Vladimír Vondráček, Jan Dobiáš a spolupracovníci

LÉKAŘSKÁ PSYCHOLOGIE

Pořadatelé Jiří Diamant, Eduard Urban

Státní zdravotnické nakladatelství Praha 1969

AUTOŘI KNIHY

MUDr. a PhDr. Jiří Diamant
Kabinet lékařské psychologie, Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů

Doc. MUDr. Jan Dobiáš, CSc.
Psychiatrická klinika fakulty všeobecného lékařství Karlovy university

MUDr. Stanislav Drvota, CSc.
Psychiatrická klinika fakulty všeobecného lékařství Karlovy university

PhDr. František Engelsmann, CSc.
Výzkumný ústav psychiatrický

MUDr. Ladislav Haškovec, CSc.
Subkatedra psychiatrie lékařské fakulty hygienické Karlovy university

Doc. MUDr. Ivan Horvai, CSc.
Psychiatrická klinika fakulty všeobecného lékařství Karlovy university

PhDr. Jiří Hoskovec, CSc.
Psychologický ústav Karlovy university

Doc. MUDr. Ferdinand Knobloch, CSc.
Psychiatrická klinika fakulty všeobecného lékařství Karlovy university

PhDr. Josef Langmeier, CSc.
Katedra pediatrie, Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů

PhDr. Zdeněk Matějček
Psychiatrická poradna pro děti a mladistvé, Praha 2, Dittrichova 17

PhDr. Václav Pinkava, CSc.
Výzkumná laboratoř psychiatrická fakulty všeobecného lékařství Karlovy university

MUDr. Miroslav Plzák, CSc.
Psychiatrická klinika fakulty všeobecného lékařství Karlovy university

Doc. MUDr. Josef Prokůpek
Katedra psychiatrie, Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů

PhDr. Jan Srnec, CSc.
Katedra psychologie filosofické fakulty Karlovy university

PhDr. Jiří Štikar, CSc.
Psychologický ústav Karlovy university

PhDr. Eduard Urban
Psychiatrická klinika fakulty všeobecného lékařství Karlovy university

Prof. MUDr. Vladimír Vondráček, DrSc.
Psychiatrická klinika fakulty všeobecného lékařství Karlovy university

Rukopis recensovali: doc. MUDr. Alojz Janík, CSc., doc. PhDr. Eva Syřišťová, CSc.

Obsah

Předmluva

Moderní klinické lékařství opírající se o základní poznatky teoretických oborů, které trvá něco více než sto let, nelze si představit bez biofysiky, biologie, anatomie, histologie, biochemie, fysiologie normální a patologické, patoanatomie a patohistologie. Naši následovníci si za padesát let nebudou moci představit, že toto „moderní klinické lékařství" existovalo bez psychologie, ba dokonce, že se na počátku druhé poloviny 20. století někde proti psychologii vystupovalo.

Dlouho byl pacient oficiálně bez „duše", pouhým nositelem své nemoci. Jen psychiatři a někteří neurologové, někteří geniální internisté a ojedinělí lékaři jiných oborů počítali s jeho duší.

Máme mnoho co dohánět. Každý klinik, který to dosud neučinil, by si měl přečíst „něco z psychologie". Psychologie je dnes věda tak obsáhlá, že již dávno ji jednotlivec nemůže obsáhnout. Jsou různé psychologie: pedagogická, inženýrská, dopravní aj., ale také psychologie v nejširším slova smyslu lékařská. Členění, pojmy klinická psychologie aj. vysvitnou z četby celého díla. Aby lékař získal správné pochopení lékařské psychologie, je nutno, aby se přece jen seznámil s některými základními poznatky psychologie vůbec.

Podle našeho názoru bylo by třeba větší knihy, aby vzniklo jakési malé kompendium, kde by lékař, klinický psycholog a zájemce z kteréhokoli oboru nalezl to, co hledá. Řada objektivních příčin však vedla k tomu, že tuto informativní knihu je nutno vydat v menším rozsahu, než vyžaduje potřeba a důležitost thematu. Proto zde čtenář nenalezne všechno, co bude hledat, ale nalezne rozhodně více než minimum, které potřebuje.

Snahou autorů bylo napsat informativní knihu a příručku, která by poskytla stručný přehled o nejdůležitějších úsecích současné psychologie a ukázala možnost použít odborných psychologických vědomostí v lékařské práci. Poslední kapitola ukazuje, že zájem o psychologii je veliký ve všech oborech.

Jednotlivé kapitoly zpracovali lékaři a psychologové, kteří měli k thematu emoční poměr a více se jím v životě zabývali.

Autoři se snažili seznámit čtenáře s částmi psychologie, které považovali za důležité. To jsou základní pojmy obecné psychologie, přehled metodologie psychologie, základní poznatky z hraničních oborů, jako jsou ethologie, sociologie apod., dále psychologie vývojová, klinická a psychologie práce, psychologická

problematika lékařovy práce, iatrogenie a iatropatogenie, léčebný režim, duševní hygiena, zdravotní výchova, psychosomatika a psychoterapie.

Líčení stavů patických je zde co nejméně, kniha není ani psychopatologií, ani psychiatrií. Pokud jsou v knize líčeny, jsou demonstračním objektem psychických vlivů a jsou v hraničním území psychologie. Sem patří psychosomatika; klíč k porozumění etiopatogenesi psychosomatických nemocí je psychologický.

Někdo by mohl namítnout, že sem nepatří ani psychoterapie, a měl by do jisté míry pravdu, ale touha lékařů po informaci o psychoterapii je tak veliká a blízkost obou disciplín tak těsná — vždyť psychoterapie využívá pozorování a výsledků psychologie — že jsme sem tuto kapitolu, vyžadující si samostatnou knihu, přece zařadili. Stalo se tak na úkor historie psychologie, fysiologické psychologie aj.

Kniha má přirozeně a nevyhnutelně vady každé kolektivní knihy, ale i její přednosti, totiž že jednotlivé kapitoly zpracovali lidé, kteří jsou speciálně s jejich problematikou seznámeni, a že kniha je souhrnem různých názorů a postojů, jimž redakce nechala volný průchod. Za jednotlivé kapitoly si zodpovídají autoři sami.

Mám ve své knihovně knihu: Dr. Rudolph Hermann Lotze, Professor in Göttingen, Medicinische Psychologie oder Physiologie der Seele, Leipzig 1852. Tato kniha dokumentuje jednak, že již tehdy byl zájem o lékařskou psychologii, která měla ovšem částečně jinou náplň než dnes, jednak, při srovnání s dneškem, ten veliký kus cesty, kterou psychologie za těch 114 let urazila, a co přinesla pro lékařství.

Vondráček

Stručný přehled psychologie

Eduard Urban

1. Pojem psychologie

Slovo „psychologie" pochází ze 16. století a podle etymologie znamená "vědu o duši" (řecky *psyché* — dech, duše atd., *logos* — slovo, pojednání atd.). Filosofické nesnáze spojené s pojmem duše vedly k rozdělení psychologie na psychologii racionální (spekulativní), která řeší otázky týkající se podstaty, existence, vzniku, života, trvání anebo zániku duše, a jež je jak svým předmětem, tak svými metodami vědou především filosofickou, a na psychologii empirickou, postupující metodami přírodovědeckými. Ve své dnešní podobě, která je dílem hlavně badatelů 19. a 20. století, je psychologie vědou o duševnu, duševním dění, resp. duševních jevech, popřípadě, podle některých psychologů, vědou o chování. Většina badatelů se jí zabývá jako vědou přírodní, nevyhne se však zpravidla úvahám spíše filosofického charakteru. A naopak, ti badatelé, kteří se věnují psychologii spekulativní, užívají ve svých pracích více a více materiálu poskytovaného psychologií empirickou a jinými vědami.

2. Úkoly psychologie

Jako jiné vědy vyhledává i psychologie jevy, které spadají do jejího oboru (tedy tzv. „duševní jevy"), popisuje a analysuje tyto jevy, pátrá po jejich příčinných a logických souvislostech (jinými slovy synthetisuje, strukturalisuje a klasifikuje duševní jevy) a pokouší se je vysvětlit. K vrcholným úkolům psychologie patří nalézání a formulování psychologických zákonitostí a zákonů. Jako každá jiná věda směřuje i psychologie k tomu, aby vytvořila pravdivou, smysluplnou, koherentní a všeobsáhlou teorii duševna a duševních jevů, zharmonisovanou s ostatními vědami. Tento cíl má ovšem v přítomnosti toliko ráz postulátu a ideálu. Prakticky se psychologové snaží, aby dospěli k takovým poznatkům, které by poskytovaly dostatečnou teoretickou základnu pro předvídání a řízení lidského chování ve společnosti, pokud je dáno psychickými faktory.

