebeúcty. Jedinec, který si zkušeností potvrdil svůj význam pro jiného člověka, jej bude mít i sám pro sebe. Získá dostatečnou sebeúctu a sebejistotu, jež jsou nezbytným předpokladem tolerance k lidem a schopnosti akceptovat je v jejich různosti. Pokud rodiče dítě citově nepřijali, poskytli mu nepříznivou informaci, nepotvrdili mu, že svět je bezpečné místo. Dítě bude neustále očekávat chladné a negativní reakce, bude nejisté, a tento pocit si bude kompenzovat např. agresivitou, která je obranou vůči ohrožujícímu světu.
- Rodina má ve vztahu k dítěti určitá **očekávání, aspirace**. Ty mohou být různé, podstatné je však to, jakou míru podpory při jejich realizaci dítěti rodina poskytne a jaký bude její primární názor na dítě: buď pozitivní – rodina bude dítěti věřit a povzbuzovat ho, anebo spíše negativní – rodina bude pochybovat a dítě srážet svým podceňováním. Tímto způsobem se rozvíjí **sebedůvěra** dítěte.

V pedagogické psychologii má zmíněný mechanismus specifické označení „Pygmalion efekt". Jeho podstata spočívá v tom, že jedinec se snáze stane tím, co se od něj očekává. Dítě směřuje k naplnění rodičovské představy, ať je jakákoli. (Je známé, že např. týrající rodiče dítě podceňují, kritizují, mají nesplnitelná očekávání.)

Rodiče fungují jako modely, které lze napodobit, popř. se s nimi identifikovat. Dítě si takto může osvojit celou řadu pozitivních i negativních vlastností a způsobů chování.

### Prokreační rodina

Zkušenosti získané v původní, orientační rodině se přenášejí i do rodiny, kterou člověk vytváří jako dospělý, do tzv. **rodiny prokreační**.

V dospělosti máme tendenci opakovat totéž, co dělali naši rodiče (pokud jsme nějaké měli), a děláme podobné chyby. V jiném případě se snažíme o pravý opak zážitků z orientační rodiny, ale i v tomto případě je základem naše zkušenost získaná v dětství.

I dospělý člověk potřebuje rodinné společenství, které mu poskytuje pocit bezpečí rodinného zázemí (jež však sám ve větší míře spoluvytváří), umožňuje mu získat určité sociální role a sdílet zkušenosti. Hlavním obecně uznávaným smyslem prokreační rodiny je reprodukce, tj. zplození potomstva a péče o něj.





Rodina přispívá **i v dospělosti** k uspokojení mnoha psychických potřeb:

- Člověk získává **nové podněty a zkušenosti jako partner i jako rodič**. Učí se řešit nové situace, a touto zkušeností se rozvíjí. Za určitých okolností může mít partnerská nebo rodičovská role negativní hodnotu: buď proto, že je subjektivně příliš náročná, nebo proto, že je spojena s nepříjemnými prožitky (dítě je postižené, manžel ženu bije apod.).
- Manželský vztah je zdrojem **citové jistoty a bezpečí**. V tomto vztahu však dochází i k mnoha problémům. Manželé mají různé osobnostní dispozice, nejsou stejně zralí, nebo mají odlišné zkušenosti a hodnoty. Vztah může být zdrojem napětí a v krajním případě i ohrožení. Závislejší z partnerů může být citově i jinak týrán a zneužíván. Manželský vztah představuje základ emoční pohody a celkové atmosféry v rodině. Je podporou, nebo naopak zátěží v procesu zvládání rodičovské role. V **roli rodiče** musí dospělý člověk sám poskytovat jistotu a bezpečí svým dětem. Činí tak podle toho, jakou má zkušenost z dětství. Z. Matějček mluví o *sociální dědičnosti*, o předávání způsobů chování z generace na generaci. Celková atmosféra rodiny, převažující úroveň pohody a otevřenosti ovlivňuje všechny její členy. Nepříznivá, nepřátelská a nadměrně kritická atmosféra zvyšuje riziko vzniku nepřiměřeného chování všech členů rodiny, dětí i dospělých.
- V dospělém věku jsou důležitou součástí seberealizace člověka i **role, které lze získat v rodině.** Je to role manželského partnera a rodiče. Kvalitní rodina není jen záležitostí čistě osobní, ale má rovněž značnou sociální hodnotu, přináší člověku prestiž. V našich sociokulturních podmínkách je uzavření manželství a zplození dětí potvrzením normality dospělého věku. Lidé, kteří tuto normu neplní, bývají považováni za podezřelé, podivné, někdy i méněcenné. To platí zejména o ženách, k nimž jsou sociální předsudky striktnější. Pokud se žena středního věku ještě nevdala, *„nikdo si ji nevzal, zůstala na ocet"*, bývá hodnocena hůře než její vdaná vrstevnice. Úspěšné zvládnutí rodičovské role je důležitou složkou seberealizace. Potřeba potomstva je pudově založena a rodičovské chování má starší a hlubší biologický základ než partnerská role (Matoušek, 1993). Původní lidské společenství nebylo rodinou, ale tlupou. Rodič se s potomkem identifikuje, a pokud dítě splňuje obecná očekávání, potvrzuje to rodičovské kvality. Jestliže je dítě vnímáno jako neuspokojující (je např. postižené), případně pokud se narodilo v nevhodné situaci, a je proto nežádoucí, pak potřeba seberealizace uspokojena není. Rodičovská role má za těchto okolností negativní hodnotu, resp. nízký sociální status (např. role svobodné matky).

### Dysfunkce rodiny

Rodina je v každé vývojové fázi skupinou, jejíž jednotliví členové mají určité sociální role a jsou ve vzájemných vztazích, které se v průběhu času mění. Veškeré normální i patologické chování každého člena rodiny je nutno interpretovat jako součást *interakcí* celého rodinného systému. Chování dětí, ale i dospělých v dominantních rolích není nikdy nezávislé, vždycky je ovlivněno chováním ostatních členů rodiny, dospělých i dětí. Způsob zpracování různých situací je dán genetickou výbavou, kterou mají rodiče a jejich potomci podobnou. Z toho vyplývá sklon členů rodiny k určitým typům reakcí. Tyto dispozice ovlivní jak výchovný styl rodičů – jejich chování k dítěti, tak sklon dětí reagovat na tyto podněty typickým způsobem.

**Všichni lidé nemají předpoklady k plnění rodičovské role.** J. L. Culbertson a C. J. Schellenbach (1992) uvádějí výzkumem zjištěný souhrn vlastností, které zvyšují riziko špatného zacházení s dítětem (je možné předpokládat, že tyto vlastnosti snižují pravděpodobnost přijatelného chování k lidem obecně):

1. **Nedostatky v sociální orientaci,** omezená schopnost empatie, neporozumění potřebám jiného člověka, rigidita, osamělost a problémy v mezilidských vztazích.
2. Problematické **sebehodnocení**, nízká sebeúcta, nespokojenost s rodičovskou rolí.
3. Rizikové **chování**, které se projevuje nedostatečnou sebekontrolou a sebeovládáním, impulzivitou, potřebou projevit negativní city.
4. **Špatná zkušenost z vlastního dětství:** 70 % lidí, s nimiž v dětství nezacházeli rodiče přiměřeným způsobem, mělo sklon chovat se podobně.

Rodina tedy, díky svému velkému specifickému významu, umožňuje a podporuje plnohodnotný život a rozvoj všech svých členů, ale stejně tak se může stát zdrojem psychických zátěží a poruch.

## 23.1 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (Syndrom CAN)

Syndrom CAN je definován *„jakýmkoli nenáhodným jednáním rodičů nebo jiné dospělé osoby, které je v dané společnosti odmítané a nepřijatelné, jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popř. způsobuje jeho smrt“*. Předpokládá se, že tímto syndromem v současné době trpí přibližně 1–2 % dětí (Dunovský, 1995).

Základní charakteristikou CAN syndromu je **necitlivost a bezohlednost k dítěti, jeho podřízení nebo využití k uspokojení potřeb dospělého**.





Z hlediska charakteru strádání rozlišujeme tři základní varianty:

- **Zanedbávání dítěte,** tj. poškozování nedostatečnou aktivitou rodičů, omezení interakce mezi rodičem a dítětem, což se projeví nedostatečným uspokojováním jeho potřeb deprivací. Z psychologického hlediska má závažné důsledky především **citová deprivace** – strádání v oblasti citových potřeb dítěte, a **sociokulturní deprivace** – nedostatek podnětů, které podporují rozvoj schopností a dovedností dítěte.
- **Týrání fyzické či psychické.** Fyzické týrání se projevuje nadměrným tělesným trestáním, bitím. Jde o zneužití fyzické síly dospělého vůči dítěti, tj. o tělesné strádání, které je zároveň i traumatem psychickým.

  Psychické týrání se projevuje častým, nadměrným kritizováním, ponižováním a citovým vydíráním dítěte. Jde o zneužití psychické nadřazenosti dospělého, jeho moci nad komplementárně podřízeným a závislým dítětem.
- **Sexuální zneužívání** lze definovat jako zneužití moci nad dítětem pro sexuální uspokojení dospělého. Vede k poškozování dítěte jak v oblasti tělesné, tak duševní. V případě týrání či zneužívání zůstává interakce mezi rodičem a dítětem zachována, ale je patologická (Matoušek, 1993; Dunovský, 1995).

### 23.1.1 Citová deprivace

Matka (event. jiná lidská bytost) představuje v normální rodině pro dítě zdroj jistoty a bezpečí. Potřebu citové jistoty a bezpečí obvykle uspokojuje tím, že svoje dítě emočně akceptuje, a poskytuje mu tak specifickou zkušenost prožitku spolehlivého citového vztahu. Tak umožňuje dítěti splnit první vývojový úkol: získat základní důvěru ve svět a v závislosti na tom i pocit sebedůvěry a životní jistoty. E. Erikson (1963) mluví oprávněně nejenom o potřebě základní důvěry, ale i o její zralejší a reálnější variantě, o potvrzení základní naděje, která představuje schopnost obnovovat pozitivní vztah ke světu i po dílčí negativní zkušenosti, jež je v lidském životě zcela zákonitá.

Primární zkušenost jistého a spolehlivého citového vztahu je základem pro další rozvoj dětské osobnosti tím, že posiluje:

a) schopnost uchovat si pocit vnitřní jistoty a vyrovnanosti,

b) schopnost udržovat pozitivní vztah ke světu i k sobě samému a

c) schopnost navazovat a udržovat trvalejší a spolehlivé vztahy s lidmi.

Zdá se, že jiným způsobem tuto zkušenost získat nelze, nemůže ji kompenzovat zkušenost z jiné oblasti. Jednou z variant nepříznivého působení rodiny na psychický vývoj dítěte je situace, kdy dítě není svými rodiči akceptováno, a proto citově strádá. **Citová deprivace je neuspokojením potřeby citové jistoty**

**a bezpečí v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu** (Langmeier a Matějček, 1974). Je způsobena nedostatkem specifických emočních podnětů, absencí stabilního a spolehlivého vztahu s mateřskou osobou a z toho vyplývajícím nedostatkem sebedůvěry, jistoty a bezpečí. Vzniká v situaci, kdy matka (nebo jiná osoba) nemá o dítě zájem, zanedbává je, má k němu ambivalentní, nebo dokonce hostilní postoj. Deprivační zkušenost nepříznivě ovlivňuje další vývoj osobnosti dítěte a projevuje se změnami v jeho prožívání i chování.

Citové strádání samozřejmě stimuluje různé obranné mechanismy, dítě se snaží tuto potřebu uspokojit např. změnou objektu. Je známo, že sourozenci z citově deprivujícího prostředí na sobě často nápadně lpějí. Hledání náhradního objektu, který by tuto potřebu saturoval, je velmi intenzivní a mnohdy zcela neselektivní. V běžných sociálních situacích je takové chování nepříjemné, protože působí jako „vlezlost", a přináší spíše negativní odezvu než citové přijetí. Děti se snaží jakýmkoli způsobem upoutat pozornost libovolného člověka.

Uspokojení lze dosáhnout i substitucí, mnohé citově strádající děti se zaměřují na jídlo, hromadění věcí či jiné tělesné potřeby. Ve shodě s Freudem bychom mohli mluvit o regresi, resp. fixaci na úrovni orálního stadia, v němž mělo dítě dojít uspokojení potřeby bezpečí. Krajním obranným mechanismem je rezignace, kdy dítě ztrácí o bližší vztah zájem. Pokud by se do takové situace dostalo (např. při adopci nebo pěstounské péči), reagovalo by na náhlou přílišnou vřelost odmítavě, bálo by se jí nebo by mu byla přinejmenším nepříjemná.

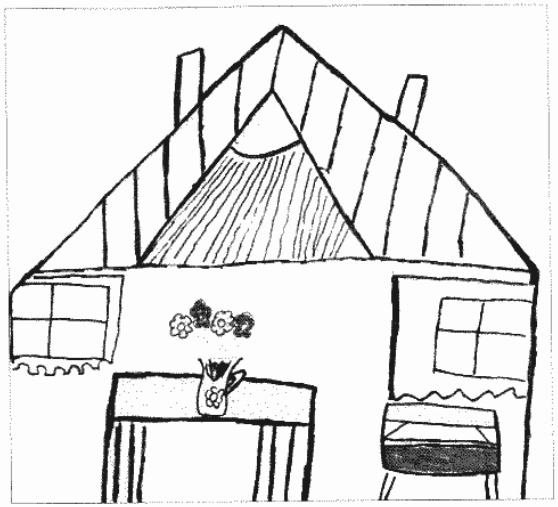
### Rizikoví rodiče a rizikové děti

Zanedbávání, které se projevuje omezením interakce s dítětem, lze interpretovat jako projev nezájmu o potomstvo. Z. Matějček (1995, s. 110–111) uvádí, jací lidé se s větší pravděpodobností budou chovat tímto způsobem a jaké děti budou nevšímavé chování posilovat. Jde vždycky o interakci rodiče s dítětem v konkrétní situaci.

1. **Rizikoví rodiče**
   - Lidé, kteří nemají pro rodičovskou roli dostatečné **kompetence**, nejsou schopni nebo aktuálně nemohou plnit požadavky této role. Jsou to např. mentálně retardovaní, somaticky či psychicky nemocní, rodiče zdevastovaní abúzem alkoholu nebo drog, lidé se zkušeností citové deprivace apod.
   - Lidé, kteří nemají k rodičovství dostatečnou **motivaci**, kteří jsou příliš zaujati svými problémy nebo svými zájmy. Jsou to např. mladí a nezralí rodiče, lidé žijící v hmotné bídě nebo zaujatí svou vlastní profesní kariérou, svými zálibami.
2. **Rizikové děti**
   - Děti, které jsou natolik pasivní, apatické, nenápadné a nevýrazné, že **nedovedou svoje rodiče zaujmout**.
   - Děti, jež jsou nějak **znevýhodněné, a proto méně žádoucí**, které zklamaly očekávání rodičů; např. děti postižené nebo nemocné.







**Obr. 23.1:** Domov bývá citově deprivovanými dětmi znázorňován stereotypně, bez lidí.

Obrana dítěte proti zanedbávání je **obtížná**. Jde o dlouhodobý negativní proces, který zpravidla ovlivňuje vývoj dítěte již od jeho narození, dítě jinou zkušenost nemá. Kromě toho bývají případné pokusy o získání rodičovské přízně – pokud by jich dítě vůbec bylo schopné – odmítány nebo trestány.

### Změny osobnosti jako důsledek citové deprivace

Z hlediska charakteru a závažnosti jsou důsledky citové deprivace značně variabilní. I tak závažná negativní zkušenost, jakou je psychická deprivace, působí na různé děti odlišně, podle toho, jak jsou geneticky disponovány a jakou mají primární zkušenost.

- **Řeč a komunikace.** Jedním z důsledků nedostatečného zájmu matky o dítě je redukce řečové stimulace a omezení kontaktu s mateřskou osobou. Není uspokojena již základní potřeba receptivity. Navíc zde chybí pozitivní emoční odezva na jakýkoli projev dítěte, která za normálních okolností podporuje jeho úsilí něco se naučit. Počáteční vývoj řeči není nijak posilován, matka na komunikační pokusy dítěte nereaguje, a tím jeho rozvoj v této oblasti brzdí. Obecně platí: chybí-li *osobně významný člověk*, bytost, s níž chce být dítě v kontaktu, nevytváří se ani potřeba komunikace. Slovní zásoba je i později chudá, děti např. neumějí dobře používat osobní zájmena, především zájmeno já. (Je to dáno omezením rozvoje dětské identity, jejích individuálně typických rysů, protože matka dítěti neposkytne zkušenost „zrcadla".) Citově deprivované děti

nemají dobrou jazykovou citlivost, což se projeví podivnou, méně správnou skladbou jejich řeči. Zjevná je malá spontaneita řečového projevu a nedostatečnost v sociálním užití řeči.

- **Rozumové schopnosti** citově deprivovaných dětí nemusí být závažněji postiženy, ale nejsou dostatečně využívány. Lze pozorovat nápadnou neschopnost učit se ze zkušeností, např. zobecnit konkrétní a aktuální následky vlastního jednání. Dětem chybí zkušenost s matkou jako průvodcem a interpretem okolního světa. Nepřímo zde působí i emoční deprivace, nedostatečné ocenění dětských projevů od samého počátku jejich vývoje. Dítěti chybí důvod, proč se snažit. Chybí mu citově pozitivní zpětná vazba, která dává jakémukoli výkonu smysl. Lhostejná a chladná matka na dětské projevy potřebným způsobem nereaguje.

Ze stejného důvodu mají tyto děti ve škole **horší prospěch**, než odpovídá jejich skutečnému nadání. Nedovedou pracovat samostatně, snadno se rozptýlí. Potřebují přímé vedení a citovou podporu motivace k učení, kterou nezažily v raném dětství. Adekvátní školní adaptaci dítěte překáží narušený vztah k vlastnímu výkonu. Příčinou je jednak již uvedený nedostatek ocenění emočně významnou osobou, ale i změna hierarchie motivů, kde dominuje potřeba citového uspokojení, resp. aktuální potřeba jakéhokoliv uspokojení. Slabší motivace k učení je následkem infantilizace hodnotové struktury, kde se udržují subjektivně významnější, dosud nedostatečně saturované potřeby.

- Typickým způsobem je **změněno citové prožívání a vztahy** k okolnímu světu, zejména k lidem. Citově deprivované děti bývají emočně ploché, nedůvěřivé a někdy i hostilní a agresivní. Mívají nízkou frustrační toleranci. Vzhledem k infantilní autoregulaci a nedostatečnému sebeovládání reagují snadno impulzivně, afektivním výbuchem.

- **Socializace.** Citově deprivované děti mívají primitivní, nediferencované a povrchní vztahy k lidem. Jejich chování je typické infantilním stereotypem, který lze interpretovat jako výraz bezradnosti. Z nedostatku pozitivní emoční zkušenosti vyplývá celková nejistota. V mezilidských vztazích se často projeví právě absencí empatie a egocentrismem, který je pokusem o obranu. Tyto děti mají obtíže s orientací ve vlastních pocitech. Matka, která svými reakcemi pomáhá rozvoji sebecitu dítěte, mu neposkytla adekvátní zpětnou vazbu. Dítě nezažilo empatický projev matky ke svým pocitům a potřebám, a tato zkušenost mu ve vztahu k sobě i k ostatním lidem chybí. Pro rozvoj rolí je potřebné dobře rozlišovat různé projevy chování a naučit se, co je pro konkrétní situaci nebo roli vhodné. Děti s nedostatečnou citovou zkušeností to nedovedou. Další potíží je snížená schopnost chovat se žádoucím způsobem, pokud by to představovalo jakékoliv omezení. Sociální interakce s lidmi na nejrůznější úrovni je nápadná svou nepřiměřeností. Tyto děti reagují poněkud odlišně, a tak vyvolávají nestandardní, obyčejně negativní reakce. Problémy v sociální interakci dále snižují pravděpodobnost pozitivního přijetí, a tím i možnost korektivní zkušenosti.



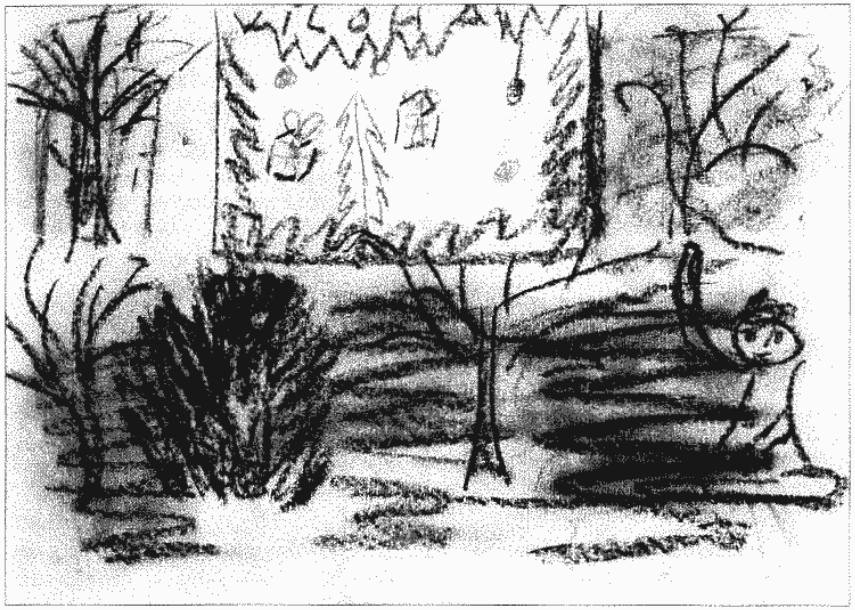


Většina obranných reakcí vede k hromadění problémů. V některých případech se potřeba citového vztahu stává dominantní motivační tendencí a stoupá tlak na její uspokojení. Může jít o variantu sociálně hyperaktivního typu, dítě si vůbec nevybírá vhodný objekt, navazuje kontakt s kýmkoli, bez zábran a zcela nediferencovaně. Z hlediska vývoje sociálních vztahů působí jeho chování dojmem fixace ve stadiu předběžného objektu, kdy dítě ještě nerozlišuje jednotlivé osoby podle jejich významu (tj. na blízké, známé a cizí). Typ sociálně provokující se liší pouze tím, že používá méně únosné strategie. Jsou to děti, které se snaží navázat kontakt agresivně, nepříjemnými způsoby. V sociálním vztahu se projevují jako egocentrické a žárlivé. Převaha negativní zpětné vazby neúnosné chování spíše posiluje. Dítě se o to více snaží, a jelikož si jinou strategii neosvojilo, dělá stále totéž. Vyvolává čím dál zřetelnější odmítavé reakce (Langmeier a Matějček, 1974).

- Vztahy s lidmi ovlivňují **sebepojetí dítěte.** Dítě zcela přirozeně přejímá názor nejbližších osob, a jestliže tito lidé hodnotí dítě negativně, nemá pro ně žádný význam, narušuje se i jeho sebehodnocení. Výsledkem této zkušenosti je nejistota, nedůvěra a zvýšená potřeba obrany. V sebehodnocení citově deprivovaných dětí se objevují dva extrémy: jak nerealistické „vytahování", které je důsledkem jakési přehnané aktivní obrany, tak výrazné sebepodceňování, spojené s nejistotou, obavami a negativní anticipací budoucnosti. Nízké sebehodnocení se projevuje malou sebedůvěrou a nízkou sebeúctou, které vedou k obranným reakcím. Jednou je vazba na silnější bytost, na vůdce, a příslušnost k sociální skupině, která jeho sebevědomí podpoří. Třeba tím, že se tato skupina prohlásí za elitu a členství v ní za výsadu a oprávnění k překračování norem. Tak je tomu např. v asociálních skupinách typických pro adolescentní věk. Individualizace ve svém rozvoji dostatečným způsobem nepokročila, a tak je skupinová identita velice přijatelnou variantou.

- Zkušenost emočního strádání se projeví změnou v **hierarchii hodnot**. Neuspokojení v oblasti základní citové potřeby mění postoj k realitě. Dítě zůstalo infantilně egocentricky zaměřeno na uchování přijatelného pocitu jistoty a bezpečí, přičemž způsob dosažení tohoto cíle není rozhodující. Mnohdy se negativně projeví zkušenost z rodiny, která uctívá jiné hodnoty než majoritní společnost nebo zkušenost z ústavního zařízení, např. diagnostického ústavu, který nepředstavuje typickou sociální situaci.

V deformovaném hodnotovém systému nebudou normy chování představovat ucelený korektivní systém, který by byl pro dítě směrodatný. Pokud jsou normy prezentovány osobně bezvýznamným člověkem, nemohou mít takový význam, jako kdyby byla jejich představitelem citově důležitá autorita, jejíž ocenění dává určitému chování vyšší hodnotu. Dítě se za těchto okolností s příslušnými normami chování neidentifikuje natolik, aby mohly dostatečným způsobem korigovat jeho jednání. Podstatné je jen to, co má osobní význam, byť i zprostředkovaný.



**Obr. 23.2:** Kresba citově deprivovaného a výchovně zanedbaného chlapce s poruchami chování na téma „Večer trávený doma s rodinou".

### Citová subdeprivace

Subdeprivace je mírnější variantou deprivační zkušenosti, která je v našich současných sociokulturních podmínkách mnohem častější. Její riziko je v tom, že je **obtížněji identifikovatelná**. Částečně dysfunkční rodiny, jež plní některé ze svých povinností velmi dobře, nebývají navenek nápadné. Děti mohou mít dobré materiální zabezpečení, zajištěné dobré vzdělání, ale strádat v citové oblasti.

V chování rodičů, kteří nejsou schopni nebo ochotni dítě dostatečným způsobem citově saturovat, jsou zřejmé určité postoje, jež toto riziko signalizují:

- Snížená **akceptace** dítěte. Rodiče mluví o svém dítěti příliš kriticky, hodnotí je negativně, nenalézají na něm nic dobrého. V jejich projevu je zřejmá minimální citová angažovanost.
- Snížená **empatie** k dítěti. Rodiče nejsou schopni rozumět potřebám a pocitům svého dítěte, interpretují je nepřiměřeně, že je to nápadné i zcela cizím lidem.





- Snížená **frekvence interakcí** mezi rodičem a dítětem. Rodiče se dítětem příliš nezabývají, málo s ním komunikují, netráví s ním volný čas. Dítě je často doma samo, i když jsou rodiče doma, nikdo si ho nevšímá.

**Důsledky** takové zkušenosti jsou obdobné jako v případě deprivace, ale nejsou tak nápadné a rušivé jako projevy citově deprivovaných dětí. Subdeprivační zkušenost, a zejména míra jejích následků, je opět dána interakcí vnějších a vnitřních rizikových faktorů. Má individuálně typický obraz. Příznaky subdeprivace se stávají nápadnými ve svém souhrnu. Typickým znakem subdeprivace je kumulace účinku drobných odchylek, jejichž souhrn označuje Z. Matějček (1992) jako skór maladaptace. **Skór maladaptace** představuje souhrn nepříznivých charakteristik dítěte, které mohou negativně ovlivňovat rozvoj jeho osobnosti a jeho sociální adaptaci. (Mohou také zvyšovat riziko rodičovského nezájmu či agresivity, event. týrání dítěte.) Do této kategorie patří:

1. **Biologické faktory.** Disponované děti bývají méně odolné vůči všem běžným biologickým zátěžím, bývají častěji nemocné, mívají více úrazů a větší sklon k obezitě.
2. **Psychosociální faktory.** Nepříznivý vliv citového strádání se projeví především v oblasti sociálních vztahů. Tyto děti nepůsobí dobře na ostatní lidi, častěji vyvolávají nepříznivý dojem. To se projevilo v jejich horším hodnocení rodiči, učiteli i spolužáky. Nejsou ani pozitivně akceptovány. Nižší hodnocení se projevuje zejména v oblasti „charakterových" vlastností. Děti se zkušeností citové subdeprivace nemají dobré postavení v dětské skupině. Sociogram ukázal, že jejich vztahy s vrstevníky jsou méně příznivé, než bývá obvyklé. Subdeprivované děti udávají méně přátelských vztahů vůči druhým dětem, ale ani ony samy nebývají tak často pozitivně přijímány. Spolužáci je hodnotí jako největší rváče ve třídě, jako zbabělce, nebo se o ně vůbec nezajímají (Matějček, 1992).

Dalším typickým rysem citově subdeprivovaných dětí je horší školní prospěch. V tomto směru je nejdůležitější skutečnost, že nevyplývá ze snížené inteligence, ale z neschopnosti ji účelně využívat. (Jejich rozumové schopnosti se neliší od úrovně schopností dětí z kontrolní skupiny.) To však nic nemění na tom, že je jejich spolužáci za méně inteligentní považují. Učitelé je sice za méně nadané nepokládají, ale ani oni je nehodnotí pozitivně. Myslí si, že tyto děti nemají dobré pracovní vlastnosti, které jsou také jedním z předpokladů k úspěchu.

V reakcích citově neuspokojených dětí je nápadná větší **dráždivost, výbušnost a tendence reagovat zlostně**. Strádání v oblasti jakékoli významné potřeby zvyšuje psychické napětí a snižuje celkovou pohodu i vyrovnanost. Trvalejší citová nejistota a neuspokojenost se projevuje deformací psychického vývoje a tyto nápadnosti se zafixují jako trvalé osobnostní rysy. Ještě v době dospělosti mají tito lidé odchylky v oblasti sebehodnocení, problémy v mezilidských vztazích a nejsou spokojeni s vlastním životem (Matějček, 1992; 1994).

Jedinci s nedostatečně uspokojenou citovou potřebou mívají běžně problémy v **sociální adaptaci**. Do jisté míry je riziková i skupina tzv. *zdánlivě dobře*

*přizpůsobených* (Langmeier a Matějček, 1974). Jsou to děti bez problémů pouze v určité stereotypní situaci nebo ve stabilním prostředí, ale na jakoukoli větší změnu (např. nástup do školy, do zaměstnání apod.) reagují nepříznivě a někdy i selhávají.

□ V české historii existuje příklad psychické deprivace v dětství krále Václava II. (podle Lesného, 1987). Nešlo o rané strádání, ale spíše o komplex stresové a deprivační zkušenosti, které byl Václav II. vystaven ve svém dětství. Pokud je známo, byl již dispozičně tělesně slabší a psychicky labilnější. Nepodobal se rytířskému ideálu oné doby jako jeho otec Přemysl Otakar II., ačkoli byl jistě v tomto směru vychováván. Po smrti otce v bitvě na Moravském poli byl Václav se svou matkou izolován na hradě Bezdězu. Byl vystaven značnému tělesnému i duševnímu strádání, které přišlo jako náhlý zlom v jeho životě.
Když bylo chlapci sedm let, kontakt s matkou byl přerušen jejím odchodem z vězení na Bezdězu. To sice již není věk citlivý k separaci, ale celková zátěž této změny byla značná. Navíc zde nebyl nikdo, kdo by mohl posloužit jako objekt náhradního citového vztahu.
Psychická deprivace byla zřejmě intenzivní, protože mu zcela chybělo rodinné zázemí i přirozený kontakt s vrstevníky. Lze předpokládat, že ani kognitivní stimulace nebyla adekvátní. K tomu samozřejmě dále přispíval negativní vliv strádání biologického (na jeho chrupu a kostech byly později shledány stopy křivice, způsobené nedostatečnou výživou).
Podle pozdějšího Václavova chování je pravděpodobné, že vztah s matkou byl fixován v infantilní podobě a značně idealizován. Matka výrazně ovlivňovala jeho jednání až do své smrti roku 1285, kdy mu bylo teprve 14 let. V jedenácti letech se s ní znovu, po čtyřletém odloučení, setkal, ale musel akceptovat jejího nového manžela, k němuž musel mít přinejmenším ambivalentní vztah. Jednak díky němu neměl matku jen pro sebe, a navíc musel vědět to, co věděl každý, že Záviš z Falkenštejna byl jedním z aktivních odpůrců jeho otce. Mohl tedy Závišovi přičítat vinu za svoje minulé strádání. Václavovy vztahy k lidem byly i později nevyrovnané a málo stabilní, charakteristické zvýšenou podezíravostí a nejistotou, projevy úzkosti, strachu a depresivním laděním. Některé jeho reakce byly tak nápadné, že již nelze mluvit jen o strachu, ale spíš o fobii. Historické prameny uvádějí, že se schovával do skříní s uloženými relikviemi, kdykoli se blížilo hromobití. Měl i fobii z koček.
Dante hodnotí Václava II. jako slabocha a podivína bez ambicí. Avšak Václav ctižádostivý byl. Měl k tomu důvod, který vyplýval z jeho vztahu k otci, představujícímu úspěšné ztělesnění tehdy panujícího ideálu. (Lesný jej však hodnotí jako agresivního psychopata.) Ze srovnání s otcem, které pro Václava nevyznívalo uspokojivě, asi vyplývá jeho potřeba otce překonat. Činil tak někdy velmi tvrdě, chladně, jak je zřejmé z potlačení povstání svých odpůrců. V jeho osobnosti jsou další znaky, jež můžeme hodnotit jako následky emočního strádání, ale stejně významné jsou neurotické změny, vyplývající ze silné stresové situace, kterou prožil v dětství.





## Pozdní důsledky citového strádání

Důsledky psychické deprivace, případně subdeprivace, se mohou projevovat v dospělosti. Někdy se dokonce stanou výraznějšími, protože od dospělého se očekává větší samostatnost a zodpovědnost za vlastní jednání. Dospělý není v takové míře závislý na jiných lidech a jeho projevy nejsou korigovány příkazy a zákazy tak jako u dítěte.

Lidé s deprivační zkušeností mohou mít problémy ve všech důležitých oblastech. V dospělosti se mohou mnohé odchylky zdát nápadnější, resp. mohou mít závažnější důsledky.

- **Profesní uplatnění.** Zahrnuje úroveň dosaženého vzdělání, schopnost využívat svých předpokladů a plnit jeden ze základních úkolů dospělosti: dosáhnout ekonomické soběstačnosti sociálně přijatelným způsobem, tj. **schopnost pracovat**.
- **Partnerská a rodičovská role.** Alespoň částečné zvládnutí těchto rolí závisí na tom, zda zátěž z nedostatku potřebné zkušenosti byla kompenzována, zda jsou dospělí schopni navázat a udržet partnerský vztah na přijatelné funkční úrovni. Jejich osobnostní zralost se projeví úrovní péče o vlastní děti. Zůstává zde zvýšené riziko, že se v jejich chování nepříznivě odrazí zkušenost s vlastními rodiči. V partnerské a rodičovské roli se projeví, zda jsou schopni plnit další ze základních úkolů dospělosti: schopnost přijmout **zodpovědnost** za jiné lidské bytosti.
- **Obecná sociální adaptace** – schopnost respektovat běžná pravidla, užívat standardní strategie chování a stát se přijatelným členem společnosti. V dětství deprivovaní jedinci mívají celou řadu problémů spojených s potížemi v sociální orientaci, které vyplývají z jejich zkušeností, a s nedostatkem ohledu i sebeovládání. Je otázka, zda dovedou přijmout roli dospělého, zahrnující schopnost o sobě samostatně **rozhodovat**, být za své chování zodpovědný a uchovávat si svobodu v rámci norem společnosti.

Specifickou skupinu v dětství subdeprivovaných nebo deprivovaných dospělých představují ti, kdo prošli dlouhodobou náhradní výchovou v ústavních zařízeních (dětských domovech).

Život v institucionálním zařízení, tj. v klasickém dětském domově, vychovává děti především k adaptaci na podmínky a styl života tohoto zařízení. Ve skupinové výchově není důležitá individualita, dítě nemá pro nikoho osobní význam. Větší důraz je kladen na přizpůsobení a anonymní roli jednoho z mnoha členů skupiny. Výsledkem je, že se děti nenaučí samostatně rozhodovat a být osobně zodpovědní za své chování. V instituci není svoboda rozhodování podporována. Většina věcí je předem určena a na vlastní volbě nezávisí. Strategie chování, které jsou účelné a užitečné, ztrácejí v jiném prostředí svou hodnotu. Když dospívající dětský domov opouštějí, děje se přibližně totéž, co se stává vězňům propuštěným z dlouhodobého výkonu trestu. Strategie chování, které fungovaly v instituci, nejsou na svobodě užitečné. Je logické, že takový člověk selhává, event. mu dlouho trvá, než se na nové podmínky adaptuje.

Řadu závažných poznatků o této problematice přinesl výzkum Z. Matějčka a spolupracovníků (1995; 1996), který sledoval 56 dospělých lidí, kteří žili od 3 do 15 let v dětském domově. Lidé, kteří vyrostli v dětském domově, dosáhli nižší úrovně vzdělání, než je průměr populace, avšak na druhé straně je téměř jisté, že tito lidé měli i nižší předpoklady. Nešlo zřejmě jen o negativní vliv zkušeností, ale o komplexní zátěž. Mnozí z nich neměli inteligenci poškozenou, ale nebyli schopni ji uplatnit. Jako nepřizpůsobiví jedinci bylo označeno 36 % členů sledované skupiny: střídali zaměstnání nebo vůbec nepracovali. Ostatní, tj. 64 % ze skupiny, pracovali, ale uplatnili se na nižší úrovni, než dosahovaly jejich schopnosti. Téměř polovina sledovaných dospělých měla jen základní vzdělání (resp. zvláštní školu). Jsou však ekonomicky soběstační a nepředstavují pro společnost zátěž.

Lidé se zkušeností citové deprivace mají častěji partnerské problémy, nejsou schopni si udržet přijatelného partnera. Sledovaní dospělí selhávali v manželství a měli potíže nejen s navazováním, ale zejména s uchováním vztahu. Byli svobodní nebo rozvedení. Pouze 46 % žilo v manželství nebo v trvalém partnerském vztahu. (Vesměs šlo o lidi, kteří zvládli i profesní roli a měli zaměstnání.) Vztahové problémy byly četnější u mužů. Ženy se jevily adaptabilnější, spíše schopné sociálního učení, kompenzace. Vliv má i jejich větší motivace k trvalejšímu partnerství, která jim umožní mnohé problémy překonat.

Příčiny relativně dobré sociální adaptace žen, které vyrostly v dětském domově, jsou různé. V dětském domově je možné získat zkušenost s různými variantami ženské role, do určité míry, byť nepřímo, i s mateřskou rolí (pracovnice dětských domovů jsou většinou matky). Vychovatelky jim reprezentovaly ženskou a mateřskou roli jako něco dobrého a žádoucího. Navíc je typicky ženské chování podobnější tomu, co je vyžadováno v dětském domově i jiných institucích. Dívky jsou zvyklé se podřídit a přizpůsobit, chovat se submisivně, beze snahy o individuální prosazení. Proto jsou přijatelné pro dominantní muže, kteří chtějí o všem rozhodovat (Matějček, 1996).

Mužský vzor chování v dětském domově k dispozici nebývá. Chlapec nemá koho napodobovat. Kromě toho je výchova v dětském domově víc tlakem na submisi a na konformitu ke skupinovému modelu. To se projeví po opuštění ústavu, kdy je poprvé nucen volit a rozhodovat; činí tak často nezrale. Tendence ke skupinové identitě jej vede k vazbě na partu nebo na kohokoli, kdo jej neodmítá. Ve spojení s nižší úrovní sebeovládání a omezenou schopností sociální orientace to vede k sociálně nepřijatelnému chování.

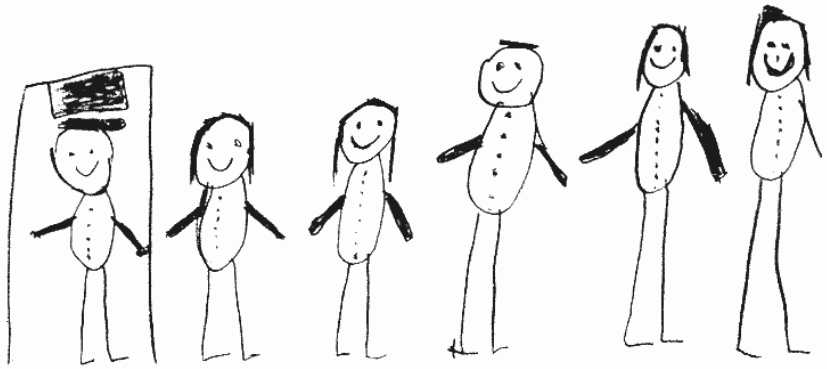
Pravděpodobnou příčinou nižší partnerské úspěšnosti je i to, že chlapci obecně dozrávají k partnerství později. Po odchodu z dětského domova získají nežádoucí zkušenosti s partou, kriminálním chováním, alkoholem či drogami, což je stigmatizuje v očích potenciální partnerky. Nejsou už schopni adaptace na relativně omezující partnerský vztah. Někdy jej dovedou navázat, ale nedovedou jej udržet, jejich chování bývá brzy příčinou k rozchodu. Dívky akceptují partnerství dříve. Jak říká Z. Matějček (1996) *„vletí do každé otevřené náruče"*. Činí v podstatě totéž co chlapci, ti také přijmou kohokoli, rozdíl je pouze v obecném sociálním zaměření (tj. parta nebo dyadický vztah).

Manželství považuje Z. Matějček (1995) za konsolidační faktor; **schopnost žít v manželství** je zároveň indikátorem úrovně sociální adaptability. Lidé, kteří žili sami, měli více problémů (byli častěji trestáni, léčeni na protialkoholním oddělení nebo byli bezdomovci).

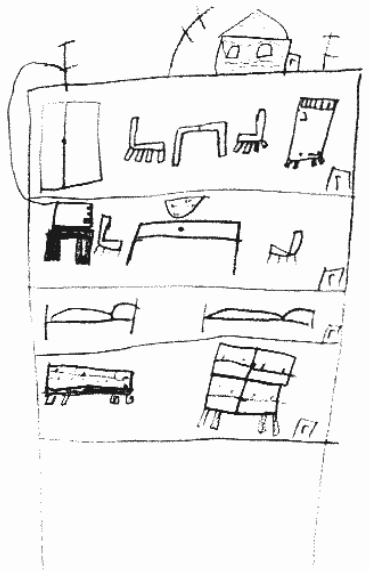
V dětství citově deprivovaní jedinci zvládají obtížně i rodičovskou roli, chybí jim potřebná citová a sociální zkušenost, fungují zde spíše jen biologické dispozice (a ty mohou být rovněž problematické, protože u jejich rodičů se pud péče o potomstvo příliš neprojevoval). Platí, že jedinci, kteří jsou natolik adaptabilní, že jsou schopni žít v manželství, resp. v trvalém partnerství, a pracovat, se postarají i o své děti.







**Obr. 23.3:** Chlapec, který žije v dětském domově, kreslí všechny členy bývalého domova; rodiny, která již neexistuje. Připomíná mu idealizované období existence rodiny.



**Obr. 23.4:** Domov bez lidí v pojetí citově deprivovaného chlapce.

Zkušenost citové deprivace je zátěží pro všechny budoucí mezilidské vztahy. Lidé trpící důsledky deprivace často nemají vůbec nikoho blízkého. Žádný další vztah ani nehledají, protože získali několik špatných zkušeností a bojí se dalších. Typické je, že příčinu selhání hledají ve druhých lidech. Chybí jim schopnost adekvátní citové odezvy, ale i potřebná schopnost sociální orientace, sociální citlivost, která by jim pomohla správně interpretovat chování lidí k nim samým. Volí si nevhodné partnery, kteří nejsou schopni jejich nedostatky

kompenzovat a poskytnout jim pozitivní korektivní zkušenost. Často ani nejde o výběr, ale o přijetí kohokoli, kdo o ně vůbec projeví nějaký zájem.

Lidé se zkušeností citové deprivace mají v dospělosti větší problémy v **sociální adaptaci**. Jsou hodnoceni jako sobečtí, nestálí, náladoví a konfliktní. Mnohdy jde o jedince s výraznou sociální patologií, kteří byli soudně trestáni, někdy i opakovaně.

V popsané výzkumné skupině se trestného činu dopustilo 36 % lidí. Jednalo se v naprosté většině o opakované relativně méně závažné přestupky: Dospělé oběti deprivace opakují stereotypně totéž, i když jsou znovu trestány, nepoučí se ze zkušenosti. Mají zvýšený sklon k abúzu alkoholu, 28 % bylo léčeno na protialkoholním oddělení. Někdy šlo o bezdomovce, kterým chybělo jakékoliv sociální zázemí.

Z. Matějček a jeho spolupracovníci (1996) uvádějí rovněž zprávu o uplatnění lidí, kteří vyrůstali v pěstounské péči. Ve srovnání se vzorkem dětí z dětských domovů je zkoumaná skupina mladší, protože pěstounská péče byla znovuzřízena až v 60. letech. Sledovaný soubor tvořilo 93 lidí, kterým bylo v průměru 23,5 roku. Původní rodinné prostředí bylo v obou sledovaných skupinách (děti z dětských domovů a děti z pěstounských rodin) podobné. Lze tedy předpokládat i obdobnou genetickou zátěž. Obě skupiny se však lišily další sociální zkušeností. Děti, které žily v rodinách pěstounů, měly k dispozici mužský i ženský vzor, a mohly proto získat běžné zkušenosti. Výsledkem je lepší sociální adaptace. Tu zatím nelze měřit na úrovni trvalosti partnerských vztahů nebo kvality rodičovské role, protože sledovaná skupina byla ve věku, kdy se tyto role začínají teprve vytvářet. Jedinci, kteří žili v pěstounské rodině, byli méně sociálně rizikoví, bylo zde méně trestaných.

Dědičnost změnit nelze, ale je možné snížit rizika plynoucí ze zkušenosti. Umístění do náhradní rodinné péče, např. pěstounských rodin, může alespoň částečně eliminovat pravděpodobnost vzniku uvedených potíží.

### 23.1.2 Sociální a kognitivní deprivace

Rozvoj inteligence závisí na jedné straně na dědičných dispozicích a aktuálním stavu CNS, na druhé straně na kvalitě výchovného prostředí a přiměřených podmínkách pro rozvoj těchto vloh. V důsledku nedostatečné stimulace a omezení příležitostí k učení se může opozdit celkový psychický vývoj dítěte, především v oblasti rozumových schopností a socializace. Jestliže je dítě výrazně zanedbáváno, nemá možnost se přiměřeně rozvíjet. V krajním případě se může jevit jako mentálně postižené. Jeho stav lze zlepšit, pokud se dostane do podnětnějšího prostředí, kde by se mohlo učit a rozvíjet. Možnost nápravy závisí na věku, vrozených dispozicích dítěte, jeho celkovém zdravotním stavu i na době, po kterou žilo v takovém prostředí. Obecně platí, že čím déle bylo dítě od raného věku zanedbáváno, tím větší bude stupeň opoždění jeho vývoje.

**Vývojové opoždění,** dané nedostatkem stimulace a omezením příležitosti k učení, bývá nerovnoměrné. Postihuje zcela specificky mnohem více ty složky, které jsou závislé na sociokulturních podnětech, a méně ty, jež podmiňuje zrání.

- Výchovně zanedbané děti bývají opožděné v **řeči**. Neměly příležitost si osvojit dostatečnou slovní zásobu, mnoha sdělením dobře nerozumí a nemohly se naučit ani adekvátně verbálně komunikovat. V závislosti na nedostatku znalosti mnoha potřebných pojmů i vzhledem k nezkušenosti se způsoby řešení problémů stagnuje rozvoj jejich **myšlení**, zejména ve verbální složce.
- Výchovně zanedbané děti bývají opožděné v oblasti **socializace**. Jejich chování je s ohledem na společenský standard nápadné, v kontaktu s lidmi i pro řešení problémů a zátěží si volí jiné strategie, než jsou běžné. Jejich projev je spontánní a neřídí se běžnými normami chování, protože neměly možnost a příležitost si je osvojit. Stejné problémy mají s rozlišováním sociálních rolí. S některými modely lidského chování nemají zkušenost, nikdy se s nimi nesetkaly.

Chování dětí je převážně motivováno tendencí uspokojit aktuální potřeby na úrovni svých možností. Pod vlivem zanedbávání se nerozvíjejí ani samotné potřeby, a tak jde v závažnějších případech o stagnaci na úrovni prosté sebezáchovy (i v psychickém slova smyslu). Fixují se způsoby chování, které jsou z hlediska dítěte účelné, protože vedou k uspokojení jeho potřeb, ale z hlediska společnosti mohou být posuzované jako nežádoucí. Tyto děti někdy dovedou být soběstačné v praktických životních situacích, protože je byly nuceny zvládnout vlastními silami. Potíž však představuje fakt, že je leckdy řeší sociálně nepřijatelně (např. jídlo buď ukradnou, nebo vyžebrají apod.). Reakcí na zkušenost komplexní deprivace bývá odmítání jakéhokoli kontaktu, generalizovaná strachová reakce nebo apatie a autostimulace nejrůznějšího druhu (např. kývání). Podobně obranný charakter mohou mít i agresivní výbuchy, kterými reagují v situaci, s níž si neví rady.

Dospělí se zkušeností sociokognitivní deprivace mívají různé sociálně adaptační potíže. Často nejsou schopni zvládnout přijatelným způsobem ani jednu ze základních sociálních rolí. Nemívají dostatečné vzdělání, a proto nezískají ani přijatelnou profesní roli. Veškeré problémy, které jim přináší kontakt s majoritní společností, posilují tendence k sociální izolaci a vytváření jakési minority, nízké sociokulturní vrstvy. Nebývají schopni plnit ani roli rodičovskou. Je zde zvýšené riziko stejně zanedbávajícího výchovného přístupu k potomkům a zatížení další generace. Se zvýšenou pravděpodobností se u rodičů i jejich dětí reprodukuje kombinovaný negativní vliv dědičné dispozice a nevhodného působení prostředí.

### 23.1.3 Syndrom týraného dítěte

**Týrání a zneužívání dítěte lze definovat jako každý projev chování rodičů (či jiných osob), které dítě duševně či tělesně poškozuje.** Nejvýznamnější charakteristiku tohoto syndromu tvoří dvě skutečnosti:

1. Dítěti někdo ubližuje, ono tím fyzicky či psychicky trpí a tato zkušenost ohrožuje jeho další vývoj.
2. Osoby, jež dítě týrají, jsou velmi často jeho rodiče, kteří by pro ně naopak měli představovat jistotu a bezpečí.

Jakákoli forma týrání představuje závažnou, komplexní zátěžovou situaci, která zahrnuje jak **deprivační zkušenost**, tak silný **stres** (dítě strádá nedostatkem citového přijetí, ale i v oblasti biologických potřeb, bití mu způsobuje bolest atd.). Týrání mnohdy ohrožuje samu existenci jedince.