3. Metody psychologie

Každá věda je kromě svého předmětu a úkolů určena i metodami, kterými svůj předmět zkoumá a pomocí nichž se snaží svůj úkol splnit. Opět podobně jako jiné vědy užívá psychologie pozorování a vytváření hypothes, které se snaží buď potvrdit (verifikovat), nebo vyvrátit (falsifikovat v tomto smyslu). Z hypothes, pokud možno verifikovaných, pak buduje teorie.

Pokud jde o pozorování, má psychologie k disposici především sebepozorování (introspekci), která byla a je předmětem sporů mezi jednotlivými psychology a psychologickými školami. Spočívá v tom, že člověk je s to učinit sebe sama a své duševní děje předmětem svého pozorování. Fakticky tak činí ať spontánně, nebo úmyslně. Plausibilním řešením sporů o introspekci se zdá být názor, že data získaná touto cestou neodmítáme, snažíme se však ověřit je jinými metodami. V tom se však neliší principiálně od druhé základní metody psychologie, pozorování druhých (extraspekce). Tato metoda, na rozdíl od introspekce označovaná jako objektivní, spočívá ve zkoumání cizí psychiky na základě smysly vnímatelných projevů, např. mimických a pantomimických pohybů, fysiologických procesů atd. U každého pozorování, tedy jak introspekce, tak extraspekce, rozlišujeme vedle pozorování spontánního a úmyslného také pozorování prosté (v „normálních, životních" podmínkách) a pozorování v podmínkách experimentálních. Experiment v psychologii nikdy není ideálně dokonalý, vždy se však snažíme dostát základním požadavkům, totiž aby experiment bylo pozorování úmyslně vyvolaného jevu podle předem připraveného plánu, při čemž tento jev má být opakovatelný, isolovatelný a máme mít možnost měnit jeho podmínky. Důležité je, abychom co nejpřesněji registrovali celý experiment a pokud možno i všechny jeho podmínky. Je nasnadě, že k tomuto účelu podle možnosti užíváme nejrůznějších opatření, zejména registračních přístrojů. Experiment hraje v současné psychologii tak významnou roli, že jeho teorie i užití konstituují relativně samostatné odvětví, experimentální psychologii.

Vedle pozorování bezprostředního, tj. pozorování aktuálně probíhajících duševních dějů a jejich projevů, známe v psychologii i pozorování na vzdálenost prostorovou anebo časovou. Sem patří zejména dotazník, respektive anketa, dále sbírání a studium uměleckých, vědeckých, technických a jiných hmotných projevů duševní činnosti, studium životopisů i podrobných popisů pozorování jednotlivých osob (biografie, kasuistika) a jiné tzv. historické metody, psychologicky využité. Důležitou úlohu v psychologii má rozhovor (interview), někdy prostý, jindy za použití různých chemických látek ovlivňujících duševní činnost, nebo v hypnose. Tzv. kontrolovaný interview se blíží dotazníku. Důkladný, zevrubný, diagnosticky zaměřený rozhovor označujeme jako exploraci. Názory na hodnotu explorace se liší, setkáváme se s hodnocením extrémně kladným i záporným.

Otázka metod v psychologii úzce souvisí s otázkou měření a kvantifikování. V novější době se psychologie přiklonila ve většině svých zástupců k ideálu přírodních věd (měřit, co se měřit dá, a měřitelným učinit, co se bez-

prostředně měřit nedá). Psychofysika představovala pokus o přímé měření, v současné době převládá měření nepřímé, často ve smyslu počítání za předpokladu (platného více nebo méně) „identity" jevů, jež jsou předmětem početního zpracování. Počínaje 19. stoletím byly i v psychologii aplikovány různé statistické metody. Přes všechny teoretické pochybnosti se ukázal kvantitativní a statistický přístup k řešení psychologických problémů plodným a je z přítomného obrazu psychologie neodmyslitelný. Avšak ani opačný přístup, kladoucí důraz na kvalitativní rozdíly pozorovaných jevů a tíhnoucí k fenomenologickému popisu, rozboru a „pochopení" (místo „vysvětlení" na způsob přírodních věd), není opuštěn. V analyse složitých jevů, jakým je např. řeč, se setkáváme i s přístupem semiotickým, šíří se užívání metod sociologických. Snad nejmenšího uplatnění došel až dosud přístup axiomatický, existují však již psychologické práce, v nichž je aplikován, a není pochyby, že jich bude přibývat.

Závěrem a úhrnně je možno říci, že současná psychologie užívá všech známých metod vědeckého myšlení, což je zcela pochopitelné uvážíme-li, jak komplexní cíl sleduje.

4. Rozdělení psychologie, odvětví psychologie, psychologické vědy

Z hlediska cíle bádání je obvyklé dělit psychologii na teoretickou, jejímž bezprostředním cílem je poznání duševního života samo o sobě, a praktickou, která více či méně slouží potřebám životní praxe. Z hlediska zásadního teoretického přístupu dělíme psychologii na spekulativní (filosofickou, racionální) a empirickou (přírodovědeckou, zkušenostní, speciálně pak experimentální). Pojem duševna úzce souvisí s pojmem života, a tak vedle psychologie člověka (antropopsychologie) můžeme v rámci psychologie konstatovat silně zastoupený obor psychologie zvířat (zoopsychologie); méně nápadný je obor psychologie rostlin (fytopsychologie). Odtud není daleko k úvahám o animismu, animatismu, preanimismu, panpsychismu atd. Najdeme je i ve zcela recentních učebnicích psychologie. Moderní stroje na zpracování informací a nově vzniklá odvětví vědecké práce (kybernetika, bionika) dávají tušit, že se dříve nebo později setkáme v nějaké podobě s azoopsychologií či abiopsychologií.

Zpravidla jen v souvislosti s lidským duševnem (což není teoreticky nutné) se setkáváme s rozdělením na psychologii normálního, zdravého duševního života, a psychologii abnormálního, chorobně alterovaného života (psychopatologií a patopsychologií; u nás se zpravidla přednáší v rámci obecné psychiatrie).

Výraz obecná psychologie zahrnuje zpravidla pojednání o všeobecných podmínkách a rysech duševního života (bylo by správné mluvit o psychologii všeobecné) a o jednotlivých duševních funkcích poznávacích, citových a snahových (zde by bylo správné mluvit o psychologii speciální, tomuto

výrazu však mnozí dávají jiný význam), obvykle tak, jak je nalézáme u normálního, dospělého, civilisovaného člověka, bez rozlišení pohlaví („abstraktní individuum"). Připojuje se psychologie osobnosti, která doplňuje výklady o duševních dějích výklady o duševních vlastnostech, struktuře a dynamice osobnosti. Vedle takto pojaté psychologie obecné (všeobecné a speciální, doplněné psychologií osobnosti) existuje široké odvětví psychologie diferenční (diferenciální), zaměřené k psychickým rozdílům individuí a skupin, či přesněji tříd individuí (psychologie etnických skupin, ras, rodiny, regionálních skupin, národů, pohlaví, sociálních tříd, příslušníků různých profesí, psychologie dětí, adolescentů, starců, psychologie necivilisovaných lidí atd. atd.). Genetická psychologie (fylogenetická a ontogenetická) se zabývá vývojem duševna u druhu a individua.

Potřeby praxe přispěly ke vzniku stále rostoucího odvětví psychologie praktické, aplikované na jiné vědy a různé další obory lidské činnosti. Nejdůležitějšími aplikačními oblastmi psychologie v současné době jsou zdravotnictví (zdravotnická či klinická psychologie), výchova (pedagogická psychologie), práce (psychologie práce, ekonomická, průmyslová), dále existují psychologie soudní (forensní), psychologie vojenská, psychologie sportu, psychologie pastorální, psychologie propagace, psychologie umění, dějin, náboženství atd. Na okraji psychologie, zdaleka ne obecně uznávaná, existuje parapsychologie, zabývající se psychologickými aspekty jevů jako telepatie, telekinese atd.