> Jev jistě existoval odpradávna a v určitých historických obdobích nebyl ani považován za patologický, rodič měl právo udělat se svým potomkem, co chtěl. V antice bylo dítě bezprávné, otec je mohl prodat do otroctví nebo zabít. Podobná situace byla tehdy i jinde. Vlivem křesťanství se sice vztah k dětem zlepšil, ale ještě po celý středověk s nimi bylo nakládáno jako s nerovnoprávnými bytostmi. Nežádoucí děti nebyly zabíjeny, ale odkládány. I v novověké historii byl kladen značný důraz na přísné tělesné tresty, které bychom dnes bez váhání zařadili do kategorie týrání.

Riziko ohrožení dítěte je zvýšené v rodinách, kde jsou vztahy mezi jejími členy narušené (lidé spolu dostatečně otevřeně nekomunikují, převažuje kritika a odmítání). Členové takových rodin nejsou schopni kooperovat při řešení problémů, chybí vzájemná podpora, převažuje napětí a nespokojenost, problémy se řeší agresí. Násilí vůči dítěti je jedním z projevů nakumulovaného **napětí, které rodina nedokáže řešit jinak**. Dítě se jako nejslabší člen rodiny stává obětí její dysfunkce. Dochází k přenosu násilí a náhradnímu odreagování, např. manželského konfliktu. Někteří rodiče mají k takovému chování větší sklony, některé děti jej mnohem více provokují. Z. Matějček (1995) a P. Pöthe (1997) uvádějí následující rizikové varianty:

### Rizikoví rodiče

Rizikoví rodiče jsou ti, kteří nezvládli svou moc nad dítětem.

- Lidé, kteří mají obecně **zvýšený sklon reagovat násilím** a kteří se nedovedou dostatečně ovládat. (Jde např. o jedince s anomálním vývojem osobnosti, tj. psychopaty, duševně nemocné, alkoholiky, toxikomany, kteří v rámci abúzu ztrácejí zábrany, jedince s organickým poškozením mozku apod.)
- Lidé, kteří jsou **soustředěni na své problémy nebo zájmy** a dítě je za těchto okolností nadměrně zatěžuje. Někdy násilí vyjadřuje zvýšenou potřebu moci nad dítětem jako kompenzaci pocitů méněcennosti a nejistoty. (Jde např. o lidi v dlouhodobé stresové situaci, nezaměstnané, s neuspokojivým osobním životem, zatížené stresem nezralého manželství apod.
- Lidé, kteří **o děti obecně nestojí**, jsou jim na obtíž, mají jiný hodnotový systém (nemusí vždycky jít o dítě obecně méně přijatelné). P. Pöthe (1997) uvádí typické hodnocení dítěte týrajícím rodičem: dítě je z jeho pohledu primárně špatné, jeho negativní projevy považuje za vrozené a trvalé, zatímco všechno pozitivní přičítá výchově. Průměrní rodiče mají spíše opačný názor, nepovažují svoje dítě za nenapravitelně špatné.





Z. Matějček (1995) připomíná **význam situačních faktorů**, které mohou působit jako spouštěč násilného chování. Typickou variantou je tzv. *Medein komplex*, kdy jeden partner trestá druhého prostřednictvím dítěte (když ho např. bije apod.), protože dospělému přímo ubližovat nemůže.

### Rizikové děti

Týráním bývají postiženi chlapci i dívky ve stejné míře (Dunovský, 1996). Obecně platí, že určité děti provokují dospělé k násilí více než jiné. Tyto děti navíc působí dojmem, že se tak chovají úmyslně, aby rodiče dráždily. Obyčejně to jsou děti, které se nějakým způsobem odchylují od normy:

- Děti, jejichž **chování je nesrozumitelné**, a jejichž výchova je proto náročnější. Může jít např. o úzkostné děti, které provokují svou ustrašeností, děti neslyšící nebo mentálně retardované apod.
- Děti, které svým **chováním nadměrně zatěžují**, dráždí a vyčerpávají rodiče, vyvolávají jejich nechuť či odpor. Jsou to především děti trpící syndromem hyperaktivity, děti nemocné apod.
- Děti, jež **nesplňují očekávání**, rodiče nějakým způsobem zklamaly. Jsou to např. děti postižené, nehezké, neprospívající, sociálně neobratné, nešikovné apod.
- Děti, které **vymáhají uspokojení svých potřeb** provokujícím chováním. Činí tak proto, že jejich rodiče jim běžně nevěnují dostatečnou pozornost. Tímto způsobem reagují např. děti deprivované.

Týrání postihuje i velmi malé děti, ale nejčastěji děti školního věku (Dunovský, 1996). Obecně platí, že čím je týrané dítě mladší, tím je větší riziko poškození jeho dalšího psychického (a mnohdy i somatického) vývoje. D. Krejčířová (1995) uvádí zkušenosti s důsledky týrání u dětí raného věku.

U batolat se vliv týrání projevuje nejčastěji pasivitou, apatií, ztrátou zájmu o okolí a celkovou inhibovaností. Tyto děti neprojevují žádné emoce. Vzácněji reagují projevy napětí, neklidu a agresivními výbuchy. Ve vztahu k lidem jsou odtažité, někdy jsou jejich reakce ambivalentní, a proto nejsou pro okolí srozumitelné (vyjadřují konflikt potřeby kontaktu a jeho odmítání, tj. strachu z člověka, který jim působí bolest nebo jiný nepříjemný zážitek). Týrající rodiče jim neumožnili získat pocit základní důvěry, svět se jim na základě jejich zkušeností jeví jako nebezpečný a ohrožující.

Nikdo nepochybuje o tom, že týráním trpí více dětí, než je zachyceno. Dítě velmi často není schopné samo hledat pomoc buď pro celkovou nezralost, neschopnost problém sdělit (předškolní děti jsou značně závislé a nesamostatné), nebo ze strachu. U starších dětí bývá příčinou spíše emoční blokáda či obava z dalšího bití.

Ubližování, které je jednoznačně negativním projevem, přináší dítěti nejenom aktuální trýzeň, ale ovlivní i jeho očekávání do budoucnosti.

Pocit ohrožení, vyplývající z chování rodičů, může mít obecnější význam. Týrané dítě usuzuje, že pokud se k němu rodič takto chová, pak je to proto, že je nepříznivě hodnotí. Znamená to, že s dítětem není spokojen, a mohl by je tudíž opustit. V souvislosti s touto obavou prožívá dítě úzkost, nejistotu a beznaděj. Potenciální ohrožení, spočívající v možnosti naprostého zavržení a opuštění, může být mnohem horší než aktuální fyzická bolest. Za těchto okolností se zcela zákonitě dostávají do konfliktu dvě významné psychické potřeby: potřeba zbavit se fyzické bolesti a potřeba udržet si iluzi bezpečí v rodině. To je velmi těžké, protože týrajícími bytostmi bývají právě ti, kteří by dítěti měli pocit jistoty a bezpečí poskytovat.

Tento konflikt je pro dítě reálně téměř neřešitelný, a proto stimuluje různé obranné mechanismy. Ty ovšem fungují jen v omezené míře a vyžadují zkreslení nepřijatelné skutečnosti (jako je např. popření negativního významu týrání nebo popření ubližování vůbec). Skutečnost, že s dítětem takto zacházejí vlastní rodiče, má specifický význam. Dítě je na nich závislé a i týrající rodiče pro ně představují zázemí – žádné jiné nemá. Potřebuje si ubránit alespoň iluzi, že je rodiči akceptováno a milováno. Ani dítě mladšího školního věku nedokáže týrajícího rodiče jednoznačně odsoudit a zavrhnout. Má proto tendenci interpretovat situaci tak, aby v ní rodič nehrál jednoznačně negativní roli. To je příčinou podivných, pro laika někdy nepochopitelných reakcí: týrané a bité dítě těžce snáší odloučení od rodiny, přestože by mělo spíše cítit úlevu.

- Jedním z obranných mechanismů je přijetí **role špatného dítěte**, které je trestáno oprávněně. Týrané děti mají pocit viny. Je to proto, že představa spravedlivého trestu je jednou z možností, jak přijatelně vysvětlit chování vlastních rodičů. Negativní sebehodnocení má obrannou funkci, zdánlivě paradoxní (Šebek, 1991). Jeho smysl je v tom, že dítě se lépe vyrovnává s bitím, když si myslí, že si ho zasloužilo. Negativní sebehodnocení chrání alespoň částečně a symbolicky reálně neexistující hodnotu rodinného zázemí. Nepříznivá změna osobnosti týraného dítěte je důsledkem volby tohoto způsobu obrany, který z dlouhodobého hlediska dítě poškozuje.
- Podivné a nepochopitelné **lpění na týrajících rodičích** má stejný smysl: týrané dítě strádá i citově, rodiče mu neprojevují lásku, kterou potřebuje (spíše je tomu naopak), a tak se nasycení této potřeby stává stále naléhavějším. Mnohé děti volí aktivní obrannou strategii, zvyšují úsilí, aby ji uspokojily, snaží se rodiče získat, upoutat, vynutit si důkaz o tom, že jsou přece jen milovány (případně se snaží získat přízeň náhradního objektu, jiné bytosti, která by je přijala). Obyčejně se jim dostane zase jen negativní odpovědi, protože rodiče jejich chování dráždí a provokuje. V závažnějších případech může dojít až k vyhasnutí citové potřeby se všemi důsledky.
- M. Šebek (1991) upozorňuje na nutkavou potřebu dětí, které prožily nějaké trauma, tento **negativní prožitek zopakovat**. Jde o tendenci, jejímž smyslem je dosáhnout vyrovnání, odreagování. Dětem se obdobný prožitek objevuje ve fantazijní produkci, projeví se v jejich hře, kresbě apod., tj. na symbolické úrovni. I reálné opakování traumatizující zkušenosti může dítě stimulovat, proto provokuje rodiče tak, že je znovu zbijí apod. V opakovaném prožití traumatu, event. už zpracovaném a transformovaném do nové podoby (kde se např. nejeví agresor tak zlý), může dítě najít přijatelnější interpretaci, a tak se se zátěží vyrovnat. Opakování přináší postupně jiné prožitky než první zkušenost, a dítě k traumatu zaujímá jiný postoj.





- Další z možných obran je tzv. **identifikace s agresorem**. Dítě se s traumatem vyrovnává tak, že se začne chovat obdobným způsobem jako jeho trýznitel. Projevuje se agresivně k ostatním dětem, vyvolává konflikty, je nesnášenlivé a útočné. Jestliže přijme roli násilníka, tj. mocného a aktivního činitele, zbaví se pocitů bezmoci a strachu, který prožívá v roli týraného.

Významným důsledkem týrání je postupná **fixace negativního sebehodnocení** a z něho vyplývajícího **nedostatku sebedůvěry a sebevědomí** týraného dítěte. Týrání vystavené děti nemají ani v pozdějším věku dostatečnou sebeúctu a snadněji, mnohdy téměř automaticky, přijímají ponižující chování ostatních. Zvykly si na ponižující přístup a do své identity zabudovaly přesvědčení o vlastní bezvýznamnosti. Ztotožnily se s postojem týrajícího rodiče, který jim svým chování sděluje, že jsou špatné, nepřijatelné a opovrženíhodné.

Ještě v raném školním věku dítě přijímá názor rodičů bezvýhradně. V rámci svého realismu a dosažené úrovně myšlení nedovede uvažovat o jiných možnostech. V době dospívání, když už by to dokázalo, je na zásadnější změnu postoje pozdě: citová zkušenost s vlastním nepříznivým hodnocením se zafixovala a negativně ovlivnila celkový vývoj osobnosti.

**Ve škole** se týrané děti nemusí projevovat nijak nápadně. Mohou být tiché, zakřiknuté, apatické a malátné, bez zájmu o jakoukoliv aktivitu; na druhé straně mohou upoutávat pozornost nejistotou, zvýšenou úzkostí a strachem z kontaktu, který považují za ohrožující. Podobný význam má i odmítání verbálního projevu. Týrané dítě zažilo sociální interakci spojenou s bolestí, má z opakování podobné situace strach. Týrané a zneužívané děti mají horší školní prospěch, než odpovídá jejich předpokladům, protože jim chybí motivace a dostatečná sebedůvěra ve své schopnosti. Jejich vztah ke školní práci je narušen aktuální nesoustředěností a nezájmem, protože mají jiné, osobně významnější problémy. Nedostatečná motivovanost ke školní práci vyplývá i ze sníženého sebevědomí dítěte, které se podceňuje a očekává jen neúspěch a negativní hodnocení. Dítě se mu nesnaží bránit, protože je v souladu s jeho celkovým sebepojetím.

Vzhledem ke zkušenosti s týráním se u dětí objevují **destruktivní a agresivní tendence**, které mohou být obtížně zvladatelné. Jindy se obranný mechanismus projeví únikem před nepříjemně působícími vlivy prostředí: dítě má i ve škole tendenci se izolovat. Jako relativně bezpečný zdroj podnětů mu slouží autostimulace (může mít charakter až sebepoškozování: dítě se samo zraňuje, škrábe si kůži apod., jde o jeden z projevů vnitřního napětí).

Specifická zkušenost s opakovaným týráním nepříznivě ovlivňuje schopnost jedince rozumět chování jiných lidí a adekvátně na ně reagovat. Týrané děti nedovedou správně interpretovat běžné projevy lidí. V jejich postoji je zřejmá nadměrná nedůvěřivost, přecitlivělost a vztahovačnost. Pocit ohrožení může být generalizován, týrané děti se bojí nebo jsou nedůvěřivé ke všem lidským bytostem, a to neselektivně. Očekávají ubližování i od neutrálních osob, např. učitele, lékaře apod. Vzhledem k tomu se chovají zvláštním způsobem, a tak se více či méně liší od normy, kterou vlastně neznají. Týrané děti selhávají

v oblasti sociální adaptace, bývají i mimo rodinu odmítány, nebo dokonce zavrhovány. Stávají se objekty agrese i pro ostatní lidi.

□ Skutečný případ týraných sourozenců Jirky a Pepíka popsal beletristicky psycholog a někdejší ředitel výchovného ústavu P. Novotný. Ukazuje názorně, jak se negativní vlivy v případě postižených dětí skládají:
„Doma jsem byl naposledy v šesti letech, než mě dali do dětskýho domova. Táta nás mlátil řemenem hlava nehlava. Zvykli jsme si, že to vypadalo jako normální. Měl jsem pocit, že je to tak na světě zařízené, že je to povinností každého táty . . . Táta byl v hospodě, a když se vrátil, tak nás seřezal na jednu hromadu. Mě, bráchu i mámu. Váleli jsme se po zemi, ale on se uprosit nedal, řezal a řezal, i když bráchovi vyrazil oko, tak řezal dál. Brácha chytal oko do dlaní, jak teklo, nemohl to pochopit, pokoušel se sebrat oko ze země nehtama. Nešlo to, a táta mu zatím valchoval hřbet. Tátu zašili, že nás týral, to mi máma napsala po letech, zbavili ho rodičovských práv. Máma řvala a bránila nás, sama však byla taky dost trhlá. Spálila mě žehličkou na zádech a brácha musel jednou vyjít nahý až na ulici, za trest . . . "
Josef pobyl v nemocnici s vyraženým okem celý rok. Po vyléčení přišel za Jirkou do dětského domova, byli spolu, ale opět se museli rozloučit. Jirka odmítal poslušnost a nechtěl se učit. Všechno mu bylo lhostejné, učitelce však nikoli: „Nemáš úkol? Tak to jsi na mě drzý! Nemáš knihu mého předmětu? Co sis to vůči mně dovolil?" Vzala lopatku na smetí a udeřila Jirku do zad. Rýpnul ji loktem do břicha. Strhl se povyk a Jirku museli od učitelky odtrhovat. Začal být podezřelý, začali ho bedlivě sledovat. Neobstál, a tak podali žádost o jeho přemístění do polepšovny. Z polepšovny ihned utekl a zamířil k bratrovi. Celkem utekl sedmkrát . . . Domů nejezdil ani jeden z nich, máma nechtěla, aby se doma něco přihodilo.
(*Vezmu sekeru*)

### Důsledky týrání v dospělosti

Zafixovaná zkušenost s ponižujícím statusem týraného dítěte vede ke vzniku nízkého sebehodnocení, slabé sebedůvěry a nedostatečné sebeúcty. Oběti mívají i v dospělosti pocit vlastní bezvýznamnosti, spojený s ochotou akceptovat horší role i nespravedlivě nízké ocenění. Zvykli si na ně a přijali je jako definitivní. Zkušenost s týráním vede ke ztrátě schopnosti přiměřené sociální orientace; z toho vyplývají potíže v mezilidských vztazích. Otřesení důvěry v lidi se projeví podezíravostí a negativním očekáváním, které mohou vést k odchylným projevům chování, např. k tendenci izolovat se od lidí, případně k natolik submisivnímu jednání, že okolí bude v pokušení jednat s takovýmito jedinci opět ponižujícím způsobem, a tím jim bude potvrzovat pravdivost jejich představy o vlastní méněcennosti.

Jindy zkušenost týrání vyvolá potřebu aktivní obrany, která se projeví zvýšenou bezohledností a agresivitou ke světu, jemuž nelze důvěřovat. Je zde riziko, že se týraný jedinec naučí používat stejných strategií, jaké zažil sám na sobě, a jednat ve vztahu ke slabším násilně a necitlivě. Sklon k agresivnímu reagování se může přenést do budoucnosti a stane se součástí **rodičovské role**.





Obecně platí, že *„způsob, jakým rodič dítě vychovává a vztahuje se ke svému dítěti, víceméně odpovídá způsobu, jakým se k němu vztahoval jeho vlastní rodič"* (Pöthe, 1997). Bezbranné a závislé dítě je pro útočnou aktivitu ideálním objektem. **Týrané děti se s větší pravděpodobností stávají týrajícími rodiči.**

P. Pöthe uvádí, že se tak stává u 20 % sledovaných lidí. Stejně tak se i O. Matoušek (1993) domnívá, že existuje dostatek důkazů pro přenos nevhodných výchovných praktik z generace na generaci. Rodiče, kteří svoje děti týrali, charakterizují atmosféru ve své původní, orientační rodině jako nepříznivou. Cítili se doma špatně, rodiče o ně nestáli a nedokázali se vcítit do jejich potřeb. Domácí atmosféra byla chladná a odmítavá, rodiče s nimi bývali většinou nespokojeni, neustále je kritizovali a často je nadměrně tělesně trestali.

Riziko opakování podobného chování snižuje kompenzační zkušenost s přijatelným citovým vztahem k dospělému v průběhu dětství i aktuální sociální podpora, např. pomocí akceptujícího partnera. Za těchto okolností má oběť týrání větší šanci svou zátěž z dětství zvládnout, adekvátně ji zpracovat a vyrovnat se s ní.

## 23.1.4 Syndrom sexuálně zneužívaného dítěte

Sexuální zneužívání lze definovat jako **zneužití moci dospělého nad slabším a závislým dítětem k sexuálnímu uspokojení dospělého.** Takové chování narušuje nejen obecně akceptované sociální tabu, ale je i v rozporu s právní normou. Jeho důsledkem je tělesné, duševní a sociální zatížení dítěte. Sexuální zneužívání může nabývat podoby všech známých sexuálních praktik. Specifickým znakem je to, že se jejich nedobrovolným účastníkem stává dítě, které se nemůže dostatečně účinně bránit. V případě některých aktivit nejsou děti pro svou vývojovou úroveň ani schopny rozeznat sociální (resp. biologickou) nepřiměřenost chování zneužívajícího. Avšak i za takových okolností má tato zkušenost nepříznivé důsledky.

Sexuální zneužívání může mít některou z následujících forem:

- **Nekontaktní sexuální chování.** Například verbální komentář se sexuálním obsahem, exhibicionismus, voyerismus apod. Do této kategorie patří např. obscénní telefonáty, které děti děsí svým obsahem, jemuž nerozumí, a vyhrožováním, co by se jim stalo, pokud by něco prozradily, čemuž naopak rozumí velice dobře.

  □ Petra (12 let) reagovala strachem chodit ven, odmítala jít do školy, byla úzkostná a bála se nepřiměřeně cizích lidí. Teprve po jisté době se ukázalo, že jde o reakci na telefonáty s agresivně sexuálním obsahem.

  Dalším typickým příkladem je zkušenost s obnažováním dospělých mužů, s exhibicionismem, která však zpravidla nemívá tak nepříznivý dopad.

- **Kontaktní sexuální chování.** Zahrnuje veškeré praktiky, které vyžadují kontakt agresora se zneužívaným dítětem. Podle závažnosti sexuální aktivity je lze dále diferencovat na *penetrativní* (tj. pronikající, např. koitus) či *nepenetrativní* (např. osahávání). Jak zdůrazňuje Z. Hadj-Moussová (1997), ohmatávání musí pachateli přinášet sexuální uspokojení. Je třeba odlišovat běžné mazlení s dítětem, které je, zejména u malých dětí, velmi významným projevem citové vazby s matkou nebo s jinými členy rodiny. Penetrativní zneužívání může být spojeno se somatickou traumatizací, s různě závažným zraněním dítěte.
- **Sexuální využívání dětí** k výrobě pornografie nebo k prostituci. Má komerční charakter, ale je také spojeno s potřebou dosáhnout sexuálního uspokojení.

Sexuální zneužívání sice může být spojeno s týráním, ale obvykle se obě formy poškozování dítěte liší:

1. Rozdíl je v charakteru aktivity, jejím významu a důsledcích pro dítě. Důležitá je míra utajení, resp. obecné známosti existence zneužívajícího dění. Dítě zpravidla nemá se sexuálním chováním žádnou zkušenost, je jím spíše dezorientováno, neví, co se s ním děje. Jeho postoj se obvykle mění pod vlivem reakcí rodiny. Tím, že je dětská sexualita v naší společnosti tabuizována, stává se zneužívání jakýmsi stigmatem, které dětem bere dětskou roli s jejími privilegii, což se projevuje v reakcích společnosti. Týrání, jež nemá sexuální obsah, stigmatizaci nepřináší, dítě jím svou dětskou podstatu neztrácí.
2. Bití a týrání bývá obvykle jedním z projevů negativního postoje k dítěti, součástí výchovného stylu, který není nijak utajován. Děje se tak po dlouhou dobu, zpravidla nejde o náhlé a neočekávané trauma (i když se násilnosti mohou stupňovat). Mezi týráním a zneužíváním je rozdíl nejen v obsahu, ale i ve vztahu k dítěti. Týrané děti bývají komplexně odmítané, nežádoucí, na obtíž. Rodič bitím vyjadřuje svůj negativní postoj, který k dítěti zaujímá. Sexuální zneužívání sice může být doprovázeno vyhrožováním či vydíráním, ale bývá spojeno i s nabídkou výhod. **Dítě jako sexuální partner může být hodnoceno pozitivně a citově akceptováno.** Navíc sexuální zneužití leckdy nezapadá do celkového vzorce rodičovského chování, může být z hlediska pozorovatele nepochopitelným vybočením. Zneužívané děti bývají standardně akceptovány a vychovávány.

### Aktér sexuálního násilí na dítěti

Jedince zneužívajícího dítě lze definovat v několika základních bodech:

- **Je starší a vývojově zralejší než zneužívané dítě,** tzn. je schopen si uvědomit nevhodnost svého chování.
- Ve vztahu k dítěti je **v roli autority**, minimálně tím, že je dospělý. Většinou jde o zneužití moci nad dítětem, k němuž je člověk v nadřazené roli (např. rodiče, učitele apod.) a dítě je na něm závislé.
- Sexuální aktivity dítě nekoná **dobrovolně,** ale je k nim donuceno, např. násilím, podvodem nebo uplácením.





Podmínkou vzniku sexuálního násilí je motivace k sexuálním aktivitám s dítětem, ale hlavně nedostatek zábran obecně nepřijatelného chování.

**Motivaci** k sexuálnímu zneužívání dětí, tj. proč člověk potřebuje ke svému uspokojení právě dítě, lze diferencovat:

1. Dítě je zvoleno jako objekt sexuální aktivity proto, že je dítě – tj. je zachována jeho dětská role.
2. Dítě je zvoleno bez ohledu na to, že je dítě. Buď proto, že si agresor nevybírá, anebo je v nouzi, lepší objekt není k dispozici. Tzn. dětská role je potlačena, dítě je indiferentní objekt sexuálního zájmu.

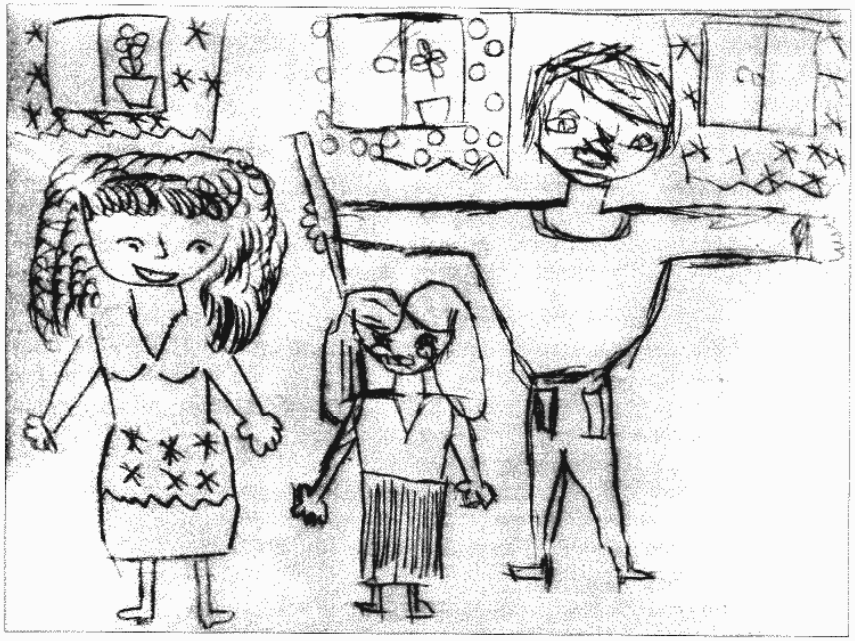
Zneužívající může mít o důsledcích své aktivity různé představy. Názor, že se to dítěti líbí, svědčí pro nedostatek empatie, projekci vlastních potřeb a prožívání. Může tomu být i naopak, agresor ví, že se to dítěti nelíbí, a je mu to jedno. Popřípadě jej dětský strach a odpor dokonce uspokojuje, protože potvrzuje jeho moc, event. je strach dítěte součástí jeho vzrušení.

Sexuální násilí lze diferencovat ve vztahu k aktérovi i k místu, kde se odehrává. Může být *extrafamiliární* (obyčejně jednorázové) a *intrafamiliární*, které má zcela odlišné charakteristiky.

**Intrafamiliární sexuální zneužívání** neporušuje jen tabu sexuální nedotknutelnosti dítěte dospělým, ale i tabu nepřijatelnosti sexuální aktivity mezi příbuznými, resp. mezi lidmi v určitých rodinných rolích. V rámci rodiny je (s výjimkou manželů) sexuální aktivita považována za nežádoucí a je tabuizována. Většina lidí si v průběhu socializace tuto normu osvojí a respektuje ji. (Děje se tak většinou i tehdy, nejsou-li lidé spojeni pokrevním příbuzenstvím.) Sexuální zneužívání v **rámci rodiny** má typické znaky:

- **Aktérem je člověk, který je dítěti blízký** a měl by mu poskytovat ochranu a bezpečí. Svým jednáním tedy navíc dítě připraví o pozitivní hodnotu rodinného zázemí. Dítě není traumatizováno jen nucením k sexuální aktivitě, jíž se bojí a je mu nepříjemná (nebo dokonce zraňující), ale i **ztrátou pocitu jistoty a bezpečí v rodině**, která za těchto okolností uspokojivě neplní svou funkci.
- Sexuální zneužívání je **opakované**. Dítě je delší dobu traumatizováno aktivitami, s nimiž se musí vyrovnat. Důsledky, tj. změny v osobnosti dítěte, bývají závažnější, resp. trvalejšího rázu.
- Zásadní narušení rodinných rolí vede k nesnadno řešitelnému **vztahovému konfliktu**. Ochrana dítěte je spojena se zavržením aktéra násilností a s rizikem rozpadu rodiny. Pod tlakem potřeby utajit sexuální aktivitu, jejíž zveřejnění by vedlo k sociální stigmatizaci celé rodiny, se mění všechny vztahy mezi jednotlivými členy rodiny.

□ E. Malá (1995) uvádí výsledky studie A. Bentovima, která zjistil, že děti jsou v rodině sexuálně zneužívány především nevlastním otcem, resp. partnerem matky (bylo



**Obr. 23.5:** Rodina. Dvanáctiletá zneužívaná dívka zobrazila sebe, svou matku a nevlastního otce, který ji sexuálně zneužíval.

tomu tak u více než poloviny případů). V 16 % je aktérem sexuálního násilí vlastní otec. H. Halfarová (1995) uvádí zjištění Dětského krizového centra v Praze: i zde je v 60 % pachatelem vlastní či nevlastní otec.

Typickou variantou je tedy sexuální zneužívání vlastním či nevlastním otcem. Dítě bývá postiženo *„home alone" syndromem*, tzn. syndromem opuštěnosti uvnitř rodiny, která se stala dysfunkční, neplní své funkce a dítě komplexně poškozuje. Zde nejde o jednorázové trauma, ale o dlouhodobý stres, který vede k deformaci rodinných rolí, vzájemných vztahů jednotlivých členů rodiny i osobnosti dítěte. Zneužívané dítě bývá pasivní, není schopné se účelněji bránit, protože necítí v žádném členu rodiny oporu. K mlčení bývá obyčejně nuceno nátlakem, a tak se stává manipulovanou obětí, která se bojí cokoliv udělat. Je sociálně izolováno, straní se společnosti, nemá kamarády. Nevěří nikomu, má pocit beznaděje a bezmocnosti. Matka bývá slabá, závislá a neschopná ochránit vlastní dítě. Svým chováním (i když ne vždy dobrovolně a bez pocitů viny) přispívá k udržení patologie rodinného společenství.





### Rizikoví dospělí

I v případě sexuálního zneužívání lze vymezit osoby, které jsou z tohoto hlediska zvýšeně rizikové (volně podle Matějčka, 1995; J. Rabocha, 1995).

Jde především o **muže**, ženy jsou aktéry sexuálního násilí vzácně.

- Muži trpící **odlišným sexuálním zaměřením** (v tomto případě pedofilním).
- **Morálně narušení a sexuálně nevyzrálí muži,** kteří nejsou specificky zaměřeni na děti, ale kteří využívají příležitosti a bezbrannosti dítěte nebo experimentují s různými sexuálními objekty, nebo nejsou schopni získat žádný přijatelnější sexuální kontakt a dítě je řešením z nouze.
- Muži, kteří **ztrácejí schopnost kontroly pudového jednání** z důvodu onemocnění (např. schizofrenie, demence apod.) či v důsledku abúzu (alkoholu nebo drog).

### Rizikové děti

- Jsou to především **holčičky**, zejména ty, které jsou typicky ženské, koketní a mazlivé. (Poměr zneužitých dívek a chlapců je 10:1 – Vaníčková, 1997.)
- **Děti postižené,** a tedy závislejší a bezbrannější. Nižší vývojová úroveň snižuje riziko prozrazení, resp. pochopení významu sexuální aktivity (např. mentálně postižené dítě).

□ Čtrnáctiletou mentálně postiženou romskou dívku její matka prodávala v hostinci libovolným zájemcům. Dívka vůbec netušila, co toto chování znamená, teprve když otěhotněla, byla prostřednictvím internátní školy celá záležitost odhalena. Pokud byla dívka schopna svoje prožitky popsat, nezdály se jí příjemné, ale byla zvyklá udělat to, co dospělí chtějí. Neví, že se proti takovému chování cizích mužů lze bránit, nerozumí tomu, co chtějí a co dělají.

### Riziková situace

Některé situační faktory zvyšují riziko zneužití dítěte:

- Míra **dostupnosti dítěte** daná příležitostí (např. v nemocnici, na letním táboře, ve sportovním klubu apod.).
- Rizika daná **rodinnou konstelací**. Ohrožení dítěte je větší v rodině dysfunkční nebo doplněné, kde žije cizí dospělý člověk (obyčejně partner matky), který k dítěti nemá typický rodičovský vztah, a u něhož se proto nevytvořilo tak silné sexuální tabu. Riziko zvyšuje užívání alkoholu nebo drog, protože odstraňuje zábrany.

## Důsledky sexuálního zneužívání dítěte

Skutečnost, že je v rodině sexuálně zneužíváno dítě, podstatným způsobem **mění strukturu rodinných rolí** a z nich vyplývajících funkcí a vztahů. Akt sexuálního násilí na dítěti stírá mezigenerační hranice, které jsou ve funkčních rodinách zachovány. Mění i vztahy dospělých v rodičovských rolích tím, že porušuje jedno z jejich privilegií. V rodině se v důsledku patologických sexuálních vztahů mezi dospělým a dítětem mohou vytvářet neobvyklé koalice. Narušení jednoho sociálního tabu může vést k tendenci porušování i jiných společenských pravidel. Rodina se může snažit zachovat svou integritu i za cenu popírání závažného porušení nejen společenské, ale i právní normy. Důsledkem bývá mimo jiné izolace rodiny od společnosti, z níž se sama vylučuje uchováváním tajemství.

**Matka** je důležitým činitelem průběhu i zvládání sexuálního zneužívání dítěte, i když v naprosté většině sama aktérem není. Pokud je dítě v rodině zneužíváno dlouhodobě, je o tom zpravidla informována a její chování bude rozhodující. Lze očekávat, že většina matek bude na ohrožení dítěte reagovat hněvem, často spojeným s depresí, s pocitem zoufalství a s úzkostí vztaženou k budoucím následkům. Podstatné však je, jak trauma zpracuje a jaké řešení zvolí:

1. Matka poskytne dítěti jednoznačnou **ochranu i za cenu konfliktu** v rodině a vlastní sociální újmy. Po zjištění skutečnosti sexuálního zneužití dítěte reaguje akcentovaným ochranitelským chováním. Za těchto okolností zůstává dítěti zachován pocit jistoty a zázemí, které představuje podpora a spojenectví s matkou.
2. Matka dítěti neuvěří (resp. mu nechce věřit), **popírá,** že by se něco takového mohlo stát, nebo **není schopna situaci řešit**. Některé matky mají k dítěti ambivalentní vztah, jsou chladné a distancující, někdy dítě dokonce obviňují, že si vymýšlí nebo že situaci zavinilo. Obrannou reakcí těchto matek je popírání, nechtějí o problému nic vědět, protože jej pak ani nemusí řešit. Raději dítě obviní, že lže, že něco takového nemůže být pravda. Taková reakce může být i důsledkem šoku.

   Pokud jde o starší dívku, může matku zjištění zneužití traumatizovat mimo jiné v její ženské roli. Byla nahrazena mladší, a tím označena jako méně atraktivní a nežádoucí. Její sebevědomí značně utrpělo a dopadem může být emoční nechuť k dítěti, které je jedním, i když nedobrovolným aktérem dění.

   Tyto matky bývají slabé, závislé, nemají dostatečnou sebedůvěru, bývají zvyklé na bezohledné chování a podřadné role. Obyčejně se i ony bojí násilníka či společenského znemožnění. V ojedinělých případech si chtějí uchovat partnera za každou cenu, přestože zneužívá jejich dítě. Tyto matky selhávají v mateřské roli, nejsou schopny poskytnout dítěti ochranu, kterou potřebuje.





## Reakce dítěte

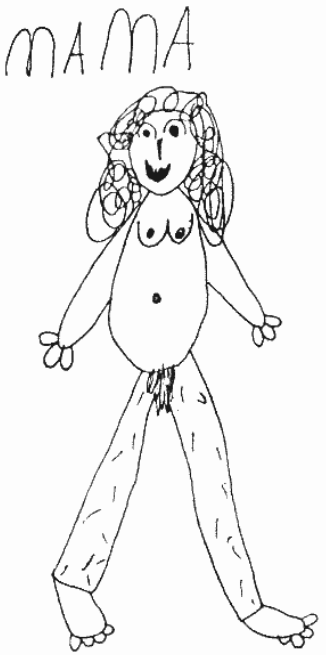
Sexuální zneužívání je traumatizací, která vyvolává negativní citovou reakci (např. odpor, strach a úzkost), mění hodnocení světa i sebe sama (např. prožívání pocitů studu a viny, ponížení, méněcennosti a bezmocnosti) a ovlivňuje chování dítěte.

Obecně platí, že **závažnost důsledků** sexuálního zneužívání je vyšší:

- čím je věk dítěte nižší,
- čím déle zneužívání trvá,
- čím abnormálnější reakce zneužívání vyvolává (vzhledem k věku),
- čím je dítě na násilníkovi více závislé,
- čím menší podporu najde dítě u ostatních členů rodiny.

Sexuální zneužívání je aktivitou, jejíž smysl a význam nemusí dítě chápat. Neví, zda je to dobré nebo špatné, zda se takové věci dějí i jiným dětem. (Ví ale, že se o nich nesmí mluvit.) Z takového nepochopení vyplývá celá řada důsledků: Násilník vydíráním či hrozbami vynucuje uchovávat tajemství. Často v rámci vlastních obranných tendencí dítě obviňuje, nebo je přesvědčuje, že je to běžné, že se takto chovají i jiné děti. Výsledkem je kombinace dezorientace, pocitů viny, nejistoty a strachu z dalšího dění. Dítě si nedovede správně vysvětlit situaci, do níž se dostalo, a proto se nemůže adekvátně bránit. (To může být dáno jeho vývojovou úrovní, ale i nízkou informovaností, danou společenskou tabuizací sexuality.) Bojí se mluvit o něčem, za co cítí vinu nebo co by mu mohlo přinést další útrapy (např. trest, opovržení, nedůvěru apod.).

Sexuální zneužívání má jako trauma důsledky především v **emoční oblasti**. Zneužívané děti reagují pocity odporu, bývají úzkostné, nejisté, projevují větší strach ve vztahu k lidem, ať už jde o vrstevníky či dospělé. Ztratily základní pocit důvěry v bezpečný svět. Úzkost a strach nepříznivě ovlivňují ostatní potřeby, omezují např. jejich zvídavost a motivaci k dobrému výkonu. Tyto




**Obr. 23.6:** Kresba šestiletého děvčete, které bylo vychováváno matkou-prostitutkou a často bylo přítomné sexuálním aktivitám dospělých.

děti bývají emočně natolik inhibované, že nejsou motivovány a leckdy ani schopny uplatnit a dále rozvíjet své schopnosti. Důsledkem je např. selhání ve škole, jehož příčinou není nedostatek inteligence. Mívají **zhoršené sebehodnocení** a **nízkou sebeúctu**. Trpí častěji pocity studu a viny, že něco udělaly špatně. E. Malá (1995) upozorňuje, že tento postoj je předurčuje k roli oběti v obecnějším smyslu, bývají častěji šikanované či jinak využívané. Jejich chování bývá nápadné a nestandardní (např. ve vztahu k dospělým mužům).

V reakci na zátěž spojenou se zneužíváním se může rozvinout posttraumatická stresová porucha (DSM-IV, 1994; MKN-10, 1992). D. Finkelhor (1986) diferencuje **typické reakce na trauma ze sexuálního násilí** (Finkelhor, 1986; Malá, 1995):

1. **Traumatická sexualizace** věku nepřiměřená změna vztahu k sexualitě, která může nabývat extrémní podoby:
   - Dítě se projevuje **nápadným sexuálním chováním**, vyzývavostí. Někdy je dokonce používá jako způsob manipulace s lidmi, k získávání výhod. Dítě se naučilo chápat sexualitu jako prostředek k získání něčeho žádoucího (nebo vyhnutí se nežádoucímu). O. Matoušek (1993) mluví v této souvislosti o sexualitě jako prostředku komunikace. Zkušenost může nepříznivě ovlivnit vztah k obecně platným normám, které sexuální chování regulují.
   - Dítě se jakéhokoli projevu **sexuality bojí**, dochází k jejímu potlačení, někdy i dlouhodobému. Zneužívaný jedinec může mít problémy se svou sexuální identitou a s budoucí rolí dospělého (která tuto složku zahrnuje). Sexuální aktivita je z pohledu zneužitých lidí odtržena od jejího vztahového pojetí (spojeného s emoční vazbou) a získává jakousi izolovanou, samoúčelnou formu (ať už pozitivní nebo negativní).

2. **Zkušenost zrady** – ztráta pocitu jistoty a bezpečí, ztráta důvěry v nejbližší lidi, členy rodiny. Reakce je silnější tehdy, pokud dítěti nikdo v rodině neuvěří a neposkytne mu ochranu. Dítě je tak obětováno potřebám celé rodiny. Je zneužíváno, a navíc je v rámci fungování obranných reakcí rodinného společenství označeno za viníka (který lže, resp. sám situaci vyprovokoval, zavinil, nevhodně se choval). Prožitek zrady nejbližších lidí se logicky promítne do celkového postoje dítěte ke světu i k sobě samému. Dítě již nečeká od nikoho nic dobrého, začalo být nedůvěřivé, není schopné přiměřené orientace v lidském chování, nedokáže posoudit, kdo k němu zaujímá jaký postoj. Pocit zklamání se projeví smutkem, depresí, anebo hněvem a hostilitou vůči světu. Obrannou reakcí je rovněž tendence k izolaci. Někdy se projeví i opak, obranou je popření neúnosné reality a její pozitivní zkreslení, nesprávná, ale pro dítě přijatelnější interpretace. Dítě, které je závislé na agresorovi, se brání popřením reálného významu sexuálního zneužívání.





3. **Pocit bezmocnosti.** Dítě, které je zneužíváno a nenalezlo u nikoho pomoc a oporu, se cítí bezmocné. Člověk mající nad ním moc je zneužívá, manipuluje s ním a dítě se nedovede bránit. Ztrácí sebedůvěru a víru v možnost aktivně ovlivňovat svůj život. Prožitá bezmocnost je vede k pasivitě a rezignaci, k pocitu bezvýhradné závislosti na vnějších vlivech. Aktér násilí mu jeho bezmoc opakovaně potvrzuje.

   Dlouhodobá traumatizace vyvolává na jedné straně silnou úzkost a pocity viny, na druhé straně mohou obranné mechanismy prožitky spojené s traumatem potlačit a vytěsnit. Jednou z možných reakcí je **disociační porucha**, kdy jsou jednotlivé psychické procesy a složky osobnosti rozštěpeny, ztrácí svou integritu a kontinuitu. Pod vlivem silného stresu dochází např. k disociační amnézii, dítě si na událost nemůže přesně vzpomenout, nechce o ní komunikovat. Stejný smysl má i disociační porucha identity, kdy se odděluje část osobnosti, která zahrnuje zkušenost zneužívání, od jádra osobnosti a tyto dvě různé vrstvy existují neintegrované, vedle sebe. Disociační poruchy fungují jako obrana, oddělují to, co dítě traumatizuje. Problém komentuje E. Malá (1995): *„Disociace vede k vytvoření nového konstruktu čili pomáhá situaci zvládnout."* Objevují se i další posttraumatické potíže, např. somatizujícího charakteru (poruchy spánku a jídla). Specifickým způsobem zvládnutí pocitu bezmocnosti je identifikace s násilníkem, tj. přijetí jeho postoje a chování, které z jeho postoje vyplývá.

4. **Stigmatizace.** Dítě, které nedovede adekvátně posoudit situaci, v níž se nachází, se může cítit provinile, své chování považuje za špatné. Děje se tak i pod vlivem násilníka, resp. celé rodiny, která svým postojem manipuluje zneužívané dítě do role viníka. Zneužívané dítě může být stigmatizováno reakcemi ostatních členů rodiny, kteří je odsuzují, ale i necitlivým přístupem při vyšetřování. Výsledkem je snížené sebehodnocení a pocity odlišnosti, tj. méněcennosti.

   I když je sexuální zneužívání odhaleno, potíže dítěte tím nekončí. Dítě může být dále traumatizováno vyšetřováním, reakcemi společnosti, strachem z rozpadu rodiny, negativní reakcí matky, odloučením od rodiny a umístěním do ústavního zařízení. Dospělí členové rodiny ve snaze zachovat její integritu a pověst někdy popírají pravdivost tvrzení dítěte, díky svému věku dovedou lépe argumentovat a působí věrohodněji. Přinejmenším vzniká pochybnost o reálnosti dětského zážitku. Dítě, které se nedovede zneužívání bránit nebo se o to bez úspěchu pokusilo, nemá mnoho dalších šancí. Protože je na své rodině závislé, zdá se mu, že má jedinou možnost: přijmout realitu a přizpůsobit se jí. Tento problém popsal v roce 1983 C. R. Summit jako **syndrom přizpůsobení sexuálnímu zneužívání**.

Pro pochopení tohoto procesu je třeba pohlížet na skutečnost tak, jak to činí dítě, které je emočně i rozumově nezralé a sociálně závislé. Summit (1983) diferencuje jednotlivé fáze syndromu přizpůsobení sexuálnímu zneužívání s jeho typickými projevy:

1. **Utajování a bezmocnost ve vztahu k řešení situace.** Dítě je zneužíváním blízkou osobou zaskočeno, situaci nerozumí, neví, co znamená. Navíc je násilník nutí k mlčení (uplácí, slibuje, vyhrožuje apod.). Zneužívané dítě cítí vinu, bojí se o svém zážitku někomu říci, protože má strach z reakce, respektive z odezvy ostatních členů rodiny, protože se za svoje jednání stydí. Čím delší doba od počátku zneužívání uplyne, tím nevěrohodnější sdělení dítěte působí. Dítě zneužívané osobou, na níž je závislé, je bezmocné. Často nemá žádného člověka, který by mu uvěřil a ochránil je.
   Někdy hraje důležitou roli i skutečnost, že dítě má k násilníkovi ambivalentní vztah, nechce jej zcela ztratit a někdy ani neví, na co má dospělý ve vztahu k němu právo. Jak uvádí Z. Hadj-Moussová (1997), v naší kultuře je dítě zvyklé vyhovět požadavkům dospělého, respektovat jeho nadřazenou, autoritativní roli. Požadavek dospělého bývá – zejména u malých dětí – jaksi automaticky považován za nezpochybnitelný.
2. **Přizpůsobení.** Dítě není schopné svůj problém řešit aktivně. Jeho obranné reakce jsou většinou zaměřeny na uchování přijatelných pocitů a své vlastní role např. zkreslenou interpretací situace. H. Halfarová (1995) výstižně popisuje tento proces: Zneužívané dítě zpracovává traumatizující situaci tak, že samo sebe začne považovat za viníka a snaží se být „hodné", tzn. chová se podle požadavků násilníka, je pod tlakem interpretace dospělého. Dochází ke změně hodnocení, sexuální zneužívání už není posuzováno jako „špatné". Jinou, realističtější variantou je přijetí situace pod vlivem nátlaku násilníka, který dítěti vyhrožuje.
3. **Opožděné odhalení a odvolání výpovědi.** Dítě hledá pomoc později. Po dlouhé době působí jeho sdělení nevěrohodně. Vyvolává různé reakce včetně nedůvěry a obvinění ze lži, protože leckdy nemá pro svoje tvrzení jednoznačný důkaz. Obecná tendence nezúčastněných lidí považovat obvinění ze sexuálního zneužívání za nepravdivá a vylhaná je projevem obranných mechanismů, potřeby závažný a nepřijatelný čin raději popřít. K tomu přistupuje nátlak a ostrakizace oběti v rámci rodiny, obava z odloučení od rodiny, kterou může dítě chápat jako určitou formu trestu. Přestože je zneužíváno, je na své rodině citově závislé. Kromě toho se generalizovaná nedůvěra projeví ve vztahu k lidem, kteří mu chtějí pomoci. Dítě nerozlišuje, a proto novému prostředí nevěří, není si jisté, co by je tam čekalo. Intenzita této sekundární zátěže může být tak velká, že oběť raději vše odvolá. Terapeutická pomoc proto preferuje práci s celou rodinou, kdy dítě – pokud je to možné – zůstává v domácím prostředí (Mašát, 1995). Riziko odejmutí dítěte z rodiny je nejen v dalším zatížení dítěte, ale i v přisouzení viny oběma rodičům, nikoli jen samotnému pachateli (který je obvykle trestně stíhán).

### Důsledky sexuálního zneužívání v dospělosti

Zkušenost sexuálního zneužívání v dětství ovlivní **vztah jedince k sexualitě** i v dospělém věku. Jednou z extrémních reakcí je ztráta sexuálních zábran, která je důsledkem násilného narušení sexuálního tabu v dětství. To nakonec vede k sexuální lhostejnosti, k promiskuitě nebo k prostituci. Opačným důsledkem zneužívání jsou sexuální dysfunkce. Zneužívání je natolik traumatické, že se sexuální aktivita asociuje s nepříjemnými pocity, se studem, ponížením a odporem. Vzácností není odmítání sexu jako takového, někdy vzniká dokonce sexuální fobie. Následkem jsou problémy v partnerských vztazích a přetrvá-





vající sociální izolace. Z toho vyplývá, že u sexuálně zneužitých lidí je zvýšené **riziko neschopnosti partnerského soužití**.

Zkušenost se stigmatizací vede k zafixování **pocitů méněcennosti** a obav z vlastní odlišnosti od ostatních. Tyto pocity mohou rovněž posilovat tendenci k sociální izolaci nebo k přijetí podřadné role, která odpovídá jejich snížené sebeúctě. (Například role prostitutky, která může být kýmkoli použita, ponižována a zvykla si na to. Výsledkem Greenovy retrospektivní studie dospělých prostitutek bylo mimo jiné zjištění, že 36 % z nich bylo v dětství obětí sexuálního zneužívání. Z. Hadj-Moussová, 1997.) Dívky, které byly v dětství zneužívány, se často dostávají do podobné situace i v dospělosti, akceptují partnery s podobnými tendencemi, jaké měli jejich otcové nebo otčímové. Nelze vyloučit ani přenos určitého typu sociálního chování. Oběť sexuálního zneužívání se v budoucnu sama snadněji stává **sexuálním agresorem** (Vaníčková, 1997). To se samozřejmě týká především homosexuálně zneužitých chlapců.

## 23.1.5 Postoje veřejnosti k týrání a zneužívání dětí

Jakékoli násilnosti páchané na dětech, bezbranných a závislých bytostech, jsou laickou veřejností jednoznačně odmítány a odsuzovány. Postoj odmítání takového jednání je spojen s vyjádřením hostility a agresivity, resp. s požadavkem, aby příslušné instituce udělily pachateli velice přísný trest. Vzácností nejsou ani vyjádření: *„Jsou to zvířata, je třeba je zavřít, vykastrovat, nikdy nepustit mezi slušné lidi apod."* Z tohoto postoje pak jednoznačně vyplývá komplementární opatření: dítě z rodiny odejmout a dát je jinam, kde bude v bezpečí. Pro laika je těžko pochopitelné, že by dítě, jemuž bylo doma ubližováno, mohlo být na svou rodinu citově vázáno. Nechápe, jak je možné, že se dítě bojí lidí, kteří mu chtějí pomoci, a naopak si přeje zůstat tam, kde mu ubližují. Dítě sice ztratilo důvěru k lidem díky zkušenostem ze své rodiny, ale neznámého světa a cizích lidí se bojí o to víc. Neví, co od nich může čekat, a protože má negativní zkušenost, neočekává nic dobrého.