Psychologie dlouho fakticky nedoceňovala skutečnost, že člověk je tvor společenský, že žije ve společnosti, vytváří ji a sám je v interakci se společností trvale utvářen a modifikován. Nověji vzniklá sociální psychologie klade důraz právě na tyto dosud opomíjené skutečnosti a zabývá se psychologickými aspekty života společnosti a individua ve společnosti. Vliv sociální psychologie, zejména „objevu" malých skupin a jejich dynamiky, se začíná uplatňovat v celé psychologii.

5. Směry v současné psychologii — psychologické školy

Pro současný stav psychologie je charakteristické, že veškeré pro ni relevantní poznatky a problémy nebyly dosud uspořádány do jednotné a obecně uznávané stavby; existují dosud „školy", resp. směry (trendy) v psychologii, které vycházejí z různých teoretických předpokladů a věnují větší nebo menší pozornost, někdy i výlučnou pozornost jevům jedněm a druhé buď více méně opomíjejí, nebo je dokonce popírají. Psychologie se v tomto ohledu podobá více filosofii než matematice, fysice a chemii.

Na počátku moderní psychologie stojí renesanční ideál matematicko-fysikální přírodní vědy, jež pozorováním a experimentem dospívá cestou analysy k elementům, z nichž je pak možno na základě odpozorovaných zákonitostí a pokud možno matematicky formulovaných zákonů vytvářet cestou synthesy struktury a funkční systémy, odpovídající skutečnosti. Výrazem této snahy v psychologii je psychologie označovaná jako elementová, asociační nebo ato-

mistická. Jako elementy („atomy") duševního dění označovala představy nebo počitky, spojované podle asociačních zákonů, jejichž první formulace sahají až k Aristotelovi. Zcela opačný je přístup tzv. tvarové a celostní psychologie (někdejší školy berlínská a lipská). Obě zdůrazňují, že psychické celky (tvary, Gestalten) jsou více než jejich elementy a že je není možno na tyto elementy a jejich shluky redukovat. Transponujeme-li např. melodii do jiné tóniny, změní se její elementy (tóny), melodie však jakožto průběhový tvar zůstává zachována. Z pochyb o spolehlivosti introspekce jakožto metody psychologického zkoumání vyšel směr označovaný jako behaviorismus. Ideálem mu byla psychologie zabývající se toliko pozorováním chování (anglicky behavior) živých bytostí (zvířat a lidí), podnětů a reakcí na ně, a resignující na sebepozorování a úsudky z analogie. Z obdobných metodologických předpokladů vycházela ruská reflexologie Bechtěrevova a Pavlovova fysiologie vyšší nervové činnosti. Jiný pokus o vysvětlení lidského chování a duševního dění vůbec představují různé směry hlubinné psychologie, Freudova psychoanalysa, Adlerova individuální psychologie, Jungova komplexní (analytická) psychologie atd. Jejich společným rysem je hledání hlubokých, skrytých příčin lidského chování a vědomého duševního života v nějaké formě individuálního nebo transindividuálního nevědomí. Z oposice proti převážně přírodovědecké psychologii 19. století, usilující o vysvětlení duševního života, vznikla duchovědná psychologie rozumějící (verstehende Psychologie), jejímž cílem je popis, analysa a porozumění psychických celků i jednotlivostí, a jmenovitě typologie individualit.

Pozorovateli stojícímu vně těchto škol se zpravidla nejeví jejich protiklady jako navzájem se vylučující. Každá z nich přispěla něčím positivním k psychologii jako celku. V budoucí synthese půjde spíše o přezkoušení a doplnění těchto dílčích přínosů, než o další zdůraznění jednostranností. Poučný je v tomto směru příklad jedné z nejrozšířenějších současných psychologických teorií, teorie učení. V jejím rámci, zahrnujícím vedle učení v užším slova smyslu lidské a zvířecí chování vůbec, se uplatňují vedle prvků behavioristických a psychoreflexologických i prvky psychologie asociační, tvarové, a nověji také hlubinné. Přitom však pokračují v rámci této teorie paralelně tendence diferenciační, takže současně existuje několik směrů teorie učení. Ani tzv. školská či akademická psychologie, jak vzniká a je přednášena na vysokých školách, nepřekonala dosud různosti, jednostrannosti a protiklady jednotlivých psychologických škol a směrů. S tímto stavem, charakteristickým pro „mladou a vyvíjející se vědu", jakou psychologie dosud je, musí tedy počítat každý, kdo se psychologií zabývá.

6. Základní pojmy z obecné psychologie

Jedním z důsledků dosavadní nesjednocenosti psychologie je skutečnost, že o stejných předmětech psychologického pozorování a zkoumání je možno někdy pojednat z hlediska různých škol a různými termíny. A naopak,

o jiných předmětech je možno pojednat jen v teoretickém a pojmovém rámci jedné školy. Patří tedy „psychologická škola“ či „směr“ a „partikularismus“ k základním pojmům psychologie.

Tradiční školská neboli akademická psychologie obvykle operuje pojmem „duševní děje“. Míněny jsou děje „uvnitř“ živého organismu (člověka, zvířete a snad i rostliny), zpravidla přístupné uvědomení. O vlastních duševních dějích za normálních okolností (ve stavu duševního zdraví) nepochybujeme, bereme je jako fakt. Někteří filosofové a psychologové předpokládají, že kromě vědomých duševních dějů existují i děje nevědomé, stejné povahy jako vědomé, avšak nepřístupné bezprostřední zkušenosti. Nemůžeme si je bezprostředně uvědomit, můžeme na ně toliko usuzovat, předpokládat jejich existenci. I vědomé duševní děje jsou však bezprostředně přístupné jen jejich nositeli, subjektu. U ostatních subjektů na ně opět toliko usuzujeme z analogie anebo na základě výpovědí druhých o sobě. V této subjektivitě duševních jevů spatřují mnozí psychologové jejich základní charakteristiku. Další charakteristikou je dynamičnost: vždy máme co dělat s děním, s ději spíše než se stavy. Tyto děje jsou navíc ve složitých vzájemných vztazích, takže je asi správnější pojímat duševní dění subjektu jako celek, ze kterého toliko cestou abstrakce metodicky isolujeme jednotlivé děje, resp. třídy dějů vzájemně souvisících. Úhrnem je možno říci, že za duševní děje považujeme dynamické jevy vědomé (a snad i nevědomé), bezprostředně dané jen jejich subjektu (organismu) jako předmět vnitřní zkušenosti.

Z celku duševního dění byla časem isolována řada tříd duševních jevů. Klasifikace bývá různá, vždy však jsou v nějaké podobě předmětem výkladu duševní funkce čili činnosti poznávací, citové a snahové (vnímání, pozornost, představy, paměť, fantasie, myšlení, city, vůle apod.). K výkladu o duševních dějích se připojuje, jak už bylo řečeno, výklad o duševních vlastnostech a jejich integraci v osobnosti. Proti tomuto třídění je možno mít řadu námitek, je však blízké obecnému povědomí a pro orientaci postačí.

a) Vnímání

Pod pojmem vnímání rozumíme duševní děje, při nichž si za pomoci smyslových orgánů více či méně jasně uvědomujeme různá data o sobě a o vnějším světě. Děje uvnitř a vně organismu, které aktivují receptory, označujeme jako podněty. Principiálně přicházejí v úvahu všechny formy fysikálně-chemické energie, fakticky však organismy mají receptory jen pro některé formy energie a z nich jen pro některé rozsahy. Jiné formy energie, ačkoliv jsou jim rovněž vystaveny, organismy nevnímají. Tak pro elektromagnetické vlny kratší než 10^{-5} cm (kosmické záření, Roentgenovy paprsky) nemá člověk (známý) receptor. Elektromagnetické vlny délky 10^{-5}—10^{-4} cm dráždí sítnici oka a vyvolávají visuální zážitek barvy, resp. jasnosti. Elektromagnetické vlny délky 10^{-4}—10^{-2} cm dráždí čivé buňky v pokožce a vyvolávají kožní zážitky tepla nebo chladu. Mechanická chvění frekvence 20—20 000 za vteřinu dráždí mem-

bránu hlemýždě ve vnitřním uchu a vyvolávají auditivní zážitky zvuků a tónů různé výšky a síly. Mechanické tlaky dráždí buňky v pokožce a vyvolávají kožní zážitky dotyku nebo dráždí čivé buňky ve svalech, šlachách a kloubech a vyvolávají kinestetické zážitky tlaku, váhy a pohybu. Pohyby hlavy dráždí semicirkulární kanálky ve vnitřním uchu a vyvolávají vestibulární zážitky otáčivého pohybu a změn rovnováhy. Chemikálie ve vodném roztoku dráždí chuťové buňky a vyvolávají gustatorní (chuťové) zážitky sladkosti, kyselosti, hořkosti, slanosti atd. Chemikálie v plynném skupenství dráždí čichové buňky a vyvolávají olfaktorické (čichové) zážitky vůní. Chemické anebo mechanické změny vnitřního prostředí dráždí útrobní buňky a vyvolávají orgánové zážitky tlaku, napětí apod. Vysoká kvanta energie jakéhokoliv druhu dráždí volná zakončení nervů a vyvolávají kožní zážitek bolesti.