**Postoj veřejnosti k násilnostem páchaným na dětech je sice negativní, ale převážně pasivní.** Potřeba vyhnout se eventuálním nepříjemnostem motivuje tendenci nemíchat se do záležitostí cizích rodin a raději na podezření, že by v rodině mohlo být týráno nebo zneužíváno dítě, neupozorňovat. Nemusí vždycky jít jen o alibismus. Lidé přesně nevědí, co se v rodině děje, ani co všechno lze za týrání či zneužívání považovat, na podobné problémy mohou jen usuzovat. Zodpovědný člověk ví, že by pouhé podezření mohlo dítě stigmatizovat: i kdyby se nakonec nepotvrdilo, postoje veřejnosti by se už nemusely změnit. Má tedy obavu, aby dítěti ještě víc neublížil. Nejúčelnější je obrátit se na nejbližší krizové centrum a požádat o pomoc.

Dítěti, které bylo týráno či zneužíváno, přináší zveřejnění této skutečnosti **stigma**. Stejným způsobem je poznamenána jeho rodina: z pohledu veřejnosti jsou to lidé, kteří se chovali nepatřičně, a proto do společnosti nepatří. To se projeví odmítáním rodiny a její izolací. Postiženým je nakonec zase dítě – velice

těžko by např. nějaký rodič připustil, aby se jeho potomek kamarádil s dítětem, které bylo v rodině sexuálně zneužíváno. Obával by se, aby i jeho dítě takovým vlivem neutrpělo. Dítě-oběť bývá přijímáno **ambivalentně**. Lidé je litují, ale zároveň se od něho distancují, protože sexuální aktivita, byť nedobrovolná, je zbavila typických atributů dětství. Je poznamenané, zneuctěné, a tudíž mimo sociální normu. Tato tendence je výrazem potřeby bránit se nepřijatelné skutečnosti jejím popíráním, event. striktním oddělením „slušné společnosti", k níž se řadí, od obecně nepřijatelné sociální vrstvy, kde se páchají takové věci. Do určité míry jde o obranu vlastního svědomí. Člověk sice nezasáhl, nepomohl, ale tato interpretace jej omlouvá.

## 23.2 Týraná a zneužívaná žena

Lidé vždycky nevstupují do manželství natolik zralí, aby partnerské soužití zvládali přijatelným způsobem. Z jejich osobnostních rysů i specifických zkušeností z orientační rodiny vyplývají různé, někdy i patologické strategie řešení zátěžových konfliktních situací. Manželské konflikty mohou časem nabývat na intenzitě: v partnerské komunikaci se začnou objevovat agresivní prvky – ať už jsou výrazem nezvládnutých potíží nebo pokusu o jejich řešení. Pak se stává i to, že silnější z partnerů – zpravidla je to muž – využije své síly k prosazení svého názoru a potvrzení dominance a moci.

O. Matoušek (1993) v těchto případech rozlišuje:

a) zneužívání ženy **nepřiměřenými požadavky** členů rodiny (v tomto případě nemusí jít jen o partnera);

b) **násilí páchané na ženě,** obvykle jejím partnerem (míní se bití i sexuální násilí).

Tradiční představa muže jako ochránce a živitele rodiny komplementárně vymezuje roli ženy, jež se o muže a děti stará. K plnění této role bývají dívky vychovávany, toto pojetí je podporováno socializačními vlivy. Žena je v submisivní pozici, která je potvrzována i biologicky. Nemá tolik síly, je fyzicky slabší, je zranitelnější nejen biologicky (vzhledem k tělesné konstituci a mateřství), ale i ekonomicky a sociálně. Zejména žena-matka je závislá na muži, pokud pečuje o malé děti, není ekonomicky soběstačná. Zájem dětí ovlivňuje její rozhodování i později. Násilí páchané na ženách není výsadou nižších sociálních vrstev, ale lze se s ním setkat kdekoli. V různých socioekonomických skupinách se však liší mechanismus vzniku i udržování násilných vzorců chování, který vyplývá z problémů konkrétního partnerství. Je závislý na odlišných možnostech a kompetencích žen se bránit. Rámcově lze vymezit typy žen a mužů, kteří jsou z tohoto hlediska rizikoví.





### Rizikový muž

1. Volba partnera byla primárně špatná. Často jde o muže, kteří jsou zcela obecně nepřiměřeně **agresivní** a ohrožují obyčejně nejenom ženy, ale i děti a všechny slabší jedince, kteří jsou na nich závislí. Jsou to **anomální osobnosti**, nemají potřebné sociální zábrany, jsou konfliktní a chovají se z obecného hlediska nepřijatelně. Potřebují mít partnera zcela podřízeného a ovladatelného, je to jediná varianta, již zvládnou. Bývají nevhodní pro manželství i rodičovství.

   Podobnou situaci představuje muž **závislý na alkoholu a na drogách**. Alkoholici, kteří svoje ženy týrali, nedovedli reagovat na jakýkoli komunikační podnět jinak než agresí a nedovedli svoje vzorce chování změnit (Murphy a Farrell, 1997). V těchto případech se projevila naivita a nezkušenost žen, jež se domnívaly, že budou schopné partnera změnit. V době kdy zjistí, že to není možné, už obvykle mají dítě a řešení nebývá snadné. Druhou alternativou jsou ženy, které měly podobného otce a opakují svou zkušenost z dětství (Astin a kol., 1995).

2. Partner **nebyl primárně nepřijatelnou osobností, ale pod vlivem nepříznivých okolností se změnil**. Negativní změnu osobnosti může způsobit duševní či jiná závažná choroba, dlouholetý abúzus alkoholu, silný sociální stres – např. nezaměstnanost apod. V důsledku toho ztrácejí lidé schopnost řešit partnerské problémy sociálně přijatelným způsobem. Agrese vůči ženě může být za těchto okolností důsledkem neschopnosti sebeovládání. V závažnějších případech však násilník ani nechápe, že jeho chování překračuje sociální normy.

Š. Gjuričová (1994) upozorňuje na skutečnost, že muži-násilníci jsou nespokojení, úzkostní a výbušní, mají problémy s ovládáním vlastního chování. Někdy bývá násilí pokusem o jakési vyrovnání vztahu, o kompenzaci neuspokojující pozice muže v páru. Násilí lze interpretovat jako důsledek vztahového problému, resp. neschopnosti řešit jej přijatelnějším způsobem. Může být výrazem mužova pocitu méněcennosti a nejistoty, popř. závislosti na vztahu k ženě. Agrese je prostředkem uvolnění napětí i jakýmsi sebepotvrzením, důkazem vlastní moci a významu (i když pochybným). Dochází k ní, když žena muže jako sexuálního partnera odmítá a zároveň ho, často nevědomě, provokuje. Násilí může být mstou za nezájem, za vyhasnutí vztahu, na němž je muž stále závislý. (Hotch a kol., 1996, uvádí, že 9 % ze skupiny týraných žen bylo fyzicky napadáno svým bývalým manželem ještě v období po rozvodu.) Žena je v tomto případě fyzicky trestána za to, že muže přestala akceptovat jako svého partnera, je násilím nucena ke změně postoje.

### Riziková žena

1. **Žena provokující muže k násilí** – vědomě či nevědomě, např. jeho ponižováním, demonstrovanou nevěrou, abúzem alkoholu či drog apod. Bývají to ženy s hysterickými rysy, které potřebují silnou stimulaci. Některé mohou mít z této role ubližované oběti nevědomý zisk, např. pocit morální nadřazenosti, omluvu vlastních nedostatků apod.

2. **Žena nesamostatná, závislá, neschopná se bránit, s nízkou sebeúctou, se syndromem naučené bezmocnosti.** Bývají to ženy, které byly v dětství svými otci nepřiměřeně fyzicky trestány nebo sexuálně zneužívány. Snadno se z nich stávají utiskované manželky. Někdy jde o ženy manipulované manželem, izolované, omezované v kontaktu s kýmkoli, finančně zcela závislé. Takové oběti uvěří ve svou mužem neustále zdůrazňovanou méněcennost a nesamostatnost a ani se nepokusí bránit.

Subjektivně zafixovaná neschopnost obrany může být pro okolí nesrozumitelná. Z pohledu široké veřejnosti má dospělá žena vždycky možnost aktivní obrany: odchodu od agresora, sdělení na policii, u lékaře apod. Avšak v případě bité a zneužívané ženy může dojít k přijetí nedůstojné role, k rozvoji **syndromu adaptace na týrání**. Taková situace má několik charakteristických příznaků:

- **Utajení a bezmocnost.** Žena se agresivního partnera bojí, cítí se bezmocná (někdy proto, že se snaží chránit děti). Vyhrožování, spojené s obavami z rozpadu rodiny, přispívá k ochotě snášet útrapy a tajit, co se v rodině děje. Tímto chováním oběti, vyjadřujícím závislost a strach, se obvykle pocit moci agresora posiluje. (Popisovaná závislost zřejmě neplatí zcela obecně, J. V. Cordova a kol. /1993/ uvádí, že submisivní a rezignované chování ženy agresivitu manžela dále nestupňovalo.)
- **Adaptace na roli týrané ženy.** Žena akceptuje týrání a zneužívání jako nevyhnutelné a snaží se agresorovi vyhovět, aby jej zbytečně neprovokovala a situaci více nezhoršovala.
- **Odhalení a popření.** K odhalení obvykle přispívá náhoda nebo neochota dospívajících dětí snášet chování otce. Jeho agresivita se obyčejně nevybíjí jen na matce, ale i na nich. Děti se snaží matku chránit, i za cenu výprasku. Paradoxní reakce týrané ženy popírat i po zveřejnění závažnost situace, je výrazem zafixovaného postoje vlastní bezmocnosti a manipulace agresorem. Její chování vyvolává u veřejnosti spíše odsouzení a opovržení. Žena se nesetkává s pochopením a soucitem, jakým reagují lidé na týrání dítěte. Důvodem je předpoklad schopnosti vlastní obrany, již každý dospělý obecně má a která v tomto případě zůstala nevyužita. Žena neprokázala potřebné kompetence, a proto si z pohledu veřejnosti soucit nezaslouží. Byla *„hloupá a dala si všechno líbit"*. Setrváním v ponižující situaci s ní vyjádřila svým způsobem souhlas.

V takové rodinné atmosféře trpí i děti. W. J. Gleason (1995) uvádí výsledky studie dětí týraných matek: Tyto děti byly častěji vývojově opožděné a ve větší míře se u nich objevovaly poruchy chování.

Ženy, které se staly obětí týrání v rodině, **mají více psychických problémů**, častěji vyhledávají péči psychiatra, je zde větší riziko, že se pokusí





o sebevraždu nebo zvolí únik pomocí alkoholu či drog (obyčejně medikamentů) (Roberts a kol., 1997).

Podle I. McCauleye a jeho spolupracovníků (1995) jsou týrané ženy častěji svobodné nebo rozvedené, mají větší emoční problémy (jsou depresivní, úzkostné), mají tendenci reagovat na stres somatickými potížemi a mají nízké sebehodnocení a sebeúctu. Vybírají si nevhodné partnery (užívající drogy nebo alkohol), resp. je akceptují. Častěji se pokoušejí o sebevraždu. Třetina těchto žen byla již dříve obětí násilí (např. v dětství).

Týrané ženy se často bojí hledat pomoc: jednak proto, že mají strach z reakce agresivního partnera, ale i z obavy, že odborníci, např. zdravotníci, budou jejich potíže bagatelizovat (Gerbert a kol., 1996).

Příčinou může být přecitlivělost žen, které mají špatnou zkušenost, nebo neschopnosti oslovených odborníků vycítit jejich potřebu komplexnější podpory. Může být i projevem tendence např. praktických lékařů nevměšovat se do rodinných problémů pacientů nebo jejich bezradnosti v situaci, s níž nemají zkušenost apod.

**Postoj veřejnosti k násilí** páchaném na ženách není jednoznačně negativní, na rozdíl od postoje k násilí na dětech (Gjuričová, 1994). U žen se s větší pravděpodobností předpokládá vlastní zavinění, např. provokace nebo nepřijatelné jednání. Obecně přijímaný názor, že si ženy za své bití mohou samy, je součástí postojového stereotypu, platného v naší sociokulturní oblasti. Krajní variantou je názor, že to některým ženám dokonce vyhovuje, protože bití chápou jako výraz mužova zájmu a přízně (Gjuričová, 1994). Takovou představu mají lidé např. o romských ženách. Obecná tolerance k náznakům násilí vůči ženám funguje jako jeho nepřímá podpora. Muž jako hlava rodiny má podle tradičního mínění právo svou pozici hájit a potvrdit. Postoje laické veřejnosti jsou (obdobně jako v případě násilí páchaném na dětech) ovlivněny potřebou vlastní obrany. Lidé, kteří se chovají násilně, patří podle tohoto pojetí do kategorie odlišných, patologických jedinců.

Běžný postoj k týraným ženám je **ambivalentní**. Zahrnuje soucit, ale zároveň i opovržení, protože se žena jako dospělý člověk nedokáže chovat přiměřenějším způsobem, tzn. bránit se násilí.

Představa standardního řešení je rovněž zjednodušená: Žena by měla agresora opustit, rozvést se s ním. Partnerské problémy, které vyústily v násilí, však mohou být složitější a týraná žena může být na svém partnerovi závislá. Proto je takové ženě třeba nabídnout terapeutickou pomoc. Dokud si sama neujasní, co bylo podstatou potíží, a dobrovolně nezvolí řešení, nelze ji k ničemu nutit. Ani pro její – obecně chápané – dobro za ni nemůže rozhodovat jiný člověk.

Problémem zůstává bezmocnost týrané ženy daná tím, že nemá kam jít a právem se obává, že by pokusem o vlastní obranu mohla situaci ještě zhoršit. Setrvání s násilníkem v jednom bytě pro ni nepředstavuje přijatelné řešení, spíš naopak. První pomoc v popisované krizi poskytují **azylové domy pro matky s dětmi**, ale ty nejsou k dispozici všude a nebývá zde ani dost místa.

## Shrnutí

Rodina uspokojuje mnohé psychické potřeby svých členů, ale může je rovněž negativně ovlivňovat. Takovým působením jsou v dysfunkčních rodinách ohroženy především děti.

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je definován jako poškození dítěte nevhodným jednáním rodičů nebo jiné dospělé osoby. Zanedbávání dítěte, resp. psychická deprivace, má závažné důsledky pro rozvoj osobnosti jedince i v jeho dospělosti. Zkušenost s týráním a zneužíváním se projeví změnou vztahu k sobě samému i k ostatním lidem. I tato zkušenost se projeví i v dospělosti. Týrané děti se s vyšší pravděpodobností stávají týrajícími rodiči. Sexuální zneužívání v dětství ovlivní vztah k sexualitě a způsob zvládnutí partnerské role. Postoj široké veřejnosti k násilí páchanému na dětech je negativní, ale převážně pasivní.

Týráním a zneužíváním v rodině jsou ohroženy i ženy. Postoj veřejnosti k takovým ženám bývá spíše ambivalentní, u dospělých žen se s větší pravděpodobností předpokládá nějaké vlastní zavinění.

## Kontrolní otázky

- Jak lze definovat citovou deprivaci?
- Jaká rizika dalších potíží osobnostního vývoje přináší deprivační zkušenost?
- Co je to citová subdeprivace, proč je uváděna jako samostatná jednotka?
- Jaké jsou důsledky nedostatečně podnětné výchovy v dětství?
- Jakým způsobem se důsledky deprivace projevují v dospělosti? Jaká jsou zde hlavní rizika?
- Pokuste se navrhnout možné alternativy prevence deprivační zkušenosti a takto podmíněných poruch.
- Jaké jsou rizikové skupiny dětí, které ve zvýšené míře provokují agresivní chování svých rodičů?
- Jakým způsobem ovlivní týrání psychický vývoj dítěte?
- Proč nejsou týrané děti ke svým rodičům dostatečně kritické?
- Jak lze definovat sexuální zneužívání?
- Jaké jsou typické reakce dítěte na zneužívání známým člověkem?
- Co je to *syndrom přizpůsobení sexuálnímu zneužívání* a proč vzniká?
- Jaké typy žen se nejčastěji stávají obětí týrání a zneužívání?



# 24 Problémy vyvolané negativním působením společnosti

Společnost je pro rozvoj a existenci každého člověka velice významná. Uspokojuje mnohé z jeho potřeb. Společnost určuje normy, hodnoty, vzory i ideály chování. Přispívá tak k základní orientaci jedince ve světě, a proto je zdrojem jistoty. V rámci pravidel je každý člověk posuzován, společnost mu poskytuje zpětnou vazbu, informaci o jeho sociální pozici a hodnotě. Jedinec potřebuje patřit ke skupině, potřebuje jí být akceptován a pozitivně hodnocen. To je základem jeho skupinové identity.

Z historického hlediska byl pro lidi primární způsob života v tlupě, a tak lze mluvit o archetypu skupiny, do níž patří jedinci obou pohlaví a všech věkových kategorií, kteří mají různé role. Všechny tyto lidi spojuje jedno: příslušnost ke skupině, kterou lze zároveň chápat jako potvrzení specifičnosti a odlišnosti od příslušníků jinak vymezených skupin (např. na základě rasového či etnického kritéria apod.).

Společnost však může působit na jedince nebo na menší sociální skupiny i **negativně**. Existují situace, v nichž sociální vlivy jedince zatěžují, patologizují, případně ohrožují jeho fyzickou existenci.

Nepříznivé sociální vlivy lze diferencovat podle toho, zda:

- postihují pouze **jedince**, který se např. stal obětí násilného trestného činu dalšího jednotlivce či skupiny;
- postihují celé **skupiny**, vymezené např. etnicky, rasově či jinak (např. válka).

Zátěž postihující celou skupinu vzájemné vazby spíše posiluje. Jedinci zůstává zachována podpora i pocit sounáležitosti se skupinou, byť aktuálně znevýhodněnou. Skupina slouží nadále jako zázemí, jako zdroj jistoty a bezpečí a chrání člověka proti vnějšímu ohrožení, přinejmenším symbolicky.

V případě individuálního postižení může vztah se společností být složitější. Například oběť násilí, zejména sexuálního, je svým prožitkem určitým způsobem ze společenství vyloučena. Získává odlišnou roli, zaujímá výjimečné postavení. Liší se od ostatních lidí svým traumatickým prožitkem, proto se vztahy postiženého k ostatním lidem mění. Podobně se mění i postoje společnosti k oběti – stávají se přinejmenším ambivalentními.

Negativní společenské vlivy závisí na sociokulturní úrovni a aktuální situaci dané společnosti. Rozdílná rizika přinášejí období zásadních společenských proměn a období stagnace. Některé z rizikových vlivů dokonce jedinec dobrovolně akceptuje, protože se domnívá, že mohou uspokojit jeho aktuální potřeby

(např. členství v delikventní partě či náboženské sektě). Jiné jsou alternativou menšího zla, které si rovněž zvolil sám (např. role uprchlíka). Některé ovlivnit nemůže, protože jsou součástí společenských postojů (např. je vystaven pro svou etnickou příslušnost rasové diskriminaci) nebo vyplývají ze společenské situace (např. občanská válka).

## 24.1 Sociokulturní handicap

Člověk, který bývá odlišný, je obtížněji akceptován, a často právě proto získává nižší sociální status. Odlišnost vyvolává v lidech nejistotu a v souvislosti s ní i další nepříjemné pocity. Nevíme, jací odlišní jedinci vlastně jsou, neznáme je a nejsme si jisti, jak bychom se k nim měli chovat. Odmítání je nejjednodušším obranným mechanismem, který představuje únik z nepříjemné situace.

Člověku lišícímu se sociokulturně nebo etnickou příslušností nerozumíme, nedomluvíme se s ním, neznáme zvyklosti kultury, k níž patří, jeho úprava zevnějšku nám může připadat nevhodná či směšná. Je jiný.

Hranice, v níž se odlišnost mění v handicap, je dána aktuální společenskou normou. Handicap představuje **odchylku od normy, která přináší zatížení, znevýhodnění**. Má svoje sociální důsledky, může svého nositele více či méně stigmatizovat. *Sociokulturní handicap* vyplývá z odlišnosti sociální příslušnosti a s tím souvisejícího **omezení v oblasti zkušeností**, jež jsou v tomto případě jiné nebo nedostatečné. Jde o nedostatky či odlišnosti dané působením jiných sociokulturních vlivů, odlišné socializace. Takto handicapovaní lidé jsou příslušníky minoritní skupiny, která se od většiny liší (odlišnou identitou, stylem života apod.). Avšak do určité míry se majoritní společnosti přizpůsobit musí, přinejmenším proto, aby v ní mohl bez větších problémů existovat. Míra přizpůsobení je různá a závisí na mnoha faktorech. **Majoritní společnost zpravidla usiluje o to, aby se jí lidé z minoritních skupin přizpůsobili** a aby se jejich odlišnost snížila na minimum. Tlak, který na jejich přizpůsobení vyvíjí, vyplývá z potřeby eliminovat co nejvíce jakékoli rozdíly a učinit chování lidí co nejpodobnější standardu majority, a tím srozumitelnější.

**Integrace** je kvalitativně vyšším stupněm adaptace. Je výsledkem učení na kognitivní i emotivní úrovni. Odlišný jedinec musí prostředí, do něhož by se měl integrovat, poznat, a navíc musí zvládat nepříjemné emoce, které tento proces doprovázejí. Vzhledem k tomu, že jde o náročnou situaci, musí být dostatečně motivován. Pokud je zátěž daná požadavky integrace příliš velká a motivace slabá, jedinec se jí vzdává, event. ji odmítá, raději zůstává izolován ve svém prostředí např. etnické skupiny. Podobným procesem učení a z něho vyplývajícími změnami na rozumové i emoční úrovni prochází také společnost, v níž sociokulturně odlišní jedinci či rodiny žijí. Společnost se jim učí rozumět, chápat příčiny či smysl jejich odlišnosti a přijímat je jako jednu z variant široké normy. Podmínkou úspěšné integrace je i změna postojů majoritní společnosti. Na této





úrovni se vyskytují následující problémy: společnost – v rámci své specifické tradice či zkušenosti – odlišné lidi odmítá nebo jim adaptaci značně ztíží.

**Postoje společnosti k lidem, kteří jsou sociokulturně či etnicky odlišní, bývají ovlivněny nedostatečnými znalostmi a zkušenostmi.** Nízká informovanost vede vždycky k převaze emocionální složky nad rozumovým hodnocením. V závislosti na obecných zkušenostech společnosti, resp. předsudcích, které se v ní zafixovaly, se vztahy k minoritním skupinám liší. V české společnosti je tento rozdíl patrný zejména v postojích k uprchlíkům a k romskému etniku.

Emoční postoj k uprchlíkům je ambivalentní. Lidem je jich líto, ale zároveň se obávají, že s nimi budou potíže, byli by raději, kdyby putovali jinam. Výjimkou bývají lidé, kteří přišli z míst, kde se válčí a kde byli ohroženi na životě.

Převažující postoje majoritní společnosti k Romům jako etnické skupině jsou negativní. Zčásti jde o důsledek špatné zkušenosti a zčásti o neochotu přijmout a tolerovat skupinu s odlišnými hodnotami a jiným, často rušivým stylem života.

### Postojové stereotypy

Součástí tohoto postoje je **stereotypizace** – předpoklad existence nežádoucích osobnostních charakteristik, které jsou dány příslušností ke skupině (Allport, 1954). Důležitým znakem **postojového stereotypu** je tendence ke generalizaci, sklon hodnotit všechny příslušníky skupiny stejně, bez ohledu na jejich individuální odlišnosti, které samozřejmě existují i v minoritních skupinách. Negativní postoje k jiným národnostním skupinám a přistěhovalcům jsou v České republice silné. Tento fakt je pravděpodobně důsledkem dlouhodobé izolace české společnosti, omezení kontaktu s lidmi z jiných kultur. Navíc zde působil silný politický tlak zdůrazňující potřebu nivelizace a nutnosti co nejvíce potlačit individuální rozdíly. Výsledkem je strach ze všeho, co se liší. Důkazem tohoto tvrzení je téměř 30 % populace odmítající Židy, s nimiž se však většina lidí nikdy v životě nesetkala a nic o nich neví (MF Dnes, 28. 5. 1997; 2. 6. 1997). Nemá tedy ke svému postoji žádné konkrétní důvody. Obavu dobře vyjadřuje názor šestnáctileté učnice: *„Já nevím proč, ale mám z takových lidí trochu strach. Člověk nikdy neví, co od nich může čekat."* Negativní postoje k Romům (79,8 % – MF Dnes, 28. 5. 1997) nejsou dány nezkušeností, spíš naopak. Tato etnická skupina s odlišným stylem života, která se jen obtížně integruje, je sociálně stigmatizována. Obecně přijímané hodnocení Romů vyjadřuje názor sedmnáctiletého učně: *„Cikáni jsou hluční, všude tropí nepořádek a kradou, kde se dá."* V tomto tvrzení je zřejmá generalizace představ, které rozhodně neplatí pro celou etnickou skupinu. I ta je rozdělena na různé podskupiny, z nichž mnohé jsou na dobré úrovni.

Velmi často je základem odmítavého postoje obava z vlastního ohrožení, především ekonomického. Opět to docela dobře ilustrují názory mladých lidí:

*„Cizinci tu zabírají pracovní příležitost a my pak nemáme ani na chleba."* Podobně vyznívá i další: *„Židy fakt nemám rád. Kšeftujou se vším, co se dá, okrádaj lidi. A jsou všude. Ale Vietnamci jsou horší."* (MF Dnes, 2. 6. 1997). Z šetření IVVM vyplynulo, že 75 % dotázaných náhodně vybraných lidí nesouhlasí s tím, aby byli v České republice zaměstnáváni cizinci z Východu. Přitom 57 % dotazovaných žádného cizince, který by pracoval u české firmy, nezná. Stejná práva jako mají domácí zaměstnanci by pracovníkům ze zahraničí poskytlo jen 53 % dotázaných (LN, 18. 3. 1997).

Integrace neznamená jenom pasivní adaptaci, tj. naprosté přizpůsobení a přijetí všeho, co majoritní společnost prezentuje. Jedinec či skupina (např. rodina) nejen mohou, ale dokonce by si měli uchovat svou specifičnost a neodmítat ji pod tlakem převládajících postojů jako něco pouze negativního, co je třeba za každou cenu potlačit. Občas se takto chovají někteří uprchlíci, kteří chtějí co nejrychleji splynout se společností hostitelské země. J. Diamant (1995) mluví v této souvislosti o hyperintegraci emigrantů, kteří se stydí za svůj původ.

### 24.1.1 Hlavní problémy sociokulturní odlišnosti

Člověk, který od svého dětství žije v určité společnosti, získá specifické sociální zkušenosti. Ty mu slouží jako základ orientace v prostředí a poskytují mu pocit jistoty a bezpečí. Ví, co znamenají určitá sdělení nebo projevy chování, jak se má za různých okolností chovat, co se od něho očekává a co on sám může očekávat od ostatních lidí. Naučil se jazyk, umí v rámci své společnosti komunikovat, přijal její hodnoty a normy, standardní styl života, zvládl potřebné role. Sociokulturní zkušenost ovlivňuje i způsoby uvažování a rozvoj základních strategií, jež se projeví preferencí určitých způsobů řešení problémů (a nakonec i diferenciací toho, co je či není za problém považováno). Sociokulturně je podmíněn i rozvoj iniciativy a nezávislosti, resp. vyžadované míry konformity, k požadavkům autorit apod. Příslušnost ke společnosti se stane součástí identity jedince. Emigrací své sociokulturní zázemí člověk ztrácí a mnohé ze zkušeností mu už nejen k ničemu neslouží, nelze se podle nich orientovat, ale často mu jsou na překážku. Problémy lidí, kteří patří k menšině (např. romské), žijící v určité majoritní společnosti, jsou jiné. Nejde o náhlý zlom a proměnu hodnoty dosavadních socializačních zkušeností. Jejich potíže vyplývají spíše z dlouhodobého napětí mezi hodnotami a normami jejich etnické skupiny a tlakem požadavků majority.

Jednou z největších integračních potíží, vyplývající ze sociokulturního handicapu, jsou **komunikační problémy**. Člověk, který nemá potřebné jazykové kompetence, se bude v jakékoli sociální situaci hůře orientovat, nebude schopný rozumět, co mu ostatní lidé sdělují (např. úředníci na imigračním oddělení, prodavač v obchodě apod.). Následkem toho nemůže zcela adekvátně reagovat a dostává se do role sociálně handicapovaného jedince. Ve společnosti se pak zpravidla také hůře cítí, má z ní strach nebo je nejistý. Neschopnost verbálně komunikovat na přijatelné úrovni funguje jako sociální stigma. Člověk, který





se dobře nedomluví, je automaticky hůře hodnocen a obecně považován za méně inteligentního, než ve skutečnosti je. Komunikační partner, jenž dobře neovládá jazyk, není ani pozitivně akceptován. Důvodem je především značná námaha, kterou je třeba vynaložit na vzájemné dorozumění. Cizinec, který nerozumí, vyvolává v lidech nepříjemné pocity napětí, protože si nikdy nemohou být zcela jisti, zda jim porozuměl. Pokud cizinec špatně mluví, snaží se obsah jeho sdělení odhadnout a dekódovat. To bývá rovněž velmi namáhavé, a navíc ani zde není nikdy jisté, že mu rozuměli správně. Komunikace je za těchto okolností obtížná a lidé se jí raději vyhnou. Komunikační nedostatky bývají **příčinou izolace**.

Komunikační obtíže jsou ještě více zatěžující pro cizince, který se jazyk teprve učí. Pokud mu to činí velké potíže, bude se komunikaci ze strachu vyhýbat a to nepříznivě ovlivní jak další rozvoj jeho jazykových kompetencí, tak možnost získat potřebné sociální zkušenosti.

Nedostatky v oblasti komunikace mohou být různé. Problémem bývá chudý slovník, nesprávné užívání gramatiky, potíže může činit jazyková necitlivost k jemným významovým diferencím a omezenější schopnost užívat v konkrétních situacích standardní komunikační vzorce.

Člověk, který jazyk ještě dobře nezvládl, není citlivý ke kontextu a sociálně podmíněným pravidlům komunikace. **Porozumění kontextu** trvá mnohem delší dobu a je méně viditelnou překážkou v komunikaci. Nedostatky a odlišnosti v komunikačních vzorcích ztěžují adaptaci na novou roli, protože vyvolávají jiné reakce, než člověk očekává. Na počátku se cítí dezorientován, protože přesně neví, co by měl v situaci dělat.

V menší míře se na adaptaci člověka z odlišného sociokulturního prostředí podílí neverbální komunikace. Její vliv není sice tak nápadný, ale zato je trvalejší. Ze své kultury může cizinec být zvyklý přiřazovat neverbálním projevům druhých lidí jiný význam, jinak je interpretovat; naopak sám je používá v jejich původním významu, který neodpovídá standardu majoritní společnosti. (Může jít např. o držení těla, pohled do očí, vzdálenost mezi komunikačními partnery apod.) Součástí neverbální komunikace je zcela automaticky i zevnějšek člověka, to jak vypadá, jak se obléká a upravuje.

□ Orientalistka P. Müllerová (1998) uvádí výstižný příklad:
Vietnamci se velmi často usmívají nebo nahlas smějí, a to i v situacích, kdy Evropanovi není jasné, proč se dotyčný směje, a leckdy to považuje za nepřiměřenou reakci. V okamžiku, kdy Vietnamec neví, „kudy kam", přesně nerozumí, co se po něm chce, nebo je v dané situaci velmi nejistý, začne se usmívat, případně nahlas smát. Takové chování vede k nedorozumění a může vyvolávat negativní reakce. Někdy se stane, že dotyčný Evropan začne na Vietnamce křičet, čímž před ním „ztratí tvář". Při výuce studentů z asijských zemí se téměř pravidelně opakovala modelová situace: Učitel: „Přeložte, prosím, větu na straně 32." Student (nasadil zářivý a odzbrojující úsměv a pravil): „Nerozumím otázce, opakujte, prosím." Učitel: „Přeložte, prosím, větu na straně 32. A prosím, neusmívejte se v této situaci. V Československu znamená úsměv něco zcela jiného." Student (stále s úsměvem na rtech): „Já rozumím a překládám."
Pochopit odlišné kulturní zvyky a chovat se v souladu s nimi jsou dvě rozdílné věci.

Překonání komunikační bariéry má i svůj sociálněpsychologický význam. Člověk, který zvládl komunikaci se společností, jí bývá snáze akceptován.

Je třeba rozumět i potřebě většiny lidí z minoritních skupin zachovat si svůj rodný jazyk. **Jazyk je součástí sociální identity.** Představuje specifický pohled na svět, způsob jeho interpretace, která se odráží např. v obsahu slovníku. Sociálně typický je způsob verbálního označení společenských vztahů, norem a rolí. Projevuje se v užívání slovních standardů apod. Jazyk kóduje typické postoje, způsoby uvažování i řešení problémů. Pro různé menšinové skupiny je důležitá možnost užívat vlastní jazyk – byť v omezené míře – i oficiálně, a tak potvrdit jeho hodnotu. V jazyku je obsažena skupinová identita, a tím i jistota potvrzení sounáležitosti se skupinou.

Sociokulturně podmíněné jsou **hodnoty a normy chování**, a proto se mohou v různých společnostech lišit. V nových podmínkách některé hodnoty a normy ztratí svůj význam, event. se některé z nich mohou stát nežádoucími. Adaptace na tuto situaci zahrnuje dvě složky:

1. V rovině chování je třeba přijmout normy majoritní společnosti; jinak by jej společnost nepřijala. Dokud cizinec nezvládne jazyk, nemůže si osvojit ani základní normy a pravidla chování, platné v této společnosti, protože přesně nerozumí a nechápe, co se po něm za různých okolností požaduje. Na této úrovni už pouhá nápodoba nestačí.
2. Mezi novými a starými hodnotami a normami vzniká rozpor, s nímž se člověk musí vyrovnat. Rozdílnost hodnot může stimulovat nejistotu a napětí, může se projevit i pocity ohrožení integrovanosti osobní identity. Obvyklou obranou je potřeba uchovat původní hodnoty a normy alespoň v soukromí, v rámci rodiny nebo skupiny lidí stejného původu. Tato podvojnost je však náročná a přispívá k celkové zátěži adaptace na novou společnost.

Lidé, kteří přišli z odlišného sociokulturního prostředí, se mohou lišit i **stylem života** a specifickým obsahem **rolí**, resp. jejich vzájemných vztahů (např. pro danou společnost typickou hierarchizací rodinných rolí apod.). Tato rozdílnost, někdy i na první pohled zřejmá, je od majoritní společnosti izoluje.

Lidé z odlišného sociokulturního prostředí se postupně naučí jazyk, osvojí si potřebné normy chování a dovedou se podle nich řídit. To všechno však může být projevem převážně formální adaptace. Jejich původní hodnoty a normy pro ně stále mohou mít značný význam, jsou jim bližší, ovlivnily jejich osobnostní rozvoj v době dětství (zejména jsou-li spojeny se životní filozofií, s vírou apod.). Imigranti se nemohou nikdy zcela vzdát své původní identity a jejich integrace do majoritní společnosti bude limitovaná.

Sociokulturní handicap v našich současných podmínkách postihuje lidi pocházející z jiné etnické skupiny, především Romy, a lidi z jiného sociokulturního prostředí, tzn. emigranty.





## 24.1.2 Psychologická problematika adaptace emigrantů

Zákon č. 498/1990 Sb. (novelizovaný v roce 1993) vymezuje **status uprchlíka** takto:

- Postavení uprchlíka se přizná cizinci, který má ve státě, jehož státní občanství má, odůvodněný strach z pronásledování z důvodů rasy, náboženství, národnosti, příslušnosti k určité sociální skupině nebo pro politické přesvědčení.
- Žadatel o přiznání postavení uprchlíka je povinen podrobit se lékařským prohlídkám, karanténním opatřením, případně obdobným, ze zdravotního hlediska nezbytným opatřením, zdržovat se do vyřízení žádosti v určeném uprchlickém táboře, dodržovat stanovený režim uprchlického tábora.
- Uprchlík má stejné postavení jako občan ČR s výjimkami: nemá volební právo, nepodléhá branné povinnosti, vykonávat výdělečnou činnost či nabývat nemovitostí může jen za podmínek stanovených zvláštní úpravou pro cizince.

Uprchlickými tábory na našem území prošlo od roku 1990 do začátku roku 1998 asi 14 tisíc žadatelů o přiznání postavení uprchlíka, přičemž asi dvěma tisícům byl tento statut přiznán (Trombík, 1998). Jejich psychosociální situace je spojena s řadou zátěží.

### Následky traumatizace

Lidé, kteří v současné době získávají v České republice status uprchlíka, přicházejí často z prostředí válečného konfliktu či politického převratu, který má podobné důsledky. Zažili přímé ohrožení základních podmínek existence nebo života vůbec. Přicházejí s negativní zkušeností, která může mít až charakter **posttraumatického stresového syndromu** (viz příslušnou kapitolu). Adaptační nároky spojené se situací uprchlíka zvyšují celkovou zátěž v době, kdy je jeho odolnost vůči jakémukoli stresu významně snížena. V hostitelské zemi s emigrantem většinou nikdo jeho minulá traumata neřeší.

□ Rozhodnutí opustit zemi svého původu bývá i za těchto okolností spojeno s bilancováním. Muslimka z Bosny svoje rozhodnutí vysvětluje takto: *„Nikdy se tam nevrátíme, nikdy nám to (Srbové) nedovolí... Samozřejmě, každý člověk má rád svoji zemi, já taky. Ale musíme být reální a pochopit, že domov je tam, kde se žije."* (Pávek a Václavová, 1995)

V případě válečných uprchlíků jde zpravidla o komplex traumat a zátěží. Situaci dobře ilustrují studie dětí, které prožily válku v Bosně a byly traumatizovány kontaktem se smrtí, přímým ohrožením vlastního života, ztrátou domova, rodičů, kamarádů i jiných blízkých lidí. Posttraumatický stresový syndrom se u nich projevoval depresí, zvýšenou úzkostností, celkovým útlumem aktivity a spontaneity, tendencí k izolaci (Preiss, 1995).

### Zátěže spojené s adaptací

Významnou zátěží je nutnost **adaptace na nové podmínky** v zemi, která se od země jejich původu v mnoha směrech liší a kde budou v nejlepším případě jen trpěnými cizinci s rolí a statusem uprchlíka. Doba nezbytné adaptace pro ně bude dalším stresem, jehož míra se může lišit v závislosti na osobnosti, kompetencích, minulých zkušenostech, ale i vzhledem ke kvalitám nového prostředí a jeho odlišnostem od původní vlasti.

- Ředitel uprchlického tábora má sdostatek zkušeností, aby dovedl zhodnotit, jakou zátěží je emigrace: *„Uprchlík není slabý jedinec, ty slabí zůstali tam."*
  Pracovnice azylového zařízení MV ČR uprchlíky posuzuje z jiného hlediska: *„Vyčítám těm lidem jenom jednu věc, jak se vám položí do náruče a nechtějí nést odpovědnost za sebe, za svůj osud, za život svých dětí. Vrhnou se vlastně do náruče státní správy."* Je však velice sporné, zda za okolností, kdy ke všemu potřebují úředně potvrzený status uprchlíka, mohou udělat něco zásadně jiného (Pávek a Václavová, 1995).

### Podmínky v táboře

V České republice žije žadatel o azyl v některém z uprchlických táborů. Nemůže se svobodně pohybovat. Aby mohl tábor opustit, musí dostat propustku. Dostává malé kapesné, které v roce 1996 činilo 12 Kč na den (výše kapesného je závislá na rozhodnutí vedoucího tábora; když je s chováním uprchlíka spokojen, může mu je zdvojnásobit, ale stejně tak dobře mu nemusí dát nic). Pokud si člověk vydělá víc než 4000 Kč měsíčně, kapesné nedostává. To však nebývá příliš obvyklé. Jednak není dostatek příležitostí, a navíc obyvatelé tábora často propadají pasivitě. Za poslední peníze si koupí starší televizi a pokoje opouštějí jenom kvůli pravidelnému přídělu jídla. Prvním dojmem z uprchlického tábora je totální nečinnost, aktuální náplň a perspektivy života jsou zásadním způsobem omezeny. Život v táboře vyplňuje čekání a nejistota, která vyvolává nervozitu a podrážděnost.

Jedním z nejčastěji užívaných slov žadatelů o azyl, žijících v uprchlických táborech, je slovo „problém". Napětí vyplývající z pocitu nekonečnosti přechodného období a pocitu bezmoci vede ke konfliktům mezi uprchlíky a personálem. Psychickým problémům emigrantů by bylo možné předcházet, ale v táboře není nikdo, kdo by měl takovou službu poskytovat. Cizinci, kteří přicházejí s různými problémy, často nemají za kým jít, resp. nevědí, kam by se mohli obrátit. Problémem je i jazyková bariéra (Edelmannová, 1996; Karel, 1996).

### Frustrace potřeb

Emigraci lze hodnotit jako náročnou životní situaci, kdy je významným způsobem narušeno uspokojování většiny základních psychických potřeb. Uprchlík strádá v oblasti citové jistoty a bezpečí (zažil ohrožení a neví, co ho v novém





prostředí čeká, prochází nepříjemným procesem potřebným k získání trvalého pobytu, v uprchlických táborech není dostatek soukromí apod.). Pro mladého muže ze Somálska je jistota domova tam, *„kde lidé mi rozumí, kde mohu spát bez problémů, kde se cítím bezpečný."* (Pávek a Václavová, 1995)

Vytržení ze životního stereotypu a nejistota představuje zátěž i v oblasti potřeby seberealizace. Lidé nevědí, zda seženou práci, jak se uplatní, zda to bude možné na úrovni dřívější profesní role apod. Delší čekání a nečinnost v uprchlickém táboře negativně ovlivní sebehodnocení člověka, jeho sebeúcta se za daných okolností snižuje. Někteří emigranti mohou mít pocit, že jejich původní kultura je podceňována, že mají ve srovnání s lidmi z majoritní společnosti menší hodnotu apod.

Situace uprchlíka vede k frustraci i v oblasti potřeby otevřené budoucnosti. Budoucnost je nejasná a nejistá, někdy se může jevit ohrožující. Žena, která emigrovala z Arménie, tento pocit vyjadřuje jasně: *„Mám strach, nevím, jak bude tady, ale zpátky už nemůžeme."*

### Ztráta sociálních vazeb a ohrožení identity

Emigrace je spojena se ztrátou mnoha **sociálních vazeb a vztahů**, se ztrátou domova, který představoval zázemí a jistotu (De Vryer, 1989). I tehdy, když emigruje celá rodina, zůstává v původní zemi mnoho lidí, k nimž měl člověk vztah, kteří tvořili součást jeho sociálního zázemí. Jde o prarodiče, přátele, ale mohou chybět i mnozí známí – např. sousedé, na něž byl člověk zvyklý atd. Muž (40 let), který v dětství uprchl se svými rodiči z Československa do Rakouska, si ještě nyní vzpomíná, *„jak jej odvezli od jeho kamarádů a hraček"*. Mnohé běžné zážitky nabudou svou nedostupností novou hodnotu – např. západ slunce nad rodným domem apod. Reakcí na opuštění domova je truchlení, které je obvyklým projevem v situaci, kdy člověk cokoli významného ztratí.

> Stresem může být jakékoli přesídlení spojené se ztrátou domova, i když nejde o ztrátu sociokulturního zázemí. Tuto skutečnost potvrzují studie německých uprchlíků, kteří odešli ještě za doby existence NDR do západního Berlína. I emigrace v rámci kulturně a jazykově identické země byla zátěžovou situací. Bezprostředně po emigraci si stěžovali na poruchy spánku, nervozitu a bolení hlavy. Byli úzkostní, depresivní a měli adaptační potíže. Jejich problémy byly klasifikovány nejčastěji jako reaktivní poruchy (Priebe a kol., 1990).

Emigrace znamená přerušení kontinuity života, zlom, který se projeví jako zátěž, ohrožení či zpochybnění identity. Vyvolává ambivalentní pocity dané jak potřebou uchování původní identity, tak tlakem na její změnu. V chování emigrantů se rovněž mohou projevovat rysy typické pro jejich původní kulturu. (Příkladem je uzavřenost a odtažitost Vietnamců a Číňanů apod.)

### Mechanismy adaptace

Adaptace na podmínky jiné země vyžaduje značné úsilí (Diamant, 1995). Zde se významným způsobem projeví, jaká byla motivace k odchodu ze země původu.

Je rozdíl mezi lidmi, kteří uprchli ze země, kde je válka a kde jim hrozilo značné nebezpečí, a těmi, kteří odešli pouze z ekonomických důvodů. Ti, kdo si myslí, že by se za určitých okolností mohli a chtěli vrátit, si chtějí plně zachovat svou původní identitu. Motivace ke změně identity a k integraci do nové společnosti je mnohem větší, pokud se vrátit nechtějí. V obou případech je však nezbytné, aby se přizpůsobili, přinejmenším formálně.

**Na úrovni kognitivních procesů** je nutná orientace v novém prostředí, **poznání společnosti,** v níž bude uprchlík žít. Důležitou podmínkou přijatelné adaptace je znalost jazyka, schopnost komunikovat, a tak se orientovat i na obecnější a informačně hodnotnější úrovni. Znalost jazyka však obyčejně uprchlíkům chybí a tento nedostatek jim ztěžuje přizpůsobení.

Adaptace **na emocionální úrovni** vyžaduje přijetí odlišností hostitelské země. Aby se člověk úspěšně adaptoval, musí si k novému prostředí vytvořit kladné citové vztahy, identifikovat se s ním. Pro mnohé rodiny uprchlíků je taková změna postoje obtížná, ne-li nepřijatelná, protože se stále ztotožňují se zemí svého původu. Adaptační potíže vedou mnohdy k preferenci izolace, k vytváření uzavřených subkultur. (V Čechách žije např. vietnamská a čínská komunita.) Motivací je potřeba udržet specifičnost původní identity alespoň v rámci menší skupiny, uchovat zvyky, tradice, a tím i jistotu, kterou dosud poskytovaly.

**V socioekonomické oblasti** hrozí uprchlíkům řada rizik včetně sociální deprivace, chudoby, nezaměstnanosti, jsou obětí různých předsudků, diskriminace až agrese. Mají zpravidla nižší sociální status, zbývá na ně jen horší práce, která leckdy neodpovídá jejich kvalifikaci.

Příslušnost ke společnosti představuje sociální ochranu. Člověk, který nikam nepatří, je zranitelný. Mnozí členové majoritní společnosti mají ve vztahu k uprchlíkům minimální zábrany. (Odmítání uprchlíků je v současnosti velmi silné např. ve Francii, ale i v sousedním Německu. Objevily se i přímé útoky na domy azylantů, žhářství, fyzické násilí apod.)

Míra zátěže, kterou zařazení do nové společnosti přináší, závisí mimo jiné na **míře sociokulturní rozdílnosti** země původu a cílové země. Jde především o rozdíly v oblasti norem chování, obsahu rolí, odlišnosti jazyka, specifického způsobu komunikace i vzhledu.

### Důsledky zátěží spojených s adaptací

Člověk, který prošel stresem nezbytné adaptace na nové prostředí, může být **citlivější, zranitelnější,** může mít větší sklon **reagovat úzkostí a strachem**. Uprchlíci bývají pesimističtější, uzavřenější, s tendencí zaujímat odstup od příslušníků majoritní společnosti, jimiž nejsou vždycky uspokojivě akceptováni. Špatné zkušenosti mohou posílit jejich podezíravost či sklon k agresivním projevům (Gupta, 1991; Diamant, 1995).

Dlouhodobá zátěž, kterou přináší emigrace, se může projevit i změnami v oblasti reaktivity. Lze se setkat s oběma extrémy, jak s nadměrnou dráždivostí, tak s apatií a ztrátou iniciativy. Časté bývají **reaktivní deprese** spojené se somatizací, kdy je psychická porucha maskována somatickými stesky. Obecně je zvýšené riziko psychosomatických potíží, zejména u dospělých ve věku 30–50 let, ale i u starších lidí (Kohn a kol., 1989).





Nadměrná emoční zátěž, kterou přináší emigrace, může mít za následek **noční děsy**. V děsivých snech se plně a nekorigovány projeví všechny obavy a úzkosti, jež se uprchlík snaží potlačit. Z. Černohorský (1990) uvádí příklad snu, který obsahoval problémy s příjezdem do hostitelské země (člověk nastoupil do špatného letadla a nedojel tam, kam chtěl). Po probuzení dělá potíže orientace, postižení si nebývají jisti, kde vlastně jsou.

Zátěž emigrace zvyšuje sklon k nadměrnému pití alkoholu. U mladých lidí jde spíše o zvýšení rizika užívání drog, tendenci reagovat násilím a řešit ekonomické problémy kriminálním chováním (Gupta, 1991). Zátěž emigrace může působit i jako faktor stimulující propuknutí duševní choroby (Noli Ferrada a kol., 1995).

Mezi emigranty je větší procento svobodných, tj. osaměle žijících lidí (Gupta, 1991), což dále zvyšuje riziko, že nároky adaptace na novou společnost nezvládnou a stanou se v nové vlasti např. bezdomovci se všemi uvedenými zátěžemi (alkohol, duševní choroba, kriminální činnost apod. – Hill-Darnton a kol., 1990).

Potíže spojené se stresem života uprchlíka se nemusí projevit hned. C. J. Locke a jeho spolupracovníci (1996) mluví o tzv. skrytých symptomech.

Uprchlíci se mohou v náročné situaci cítit bezmocní, vydaní na milost společnosti, které nerozumí a do níž zatím nepatří. Pod vlivem stresu se může měnit i jejich vztah k hostitelské zemi, z pozitivního očekávání a naděje se může stát nenávist. Hostilita narůstá s problémy a negativními zkušenostmi, které vedou k pocitům nespravedlnosti. Neúspěšná integrace může mít za následek dlouhodobé **pocity vykořenění**, ztrátu pocitu bezpečnosti, důvěry i sebedůvěry, sklon k nepřiměřeným reakcím a **chybění smyslu života** (Diamant, 1991). Za těchto okolností mohou lidé snadněji reagovat pokusem o **sebevraždu**.

Zvládání obtíží spojených s emigrací a adaptací na novou společnost usnadňuje jakákoli sociální podpora (poskytovaná vlastní etnickou skupinou, fungujícími partnerskými, resp. rodinnými vztahy atd.). Taková podpora zmírňuje riziko rozvoje deprese a beznaděje, zejména posílením pocitu trvání identity a sounáležitosti se skupinou (Beiser, 1989). Je důležité, aby uprchlík nebyl osamocen a izolován.

Dalším pozitivně působícím faktorem je dostatečné hmotné zajištění, které rovněž přispívá k pocitu jistoty a bezpečí. Pozitivně působí úroveň vzdělání, ovlivňující přístup k řešení všech problémů, je předpokladem k úspěšnému copingu (Krause a Goldenhar, 1992).

Bez významu nejsou ani osobnostní vlastnosti a preferované obranné reakce: pro zvládání zátěže spojené s emigrací je nejdůležitější schopnost sebekontroly, otevřenost, schopnost udržet pozitivní emoční vztahy a altruistický

postoj (Šimunkovič a Urlič, 1995). Lze předpokládat, že takové chování přináší pozitivní zpětnou vazbu a pomáhá uchovat sociální podporu.

### Rodičovské chování

Motivace k rozhodnutí opustit zemi svého původu bývá posilována potřebou zajistit **přijatelnou budoucnost dětem**. Vědomí účelnosti této volby může člověka posilovat v období počátečních potíží a pomůže mu je překonávat, protože dává jeho úsilí smysl.

□ Mladá matka z Arménie vyjadřuje svůj postoj zcela jednoznačně: „Nemám tu nikoho. Já sama musím hledat práci a byt, protože chci, aby děti chodily do školy a měly nějakou budoucnost... Musela jsem odejít, už kvůli dětem. Nouzi bychom mohli přežít, ale válka se přežít nedá." (Pávek a Václavová, 1995)

Komplexní změna životní situace působí na děti emigrantů jako stres, ale tato zátěž je více závislá na tom, jak se s ní vyrovnávají rodiče, než na objektivní situaci.

Zátěž spojená se zvládáním emigrace zpravidla ovlivní **rodičovské chování**. Mnozí rodiče jsou natolik vyčerpáni, mají tolik starostí a problémů, že nejsou schopni přijatelného rodičovského chování. Pocit ohrožení i náhlá a násilná změna životních návyků a stereotypů, smutek, úzkost, strach z budoucnosti a pocity beznaděje se přenášejí z rodičů na děti a ztěžují jejich adaptaci. Změna rodičovského chování působí na děti jako **sekundární zátěž**.

V dětství má větší význam jistota daná stabilitou rodiny než jakékoli jiné společenské vlivy. Z toho důvodu je pro dítě nejzávažnější zátěží napjatá atmosféra v rodině, změna postojů a chování rodičů, případně snížení zájmu o dítě, pokud mají rodiče jiné, subjektivně významnější problémy. Děti se musí přizpůsobit nejen nové zemi, ale i negativním změnám v rodině, které samy nemohou příliš ovlivňovat.

Působení rodičů na děti může být v některých oblastech komplikovanější nebo ambivalentní. Model rodičovského chování, který odpovídal původní sociokulturní normě, přestává být funkční, v novém prostředí může být směšný, nebo dokonce může dospívajícím dětem emigrantů komplikovat adaptaci. I tehdy, když se rodiče snaží přizpůsobit, může být jejich výchovné působení chaotické a nejednoznačné. Rodiče se na jedné straně snaží uchovat své tradiční hodnoty a normy, ale na druhé straně jsou zcela logicky ovlivněni novou kulturou, jejíž mnohé hodnoty rovněž akceptují. To se projeví ve výchově dětí, kde se mísí oba dva přístupy. (Tuto skutečnost potvrzuje americká studie vietnamských uprchlíků – Nguyen a Williams, 1989.)

Adaptaci na nové prostředí dětem usnadňují přátelské vztahy s vrstevníky, schopnost komunikovat a dobrá inteligence – která se projeví nejenom ve škole, ale i v jiných sociálních situacích (Moilanen a Myhrman, 1989).





### Dítě emigrantů a škola

**Škola** je místem konfrontace sociokulturní úrovně a hodnotového systému rodiny a společnosti, kterou reprezentuje. U dětí emigrantů je zvýšené riziko školního selhání. Děti nastupují do školy s **handicapem**, protože jim chybí některé znalosti a zkušenosti, jež jsou pro přijatelnou adaptaci na školu nezbytné (např. jazykové dovednosti, znalost způsobů chování, zkušenosti v dané kultuře běžné). Zařazení do školy představuje pro děti emigrantů zátěž danou nahromaděním větších nároků, než je obvyklé.

Pro školní úspěšnost a pozdější profesní začlenění dětí se ukázaly být **nejdůležitější jazykové kompetence** (Rasanen, 1989).

Zdrojem mnoha potíží jsou i jiné základní normy chování a odlišný hodnotový systém, který si dítě přináší z rodiny. Srovnání s vrstevníky, kteří patří k majoritní společnosti, může vést k pocitům nejistoty, snižovat sebevědomí a stimulovat obavy ze selhání. Adaptace na skupinu spolužáků může být nepříznivě ovlivněna nejenom zjevnou odlišností dítěte, ale i jemnými rozdíly v chování. Může jít např. o schopnost pochopit kontext situace a reagovat očekávaným způsobem. Kontextem je sociální situace daná např. místem (třída, chodba) nebo dobou (přestávka).

Škola většinou výkony i chování dětí emigrantů toleruje, ale na druhé straně bývá jejich menší školní úspěšnost automaticky akceptována jako samozřejmost. **S neúspěchem se počítá,** je zakódován v sociální kategorii emigranta (Štech, 1992). Školní potíže jsou součástí role dítěte emigranta, učitel je omlouvá a jeho neúspěch mu nevyčítá. Je jisté, že dítě-cizinec musí na průměrný výsledek vynaložit daleko větší úsilí než jeho stejně nadaný spolužák z majoritní společnosti, který sociokulturní handicap nemá.

Stejně tak jako v jiných zátěžových situacích, mívají větší potíže s adaptací na školu **chlapci.** Dívky se zpravidla přizpůsobují lépe, jsou konformnější. V Holandsku, kde mají s uprchlíky bohaté zkušenosti, měly děti emigrantů větší potíže se školou až ve 12 letech. Jejich selhání na počátku nižší sekundární školy je vysvětlováno jazykovými potížemi a nevhodností vyučovacích metod (Gupta, 1991). Příčiny problémů však mohou být mnohem rozmanitější. Těmto dětem chybí potřebná kulturní zkušenost i standardní přístup k problémům, poznávací strategie a zkušenosti s jejich užíváním, které jsou sociokulturně podmíněny. Ty jim ovšem jejich rodina poskytnout nemohla. Strategie poznávání, typické pro kulturu, z níž pochází jejich rodiče, jim v této situaci nemusí být příliš užitečné. I když je škola jednotná, nikdy nepůsobí na všechny děti stejným způsobem, protože děti nejsou primárně stejné a nepřišly vybaveny stejnými schopnostmi a dovednostmi.

S. Štech (1992) upozorňuje na další problém vyplývající z rozporu mezi kulturní úrovní emigrantů a požadavky školy (která je součástí majoritní společnosti). Pokud by se dítě vlivem působení školy integrovalo do nové společnosti rychleji než jeho rodiče, narušovalo by to jeho pozici v rodině (přinejmenším by ji změnilo). Úspěšnou integrací by se své původní kulturní identitě, a tím i rodině vzdalovalo. Rodiče by se mohli cítit ohroženi: jak ve své autoritě, tak z obav, že dítě ztratí. Na druhé straně bývají děti, které zvládly jazyk i příslušné společenské normy, využívány jako prostředníci mezi rodinou a majoritní společností.

Význam školy, resp. vzdělání je rovněž sociokulturně podmíněn. Vzdělání nemá pro lidi z různého prostředí stejnou hodnotu. Roli zde může hrát stres, který život uprchlíka přináší a který může měnit jeho postoje k čemukoli. V rodinách emigrantů z různých zemí se lze

setkat s oběma extrémy v postoji ke školním výsledkům jejich dítěte. Škola pro ně může být zcela bezvýznamná, protože je zatěžují jiné problémy, ale může tomu být i naopak – nadměrné zdůraznění významu školního prospěchu bývá projevem snahy o lepší prosazení dítěte v nové zemi (většinou chce-li rodina zůstat natrvalo, zaměřuje úsilí na integraci svých dětí). Gruzínský otec říká synovi-gymnazistovi: *„Abys obstál, musíš být jako cizinec lepší než druzí."* To je ovšem postoj typický pro rodinu, která i ve své původní vlastni byla na vyšší vzdělanostní úrovni a nechce ji ztratit.

Identita dítěte je silně spojena s rodinou. Odmítnutí jejího standardu související s přijetím majoritní normy by je z rodiny nějakým způsobem vylučovalo. Význam, jaký má pro dítě úspěch ve škole (a tím i v majoritní společnosti), je vždycky ovlivněn názorem rodiny, to znamená fixací na vlastní etnickou nebo sociální skupinu.

### 24.1.3 Sociálněpsychologická problematika romského etnika

*Nech robíš, čo robíš, gádža zo seba neurobíš.*

*(romské přísloví, Hübschmannová, 1985)*

Romské společenství je v mnoha směrech odlišné od majoritní společnosti. Tyto rozdíly přitom nelze zdůvodnit pouze nezkušeností, nedostatkem informací a komunikačních kompetencí (jak je tomu v případě uprchlíků), ale jsou důsledkem zachovávání vlastních pravidel romského etnika a jeho odlišným stylem života.

Protože rozdíly nejsou důsledkem neznalosti, jsou interpretovány jako důsledek neochoty či neschopnosti. Majoritní společnost není k romské minoritě tolerantní, protože je přesvědčena o její nedostatečné ochotě akceptovat alespoň základní pravidla společného soužití.

Romové přišli do Evropy ve 13. století z Indie. Historické prameny potvrzují, že vždy byli odlišní od majoritní společnosti a měli nízké sociální postavení. V současné době žijí rozptýleni po celém světě.

Romská minorita není jednotná, tvoří ji několik, relativně dost odlišných podskupin s jinými zvyklostmi i jiným životním stylem. V naprosté většině, v 80 %, jde o relativně nejlépe adaptované slovenské Romy, tj. Romungry, v 10 % jde o Olašské Romy a zbytek je heterogenní.

Romové se od české společnosti liší jak antropologickými, tak etnickými znaky. **Antropologické znaky,** které se projevují odlišností zevnějšku, působí jako zdánlivé potvrzení celkové odlišnosti. Nápadně působí ranější dospívání Romů, které má za následek dřívější vznik partnerských vztahů a s tím spojené rodičovství. Romové mívají v průměru větší počet dětí. To vyvolává v majoritní společnosti dojem, že nejsou dostatečně zodpovědní a nemají žádoucí úroveň morálky. Romská komunita je typická nízkým průměrným věkem, největší část tvoří děti, starých lidí je relativně málo. Příčinou není jen vysoká porodnost, ale hlavně špatný zdravotní stav této populace, daný životním stylem (Sutherland, 1992).







**Obr. 24.1:** Kresba romské dívky zobrazuje velice širokou rodinu, dokonce i ty členy, kteří v ní již nežijí. Hranice rodiny zde není příliš striktně vymezena.

Některé rozdíly v chování a prožívání Romů vyplývají i z odlišnosti vrozených dispozic (např. temperamentových), které ovšem změnit nelze. Poněkud odlišná genetická výbava je předpokladem k preferenci specifických způsobů chování, zvládání zátěží a celkového životního stylu. Toto zaměření se projevuje samozřejmě také ve výchově dětí, a tak se reprodukuje sociálně.

Romská minorita má i své přetrvávající **etnické znaky** (vlastní jazyk, normy, hodnoty, svou kulturu a tradiční způsob života), i když mnohé z nich, spolu s pokračující integrací, postupně mizí. Romské normy, zvyky a tradice se ztrácejí, ale nejsou ničím nahrazovány.

Někteří Romové už neumějí romsky, mluví česky nebo kombinací různých jazyků. To se projevuje ve vztahu k vlastní **identitě**. Mnozí Romové se k romské národnosti nehlásí, často proto, že se jí cítí být stigmatizováni a sami ji považují za méněcennou. Starší Rom to přiznává zcela otevřeně: *„Mám pocit méněcennosti, že jsem Rom."* (Václavová, 1995). K tomu značně přispívají negativní postoje široké veřejnosti.

Pro Romy je stále charakteristická určitá úprava zevnějšku, i když už nelze mluvit o kroji. Preferují nápadnější barevnost, zdobnost, mají rádi blýskavé ozdoby, jejich barevné kombinace jsou někdy velice odvážné, resp. téměř žádná

není na překážku. Přestože věnují značnou pozornost volbě svého oblečení, nijak zvlášť pečlivě jej neudržují (Davidová, 1995).

Romové mají tendenci sdružovat se do skupin, obyčejně vymezených příbuzností, příslušností k **rodu**. Velká rodina vždy poskytovala jednotlivci zázemí, ochranu a podporu, a do určité míry tak funguje i dnes. Příslušnost ke skupině dává větší jistotu i bezpečí, zbavuje jednotlivce nutnosti řešit své problémy samostatně a nést za řešení zodpovědnost.

Romům chybí potřeba většího zdůraznění individua. I z tohoto důvodu se u nich nerozvíjí soutěživost, motivace k vyniknutí ve skupině a vyšší osobní aspirace. Zmíněné tendence nejsou romskou rodinou podporovány. Její hierarchie je dána jinými pravidly.

**Soudržnost a solidarita** je pro Romy stále důležitou sociální normou. Projevuje se např. samozřejmostí společných peněz, společného hospodaření, Romové mají tendenci vytvářet příbuzenské skupiny i v zaměstnání apod. **Rodinné pouto** je velice silné a do určité míry může být integraci do majoritní společnosti na překážku. Jedinec, který by si přál žít jinak, než jak žije romská komunita, není tolerován. Kdyby se nepřizpůsobil romským zvyklostem, byl by považován za odpadlíka a vyloučen. Největší potíží za těchto okolností je skutečnost, že takového člověka nepřijme ani majoritní společnost, protože je Rom, ani romská komunita, protože se nechce chovat jako Rom.

Do této situace se dostávají romští adolescenti, kteří vyrostli v ústavním zařízení a nejsou schopni se nikam zařadit. Svobodová (1982) upozorňuje na fakt, že romské děti, které jsou umístěny do ústavu, se už domů nevracejí. P. Hlubocký (1992) dokonce odlišuje tyto Romy jako zvláštní rizikovou skupinu.

Nedostatek vzdělání se u Romů mimo jiné projevuje v tendenci k **pověrčivosti**, k magickému uvažování a v naivitě ve vztahu ke světu. Romové mají sklon k religiozitě; obyčejně se hlásí k té církvi, k níž patří majoritní společnost, v níž žijí. V Čechách a na Moravě to byla zejména církev katolická, která Romům vyhovuje zdobností kostelů a okázalostí obřadů. Vztah Romů k církvi bývá formální, neznají její nauku. I když věří v jednoho Boha, stále u nich přetrvává tendence k primitivnějšímu magickému myšlení, k víře v dobré a zlé síly (Davidová, 1995).

## Současná situace

Neexistují přesné informace o počtu Romů, kteří v České republice žijí. Odhady se pohybují kolem 300 tisíc, tedy asi 3 % obyvatelstva. (Říčan, 1998)

Struktura romské společnosti v Čechách se po roce 1945 změnila. Většina původních Romů, kteří žili v Čechách a na Moravě, zahynula v koncentračních táborech a nahradila je migrační vlna mnohem méně adaptovaných slovenských Romů. Byli usídleni převážně v průmyslových oblastech, často ve velkých městech, kde byly jiné životní podmínky, než na jaké byli zvyklí. Z toho vyplynuly mnohé adaptační problémy. Romům nevyhovovaly běžné byty. Jejich civilizační úroveň byla nižší, a proto je neuměli používat. Dalším problémem bylo, že se do nich nevešla romská velkorodina (do níž může kdokoli kdykoli přijít a zůstat, jak dlouho chce). Na





překážku byla i odlišnost zafixovaných norem, hodnot a tradičních modelů chování. Původní romská řemesla (jako je práce s kovem, dřevem apod.) zde ztratila význam, nikdo je nepotřeboval, a to vedlo k izolaci romské komunity a jejímu vyloučení na okraj společnosti (Davidová, 1995).

Některé tradiční způsoby obživy v transformované podobě vydržely až do současnosti – např. překupnictví, ale jejich proměna vedla až na hranici kriminální aktivity, např. k dealerství drog, vekslování apod. Reakcí na nedostatek finančních prostředků je i dnes žebrání a drobné krádeže. Novým jevem je prostituce, která je v rozporu s tradiční romskou morálkou. To ovšem neplatí pro Romy zcela obecně. Olašští Romové považují krádež za řemeslo a umění. Některé rody se na krádeže dokonce specializují.

Některé u Romů se často vyskytující vlastnosti se staly příčinou problémů a konfliktů s majoritní společností. Je to např. sklon Romů k nepravidelnosti, živelnosti a nesystematičnosti. V romské rodině chybí pevná struktura, diferencovanost denního programu, vymezení osobního teritoria a osobních věcí. Romové mají značně volný vztah k času a k povinnostem, které jsou s ním spojeny. Nejsou dobře schopni hospodařit se svými prostředky a myslet i na budoucí dny.

Romové jsou více **vázáni na přítomnost**, mají sklon k impulzivní realizaci okamžitých nápadů, nerušené uvažováním o budoucích důsledcích. Pravděpodobně i proto dovedou prožívat intenzivněji a více užívat života. Sociální důsledky tohoto přístupu k životu však nebývají akceptovány, vedou ke konfliktům s majoritní společností, která očekává zralejší autoregulaci a ovládání aktuálních potřeb. Potíže působí i tradiční romská tendence ke sdružování a hlučné zábavě bez ohledu na čas a místo. Nelze ji považovat za bezohlednost, ale spíše za projev specifického sociokulturního standardu. (Denní rytmus např. středomořských národů je rovněž odlišný od našeho.) Romové bývají otevření, extrovertní, snadno navazují kontakt s kýmkoli, kdo je akceptuje. Jejich **sociální vztahy** jsou četné, ale nebývají příliš diferencované. (Nelze předpokládat, že by šlo o důsledek rané citové deprivace, protože romské matky jsou dostatečně emočně vřelé. Navíc je malé dítě v neustálém kontaktu s dospělými, kterými bývá pozitivně přijímáno.)

To všechno je zahrnuto v názorech majoritní společnosti na Romy: Lidé je považují za veselé a společenské, a zároveň jim vyčítají hlučnost, do určité míry jim závidí schopnost prožívat přítomnost, a zároveň jim vadí jejich lhostejnost k povinnostem.

Integraci Romů brzdí i jejich dlouholetá nedůvěra k majoritní společnosti, do níž se měli začlenit, ale která je odmítala. Mnozí Romové jsou i nyní přesvědčeni, že jejich problémy způsobili „gádžové". Na jedné straně přetrvávají negativní postoje společnosti a na druhé straně nekritičnost Romů, kteří nejsou ochotni připustit, že i oni budou muset projevit nějaké úsilí. Za posledních 50 let se romská komunita změnila a v mnoha směrech se přizpůsobila majoritní společnosti.

Ne vždy vedla ovšem akulturace k pozitivním výsledkům. Romové začali napodobovat majoritní kulturu hlavně v tom, co je zjevné, v její materiální podobě. Stali se povrchními konzumenty. (To je zřejmé např. v tendenci romské rodiny pořídit si na prvním místě barevný

televizor, magnetofon, video apod.) Opuštění starých romských zvykových norem nebylo doprovázeno přijetím norem nových (mnozí romští rodiče se přestali starat o děti, protože zjistili, že se o ně postará stát, přestali spoléhat na sebe, protože jim obživu zajistily sociální dávky apod.). Systém sociálních podpor vedl mnohdy k zafixování nesamostatnosti a závislosti na státu, která přetrvává dodnes. Někteří Romové mají tendenci vymáhat to, co si myslí, že jim patří.

Romská společnost se ve značné míře sociálně diferencovala, mnohé rodiny mají stejnou úroveň jako průměr majoritní společnosti. Vytvořila se romská intelektuální elita, ale i romští podnikatelé, zbohatlí velice rozmanitou aktivitou. Zdrojem konfliktů zůstává skupina nepřizpůsobivých Romů, žijících na nízké sociální úrovni, v rozporu s normami společnosti. Tato skupina je tak nápadná, že se podle ní řídí představy o celém etniku a udržují se tím nepříznivé názorové stereotypy. (Podle Davidové, 1995.)



**Obr. 24.2:** Námětová kresba dospívajícího romského chlapce má své typické rysy důraz na zdobnost a zábavu.

Změna politického systému po roce 1989 byla pro Romy značně stresující, připravila je o některé jistoty a mnozí se nedovedou s novými nároky vyrovnat. Mají k tomu i horší předpoklady, dané nízkou úrovní vzdělanosti a nedostatkem kvalifikace.

**Aktuální situace Romů** není příznivá: 70 % Romů nepracuje, 20–30 % získává prostředky k obživě trestnou činností (MF Dnes, 14. 8. 1997).

Dlouhodobá extrémní nezaměstnanost obecně zvyšuje riziko zapojení do kriminální subkultury. Lidé ztrácejí pracovní návyky, zvykají si na zahálku a stávají se stále více závislými na sociální podpoře. Tím se zhoršuje jejich sociální status, zvětšuje se propad jejich životní úrovně a izolace od společnosti.





## Osobnostní dispozice

P. Klíma (1988) uvádí typické rysy osobnosti Romů, které jsou pro adaptaci na školu či zaměstnání nevýhodné. Jsou to vlastnosti podmíněné kombinací genetických dispozic a specifických vlivů prostředí:

- Romové mají jiné **temperamentové vlastnosti**. Jejich emotivita je typická snadnější vzrušivostí, impulzivitou a výbušností, i větší intenzitou prožívaných emocí. Nedostatečné ovládání citových projevů je zřejmé již v dětském věku a bývá často hodnoceno jako porucha chování. Romské děti v pěstounské péči (kde byl vyloučen vliv romské rodiny) byly posuzovány častěji jako neposlušné, ale zároveň jako nadměrně čilé a pohyblivé, družné, prosazující se. *„Chování, které je hodnoceno jako neposlušnost, se u romských dětí rozvíjí na jiném temperamentovém základě."* (Kovařík, 1982, s. 236)
- Adaptační obtíže vyplývají z odlišné **sociální zkušenosti**, jsou výsledkem působení jiných socializačních vlivů. I když se Romové nakonec naučí, jaká pravidla platí v majoritní společnosti, přijmou je stejně pouze formálně. (Formálnost přijetí normy majoritní společnosti bývá zřejmá např. ve vztahu ke škole. Mnohé romské děti sice do školy chodí, ale jsou pouhými pasivními účastníky vyučování. Nepracují zde, i když obyčejně ani nevyrušují.) Romové se **s většinovými normami a hodnotami neidentifikují**, protože to nejsou jejich pravidla, ale gádžovská. To ovšem znamená, že se podle nich ani nechovají. Když je poruší, nemají pocit viny, protože spáchaný čin neodporuje jejich vnitřním normám. Trest či pokárání, resp. soudní rozhodnutí a odmítání majoritní společností, proto nejsou přijímány a prožívány jako spravedlivé.
- Romové **nemají tendenci k introspekci, k sebepoznávání a sebehodnocení**, nezabývají se svými prožitky. Akceptují svou osobnost takovou, jaká je, i v době dospívání, kdy se běžně objevuje potřeba změny a aktivního rozvoje vlastní identity. U romských adolescentů tomu tak není, většinou nemají žádný ideál, který by jim sloužil jako vzor. Jejich přístup k sobě samému je prezentisticky realistický, vlastní osobnost je akceptována jako danost. Jestliže chybí tendence o sobě uvažovat, chybí zde i motivace k jakékoliv osobnostní změně. Globální zaměření na přítomnost činí jakoukoli snahu o rozvoj identity zbytečnou. Rom přijímá, co přichází, nepřemýšlí o sobě a ani aktivně neusiluje o změnu zaměřenou do budoucnosti. (Klíma mluví o nedostatku sebereflexe.) Nedostatek introspekce má i druhou stránku – neschopnost empatie, hlubšího vcítění a pochopení jiného člověka. Rom neuvažuje nad sebou ani nad jinými, bere realitu takovou, jaká je, resp. takovou, jaká se mu na první pohled jeví. P. Klíma (1988) dává tuto tendenci do souvislosti s převládajícím prakticismem, můžeme dodat i s konkretismem, vázaností na aktuální stav vnějšího světa.

**Romský styl uvažování je typický větším vlivem aktuálních emocí.** Romové jsou snadno ovlivnitelní, dovedou se nadchnout iluzí. Nedostatek vzdělání se projevuje naivitou a nekritičností. O objektivní hodnotě toho, co se jim jeví lákavé, příliš neuvažují. (Příkladem je aktuální vliv iluze o blahém životě v emigraci, které podlehlo značné množství Romů.)

Jejich myšlení je pragmatické, motivované zaměřením na bezprostřední užitek i prožitek. P. Klíma (1988) poukazuje na **dobrou schopnost řešit běžné praktické situace** související s uspokojením aktuálních potřeb vlastních či dalších členů romské rodiny. Cokoli je mimo rámec užitečnosti, je pro Roma hůře pochopitelné (dokonce i tehdy, jde-li o zdánlivě snadný úkol). Abstraktní, resp. logické, uvažování nemá na žádné úrovni velký osobní význam. Romové akceptují skutečnost takovou, jaká je, a nesnaží se ji změnit ani na úrovni uvažování. Nemají větší potřebu poznávat cokoli, z čeho není aktuální osobní zisk. V poznávacím stylu romských školáků se na druhé straně neprojevuje sklon ke stereotypu a rigiditě, typický pro sníženou mentální úroveň. **Nelze říci, že by Romové byli mentálně handicapováni, ale struktura jejich inteligence je jiná.** P. Hlubocký (1992) mluví o romsky *disperzně sníženém intelektu.* Rozvíjejí se ty složky, které jsou jim užitečné. Ukázalo se, že tito lidé mají jiné problémy a běžné životní situace chápou jinak, než je zvykem v majoritní společnosti. Mívají rovněž jiný přístup k úkolu a standardně nízkou výkonovou motivaci. Nabývají trpělivý a svědomití. I v oblasti autoregulace převažují emoce nad vůlí, převládá potřeba aktuální příjemnosti (bez ohledu na její další důsledky). Vědomí povinnosti jako určitá sociální norma se rozvíjí mnohem pomaleji, často nedostatečně. Na školním i profesním selhání se významně podílí nedostatečně rozvinutá vůle a sebeovládání.

Ve srovnání s normou majoritní společnosti se vyhraněné varianty romské osobnosti jeví jako abnormální (nejčastěji jsou považovány za psychopatii). Avšak ve skutečnosti o odchylku nejde, jeví se tak pouze tehdy, jestliže je posuzována v rámci běžných norem, protože pojetí osobnostní normy je sociokulturně podmíněné. Na druhé straně je pravda, že tyto osobnostní rysy zvyšují riziko konfliktů s majoritní společností právě proto, že se vymykají její normě. P. Hlubocký (1992) užívá pro označení takového typu osobnosti termín *romská etnopatie.* Považuje ji za výsledek interakce vrozených dispozic a specifického působení romské subkultury. Jejími základními znaky je nezdrženlivost, výbušnost, neschopnost dodržovat omezení, přecitlivělost, sklon k předvádivosti a demonstrativnosti, k akcentovaným emočním reakcím a tendence vymáhat si uspokojení. Příslušník menšiny se nedokáže chovat požadovaným způsobem, protože by mu to přinášelo omezení, na něž je zvýšeně citlivý. Zároveň není schopen zátěž řešit zralejším způsobem, takže reaguje infantilním nátlakem. Nenahlíží, že zdrojem problémů je jeho vlastní chování, a je přesvědčen, že za vlastní potíže mohou jiní, obyčejně gádžové. Jak připomíná P. Hlubocký, člověk s uvedenými vlastnostmi se neudrží v žádném zaměstnání, protože všechny „otravuje" do té míry, že jej nakonec propustí.

## Romové a vzdělání

Mnohé potíže, které Romové v soužití s majoritní společností mají, vyplývají z nižší úrovně jejich vzdělání. Nedostatky ve vzdělání však nelze jednoznačně vysvětlovat nižšími intelektovými předpoklady Romů, protože zde hraje roli





více faktorů. Jedním z nich je **postoj romské komunity ke vzdělání**. Škola má obecně smysl jako prostředek k dosažení budoucích výhod (např. lepšího profesního uplatnění, dosažení vyššího sociálního statusu apod.). Přijetí vzdělání jako hodnoty a žádoucího cíle vyžaduje plánování a úvahy o budoucnosti. Takový postoj však není pro romskou rodinu, soustředěnou na přítomnost, typický. Překážkou zlepšování vzdělanostní úrovně Romů je i skutečnost, že na úspěch individuálního romského dítěte, resp. jakýkoli člena romské rodiny, není kladen důraz. Na dítě není koncentrována veškerá pozornost a péče, protože je od samého počátku jedním z mnoha členů velké skupiny, kde je více dětí.

Ctižádost a motivovanost k výkonu je v majoritní společnosti důsledkem sebepojetí, vyplývajícího ze silně individualizovaného postoje a hodnocení rodičů, který zdůrazňuje význam výsledku jednotlivce, jeho prosazení mezi ostatními apod. Jestliže chybí důraz na individuální identitu, což je v romské rodině běžné, nemá ctižádost žádný smysl. Úspěch romského jedince má význam jen v tom, co přináší skupině a jak uspokojuje její potřeby.

Dalším faktorem, je obecná nemotivovanost Romů ke stanovení nějakého cíle a usilování o jeho dosažení (zejména tehdy, pokud by byl dlouhodobý a spojený s překážkami). Tento postoj pravděpodobně vyplývá z **tendence k neustálé změně**, kterou P. Klíma (1988) vysvětluje jako reziduum kočovného stylu života. Romské děti nemají pravidelný režim, chodí spát, kdy chtějí, a dělají si, co chtějí. Chybění potřebných návyků a nechuť ke stereotypizaci života je v rozporu s normami školy i zaměstnání. Pevný rytmus školy představuje pro romské dítě značnou zátěž. Projevuje se to nejenom neschopností pravidelné přípravy do školy, ale i pozdními příchody do školy či do zaměstnání, záškoláctvím, touláním, absencemi v práci apod. Poměrně volná, nedirektivní výchova, dostatek volného času a minimum povinností vede k tomu, že se romské děti nenaučí respektovat běžné normy majoritní společnosti a ve škole i později v zaměstnání se jejich chování může jevit jako poruchové. Z hlediska romské rodiny však může být zcela normální např. absence a toulání. V romském normativním systému není tlak na dodržování mnoha omezení, zatímco v majoritní splečnosti ano.

Jednou z příčin nižší vzdělanostní úrovně Romů je nedostatečná **znalost jazyka majoritní společnosti**. Romština, která patří mezi novoindické jazyky, je zcela odlišná od češtiny (Štěpán, 1984). Romské rodiny užívají zpravidla jedno ze čtyř romských nářečí, ale nejčastěji jde o nespisovnou češtinu či slovenštinu se značnou příměsí romštiny. Pro Romy je čeština cizí jazyk, pro který nemají dostatečný jazykový cit, potřebnou slovní zásobu a neznají dobře jeho gramatickou stavbu. Výuka v romském jazyce romskými učiteli je idea dobrá, ale zatím obtížně realizovatelná. Učitelé romštiny nejsou, resp. jich není dostatek. Na druhé straně dnes existuje mnoho romských rodin, kde se i doma mluví česky a kde znalost romštiny postupně upadá.

Dalším rozdílem, který není na první pohled zřejmý, je sociokulturně podmíněná diferenciace **smyslu i obsahu komunikace**. Děti jsou romskou rodinou méně stimulovány, aby se vyjadřovaly o různých věcech. Souvisí to s je-

jich celkovým postojem k životu, v němž převažuje prakticismus. V majoritní společnosti má jakékoliv oslovení svou závažnost, vyžaduje akceptaci sdělení, případně odpověď, z níž by bylo zřejmé, jak dotyčný člověk přijal příslušnou informaci. V romské rodině není třeba reagovat verbálně. Zcela nepochybný rozdíl je i v obsahu: v romské rodině je sdělení zpravidla konkrétně zaměřeno, jeho smysl a důsledek bývá okamžitě zřejmý. V kontaktu s majoritním etnikem tomu tak být nemusí, komunikace se může týkat něčeho abstraktního, co nemá aktuálně zřejmý význam.

Romská rodina může být formálně ochotna ke spolupráci se školou, většinou pod sociálním tlakem. Avšak obyčejně jde o pouhou proklamaci, která nemá praktické důsledky. V praxi to často vypadá tak, že by si romští rodiče sice přáli, aby dítě prospívalo, ale nejsou schopni ani ochotni je v tomto směru systematicky vést. Důvodem je mimo jiné vlastní zkušenost, odpovídající normě romské skupiny: skoro nikdo ve škole neprospíval, a tak ani jejich očekávání není příliš optimistické. Neúspěch je nejčastěji vysvětlován jako důsledek špatné práce a nepochopení gádžovského učitele.

- Příkladem je postoj jedné romské babičky, která doporučení, aby byl její neprospívající vnuk přeřazen do zvláštní školy, chápala jako rasovou diskriminaci. Se školou nespolupracovala, chlapec nejen neměl úkoly, ale často ani do školy nepřišel. Dobrý prospěch očekávala jako dar z nebes, jako výraz „spravedlnosti". Představa, že je nutné se o něj aktivně přičinit, jí byla zcela cizí.

### Vztahy s majoritní společností

V postoji Romů k majoritní společnosti převažují pocity **nejistoty**, nespravedlnosti a vědomé odmítání.

- Sami Romové to vyjadřují jednoznačně: „Masmédia o nás neukážou nic dobrýho, jenom to špatný. Ale jsou i slušný romský rodiny." Mladá Romka cítí jako nespravedlnost, že: „Všude na nás koukají, jako kdybysme byly zvíře ze zoologický zahrady. Tak jsme černý, nějaký bejt musíme . . . Já za to nemůžu, že jsem Romka." (Václavová, 1995)

Mnozí Romové se ve vztahu ke gádžovské společnosti cítí méněcennými a podceňovanými. Naučili se reagovat pasivitou, **syndromem naučené bezmocnosti,** v němž převažuje tendence vymáhat výhody a ohledy od gádžovské společnosti, která je nepřijímá jako rovnocenné.

Důsledkem jejich nízké sebedůvěry je to, že se přestávají spoléhat na vlastní schopnosti. Neřeší svoje problémy aktivně, jednak nevěří, že by to mělo smysl, a jednak si zvykli to nedělat. Pasivní očekávání se ukázalo jako dostatečně efektivní řešení. Gádžovská společnost je tu od toho, aby se o všechno postarala, naučená submise či lstivost slouží k tomu, aby Rom získal, co potřebuje. Proto mnozí Romové velice snadno slíbí, cokoliv se od nich vyžaduje, ale svoje sliby nedodrží. Rom se bude stylizovat a říkat to, o čem si myslí, že by gádžo





(úředník nebo jiný představitel majoritní společnosti) rád slyšel a co by mu přineslo užitek.

Mnozí Romové se v současné době cítí diskriminováni. Tento pocit je subjektivně reálný, a je lhostejné, že někdy není (ale v mnoha případech je) oprávněný. Nelze popírat reálné rasistické tendence, které se ve vztahu k romské komunitě projevují buď „měkkým rasismem slušných lidí", nebo extrémními aktivitami skinheadů vedoucími až k rasově motivovaným vraždám. Ovšem Romové nejsou vždycky dostatečně kritičtí, neuvědomují si, že jejich chování může být pro společnost obtěžující. Na druhé straně oprávněně odmítají generalizaci negativních postojů.

Postoje příslušníků majoritní společnosti k Romům se rozvíjejí již od dětství. B. Kundrátová (1995) zjistila, že postoje slovenských dětí k jejich romským spolužákům byly již ve 4. ročníku negativní. Romské děti byly odmítány a hodnoceny jako neúspěšné. Tento postoj se v průběhu školní docházky nezměnil. Nepříznivou skutečností ve vztahu k romské integraci zůstává, že neproblematické, tj. z obecného pohledu adaptované, romské děti nejsou přijatelné pro běžnou populaci, protože jsou Romové, a zároveň nejsou dobře hodnoceny ani romskými vrstevníky, protože se chovají odlišně, než je v romském etniku běžné. Integrace, která jedince dostává do izolace, není subjektivně přijatelná, a protože je snazší být akceptován romským etnikem, většina dospívajících se o žádnou změnu nebude pokoušet.

Závěrem lze říci, že každý člověk má stejná práva a nesmí být z důvodu jakékoliv odlišnosti nijak diskriminován. Ale zároveň platí i to, že každý člověk má povinnosti, opět stejné, bez ohledu na svou etnickou či sociokulturní odlišnost.

## 24.2 Působení sekt a psychická manipulace

Náboženské sekty pronikly do české společnosti ve větší míře až po změně společenského systému v 90. letech. Přicházely s mnoha dalšími skupinami a vyvolávaly většinou nejistotu, případně odpor. Lidé nevěděli, co od nich mohou očekávat, vesměs však měli strach z nové totality, z náboženských organizací, které by ovládaly společnost a rozšířily se natolik, že by se staly určující politickou silou. Někdy se přímo mluví o obavách z organizované religiozity, která by ovládla společnost.

Několik málo náboženských skupin, které v České republice existovaly dříve, např. Svědkové Jehovovi, představovalo jakousi variantu duchovního disidentství. Byly pro režim stejně nežádoucí jako jiné nekonformní skupiny (a do jisté míry stejně infiltrované a kontrolované). Jakmile se člověk stal členem, bylo jeho vyřazení z majoritní masy důslednější, než kdyby byl manipulován jen samotnou sektou. Snad právě proto tehdy ze sekty neodcházelo tolik členů jako nyní, kdy se stali registrovanou náboženskou společností.

### 24.2.1 Náboženství a sekta

Sklon k náboženskosti, resp. potřeba přesahu vlastní existence a platnosti vyššího řádu, je jednou z vrozených dispozic člověka. S tímto názorem souhlasí psychologové, sociologové, antropologové i sociobiologové. V psychologické oblasti zdůraznil nepřevoditelnost náboženství na jiné psychické zkušenosti zejména C. G. Jung, který rovněž upozornil na negativní důsledky deprivace této potřeby (Štampach, 1998). Podle P. Remeše (1996) jde o projev *„tendence k prožitkům posvátna a neempirickému zakotvení lidského myšlení"*. Znamená přijetí skutečnosti, že lidský život je určován a regulován něčím, co nás přesahuje a není přístupno běžnému poznání. **Existenciální motivy** nabývají na významu v adolescenci i v dalších obdobích vývojových proměn, např. ve fázi krize středního věku nebo ve stáří. Jsou to nejčastěji:

a) potřeba smyslu života,

b) potřeba absolutně platných morálních pravidel,

c) potřeba přesahu vlastního života.

Náboženská víra bývá zpravidla vyjádřena příslušností k určitému společenství, konfesi. V této podobě poskytuje náboženství jedinci nejenom duchovní hodnoty, ale i **příslušnost ke skupině**, která slouží jako opora jeho identity. Společenství umožňuje vyjádřit svůj vztah k transcendentnu formou obřadu, **rituálu**, a umožňuje tak jedinci získat specifické **zkušenosti** a **prožitky**.

K víře vedou člověka i existenciální motivy, které nabývají na významu v adolescenci, eventuálně ve fázích větších vývojových proměn, např. v období středu života nebo ve stáří. Nejčastěji je to potřeba smyslu života, potřeba absolutně platných morálních pravidel a potřeba přesahu vlastního života.

**Náboženské sekty** lze definovat z různých hledisek:

- Z teologického pohledu je **učení sekty** jen vytrženou částí konkrétního náboženského učení, vyděleného z kontextu, která je absolutizována a interpretována, někdy v modifikované podobě, jako samostatná věrouka.
- Z hlediska sociologie a kulturní antropologie jsou sekty **zaměřeny proti majoritní kultuře**, společnosti a státu, odmítají tyto sociální instituce popř. jsou k ní lhostejné; církve naproti tomu jsou kulturotvorné, usilují o spolupráci se stávající společností a státem, vedou své členy k respektování institucí.
- Z pohledu sociální psychologie jde **o totalitním způsobem organizované skupiny s pevnou ideologií**.

#### Charakteristika a typologie sekt

Různí autoři (Hassan, 1993; Remeš, 1996; Portefieldová, 1997) se shodují na základních znacích sektářské skupiny:





Skupina má **vůdce**, který má absolutní autoritu jak mocenskou, tak znaleckou. Jeho rozhodnutí jsou bezvýhradně akceptována jako správná a jeho podřízení se podle nich musí za jakýchkoliv okolností řídit. Vůdce je skupinou idealizován a jeho jednání nepodléhá žádné kontrole. On sám je přesvědčen o své výjimečnosti, neomylnosti, nadlidské moudrosti a o své vyvolenosti (považuje se za proroka, boha apod.).

Skupina je striktně **hierarchicky organizována** a podřízena normám, které vyplývají z jejího učení a jsou neměnné. Učení sekty bývá považováno za jediné pravdivé, typickým rysem je netolerantnost vůči jiným názorům. Tato pravidla významným způsobem omezují základní lidská práva svých členů. Aby se extrémní struktura i funkce skupiny uchovaly, bývá sekta sociálně izolována a zároveň manipulována ke strachu z okolního světa. Kontakty jejích členů s kýmkoli mimo tuto skupinu bývají zakazovány nebo přísně vymezeny a kontrolovány.

S. Hassan (1993) rozlišuje sekty podle jejich hlavního zaměření na náboženské, politické, psychoterapeuticko-výchovné a komerční. Takové členění je jasné a srozumitelné, ale mnohé ze sekt, ačkoli jsou primárně náboženské, zahrnují i všechny ostatní složky (typickým příkladem jsou Církev sjednocení nebo Scientologická církev).

P. Remeš (1997) užívá **religionistického kritéria** a rozlišuje tři základní skupiny:

1. **Sekty s křesťanským zaměřením.**

   Z náboženských skupin známých u nás (Remeš, 1996) patří do této kategorie např.:

   - **Mormoni,** Církev Ježíše Krista svatých posledních dnů, má v Čechách asi 2000 členů.
   - **Svědkové Jehovovi,** známí svým odmítáním krevní transfuze a vojenské služby (i náhradní). Mají nyní asi 17 000 členů. K povinnostem Svědků Jehovových patří činnost průkopníků, tzn. získávání nových členů pro svou víru, s nímž mnoho lidí učinilo vlastní zkušenost. Obě tyto sekty vznikly v minulém století v USA, ale rozšířily se po celém světě.
   - **Moonova církev sjednocení** je u nás relativně nová, členství v ní je spojeno s požadavkem sňatku s vybraným moonistou (často se objevují snímky z hromadných svatebních obřadů jejích členů). K propagaci svého učení sekta využívá známých osobností, médií a sítě přidružených organizací, často kryjících se ekologickými a sociálními cíli. V Čechách má asi tisíc členů.

2. **Sekty vycházející z východních duchovních tradic.**

   Známým příkladem je sekta *Hare Krišna,* založená v roce 1966 v USA jako hinduistická misie. Hlásá nenásilí, askezi, vnější i vnitřní očistu, celibát a odpor k západní kultuře. Problémem ovšem zůstává např. jejich tendence oddělovat děti od rodičů, neposílat je do školy apod. Bývají nápadní svou úpravou zevnějšku.

3. **Sekty s okultním základem.**

- Do této kategorie patří *satanismus*, který se v naší republice objevil sice sporadicky, ale zato v souvislosti s různými více či méně závažnými trestnými činy. Je lákavý nejenom pro nekonformní mládež, ale hlavně pro sadistické psychopaty. K satanismu patří oběti, časté bývá spojení sexu a utrpení (Novotný, 1992). Sekta může být nebezpečná zneužíváním a týráním dětí.
- *Scientologická církev* je typická tendencí pronikat do politických a hospodářských struktur. Ve značné míře manipuluje rozumovou složku, nabízí např. možnost najít skryté rezervy psychických schopností apod. Při prvním kontaktu se projevuje velmi nenápadně, nabízí např. vyšetření inteligence a rady, jak ji využívat. Nebývá odpudivě vtíravá jako jiné skupiny, o to je nebezpečnější.

Zcela specifický duchovní proud představuje hnutí *New Age*, které je velmi mnohotvaré a v řadě svých projevů nemá typické znaky sekt, naopak je velmi otevřené až difuzní. Volně spojuje některé duchovní prvky východních náboženství a západních mystických učení. Rizikem může být např. vstřícné stanovisko k experimentům s psychotropními látkami či přesvědčení o možnosti rozšířit psychický potenciál člověka (stane-li se příslušníkem hnutí).

Náboženských skupin u nás působí v současné době značné množství, což ztěžuje orientaci a rozlišování. V důsledku toho lidé buď odmítají prakticky všechny náboženské skupiny, nebo naopak mají dojem, že všechny představují stejně dobrý způsob kultivace duchovního života. Mezi církvemi, denominačními skupinami, sektami a tzv. *kulty* (za něž se považují malé, relativně mladé a dosud neformální a nediferencované náboženské skupiny) jsou skutečně neostré hranice, jež skupiny v průběhu svého vývoje překračují oběma směry. Mnoho velkých církví vyrostlo z typických sekt. V jejich rámci opět sektářské skupiny vznikají, koexistují nebo se oddělují a působí samostatně. Proto je třeba většinu dále uváděných informací považovat za zobecnění, které bude v jednotlivých případech platit jen do určité míry.

## 24.2.2 Motivace ke vstupu do sekty

Postoj k náboženským sektám je v naší společnosti převážně negativní. Lidé se domnívají, že je jejich vliv škodlivý a že by se měly zakázat. Myslí si, že je zde k dispozici dostatečný počet tradičních církví, které mohou duchovní potřeby uspokojit. Motivace ke vstupu do sekty se jeví nepochopitelná. Mladým lidem, kteří hledají svou duchovní identitu, se však rozdíly mezi sektami a standardními církvemi nejeví významné, případně jim u velkých církví naopak vadí častá formálnost členství nebo obřadů, zatíženost kontroverzní minulostí. Dospívající jsou ochotni akceptovat cokoli nové, co je patřičným způsobem osloví. Nejsou ještě natolik zkušení, aby si uvědomovali negativní signály (např. požadavek omezení soukromí, kontaktů s rodinou a přáteli, nárok na absolutní oddanost apod.), případně se jim to vše zdá malicherné v souvislosti s velkým ideálem, obsaženým v učení sekty. Motivace ke vstupu do nějaké náboženské sekty může být různá.





### Transcendentní zakotvení života

Hledání, resp. **ochota přijmout učení, které není omezeno jen na současnost a materiální hodnoty**. Člen sekty Hare Krišna říká: *„Materiální svět se mi moc nelíbil, neviděl jsem v něm moc smyslu života."* (Slavík, 1995) Základem je potřeba přesahu přítomnosti, získání něčeho trvalého, jistého a nezpochybnitelného aktuálními výkyvy, co by mohlo sloužit jako životní opora. Transcendentní smysl života je obsažen i v učení tradičních církví, ale ty často postrádají misijní zápal nebo přitažlivost pro mladé lidi. Jsou součástí *establishmentu*, historická zkušenost je odnaučila slibovat snadná řešení a blízkou spásu. Neposílají do ulic své agitátory, a tak potenciální zájemce osloví spíše příslušníci sekty.

### Potřeba jistoty a řádu

Zvýšená **potřeba jistoty** je rovněž reakcí na nezvládnutí vlastní svobody, která se jeví jako ohrožující. (Je lhostejné, zda jde o adolescenta, hledajícího svou identitu, nebo dospělého člověka, jenž se nedokáže vyrovnat s aktuální společenskou proměnou.) Jde o **potřebu řádu**, který by platil vždycky, za každých okolností. Řád poskytuje jistotu. Umožňuje rozlišovat, co je žádoucí a co nežádoucí. Náboženské sekty tuto potřebu uspokojují svým „věčně platným a nezpochybnitelným" učením, obsahujícím velice striktní pravidla a poskytujícím jednoznačnou jistotu – i když mnohdy na úkor uspokojení mnoha dalších potřeb (Hassan, 1993).

□ Bývalá členka Moonovy církve měla, jak je zřejmé z jejího sdělení, podobný motiv: *„Dneska, kdy nic není jistý a kdy nic není pravda, tak oni vám nabízejí určitou jistotu; je to Bůh, ten je jistota, která nepomíjí. Dál vám dávají naději. Tenhle svět moc nadějí nevzbuzuje. Já mám pocit – a ten má určitě i většina lidí, že se opravdu řítí do nějaký katastrofy, všechno se bortí. . . "* (Slavík, 1995)

### Potřeba autority

Někdy jde o **potřebu autority**, která by rozhodoval, a tím přejímal zodpovědnost za veškeré jednání svých podřízených. Není třeba být samostatný a nést tíhu osobní odpovědnosti. Určitá část lidí ve společnosti o svobodu spojenou se zodpovědností a jejími důsledky nestojí. U adolescentů jde rovněž o hledání vlastní identity a její přechodné, skupinové varianty. Členství v sektě je jednou z nich. Únik od autority rodičů k ještě striktnější autoritě vůdce sekty je jen zdánlivě paradoxní. Znamená jen to, že dospívající se snaží osamostatnit, ale zatím není schopen naprosté nezávislosti. Bezvýhradná poslušnost, kterou vůdce sekty vyžaduje, naprosté respektování norem a požadavků skupiny jsou odměněny **skupinovou identitou**, která je považována za privilegium. Uspokojení, jež může po určitou dobu plynout z omezování vlastních potřeb,

odpovídá adolescentní tendenci k askezi, jak ji charakterizovala Anna Freudová (1946).

### Emoční přijetí, pocit nadřazenosti

Většina sekt, alespoň na počátku, uspokojuje **potřebu potvrzení vlastní významnosti a emočního přijetí**. Vztahy ve skupině se jeví na první pohled až nereálně pozitivní (*„křišťálové"*, říká bývalá členka jedné sekty). Skupina nabízí lásku, bezvýhradné přijetí a potvrzení osobní hodnoty. Tato metoda se nazývá *„bombardování láskou"* (Hassan, 1993; Porterfieldová, 1997), zahlcuje nově příchozího pozitivními informacemi: *„Jsi skvělý, hodnotný, krásný a chytrý člověk."* Členové sekty působí v prvním kontaktu slušným a umírněným dojmem. Jsou přátelští, projevují zájem a pochopení, dovedou naslouchat a chovají se tak, jako by za to nikdy nic nechtěli.