Všeobecně můžeme říci, že podněty (S, od stimulus — podnět) vyvolávají v subjektu reakce (R). Starší psychologie předpokládala, že existují tzv. počitky, další analyse nepřístupné duševní jevy, které vznikají působením podnětů na smyslové orgány a které jsou co do intensity závislé na síle podnětu a co do kvality na druhu smyslového orgánu (tedy např. barva, tón, pach, chuť, dotyk, bolest). Podle modelu navrženého Th. Reidem (1764) se tyto počitky různých smyslových orgánů spojují (sdružují, asociují) navzájem i s představami, jmenovitě se zkušenostmi, jichž jsme nabyli při styku s vnímanými věcmi. Spojováním počitků by tak docházelo k vjemům. Počitky by byly odrazem jednotlivých kvalit objektů působících na subjekt (organismus), zatímco vjemy by byly odrazem těchto objektů v celku. Novější psychologie, zejména tvarová a celostní, podrobila tento model složité kritice a zdůraznila zejména funkční a genetickou predominanci celku nad elementy. Někteří psychologové došli až k popření faktické existence počitků jakožto elementů vnímání. Spor není dodnes vyřešen, někteří psychologové jsou o existenci počitků přesvědčeni, druzí ji popírají anebo ji omezují na výjimečné případy.

U vjemů obvykle rozlišujeme řadu vlastností, jako je kvalita, intensita a trvání vjemu. Kvalita vjemu je závislá na druhu smyslového orgánu, smyslu. Tradiční, i předvědecká, psychologie znala pět smyslů, novější mluví o smyslech chemických (čich, chuť a tzv. všeobecný chemický smysl), o sluchu, zraku, kožních smyslech (s receptory na bolest, tlak, chlad a teplo), o smyslu statickém (pro polohu a rovnováhu), o smyslu kinestetickém (pro pohyb) a dalších smyslech útrobních (s receptory systému trávicího, cirkulačního, dýchacího a urogenitálního). Kombinovanou činností různých smyslů a dalších („centrálních", „psychických") činitelů dochází k vnímání prostorových kvalit (poloha, směr, velikost v jednom, dvou, třech rozměrech, vzdálenost, hloubka), vnímání pohybu objektů, vnímání času a vnímání tvarů (celků). Vnímáme nejen statické předměty, ale i děje, jednoduché i složité.

Starší psychofysika se zabývala zákonitými vztahy mezi měřitelnými skutečnostmi „fysikálního" prostředí a jejich zážitkovým „psychickým" obrazem. Pokusila se o formulaci zákonů (např. zákon Weberův, zákon Fechnerův) a teorií, zejména však formulovala řadu problémů a vyvinula techniky, které významně přispěly k ustavení psychologie jako vědy. Pod tlakem novějších směrů, zejména

tvarové a celostní psychologie, zájem o psychofysiku dočasně ochabl, v poslední době však opět stoupá.

Někdy se mluví také o tzv. „mimosmyslovém vnímání" (Extra-Sensory Perception). Míněny jsou „parapsychologické" nebo také „okultní" jevy jako telepatie a jasnovidectví, ke kterým se řadí i psychokinese (pohybování předmětů bez známé fysikální příčiny). Teoretické výklady parapsychologických jevů vyvolávají řadu dalších otázek, takže je není možno považovat za uspokojivé.

To nás však nesmí překvapit, neboť i pokud jde o vnímání v obvyklém slova smyslu, disponujeme dosud toliko parciálními teoriemi, jež podávají výklad jednotlivých jevů vnímání, nevysvětlují však vnímání v celém rozsahu (F. H. Allport, 1955). Hlubokou příčinou nesnází je mimo jiné celistvost duševního dění, která vzdoruje snahám o isolaci jednotlivých funkcí.

b) Pozornost

Ze zkušenosti víme, že z množství vnějších i vnitřních podnětů si v daném okamžiku uvědomujeme jen některé jasně, druhé zůstávají jakoby v pozadí nebo si je vůbec neuvědomujeme, resp. je nevnímáme. Tuto zkušenost vysvětlujeme hypothetickou veličinou, označovanou jako „pozornost", která je na předměty vnějšího i vnitřního světa vždy nerovnoměrně rozdělena. Mluvíme o soustředěnosti, koncentraci, zaměřenosti na něco, anebo naopak o nesoustředěnosti, rozptýlenosti, která může být „absolutní" (nic není v popředí duševního dění, vše splývá v neurčité pozadí, čas jako by prázdně plynul; jde spíše o výjimečný stav, který se dostavuje ve stavech vyčerpanosti a při některých chorobách), anebo relativní (značný stupeň koncentrace na jedny jevy dává jiným, obvykle uvědomovaným, ustoupit do pozadí). Rozlišujeme zpravidla mezi volní, aktivní pozorností, a pozorností mimovolní, bezděčnou, pasivní, spontánní. Povšechně je možno říci, že spontánní pozornost je upoutávána velikostí, intensitou, pohybem, kontrastem s okolím, barevností, příznivou posicí v zorném poli (levý horní kvadrant), symetričností, ostrým ohraničením („dobrým tvarem" ve smyslu tvarové psychologie) a novostí podnětu. Naproti tomu volní pozornost se obrací i k předmětům o sobě nenápadným, nebo na které by se v daném čase bezděčná pozornost neobrátila. Rozdíl mezi oběma druhy pozornosti není zcela ostrý. Nevědomé odpory, posthypnotické příkazy, ale také předsevzetí, profesionální a jiné návyky, aktuální stav organismu, jeho potřeby atd. značně ovlivňují akty pozornosti (a tím veškeré duševní dění).

Aktům pozornosti volní předchází obvykle stav napětí (na rozdíl od stavu uvolnění, relaxace), následuje stav soustředění na něco (který je zároveň stavem nesoustředěnosti na ostatní), jenž je dříve nebo později opět vystřídán stavem uvolnění. U jednotlivých aktů pozornosti rozlišujeme intensitu soustředění, extensitu (počet předmětů „současně" pozorností zachycených) a časové aspekty. Na intensitu pozornosti usuzujeme většinou podle kvality a kvantity vykonané práce nebo podle intensity rušivého vlivu, který je s to přítomný pozornostní

akt přerušit. Rozsah pozornosti je značně závislý na délce pozorovacího času, osvětlení a obeznámenosti subjektu s pozorovaným objektem. V psychologickém momentu, který trvá asi $^1/_{10}$ vteřiny, je dospělý člověk s to pochytit asi 6—12 předmětů téhož druhu (např. písmen). Pozorovací doby nepřesahující $^1/_5$ vteřiny neumožňují současnou přítomnost více než jednoho obsahu ve vědomí (tzv. „úžina vědomí"). Zdánlivě současná koncentrace na více objektů spočívá v rychlých přesunech pozornosti. Spontánní, na vůli dalekosáhle nezávislé kolísání pozornosti můžeme pozorovat při exposici slabých podnětů (tikání vzdálených hodinek), kde fáze jasného a méně jasného vnímání trvá asi 5—8 vteřin. S podobným střídáním se setkáváme při pozorování tzv. reversibilních obrazců (v průměru asi 15 zvratů za minutu).

Rychlé přesuny pozornosti umožňují zdánlivě současné pozorování širokého pole, více či méně strukturalisovaného v jasnou figuru a difusní pozadí. Obvykle se uvádí, že čím větší je rozsah pozorovaného pole, tím menší je intensita pozornosti a naopak. Přesuny pozornosti jsou do značné míry určeny vnějšími podmínkami. Vedle nich se uplatňují podmínky vnitřní (celkový tělesný stav, duševní stav, citové ladění, zájmy, přítomnost příbuzných představ ve vědomí, resp. paměti, očekávání a zaměřenost). Trvalejší disposice na straně subjektu jsou podkladem k rozlišování pozornostních typů visuálního, auditivního a motorického (E. Meumann); intelektuálního nebo sensuálního; typu s pozorností rigidní, fixující, zaměřenou k detailům a analytickou, nebo zase klouzavou, fluktuující, zaměřenou k celkům a synthetickou, nebo konečně širokou (cyklothymové) a úzkou (schizothymové).

Pozornost souvisí se všemi ostatními duševními funkcemi, při čemž se někdy její účinky projevují „positivně", jindy „negativně". Existuje řada teorií pozornosti, užívajících modelů fysiologických nebo v užším slova smyslu psychologických.

c) Představy

Pod pojmem představa rozumíme obraz (representaci) předmětů a dějů ve vědomí, které prožíváme jako přítomné i bez vnějšího podnětu. Od vjemů se tedy představy objektivně liší tím, že mohou být přítomny ve vědomí i nezávisle na bezprostředním působení stimulů na receptory. Subjektivně se liší představy od vjemů menší smyslovou živostí a jasností. Představy bývají proti vjemům neúplné, jakoby vybledlé a průhledné, méně intensivní a zřetelné, jsou neurčitější, nestálé a prchavé, nemůžeme je libovolně dlouho podržet a nejsou prostorově lokalisovány. Vtíravých představ se zase nemůžeme zbavit, tak jako se můžeme zbavit např. zrakového vjemu, když zavřeme nebo odvrátíme oči. Je patrné, že představa je něco „uvnitř" organismu, na vnějším podnětu relativně nezávislého.

Jednotlivé znaky (např. intensita, zřetelnost, jasnost, emotivní přízvuk) mohou být někdy u představ stejně výrazné nebo i výraznější než u vjemů.

S vnímáním bezprostředně souvisí tzv. následné obrazy, jakési dozní-

vání vjemu (nejen optického, ale i akustického aj.), když už přestal podnět působit na smysly. Vjemům se co do sytosti, jasnosti, obsažnosti atd. téměř vyrovnávají tzv. názorové obrazy (Purkyně, Urbantschitsch) či eidetické představy (E. R. Jaensch), se kterými se setkáváme u mnoha dětí a některých dospělých. Představy s více či méně přesnou časovou lokalisací označujeme jako vzpomínky, představy bez časového určení jako vědomosti, znalosti. Představové obrazy minulých vjemů se nazývají představy paměťové, vedle nich známe i představy fantasijní, montážní, které vznikají subjektivním zpracováním paměťového materiálu.

Zásadně je možno vybavit si představy vjemů kteréhokoli smyslu, konkrétní lidé však dávají přednost, resp. snadněji si vybavují představy některého z nich. Podle toho byly stanoveny představovací typy auditivní, visuální a motorický. Novější výzkumy však ukázaly, že se většinou setkáváme s typem smíšeným.

V mozku individua přítomné představy různě interferují s vnímáním. Tím dochází k rozličným psychologickým jevům, od normálních přes méně obvyklé a až po patologické. Tak synestesie („barevné slyšení" apod.) spočívají v tom, že podráždění jednoho smyslového orgánu vyvolává také smyslové představy, odpovídající orgánu jinému. Asimilace, pareidolie a iluse znamenají větší či menší zkreslení vjemů, tzv. živé představy, pseudohalucinace a halucinace jsou různé formy vybavování představ, které se svou prožitkovou sytostí blíží anebo i rovnají smyslovým vjemům, ač nejsou bezprostředním důsledkem působení vnějších podnětů na receptory.

Složité zákonitosti sdružování představ byly zkoumány už Aristotelem (384—322) v souvislosti s pamětí a staly se později základem tzv. asociační psychologie (J. Locke, 1632—1704; D. Hartley, 1705—1757; D. Hume, 1711—1776; J. Priestley, 1733—1804; J. Mill, 1773—1836; Th. Brown, 1778—1820; J. St. Mill, 1806—1873; J. F. Herbart, 1776—1841; H. Ebbinghaus, 1850—1909; G. E. Müller, 1850—1934; Th. Ziehen, 1862—1950 a další). Základní postřeh Aristotelův, že vybavování představ je usnadněno vztahem podobnosti, kontrastu a vzájemného dotyku, blízkosti v prostoru a času (kontiguity) mezi představami, byl různě formulován, někdy i v podobě tzv. asociačních zákonů, jež byly někdy diferencovány a rozmnožovány (např. Th. Brownem, který rozlišil tzv. primární aristotelské zákony a další zákony sekundární), jindy redukovány (např. Kratina je redukuje na jediný: „Setkají-li se ve vědomí dva obsahy *a* a *b* současně nebo hned po sobě, vzniká tendence, která působí, že obsah *a*, objeví-li se ve vědomí, vybavuje také obsah *b*."). Přes četné kritiky se však pojem asociace udržel dodnes a hraje významnou roli ve všech teoriích učení a paměti, v behaviorismu, hlubinných psychologiích i reflexologii a konec konců i tvarové psychologii, i když někdy autoři užívají jiných slov a slovu asociace se vyhýbají (např. Koffka formuloval asociační zákon takto: „Když jevy ABC byly jednou nebo víckrát členy jisté struktury a když se vynoří jeden z nich s tímto ‚charakterem členu', tj. jako člen struktury, má tendenci doplnit ze sebe více méně celou strukturu.").

Experimentální výzkum asociací zahájil v 19. století F. Galton a zájem o ně trvá (např. polaritní profil, semantic differential, Osgood, 1952, Hofstätter, 1955).

Tzv. volné asociace podržely svůj význam ve škole Freudově a Jungově. Jako hlavní problémy ve výzkumu asociací je možno označit (Hoffstätter, 1957) častost, s jakou následuje nějaké reakční slovo na slovo podnětové, kategorisaci asociací (např. protiklad, identifikace, kontiguita a specifikace), reakční dobu potřebnou k vyvolání asociace, diagnostický dosah asociací, význam představ prostřednictvím asociací a roli asociací v procesu učení.

d) Paměť

Pozorujeme-li „reakce" živých organismů (a dokonce i neživých struktur), zjišťujeme, že se v nich nějakým způsobem projevuje nejen aktuální stav, ale i minulost. Tuto schopnost podržet data označujeme jako paměť v nejširším slova smyslu. R. Semon (1859—1918) pro ni razil pojem mnémé (řecky paměť). V psychologickém smyslu rozumíme pamětí složitou psychickou funkci, zahrnující schopnost zapamatování (vštípení v paměť, engrafie), podržení v paměti (retence), znovuvybavení do vědomí (ekforie) a znovupoznání zapamatovaného. Uspokojivé fysiologické vysvětlení těchto jevů dosud nemáme. Slovu „engram", kterým označujeme stopu v paměti, chybí známý fysiologický korelát. V teorii rozlišujeme dva až tři „stupně" paměti: krátkodobou, provozní (Vondráček) paměť (retence několika vteřin), fázi perseverace a konsolidace dojmu (minuty až hodiny) a dlouhodobou, zásobní (Vondráček) paměť (týdny až roky). Výklad krátkodobé paměti je možno hledat v procesech probíhajících v uzavřených neuronových okruzích (R. Lorente de No, 1938), pokud jde o paměť dlouhodobou, máme zatím k disposici jen více méně neuspokojivé hypothesy. Dříve se soudilo, že paměť je vázána na gangliové buňky mozku, pokusy na zvířatech však daly vzniknout domněnce, že kromě velkého mozku se na vzniku paměťových residuí podílejí i další části nervového systému a snad celý organismus. Experimentální výzkum paměti (a komplementárního procesu zapomínání) začal pracemi H. Ebbinghause (1885), G. E. Müllera a dalších. Těmto experimentátorům vděčíme za klasické metody učení bezobsažných slabik, metodu úspory, metodu reprodukce a znovupoznání, jichž se užívá dosud.

Z Ebbinghausových experimentů vyplynulo, že počet zapamatovaných (a vybavitelných) elementů hned klesá, zprvu prudce, později zvolna, při čemž retence je přibližně obráceně úměrná logaritmu uplynulého času. Povšechný obraz této funkce vyjadřuje tzv. Ebbinghausova křivka retence, resp. zapomínání, jejíž základní podoba byla ověřena mnoha pokusy a udržela se dodnes.