Učení sekty je prezentováno jako jediné správné, vyvolené a předurčené k výjimečnému osudu. Tím dává svým členům **pocit většího osobního významu**, než jaký by byl dostupný v běžných společenstvích. (Iluze nadřazenosti jim umožňuje snášet strádání a zároveň je izoluje od lidí, kteří vyvolenými nejsou.) Bývalá členka sekty říká: *„Svědkové Jehovovi přicházejí a nabízejí lidem přátelství, možnost někam patřit, nabízejí jim takovou ochrannou náruč..."* (Slavík, 1995)

### Protest nebo únik ze světa

Fakt, že jsou sekty společensky odmítány a že se o nich mluví jako o něčem škodlivém a nežádoucím, paradoxně zvyšuje jejich přitažlivost zejména u mládeže. Členství v zakázané organizaci je **vyjádřením nonkonformity, protestu,** odmítnutím establishmentu. Nepřitahuje učení sekty, ale fakt, že je nežádoucí.

Členství v sektě je **reakcí na životní zátěže**, frustrace a stresy. Nabízí řešení, které mění dosavadní postoje, a tím přehodnocuje situaci. Je únikem od problémů. Nabízí novou alternativu, jež se zdá být lákavější. *„Blaho na zemi, řešení pro tento svět, vědomí, že se dá od tohoto světa oprostit jinak, než jak to dělají sebevrazi."* (Slavík, 1995)

Řadu těchto znaků opět najdeme u dalších skupin, náboženských, parareligiozních, politických aj. Za patologické budeme považovat ty, které mají na osobnost a sociální vztahy svých členů destruktivní vliv.

## 24.2.3 Vznik závislosti na sektě

První kontakt s členy sekty vzbudí zájem, pokud se kontaktovanému člověku zdá, že se mu nabízí možnost uspokojení jeho potřeb. V opačném případě kontakt nepokračuje, oslovený často nabídku odmítá. Existují však životní situace





a osobní dispozice spojené s určitými potřebami, kdy nabídka členství v náboženský zaměřeném společenství může být přitažlivá. Může jít o osobní problémy, pocity nejistoty, méněcennosti, vztahové potíže, neúspěchy, hledání přijatelného smyslu života apod. Kontakt se členy sekty působí silněji než jakákoli jiná forma seznámení s učením sekty (např. prostřednictvím publikací).

„Misionáři" působí při prvních setkáních velice upřímně, zdají se šťastní a vyrovnaní, a tak jsou přijímáni nejen jako přátelé, ale i jako objekty identifikace – spolu s nimi je snadno akceptováno i jejich učení. Oslovený člověk by se rád stal stejně silným, jako jsou oni (resp. jakými se mu zdají být). Chování členů sekty ji prezentuje pozitivním způsobem, ať už nabízejí lásku, spravedlnost nebo pravdu.

Po prvním kontaktu začíná proces systematického zpracovávání potenciálních členů, který lze definovat jako psychickou manipulaci (Hassan, 1993; Porterfieldová, 1997).

### Psychická manipulace

Z hlediska sociální psychologie je **psychická manipulace** působení na kognitivní, emotivní a konativní aspekty lidské psychiky, které postupně vede k proměně osobnosti manipulovaného jedince (a tím i ke změně jeho prožívání, uvažování a chování).

Pokud jsou manipulátoři považováni za přátele, člověk se jim nebrání, protože věří v jejich dobrý úmysl. Riziko vlastní proměny si obvykle nepřipustí, myslí si, že bude schopen situaci kontrolovat, a pokud by mu členství v sektě začalo vadit, prostě ji opustí. Podléhá názorovému stereotypu, že jeho rozum je schopen jej před nebezpečnými vlivy ochránit. Nezkušenost s formami psychické manipulace vede k přesvědčení o vlastní neovlivnitelnosti a nezranitelnosti. Je to stejně naivní jako úvahy začínajícího narkomana.

Proces manipulace probíhá určitou dobu a má několik fází, které lze charakterizovat jako mezníky proměny osobnosti (podle Hassana, 1993; Porterfieldové, 1997).

### Fáze lákání

Počáteční nabídka uspokojení potřeb a bezvýhradného přijetí má stimulovat člověka k tomu, aby se stal členem sekty. V tomto období má adept pocit ohromného zisku, je přesvědčen, že nalezl smysl svého dalšího života, získal výborné přátele a vyřešil svoje problémy. Jakmile do sekty vstoupí, začíná se situace měnit.

### Počáteční tlak a adaptace na život v sektě

Člen skupiny už nezískává uspokojení zcela zadarmo. Je pozitivně hodnocen a akceptován, jen když plní všechny požadavky. Jinak je kárán a deptán. Vy-

žaduje se především bezvýhradné přijetí učení sekty a osobnosti vůdce. S věroukou sekty jsou noví členové pravidelně a systematicky seznamováni. A aby byla manipulace účinnější, je třeba člověka dezorientovat, zbavit jej navyklých způsobů prožívání, uvažování a jednání. K tomu přispívá neznámé prostředí, narušení životního stereotypu, nedostatek spánku, změna jídla, případně hladovění. Veškerý čas je organizován a téměř všechny aktivity se konají společně, ve skupině. (Stejné techniky ostatně užívá řada sociálních institucí – podobně funguje v armádě „přijímač" s izolací v kasárnách, intenzivním drilem, zbavením identity pomocí stejnokroje aj.) Nový člen nemá dostatek soukromí, aby si mohl všechno promyslet. Je zahlcován nadměrným množstvím podnětů, které nelze zpracovat a jimž se obyčejně brání tak, že o nich přestává uvažovat. Tím se stává ovlivnitelnější a snáze přijímá cokoli, co je alespoň trochu srozumitelné. (Tento způsob manipulace bývá aplikován ještě před vstupem do sekty jako metody přesvědčování.)

Kontakt se světem („zkaženým a odsouzeným k záhubě") je omezován či zakazován, a tak se jediným informačním zdrojem stává učení sekty. Nepovažuje se za vhodný styk s přáteli, s rodinou, četba novin, sledování televize apod. Pokud nový člen o něčem pochybuje, je mu problém interpretován jako důsledek jeho neschopnosti pochopit učení sekty, nedostatku pokory. Jestliže něco nefunguje, jak by mělo, je to jeho vina, protože nemá dost víry. Je tedy třeba, aby se polepšil a zasloužil si být znovu pozitivně hodnocen. V této fázi jsou využívány i potíže a problémy, s nimiž se nový člen někomu ze sekty svěřil. Jsou prezentovány jako důkaz potřeby jeho nápravy.

Skupina má na nového člena značný vliv. Příslušníci sekty bývají k působení na člověka speciálně vyškoleni, a navíc jsou jediní, s kým se člověk aktuálně stýká.

- S. Hassan (1993, s. 45) popisuje svoje zkušenosti s Moonovou církví sjednocení: Během prvních tří měsíců členství jsem se naučil konat úvodní přednášku o božském principu. Tou dobou jsem získal dvě další osoby, které se staly mými „duchovními dětmi". Bylo mi doporučeno, abych přestal studovat, opustil zaměstnání a přestěhoval se do střediska. Dal jsem se nakrátko ostříhat a začal jsem nosit oblek a kravatu. Na přání staršího člena jsem splnil čtyřicetidenní „podmínku" – jakousi sebeobět a pokání: vzdal jsem se na čtyřicet dnů přátel a rodiny – nenavštěvoval jsem je ani jsem s nimi nijak nekomunikoval. Svůj bankovní účet jsem věnoval středisku a byl bych mu dal i vůz, kdyby nepatřil rodičům... Byl jsem požádán, abych obětoval svého „lzáka", tímto výrazem moonisté označovali něco, co je člověku velmi drahé. V mém případě to byla poezie. Vyhodil jsem všecko, co jsem napsal – nějakých čtyři sta básní.

Mnohé sekty u svých členů systematicky posilují **strach** z okolního světa a z toho vyplývající **pocit ohrožení**. Svět je prezentován jako zlý a nebezpečný. Cílem takové manipulace je, aby se člověk bál ze sekty odejít. Strach omezuje jeho svobodu a udržuje jej v závislosti na sektě.





- David Koresh, vůdce americké sekty davidiánů, který sám sebe nazýval Kristem, hlásal, že se jeho stoupenci musí připravit na velikou bitvu s nevěřícími. Členové museli sledovat válečné filmy a účastnit se vojenského výcviku; byli drženi většinou o hladu, aby byli připraveni na případný hladomor. Nemohli si kupovat jídlo, neboť odevzdali všechny peníze vůdci ve chvíli, kdy se rozhodli ke skupině připojit. Trávili dny v izolaci a čas věnovali usilovné práci. Po práci studovali až do pozdních nočních hodin bibli. I sledování televizních programů bylo zakázáno. (Porterfieldová, 1997)

Pod vlivem rozhodnutí stát se členem sekty, v rámci potřeby integrity a kontinuity vlastní osobnosti, interpretuje člověk svůj dosavadní život jinak než dřív, ve shodě s nynějším zaměřením. Často jej hodnotí jako pouhou přípravu, získávání zkušeností a zážitků, které nakonec vyústily v rozhodnutí přijmout učení sekty. (Pokud ze sekty odejde, musí prodělat podobnou proměnu hodnocení znovu.)

- Vypovídají o tom sdělení členů různých sekt: „Myslím si, že každej, kdo žije v takový sektě, tak se cejtí svobodnej, zdá se mu, že má pravdu a ta pravda ho osvobodila." „A ta nejvyšší spokojenost pramení z toho, že člověk nemusí mít tu úzkost. A ta původní úzkost je v každým, je v iluzi, že je konečnej, že musí umřít." (Slavík, 1995)

### Fáze závislosti na sektě

Dosažení této fáze definuje S. Hassan (1993) jako období, kdy **jedinec přijal názor sekty za vlastní**. Je přesvědčen, že učení sekty je jediná pravda, nadřazená dřívějším hodnotám a vztahům; názory ostatních lidí nejsou, a ani nemohou být považovány za správné. Sektě je člověk ve všem podřízený, ale vůči jiným lidem se chová nadřazeně. Izolací od běžného prostředí a působením v sektě se změnil, stal se jinou osobností, než byl předtím. Základním znakem nové identity je závislost na sektě, konformita k jejím požadavkům a normám a **nekritičnost** k jejímu učení. Závislý člověk přijímá **skupinovou identitu**, která jej anonymizuje a stírá jeho individuálně specifické rysy. (Podobně působily i jiné totalitní ideologie, nacismus nebo komunismus. V 50. letech si mnozí odsouzení komunisté byli jisti, že strana se nemohla zmýlit.)

Individualita není důležitá, naopak je nežádoucí, člověk nemá o ničem samostatně uvažovat, má všechno posuzovat a prožívat v souladu s učením sekty. Pokud tak nečiní, stane se objektem nátlaku.

Důležitým psychickým mechanismem, který konformitu k sektě podporuje, je tendence manipulovaných lidí zdůvodnit si své postoje a jednání vždy tak, aby neztratili sebeúctu. Racionalizace pomáhá uchovat si iluzi svobody a správnosti myšlení i rozhodování, přestože ve skutečnosti mu byly tyto názory imputovány působením jiných lidí. (O zmíněném mechanismu se hojně psalo v souvislosti s manipulací politických vězňů apod.) Důsledkem manipulace je ztráta samostatnosti uvažování. Zcela obecně platí, že lidé, kterým veškerou jejich aktivitu určuje někdo jiný, obvykle po určité době ztrácejí schopnost roz-

hodovat se sami i o bezvýznamných věcech. Zvykli si být podřízeni autoritě, a tak se stali závislými a bezmocnými.

□ Mladý člen sekty Hare Krišna sdílí tento názor, jak je zřejmé z jeho sdělení: „A tak jenom pouze to, že následujete, co si přeje duchovní učitel, může splnit vaše touhy. Protože duchovní učitel je zástupce nejvyššího božství Krišny... Duchovní učitel rozdává poznání a má takovou sílu, že může přivést svého žáka zpátky k bohu." (Slavík, 1995)

Mnohé sekty vyžadují od svých členů, aby pro ni získávali nové stoupence. S. Hassan (1993) upozorňuje na fakt, že člověk se s určitými názory ztotožňuje snáze, když je musí formulovat tak, aby o nich přesvědčil někoho jiného. Členové sekty jsou hodnoceni podle toho, kolik nových adeptů získají. Patří to k jejich povinnostem (u Svědků Jehovových). Pokud se jim to nedaří, bývají odsuzováni a trestáni.

□ O. Novotný (1995, s. 46), který byl členem této církve, se vyjadřuje kriticky: „Čím jsou Svědkové tak známi, jejich nadšená kazatelská práce, není ovocem lásky k Bohu a k lidem, ale převážně výsledkem tlaku a strachu. Překvapilo mě, kolik lidí kolem mne prožívá depresi a tísnivé pocity zavržení, protože nedělají to, co se od nich požaduje, nebo to nedělají v dostatečné míře."

### 24.2.4 Techniky psychické manipulace

Psychická manipulace, jíž jsou vystaveni členové náboženských sekt, může být zaměřena na různé složky osobnosti. Podstatné je, že pokud dochází k ovlivnění jedné z nich, vede potřeba integrity osobnosti postupně ke změnám i v oblastech, které nebyly manipulovány nebo nebyly ovlivněny v takové míře. Potřeba osobnostní integrity může být impulzem, jenž přispívá k její proměně. Například nesoulad mezi emočním prožíváním a racionální úvahou je nepříjemný, bývá prožíván jako vnitřní konflikt, který je třeba řešit. Řešení může spočívat pouze v potlačení jedné složky psychiky, v jejím zkreslení a přizpůsobení druhé, která se stane dominantní. Manipulace sice působí primárně tam, kde je člověk nejcitlivější, ale postupně může ovlivnit celou osobnost (Festinger, 1956; Hassan, 1993).

#### Kontrola vnějšího chování

Sekta svým členům předepisuje, jak se mají chovat, co mohou či musí dělat, jak se mají oblékat, co smějí jíst a kdy mohou spát, jak mají komunikovat s lidmi. Všechno bývá standardizováno, všichni se mají chovat stejně, jakýkoliv individualismus a možnost svobodné volby jsou zavrhovány. Žádný způsob chování není za těchto okolností neutrální: buď je žádoucí, a je odměňován, nebo je nežádoucí, a proto je trestán. Každá sekta má navíc své specifické **rituály**, které vazbu na skupinu posilují, protože ji odlišují od okolí.





Předepsané aktivity naplňují členům veškerý čas. Tak je jedinec manipulován, aby nevybočoval z role a zafixoval si, co sekta považuje za žádoucí, postupně si na nový způsob života zvykl a přijal jej za svůj. Má pak pocit, že si jej zvolil dobrovolně. Kdo jej neakceptuje, musí ze skupiny odejít.

#### Manipulace myšlení

Ideologie sekty je prezentována jako jediná pravda, s níž nelze polemizovat. Všechny názory, které by se od ní odlišovaly, jsou prezentovány jako špatné a zavrženíhodné. Vše je předem dáno a jakékoli další úvahy jsou projevem nedostatečné víry, a tudíž důvodem k trestu (odmítání, ponížení, výsměchu apod.). Pokud chce řadový člen zůstat ve skupině, nemůže dělat nic jiného než přejímat její výklad reality, i kdyby byl sebevíc nesmyslný. Aby to vůbec zvládl, musí si změnu svého postoje zracionalizovat a úvahy, které by s učením sekty nebyly v souladu, raději potlačit. Je to jednodušší než odchod, jehož se bojí. Manipulaci usnadňuje informační izolace. Obranné mechanismy, které udržují psychickou rovnováhu, fungují tak, že člen sekty nechce žádné pochybnosti či odlišné názory ani slyšet, natož pak o nich uvažovat. Pokud by tak činil, cítil by se provinile a snažil by se „špatné myšlenky" odčinit. *„Rozum nepoznává, ale pouze obhajuje."* (Remeš, 1995) Proto je člověk schopen, zdánlivě zcela nelogicky, hlásat různá protichůdná tvrzení podle toho, jaké jsou aktuální pokyny vedení sekty. Člověk postupně **ztrácí schopnost samostatně uvažovat**. Tlak na dodržování přísných pravidel, vynucená poslušnost autority a sociální izolace jej zbavily schopnosti kriticky myslet a diferencovaně přistupovat k informacím. Existuje opět analogie s působením totalitních režimů. Strach z informačního chaosu, z potíží v základní orientaci, nakonec vede k odmítnutí svobody a preferenci zdánlivé jistoty a bezpečí.

Psychickou manipulací je i neustálé rituální opakování doktríny sekty, protože oslabuje pozornost a eliminuje racionální kontrolu. Praktiky náboženských rituálů, např. monotónní projev, rytmický pohyb nebo vytleskávání, dupání nebo bubnování, blikání světla apod., mohou vést až ke změnám stavu vědomí, k transu, který patří mezi disociační poruchy. V sektě Hare Krišna je to např. opakované rituální zpívání manter (*džapování*). V tomto stavu není významná kvalita informací, jako spíše zahlcení vědomí stereotypními podněty a emotivní způsob jejich zpracování.

P. Smolík (1996) definuje stav transu jako dočasné narušení stavu vědomí, kdy jedinec ztrácí obvyklý pocit osobní identity, jeho vnímání a uvědomování okolí je selektivně zaměřené a zúžené, jeho projevy chování jsou rovněž omezené. Za těchto okolností může mít pocit, že do něho vstoupila zvláštní síla, bůh apod.

S. Hassan (1993) upozorňuje na specifické **změny v užívání jazyka**, které jsou součástí manipulace. Jde opět o další ze symbolických hranic mezi sektou a majoritní společností (patří sem např. způsob oslovení, užívání specifických pojmů, šroubovaných vět, naučených frází apod.)

### Manipulace emocí

Učení sekty apeluje více na city než na rozum, byť komplex těchto faktorů nakonec ovlivní i kognitivní procesy. Pocity viny a strachu působí proti jakýmkoli rouhačským úvahám. Člen sekty se snaží chovat tak, jak se v rámci učení očekává, jinak pociťuje vinu a obavy ze zavržení. K tomu přispívá i ztráta původních vazeb, kontaktu s jinak uvažujícími lidmi a jejich podpora. Tendenci chovat se podle požadavků sekty podporuje strach z vnějšího světa, který je prezentován jako zlý a nebezpečný, a který může mít až charakter fobie.

Ovlivnitelnost a závislost na vlivu vůdce sekty je tak silná, že členové některých sekt provozují např. rituální prostituci nebo páchají násilné činy, bojují proti „zlu světa", zabíjejí lidi (vypuštění jedovatého plynu sarinu v tokijském metru sektou Óm šinrikjó v roce 1995). Zvláštností nejsou ani hromadné sebevraždy.

> Hromadnou sebevraždu spáchali v roce 1997 v USA příslušníci sekty „Nebeská brána" proto, že věřili v přechod do jiné, mimozemské civilizace: „Nastal čas pro příjezd vesmírného korábu z úrovně nad člověkem, který nás odveze domů, do jejich světa. Dvaadvacet let našeho školení zde na planetě Zemi se konečně chýlí k závěru – ke zkoušce z lidské evoluční úrovně. Jsme šťastni a připraveni opustit tento svět a odejít." (LN, 4. 4. 1997)

### Důsledky pro osobnost a sociální vztahy

Uvedený způsob uvažování a prožívání členů sekty souvisí s **proměnou vlastní identity**. Převládly složky osobnosti, které souvisejí s příslušností k sektě – oddanost a loajalita, preference skupinových zájmů před vlastními potřebami. Dochází k anonymizaci jednotlivých členů, k vytvoření jakýchsi modálních bytostí, které jsou si vzájemně značně podobné. Proměnu identity posilují i vnější znaky, např. změna jména, úpravy zevnějšku, stejného pro všechny členy sekty apod. Členství v náboženské sektě omezuje kvantitu i kvalitu **mezilidských vztahů**. Vůdce sekty buď přímo určuje, s kým se členové mají stýkat (např. přidělení manželského partnera členům Moonovy sekty), nebo je v tomto směru alespoň zásadním způsobem ovlivňuje. Vztahy uvnitř sekty bývají obvykle povrchní, spojuje je především společná víra. Hlubší vazby nejsou považovány za žádoucí, prioritní je vztah ke skupině. Mimo ni se vazby vytvářet nemohou, jsou zakázány. Člen sekty by z nich měl strach, protože od nevěřícího nemůže přijít nic dobrého. Odlišnost názorů, zájmů a stylu života znemožní rozvinout jakýkoli hlubší vztah s lidmi, kteří nejsou členy sekty.

## 24.2.5 Reakce rodiny a přátel

Česká společnost nemá s lidmi závislými na náboženské sektě mnoho zkušeností. Proto reakce na členství někoho z blízkých v podobné skupině bývá především emotivní, spojená s pocity viny a hanby. Pod vlivem emocí se rodinní příslušníci nebo přátelé často chovají nevhodně. Rodina se cítí bezmocná,





a proto se za každou cenu snaží člena sekty přesvědčit o nesmyslnosti jeho rozhodnutí. Činí tak většinou nevhodným, konfrontačním způsobem: agresivně, vyčítáním a vydíráním, což je neúčinné, nebo dokonce blokuje možnost uspokojivého řešení situace.

Vlastní názor na učení sekty vyjádřit lze, ale není vhodné člověka, který mu věří, ponižovat a zavrhovat jen z důvodu, že učení sekty přijal. Sekta své členy připravuje na zlobu okolního světa, a tak by jej odmítnutí blízkými lidmi jen utvrdilo v tomto přesvědčení. Není vhodné odmítat informace o sektě, je naopak dobré se o ní dozvědět co nejvíce. Vyjádří-li příbuzní hanlivé hodnocení, zbaví se možnosti získat důležité informace, protože ve značné míře omezí důvěru člověka, který je jejím členem. Když se rodině či přátelům podaří zachovat kontakt, může závislého člověka více ovlivňovat a nakonec ho přimět k odchodu ze sekty.

Pokud se někdo z rodiny stane členem sekty, lze mu účinně pomoci zdůrazněním trvalosti vztahu k rodině, kam může kdykoli přijít a bude zde vítán. Mnozí členové sekt by rádi odešli, pokud by ovšem měli kam. Přerušení všech kontaktů s okolním světem je v závislosti na sektě spíše udržuje. V případě nejistoty je nejlépe obrátit se s žádostí o pomoc a radu na některou z linek důvěry nebo krizových center.

## 24.2.6 Odchod ze sekty

Působení sekty je možno hodnotit jako dlouhodobou **stresovou situaci**, resp. **deprivaci** v oblasti některých potřeb (nemusí jít jen o psychické potřeby, jako je např. potřeba intimity, soukromí, potřeba citového vztahu apod., ale i o nedostatek jídla a fyzické vyčerpání). Mnozí lidé nakonec sektu po určité době opustí, ale odchodem jejich problémy nekončí. Představa, že stačí, když člověk ze sekty odejde, a vše bude v pořádku, je naivní a nereálná. Potíže mohou přetrvávat různě dlouhou dobu (v závislosti na tom, jak silně byl člověk ovlivněn, v jaké míře byl izolován a jak dlouho v této společnosti žil). **Je většinou třeba odborné pomoci.** S. Hassan (1993) a K. M. Porterfieldová (1997) uvádějí obvyklé potíže spojené z odchodem ze sekty:

- **Pocity odcizení a dezorientace.** Člověk, který v průběhu svého života v sektě přijal nové hodnoty, nový styl života, a získal tak i novou identitu, je nyní musí opět radikálně změnit. Výsledkem bývá značná nejistota a dezorientace ve vztahu k sobě samému i k okolnímu světu. (Problémem může být i vztah k vlastnímu tělu, které podle učení Hare Krišna není důležité: „Nejsem tohle tělo.") Člověk neví, kým vlastně je. Změnily se jeho vztahy k lidem a pohled na svět. Přátelé i příbuzní za tu dobu také prošli vývojem a jejich vzájemné vztahy jsou nyní jiné, než byly dřív. I kdyby bylo všechno ostatní v pořádku, člověk se vrací do jiného světa, než na jaký byl zvyklý, a musí se do něj integrovat.

- **Pasivita a neschopnost samostatného rozhodování** i v banálních záležitostech běžného života. Je důsledkem návyku respektovat ve všem řád a příkazy nadřízených autorit. (Podobné problémy mívají lidé, kteří opustí po mnoha letech vězení, i oni si zvykli být ve všem podřízeni.)
- **Neschopnost kriticky uvažovat,** nejistota, čemu lze věřit, která vede ke dvěma extrémům: buď k tendenci věřit všemu, anebo naopak ke generalizované podezíravosti a nedůvěře. Člověk žijící delší dobu v náboženské komunitě, ztratil důvěru ve svou schopnost samostatně myslet, protože byla velice tvrdě potlačována a zpochybňována.
- **Poruchy emočního prožívání.** S. Hassan (1993) zdůrazňuje mezi citovými problémy zklamání z členství v sektě a z křivd, které zažil. To jsou emoce, jež se staly impulzem k odchodu ze sekty, ale přetrvávají i po jejím opuštění. Přichází deprese z bilance minulých zkušeností. Bývalí členové sekty mají pocity viny a hanby za to, co v sektě dělali, že se nechali v takové míře zmanipulovat. Důsledky citové manipulace rovněž přetrvávají a projevují se neodůvodněnými obavami, strachem a úzkostí, pocity ohrožení. Důsledkem dlouhodobé manipulace a změny identity bývá ztráta sebecitu, člověk si není jist ani vlastními prožitky. Častou emoční reakcí bývá apatie, kterou lze interpretovat jako obranu v situaci, kdy člověk není schopen normálně citově prožívat.
- **Ztráta spontaneity.** Přísná regulace všech psychických procesů i chování v sektě vede ke ztrátě schopnosti reagovat spontánně. Spontaneita byla potlačována, protože nebyla dovolena, a nyní se jen obtížně vrací. Postižení nedovedou spontánně prožívat, bývají křečovití, strnulí, obávají se vlastních pocitů.
- **Socializační potíže.** Potíže v sociálním kontaktu souvisí s již uvedenými problémy. Důsledkem bývají pocity izolace a osamělosti. Mnohdy přetrvávají způsoby chování zafixované v sektě, což se projeví nepřiměřeným chováním v běžných sociálních situacích. Bývalí členové náboženské komunity nedovedou nakoupit, jít do kina, někomu zatelefonovat, izolují se od společnosti apod. Znovunabytí sociálních návyků a schopnosti přijatelného sociálního chování může určitou dobu trvat.
- **Potřeba víry** někdy přetrvává i po opuštění sekty a tito lidé hledají jinou náboženskou skupinu nebo se snaží vytvořit vlastní víru. Uchylují se do některé z církví, které se sektám podobají svou hierarchickou strukturou a přísným řádem. Někdy totiž do sekty přecházejí členové velkých církví ve snaze žít „důsledněji" svou víru; jindy nalezne v církvi bývalý člen sekty kultivovanější možnost vyjádřit svou touhu po transcendentnu. Způsob řešení tohoto problému závisí i na tom, jaký byl motiv vstupu do sekty.





- **Zdravotní potíže** vyvolané dlouhodobou stresovou situací či tělesným strádáním. Může jít např. o žaludeční vřed, hypertenzi, poruchy imunity, podvýživu, celkovou vyčerpanost apod. Objevují se i poruchy spánku.
- **Flešbeky,** tj. spontánní návraty psychický stavů, které jedinec prožíval v době života v sektě. (Může jít např. o prožitek modlitebního rituálu, představu vůdce sekty apod.) Zkušenosti a zážitky, které člověk získal, je třeba zpracovat, vyrovnat se s nimi. Nelze je jenom potlačit, je třeba k nim zaujmout přiměřený postoj, získat náhled, co takový projev znamená a proč vzniká, aby nebyl neinterpretován jako důkaz všemocného vlivu sekty.

□ Bývalá členka Svědků Jehovových stručně vyjadřuje svoje výhrady, které ji vedly k opuštění sekty: „Co mi nejvíc vadí, že omezují svobodu člověka, že tam člověk musí ztratit naprosto svoji identitu, že nemá právo na svůj vlastní názor, je jenom takovým jedním kolečkem v celým tom obrovským mechanismu." (Slavík, 1995)

### 24.2.7 Vliv náboženských sekt na děti

Většina náboženských sekt nemá zájem podporovat běžné lidské vztahy. Rodina je v mnoha směrech nežádoucí, překáží vytvoření prioritního a nekritického vztahu k sektě, může být zázemím narušujícím závislost na sektě a oporou v případě odchodu. Proto do vztahů svého člena sekta zásadním způsobem zasahuje např. omezením svobodné volby manželského partnera – partner musí přijmout víru sekty apod. Jakmile se totiž vytvoří prokreační rodina, v níž budou děti vychovávány v duchu učení sekty, získává naopak na stabilitě tohoto svazku sekta velký zájem a novou rodinu podporuje.

Každá sociální organizace si chce zajistit další existenci, proto má eminentní zájem na výchovném působení na děti. Proto bývají u členů sekt rodičovská práva minimalizována. (Ze stejného důvodu totalitní státy preferovaly kolektivní výchovu ve sdruženích jako Hitlerjugend aj.) Dítě bývá považováno za **majetek sekty**, za pouhý objekt ideologického působení, způsob výchovy určuje vůdce sekty. Jsou narušeny rodičovské role a z toho vyplývající chování a vztahy rodičů k dětem. Někdy rodiče nemají na děti čas kvůli účasti na aktivitách sekty, nesmějí se s nimi stýkat, kdy by chtěli, nemohou se k nim chovat typicky rodičovsky (např. hrát a mazlit se s nimi), mnohdy by to už ani nedovedli. Existují případy, kdy rodiče pod vlivem sekty děti fyzicky týrají, nebo je dokonce zabijí (např. v Jonesově sektě, která spáchala v roce 1978 hromadnou sebevraždu). Jindy je naopak podporována soudržnost rodiny do té míry, že rodiče jsou s dětmi neustále, brání jim v kontaktu s vrstevníky, hledají možnosti, jak se vyhnout školní docházce (náboženská skupina zřídí soukromou školu nebo žádá o domácí vzdělávání, homeschooling), aby dítě bylo izolováno od vlivů vnějšího světa.

Výchova dětí je především zaměřena na podřízení řádu a učení sekty, na podporu loajality ke skupině, resp. vůdci. Děti se nemohou samy rozhodnout pro opuštění sekty. Jsou primárně závislejší. Vzhledem ke své psychické i somatické nezralosti jsou zranitelnější. Nevhodné vlivy mohou narušit jejich tělesný i psychický rozvoj a poškodit je více a trvalejším způsobem než dospělé.

Děti, které se svými rodiči žijí v náboženské komunitě, mohou trpět komplexní deprivací, zahrnující různé formy strádání:

1. **Tělesné:** špatná výživa, nedostatečné oblečení, nedostatek spánku, tělesné přetěžování, bití a sexuální zneužívání.
2. **Psychické:**
   - Nedostatek možnosti uspokojit **potřebu citové jistoty a bezpečí**, vytvořit si stabilní a spolehlivý vztah s matkou a s dalšími lidmi, nesmyslné zákazy citových projevů a spontaneity. Citově strádající děti si nemohou vytvořit dostatečnou sebedůvěru ani důvěru k lidem.
   - Nedostatek **přiměřené stimulace a výchovy**, tyto děti často nechodí do školy, nemají příležitost získat běžné sociální zkušenosti. V sektě se naučí způsobům chování, které jsou z hlediska majoritní společnosti nepřijatelné nebo nápadné. Budou mít jiné hodnoty a naučí se respektovat jiné normy. Jejich základní zkušenost bude v mnoha směrech odlišná od zkušenosti dětí vyrůstajících v běžném prostředí.

□ V Čechách odmítala posílat děti do školy Parsifalova sekta. Důvodem byl nesouhlas s tím, co se tam žáci učí. Způsob života členů sekty je anomální, odehrává se v obráceném rytmu, ve dne členové sekty spí a v noci jsou aktivní. Děti nesmí chodit ven a za každý prohřešek jsou tělesně trestány. Vzhledem k různým rituálním půstům trpí podvýživou. Nemají hračky ani pohádkové knížky a nesmějí si hrát. Nestýkají se s jinými dospělými ani s dětmi, jsou sociálně izolovány. Skupina je trestně stíhána pro ohrožení mravní výchovy mládeže.

Velká psychická nebezpečnost sekt vedla ke vzniku různých skupin a organizací, které se zabývají studiem sekt nebo praktickou pomocí jejich obětem. Jak však připomíná O. I. Štampach (1998, s. 174), hrozí zde riziko, že se bude odpovídat na podobné podobným. Za sporné lze považovat v rámci antisektářského hnutí tzv. *deprogramovací týmy*, které užívají k překonání následků manipulace „deprogramování", založené ovšem na metodách analogických působení sekt.

## 24.3 Psychologie oběti trestného činu

□ „Bylo to hrozný, jak se na mě vrhnul a tloukl mě. Vůbec jsem to nečekala. Takhle by se snad ani zvíře nechovalo. A nejhorší bylo, že jsem se nebyla schopná ani hnout, nic udělat. Teď si to vyčítám . . . přece jen jsem se mohla nějak bránit . . . Jak můžete po tom všem ještě lidem věřit."
(Starší žena, oběť loupežného přepadení – LN, 1997)





V posledních letech je nás evidováno ročně kolem 400 tisíc trestných činů. V roce 1996 mezi nimi bylo 267 vražd, přes 4 tisíce loupeží, skoro 8 tisíc případů úmyslného ublížení na zdraví, asi 3 tisíce případů porušování domovní svobody, asi 700 znásilnění (Matoušek a Kroftová, 1998). Nemalý počet lidí se tedy stává obětí násilného trestného činu. Když na místo činu dorazí policie, případně lékařská pomoc, může se zdát, že oběť je už v bezpečí a nemusí se ničeho bát. Reakce na prožité násilí však bývá složitější, a hlavně přetrvává mnohem delší dobu. Oběť násilí netrpí jenom bezprostředním traumatem vyplývajícím z násilí, které na ní bylo spácháno, ale dalšími zátěžemi.

Oběť není poškozena jen útokem pachatele, ale i **sociálními důsledky** této situace.

### Primární a sekundární viktimizace

L. Čírtková a F. Červinka (1994) rozlišují primární a sekundární viktimizaci (poškození).

**Primární viktimizace** zahrnuje poškození oběti, které je bezprostředním důsledkem násilného jednání (může jít např. o sexuální násilí, poranění nebo zmrzačení). Z psychologického hlediska je důležitá nejenom tělesná újma, ale i **psychické trauma**, které násilný čin oběti způsobil, na jehož základě se může rozvinout posttraumatická stresová porucha (PTSD).

Oběť reaguje na násilí pocity hrůzy, úzkosti, strachu a bezmocnosti. V důsledku traumatického zážitku se mění emoční prožívání člověka, může se stát přecitlivělý, vztahovačný, nebo se naopak může projevovat apaticky. Prožitek spáchaného násilí naruší pocit jistoty oběti, naruší sebehodnocení, snižuje sebedůvěru, objevují se pocity méněcennosti.

Pocit bezmocnosti, neschopnosti zajistit si vlastními silami přijatelné bezpečí, představuje další stres. PTSD se projeví i poruchami koncentrace pozornosti a specifickými potížemi paměti, může dojít k zablokování přesného vybavení traumatické události. V krajním případě dochází k amnézii, oběť si nepamatuje, co se dělo, nebo se prožitky spojené s traumatickou událostí mohou později vracet ve formě neodbytných vzpomínek či opakujících se snů, tzv. *flešbeků*.

**Sekundární viktimizace** vzniká v důsledku reakcí společnosti, které vyvolala informace o spáchaném násilí. Oběť může být poškozena necitlivým postojem lidí (např. při projednávání trestné činnosti, pod vlivem předsudků laické veřejnosti). Okolí se k oběti často chová, jako by si svou situaci zavinila, jeho postoje jsou ambivalentní: je jim oběti líto, ale zároveň je jim nepříjemná, její zážitek je odpudivý. Důsledky sekundární zátěže, které dále prohlubují účinky primárního traumatu, mohou být značné. Přitom jim lze vhodným přístupem k oběti trestného činu zabránit.

Sekundární (sociální) viktimizace vyvolává u oběti tíživé pocity a narušuje její sebehodnocení i důvěru ve spravedlnost a řád společnosti. Nejčastěji se u obětí setkáváme s následujícími projevy:

- **Pocity nespravedlnosti.** Traumatické zážitky zvyšují citlivost oběti, především ve vztahu k dění, které se týká spáchaného násilí. Oběť pro-

žívá jako nespravedlnost, že trpí vyšetřováním i soudním projednáváním trestného činu subjektivně více než pachatel. Domnívá, že společnost je k pachateli příliš benevolentní.

- **Pocity ponížení.** Oběť se cítí být ponížena a zneuctěna nejenom v důsledku násilí, které na ní bylo spácháno, ale i chováním lidí ve svém okolí (přístupem policie, soudu či laické veřejnosti). Profesionálové, pro něž je tato práce součástí každodenní rutiny, nemusí být vždycky dostatečně citliví a empatičtí. V očích veřejnosti je oběť stigmatizovaná. Lidé mají obecně tendenci se od obětí násilných činů izolovat. Nevědí dobře, jak by se měli v takové situaci chovat, a tak se jim raději vyhýbají. Obvyklou tendenci pochybovat o bezúhonnosti oběti a připouštět její spoluzavinění lze chápat jako racionalizaci vyhýbavého postoje a obranu před pocity viny.

Nejvíce stigmatizované bývají oběti sexuálního násilí. To je jedním z důvodů, proč ženy raději znásilnění tají a neoznámí je policii. (Zejména na menších městech je riziko sociální stigmatizace značné, dívka přestává být žádoucí partnerkou a stává se podezřelá.) Psychické trauma vyplývající ze znásilnění bude i tak značné. Postižená žena se sice vyhne sociální traumatizaci, ale pocit zneuctění, nechuť k vlastnímu tělu, k sexu a k mužům obecně ji může trápit i přesto. Často se bojí někomu svěřit, takže nemá šanci získat jakoukoli pomoc a podporu.

Násilí porušilo práva oběti, učinilo z ní pasivní objekt ponižujícího jednání. Oběť ztrácí důvěru ve svět, necítí se ani za běžných okolností bezpečná. Přestává věřit v obecnou platnost právních norem.

V důsledku negativní zkušenosti se někdy oběť izoluje, přestává lidem věřit, bojí se jich. Může jít o výběrovou izolaci, zaměřenou jen na určitou skupinu lidí, obvykle takových, kteří se podobají agresorovi. Příkladem může být odpor ke všem mužům po znásilnění (podle Čírtkové a Červinky, 1994).

Podezíravý postoj k lidem může být generalizovaný a nepřiměřeně silný. Prožité trauma může narušit i schopnost přiměřené orientace v prostředí. Nadměrné obavy vedou k nepřesnému hodnocení situace. Neutrální podněty nabudou významu signálů ohrožení (oběť se začne bát chodit ven z bytu, začne mít strach z velkého množství lidí – vznikají tzv. *asociované fobie*). Postižený člověk získá dojem, že nerozumí tomu, co se kolem něj děje. Trápí se obavami z vlastní bezmocnosti proti subjektivně neovlivnitelnému vnějšímu dění.

Má pocit, že svůj život nemůže ovládat, což je spolu se ztrátou sociální opory a s osamělostí vždy značně stresující.

### Průběh reakce na trauma

Proces postupného psychického zpracování jekéhokoliv traumatu má svou dynamiku. Můžeme rozlišit tři fáze lišící se především proměnou postoje k traumatické zkušenosti (podle Čírtkové a Červinky, 1994):





1. **Fáze šoku.** Člověk je zaskočen násilným útokem, který nečekal a na nějž není schopen přiměřeně reagovat. Prvotní reakcí je ztuhnutí, neschopnost jakékoliv aktivity, napadený člověk se nedokáže bránit. Dochází k dezintegraci prožívání, uvažování i chování. Postižený reaguje převážně emocionálně, není schopen rozumového posouzení situace. Častou obrannou reakcí bývá potlačení, resp. vytěsnění traumatizující zkušenosti nebo regrese na nižší vývojový stupeň. Někdy může dojít ke zkratkové reakci, např. suicidálního charakteru.

   □ Dívka, která byla cestou z diskotéky v noci znásilněna dvěma muži, se ráno pokusila o sebevraždu požitím většího množství léků. V dopise na rozloučenou napsala, že není schopna žít s takovým pocitem ponížení a pošpinění.

   V této fázi jde zatím jen o primární viktimizaci. Šok může trvat několik hodin až několik dnů.

2. **Fáze postupného zpracování traumatu a adaptace na situaci.** Oběť potřebuje zaujmout k traumatické zkušenosti přijatelný postoj. Šokující zážitek je po určitou dobu v centru její pozornosti. To se může projevovat dvěma extrémními reakcemi. Oběť může mít tendenci o svém traumatu neustále mluvit a znovu je prožívat (např. pocity zloby, odporu, ale i strachu, smutku a pocity viny), anebo může převažovat snaha o vytěsnění zážitku, oběť o něm nechce mluvit vůbec. Oba extrémy se mohou střídavě objevovat i u jednoho člověka. Obrannou reakcí je rovněž snaha o bagatelizaci traumatu.

   Obtížnost zpracování prožitého násilí se projevuje ve výkyvech emočního ladění i v chování. Tato fáze může trvat dost dlouho, až jeden rok. Její zvládnutí závisí jak na vlastním traumatu, tak na osobnosti postiženého jedince, jeho obranných kompetencích, kvalitě jeho sociálního zázemí, resp. na eventuální míře sekundární viktimizace.

3. **Fázi adaptace** lze charakterizovat jako vyrovnání se s problémem. Oběť si vytvořila na svůj traumatický zážitek přiměřený náhled, vyrovnala se s ním a dokáže normálně žít.

   U některých lidí přetrvávají posttraumatická rezidua, takový člověk není ani po dostatečně dlouhé době schopen prožívat a reagovat zcela standardně. Nedokáže se s traumatickou zkušeností přijatelně vyrovnat. Příčinou takového selhání bývají osobnostní dispozice, obecně snížená schopnost reagovat na zátěž, někdy i kumulace většího počtu traumat a stresů, nedostatek sociální podpory, osamocenost apod. Za těchto okolností je nezbytná psychoterapeutická péče.

### Skupiny ohrožené trestným činem

V současné době si odborníci kladou otázku, zda se v některých případech člověk skutečně nechová tak, že přitahuje pozornost potenciálních agresorů

nebo je sociálně necitlivý a nedovede odhadnout situaci, která by z tohoto hlediska mohla být riziková. Lze rozlišovat minimálně dva okruhy rizikových faktorů (Čírtková a Červinka, 1994):

1. **Rizikové situace,** v nichž je zvýšená pravděpodobnost ohrožení násilným chováním buď proto, že se lidé zbavují sebekontroly, např. nadměrným užívání alkoholu či drog, nebo proto, že zde chybí aktuální kontrola společnosti (opuštěná místa, průchody, anonymita sídliště, nádraží apod.).
2. **Riziková oběť** je člověk s vlastnostmi, které by mohly přispět k provokaci násilného jednání jiné osoby, resp. vyvolávají pocit snadnosti a přijatelnosti takového jednání. Vlastnosti, jež lze považovat za rizikové, můžeme stručně shrnout v několika bodech:

   - **Pohlaví** – žena je více ohrožena jednak proto, že je fyzicky slabší, ale i z toho důvodu, že část násilných trestných činů je sexuálně zaměřena.
   - **Sociální status** – k riziku přispívá příslušnost k určité sociální vrstvě, sociální skupině nebo obecně nízký status. Může jít např. o uprchlíka, Roma či bezdomovce; ti nejsou v očích agresora chráněni příslušností k sociální vrstvě, která by jim mohla poskytnout spolehlivé zázemí. Izolace z majoritní společnosti zvyšuje riziko, že člověk bude považován za snadnou oběť.
   - **Specifické vlastnosti a způsoby chování** – např. nápadný strach, naivita, provokující chování, jehož dosah si oběť neuvědomuje, apod. přispívají k souhrnnému riziku.

Bez ohledu na míru zavinění je zážitek násilného trestného činu (někdy jen fakt, že se člověk stal svědkem takového činu) významnou zátěží ohrožující psychické zdraví jedince. Každá oběť násilí, ať už byly okolnosti trestného činu jakékoli, potřebuje být informována o **možnosti konzultovat své potíže s odborníkem, psychologem či psychiatrem**.

## Shrnutí

Sociokulturní handicap představuje odlišnost sociální příslušnosti a s ní souvisejících zkušeností, které jsou v tomto případě jiné nebo nedostatečné. Do ohrožené kategorie patří zejména uprchlíci a příslušníci odlišných etnických skupin, např. Romové. Postoje společnosti k sociokulturně odlišným lidem bývají spíše negativní, jsou ovlivněny nedostatečnou informovaností.

Specifický vliv mají náboženské sekty, které jsou striktně hierarchicky organizovanými skupinami s dogmatickým učením a vůdcem, majícím absolutní autoritu. Standardní postoj společnosti k náboženským sektám je převážně negativní.





Sociálně bývá postižena i oběť násilného trestného činu. Násilí, které na ní bylo spácháno, ji z hlediska laické veřejnosti stigmatizuje. Obvyklou tendencí je přičítat oběti určitou míru spoluviny.

## Kontrolní otázky

- S jakou zkušeností k nám přicházejí uprchlíci a jaká bývají jejich očekávání?
- Které psychické potřeby narušuje emigrace a jakým způsobem?
- Pokuste se představit si, jak byste sami prožívali emigraci, v čem by vás nejvíce zatěžovala?
- Pokuste se charakterizovat sociokulturní handicap.
- Jaké jsou převažující postoje k minoritám a čím jsou ovlivněny?
- Pokuste se zjistit, jaké postoje zaujímají k sociokulturně odlišným skupinám vaši přátelé.
- Jaké jsou typické znaky sociálního chování a stylu života Romů?
- Jaké jsou hlavní znaky výchovy dětí v romské rodině?
- Čím lze charakterizovat náboženskou sektu?
- Jaká může být motivace ke vstupu do sekty?
- V čem spočívá riziko přijetí členství v sektě?
- Co byste poradili rodině, jejíž člen vstoupil do sekty?
- Co je příčinou sociální stigmatizace oběti?

# 25 Pracovní a ekonomické problémy

## 25.1 Nezaměstnanost

Pro naprostou většinu populace v České republice je nezaměstnanost novým problémem. Lidé o ní mnoho nevědí, nejsou na ni dostatečně adaptováni. Obyčejně si ji představují tak, jak bývá prezentována v literatuře a filmech z předválečné doby. Nedovedou tento problém řešit, a proto na ně působí jako silně stresující faktor. Děje se tak ve větší míře než v zemích, kde je nezaměstnanost běžnějším jevem, součástí standardní zkušenosti. Nezaměstnaný člověk se dostává mimo oblast normy, je v naší společnosti vnímán jako výjimečný, a o to silnější jsou reakce společnosti na něj.

Ztráta zaměstnání vyvolává:

a) **psychické a somatické reakce** jedince, který se musí se svou novou situací vyrovnat;

b) **sociální reakce** – změny v postojích, jaké k nezaměstnanému zaujímá společnost, v níž žije, resp. sociální skupiny, k nimž patří.

### 25.1.1 Psychické reakce na ztrátu zaměstnání

#### Význam práce pro člověka

Zaměstnání má pro člověka, žijícího ve středoevropské sociokulturní oblasti, značnou hodnotu. V. Frankl (1994, s. 114) považuje práci za činnost, která potvrzuje jedinečnost individua ve vztahu ke společnosti. **Motivy k práci** mohou být různé a mohou mít individuálně rozmanitý, relativní význam:

- **Peníze.** Cílem je spotřeba, uspokojení řady potřeb prostřednictvím hodnot a požitků, které lze za peníze pořídit. Opakem je chudoba, omezení spotřeby. (V některých případech mohou být samy peníze cílem.)
- **Aktivita.** Pracovní činnost naplňuje do značné míry potřebu smysluplné aktivity. Opakem je nuda, apatie, nedostatek životní náplně.
- **Seberealizace.** Cílem je úspěch, získání žádoucí sociální pozice, sebepotvrzení, potřeba ukázat, že člověk něco umí, že je užitečný apod. Práce může být smyslem života. Opakem je pocit zbytečnosti, neúspěchu, vyřazení ze skupiny zaměstnaných.





□ Dělnice (53 let) to vyjadřuje výstižně: „Když má člověk práci, je spokojený, ví že si za ty peníze může koupit, co potřebuje, že nebude muset nikoho prosit o podporu, to je jako kdybychom žebrali." (Slavík, 1992)

- **Sociální kontakt.** V zaměstnání má člověk možnost navázat celou řadu kontaktů, stýká se s různými lidmi. Opakem je osamělost, sociální izolace.
- **Samostatnost a nezávislost.** Ekonomická soběstačnost a nezávislost na společnosti či rodině je potvrzením dospělosti. Opakem je závislost, pasivita, případně syndrom naučené bezmocnosti.

#### Průběh reakce na ztrátu zaměstnání

Psychická reakce na ztrátu zaměstnání je tím větší, čím jsou tyto motivy silnější. M. Machalová (1994) upozorňuje, že stresorem může být nejenom reálná ztráta zaměstnání, ale i strach, že se tak stane nebo že se ani v budoucnosti situace nezlepší (jde o tzv. stres z očekávání).

Člověk, který ztratil zaměstnání, reaguje na změnu své sociální role, spojené s ekonomickým znevýhodněním, v několika fázích, jež následují v individuálně různém časovém intervalu (Latack a Kaufman, 1988). Významnou úlohu zde hraje způsob prožívání a hodnocení této zátěže a chování, které z postoje k tomuto problému vyplývá. Jde zde především o **posun v dimenzích optimismus–pesimismus a aktivita–pasivita.**

1. První, bezprostřední reakcí na ztrátu zaměstnání bývá **šok**, neschopnost uvěřit a nakonec vztek, že tomu tak skutečně je. Následující pocity nemusí být jen negativní. Člověk může krátkodobě pociťovat úlevu, volnost a dostatek času.
2. Ve druhé fázi nezaměstnaný **aktivně hledá nové místo** a je **optimistický**. Pokud zaměstnání nenajde v krátké době, nebo alespoň nemá naději, že ho najde, jeho postoj se mění.
3. Třetí fáze má charakter jakéhosi mezníku, který je dán mírou pocitu závažnosti situace. Nezaměstnaný člověk zjišťuje, že je ohrožen více a trvalejším způsobem, než se mu zdálo na začátku. Prožívá svou situaci jako stresovou, ztrácí pocit pohody a vnitřní rovnováhy, cítí napětí, **úzkost, depresi** a postupně se stává **pesimistickým**. Často se uvádí jako významná časová hranice 6 měsíců trvání nezaměstnanosti (Machalová, 1994).
4. Pokud nemůže nezaměstnaný najít práci po delší dobu (která je individuálně různá), dostává se do **fáze adaptace na styl života nezaměstnaného**, který bývá typický rezignací, ztrátou naděje, fatalismem, pasivitou a apatií. Člověk přestává být aktivní, protože se domnívá, že to stejně nemá smysl, snižuje své aspirace i sebehodnocení. Dochází

k zásadnější změně postojů a očekávání. Pro tuto fázi je typický postoj vymezený zúžením perspektivy, o níž je člověk ochoten uvažovat, nízkým sebevědomím, pocitem bezmocnosti a tendencí reagovat jen na situační podněty.

Nezaměstnanost je zátěžovou situací pro naprostou většinu lidí, ale u disponovaných jedinců může vyvolat až patologický stav, reaktivní poruchu. V. Frankl (1994, s.116) mluví o **neuróze z nezaměstnanosti**: „Nezaměstnaný prožívá nenaplněnost svého času jako vnitřní nenaplněnost, jako nenaplněnost svého vědomí. Cítí se neužitečným, protože není zaměstnán." (V situaci ztráty práce tedy vystupuje zřetelněji její existenciální význam.)

MKN-10 (1992) uvádí jako hlavní příznaky této poruchy:

a) změnu emočního prožívání (deprese, úzkost, obavy, napětí a strach);

b) pocit neschopnosti řešit svou situaci;

c) změny v chování, které může být agresivnější, nebo dokonce asociální.

Pro poruchu je typické, že uvedené potíže se obvykle objevují do jednoho měsíce po propuštění ze zaměstnání (DSM-IV připouští toleranci až do 3 měsíců od začátku působení stresu).

Ztráta smyslu a náplně, která účelně strukturuje denní program, vede rovněž k somatickému chátrání. Psychosomatické vazby fungují i za těchto okolností.

Mezi duševním zdravím a nezaměstnaností je oboustranný vztah: ztráta zaměstnání zhoršuje psychickou pohodu, někdy dokonce narušuje duševní zdraví, a stejně tak platí, že psychické potíže mohou být ve vztahu k profesi rizikovým faktorem. Duševně nemocný ztratí práci snadněji (Owen a Watson, 1995).

Obecně platí, že čím déle nezaměstnanost trvá, tím větší jsou psychické změny, které jsou jejím důsledkem. Nezaměstnaný člověk svou situaci hodnotí, prožívá a reaguje na ni. V souhrnu uvádíme charakteristické změny, k nimž v jednotlivých oblastech psychiky dochází.

### Změny kognitivních a afektivních procesů

**Rozumové reakce** zahrnují především hodnocení současného stavu, hledání jeho příčin a přijatelného řešení. Velice důležitým faktorem je kontext, v němž jedinec svoje propuštění hodnotí (jak obecný, společenský kontext, tak individuální význam dané situace). Jde např. o to, zda propuštění znamená více možností změny, nové šance, nebo je především těžko nahraditelnou ztrátou (Papalia a Olds, 1992). Přitom mohou nastupovat různé obranné reakce, např. racionalizace, nezaměstnaný např. přičítá vinu za své propuštění vnějším nepříznivým okolnostem, které nemohl ovlivnit. Posuzování vnější reality může být obrannými reakcemi zkresleno: vnější svět se za těchto okolností může jevit nesrozumitelný a ohrožující. Ztráta zaměstnání ovlivňuje negativním způsobem i **sebehodnocení**, snižuje sebevědomí a sebeúctu, někdy dokonce vede ke vzniku pocitů méněcennosti. Nezaměstnaný může mít pocit ztráty kontroly nad svým životem, může se cítit bezmocný. Na základě své negativní zkušenosti se domnívá, že už nemá šanci uspět.





Nezaměstnaný člověk svou situaci rovněž **citově prožívá** a jeho pocity mohou být impulzem k řešení nebo k obranné reakci. Nezaměstnanost bývá prožívána jako ztráta, na niž člověk reaguje **depresí**, a rovněž jako ohrožení vlastní budoucnosti, které vyvolává **psychické napětí, úzkost a strach**. Jde o dva druhy zátěže – aktuální a anticipační stres, jak o nich ve vztahu k nezaměstnanosti uvažuje i M. Machalová (1994). Ztráta profesní role vede k významnému snížení osobnostní jistoty. Citové reakce na nezaměstnanost jsou převážně negativní, ale mají různou intenzitu, podle míry subjektivního pocitu ztráty, resp. ohrožení. Nezaměstnaný člověk se pod vlivem této zátěže stává emočně labilnějším a zranitelnějším.

### Změny v uspokojování potřeb

Pod vlivem nezaměstnanosti se mění i **motivace**, neboť mnohé potřeby nemohou být uspokojovány v obvyklé míře, případně ani obvyklým způsobem.

- Závažně může být frustrována **potřeba stimulace**, nezaměstnaný člověk může strádat nedostatkem podnětů, ochuzením životního programu, ztrátou navyklého životního stereotypu. Zátěží může být i nuda a nedostatek životní náplně. (Nuda je považována za jeden z největších psychických problémů, které nezaměstnanost přináší, trpělo jí 23,1 % mladých nezaměstnaných ze skupiny K. Adamoviče a kol., 1994). Narušení zafixovaného **denního režimu**, spojeného s obvyklým přísunem podnětů, prožívá nezaměstnaný člověk jako ztrátu jistoty, která jej dezorientuje. Často na ni reaguje formálním pokračováním stereotypu, i když už není nutný a nemá za dané situace žádný jiný smysl než obranný. Nezaměstnaný např. stále ráno vstává v určitou hodinu a odchází z domova, stejně jako to dělal předtím, vrací se v obvyklou hodinu apod. (Někdy je příčinou takového chování potřeba utajit ztrátu zaměstnání před rodinou apod.)
- **Potřeba aktivity** rovněž nebývá uspokojována, člověk, který nemá žádnou povinnost, může upadat do apatie a nečinnosti. (Potřeba aktivity a stimulace spolu úzce souvisejí, jakákoli činnost přináší podněty.)
- Nezaměstnaný člověk ztrácí po určité době schopnosti a dovednosti, které nevyužívá. Nenaplněna zůstává **potřeba smysluplného učení**, resp. uchování určité úrovně kompetencí, podmínky a příležitosti k rozvoji nových kompetencí jsou omezeny. Postupně vyhasínají také pracovní návyky. Dochází ke **stagnaci osobnosti**, někdy i k jejímu úpadku. Na druhé straně člověk získává nové, většinou negativní a deprimující zkušenosti, učí se novým strategiím, obyčejně obranným, které potřebuje ke zvládnutí zátěže z nezaměstnanosti. Tyto strategie mohou být v mnoha případech pro další rozvoj osobnosti nepříznivé (např. pasivita, rezignace).

- Frustrována je rovněž **potřeba citové jistoty a bezpečí**. Ztráta zaměstnání představuje osobní ohrožení a zvyšuje pocit celkové nejistoty. Nezaměstnaný člověk má, stejně jako kdokoli v nouzi, větší potřebu citové podpory. Z tohoto hlediska může mít významný pozitivní vliv konzistentní a solidární rodina. Obdobně působí i náboženská víra, zmírňuje negativní dopad ztráty zaměstnání (Shams a Jackson, 1993).
- Profesní roli lze chápat jako důležitou složku seberealizace. Nezaměstnanost proto vede ke ztíženému uspokojování potřeby seberealizace a pozitivního hodnocení, k úbytku sebeúcty. Nezaměstnaný člověk se může cítit méněcenný a bezvýznamný. Nezaměstnaná žena (37 let) říká: *„Člověk je takovej bezcennej – já si teda aspoň tak připadám."* (Slavík, 1992) Do určité míry lze považovat za součást seberealizace také prací a výdělkem umožněnou spotřebu, která je i důkazem sociální úrovně, tzn. je demonstrací a potvrzením sociálního statutu.

  Ztráta zaměstnání je tím větším traumatem, čím vyšší byla hodnota pracovní seberealizace. Mladí lidé nepovažují pracovní úspěch za tak důležitý, 11 % ze skupiny mladých nezaměstnaných uvádí, že jim jejich situace nevadí (Adamovič a kol., 1994).

- Ztráta zaměstnání ovlivňuje i **potřebu otevřené budoucnosti, naděje**, zatěžuje představu o budoucím uplatnění. Mnohdy dochází ke ztrátě životní perspektivy.

### Změny v chování

Nezaměstnaný člověk se leckdy chová jinak než v době, kdy měl určitou profesní roli. Změnila se jeho motivace, jeho aspirační úroveň i vůle. Posílení volních vlastností se může projevit ve schopnosti odolávat překážkám. Může tomu být ovšem i naopak, člověk se vzdává a už o nic neusiluje.

- Aktivita nezaměstnaného může být **snížená**, nezaměstnaný na svoje potíže rezignoval a nic neřeší. Stal se apatickým fatalistou, který bere nezaměstnanost jako osud, s nímž nejde nic dělat. Tato reakce je častá u lidí s nízkým vzděláním a mnoha nepříznivými zkušenostmi. Lze mluvit o **syndromu naučené bezmocnosti**.
- Pocit zátěže může nezaměstnaného naopak **aktivizovat**. Člověk může být silně, až akcentovaně motivován ke zlepšení své situace, snaží se za každou cenu najít práci. Nyní se může pozitivně projevit tzv. *fighting spirit*, bojovnost, která je lepším předpokladem ke zvládání potíží než pasivní strategie.

P. Mareš (1994) rozlišuje tři **základní typy strategií**, které jsou reakcí na nezaměstnanost a přístupem k řešení této situace:

1. **Strategie zaměřená na problém,** tzn. na hledání zaměstnání, je aktivní obranou. Volí ji lidé, kteří mají potřebu pracovat, práce je pro





ně důkazem jejich hodnoty a zároveň potvrzením soběstačnosti. Ztrátu zaměstnání chápou jako osobní degradaci spojenou s neadekvátní závislostí na společnosti. Mají silnou motivaci i dostatečnou sebedůvěru, a proto věří, že situaci zvládnou. Jsou to lidé, zajímající spíše optimistický a aktivní postoj. Podpora je pro ně neuspokojující, chtějí si peníze vydělat.

Takový způsob řešení volí častěji lidé s vyšším vzděláním a s dobrou kvalifikací. Přistupují k problému s vědomím, že jej řešit lze. Jsou ochotni podnikat, rekvalifikovat se, získat další vzdělání, přestože jsou aktuálně nezaměstnaní, věnují se užitečným aktivitám (učí se angličtině, upravují byt či dům, věnují se domácnosti apod.).

□ Nezaměstnaný s vysokoškolským vzděláním (40 let) má jednoznačný názor: „Člověk si udělá inventuru co umí, udělá si nějakej plán co dál... Jediný řešení je, naučit se ty problémy řešit." (Slavík, 1992)

2. **Strategie zaměřená na zvládnutí aktuálních potíží,** na přežití v horší ekonomické situaci. Řešení spočívá v adaptaci na nízký příjem, v omezení spotřeby, v určité rezignaci, která se projeví ochotou přijmout jakoukoli práci apod. Sebedůvěra těchto lidí bývá snížená, a proto raději volí kompromis. Na této úrovni se snižuje aktivita a zvyšuje pesimismus.
3. **Strategie zaměřená na změnu pocitů a podporu sebehodnocení.** Jde např. o pouze situačně účinná řešení pomocí popření problému, o únik ze společnosti lépe situovaných a zaměstnaných lidí do skupiny, kde člověka nezaměstnanost nedegraduje, nebo o přijetí role, která funguje jako náhradní řešení (např. předčasný důchod, nemoc, těhotenství) apod. Únik z reality a rezignace na řešení zvyšuje riziko užívání alkoholu nebo drog. Tito lidé velmi často zaujímají fatalistický, pasivní postoj, který nepředpokládá možnost vyřešit problém vlastními silami.

V. Frankl (1994, s. 117) tento postoj interpretuje podobně: *„... nezaměstnanost jim umožňuje vést život jako provizorium a svádí je k tomu, aby upadali do provizorní modality existence. Osud nezaměstnaného je jakoby zbavuje jejich odpovědnosti před jinými zrovna tak, jako před sebou samým..."* Člověk se necítí být za svůj úpadek zodpovědný, a to jej do určité míry chrání. (Tímto způsobem reagují velmi často Romové.) Tito lidé sice leckdy dodržují rituály spojené s hledáním práce, zejména proto, že od nich společnost takové jednání vyžaduje, ale neočekávají, že by nějakou získali. **Stali se závislí na podpoře a sociálních dávkách.**

□ Tento přístup k problému zaujímá nekvalifikovaný muž (25 let): *„Tak ať mě pošlou někam do práce... Já tam chodím (na úřad) jednou za 14 dní, podepíšu se a to je všechno."* Tento člověk tráví svůj čas tím, že „nedělá vůbec nic".
Podobně nekvalifikovaná zemědělská dělnice (53 let): „Komu máme věřit a na koho se máme obrátit, když nám nikdo pomocnou ruku nepodá... To není jen otázka

peněz, to je otázka nejistoty a hrůza co přijde příští den . . . a nemůžete ničemu věřit. A když vidíte, že páni mají pořád stejný peníze jako dřív – tak jaká je to sociální spravedlnost? Když spravedlnost, tak pro všecky stejně."
I starší nezaměstnaný šofér má takový názor: „Já to cejtím jako nespravedlnost v tom, že když jsem leta pracoval jako šofér, tak bych chtěl zase dělat tu šoférskou práci . . . Teď jsem nucenej dělat nekvalifikovaný práce za málo peněz a to mi nevyhovuje." Jeho návrh na řešení rovněž patří do této kategorie: „Udělat to tak, aby měli ty lidi společnej příjem, aby měli všichni stejně." (Slavík, 1992)

Mezi nezaměstnanými existuje malá a nesourodá skupina lidí, kteří práci nehledají. Společenská stigmatizace jim nevadí, protože mají jiné hodnoty. Profesní role ani sociální úspěšnost pro ně nejsou významné, preferují osobní svobodu a alternativní styl života. Jejich úroveň spotřeby je velmi nízká, dovedou své potřeby přizpůsobit omezeným finančním možnostem. Patří mezi ně i mnozí bezdomovci. Jde o sociálně nestandardní, méně přizpůsobivou skupinu, která má někdy kriminální tendence.

### Životní styl

Životní styl dlouhodobě nezaměstnaných lidí se mění v důsledku ekonomického omezení, sociální izolace i pod vlivem ztráty stabilní struktury denního programu. Je adaptací na situaci definovatelnou jako *„málo prostředků a mnoho času"*.

- **Časová struktura dne** a její prožívání jsou obvykle určena zaměstnáním. Pokud je člověk ztratil, rozpadá se jeho každodenní stereotyp. Volný čas postupně pozbývá svou hodnotu, nezaměstnaný se začíná nudit a čas mu plyne mnohem pomaleji. Chybí mu kontakty s lidmi a podněty ke smysluplné činnosti, upadá do pasivity, stává se apatickým. Změny v prožívání času jsou považovány za nepříjemné, až stresující.

  □ Nezaměstnaný muž (40 let) říká: „Tak máte před sebou spoustu času, nevíte, kam se dáte, co budete dělat dál. Volný čas po práci má úplně jinou hodnotu. Život jako by ztratil zažitej rytmus." (Slavík, 1992)

- **Ekonomický důsledek nezaměstnanosti** se projeví zmenšením možnosti výběru a omezením celkové spotřeby. Nezaměstnaný člověk pociťuje nejenom nedostatek osobně potřebných věcí, ale i ztrátu možnosti potvrdit konzumací svůj sociální status. Upadá na nižší úroveň, nemůže si dovolit to, co mají lidé z jeho sociální vrstvy. Jde obvykle o relativní strádání, protože nezaměstnaný člověk dostává podporu, avšak i to je pro mnohé stresující.

  **Chudoba** je subjektivní pocit, nelze ji definovat pouze pomocí vnějších kritérií, ale je třeba vzít v úvahu individuální hodnocení situace. J. Večerník (1991) uvádí, že chudoba je **relativní deprivace**, která je určena vzdáleností od jistého společenského standardu. Lze ji chápat jako





sociální strádání. Člověk se cítí být chudý na základě srovnání s normou určité sociální vrstvy dané společnosti, k níž patří (nebo by si to přál). Považuje se za méněcenného a vyloučeného z této skupiny. Pocit chudoby má v České republice přibližně jedna třetina lidí. Zajímavé však bylo, že se tak cítilo pouze 70 % nezaměstnaných. Ohrožení chudobou častěji pociťovali lidé, kteří měli od mládí zkušenost s finančním nedostatkem (LN, 1995). Zdá se, že i v tomto postoji, stejně jako v mnoha jiných, hraje roli raná zkušenost z orientační rodiny. Zafixuje se natolik, že ovlivňuje subjektivní pocit i v době, kdy už finanční potíže pominuly.

## 25.1.2 Zdravotní rizika nezaměstnanosti

Ztráta zaměstnání působí jako existenciální stres, který se neprojeví jen v oblasti psychiky, ale i somatickými reakcemi, jež lze interpretovat jako **psychosomatické potíže**. Negativně hodnocená životní situace, zejména pokud není vyhlídka na přijatelné řešení, ohrožuje i zdravotní stav nezaměstnaného člověka. Běžnými potížemi spojenými se stresem ze ztráty zaměstnání je bolení hlavy, zažívací potíže a zvýšený krevní tlak (Papalia a Olds, 1992). Stres narušuje imunitní funkce, do značné míry je ohrožen i kardiovaskulární systém, zvyšuje se riziko infarktů.

Zdravotní ohrožení, které přináší stres spojený s nezaměstnaností, bývá posilováno zvýšenou tendencí postižených lidí uchylovat se k alkoholu, lékům a drogám nebo více kouřit. Takové chování lze interpretovat jako pokus o únik, o kompenzaci ve smyslu dosažení náhradního uspokojení nebo stimulace, která by uvolnila vnitřní psychické napětí. Nezaměstnanost zvyšuje riziko **sebevražedného jednání**. Většinou jde o zkratkovou reakci na existenciální zátěž, „volání o pomoc" v situaci, s níž si člověk neví rady. U starších lidí, kteří si uvědomují omezenost svých šancí, se mohou vyskytovat i bilanční, promyšlené sebevraždy.

## 25.1.3 Sociální aspekty nezaměstnanosti

Nezaměstnanost je spojena se ztrátou významné **sociální role** a se snížením sociální prestiže, k níž tato role přispívá. Profesní role je důležitou složkou **identity** dospělého člověka, spojuje ho se společností. Nástup do zaměstnání je významným mezníkem, který potvrzuje dosažení sociální dimenze dospělosti. Profesní role je spojena se začleněním do **sociální hierarchie**. Ztráta zaměstnání proto vede k sociální degradaci, je stigmatem, které člověka nějakým způsobem vyřazuje z majoritní společnosti.

### Ztráta sociálního statusu

**Role nezaměstnaného** má podřadný sociální status a malá privilegia, stigmatizuje a sociálně znehodnocuje, je v ní zabudován předpoklad značné míry

zavinění. V naší společnosti přetrvává tradičně vysoká hodnota práce. Zahálka je odsuzována jako nežádoucí chování, případně hřích. Z toho vyplývá i negativní moralizující postoj společnosti k nezaměstnaným. Společnost hodnotí nezaměstnanost jako důsledek osobní nedostatečnosti, neschopnosti a selhání, a tím přispívá k jejich negativnímu sebehodnocení.

□ Nezaměstnanému inženýrovi řekl jeho známý: „Ty jsi na podpoře, to ti není hanba?" Názor jeho otce se příliš neliší: „Takhle mladej a vzdělanej a najednou je méněcennej." (Slavík, 1992)

Nezaměstnanost je často chápána více jako selhání jedince než selhání společnosti. V rámci fungování obranných mechanismů si lidé nepřipouštějí, že i je by mohlo něco takového potkat. Svoji příslušnost ke skupině zaměstnaných považují za důkaz vlastních kvalit, svých pracovních kompetencí. Ztráta zaměstnání však může mít i objektivní důvody (např. zánik podniku). Pokud by si člověk možnost vlastního ohrožení připustil, cítil by se méně jistý a prožíval by větší úzkost. Popření této alternativy chrání jeho duševní rovnováhu.

### Omezení sociálních kontaktů

Za normálních okolností profesní role obohacuje **sociální zkušenost** člověka, přináší mu nové sociální podněty a zkušenosti, nové kontakty s lidmi i možnost získat prestiž, která je jednou z variant sociálního úspěchu. V zaměstnání si člověk rovněž vytváří **neformální vztahy**, jež mohou přesahovat roli spolupracovníka. Má možnost získat jinou sociální zkušenost než v rodině. Propuštěním ze zaměstnání se tyto kontakty ruší, eliminuje se možnost sdílení společné zkušenosti a zájmů. To je jeden z důvodů, proč se lidé přestávají stýkat s bývalými spolupracovníky. Nemají už téměř nic společného. Druhým důvodem je stud a pocit méněcennosti.

Adaptace na profesní roli vyžaduje zvládnutí určitých norem, způsobů chování, rozvíjejí se zde **sociální dovednosti**. Pokud člověk ztrácí zaměstnání na delší dobu, dochází k ochuzení, nebo dokonce úpadku jeho osobnosti. Rodinné prostředí má zcela jiné nároky a mnohé z těchto dovedností neposiluje.

Nezaměstnanost vede k **sociální izolaci**. To platí zejména u lidí, kteří nemají jiné vazby, jako je např. rodina, zájmová skupina, církevní obec. P. Mareš (1994, s. 77) interpretuje ztrátu profesní role jako variantu *exkomunikace*, vyloučení z profesního společenství. Člověk už není elektrikářem, prodavačem, učitelem, z hlediska profesního už není nikým: *„Je to totéž jako být negramotný, neschopný, ponížený. Člověk nikam nepatří a nemá nic chtít."* Mnoho nezaměstnaných cítí, že jejich život ztratil strukturu a účel. „Získat zaměstnání" je pro ně synonymem „začít opět žít".

### Požadavky nové role

**S rolí nezaměstnaného je spojena řada povinností a očekávání sociálního, resp. institucionálního charakteru.** Očekává se, že nezaměstnaný





bude tyto povinnosti plnit, a pokud by tak nečinil, byl by sankcionován (např. odmítáním, opovržením, ztrátou podpory apod.). Nezaměstnaný má svou situaci považovat za nežádoucí a hledat práci. Jestliže ji nenachází, bývá považován za líného a neschopného. Negativní postoje společnosti, které představují jeden ze stresorů, se zafixují a dlouhodobě nezaměstnaný člověk získává stabilní nepříznivé hodnocení, kterého se obtížně zbavuje. Pod tlakem očekávaných sociálních sankcí se většina lidí chová konformně až do té míry, že se plnění požadavků role stane formalizovaným rituálem. Lidé mnohdy už ani nevěří, že by nějaké zaměstnání našli, ale chovají se jako by ji hledali, chovají se tak, jak se od nich očekává (Mareš, 1994). Jde o obranný mechanismus sociálně handicapovaného jedince, jehož cílem je snížení rizika dalšího sociálního stresu.

Odmítavý postoj společnosti obyčejně přispívá k tomu, že člověk, který nemůže najít práci (i když ji hledá), má pocit ponížení, viny, méněcennosti a beznaděje, spojený s depresivním a pesimistickým laděním. Může ovšem reagovat i vztekem a agresí vůči společnosti, jež mu nedává žádnou šanci. Mnozí nezaměstnaní prožívají úzkost a pocity ambivalence ve vztahu k podpoře, kterou ekonomicky potřebují, ale sociálně je pro ně těžko přijatelná, protože potvrzuje jejich druhořadý status.

## 25.1.4 Rizikové skupiny

Nezaměstnanost neohrožuje všechny skupiny lidí ve stejné míře a rovněž nevyvolává zcela totožné reakce. Riziko nezaměstnanosti ovlivňují zejména vzdělání, věk, pohlaví a příslušnost k určité sociální kategorii.

### Vzdělání

**Lidé s nízkou kvalifikací a s nízkou úrovní vzdělanosti jsou více ohroženi ztrátou zaměstnání.** V současné době však už ani vyšší vzdělání není zárukou jistoty pracovního uplatnění. E. Kirchler (1993) uvádí, že v Rakousku a v SRN narůstá počet nezaměstnaných se středoškolským a vysokoškolským vzděláním. Zároveň lidé s nižší úrovní vzdělání zvládají zátěž dlouhodobé nezaměstnanosti hůře než lidé kvalifikovaní (Broman a kol., 1995). Tento postoj je nepochybně ovlivněn negativní zkušeností nekvalifikovaných dělníků a vědomím omezených šancí sehnat práci, možná i zafixovaným pocitem bezmocnosti, spojeným s převážně pasivní strategií spoléhání na někoho jiného.

### Věk

Rizikovou skupinou jsou **lidé mladší 25 let nebo starší 50 let**.

Mladí lidé, kteří by měli nastoupit do svého prvního zaměstnání, mnohdy nemohou najít žádnou práci, protože jsou všechna místa obsazená.

Nezaměstnanost může mít pro mladé lidi víc negativních důsledků než pro jiné věkové kategorie.

- Zaměstnání a z něho vyplývající ekonomická nezávislost jsou jedny z důležitých znaků **dospělosti**. Nezaměstnaný, který je existenčně závislý na rodině nebo na podpoře, nemůže získat status dospělého.
- Mladí nezaměstnaní nemohou rozvíjet svoje schopnosti a dovednosti, **nevytvoří si potřebné pracovní návyky**. Leckdy zapomenou i to, co se ve škole naučili. Zvyknou si na roli nezaměstnaného a na podporu. Vzhledem k tomu, že jsou většinou svobodní a nemají velké finanční potřeby, podpora jim zpravidla stačí. Někdy získávají příspěvek i od rodičů. Za těchto okolností nemusí být motivováni k hledání práce. Návyk „flákání" bude působit jako blokáda účelnější adaptace.
- Nezaměstnanost zvyšuje **riziko asociálního chování mladistvých**. Nadbytek času, nuda, nedostatek programu a povinností, event. i frustrace daná jejich vyloučením ze společnosti, často přispívají k nežádoucím formám chování. Nezaměstnaní mladiství se sdružují do part, užívají drogy, kradou, chovají se vandalsky. Společnost je nepřijala, neposkytla jim šanci získat zaměstnání, a proto nerespektují její normy. Mají dokonce pocit, že je to jejich právo a nemají příliš co ztratit. Hlavním rizikem zůstává zafixování těchto způsobů chování a omezení schopnosti adaptace na život zaměstnaného člověka. Tento problém ilustrují slovenské studie 302 mladých nezaměstnaných K. Adamoviče a kol. (1994; 1995). Poměrně překvapující bylo zjištění, že tito mladí nezaměstnaní byli relativně pasivní, sami práci nehledali a očekávali pomoc zvenku. Aktivní řešení zvolilo jen necelých 10 %. Jejich očekávání byla spíše optimistická, 54 % předpokládalo, že v budoucnosti práci najdou. Příčina, proč dosud žádnou nemají, byla podle jejich názoru objektivního charakteru (50 %). Jen někteří (13,4 %) přiznali, že na této situaci mají také svou vinu. Typické znaky postojů slovenské mládeže, jejich bezradnost, sklon k rezignaci a apatii, může být důsledkem relativní novosti tohoto problému, který nemá v populaci zafixovaná standardní řešení. V českých podmínkách by se pravděpodobně objevily podobné potíže.

Ztráta zaměstnání je závažnější stresovou situací pro **lidi starší 50 let**. Pro tuto věkovou kategorii představuje i větší zdravotní rizika. Příčiny jsou zřejmé: starší nezaměstnaní mají omezenější šanci získat práci. Zvládání zátěže může být nepříznivě ovlivněno i dalšími negativními faktory souvisejícími se stárnutím (horší zdravotní stav, méně sil, negativní zkušenosti, sklon k rezignaci apod.).

### Pohlaví

**U žen je riziko ztráty zaměstnání větší než u mužů.** Ženy bývají dříve propouštěny, zejména pokud nemají dobrou kvalifikaci. (Mezi nezaměstnanými ženami bylo 76 % těch, které byly jen vyučeny nebo neměly žádnou kvalifikaci – Svobodová, 1993). Profesní role může mít pro muže a ženy jiný význam. To znamená, že také nezaměstnanost pro ně má **různé důsledky**, liší se i ve způsobu **prožívání** nezaměstnanosti a v preferované **strategii** vyrovnání se s touto zátěží.

- **Nezaměstnaná žena.** Ženská role je naplněna rolí matky, která pečuje o děti a o domácnost, i rolí profesní v individuálně různém poměru.





Jestliže žena ztrácí zaměstnání, není to společensky tak stigmatizující a degradující jako v případě muže.

Mnozí autoři se domnívají, že ženy nebývají ztrátou zaměstnání tolik stresovány jako muži, avšak někteří výzkumníci zjistili opak (Kirchler, 1993; Svobodová, 1993). Nezaměstnané ženy bývají méně aktivní, pesimističtější a defenzivnější. Pociťují ve větší míře než muži sklíčenost, ztrácejí pocit pohody a vnitřní rovnováhy, jsou úzkostnější, přecitlivělejší, bezradnější, pociťují častěji deprese a vyčerpanost (Svobodová, 1993; Machalová, 1994). Při zvládání stresu spojeného se ztrátou zaměstnání je důležitá sociální podpora (zlepšuje celkové ladění a pocit pohody, zvyšuje sebeúctu). Tuto podporu měly spíše ženy, které ji dokázaly i více využívat. Pomáhalo jim, že si udržely různé kontakty s přáteli a příbuznými, že se nevázaly jen na lidi z pracoviště (Seifert, Hoffnung a Hoffnung, 1997).

Nezaměstnanost vadila více než polovině nezaměstnaných žen, 19 % žen svou situaci prožívala jako stresovou. Změnil se jejich denní režim, začaly např. později vstávat; 23 % žen se nudilo. Většina žen sice neměla námitky proti krátkodobé nezaměstnanosti, protože měly najednou více času na domácnost i pro sebe, avšak pokud tato situace trvala delší dobu, obávaly by se problémů ekonomického rázu (Svobodová, 1993).

P. Mareš (1994) uvádí, že mnohé mladé ženy reagují na ztrátu zaměstnání těhotenstvím. Mateřská role je v tomto případě plnohodnotnou náhradou profesní role.

- **Nezaměstnaný muž.** Hlavní sociální rolí dospělého muže je role živitele, má zajistit rodinu (nebo přinejhorším alespoň sebe sama) ekonomicky. Nezaměstnaný muž ztrácí v rodině svou dominantní roli, a tím i svůj status, autoritu a prestiž. **Propuštění z práce představuje pro muže větší stres než pro ženy** (Seifert, Hoffnung a Hoffnung, 1997). U mužů převažoval aktivnější a ofenzivnější postoj (Machalová, 1994). Avšak i oni se cítili rozladění, podráždění, prožívali určitou nepohodu a psychické napětí. (Vzhledem k tomu, že šlo o skupinu vysokoškoláků, nemusí tyto závěry platit zcela obecně.)

### Sociální kategorie

Riziko nezaměstnanosti je zvýšené u lidí **z nejnižší sociální vrstvy**, u příslušníků různých **minorit** (u nás jde především o Romy) **a přistěhovalců**. Na pracovním trhu jsou přes kompenzační opatření státu výrazně znevýhodněni lidé se změněnou pracovní schopností v důsledku nemoci nebo postižení. Za určitých okolností mohou být snadněji propouštění i lidé s politickou nebo konfesijní příslušností.

Tradice dlouhodobé nezaměstnanosti může mít různé důsledky. V této souvislosti se mluví o specifické třídě deklasovaných, o tzv. *underclassu* (Mareš, 1994). Jestliže je člověk nezaměstnaný velmi dlouhou dobu a postupně na lepší status rezignuje, identifikuje se s nezaměstnanými jako skupinou, a tak se zařazuje mezi outsidry. Tuto podřadnou třídu lze definovat její izolací, vyřazením z profesního proudu a trvalejší závislostí na sociální podpoře (resp. na jiných, nestandardních příjmech – např. z kriminální činnosti). *Underclass* je typický odcizením od společnosti, pocitem těchto lidí, že do ní nepatří a nejsou zde akceptováni. Tato skupina, má své vlastní hodnoty, normy a preferované

strategie, které jsou důsledkem dlouhodobé sociální deprivace a izolace z majoritní společnosti. Tito lidé nemají příliš velkou šanci na zlepšení své pozice, jejich adaptační kompetence i očekávání se postupně snižují v takové míře, že by jinou roli ani nezvládli. U nás je tímto vývojem ohroženo romské etnikum.

Nezaměstnanost podmiňuje a posiluje i různé sociálně **patologické reakce**. Pokud je člověk dlouhodobě nezaměstnaný a nemá přijatelnou perspektivu, může reagovat i odmítnutím obecně platných hodnot, zavržením autorit a sociálních norem prezentovaných společností, která mu neposkytla šanci. Důsledkem nezaměstnanosti může být kriminální chování, především majetkového charakteru, nebo násilné činy, spáchané např. pod vlivem alkoholu.

Na druhé straně nelze opomenout, že mezi nezaměstnanými **je zvýšený výskyt osobnostní** nebo **sociální patologie**. Obyčejně se zde sdružuje více zátěžových faktorů. Jde o jedince neschopné přijatelné sociální adaptace, se sklonem k abúzu alkoholu a drog, k asociálnímu chování a k identifikaci se s kriminální sociální vrstvou. Neochota akceptovat zaměstnání jako zdroj finančních prostředků je v těchto případech pouze jedním z projevů osobnostní patologie.

### 25.1.5 Rodina nezaměstnaného

Nezaměstnanost jednoho z jejích členů je zátěžovou situací pro celou rodinu. Za určitých okolností může vést ke krizi a k následnému rozpadu rodiny. Ztráta profesní role jednoho člena rodiny se projeví:

- změnou ve vztazích mezi rodinnými příslušníky,
- ztrátou rolí (např. nezaměstnaný otec ztratí dominantní roli, kterou získává jiný, ekonomicky aktivní člen rodiny), a z toho vyplývající změnou statusu (zejména u mužů),
- narušením stereotypu rodinného života (např. rušivý vliv trvalé přítomnosti nezaměstnaného doma),
- narušením rodinných zvyků v oblasti spotřeby vlivem nedostatku finančních prostředků, nutnost redukce potřeb všech členů rodiny.

**Solidarita rodiny** může nezaměstnaného podpořit, může za těchto okolností fungovat jako zdroj jistoty, bezpečí a jako ekonomické zázemí. Přijmout takovou podporu je ovšem snadnější pro člověka v určité roli, např. pro matku, mladého člověka apod. Pro muže, od něhož se obecně očekává ekonomické zabezpečení rodiny, to tak snadné být nemusí. Komplexní podpora rodiny je velice žádoucí, avšak nelze přehlížet fakt, že i pro partnera nezaměstnaného je situace stresující a on sám může pociťovat úzkost, strach z budoucnosti i deprese, které v něm vyvolá tíživá situace. A. D. Vinokur a kol. (1996) potvrdili, že zátěž nezaměstnanosti, spojená s finančními potížemi, působí negativně na oba partnery. Za těchto okolností se nezaměstnanému nedostává podpory, kterou by potřeboval. Důsledkem je zhoršení vztahu i emočního ladění obou dvou manželů.





## 25.2 Bezdomovectví

Bezdomovec může být osobou bez trvalého bydliště nebo je tzv. osobou bez přístřeší, která sice oficiálně trvalé bydliště má, ale z nějakého důvodu jej nechce nebo nemůže užívat. Takový člověk obvykle nemá ani zaměstnání a rodinu, resp. jeho vztahy s příbuznými jsou natolik narušené, že zcela ztratily svou funkci. Nemá téměř žádné vazby ke společnosti, zůstává izolován na jejím okraji. Bezdomovectví je výsledkem **generalizovaného psychosociálního selhání**, spojeného se ztrátou komplexu běžných rolí. Takovým způsobem bývají obvykle postiženi lidé s dysfunkční osobností, s nedostatečnými kompetencemi a s negativními návyky. *„... bezdomovectví je více než nedostatkem přístřeší a více než chudobou. Je součástí širšího procesu marginalizace, založeného na neschopnosti bezdomovců participovat na způsobu života, který je standardní pro většinu populace."* (Mareš, 1999, s. 58)

Ke vzniku tohoto sociálního jevu do značné míry přispívají ekonomické faktory, nezaměstnanost a růst chudoby (Horáková, 1996). Příčiny bezdomovectví jsou však složitější, jsou ovlivněné mnoha dalšími faktory. Jedinci, u nichž je zvýšené riziko, že se stanou bezdomovci, bývají komplexně, somaticky, psychicky i sociálně handicapováni. Původní, orientační rodina bezdomovců bývá dysfunkční nebo vůbec neexistuje. Jako děti byli vystaveni nezájmu, podceňování, nebo dokonce násilí a zneužívání; byli z rodiny vyhnáni nebo sami utíkali a toulali se. Rodina měla špatné bytové a materiální podmínky (Clarke a kol., 1995; Anderson, 1996). Chybí jim jakékoli sociální zázemí (Clarke a kol., 1995; Zima a kol. 1996). Kombinace různých zátěží nakonec vede ke generalizovanému sociálnímu selhání.

**Postoj společnosti k bezdomovcům** bývá typický ambivalencí, kombinací odporu a soucitu. Mnohdy převažuje negativní postoj spojený s odmítáním. B. G. Link a jeho spoluautoři (1995) mluví o únavě soucitu, o opotřebování a vyčerpání schopnosti soucítit s bezdomovci, o ztrátě trpělivosti s těmito lidmi. Domnívají se, že proto roste ve vyspělých zemích hostilita k bezdomovcům. Veřejnost je považuje za určitý sociální problém, s nímž je třeba něco udělat. Česká společnost sice nemá s bezdomovci tak dlouhou zkušenost, aby se dalo mluvit o únavě, ale negativní postoj a opovržení těmito lidmi zde také převažuje.

□ Mladá žena vyjadřuje svůj názor, který by mohl být reprezentativní: „Mně je z toho hrozně, mně se to příčí, ten pohled na ně je hnusný. Možná si za to můžou sami, protože tady musí být něco, proč jsou na ulici, někde museli bydlet a pracovat, něco se jim stalo."
Podobný postoj se stává stereotypem, mají jej i starší děti, adolescentní děvče vysvětluje svůj názor na příčinu bezdomovectví takto: *„Ten člověk je chudej, třeba protože je línej, a tak se válí po ulici a prosí lidi, aby mu dali peníze a pak si za ně koupí třeba pivo... Spíš by se měli snažit něco dělat a vydělávat, než sedět na ulici a žebrat."* (Škrdlant, 1994)

### 25.2.1 Osobnost bezdomovce a její typické znaky

#### Schopnosti

**Schopnosti** bezdomovců bývají snížené, chybí jim základní kompetence, které jsou nezbytným předpokladem k přijatelné sociální adaptaci. Nedovedou účelněji jednat, potřebují pomoc jiného člověka. Rovněž nemívají rozvinuté volní vlastnosti, nejsou schopni přiměřené autoregulace. Nedonutí se k účelnějšímu projevu, nejsou dostatečně odolní ani vytrvalí, nedovedou se ovládat. Přijatelnější způsob života je pro ně příliš náročným úkolem, který nezvládnou. Příčinou snížení jejich schopností mohou být nedostatky vrozených dispozic i získaná postižení. Může jít např. o mentální retardaci, změny osobnosti nebo o demenci v důsledku dlouholetého abúzu alkoholu a drog. Dispozičním faktorem jsou i odlišné sociální zkušenosti (dlouhodobé věznění, ústavní výchova nebo léčba). Pobyt v institucích eliminuje běžné strategie chování a podporuje rozvoj nových, které jsou v běžném prostředí nefunkční. Častá je kombinace uvedených vlivů.

□ Po návratu z vězení, zejména pokud šlo o dlouhodobý trest, se člověk často nemá kam vrátit, ztratil původní kontakty a leckdy i byt. Takovým způsobem se dostal mezi bezdomovce i starší muž. Sám o tom říká: *„Co se týkalo toho, že jsem takhle spadnul, tak to je proto, že jsem se před dvěma měsícema vrátil z kriminálu po třech rokách a tam jsem během dvou roků prodělal tři infarkty. Teď'ko nemůžu sehnat práci."* (Škrdlant, 1994)

Bezdomovci se nedokáží **adekvátně orientovat ve světě**. Nechápou pravidla a normy, které regulují chování a vzájemné vztahy mezi lidmi, odmítají je, nejsou schopni se jimi řídit. Pro život bezdomovce na okraji společnosti tyto normy vesměs nemají význam.

Bezdomovci nejsou schopni poučení ze zkušenosti, ulpívají na nefunkčních způsobech chování, které jim připadají vhodné jen proto, že je používali vždycky. Selhávají, když se dostanou do potíží. Nejsou schopni prosadit svoje práva a často je ani neznají. K vyrovnání se zátěžemi užívají nepřiměřené a neúčelné způsoby. Cítí se zatíženi větším množstvím problémů, než je obvyklé, proto bývají hostilní a depresivní (Hamid a kol., 1995; Moneyham a Connor, 1995).

□ Příběh starší bezdomovkyně žijící na nádraží se zdá být banální: „Můj muž měl už pět let jinou ženu a nosil jí peníze. Já jsem byla odstrkovaná a nejhorší bylo, že ty děti moje mi utekly do ciziny, takže já dneska nikoho nemám – takže tohle je hrozný, koho mám já teď'ka obviňovat, kdo to zavinil. A já už jsem dneska tak zvyklá, že tady běhám, jako bych byla doma a přitom vím, že jsem ponížená." (Škrdlant, 1994)

#### Potřeby

Bezdomovci mnohdy mají odlišné a většinou **neuspokojené potřeby**, leckdy na ně pod vlivem nepříznivých zkušeností rezignují. Bezdomovec často nic





nechce, nic nečeká a domnívá se, že ani nemá cenu se o něco pokoušet. U mnoha bezdomovců dominuje postoj rezignace, apatie a fatalismu.

**Potřeba stimulace** a získávání nových zkušeností je snížena. Pro lidi, kteří selhali takovým způsobem, že se z nich stali bezdomovci, nemá nová zkušenost žádný smysl; naopak bývá považována za nežádoucí, obtěžující či děsivou. Životní styl bezdomovce, ať už si jej zvolil sám nebo je důsledkem nezvládnutí základních sociálních požadavků, je typický maximálním zjednodušením. Jeho život je pouhým stereotypním vegetováním, často spojeným s užíváním alkoholu nebo drog.

Pokud by měl mít život bezdomovce nějaký řád, musel by mu jej někdo vytvořit, a navíc by nesměl mít větší nároky. Je třeba mít na paměti, že bezdomovec je zpravidla jedinec neschopný zvládnout i běžné nároky. Jeho obrannou reakcí je nejčastěji rezignace.

**Potřeba citového vztahu, jistoty a bezpečí** nebývá uspokojována. Bezdomovec obvykle žádné stabilní a spolehlivé citové vazby nemá. Nemá ani jistotu soukromí domova. Výsledkem strádání je otupělost, v lepším případě sentimentalita, která je jen povrchním emočním projevem. Mezi bezdomovci je vysoká četnost emočně deprivovaných lidí, kteří nikdy kvalitní domov neměli. Dlouhodobé citové strádání vede až k vyhasnutí této potřeby a k náhradnímu uspokojování na úrovni nižších potřeb, např. orální aktivity. Objevuje se idealizace minulosti, dětství a domova (pokud někdy nějaký existoval), bájivá lhavost jako obranná reakce.

V některých případech uspokojuje potřebu citové vazby **zvíře**, bezdomovci mívají psy. Zvíře plní roli společníka, blízké bytosti, která mnoho nevyžaduje, není kritická, přizpůsobí se tomuto stylu života a svému pánovi projevuje sympatii. Poskytuje to, co by mu neposkytl žádný člověk. Vztah ke zvířatům a chování, jež z něho vyplývá, bývá různé. Mohlo by dobře demonstrovat míru citové otupělosti a emoční degradace. Někteří bezdomovci se o psa starají, jiní se k němu chovají agresivně a bezohledně, bijí jej a týrají.

Silný citový vztah a vazbu ke zvířeti dokazuje fakt, že ve vzorku 66 kalifornských bezdomovců (35 mužů a 31 žen) téměř 95 % dotázaných odmítalo nabízené přístřeší, pokud by tam s nimi nemohlo být jejich zvíře (Singer a kol., 1995).

**Potřeba seberealizace** bývá potlačena nebo zcela schází. Bezdomovec sociálně selhal a nemá ani velkou naději, že by mohl získat lepší sociální pozici v budoucnosti. S tím souvisí nízké sebevědomí a sebeúcta. Aspirační úroveň bezdomovců bývá hodně snížena, takový člověk se téměř všeho vzdává, nic nečeká a o nic neusiluje – jde o syndrom naučené bezmocnosti. Mnozí z nich akceptují rezignovaný postoj bez očekávání čehokoli. Jsou zvyklí zaujímat submisivní pozici, prostředky k životu získávají žebráním nebo jeho asertivnější variantou, vymáháním.

**Potřeba otevřené budoucnosti** je v rámci nepříznivé životní zkušenosti rovněž potlačena. Bezdomovci o budoucnosti neuvažují, nic neplánují, žijí přítomností. Jsou schopni uvažovat jen v krátkém časovém horizontu. Do budoucnosti nemají mnoho naděje, jeví se jim nepříznivá. Takový přístup souvisí s jejich neschopností řešit vlastní život jiným způsobem. Bezdomovectví je jen vzácně volbou, častěji je výsledkem celé řady selhání a následné rezignace na lepší alternativu.

#### Sebepojetí

Bezdomovci mívají **nízké sebehodnocení**, při posuzování vlastního života převažuje negativní bilance. Vinu za svoje selhání – v rámci obranných reakcí – přisuzují okolnostem či jiným lidem. Ve vztahu ke společnosti bývají paranoidně ukřivdění nebo rezignovaní. Užívají vesměs tzv. *paliativní obranné strategie*, která je typická tím, že neřeší problém, ale pouze omezuje jeho negativní následky (Banyard, 1995).

□ Starší žena o sobě říká: „Já sama vidím, že jsem klesla, nejsem už ta ženská, čistá a upravená, jako jsem byla. Když se umeju, tak to tady vytřu a jsem zase špinavá . . . Je to těžký život." (Škrdlant, 1994)

**Identita bezdomovce** je typická přijetím negativního obrazu sebe sama a rezignací na změnu nebo pokusy o jeho zlepšení alespoň na symbolické úrovni. Prostředkem bývá bájivá lhavost. Stylizace a zkreslování reality není pravou lží, má primárně za cíl podporu sebeúcty a teprve sekundárně může jít o získání výhod.

### Sociální vztahy

Bezdomovectví je projevem **selhání v oblasti socializace**. Bezdomovci nejsou schopni zodpovědného chování, nedovedou se o sebe postarat standardním způsobem. Přijetí role ekonomicky nesoběstačného bezdomovce je projevem rezignace. Z důvodů omezených kompetencí přetrvává závislost na společnosti a jejích institucích, tzn. na charitativní péči.

□ Mladý bezdomovec o své obživě říká: „Když nemám peníze a potřebuju na pivo a na cigarety, tak nekradu – to jsem se nenaučil – ale chodím žebrat. Nastavím klobouk a čekám . . . Když to hodí hodně, tak dvě stě maximálně, to jsem spokojenej, ale odejdu i se stovkou, to mi stačí." Stejný postoj má i starší muž žijící na nádraží: „Jestliže chci teďka žít trochu jako člověk, tak se musím přes den snížit, vzít plechovku, sednout si před kostel a žebrat." (Škrdlant, 1994)

Vztahy bezdomovců s ostatními lidmi jsou velmi omezené. Významný je zejména nedostatek trvalejší a hlubší vazby s jakýmkoli člověkem. Převažují náhodné kontakty s podobnými lidmi. Jejich sdružování je obyčejně účelové, vytvářejí jakési subkultury (např. na nádražích). Vztahy v těchto skupinách však bývají povrchní, situační a jsou dány podobností role a statusu, je v nich zřejmá nedůvěra a nejistota. Nebývají individuálně výběrové, podstatný je pouze předpoklad přijetí, resp. neodmítnutí.

V důsledku ztráty citově hlubších vazeb bývají bezdomovci emočně oploštělí, často necitliví i sami k sobě. Riziko vzniku takového postoje zvyšuje citová deprivace, závažná negativní zkušenost, duševní nemoc, závislost na drogách a z toho vyplývající egocentrismus a bezohlednost.

Lidmi z majoritní společnosti není bezdomovec akceptován a ví o tom (i když si tuto skutečnost často nechce přiznat). Vzhledem k tomu v jejich chování převažují extrémní varianty: Tendence k demonstraci submise (žebrání) a zdůraznění své bezmoci a závislosti, anebo latentní i reálná agrese proti lidem s lepší sociální pozicí, která má obranný charakter. Agrese bývá spojena s pocitem oprávněnosti požadavku podpory ve smyslu *„Oni mají dost, tak mohou či musejí dát"*.

□ Nádraží neposkytuje klidné zázemí, život bezdomovce je zde náročný. Mladší, relativně dobře socializovaný muž říká: „Pokud člověk má peníze a ví, jak to chodí na nádraží, tak mu to vůbec nepřijde. Tak se starám, abych peníze udržel, vyspal se a nebyl okradený . . . Jak je to s hygienou? Pokud je člověk inteligentní, tak na nádraží jsou služby."
Starší bezdomovec je na tento styl života dobře adaptován: „Prostě si musíte vzít ten karton, abyste měl na čem spát. No a potom celou noc být ve střehu, protože choděj takový dobráci, který by vám od něčeho pomohli." (Škrdlant, 1994)





Bezdomovci leckdy bývají nestandardní osobnosti, pro něž je typická nekonformnost, odmítání hodnot a norem majoritní společnosti. Z toho vyplývá preference alternativního, někdy až asociálního způsobu života. Mnohdy ovšem také konfabulují a tímto způsobem brání svou sebeúctu.