Proces zapamatování, vštípení v paměť, nevyžaduje nutně opakované exposice. Svědčí o tom tzv. bezprostřední zapamatování. Jeho rozsah je závislý na řadě faktorů (bezesmyslnost nebo smysluplnost vštěpovaného materiálu, věk pokusné osoby atd.). Pro orientaci je možno říci, že na jeden poslech jsme s to zapamatovat si asi 6—7 bezesmyslných slabik, ale také prosaický odstavec až do 36 slov. U zvířat a snad i u lidí se setkáváme s bezprostředním zapamatováním v podobě tzv. impregnace (německy Prägung, K. Lorenz, 1935), která vede k dalekosáhlé a „nezměnitelné" modifikaci chování (např.

fetišistická fixace sexuálního chování člověka). Na rozdíl od takového jednorázového učení (one-trial-learning, B. B. Hudson, 1950) probíhá učení většinou tak, že chceme-li si vštípit do paměti větší počet dat, musíme je exponovat opakovaně. Uvádí se např., že učební čas roste se čtvercem množství učební látky (Foucault). Takováto formulace je však spíše výrazem snahy dospět i v psychologii k jednoduchým zákonům na způsob fysiky. Současné teorie učení (které se obracejí k učení spíše ve smyslu změn pravděpodobnosti, se kterou se v jistých podnětových situacích vyskytují jisté formy chování, pokud nejsou důsledkem zrání nebo poškození organismu, nýbrž opakovaného setkání s touto nebo podobnou situací či souborem podnětů) užívají daleko složitějších pokusných situací a výkladových modelů. Rozlišují dva hlavní typy učení, totiž podmíněný reflex („klasické podmiňování"; I. P. Pavlov, 1849—1936; V. M. Bechtěrev, 1857—1927) a učení z úspěchu („instrumentální podmiňování"; B. F. Skinner 1938). Podnětové situace mají nejčastěji podobu tzv. problémových klecí a labyrintů, někdy však jsou úmyslně bližší normálním životním situacím, takže umožňují pokusné osobě nebo zvířeti pochopení souvislostí mezi prostředkem a účelem. Proces učení (a zapomínání) je analysován kvantitativně (konstruování a interpretace křivek učení a zapomínání) a kvalitativně (studium biologických anebo psychologických mechanismů potřebných k učení). Existuje současně několik teorií učení (kontiguitní teorie, E. R. Guthrie; teorie posilování reakčních tendencí, C. L. Hull, K. W. Spence; orientační teorie, E. C. Tolman). Tyto teorie se jednak rozvíjejí paratakticky, jednak se hledají možnosti překlenutí jejich protikladů (např. dvoufaktorové teorie, O. H. Mowrer, 1950; „mediating responses", C. E. Osgood, 1953). Poznatků o učení bylo použito k budování teorií chování (C. L. Hull, 1943, 1952; B. F. Skinner, 1938, 1953; K. W. Spence, 1956), ale také k novému formulování systému psychoanalysy (N. E. Ischlondsky, 1930; J. H. Masserman, 1946; E. J. Shoben, 1948; J. Dollard a N. E. Miller, 1950; O. H. Mowrer, 1950; P. R. Hofstätter, 1953) a porozumění sociálně psychologických jevů (N. E. Miller a J. Dollard, 1941; F. A. Logan aj. 1955).

Jednotlivé paměťové výkony téhož organismu navzájem souvisí, vzájemně se ovlivňují. Mluvíme o tzv. transferu (positivní a negativní transfer, zpětné posilování a zpětná inhibice). Souvisí však také s ostatními psychickými funkcemi. Teprve tyto komplikované vzájemné funkční souvislosti nám umožňují alespoň zčásti pochopit některé zvláštní jevy paměti (Freudovo „potlačení", posthypnotickou amnesii, hypermnesii atd.).

e) Fantasie

Pro duševní život jako pro život vůbec je charakteristický ustavičný pohyb, změna. Materiál získaný zkušeností a uchovávaný pamětí nezůstává beze změny, nýbrž je více či méně obměňován. Dokonce i zkušenosti samy jsou od počátku různě ovlivňovány, negativně i positivně, osobními či osobnostními vlivy. Tomuto obměňování zkušenosti minulé, ale také přítomné, a anti-

cipaci, předjímání zkušenosti budoucí, říkáme fantasie. Spočívá v přetváření vjemového, představového i myšlenkového materiálu, při čemž vznikají nové kombinace, které nemají výlučný původ v dosavadní zkušenosti individua, i když jsou na ní závislé. Právě stupeň odchylnosti od objektivního obsahu zkušenosti, ať jakkoli těžko zjistitelného, je mírou fantasijní činnosti individua.

Stupeň fantasijní schopnosti i činnosti je u různých individuí i u téže osoby v různých dobách odlišný a různá je i schopnost rozlišit výtvory fantasie od objektivní skutečnosti. Běžné zkušenosti s nespolehlivostí svědeckých výpovědí i anamnestických dat, často bona fide klamných, ukazují, jak nesnadné je i pro normálního dospělého člověka odlišit v minulosti skutečnost od výplodů fantasie. Tato nesnáz se však může projevit i v přítomnosti za ztížených okolností vnímání, a vystupňována bývá, je-li subjekt pod vlivem sugesce, zejména hypnotické. U dětí a také v některých patologických stavech (např. v důsledku intoxikace) pozorujeme splývání fantasie a skutečnosti až do subjektivní neschopnosti oboje rozlišit (autistické a dereistické myšlení atp.).

Fantasie je součástí duševního života neustále, přetváří a dotváří zkušenost individua v rozhovoru, při četbě, při práci, ale zejména v „prázdných chvílích", kdy se fantasie uplatňuje nejčastěji vybavováním a kombinováním optických představ (ale i jiných představ a také „vnitřní řeči"). Překryje-li tato fantasijní činnost ostatní duševní činnosti, mluvíme o denním snění. Lidi, kteří se mu oddávají nadměrně, označujeme jako snílky. Podle celkového ladění fantasií o budoucnosti zase rozlišujeme optimisty a pesimisty.

Bdělému snění se velmi podobá snění ve spánku, jež je pravděpodobně fantasijním doprovodem „kritického pásma" hloubky spánku, tj. pásma mezi bdělým stavem a hlubokým spánkem. Také sen je zpracováním zkušenosti individua, a to jak minulé (slepí od narození prý nemají optické sny), tak přítomné (zjevná souvislost některých snů s ději ve vnitřním i vnějším prostředí spícího). Výrazně se uplatňuje fantasijní činnost ve hře. Právě fantasie, doprovázející hru, jí dodává zvláštní přitažlivosti a poutavosti jak pro dítě, tak pro dospělou osobu.

Má-li fantasie pro člověka důležitý význam už ve hře a snění (může napomáhat udržení duševní rovnováhy), pak se její význam ještě stupňuje v tvorbě umělecké, vědecké a technické. Tvořivá činnost člověka zahrnuje vedle představové a myšlenkové fantasie i ostatní duševní funkce a vyznačuje se vyšším stupněm záměrnosti, směřováním k vytvoření objektivního, od subjektu odděleného díla, které nutí k hledání a výběru představ a myšlenek.

f) Myšlení

Myšlení bývá v psychologii chápáno různě. Starší psychologie zdůrazňovala jeho kognitivní, poznávací funkci, novější psychologie, jistě také pod vlivem experimentálního a zvláště behavioristického přístupu, uvádí myšlení do co nejužší souvislosti s řešením problémů. Jde tu spíše o doplňující se hlediska než neřešitelný protiklad. Má-li psychikou vybavený

organismus řešit nějaký problém, k jehož zvládnutí nestačí vrozené a naučené vzorce chování, dochází někdy k akční pause, vyplněné (mimo jiné) duševním procesem, který označujeme jako myšlení. V tomto smyslu můžeme chápat myšlení jako řešení problémů v mysli. Jindy (jak to pozorujeme u rostlin, ale také u zvířat i lidí) zkouší organismus různé cesty, vedoucí k řešení (metoda „pokusu a omylu"), více či méně náhodnému. Někdy může být problémem pochopení nějaké „věci" nebo vztahu. Zde je patrnější kognitivní funkce myšlení.