□ Starší bezdomovec žijící v Praze na nádraží uvádí: „Já mám ve Strakonicích za dva roky důchod. Zatím tak ňák vystačím tady . . . Ne já tam nepudu zpátky na vesnici, tam se nenajde ani rohlík plesnivej. Ale tady je to ráj, já tam nepudu do bídy . . . Nepotřebuju byt, každej shání byt, já potřebuju kamrlík, nějaký opuštěný špajz, dvakrát čtyři metry . . . Jo, jo, tady je to hotovej ráj, jediný místo v republice, je tu cizina, celá Evropa." (Škrdlant, 1994)

Nepřijatelné projevy chování a neschopnost respektovat běžná pravidla chování činí tyto lidi mnohdy sociálně neúnosné. Do této kategorie velmi často patří lidé, kteří strávili delší dobu ve vězení. Pobyt v takových zařízeních eliminuje běžné strategie chování a podporuje rozvoj strategií nových, které jsou v běžném prostředí nefunkční.

□ Mladý bezdomovec o sobě vypráví: „Co mi umřela matka před šesti lety – to byl můj anděl strážný –, s otcem jsem měl neshody, a tak jsem mu přestal platit, a on mi zavřel vodu a elektřinu. Tak jsem se rozhod, že budu žít na nádraží." (Škrdlant, 1994)

Často se bezdomovci stávají lidé trpící **duševní chorobou**, kteří nejsou po propuštění z léčebny vždycky schopni přijatelné adaptace na běžné podmínky a na samostatný život. Riziko takového selhání zvyšovala jejich útočnost, závislost na psychoativních látkách a nedodržování léčby (Goldfinger a kol., 1996). K podobnému závěru dospěl i C. E. Adams a kol. (1996). Mezi ženami, které žily jako bezdomovci, byl výraznější výskyt psychóz a drogových závislostí. Často jde o kombinovaný handicap (např. duševní choroba a závislost na drogách). Bezdomovci se častěji uchylují k **sebevraždě**, jež je východiskem ze subjektivně nezvládnuté situace.

## 25.2.2 Somatická rizika bezdomovectví

Styl života bezdomovců vede k rychlejšímu somatickému chátrání. Nedodržují základní hygienu, částečně proto, že k tomu nemají motivaci, a částečně kvůli nedostupnosti hygienického zařízení. Tito lidé se samozřejmě nestarají ani o svou životosprávu, jedí velmi nepravidelně a zpravidla to, co seženou. Jejich zažívací problémy bývají zhoršovány abúzem alkoholu nebo drog a masivním kouřením. Bývají podchlazeni, svoje choroby přecházejí. Hospitalizace bývá

jen dočasným řešením. Po propuštění z nemocnice se situace opakuje (Heller, 1994). Riziko předčasného úmrtí je značné (důsledky abúzu různých látek, smrt podchlazením v opilosti, v důsledku úrazu, celkového vyčerpání organismu apod.). **Bezdomovci potřebují všestrannou sociální pomoc.**

## Shrnutí

Ztráta zaměstnání je zátěžovou situací, vyvolávající typické psychické, sociální i somatické reakce. Nezaměstnanost je spojena se ztrátou významné sociální role a se snížením sociálního statusu. Role nezaměstnaného má podřadný status a omezená privilegia. Negativní postoj společnosti je součástí celkové zátěže, kterou přináší tato role. Nezaměstnanost nezatěžuje jen jednotlivce, ale i celou jeho rodinu. Za určitých okolností může vést k jejímu rozpadu.

Bezdomovectví je výsledkem generalizovaného psychosociálního selhání, spojeného se ztrátou komplexu běžných rolí. Bezdomovci často bývají somaticky, psychicky i sociálně handicapováni. Postoj společnosti k bezdomovcům bývá typický ambivalencí, kombinací soucitu a odporu.

## Kontrolní otázky

- Jaké jsou psychické reakce na ztrátu zaměstnání? Vysvětlete podstatu jednotlivých fází.
- V čem spočívá hlavní riziko adaptace na styl života nezaměstnaného?
- Čím lze charakterizovat životní styl dlouhodobě nezaměstnaného člověka?
- Zkuste si představit, jak byste vy sami reagovali na ztrátu zaměstnání.
- Čím je charakteristická role nezaměstnaného?
- Jaké jsou převažující postoje společnosti k nezaměstnaným?
- Jaká rizika představuje ztráta zaměstnání pro rodinu nezaměstnaného?
- Jak byste definovali hlavní psychosociální znaky bezdomovectví?
- Jaké jsou rizikové faktory vzniku bezdomovectví?
- Jaký je vztah majoritní společnosti k bezdomovcům?



# 26 Psychologické problémy spojené s delikventním chováním a penitenciární péčí

Delikventní chování je porušováním právních norem určitého státu. Nejde tedy už jen o přestupky proti nepsaným pravidlům společenského soužití, ale o závažnější činy, které jsou definovaným způsobem sankcionovány.

Pro většinu delikventů je typické, že dovedou o svém cíli a jeho dosažitelnosti přijatelně logicky uvažovat, ale nejsou schopni si připustit, jaké může mít následky. Zpětná vazba pro ně nemívá potřebnou informační hodnotu, nedovedou se poučit ze zkušenosti (např. s opakovaným uvězněním v důsledku stále stejných trestných činů). V případě recidivistů může hrát svou roli i lhostejnost k následkům, která je výrazem přijetí určitého stylu života, do něhož patří i pobyt ve vězení. Už nebývají schopni řešit svůj život jinak.

**Etiologie** delikventního chování je multifaktoriální. Konkrétní trestný čin je vždycky výsledkem interakce vnitřních faktorů (tj. osobnosti pachatele) a vnějších okolností (tj. situace, v níž k trestnému činu došlo). V krajních případech je určující jeden z uvedených faktorů. Člověk se může octnout v kritické situaci, kdy vnější faktory do značné míry ovlivní jeho reakci. Například dlouhodobě týraná žena zabije v afektu svého muže-agresora.

Teorií, které se pokoušely vysvětlit příčinu delikventního chování, bylo mnoho (Netík a Netíková, 1994; Čírtková a Červinka, 1994). Za zmínku stojí 100 let stará „teorie vrozeného zločince" vojenského lékaře a představitele pozitivistické školy 19. století Cesara Lombrosa. Avšak i Lombroso ve svých pozdějších pracích připustil, že se na vzniku takového chování podílí více vlivů. Představitelem nativistického směru byl H. H. Goddard, který považoval za příčinu kriminálního chování mentální defekt. Pachatel je podle jeho názoru „morálním idiotem" a není schopen se přijatelně chovat.

Další teorie už počítaly s vlivem učení. Anglický psycholog H. Eysenck (1964) považuje za rizikového jedince extravertovaného neurotika, jehož nadměrné zaměření na okolní svět je příčinou neschopnosti adekvátního sociálního učení. Důsledkem nedostatků socializace může být chování, které nerespektuje dané normy.

Teorie G. D. Walterse a T. W. Whita (1989) považuje za hlavní příčinu kriminálního chování odlišné uvažování. Walters a White vytvořili **model kognitivního stylu** typického pro kriminální recidivisty, který zdůrazňuje iracionální prvky v jejich uvažování, jeho emoční ovlivnění a působení silných obranných mechanismů, které jim znemožňují přiměřené hodnocení situace a poučení ze zkušenosti.

Typickými znaky tohoto způsobu uvažování jsou:

- **Zkreslená interpretace vlastního chování.** Jde především o působení obranné racionalizace, která vylučuje negativní hodnocení.
- **Odblokování,** tj. působení obran nejenom v hodnocení minulého chování, ale i ve vztahu k budoucnosti, např. alkoholem je zahnána obava z následků plánovaného činu. Důsledkem takového přístupu, který zjednodušuje a pozitivně zkresluje situaci, je odstranění zábran a zvýšení pravděpodobnosti dalších trestných činů.
- **Pocit privilegovanosti** a z něho vyplývající nezávaznosti jinak obecně platných norem.
- **Zjednodušené sociální hodnocení,** které rozlišuje pouze lidi slabé a silné. Recidivista pak má zvýšenou potřebu moci jako důkaz síly. Takto zkreslené hodnocení společnosti a své vlastní pozice v ní podporuje bezohlednost a násilné prosazování vlastního uspokojení.
- **Sentimentalita,** sklon k povrchním citovým vztahům, jež nejsou spojeny s jakoukoli zodpovědností a ochotou se něčeho vzdát, je jedním z typických znaků emocionality delikventů.
- **Superoptimismus,** který zkresluje úsudek ve směru ulpívání na neadekvátně optimistické interpretaci situace. Takto uvažující kriminální recidivista se domnívá, že nebude dopaden (navzdory zkušenosti, která říká, že ho nakonec vždycky chytili). Povrchní a citově ovlivněné hodnocení, jež funguje jako podpora egocentrického výkladu situace, zvyšuje pravděpodobnost neustálého opakování trestných činů a může se pochopitelně odrazit i v hodnocení reálných důsledků těchto činů: delikvent si myslí, že byl chycen náhodně a ze situace se nepoučí.
- **Kognitivní indolence, lenost uvažovat.** Jde o určitou variantu kognitivní rigidity. Projevuje se orientací na přítomnost a nechutí nebo neschopností přemýšlet o budoucnosti.
- **Diskontinuita uvažování,** neschopnost trvalejšího názoru, snadná ovlivnitelnost jakýmikoli vnějšími vlivy. Takový způsob hodnocení opět vede k akcentaci významu přítomnosti a bagatelizaci, či přímo ignorování minulosti i budoucnosti. Toto uvažování znemožňuje pochopení souvislostí a vztahů potřebné k adekvátnímu hodnocení situace. Uchovává nezralý egocentrismus zaměřený na přítomnost, na aktuální uspokojení vlastních potřeb.

Pokusy vysvětlit kriminální chování typickou strukturou osobnosti však selhaly. Ukázalo se, že jednotný osobnostní model neexistuje. *„Představa o absolutní, zásadní a trvalé odlišnosti osobnosti pachatele od nekriminální většiny je překonaným mýtem forenzní psychologie a kriminologie."* (Čírtková a Červinka, 1994, s. 154). Všechny vlastnosti, které zvyšují riziko delikventního chování (např. sobeckost, chladnokrevnost, necitlivost, fyzická zdatnost), mohou být stejně i předpokladem ke společenskému úspěchu.

Nepotvrdila se ani existence typické delikventní motivační a hodnotové struktury. Potřeby pachatelů trestných činů se nemusí významněji lišit od populačního průměru. Rozdíl je spíše ve způsobu, jakým je uspokojují.

Typickými znaky motivace a způsobu uspokojování potřeb delikventních jedinců jsou:

1. **Nezdrženlivost** a důraz na neodkladné uspokojení aktuálně pociťované potřeby. Jedinec o svém chování neuvažuje.





2. **Egocentrismus** a z něj vyplývající subjektivizace veškerých norem.

K. Netík (1994) uvádí jako pomocné hodnotící schéma typické varianty čtyř základních osobnostních faktorů, které mohou mít pro rozvoj delikventního chování význam:

1. Úroveň emočního ladění: nepřátelský postoj ke světu, tj. **hostilita.**
2. Úroveň zformování svědomí: **nedostatečně rozvinuté svědomí.**
3. Úroveň sociální reaktivity: **impulzivita,** která je spojena s nedostatečným sebeovládáním.
4. Úroveň sebeprosazování: asertivnost až **agresivní prosazování vlastních cílů.**

## 26.1 Člověk obviněný z trestného činu

Do situace obvinění z trestného činu se dostávají různí lidé. V literatuře se uvádějí tyto základní typy (Netík a Netíková, 1994; Čírtková a Červinka, 1994):

- Pachatel, který se dopustil trestného činu poprvé. Jeho čin má epizodickou povahu a neopakuje se. Osobnost tohoto člověka nebývá narušena a za svůj čin se cítí vinen.
- Člověk, jehož trestná činnost je důsledkem **psychické poruchy**, duševní nemoci nebo **mentální retardace**. Do této kategorie patří např. trestně nezodpovědní, duševně nemocní jedinci. Často nejsou schopni přiměřené orientace v situaci, neumí odlišit přijatelné a nepřijatelné chování, mnohdy nedovedou svoje chování potřebným způsobem ovládat. Často nechápou význam sociálních či právních norem chování.
- Defektně, respektive **nedostatečně socializovaný jedinec**, který se neřídí obecně platnými normami a nedovede ovládat své chování (i když je jeho inteligence v normě a netrpí žádnou duševní chorobou). Bývají to lidé s disociální poruchou osobnosti nebo s emočně nestabilní poruchou osobnosti.
- **Deviantně socializovaný typ,** který respektuje jiné sociální normy než ty, jež jsou platné v majoritní společnosti a chráněné právními předpisy. Do této kategorie patří příslušníci jiného etnika, určitých sociálních skupin (mafií, sekt apod.). Jde o delikventní chování podmíněné sociokulturními vlivy.

Když se člověk dostane do **role obviněného**, většinou se mění jeho prožívání, uvažování i chování. Obvinění je pro většinu lidí situace se značnou psychickou zátěží. Její základní charakteristikou je **pocit ohrožení**, které zatím není konkretizováno (jedinec bude teprve souzen). Tento pocit zahrnuje úzkost, nejistotu a strach z budoucnosti. Logickým důsledkem této zatěžové situace je oživení obranných reakcí, jejichž charakter je závislý na osobnosti obviněného člověka, jeho životních zkušenostech a jeho aktuálním tělesném i duševním

stavu. (Obrannou reakcí může být např. racionalizace ve vztahu k trestnému činu, z něhož je obviněn, vytěsnění traumatizujících zážitků apod.) Člověk si vůbec nemusí uvědomovat, že jeho reakce jsou takto ovlivněny, a myslí si např., že jeho výpověď je ve shodě s realitou, tj. „pravdivá". Na druhé straně se pochopitelně objevují i jednoznačně účelové, vědomé obrany, např. lhaní a zapírání.

## 26.2 Psychologické účinky vyšetřovací vazby

□ Mladý muž, odsouzený za vraždu, vysvětluje: „Víte, proč si lidé ve Valdicích neuvědomují svou vinu? Kluk, který ve dvacíti někoho praští, a ten člověk umře, je z toho vedle. Seberou ho, a on jen těžko říká, co vlastně provedl. Jenže pak to musí říkat ten první den podruhé, potřetí, podesáté... Další dny znovu a znovu, až už si vůbec neuvědomuje, co říká. K tomu podmínky vazby, soudu. Zdá se mi, že si nikdo neuvědomuje nelidskost vyšetřovací a soudní mašinerie. Tady opravdu většina lidí přestala vidět svou vinu poté, kdy přestála martyrium výslechů, potom oficiální zatracení znalci, které nakonec bylo potvrzeno soudy.
Trvá to mnoho měsíců, v jejichž průběhu se nad člověkem veřejně, nadšeně a velmi hlasitě pohorší vlastně kdekdo. Víte, co mi napsali do posudků? Že jsem měl ve druhé třídě dvojku z chování (trefil jsem učitelku plastelínou). U soudu se to nestyděli přečíst.
Dostal jsem se z toho, takže teď mohu říci, že mě ta jejich zavilost málem přivedla k nenávisti ke všem lidem. Jenže spousta lidí se z toho nedostala."

Podmínky vyšetřovací vazby představují ještě závažnější zátěžovou situaci, než je obvinění. Stresová situace zahrnuje strádání v oblasti uspokojování psychických i tělesných potřeb.

**Potřeba stimulace** je mnohem méně uspokojována, prostředí je stereotypní, navíc zde nepříznivě působí výrazné omezení běžných sociálních kontaktů.

Jedinec se musí v novém prostředí orientovat a **adaptovat** se na ně, což je pro nezkušeného jedince silná zátěž. Negativní zkušeností je i případná šikana a agresivní projevy ze strany spoluvězňů. Takový zážitek narušuje sebevědomí a ohrožuje jistotu lidské důstojnosti.

**Potřeba citové jistoty a bezpečí** je uspokojována nanejvýš symbolicky, spoléháním se na zázemí, které zůstalo mimo vazební věznici. Pocity vztažené k domovu mohou oscilovat mezi podezíravostí, strachem z opuštění, a idealizací domova. Nejistota bývá značně generalizovaná, člověk ještě nebyl odsouzen a neví, co s ním dále bude. Pocit napětí a ohrožení je silnější u lidí, kteří jsou ve vězení poprvé.

Ani **potřeba seberealizace** nemůže být za těchto podmínek přijatelně, resp. běžným způsobem, uspokojována. V případě zkušených recidivistů ji může saturovat pocit moci a nadvlády nad spoluvězni, seberealizace má v tomto případě podobu dokazování vlastní síly. Většina obviněných nemá pro jiný způsob seberealizace téměř žádné možnosti. Dominantním pocitem bývá nuda.





Člověk, který se do podobné situace dostává poprvé, může mít pocit, že ztrácí svou identitu, svou profesní roli i postavení (pokud vůbec nějaké měl).

### Reakce na vazbu

**Reakce** na zátěž výkonu vazby jsou různé, oscilují mezi tendencí k agresi a různými únikovými projevy (podle Netíka a Netíkové, 1994):

1. **Agrese** může být zaměřena na okolí, nebo na sebe. Autoagrese může mít za cíl vydírání vězeňského personálu.
2. **Únik** ze zátěžové situace bývá většinou jen symbolický. Může jít o tendenci ke stažení do sebe, k úniku do fantazie, ale i k úniku do nemoci.

Adaptační mechanismy mohou selhávat a potom dochází ke vzniku **reaktivních psychických poruch neurotického charakteru**. Vazební uvěznění může fungovat jako silný stres a jako reakce se rozvine posttraumatický stresový syndrom. Neurotické potíže se projevují somaticky (nespavost, bolesti hlavy, zvýšená únava a bolesti) i psychicky (neschopnost koncentrace pozornosti, fobie, nutkavé chování apod.).

## 26.3 Psychologické aspekty výkonu trestu odnětí svobody

Podle právních norem je trest projevem odmítnutí určitého **chování**, ale fakticky se svými psychosociálními důsledky projevuje jako zavržení **člověka**, který se takto choval, a jeho vyloučení ze společnosti. Jedinec, jenž byl trestán, získává **roli kriminálníka**, která představuje závažné sociální stigma.

V souvislosti s pobytem ve vězení ztrácí trestaný:

a) zaměstnání, a tím i svou profesní roli;

b) často se mu rozpadá manželství, resp. ho odmítne rodina, ztrácí i další sociální vztahy, tzn. nebude mít potřebné zázemí, často ani bydliště;

c) ztrácí své vědomosti, dovednosti a návyky.

Všechny uvedené následky mohou zásadním způsobem změnit život člověka i po skončení výkonu trestu. Mohou jej změnit tak dokonale, že už nebude schopen začít znovu sám a bez podpory žít normálním způsobem. Na druhé straně je třeba vzít v úvahu, že mnozí trestaní, zejména recidivisté, žádoucí dovednosti a návyky nikdy neměli a na svobodě se chovají způsobem neúnosným v rodině i v zaměstnání.

**Trest odnětí svobody** má dvojí účel:

1. **Ochrana společnosti** před omezováním práv všech občanů kriminálním chováním jedinců, resp. skupin.

2. **Odstrašení** delikventů od další kriminální činnosti. Je obecně známo, že tohoto cíle se dosahuje mnohem hůře. U socializovaných lidí stačí pouhá hrozba sankcí, spojená s anticipovanými pocity viny a hanby. U recidivistů jsou běžné tresty zcela neúčinné, neboť jsou na takový způsob života adaptováni. Za určitých okolností může trest plnit tento účel u lidí, kteří se provinili poprvé.

Pobyt ve vězení znamená ztrátu svobody a z toho vyplývá strádání v oblasti mnoha dalších potřeb i lidských práv (viz předchozí subkapitolu). Vězení je sociálním prostředím, které se značně odlišuje od prostředí běžného života. Vězeň se může jen minimálně samostatně rozhodovat, stává se pasivním objektem působení vězeňského systému. Ztrácí na určitou dobu většinu svých rolí, které měl na svobodě (pokud je vůbec kdy měl). Jeho vnucenou, aktuálně dominantní rolí je role trestaného, vyloučeného ze společnosti.

Trest odnětí svobody mění prožívání, uvažování i chování vězně. Vězeňské prostředí má své vlastní normy a pravidla chování více či méně odlišné od obecně platných norem. Ve vězení jsou užitečné jiné vzorce chování. Způsoby chování získané na svobodě vyhasínají – nejsou zde potřebné, někdy jsou dokonce nežádoucí a spoluvězni sankcionované. Adaptace na prostředí vězení zásadním způsobem mění hodnoty, normy i vzorce chování, a stává se překážkou návratu trestaného člověka do společnosti.

Čím déle trvá výkon trestu, tím je pravděpodobnější budoucí selhání ve většině sociálně důležitých oblastí: profesní, partnerské, občanské atd. Dlouhodobé tresty s dobou trvání nad 10 let mají jediný účel: izolovat nebezpečného a aktuálně neovlivnitelného pachatele od společnosti.

## Prizonizace

Adaptace na život ve vězení se označuje jako **prizonizace**. Má dvě důležité složky (Harbordt, 1967, in Netík a Netíková, 1994; Čírtková a Červinka, 1994).

1. **Institucionalizace** označuje skutečnost, že se člověk adaptuje na vysoce organizovaný způsob života ve vězení spojený se ztrátou samostatnosti a iniciativy. Z toho vyplývá změna jeho postojů, vzorců chování i obranných mechanismů. Adaptace vede ke ztrátě aktivity, až k apatii, ke zúžení zájmových aktivit, k úpadku většiny schopností. Osobnost dlouhodobě nebo opakovaně trestaného v mnoha složkách degraduje. Jedinec se odnaučí rozhodovat a bude i po propuštění z výkonu trestu závislý na rozhodování jiných nebo na náhodných impulzech. Ztratí schopnost plánovat a volit realistické alternativy své budoucnosti.
2. **Ideologizace** znamená přijetí norem a pravidel vězeňského prostředí. Mnohdy nejde jen o formální přizpůsobení, ale o přijetí jiného hodnotového systému, o ztotožnění s minoritní skupinou. Vymezení hranic vlastní skupiny je zde jednoduché, mezi vězni a vězeňským personálem je jednoznačná hranice. Akceptace skupinové identity je pro vězně





podporou, a proto ji přijímá, pokud nemá zvlášť dobře fungující zázemí nebo silné vnitřní přesvědčení. Adaptace na nové prostředí se projevuje i přijetím specifického žargonu, který je jedním ze znaků potvrzujících rozdíly uvedených skupin. Přijetí stylu života ve vězení se u 20 % trestaných ze skupiny J. Němce (1993) projevilo v přesvědčení, že odsouzením nic neztratili.

Vzorce chování lidí s poruchou osobnosti se ovšem mění jen nepatrně, tak jak je v rámci přizpůsobení na toto prostředí nezbytné, ale jejich základ je stejný. Například egocentrismus a důraz na uspokojování vlastních potřeb je do té míry trvalou vlastností, že se projevuje i ve vězení. Děje se tak buď formou nátlaku na vězeňský personál a jeho vydíráním, nebo bezohledností ke spoluvězňům.

- Vězeň píše svému psychologovi: „Když to nevyjde s tou návštěvou, a pokud mě chcete poslat pryč, tak snad abych něco vyvedl hned – nevím. Vždyť já tu žiletku nosím už všude s sebou, i do práce. A stačí, aby mě někdo vyhecoval a mám malér. Ale to nechci. To je zatím vše, ostatní nechám na vás."
  Ve skupině vězněných s poruchou osobnosti jich 46,1 % v rámci vymáhání nějakých výhod poškozovalo sebe sama, 30 % se dopustilo násilí na spoluvězních (Němec, 1993).

Typickým rysem lidí s poruchou osobnosti je sklon ke lhaní. Projevuje se samozřejmě i ve vězení. Lidé mají tendenci zkreslovat situaci a lhát nejenom tehdy když jim hrozí trest, ale kdykoli. Někdy může jít až o projev bájivé lhavosti, která uvězněnému člověku slouží jako podpora vlastního sebevědomí, identity

- Takové chování popisuje vězeň z Valdic v dopise svému duchovnímu. „. . . Totiž většina lidí, nejen ti, se kterýma zde bydlím, žijí akorát ve snových představách. Oni si hrozně rádi popovídají o všem možném, hlavně o ‚své' minulosti a také o ‚své' budoucnosti. Ale když Ti zbyde chvilka času a seženeš si o těch lidech pár informací, tak zjistíš, že jejich ‚bájná' minulost neodpovídá skutečnosti." (Kopecká, 1996)

Důležitým problémem je **míra pocitu viny** a tomu odpovídající **pocit oprávněnosti trestu**. Značná část trestaných, zejména recidivistů s narušenou osobností, pocity viny nemá. Jsou přesvědčeni, že za jejich problémy může někdo jiný. Nejsou ochotni akceptovat, že trest je důsledkem jejich činu, že je projevem spravedlnosti (ve smyslu sankce za nerespektování obecně platných norem), a nikoli výrazem zvůle společnosti. Za těchto okolností lze ovšem těžko čekat, že trest bude fungovat jako impulz k nápravě a k odčinění viny. J. Němec (1993) uvádí, že 57 % trestaných z jeho skupiny nebylo ochotno uznat, že si za svoje uvěznění mohou sami.

Vězňové vytvářejí **specifickou sociální skupinu**, která má svou strukturu, hierarchii rolí se specifickými statuty, a tím jsou vymezena i pravidla chování a sociální vztahy. Typická je rigidní a přísně vymezená hierarchie rolí, s nimiž souvisejí práva i povinnosti jejich nositelů. Ve skupině vězňů se lze setkat s různými sociálně patologickými formami chování (vydírání, přižívování, šikana a agrese jakéhokoli druhu).

Značná část odsouzených se chovala asociálním způsobem již na svobodě, a nelze předpokládat, že by se zafixované vzorce chování najednou změnily. Psychopatický vězeň, který je omezován ve svých potřebách a má zafixovanou tendenci manipulovat s lidmi, se snaží získat dominantní roli, aby díky ní dosáhl potřebných výhod. Navíc většina z nich prožívá výkon trestu jako zátěžovou situaci, v níž se zvyšuje pohotovost k obranným reakcím, obvykle agresivního charakteru. (Je tomu tak např. proto, že je ve věznicích nahromaděn značný počet lidí, kteří ztrácí své osobní teritorium a soukromí.)

K. Netík a D. Netíková (1994) uvádějí, jaké **role** jsou typické pro skupinu vězňů.

1. **Role neformálního vůdce,** *„kinga"*, jehož nadřazenost se projevuje násilným ovládáním svého okolí (zejména těch, kteří jsou evidentně slabší). Má všechny práva a svoje spoluvězně využívá v rámci možností daných vězením, aby uspokojil svoje potřeby. Tuto roli si vybojuje člověk, který je „reprezentantem kriminální subkultury a nositelem její ideologie" (Netík a Netíková, 1994, s. 28). Hlavním kritériem, jež zde rozhoduje, je fyzická síla, bezohlednost a odolnost, resp. necitlivost, vůči násilí.
2. **Role děleslouží cího,** „kmeta", který získal svoje postavení dobou strávenou ve vězení. Je zkušený, adaptovaný na prostředí a znalý obran, jež mu zde pomohly přežít. Takový člověk nebývá obětí šikany, protože má své respektované postavení.
3. **Role řadového příslušníka skupiny,** který má vymezená práva a povinnosti. Ty mu neurčuje jenom vězeňský řád, ale i vůdce.
4. **Role outsidra,** který bývá znevýhodněn, je slabý, nezkušený, má nižší intelekt apod. Bývá zotročován vedoucím skupiny, někdy se stává i obětním beránkem. Je zvýšené riziko, že se stane obětí šikany celé skupiny. O šikaně se často nikdo nic nedozví, oběť má strach si stěžovat a skupina solidárně mlčí.

## 26.4 Postpenitenciární problémy

V době výkonu trestu má být odsouzený připravován pro život na svobodě, učit se sociálně přijatelným způsobům chování, sebeovládání, vytváření vhodných strategií apod. (Němec, 1993). To lze samozřejmě úspěšně činit především tam, kde má uvězněný perspektivu propuštění. Vězeňské prostředí je však jiné, mnohé dovednosti a návyky zde člověk ztratil, a tak je třeba pokračovat v podpoře a vedení i po propuštění (např. poradenskou činností a pomocí v krizi).

Propuštění na svobodu představuje tím větší **zátěž**, čím déle byl člověk uvězněn. Propuštěný může prožívat tzv. „krizi ze svobody", která je jakýmsi traumatem z náhlé změny prostředí.

- Propuštěný člověk často **nemá sociální zázemí**, nemá kam jít, nikam nepatří, nikdo na něj nečeká. Lepší perspektivu mají samozřejmě ti, jejichž sociální zázemí se zachovalo. Kontakt s bývalými spoluvězni zvyšuje riziko recidivy kriminálního chování, ale často neexistuje nikdo jiný, kdo by tyto lidi akceptoval. Téměř 30 % recidivistů nemělo po propuštění domov ani žádnou jinou sociální vazbu (Němec, 1993). To znamená, že jim opět zbyli jen ti, kteří mají podobnou zkušenost a z toho vyplývající návyky.





- **Chybí finanční prostředky a motivace k práci.** Tito lidé nebývají schopni zvládnout zátěž stereotypu a námahy, které pracovní poměr přináší. Další zátěží je malá nabídka možného zaměstnání, nezájem společnosti přijmout do pracovního poměru člověka, jenž přichází „z kriminálu". Větší šanci mají propuštění, kteří nebyli tak dlouho vězněni a mají dosud zachované pracovní návyky, případně mají profesní kvalifikaci. J. Němec (1993) zjistil, že pouze 30 % recidivistů vydrželo v pracovním poměru déle než tři měsíce.
- Dlouhodobé omezení v uspokojování potřeb navozuje **nereálná očekávání** a motivaci k jejich bezodkladnému nasycení (propuštěný vězeň si chce rychle užít všechno, co nebylo ve vězení možné). Z toho vyplývá další riziko selhání, např. v důsledku nepřiměřené sexuální aktivity, násilností pod vlivem alkoholu apod. Méně ohroženi jsou lidé, kteří byli trestání poprvé a krátkodobě, jejichž osobnost není narušena.

K **recidivě kriminálního chování** dochází velmi často v tzv. **adaptační fázi**. Je to období, kdy si propuštěný zvyká na jiné prostředí, a to s většími nároky na jeho samostatnost, než byl ve vězení zvyklý. Toto období trvá individuálně dlouhou dobu, maximálně dva roky (Netík a Netíková, 1994).

Na úspěšnosti zvládnutí adaptační fáze se podílí dvě skupiny faktorů:

1. **Osobnost propuštěného člověka,** jeho zkušenosti, motivace a kompetence, odolnost k zátěži apod.
2. **Objektivní faktory,** tj. podmínky, do nichž se člověk vrací (bydlení, možnost práce, zachované sociální vztahy apod.).

Obyčejně jde o kombinaci nepříznivých faktorů. J. Němec (1993) uvádí jako ilustrativní příklad výpověď recidivisty:

> ☐ Po návratu z výkonu trestu jsem si našel práci závozníka. Nejméně rok jsem neměl žádné problémy. V této době jsem řádně docházel na ambulantní protialkoholické léčení. Jednou mě však navštívil bývalý spoluvězeň a chtěl, abych ho u sebe ubytoval. Udělal jsem to. Od té doby jsme společně začali krást osobní automobily a cennější věci. Peníze jsme potřebovali na nákup alkoholu. Jak v tom byl alkohol, byl konec.

## Shrnutí

Základním znakem delikventního chování je porušování právních norem. Příčiny vzniku takového chování jsou multifaktoriální. Typická osobnost delikventa všech neexistuje.

Trest odnětí svobody mění prožívání, uvažování a chování vězně. Odnětí svobody funguje i jako sociální stigma. Propuštění na svobodu bývá spojeno s tzv. krizí ze svobody. V tomto období dochází často k recidivě.

## Kontrolní otázky

- Uveďte některé teorie, vysvětlující příčiny delikventního chování.
- Čím je typická role trestaného a jaké má sociální důsledky?
- Jakým způsobem ovlivňuje lidskou psychiku dlouhodobý pobyt ve vězení?
- Jaká jsou rizika selhání po propuštění z výkonu trestu?
- Zkuste si představit, jak by na vás působila izolace v prostředí vězení.



# Literatura


Adamovič, K., Kleinová, R., Vonkomerová, R. (1994): Psychické prežívanie nezamestnanosti absolventov stredných škol. *Psychol. a patopsych. dieťaťa,* XXIV, 2, 115–125.

Adamovič, K., Kleinová, R., Vonkomerová, R. (1995): Vzájomné posobenie psychologických činitelov v prežívaní nezamestnanosti. *Psychol. a patopsych. dieťaťa,* XXX, 1, 132–134.

Adams, C. E., Pantelis, C., Duke, P. J., Barnes, T. R. (1996): Psychopathology, social and cognitive functioning in a hostel for homeless women. *Br. J. Psychiatry,* 168, 1, 82–86.

Agarcal, M., Gaskell, K. (1996): Clinical features of alcoholic suicide attempters nonattempters. *Psychiatr. Bull.,* 20, 11, 656–659.

Allport, G. W. (1954): *The nature of prejudice.* Addison-Wesley, Cambridge.

Altshuler, L. (1991): Depression and Epilepsy. In Devinsky, O. & Theodore, W. H.: *Epilepsy and Behavior.* J. Wiley, New York.

American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders.* Amer. Psychiatric Association.

Amirkan, J. H. (1990): A factor analytically derived measure of coping: The coping strategy indicator. *J. of Peros. and Soc. Psych.,* 59, 5, 1066–1074.

Anderson, D. G. (1996): Homeless womens perceptions about their families of origin. *West. J. Nurs. Res.,* 18, 1, 29–42.

Arendtová, H. (1996): *O násilí.* Oikumene, Praha.

Arensman, E. et al. (1995): Medically treated suicide attempts: A four year monitoring study of the epidemiology in the Netherlands. *J. Epidemiol. Community Health.,* 49, 3, 285–289.

Astin, M. C. et al. (1995): Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: Comparison with maritally distressed women. *J. Consult, Clin. Psychol,* 63, 2, 308–312.

Atkinsonová, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Beem, D. J. (1995): *Psychologie.* Victoria publishing, Praha.

Balcar, K. (1983): *Úvod do studia psychologie osobnosti.* SPN, Praha.

Balcar, K. (1995): Psychologické aspekty psychosomatických poruch v dětství a dospívání. In Říčan, P. a kol.: *Dětská klinická psychologie.* Grada, Praha.

Balcar, K. (1997): Náprava poruch psychického vývoje. In Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. (1997): *Dětská klinická psychologie.* Grada, Praha.

Banyard, V. L. (1995): „Taking another route": daily survival narratives from mothers who are homeless. *Am. J. Community Psychol.,* 23, 6, 871–891.

Batt, A. et al. (1993): Parasuicide events in Brittany (France). Distribution at the level of a department. *Encephale,* 19, 6, 619–625.

Beck, A. T. et al. (1990): Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric oupatients. *Am. J. Psychiatry,* 147, 190–195.

Beiset, M., Turner, R. J., Ganesan, S. (1989): Catastrophic stress and factors affection its consequences among Southeast Asian refugees. *Soc. Sci. Med.,* 28, 3, 183–195.

Blažek, B., Olmrová, J. (1985): *Krása a bolest.* Pyramida, Praha.

Blažek, B., Olmrová, J. (1988): *Světy postižených.* Avicenum, Praha.

Blažková, L. (1994): *Šikanování mezi dětmi na základní škole.* Seminární práce, PedF UK Praha.

Boehm, K. E., Campbell, N. B. (1995): Suicide: A review of calls to an adolescent peer listening phone service. *Child Psychiatry Hum. Dev.,* 26, 1, 6166.

Bolelouský, Z. a kol. (1993): *Hraniční stavy v psychiatrii.* Grada, Praha.

Broman, C. L. et al. (1995): Race, gender, and the response to stress: autoworkers vulnerability to long-term uneployment. *Am. J. Community Psychol.,* 23, 6, 813–842.

Clarke, P. N. et al. (1995): Health and life problems of homeless men and women in the southeast. *J. Community Health Nurs.,* 12, 2, 101–110.
Cordova, J. V. et al. (1993): Negative reciprocity and communication in couples with a violent husband. *J. Abnorm. Psychol.,* 102, 4, 559–564.
Čermák, I. (1995): Princip specifičnosti při studiu agrese. *Čs. Psychologie,* 19, 2, 117–126.
Černoušek, M. (1994): *Šílenství v zrcadle dějin.* Grada, Praha.
Černovský, Z. (1990): Groups nightmares about escape from ex-homeland. *J. Clin. Psychol,* 46, 5, 581–588.
Červený, K., Kubešová, D. (1996): Šikanování jako projev nežádoucí aktivity. *Čs. Psychologie,* 20, 2, 146–154.
Čírtková, L., Červinka, F. (1994): *Forenzní psychologie.* Support, Praha.
Darnton-Hill, I. a kol. (1990): Sociodemographic and health factors in the well-being of homeless in Sydney, Australia. *Soc. Sci. Med.,* 31, 5, 537–544.
Davidová, E. (1995): *Cesty Romů.* UP, Olomouc.
Davies-Netzley, S. et al. (1996): Childhood abuse as a precursor to homelessness for homess women with severe mental illness. *Violence Victims,* 11, 2, 129–142.
Davison, G. C., Neale, J. M. (1986): *Abnormal Psychology.* J. Wiley and sons, New York etc.
De Vryer, M. A. (1989): Leaving, longing and loving: A developmental perspective of migration. *J. Am. Coll. Health,* 38, 2, 75–80.
Devinsky, O. a Theodore, W. H. (1991): *Epilepsy and Behavior.* J. Wiley, New York et al.
Diamant, J. (1995): *Psychologické problémy emigrace.* Matice Cyrilometodějská, Olomouc.
Diamant, J., Vašina, L. (1998): *Kapitoly z neuropsychologie.* MU, Brno.
Dimoff, T. Carper, S. (1994): *Berie vaše dieťa drogy?* Obzor, Bratislava.
Dobson, J. (1995): *Dětský vzdor.* Návrat domů, Praha.
Dodrill, C. B. (1991): Effects of Antiepileptic Drugs and Behavior. In Devinsky, O. a Theodore, W. H.: *Epilepsy and Behavior.* J. Wiley, New York et al.
Dooley, D., Fielding, J., Levi, L. (1996): Health and unemployment. *Ann. Rev. Public Health,* 17, 449–465.
Dostálová, O. (1986): *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným.* Avicenum, Praha.
Dunovský, J. (1996): Syndrom týraného dítěte v pilotážní studii pro monitoring v České republice. *Sociální politika,* 22, 1, 13–16.
Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, Z. a kol. (1995): *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě.* Grada, Praha.
Edelmannová, Z. (1996): *Uprchlíci.* Seminární práce HTF UK, Praha.
Erikson, E. (1996): *Mladý muž Luther.* Psychoanalýza, Praha.
Erikson, E. H. (1963): *Childhood and society.* Norton, New York.
Eysenck, H. (1964): *Crime and Personality.* Routledge and Kegan Paul, London.
Eysenck, H. J. (1960): *The structure of human personality.* Methuen, London.
Faltus, F. (1996): Psychogenní poruchy příjmu potravy. In Zvolský, P. a kol.: *Speciální psychiatrie.* UK, Praha.
Fenwick, P. (1991): Aggression and Epilepsy. In Devinsky, O. a Theodore, W. H.: *Epilepsy and Behavior.* J. Wiley, New York et al.
Ferrada-Noli, M. et al. (1995): Definite and undetermined forensic diagnoses of suicide among immigrants in Sweden. *Acta Psychiatr. Scand.,* 91, 2, 130–135.
Festinger, L., Riecken, H. W., Schachter, S. (1956): *When prophecy fails: A social and psychological study of a modern group that predicted the distrucion of the world.* Harper and Row, New York.
Finkelhor, D. (1984): *Child Sexual Abuse: New Theory and Research.* Free Press, New York.
Fischerová, J. (1989): Normalita a lidská psychika. In Koluchová, J. a kol.: *Přehled patopsychologie dítěte.* SPN, Praha.
Frankl, V. (1994): *Lékařská péče o duši.* Cesta, Brno.
Fromm, E. (1996): *Lidské srdce.* Český klub, Praha.
Fromm, E. (1997): *Anatomie lidské destruktivity.* LN, Praha.





Gelder, M., Gath, D., Mayon, R., Cowen, P. (1996): *Oxford Textbook of Psychiatry.* Oxford Univ. Press.
Gerbert, B. et al. (1996): Experiences of battered women in health care settings. *Women Health,* 24, 3, 117.
Gershon, E. S., Cloninger, C. R. (1994): Genetic Approaches to Mental Disorders. *Amer. Psychiatr. Press,* Washington.
Gilliam, T. C., Knowles, J. A. (1995): Genetic linkage analysis of the psychiatric disorders. In Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1995): *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* Williams a Wilkins, New York et al.
Gjuričová, Š. (1994): Fenomén násilí vůči ženám: terapeutovy postoje. *Čs. Psychologie,* 18, 1, 66–70.
Gleason, W. J. (1995): Children of battered women: Developmental delays and behavioral dysfunction. *Violence Victims,* 10, 2, 153–160.
Goldfinger, S. M., et al. (1996): Assessing homeless mentally ill persons for permanent housing: screening for safety. *Community-Ment-Health J.,* 32, 3, 257–288.
Gould, M. S. et al. (1996): Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch. Gen. Psychiatry,* 53, 12, 1155–1162.
Gupta, S. (1991): *The mental health problems of migrants.* WHO, Europe.
Halfarová, H. (1995): Sexuálně zneužité děti. In Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, Z. a kol. (1995): *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě.* Grada, Praha.
Halgin, R. P., Whitbourne, S. K. (1994): *Abnormal Psychology.* Brown and Benchmark, Madison aj.
Hamid, W. A., Wykes, T., Stansfeld, S. (1995): The social disablement of men in hostels for homeless people. *Br. J. Psychiatry,* 166, 6, 806–808.
Harris, J. C. (1995): *Developmental Neuropsychiatry.* Oxford Univ. Press, New York, Oxford.
Hassan, S. (1994): *Jak čelit psychické manipulaci zhoubných kultů.* Nakl. Tomáše Janečka, Brno.
Heikkinen, M. E. et al. (1994): Differences in recent life events between alcoholic and depressice nonalcoholic suicides. *Alcohol. Clin. Exp. Res.,* 18, 5, 1143–1149.
Heikkinen, M. E., Lonnqvist, J. K. (1995): Recent life events in elderly suicides: A nationwide study in Finland. *Int. Psychogeriatr.,* 7.2., 287–300.
Heinberg, L. J. (1996): Theories of body image disturbances. In Thompson, J. K.: *Body image, eating disorders and obesity.* Amer. Psych. Ass., Washington.
Heller, S. (1994): Když je bezdomovec nemocný. *Prakt. Lék.,* 74, 78, 354.
Helus, Z. (1984): *Vyznat se v dětech.* SPN, Praha.
Herman, E. (1996): Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. In Zvolský P. a kol.: *Speciální psychiatrie.* Karolinum, Praha.
Hillman, J. (1997): *Duše a sebevražda.* Sagittarius, Praha.
Hjelmeland, H., Bjerke, T. (1996): Parasuicide in the county of Sor-Trondelag, Norway. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.,* 31, 5, 272–283.
Hlubocký, P. (1992): *Hlubockého úvod do psychiatrickej romológie.* Nové Zámky.
Horáček, J. (1997): Deprese českého šlechtice v polovině XVI. století. Z pamětí Jana Zajíce z Házmburka. *Psychiatrie,* 1, 34, 99–101.
Horáková, M. (1996): Výzkum bezdomovství v Evropě. *Sociální politika,* 22, 2, 13–15.
Hoschl, C. (1997): Biologická psychiatrie roku 2000. *Psychiatrie,* 1, 34, 107–116.
Hotch, D. et al. (1996): An emergency departmenr-based domestic violence intervention program. *J. Emerg. Med.,* 14, 1, 111–117.
Hubschmannová, M. a kol. (1995): *Dobré slovo je jako chleba.* Kult. dům hl. m. Prahy.
Hynek, K. (1996): Epilepsie. In Zvolský P. a kol.: *Speciální psychiatrie.* Karolinum, Praha.
Charlton, J. (1995): Trends and patterns in suicide in England and Wales. *Int. J. Epidemiol,* 24, Suppl., 1, 45–52.
Chromý, K. (1984): *Sociologie duševních poruch.* ILF, Praha.
Jaffe, J. H. ed. (1995): *Encyclopedia of Drugs and Alcohol.* Macmillian Library Reference USA, New York.
Janík, A. (1987): *Veřejnost a duševně nemocný.* Avicenum, Praha.

Janotová, D. (1996): Dětská psychiatrie. In Zvolský, P. a kol., *Speciální psychiatrie,* UK, Praha.
Jirák, R. (1994): Demence ve stáří. In Baštecký, J. et al. *Gerontopsychiatrie.* Grada, Praha.
Jirák, R. (1994): Paměť a její poruchy. In Zvolský, P. a kol.: *Obecná psychiatrie.* UK, Praha.
Jirák, R. (1994): Vůle a její poruchy. In Zvolský, P. a kol.: *Obecná psychiatrie.* UK, Praha.
Jirák, R. (1996): Psychosomatika. In Zvolský P. a kol.: *Speciální psychiatrie.* Karolinum, Praha.
Jirák, R. (1998): Demence. In Preiss, M. et al. Klinická neuropsychologie. Grada, Praha.
Johansson, L. M. et al. (1997): Ethnicity, social factors, illness and suicide. *Acta Psychiatr. Scand.,* 95, 2, 125–131.
Johansson, S. E., Sundquist, J. (1997): Unemployment is an important risk factor for suicie in contemporary Sweden. *Public Health,* 11, 1, 41–45.
Kalina, K. (1987): *Jak žít s psychózou.* Avicenum, Praha.
Karel, T. (1996): *Nástin reality dotýkající se života uprchlíka.* Seminární práce HTF UK, Praha.
Kazda, L., Tomeček, A. (1996): Šikanování v armádě: aktuální pohled na sociálněpsychologické pozadí problému. *Čs. Psychologie,* 20, 2, 155–160.
Kehárová, A. (1992): *Handicap a společnost.* Diplomová práce, PedF UK, Praha.
Kelleher, M. J. et al. (1996): Deliberate self-poisoning, unemployment and public health. *Suicide Life Threat. Behav.,* 26, 4, 365–373.
Kendler, K. S., Diehl, S. R. (1995): Schizophrenia Genetics. In Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1995): *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* Williams a Wilkins, New York et al.
Kirchler, E. (1993): *Arbeitslosigkeit: Psychologische Skizzen uber ein anhaltendes Problem.* Hogrefe, Göttigen.
Klíma, P. (1988): Poznámky k vývoji, výchově a vzdělávání romského dítěte. In: Vágnerová, M., Klíma, P., Šturma, J.: *Patopsychologie dítěte pro speciální pedagogy.* UK, Praha.
Kocourková, J. (1995): Poruchy příjmu potravy. In Říčan, P. a kol.: *Dětská klinická psychologie.* Grada, Praha.
Kocourková, J. (1996): Mentální anorexie se zaměřením na raný začátek onemocnění. *Čs. Psychologie,* 20, 1, 62–68.
Kohn, R., Flaherty, J. A., Levav, I. (1989): Somatic symptoms among older societ immigrants. *Int. J. Soc. Psychiatry,* 35, 4, 350–360.
Koluchová, J. a kol. (1989): *Přehled patopsychologie dítěte.* UK, Praha.
Kovařík, J. (1992): Některé osobnostní vlastnosti cikánských dětí v náhradní rodinné péči. In: Sborník *Náhradní rodinná péče,* 230–238, MPSV, Praha.
Krahulcová, B. (1996): *Komunikační systémy těžce sluchově postižených.* Habilitační práce, PedF UK, Praha.
Kral, M. J. (1994): Suicide as locial logic. *Suicide Life Threat. Behav.,* 24, 3, 245–255.
Kratochvíl, S. (1997): *Základy psychoterapie.* Portál, Praha.
Krause, N., Goldenhar, L. M. (1992): Acculturation and psychological distress in three groups of elderly Hispanics. *J. Gerontol.,* 47, 6, 279–288.
Krejčířová, D. (1995): Děti ohrožené prostředím. In Říčan, P. a kol.: *Dětská klinická psychologie.* Grada, Praha.
Krejčířová, D. (1995): Chronicky nemocné dítě, zvládání nemoci a bolesti u dětí. In Říčan, P. a kol.: *Dětská klinická psychologie.* Grada, Praha.
Krejčířová, D., Kocourková, J. (1995): Emoční poruchy a poruchy chování v dětství a dospívání. In Říčan, P., Krejčířová, D. a kol.: *Dětská klinická psychologie.* Grada, Praha.
Kubička, L. (1987): Teorie patogeneze závislosti. In Skála, J. a kol. (1987): *Závislost na alkoholu a jiných drogách.* Avicenum, Praha.
Küblerová-Rossová, E. (1995): *Odpovědi na otázky o smrti a umírání.* EM Reflex, Praha.
Lafuente, C. R., Loane, P. L. (1995): The lived experiences of homeless men. *J. Community Health Nurs.,* 12, 4, 211–219.
Langer, S., Novotná, J. (1990): Inteligence a některé další faktory jako kritéria pro pracovní uplatnění mentálně postižených. *Psych. a Patopsych. dieťaťa,* XXV, 6, 483–500.
Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J. (1989): *Dětská psychoterapie.* Avicenum, Praha.