Na počátku procesu myšlení je tedy uvědomění si problému. Následující vybavování představ a myšlenek neprobíhá prostě podle asociačních zákonů. Uplatňuje se v něm regulace, kterou označil N. Ach (patřící k tzv. würzburské škole psychologie myšlení) jako determinující tendenci. V průběhu myšlení se dostavuje tzv. vhled, totiž poznání vztahů významných pro řešení, dosažení cíle. Před jeho dosažením (třeba jen zdánlivým) se setkáváme někdy s náhlým uvědoměním si řešení, které K. Bühler nazval „Aha-Erlebnis" (zážitek „aha!"). Rozřešením úlohy může pozorovaný proces myšlení končit. Dostavuje se zážitek uvolnění, úměrný stavu napětí, spojenému s předcházející problémovou situací a myšlenkovou prací.

A. Binet (1903) a würzburská škola prokazovali, že v myšlení existují vedle názorných představ také nenázorné obsahy (neoptické, neakustické atd.). Myšlení také nemusí ve všech fázích probíhat vědomě; zaměření, determinující tendence se uplatňuje, i když se právě problémem vědomě nezabýváme.

Ze zkušenosti také víme, že myšlení je vyvoláno nejen vnějšími podněty (myšlení reaktivní), ale i podněty vnitřními (myšlení spontánní).

Myšlení úzce souvisí s řečí. Platon (427—347) oboje „ztotožňoval", novější výzkumy (K. Hansen a A. Lehman, 1895; H. S. Curtis, 1899; H. C. Courten, 1902; A. M. Thorson, 1925; G. H. Rounds a A. T. Poffenberger, 1931) však nevedly k přesvědčivým důkazům tohoto názoru. Ostatně známe z introspekce případy, kdy jsme si vědomi myšlenky dříve, než jsme s to ji slovně formulovat. Otázka vztahu mezi řečí a myšlením je komplikována i tím, že moderní usus slova řeč zahrnuje vedle jazyků „přirozených" i různé jazyky umělé a jiné neverbální soustavy komunikačních znamení. Jisté je tolik, že za normálních okolností je myšlení s těmito znameními, obvykle některým přirozeným jazykem, spojeno. To také umožňuje fixování a sdělování obsahů myšlení.

Jako základní akty myšlení bývá označováno chápání věcí, chápání vztahů, speciálně vztahů příčinnosti a účelnosti, chápání významu a smyslu, porovnávání, zobecňování (generalisace) a rozlišování (diferenciace), třídění, abstrahování a konkretisování, analysa a synthesa. Psychologie myšlení zkoumá také pojem, soud a úsudek, ovšem ne z hlediska formální správnosti a pravdivosti jako logika, nýbrž z hlediska faktického vzniku, průběhu a psychologického významu těchto jevů.

Starší psychologie přičítala myšlení rozumu, v novější psychologii se v této souvislosti hovoří o inteligenci. Ta bývá definována různě, chápána však bývá jako disposice, vloha nebo skupina vloh k řešení konkrétních a abstraktních problémů a tím k zvládání nových situací, kterou může individuum mít v různém stupni. Staticky u ní můžeme s A. Wenzlem (1934) rozlišit tři dimen-

se: hloubku (v chápání podstatného), výšku (abstraktního, logického myšlení) a šířku (množství a různost dat, s nimiž disponuje) inteligence individua.

Od konce 19. století se projevují snahy inteligenci měřit. Nástrojem jsou tu především testy inteligence, v podstatě standardisované situace, sloužící k vyvolání diagnosticky relevantního chování, jež je rozněž standardním způsobem vyhodnocováno a interpretováno.

Matematický rozbor, zejména tzv. faktorová analysa (C. Spearman, 1904; L. L. Thurstone, 1931), umožnil exaktnější postupy při řešení už starší otázky, existuje-li vůbec nějaká všeobecná schopnost mentálních výkonů („inteligence"). Vznikly tak různé teorie, jako dvoufaktorová (C. Spearman; vysvětluje mentální výkony působením společného, generálního faktoru *g* a dalších specifických faktorů *s*), mnohofaktorová (C. Burt, T. L. Kelley, H. Hotelling, L. L. Thurstone; vysvětluje výkony omezeným počtem faktorů bez faktoru generálního) a samplingová teorie (G. H. Thomson, E. L. Thorndike; vysvětluje výkony působením vždy určitého vzorku, sample, z velkého množství blíže neidentifikovaných elementárních faktorů). Zahájená diskuse dosud nebyla ukončena všeobecně přijatým řešením. Jisté se zdá být, že to, co je měřeno různými psychologickými testy a označováno jako inteligence, se matematickému rozboru jeví spíše jako skupina schopností, z nichž některé jsou podmíněny biologicky, jiné kulturně, sociálně. To ztěžuje čistě kvantitativní srovnávání a nutí k srovnávání kvalitativnímu, jež je ovšem nesnadné.

g) City, emoce

Každé duševní dění, tedy vnímání, akty pozornosti, různé formy sdružování představ, volní činnost atd., je provázeno zvláštními duševními jevy, charakterisovanými polárně příjemností nebo nepříjemností. Těmto jevům říkáme city (někdy také emoce; o terminologii viz dále). Vyjadřují náš povšechný vztah k předmětům a dějům nejrůznějších tříd. Vždy jsou výrazem vztahu jistého subjektu (člověka, zvířete) k nějakému objektu, při čemž platí, že to, co pro jednoho je zdrojem příjemných citů, může (ale také nemusí) být pro druhého zdrojem citů nepříjemných. Mluvíme proto o subjektivitě citů. Vyvolat city může jakýkoliv podnět vnitřní nebo vnější. Tato universálnost příčin je další důležitou charakteristikou citů. Zda se však určitý cit objeví, jaká bude jeho kvalita, intensita a trvání, to se do značné míry vymyká naší vědomé vůli a ovlivňovat to můžeme spíše nepřímo regulací podnětů, vždy jen s větší či menší pravděpodobností. Tuto skutečnost označujeme jako spontánnost citů. Konečné city doprovázejí vždy jisté přítomné dění; můžeme na ně sice vzpomínat nebo je i anticipovat, můžeme je i do jisté míry znovuvyvolat obdobnými nebo stejnými podněty, v přesném slova smyslu reprodukovat je však nemůžeme. Aktuálnost citů je tedy vedle polarity, subjektivity, universálnosti příčin a spontánnosti pátou základní charakteristikou citů.

Fenomenologické analyse citových hnutí bylo od nejstarších dob věnováno mnoho práce. Toto úsilí vedlo především k poznání těsné souvislosti citových

zážitků se změnami tělesnými (změny pulsu, dechu, objemu tělesných tkání, krevního tlaku, elektrické vodivosti pokožky atd.). Jde téměř bez výjimky o orgánové funkce, které podléhají kontrole autonomního, resp. vegetativního systému (ANS). Obě větve tohoto systému, sympatikus a parasympatikus, fungují jako antagonisté. Uvádí se (Stagner a Karwoski, 1952), že „negativní" city (např. hněv, strach) aktivují sympatickou větev, a „positivní" city (např. láska) parasympatickou větev ANS. Toto pojetí je však velmi zjednodušující. Vegetativní doprovod strachu je někdy spíše sympatikotonický: tachykardie, stoupání TK, vyschlo v krku, zastavená peristaltika, jindy parasympatikotonický: slinění, polyurie, pocení, bradykardie, urychlená peristaltika, povolení sfinkterů (Vondráček). Také pokládat strach za prostě negativní cit je příliš zjednodušující (horolezci, lidé na houpačkách, diváci na hrůzostračných filmech, na býčích zápasech atd. strach nepociťují jako negativní zážitek; vyhledávají jej).