Langmeier, J., Matějček, Z. (1974): *Psychická deprivace v dětství.* Avicenum, Praha.
Lazarus, R. S. (1990): Stress, coping and illness. In Friedman, H. S.: *Personality and disease.* J. Wiley, USA.
Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal and coping.* Springer, New York.
Leenaars, A. A., Yang, B., Lester, D. (1993): The effect of domestic and economic stress on suicide rates in Canada and the United States. *J. Clin. Psychol.,* 49, 6, 918–921.
Leibold, G. (1995): *Mentální anorexie.* Svoboda, Praha.
Lesný, I. (1984): *Zpráva o nemocech mocných.* Horizont, Praha.
Lesný, I. (1987): *Druhá zpráva o nemocech mocných.* Horizont, Praha.
Lesný, I. (1994): *Druhá zpráva o nemocech slavných.* VPK, Praha.
Lesný, I. a kol. (1987): *Obecná vývojová neurologie.* Avicenum, Praha.
Lester, D. (1995): Explaining regional differences in suicide rates. *Soc. Sci. Med.,* 40, 5, 719–721.
Levy, S. M., Heiden, L. A. (1990): Personality and social factors in cancer outcome. In Friedman, H. S.: *Personality and disease.* J. Wiley, New York.
Link, B. G. et al. (1995): Public knowledge, attitudes, and beliefs about homeless people: evidence of compassion fatigue. *Am. J. Community Psychol.,* 23, 4, 533–555.
Locke, C. J. a kol. (1996): The psychological and medical sequelae of war in Central American refugee mothers and children. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.,* 150, 8, 822–828.
Lyster, G., Youssef, H. (1995): Attempted suicide in a catchment area of Ireland: a comparion of an urban and rural population. *Eur. J. Psychiatry,* 9, 1, 22–27.
Machalová, M. (1994): Psychické stavy absolventov vysokých škol v tranzite zo školy do zamestnania. *Psych. a patopsych. dieťaťa,* XXIX, 1, 26–34.
Majstorovič, A. (1997): *Bojím se tě, světe.* Film a sociologie, Praha.
Malá, E., Raboch, J., Sovák, Z. (1995): *Sexuálně zneužívané děti.* Psychiatrické centrum, Zprávy č. 128, Praha.
Mareček, P. (1987): Forenzní aspekty abúzu a závislosti na alkoholu. In Skála, J. a kol. (1987): *Závislost na alkoholu a jiných drogách.* Avicenum, Praha.
Mareš, P. (1994): *Nezaměstnanost jako psychosociální problém.* Slon, Praha.
Masaryk, T. G. (1930): *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty.* Čin, Praha.
Mašát, J. (1995): Psychoterapeutická intervence. In Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, Z. a kol. (1995): *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě.* Grada, Praha.
Matějček, Z. (1981): Děti z rodin alkoholiků. *Psychol. a Patopsych. dieťaťa,* 16, 303–318, 537–555.
Matějček, Z. (1986): *Rodiče a děti.* Avicenum, Praha.
Matějček, Z. (1991): *Praxe dětského psychologického poradenství.* Praha, SPN.
Matějček, Z. (1992): *Dítě a rodina v psychologickém poradenství.* Praha, SPN.
Matějček, Z. (1995): Děti v ohrožení. In Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, Z. a kol. (1995): *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě.* Grada, Praha.
Matějček, Z. (1996): Teoretická úvaha nad pozdními následky psychické deprivace a subdeprivace. *Čs. Psychologie,* XL, 5, 369–375.
Matějček, Z., Bubleová, V., Kovařík, J. (1995): Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace I. část. *Čs. Psychologie,* 19, 6, 481–495.
Matějček, Z., Bubleová, V., Kovařík, J. (1996): Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace II. část. *Čs. Psychologie,* 20, 1, 14–27.
Matějček, Z., Bubleová, V., Kovařík, J. (1996): Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace III. část. *Čs. Psychologie,* 20, 2, 81–94.
Matějček, Z., Dytrych, Z. (1994): *Děti, rodina a stres.* Galén, Praha.
Matějček, Z., Pilařová, M., Pazlarová, M. (1996): Lehké mozkové dysfunkce v katamnestickém sledování. *Pedagogika,* XLVI, 63–69.
Matějček, Z., Vágnerová, M. (1987): *Dotazník školní úspěšnosti.* Psychodiagnostika, Bratislava.
Matoušek, O. (1993): *Rodina jako instituce a vztahová síť* Slon, Praha.
Matoušek, O. (1996): *Práce s rizikovou mládeží.* Portál, Praha.

Mazura, I. Jirák, R., Koukolík, F. (1997): Molekulárně genetická analýza Alzheimerovy demence v české populaci. *Psychiatrie,* 1, 34, 96–98.
McCauley, J. et al. (1995): The battered syndrom. *Ann. Intern. Med.* 123, 10, 737–746.
Melichová, A. (1995): *Alkoholičky a toxikomanky na lince důvěry.* Lidové noviny, 31. 8. 1995
*Merck Manual. Kompendium klinické medicíny.* (1996) České vydání. X-Egem, Praha.
*Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování* (1992). Psychiatrické centrum, Zprávy č. 102, Praha.
Moilanen, I., Myhrman, A. (1989): What protects a child during migration? *Scand. J. Soc. Med.,* 17, 1, 21–24.
Moldin, S. O., Gotesman, I. I. (1995): Population Genetics in Psychiatry. In Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1995): *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* Williams a Wilkins, New York et al.
Moneyham, L., Connor, A. (1995): The road in and out of homelessness: perceptions of recovering substance abusers. *J. Assoc. Nurses-Aids-Care,* 6, 5, 11–19.
Mościcki, E. K. (1995): Suicide in childhood and adolescence. In Verhulst, F. C., Koot, H. M.: *The epidemiology of child and adolescent psychopathology.* Oxford Univ. Press. Oxford et al.
Müllerová, P. (1998): Vietnamské etnikum v České republice. In: Šišková, T. (ed.): *Výchova k toleranci a proti rasismu.* Portál, Praha.
Murphy, C. M., O Farrell, T. J. (1997): Couple communication patterns of maritally aggressive and non aggressive male alcoholics. *J. Stud. Alcohol.,* 58, 1, 83–90.
Nakonečný, M. (1995): *Lexikon psychologie.* Vodnář, Praha.
Nakonečný, M. (1995): *Psychologie osobnosti.* Academia, Praha.
Nakonečný, M. (1997): *Motivace lidského chování.* Academia, Praha.
Němec, J. (1993): *Psychopatie a kriminalita.* Lidé a zločin, Praha.
Nesnídalová, R. (1994): *Extrémní osamělost.* Portál, Praha.
Nešpor, K. (1994): *Hazardní hra jako nemoc.* Nakl. A. Krtilové, Praha, Havířov.
Nešpor, K. (1995): Problémy způsobené alkoholem, jinými návykovými látkami a hazardní hrou v dětství a dospívání. In Říčan P. a kol.: *Dětská klinická psychologie.* Grada, Praha.
Netík, K., Budka, I., Neumann, J., Válková, H. (1990): *K osobnosti kriminálního toxikomana.* Psychiatrické centrum, Zprávy č. 108, Praha.
Netík, K., Netíková, D. (1994): *Vybrané kapitoly z forenzní psychologie pro právníky.* UK, Praha.
Nguyen, N. A., Williams, H. L. (1989): From East to West: Vietnamese adolescents and their parents. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry,* 28, 4, 505–515.
Nickell, P. V., Uhde, T. W. (1991): Anxiety Disorders and Epilepsy. In Devinsky, O. a Theodore, W. H.: *Epilepsy and Behavior.* Wiley, New York et al.
Novotný, O. (1995): *Za cizím však nepůjdou.* Oliva, Praha.
Novotný, P. (1987): *Vezmu sekeru.* Severočeské nakladatelství, Ústí n. L.
Novotný, T. (1992): *Přicházejí.* Oliva, Praha.
Owen, K., Watson, N. (1995): Unemployment and mental health. *J. Psychiatr. Ment. Health, Nurs.,* 2, 2, 63–71.
Papalia, D. E., Olds, S. W. (1992): *Human Develpment.* McGraw Hill, New York et al.
Pasák, T. (1997): *JUDr. Emil Hácha.* Horizont, Praha.
Pasch, M. a kol. (1998): Od vzdělávacího programu k vyučovací hodině. Praha, Portál.
Pávek, M., Václavová, L. (1995): *Já jít a uvidět světlo.* Film a sociologie, Praha.
Pavlatová, E. (1996): *Život napodruhé.* Fragment, Praha.
Pavlovský, P. (1996): Sebevraždy u schizofreniků. *Čs. psychiatrie,* 92, 6, 373–377.
Pávová, M. (1997): Drogová rizika střední Evropy. *Lidové noviny,* 19. 4. 1997
Petrusek, M. (1994): Aktuálnost „banálního zla" Hannah Arendtové. In F. Gál a kol.: *Násilí.* Hic et nunc, Praha.
Pfeifer, S. (1995): *Slabé nésti.* Jupos, Ostrava.
Pinto, A., Whisman, M. A. (1996): Negative affect and cognitive biases in suicidal and nonsuicidal hospitalized adolescent. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry,* 35, 2, 158–165.
Plesl, J., Sussmanová, V., Šusterová, M. (1994): Zkušenost s drogou. *Lidové noviny,* 9. 12. 1994





Porterfieldová, K. M. (1997): *O sektách.* NLN, Praha.
Pöthe, P. (1996): *Dítě v ohrožení.* G+G, Praha.
Preiss, M. a kol. (1998): *Klinická neuropsychologie.* Grada, Praha.
Preiss, M., Newman, M. (1995): Válečná traumata u dětí v Bosně. *Čs. Psychol.,* 19, 6, 534–541.
Presl, J. (1994): *Drogová závislost.* Medica, Praha.
Prevendárová, J. (1996): Situácia zdravých súrodencov v rodinách s postihnutým dieťaťom. *Psych. a patops. dieťaťa,* XXXI, 4, 326–332.
Priebe, S. a kol. (1990): Psychiatric disordes among people who left East-Germany. *Psychiatr. Prax.,* 17, 5, 180–183.
Quay, H. C. (1987): *Handbook of juvenile delinquency.* J. Wiley, New York etc.
Raboch, J. (1995): Pohled psychiatra a sexuologa. In Malá, E., Raboch, J., Sovák, Z. (1995): *Sexuálně zneužívané děti.* Psychiatrické centrum, Zprávy č. 128, Praha.
Raboch, J. (1996): Poruchy chování a osobnosti u dospělých. In Zvolský, P. a kol.: *Speciální psychiatrie.* UK, Praha.
Rahe, R. H. (1995): Stress and Psychiatry. In Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1995): *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* Williams a Wilkins, New York et al.
Range, L. M., Alliston, J. R. (1995): Reacting to AIDS-related suicide. *Death. Stud.,* 19, 3, 277–282.
Rasanen, E. (1989): Change in culture and language environment in childhood and its effect on adult life. *Acta Psychiatr. Scand.,* 80, 3, 280–286.
Ratliff-Crain, J., Baum, A. (1990): Individual differences and health: gender, coping and stress. In Friedman, H. S.: *Personality and disease.* J. Wiley a. s., New York.
Remeš, P. (1996): Hledám zn. Smysl života. *Lidové noviny,* 19. 5. 1996, Praha.
Remeš, P. (1997): Situace v Čechách. In: Porterfieldová, K. M.: *O sektách.* NLN, Praha.
Robin, S. H., Michelson, J. B. (1988): *Illustrated handbook of drug abuse.* Year Book Medical Publishers. Chicago, London.
Rutter, M., Hersov, L. (1985): *Child and adolescent psychiatry.* Blackwell, Oxford.
Rycroft, Ch. (1993): *Kritický slovník psychoanalýzy.* Ed. Psychoanalýza, Praha.
Říčan, P. (1993): Šikanování jako psychologický problém. *Čs. Psychologie,* 37, 3, 208–217.
Říčan, P. (1995): *Agresivita a šikana mezi dětmi.* Portál, Praha.
Říčan, P. (1997): Vedení psychologického vyšetření. In Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. (1997): *Dětská klinická psychologie.* Grada, Praha.
Říčan, P. (1998): S Romy žít budeme, jde o to jak. Portál, Praha.
Seifert, K. L., Hoffnung, R. J., Hoffnung, M. (1997): *Lifespan Development.* Houghton Mifflin Comp., Boston, New York.
Shams, M., Jackson, P. R. (1993): Religiosity as a predictor of well-being and moderator of the psychological impact of unemployment. *Brit. J. Med. Psychol.,* 66, 4, 341–352.
Schettler, G., Usadel, K. H., Deppermann, D., Friedmann, B. (1993): *Praktische Medizin von A-Z.* G. Thieme Verlag, Stuttgart.
Schopler, E., Mesibov, G. B. (1997): *Autistické chování.* Portál, Praha.
Simunkovic, G. T., Urlic, I. (1995): War trauma: Emotinal responses and psychological defenses of displaced persons. *Croat. Med. J.,* 36, 4, 253–261.
Skála, J. (1986): *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abúzus a závislost.* Avicenum, Praha.
Skála, J. a kol. (1987): *Závislost na alkoholu a jiných drogách.* Avicenum, Praha.
Slavík, P. (1992): *Bez místa.* Film a sociologie, Praha.
Slavík, P. (1995): *Recepty na spásu.* Film a sociologie, Praha.
Smith, T. (1995): Differences between general practices in hospital admission rates fo self-inflicted injury and self-poisoning: Influence of socioeconomic factors. *Br. J. Gen. Pract.,* 45, 398, 458–462.
Smolík, P. (1996): *Duševní a behaviorální poruchy.* Maxdorf Jessenius, Praha.
Sohlberg, S., Strober, M. (1994): Personality in anorexia nervosa. *Acta Psych. Scand.,* Supplementum, No. 378, Vol. 89.

Souček, K. (1994): Emoce a jejich poruchy. In Zvolský, P. a kol. (1994): *Obecná psychiatrie.* UK, Praha.
Stack, S., Wasserman, I. M. (1995): Marital status, alcohol abuse and attempted suicide. *J. Addici. Dis.,* 14, 2, 43–51.
Strandová, V. (1996): *Komunikace neslyšících.* TU Liberec.
Summit, C. R. (1992): Syndrom dětského přizpůsobení pohlavnímu zneužití. In *Zneužité děti,* Sborník Ped. Psych. poradny hl. m. Prahy, 52–66.
Sutherland, A. (1992): Gypsies and health care. *West. J. Med.,* 157, 3, 276–280.
Svatý, J. (1986): Nervová záchvatová onemocnění. In: Houštěk, J. a kol.: *Pediatrie.* Avicenum, Praha.
Svobodová, J. (1993): Nezaměstnaná žena v rodině. *Sociální politika,* 19, 12, 10–11.
Svobodová, M. (1992): Cikánské děti v náhradní rodinné péči. In: *Náhradní rodinná péče,* 224–229, MPSV, Praha.
Šebek, M. (1991): *Neklidné dítě.* SPN, Praha.
Šikl, J. (1995): *Na cestě.* Krátký film, Praha.
Šimek, J. (1995): *Lidské pudy a emoce.* LN, Praha.
Škrdlant, T. (1994): *Kdo je chudý a kdo bohatý.* Film a sociologie, Praha.
Šolcová, I. (1995): Šikanování v zaměstnání: úvod do problému. *Čs. Psychologie,* 19, 5, 440–443.
Šplíchal, J., Angerová, Y. (1998): Dlouhodobá komprehenzivní rehabilitace pacientů po traumatickém nebo jiném poškození mozku. In: Preiss, M. a kol. *Klinická neuropsychologie.* Grada, Praha.
Štampach, O. I. (1998): *Náboženství v dialogu.* Portál, Praha.
Štech, S. (1992): Sociálně kulturní pojetí handicapu. In: Vágnerová, M., Hadj-Moussová, Z., Štech, S.: *Psychologie handicapu.* Karolinum, Praha.
Štěpán, J. (1984): *Jazyková situace cikánského dítěte v předškolním zařízení.* KKS, Hradec Králové.
Štrobl, D. (1997): *Schizofrenie.* Seminární práce, HTF, Praha.
Temoshok, L. (1990): On attempting to articulate the biopsychosocial model: Psychological psychophysiological hoeostasis. In Friedman, H. S.: *Personality and disease.* J. Wiley a. s., USA.
Thompson, J. K. (1996): *Body image, eating disorders and obesity.* Amer. Psych. Ass, Washington.
Thompson, J. S., Thompsonová, M. W. (1988): *Klinická genetika.,* Osveta, Martin.
Train, A. (1996): *Specifické poruchy chování a pozornosti.* Portál, Praha.
Trombík, P. (1998): Uprchlíci v České republice. In: Šišková, T. (ed.): *Výchova k toleranci a proti rasismu.* Portál, Praha.
Urban, E. (1973): *Toxikománie.* Avicenum, Praha.
Vacek, J. (1996): *Nemoci duše.* MF, Praha.
Václavová, L. (1992): *Bílý i černý má červenou krev.* Film a sociologie, Praha.
Vágnerová, M. (1991): Dědičnost psychických odchylek a poruch psychického vývoje. In Říčan, P., Vágnerová, M. a kol.: *Dětská klinická psychologie.,* Avicenum, Praha.
Vágnerová, M. (1991): *Diferenciální a biodromální přístup k hodnocení dětí se zbytky zraku.* Habilitační práce, PedF UK, Praha.
Vágnerová, M. (1993): *Variabilita a patologie psychického vývoje.* Karolinum, Praha.
Vágnerová, M. (1995): *Oftalmopsychologie dětského věku.* Karolinum, Praha.
Vágnerová, M. (1996): *Vývojová psychologie I.* UK, Praha.
Vágnerová, M. (1997): *Psychologie problémového dítěte školního věku.* UK, Praha.
Vágnerová, M. (1997): *Úvod do psychologie.* UK, Praha.
Vágnerová, M., Hadj-Moussová, Z., Štech, S. (1992): *Psychologie handicapu.* Karolinum, Praha.
Vaníčková, E., Hadj-Moussová, Z., Provazníková H. (1995*): Násilí v rodině – syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte.* Karolinum, Praha.
Vaníčková, E., Provazník, K., Hadj-Moussová, Z. (1997): *Sexuální zneužívání dětí.* I. díl, Karolinum, Praha.
Večerník, J. (1991): Úvod do studia chudoby v Československu. *Sociologický časopis,* 27, 5, 577–602.
Viewegh, J. (1996): *Sebevražda a literatura.* Nakl. T. Janečka, Brno.





Vinokur, A. D., Price, R. H., Caplan, R. D. (1996): Hard times and hurtful partners. *J. Pers. Soc. Psychol.,* 71, 1, 166–179.
Vizinová, D., Preiss, M. (1999): *Psychické trauma a jeho terapie.* Portál, Praha.
Vojtěchovský, M. (1994): Depresivní stavy ve stáří. In Baštecký, J., Kumpel, Q., Vojtěchovský, M. a kol. (1994): *Gerontopsychiatrie.* Grada, Praha.
Vojtík, V., Břicháček, V. (1982): K problematice zneužívání návykových látek adolescenty. In Kubička, L., Skála, J. (1982): *Sborník studií o abuzu alkoholu a jiných návykových látek.* Zprávy VÚPs č. 42, 150–184, Praha.
Vondráček, V. (1982): *Konání a jeho poruchy.* UK, Praha.
Vondráček, V., Holub, F. (1968): *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie.* SZN, Praha.
Voonamaki, H. et al. (1995): The association between economic and social factors and mental health in Finland. *Acta Psychiatr. Scand.,* 92, 3, 208–213.
Voráček, F. (1967): *Možnost života.* Naše vojsko, Praha.
Vymětal, J. (1994): *Základy lékařské psychologie.* Psychoanalytické nakladatelství, Praha.
Widom, C. S., Newman, J. P. (1985): Characteristics of non-institutionalized psychopaths. In Farrington, D. P., Gunn, J.: *Aggression and dangerousness.* J. Wiley, New York etc.
Williamson, D. A., Anderson, D. A., Gleaves, D. H. (1996): Anorexia nervosa and bulimia nervosa. In Thompson, J. K.: *Body image, eating disorders and obesity.* Amer. Psych. Ass., Washington.
Wilson, E. O. (1993): *O lidské přirozenosti.* NLN, Praha.
Zemek, P. (1996): Suicidologie. In Zvolský, P. a kol.: *Speciální psychiatrie.* UK, Praha.
Zima, B. T. et al. (1996): Mental health problems among homeless mothers. *Arch. Ge. Psychiatry,* 53, 4, 332–338.
Zvolský, P. a kol. (1994): *Obecná psychiatrie.* UK, Praha.
Zvolský, P. a kol. (1996): *Speciální psychiatrie.* UK, Praha.

# Rejstřík


**A**
aberace chromozomální 26
abstinence 294, 302
abstinenční syndrom 289, 290, 292, 301, 303
adaptační mechanismy 37
adolescentní moratorium 234
afázie 79, 138, 142
afekt 43, 165
agitovanost 292
agorafobie 207
agramatismus 152
agresivita **37**, 69, 79, 84, 91, 158, 165, 244, 258, **266–273**, **283–286**, 324, **333–338**, **350–353**, 400, 414, 419, 421
agresor sexuální 349
AIDS 241
alexitymie 60
alkohol 240, 250, 288, **290–296**
alkoholická amnézie *viz* amnézie
alkoholická demence *viz* demence
alkoholická psychóza a halucinóza 292
Alzheimerova choroba 139
ambivalence citová 62, 236
amnézie 42, 92, 93, 204, 210, 211, 305, 393
– alkoholická 291
anamnestické vyšetření 17, 48
anankastická osobnost 209, 262
anorexie 230, 232–234
apatie 141, 413
apraxie 94, 138, 142
archetyp skupiny 355
asertivita 267
asociované fobie *viz* fobie
autismus 160–167, 178, 189
autoagrese, autoagresivita 69, 233, 421
automatismy pohybové 157
autostimulace 157, 165, 333, 337

**B**
bájivá lhavost *viz* lhaní
balbuties 220
barvocit 122
behaviorální psychoterapie *viz* psychoterapie
bezdomovec 295, 306, 330, 365, 396, 404, **411–415**
bitá a zneužívaná žena *viz* žena
blud 42, 138, 292, 304
bolest 66, 73–75, 116, 214, 287, 337
bradypsychismus 150
bulimie 234–236

**C**
CAN 320
církev
– scientologická 380
– sjednocení Moonova 379
*coping* 36, 63
– paliativní 64

**D**
dědičnost **24–27**, 28, 60, 202, 231, 235, 254, 275, 290, 320
– a agresivita 267
– a deprivační působení rodiny 332–333
– a sebevražda 241
– deprese 27
– polygenní 25
– schizofrenie 27
delikvence 258, 259, 260, 295, 307, 332, 392–395, 410, **417–419**, 422
– dětská *viz* poruchy chování v dětství
delirium 45, 292
demence 92, 93, **137–145**, 146, 302–305
– alkoholická 292
– epileptická 90, 91
– ischemicko-vaskulární 139, 142
– sociální význam 143
– v dětském věku 137
depersonalizace 210
deprese 68, 72–74, 90, 94, 117, 141, 142, **191–196**, **198–200**, 204, 205, 221, 233, 236, 240, 245, 298, 302, 390, 399, 401
– dědičnost 27
– dětská 221
– symptomatická 68
deprivace 29, **36, 37**, 80, 85, 243, 294, 334, 389
deprivace
– citová 37, 110, 255, 270, 272, 276, 282, **321–331**, 414
– komplexní 333, 392
– podnětová 70, 125
– sociální 37, 115, 364, 410
– stimulační 110
derealizace 210
destruktivní tendence 337
dětská mozková obrna 79–81
devastace osobnosti abúzem drogy 301
deviace sociální 57
disociačně-konverzní porucha 211–213, 347, 387
disociální porucha osobnosti 258–260
dispozice somatická 60
dítě
– citově deprivované 320, 321–331
– emigrantů 366–367
– hyperaktivní 83–87
– mentálně postižené 110
– nemocné 71–76
– neslyšících rodičů 129
– nevidomé 110
– postižené 102–111, 120, 335, 343
– rizikové 322
– romské 373–375
– sexuálně zneužívané 344, 392
– sluchově postižené 110
– tělesně postižené 110
– týrané 276, 334, 335, 337, 339, 391
– v sektě 391
– zanedbávané 276
– zneužívané 337, 339–348
DMO *viz* dětská mozková obrna
dospělý se syndromem hyperaktivity 87
Downův syndrom 147, 150
droga 288, 296–308
– nealkoholová 296
drogová subkultura 307
drogová závislost 296–308
duševně nemocný ve společnosti 143–145, 156–159, **168–176**, 187, 198–200, 221–225, 236, 252, 305–307
dynamická psychoterapie *viz* psychoterapie
dysartrie 78, 81
dysfázie 79
dysfunkce rodiny *viz* rodina
dysgnózie 81, 162
dyspraxie 78

**E**
efekt similarity 100
egocentrismus 91, 419
egoismus 274
echolálie 152, 163
emigrace 242, 358, 361–368
emočně nestabilní porucha osobnosti 260
empatie 61, 80, 225, 259, 270, 274, 324, 326, 341
enkopréza 219
enuréza 219
epilepsie 79, 88–90
– symptomatická 89
epileptická demence *viz* demence
epileptická změna osobnosti 91
etiologie 18
etnická skupina 365, 368
etnické znaky 369
etnikum romské 368, 410
etnopatie romská 374
euforie 141
euforizace 301
experimentování s drogou 299
extáze 302

**F**
faktory prostředí 29
fatická porucha 94
fenotyp 25, 28
fetální alkoholový syndrom 295
*fighting spirit* 402
flešbeky 302, 305, 391, 393
fobie 43, 204, **206–207**, 217, 222, 230, 388, 421
– asociované 394
– sexuální 348
– sociální 207, 225
– z potravy 230
frustrace **31**, 39, 74, 225, 260, 269, 271, 288, 298, 382
frustrační tolerance 31, 223

**G**
gádžové, gádžovská společnost 371, 376
gambler 310–312
gen 25
generalizované záchvaty 88
genetická dispozice *viz* dědičnost
genotyp 24, 25, 28, 30
gnostická porucha 41, 78

**H**
halucinace **41**, 292, 301, 304
handicap 98–133
– definice 98
– sekundární 125
– sociokulturní 356–376
haptický prostor 122
heritabilita 25
histrionská porucha osobnosti 261
hnutí New Age 380
*home alone* syndrom 342
hospitalizace 74, 76
hostilita 62, 69, 324, 346, 349, 412, 419
hranice
– mentální defektivity 148
– normy 23
humanistická psychoterapie *viz* psychoterapie
hyperaktivita 83–87, 150
– sociální význam 85
hyperexcitabilita 84
hysterie 211

**CH**
choroba Alzheimerova 139
chování
– agresivní *viz* agresivita
– asociální 260, 408
– delikventní *viz* delikvence
– nutkavé 224, 421
– sebevražedné *viz* sebevražda
chromozomální aberace 26
chudoba 404

**I**
identifikace 39
– s agresorem 337
identita 247, 318, 337, 364, 388, 405
– a tělové schéma 228
– bezdomovce 414
– duchovní 380
– individuální 375
– krize identity 111, 114
– nemocného 68
– porucha disociační 347
– postiženého 116, 118
– rodičovská 103
– sexuální 346
– skupinová 355, 360, 381, 385
iluze 41
impulzivita 84, 235, 275, 419
inhibice 222, 224
integrace
– emigrantů 364, 367
– etnických minorit 369
– postiženého dítěte 110–112
– sociokulturně handicapovaných 356, 358, 360
– tělesně postiženého 131
inteligence
– využitelnost 149
– vývoj u mentálně postiženého 149
intoxikace alkoholem 295
intrafamiliární zneužívání *viz* zneužívání
ischemicko-vaskulární demence *viz* demence
izolace
– informační 387
– sociální 58, 242, 349, 379, 399, 406
– výběrová 394

**K**
klaustrofobie 207
kognitivně-behaviorální psychoterapie *viz* psychoterapie
komoce 92
komplexní deprivace *viz* deprivace
kompulze 204, 208
komunikační problémy 358
komunita romská 370, 377
konfabulace 278
konflikt 32, 61, 70, 215, 291, 386
– manželský 350
kontuze 93
konverze 212, 216
krádež 279, 281, 282
kriminalizace 286
kriminální chování *viz* delikvence
krize identity 111, 114
– rodičovské 103
krize ze svobody 424
kultura majoritní 371
kvalita života nemocného 65, 66

**L**
lehké mozkové dysfunkce 83
lhaní 280, 420
– bájivé 38, 414, 423
LMD *viz* lehké mozkové dysfunkce
logofobie 220
LSD 302





**M**
manipulace psychická 383, 386
matka
– alkoholička 295
– zneužívaného dítěte 344
Medein komplex 335
mentálně postižený *viz* postižený
mentální anorexie *viz* anorexie
mentální bulimie 234
mentální retardace 146–159, 419
minorita romská 368
Moonova církev sjednocení 379
mormoni 379
motiv k sebevraždě 246, 248
mutismus 219
muž
– agresivní 351
– nezaměstnaný 409
– rizikový 351
– sebevraždy mužů 251

**N**
nacionalismus 270
narození postiženého dítěte 103
násilí 258, 260, 266–273, 282–285, 334, 393, 423–425
– sexuální 340, 341, 394
– vůči ženám 353
návyk 310–313
– na drogu 289, 299, 300, 304
– neurotický 216
nedoslýchavost 126,127
nemoc
– dítěte 71–76
– jako psychologický problém 57–77
– nevyléčitelná 67
neslyšící 127
neurotické potíže *viz* porucha neurotická
neurotické příznaky *viz* symptom neurotický
neuróza dětská 215–220
neuróza *viz* porucha neurotická
neuróza z nezaměstnanosti 400
nevidomý 122
*New Age* 380
nezaměstnanost 243, 364, 398, **400–410**
– mladých lidí 408
– Romů 372
nezaměstnaný *viz* nezaměstnanost
norma 21–23
– jako ideál 21
– mediální 21
norma
– pojetí 19
– skupinová 21
– sociální
– porušování 312
– sociokulturní 20
– statistická 19
– subjektivní 22
normální rozložení 19
nosofobie 207
nutkání k jídlu 235
nutkavé chování 224, 421

**O**
oběť
– agrese 271, 273, 338
– sexuálního zneužívání 345–349
– šikany 283–286
– trestného činu 355, 392–396
– riziková 396
– týrání 335–339
obranné reakce
– aktivní 37
– paliativní 413
– únikové 38
obrna dětská mozková 79–81
obsedantně-kompulzivní porucha 208–209, 218
obsese 42, 204, 208, 224
odezírání 126
odchylka směrodatná 19
odchylky v psychickém vývoji 24
onemocnění
– duševní (sociální dopad) 168–176
– chronické 40
– psychosomatické 60, 211, 214
– somatické 30, 63
– stigmatizující 89
– těžké 68–70
orální řeč 126
organické poškození mozku 78–96, 150, 158, 255, 256, 274, 303
organický psychosyndrom 78, 303
orientace prostorová 121
osamocenost 253
osobnost 46
– anankastická 209, 262
– anomální 351
– anorektické dívky 233
– bezdomovce 412
– bulimika 235
– devastace osobnosti abúzem 301

osobnost
– epileptická změna 91
– narkomana 304
– obviněného 419
– organická změna 94
– pachatele trestného činu 418
– sebevraha 245
– trestaného 422
– změny v důsledku závislosti 304
ostrakizace oběti 348
ostrost zraková 121

**P**
pachatel trestného činu 394, 422
panické reakce 205, 302
paranoidní porucha osobnosti 256
Parsifalova sekta 392
party asociální 259, 276
pasivně receptivní role 100
patologie
– rodiny 320
– sociální 332, 410
péče pěstounská 332
pedofilní sexuální zaměření 343
pervazivní vývojové poruchy 160–167
pervitin 302
pocit
– bezmocnosti 69, 345, 337, 347
– beznaděje 245, 253, 366
– depersonalizace a derealizace 302
– izolace 390
– moci 284, 420
– odcizení 389
– viny 65, 104, 107, 115, 208, 217, 218, 222, 233, 236, 245, 252, 258, 268, 272–274, 277, 336, 347, 388, 390, 394, 422, 423
porucha
– amnestická *viz* amnézie
– disociačně-konverzní 211–213, 347, 387
– depresivní 192–195
– emocí 43, 138
– fatická 94
– fobická 43, 204, **206–207**, 217, 222, 230, 388, 421
– funkce CNS 78–96
– gnostická 41, 78
– chování 22, 79, 87
– agresivní *viz* agresivita
– v dětském věku 274–287
– inteligence 80, 146
porucha
– konverzní *viz* disociačně-konverzní
– monogenní 26
– myšlení 42, 178–179
– nálady 191–200
– návyková 310–313
– neurotická 201–226, 421
– obsedantně-kompulzivní 208, 218
– osobnosti 46, **254–265**, 272, 275, 280, 282, 419, 423
– anankastická 262
– disociální 258–260
– emočně nestabilní 260
– histrionská 261
– narcistická 264
– paranoidní 256
– schizoidní 257
– úzkostná 263
– závislá 263
– paměti 41, 137, 142
– panická 205
– pervazivní vývojová 160–167
– posttraumatická stresová 116, **209–210**, 244, 256, 286, 346, 361, 393, 421
– potence 293
– pozornosti 45, 93
– příjmu potravy 216, 227–237
– psychotická 168
– pudů 44
– řeči 43
– neurotická 225
– sebepojetí 230
– socializace 161
– somatoformní 213, 214
– spánku 216
– úzkostná 204
– vědomí 45, 88
– vnímání 41, 138
– vůle 44
– vyměšování 219
postencefalický syndrom 96
postižení
– dědičně podmíněné 147
– dítěte *viz* dítě
– pohybové 79, 80, 83, 101, 131
– později vzniklé 101, 105, 109, 131
– stigmatizující 100
– trvalé 30, 40
– vrozené 101–103, 108, 131
– získané 101, 105, 116, 118, 412
– v dospělosti 118
postižený 98–133
– dospělý 119
– mentálně 100, 113, 146–159
– nezaměstnaný 121
– pohybově 131
– pubescent 113
– rodina 102–106
– sluchově 125–129
– sourozenec 106, 108
– spolužák 113
– tělesně 130–133
– vývoj 108–120
– zrakově 101, 121–124
postoj
– majoritní populace 101, 356
– k bezdomovcům 411
– k nemocným 57
– k nezaměstnaným 406
– k Romům 357, 377
– k postiženým 99
– k sebevrahům 240, 252
– k týraným ženám 353
– k uprchlíkům 357
– přijaté bezmocnosti 121
– rezignovaný 413
– rodičů k postiženému dítěti 103
– romské komunity 375
postpenitenciární problémy 424
posttraumatická rezidua 395
poškození CNS *viz* organické poškození mozku
potíže psychosomatické **59–62**, 213, **214**, 365, 405
potlačení 38, 211, 395
potřeba
– autority 381
– sexuální 157
– víry 390
pozitivní selektivita 25
pozorování 48
presuicidální symptomy 247
prizonizace 422
prognóza 18
projekce 341
prokreační rodina 318
prostituce 281
prostorová orientace 121
prostředí
– působení 24
– výchovné 332
průměr (statistický) 19
prvotrestaný 420
pseudooligofrenie 147
psychoaktivní látka 288
psychodiagnostika 48
psychosyndrom organický 78, 303
psychoterapie 50-53
– behaviorální 52
– dynamická 52
– humanistická 53
– kognitivně-behaviorální 52
psychóza 168, 169
– alkoholická 292
pud
– sebezáchovy 238, 247
– smrti 244, 271
Pygmalion efekt 318

**R**
racionalizace 38, 291, 312, 385, 394
rasismus 270
reakce
– agresivní *viz* agresivita
– hysterická 213
– na nezaměstnanost 402
– na stres *viz* stres, porucha posttraumatická
– panická 205, 302
recidiva
– kriminálního chování 424, 425
– toxikomanie 305
recidivista 417, 420, 421, 423
regrese 39, 75, 215, 322, 395
religiozita 377
rezignace 39, 104, 322, 403, 413, 414
rigidita 209, 218, 222, 224
rituál 165, 386
– kompulzivní 208
rodič
– alkoholik 294
– nemocného dítěte 72
– postižený 126
– rizikový 322, 334
– romský 376
– týrající 334–337, 339
rodičovství postiženého člověka 119
rodina 317–319
– dysfunkční 242, 276, 297, **317–354**, 411
– emigrantů 367
– gamblera 312
– neúplná 276
– orientační 317, 339
– patologie 320

rodina
– postiženého dítěte 102
– prokreační 318
– romská 370, 375
– závislého člověka 306
role sociální
– alkoholika 295
– bezdomovce 414
– narkomana 299, 307
– nemocného 57, 71
– nezaměstnaného 405, 406, 408
– nežádoucího 85
– oběti 346
– pasivně receptivní 100
– postiženého 114
– trestaného 422
– týrané ženy 352
– týraného 337
– uprchlíka 362
Romové 368–376, 396
rozdělení *viz* rozložení
rozložení normální 19
rozpad manželství 294

**Ř**
řeč
– orální 126
– poruchy 43, 225
– znaková 126

**S**
satanismus 380
scientologická církev 380
sebeobětování 239
sebepoškozování 69, 154, 157, 165, 337, 423
sebevražda 211, **238–253**, 258, 395, 405, 415
– bilanční 248
– dědičná dispozice 241
– dětská 249
– motiv 246, 248
– pokus o sebevraždu 248, 250, 352, 365
– riziko 242, 251
– skupinová 249
– tendence k sebevraždě 37, 68, 302
sekta náboženská 238, 388, 249, **377–391**
– Hare Krišna 379
– Parsifalova 392
– kritéria 379
– s křesťanským zaměřením 379
sekta náboženská
– učení sekty 379, 384, 385
– člen sekty 383, 387, 388
selektivita 25
sexuálně zneužívané dítě 344, 392
sexuální zneužívání *viz* zneužívání
schizofrenie 160, 168, 177–190, 240
– dědičnost 27
schizoidní porucha osobnosti 257
similarita 100
situace stresové 33
skór maladaptace 327
skupina
– etnická 365, 368
– minoritní 101, 113, 126, 356, 360, 409
– drogově závislých 299
sluchově postižený 126–129
směrodatná odchylka 19
smysl života 69, 71, 116, 244, 248, 365, 378
socializace
– mentálně postižených 156
– selhání 87
– sluchově postižených 129
sociálně handicapovaný jedinec 358
sociální deprivace *viz* deprivace
sociální důsledky
– drogové závislosti 305
– duševních poruch 156–159, **168–176**, 187, 198–200, 221–225, 236, 252, 305–307
– alkoholismu 293–295
– demence 143–145
– hyperaktivity 85–87
– nezaměstnanosti 405–406
– postižení 100
sociální stigma *viz* stigmatizace
sociální stres *viz* stres
sociokulturní handicap 356–360
somatické onemocnění 30, 57–77, 214
somatoformní poruchy 213, 214
somatogenní vlivy 30
speciální škola 112
společenská stigmatizace *viz* stigmatizace
společnost majoritní 317, 358, 364, 368, 370
status
– dospělého 408
– uprchlíka 361
stav bezmocnosti 291
stereotyp pojetí duševně nemocného 168
stigma 107, 405
stigmatizace 100, 220, 241, 252, 295, 296, 307, 341, 347, 349, 357, 358, 421
– oběti 394
strach 67, 72, 201, 204, 206, 208, 217, 345, 352
– z ženské role 234
– ze smrti 218, 243
stres **33–35**, 63, 71, 87, 143, 209, 210, 311, 334, 361, 382, 389, 399, 405, 410, 421
– aktuální 297, 401
– anticipační 399, 401
– dlouhodobý 342
– porucha posttraumatická *viz* porucha
– psychické reakce na stres 35
– sociální 286, 351, 407
– z očekávání *viz* anticipační
styl života nezaměstnaného 399
subdeprivace 276, 294, 327
– citová 326
subkultura drogová 307
submise 414
substituce 39, 104, 322
suicidium *viz* sebevražda
Svědkové Jehovovi 377, 379
symptom 17
– disociační 211
– neurotický 201, 203, 204, 215
– presuicidální 247
– psychosomatický 63
syndrom 17
– abstinenční 289, 290, 292, 301, 303
– s deliriem 292
– adaptace na týrání 352
– apalický 93, 138
– CAN 320
– Downův 147, 150
– fetální alkoholový 295
– *home alone* 342
– hyperaktivity 83, 275, 335
– u dospělých 87
– naučené bezmocnosti 307, 352, 376, 399, 402, 413
– postencefalický 96
– posttraumatický *viz* porucha
– přizpůsobení sexuálnímu zneužívání 347
– týraného dítěte 333
– závislosti 289

**Š**
šikana 278, 280, 282, **283–286**, 346, 420, 423, 424

**T**
tělesně postižené dítě *viz* dítě
tělesně postižený 130–133
tělové schéma 227
tendence k izolaci 338
teratogen 30, 147, 295
thanatofobie 207
tolerance
– frustrační 31, 223
– k alkoholu 291
toulání 281
trans 387
trauma *viz* porucha posttraumatická, stres
trest odnětí svobody 421–423
trestná činnost *viz* delikvence
truchlení 363
týraná a zneužívaná žena 350–353
týrání 256, 286, 321, 327, 340, 349

**U**
úbytek schopností 304
*underclass* 409
únik 38, 104, 421
uprchlický tábor 363
uprchlík 396
úrazy hlavy 92
útěky 281
– chronické 281
– impulzivní 281
– reaktivní 281
utrpení 71
úzkost 67, 69, 71–74, 94, 165, 201, **204–206**, 208, 210–212, 214, 215, 217, 218, **221–224**, 270, 287, 290, 292, 298, 301, 335–337, 344, 347, 353, 390, 393, 399, 401, 410, 419
úzkostná porucha 205
– osobnosti 263
užívání
– alkoholu 261, 281, **290–296**, 403, 405, 410, 412, 413, 415, 418, 425
– drog 258, 261, **296–308**, 365, 403, 405, 410, 412, 413, 415

**V**
vandalismus 278
variabilita 19
vazba vyšetřovací 420
vězení 422
viktimizace
– primární 393
– sekundární 393, 395

vliv
– prostředí 25, 28, 202
– sociálních faktorů 231
– somatogenní 30
– teratogenní 30, 147, 295
vrozené postižení 101–103, 108, 131
vůdce sekty 381, 388, 391
výkon trestu 421, 422
vyšetření psychologické 18, 47
vytěsnění 38, 211, 395
vývoj
– osobnosti anomální 334
– postiženého dítěte 109, 110
– prenatální 30
vztahy rodinné disfunkční *viz* rodina

Z
záchvat
– generalizovaný 88
– ložiskový 88
– psychomotorický 88
zanedbávané dítě 276
zátěž
– emigrace 365
– genetická *viz* dědičnost
– psychosociální 235, 275
– sekundární 348, 366
– sociální 355
závislá porucha osobnosti 263
závislost 290–308, 310–313
– biologická 289, 301
– léková 301
– na alkoholu 290–295, 351
– na drogách 296–308, 351
– na halucinogenech 302
– na hře 310–312
– na kanabioidech 301
– na opioidech 301
– na psychoaktivní látce 288–308
– na rozpouštědlech 302
– na sedativech a hypnotikách 301
– na sektě 382, 385, 388
– na stimulanciích 301
– psychická 289, 301, 302
zbytky sluchu 126
získané postižení 101, 105, 116, 118, 412
zkušenost traumatická 394
zmatenost 45
znaková řeč 126
zneužívané dítě *viz* dítě
zneužívání 340, 349, 411
– a týrání dětí 320–349, 380
zneužívání
– sexuální 321, 339–341, 345, 346, **352**
– intrafamiliární 341
– mentálně postižených 157
– penetrativní 340
zorné pole 122
zpracování traumatu 395
zraková ostrost 121

Ž
žadatel o azyl 362
žena
– násilí vůči ženám 353
– nezaměstnaná 408
– riziková 351
– sebevraždy 251
– týraná a zneužívaná 350–353

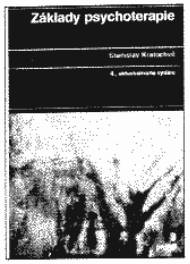


Marie Vágnerová

# Psychopatologie pro pomáhající profese

Vydalo nakladatelství Portál, s. r. o.,
Klapkova 2, 182 00 Praha 8,
naklad@portal.cz
www.portal.cz
jako svou 821. publikaci. Praha 2002
Odpovědný redaktor Dominik Dvořák
Výtvarný redaktor Vladimír Zindulka
Sazba programem TEX Ján Kula
Výroba ERMAT Praha, s. r. o.
Tisk FINIDR, s. r. o., Český Těšín
Vydání třetí

## V ŘADĚ STUDIUM VYŠLO

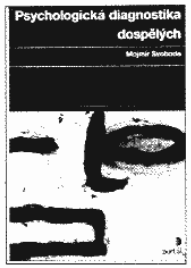



S. Kratochvíl

### Základy psychoterapie

4. aktualizované vydání monografie předního psychoterapeuta přináší podrobný výklad základních myšlenek současných vlivných směrů a škol v psychoterapii, podává instruktivní přehled důležitých psychoterapeutických metod a poukazuje na možnosti, problémy a výsledky vědeckého výzkumu. Eklekticky a integrativně orientovaná práce postihuje přínos jednotlivých směrů pro porozumění psychogenním poruchám a nabízí návod k diferencovanému využití osvědčených metod v praxi.

**váz., 392 s., 445 Kč**




M. Svoboda

### Psychologická diagnostika dospělých

Východiska a zásady diagnostiky a především několik set metod pokrývajících širokou škálu zjišťovaných charakteristik. Toto vydání je rozšířené a doplněné o informace o některých nových nebo inovovaných testech. Knihu využijí kromě psychologů i odborníci příbuzných profesí, zejména lékaři.

**váz., 344 s., 369 Kč**




M. Svoboda (ed.), D. Krejčířová, M. Vágnerová

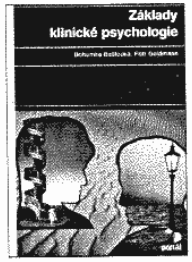
### Psychodiagnostika dětí a dospívajících

Práce navazuje na publikaci *Psychologická diagnostika dospělých* a pokrývá metody diagnostiky dětí, specifické zejména vývojovou diagnostikou. Psychodiagnostika je základním pracovním nástrojem psychologů v mnoha oblastech praxe i výzkumu. Slouží například při určení stupně vývoje jedince a zjištění příčin případných odchylek vývoje, individuálních zvláštností osobnosti, je východiskem pro psychologické prognózy a podobně. Význam psychologické diagnostiky zvláště dětí a dospívajících stále roste.

**váz., 792 s., 897 Kč**

**ŽÁDEJTE U SVÝCH KNIHKUPCŮ NEBO NA ADRESE NAKLADATELSTVÍ**
**Klapkova 2, 182 00 Praha 8, tel. 02/830 28 203, fax 02/830 28 208**
**e-mail: obchod@portal.cz www.portal.cz**

## V ŘADĚ STUDIUM VYŠLO

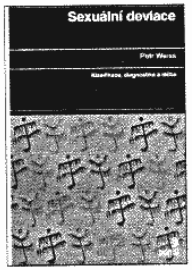



B. Baštecká, P. Goldmann

### Základy klinické psychologie

Publikace představuje v české literatuře unikátní učebnici uvádějící do této problematiky. Popisuje teoretická východiska současné klinické psychologie i konkrétní podmínky výkonu profese v České republice. Pojetí učebnice překlenuje rozdíl mezi duševními a tělesnými starostmi člověka i mezi světem pomáhajících a těch, jimž se pomáhá (jak celkovým postojem autorů, tak pozorností věnovanou psychickým obtížím zdravotníků apod.).

**váz., 440 s., 579 Kč**

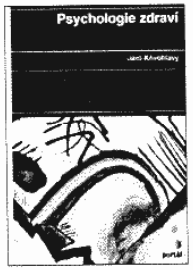



P. Weiss

### Sexuální deviace

Ve srovnání s tím, jak důležitou roli hraje sexualita v osobnostním vývoji, se jí v současné psychologii věnuje relativně málo pozornosti. Tato absence se dotýká také sexuálních deviací. Přestože čeští sexuologové shromáždili řadu praktických zkušeností a významně přispěli i k rozvoji teorie, monografie shrnující poznatky v této oblasti dosud chyběla. Kniha jako první na českém trhu poskytuje komplexní pohled na problematiku sexuálních deviací (např. voyerismu, exhibicionismu, sexuální agresivity, pedofilie, fetišismu), zabývá se jejich klasifikací, etiologií, diagnostikou a terapií. Práci doplňuje popis řady případů a obsáhlá bibliografie.

**váz., 360 s., 492 Kč**




J. Křivohlavý

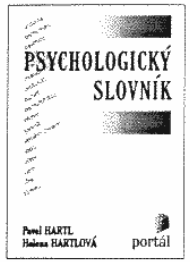
### Psychologie zdraví

Autor, přední odborník v této oblasti, zde poprvé v českém prostředí uceleně shrnuje její východiska a nejdůležitější poznatky. Seznamuje s pojetími duševního zdraví a nemoci, s otázkami kvality života, s poznatky o mechanismech zvládání obtíží a stresu, s faktory podporujícími zdraví a odolnost jedince. Dále se zabývá psychikou nemocného člověka, psychoneuroimunologií, vlivem náboženského přesvědčení na zdraví, rolí zdravotních psychologů aj.

**váz., 280 s., 349 Kč**

**ŽÁDEJTE U SVÝCH KNIHKUPCŮ NEBO NA ADRESE NAKLADATELSTVÍ**
**Klapkova 2, 182 00 Praha 8, tel. 02/830 28 203, fax 02/830 28 208**
**e-mail: obchod@portal.cz www.portal.cz**

# Z DALŠÍ NABÍDKY NAKLADATELSTVÍ PORTÁL

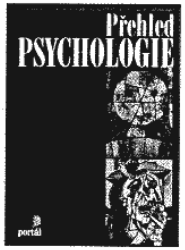



P. Hartl, H. Hartlová

## Psychologický slovník

Přepracované a rozšířené vydání úspěšného slovníku obsahuje více než jedenáct tisíc hesel z oblasti psychologie a příbuzných sociálních věd. Autoři kladou důraz na srozumitelné a přístupné vysvětlení pojmů a snaží se o důslednou provázanost hesel, začleňující pojmy do dalších souvislostí. Slovník je určen nejen studentům, psychologům a pedagogům, ale i širší veřejnosti. Užitečným doplňkem je přehled světových i českých psychologů.

**váz., 776 s., 635 Kč**

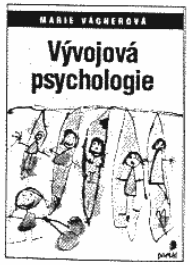



H. Kern, Ch. Mehl, H. Nolz, M. Peter, R. Wintersperger

## Přehled psychologie

Vědecká psychologie nám pomáhá kriticky přehodnotit a rozšířit poznatky i mínění o lidech, o jejich prožívání a chování. Přehledné kompendium oboru psychologie uvádí srozumitelnou a přehlednou formou do základních psychologických témat a disciplín (základní pojmy a metody psychologie, vývojová psychologie, psychologie osobnosti, sociální psychologie, vnímání, myšlení a řeč, motivace, učení aj.).

**váz., 296 s., 259 Kč**




M. Vágnerová

## Vývojová psychologie

Výklad psychického vývoje člověka od prenatálního věku až do konce lidského života. Autorka charakterizuje v každém období stav psychických funkcí i důsledky pro jednání člověka. Učebnice je určena studentům pedagogiky a pracovníkům pomáhajících profesí, ale užitečnou příručku v ní najdou i psychologové a pracovníci dalších sociálních oborů.

**váz., 528 s., 475 Kč**

**ŽÁDEJTE U SVÝCH KNIHKUPCŮ NEBO NA ADRESE NAKLADATELSTVÍ**
**Klapkova 2, 182 00 Praha 8, tel. 02/830 28 203, fax 02/830 28 208**
**e-mail: obchod@portal.cz www.portal.cz**