O vystižení vzájemných vztahů mezi organickými procesy a city se pokusila řada badatelů. Tak W. James (1884) a C. G. Lange (1885) se domnívali, že jako city prožíváme změny v oblasti útrobních orgánů a svalstva, jež jsou samy vyvolávány reflexně působením receptorů. Toto pojetí je vyjádřeno populární Jamesovou formulí: Nepláčeme proto, že jsme smutní, nýbrž jsme smutní, poněvadž pláčeme. W. B. Cannon a P. Bard navrhli koncem dvacátých let našeho století tzv. thalamickou (nebo lépe hypothalamickou) teorii citů. Podle ní jsou v mezimozkových centrech uloženy vzorce chování, jejichž realisace v klidovém stavu je však znemožněna inhibujícím vlivem mozkové kůry. Při podráždění receptorů nezvyklou situací tato inhibice povolí a dojde k výlevu hypothalamických impulsů do efektorů na jedné straně a k representaci této skutečnosti v mozkové kůře na straně druhé. Tato representace odpovídá citům vzrušení, úzkosti, hněvu atd. Jinými slovy: city jsou v nás potenciálně vždy přítomny, k jejich projevení však v klidovém stavu nedochází v důsledku inhibujícího působení mozkové kůry. — Konečně M. B. Arnoldová (1950) a D. B. Lindsley jsou autory tzv. aktivační teorie citů. Předpokládají, že smyslové podněty přicházejí přes mezimozková centra do kůry mozkové, kde dochází k jejich všeobecnému a speciálně citovému vyhodnocení, dále pak dojde k uvolnění hypothalamických vzorců chování a aktivaci efektorů, z nichž pak opět do kortexu přichází zpětnovazebná informace, jež je znovu vyhodnocena. Tento proces má více méně lavinovitý charakter.

Vedle těchto tří existuje řada dalších teorií citů (I. Kant, H. Spencer, A. Lehmann, Th. Ziehen, I. P. Pavlov, W. McDougall, S. Freud, A. Adler, C. G. Jung, L. Berman aj.). Všechny obsahují příslovečné zrnko pravdy a všechny utvrzují v tom, že podstatný pro cit je zážitek příjemnosti nebo nepříjemnosti, který sice můžeme smysluplně uvádět do souvislosti s jinými fakty, který je však dále neredukovatelný.

Experimentální výzkum citů je zaměřen v podstatě dvojím směrem, introspektivně a extraspektivně. V prvním případě zkoumáme city prostřednictvím sebepozorování pokusných osob v citově relevantních situacích, v druhém zkoumáme mimické, pantomimické, fonické, grafické, vegetativní aj. projevy pokusných osob v těchto situacích. Mezi nejčastěji užívané metody patří polygrafické

registrování orgánových funkcí pneumografem (dech), sfygmografem (puls), sfygmomanometrem (TK), plethysmografem (objem údů) a psychogalvanometrem (elektrický odpor pokožky).

Prosté pozorování a sebepozorování jakož i experimentální výzkum vedly během staletí k ohromnému množství dat, která bylo třeba popsat, slovně označit, klasifikovat a uvést do vzájemných vztahů. To se podařilo jen zčásti. Více než v jiných oddílech obecné psychologie se v oblasti citů setkáváme s terminologickými, klasifikačními a jinými nejednotnostmi. Až příliš často se týmž slovem rozumí různé jevy, nebo naopak různá slova označují týž jev. Tradičně a jistým právem se rozlišují city a pocity. Pocity jsou „blíže nedefinovatelné duševní stavy, kterými prožíváme jednak působení vnějšího světa na nás, jednak své tělo, jednak to, co se děje v naší duši, sebe" (Vondráček). Jde tu někdy o zážitky z oblasti vnímání (pocit tepla, chladu, nasycenosti, hladu atd.), jindy o neúplné vědění, tušení (mám pocit, že se něco stane, že se děje něco nesprávného atd.). I pocity mohou mít příjemný nebo nepříjemný citový přízvuk, je však možno odlišit je od tohoto citového přízvuku, nejsou s ním totožné. Z hlediska kvality rozlišujeme city příjemné a nepříjemné; někdy se rozlišují dvě další dimense: vzrušení — uklidnění a napětí — uvolnění (Wundt). Na stupnici příjemný—nepříjemný je důležitá ambivalence (E. Bleuler), tj. současný nebo rychle se střídající kladný a záporný citový přízvuk (pravděpodobně vyplývající z protikladných tendencí subjektu). Sporné zůstává, zda příjemnosti, resp. nepříjemnosti, spojené s nejrůznějšími podněty, jsou totožné (singularistický náhled), nebo zda existuje nepřehledné množství citových kvalit, které jsou v třídimensionálním systému svrchu uvedeném popsatelné jen zhruba (pluralistický náhled).

Z hlediska intensity a trvání rozlišuje psychologie afekty, citové vztahy, nálady, vedle nichž se vyskytují jednotlivé krátkodobé a méně intensivní citové prožitky jako doprovod ad hoc duševního dění. Z latiny pocházející a hlavně prostřednictvím angličtiny rozšířené slovo emoce bývá chápáno velmi různě (jako nadřazený pojem pro všechny citové prožitky; jako slovo značící „hnutí mysli" silnější než cit a slabší než afekt; jako synonymum afektu; jako výraz pro intenční citový stav s instinktivní reakcí atd.). Jako afekty označujeme silná hnutí mysli, zpravidla náhle nasazující, strmě vrcholící a poměrně rychle (za normálních okolností) končící. Citové vztahy jsou dlouhodobější disposice, na jejichž základě vznikají aktuální citové stavy; v češtině je někdy označujeme jako city. Nálady jsou dlouhodobé stejné citové stavy, tvořící celkové duševní pozadí i resultantu prožívání.

City jsou jevy dynamické. Nezřídka se přenášejí z původního podnětu na jiný, s ním toliko sdružený, anebo vůbec iradiují na ostatní obsahy přítomné ve vědomí. Je-li ve vědomí současně přítomno více citových elementů, nezůstávají paratakticky, nýbrž se u nich projevuje tendence k splynutí v jeden totální cit, krátkodobější „cítění se" nebo dlouhodobější náladu apod. Nedojde-li k tomuto slití pocitů, může se dostavit dobře známý zážitek „smíšených pocitů" nebo jev označovaný jako citový kontrast, vlastně zintensivnění jednoho citu citem jiným, opačným.

Značné rozdíly v citovém prožívání jsou (kromě vrozených rozdílů) dány i kombinací individuálních procesů zrání emotivity, jež se může zastavit na různých úrovních nemoční zralosti, a učení citovým reakcím. Tyto aspekty byly zkoumány jak u lidí, tak u zvířat (např. C. S. Hall, 1941; K. M. B. Bridgesová, 1932).

City, resp. emoce nejen provázejí duševní a tělesné dění, nýbrž jsou s ním ve složité interakci. Jsou nejen citlivým indikátorem, ale i příčinným činitelem. Proto jim věnuje nejen moderní psychologie, ale i medicína (jmenovitě psychosomatická) právem zvláštní pozornost.

h) Vůle, motivace

Popis a výklad chování a jednání patří k nejdůležitějším, ale také nejobtížnějším úkolům obecné psychologie. Samo rozlišení na akce a reakce implikuje dávný problém determinismu a indeterminismu, který však je filosofického charakteru a není řešitelný metodami empirické psychologie. Nicméně u nejjednodušších organismů mluvíme jen o reakcích, zatímco u vyšších, organisovanějších mluvíme také o akcích. Už u nejnižších organismů (avšak alespoň v analogickém smyslu i u člověka) se setkáváme s tropismy a taxemi, u vyšších postupně s reflexy, pudy a motivy. U člověka konečně nalézáme volní jednání. Koncem 19. století se prosadil názor, že nejmenší funkční jednotkou zvířecího a lidského chování je reflexní oblouk (I. M. Sečenov, 1829 až 1905; J. Hughlings Jackson, 1835—1911). I. P. Pavlov (1849—1936) rozšířil pojem reflex na všechny zákonité reakce na podnět, zprostředkované nervy, a vybudoval na tomto základě vrozených (nepodmíněných) a získaných (podmíněných) podnětů i reakcí systematickou teorii chování. Pavlovovo schéma („klasické podmiňování") bylo různě doplňováno. Tak byl pojem podmiňování rozšířen i na všechny případy, ve kterých provedení nějaké činnosti je vázáno na přítomnost určitých podnětových podmínek („instrumentální podmiňování", B. F. Skinner, 1938). Oblast „přirozených reflexů" tím byla opuštěna, resp. doplněna. Učení (podmiňování) bylo uvedeno do těsnější souvislosti s úspěchem činnosti. Klasické a instrumentální podmiňování, resp. model „podnět—reakce" jako dostatečné pro výklad veškerého chování jsou příznačné pro behaviorismus i pavlovovskou fysiologii vyšší nervové činnosti i jiné teorie chování, resignující na introspekci nebo ji odmítající jakožto heuristickou metodu. Aby mohly důsledně držet tento model „podnět—reakce", zavádějí ovšem tyto teorie různé hypothetické konstrukce, které mnohdy nemohou být za současného stavu experimentálních metod pozorovány (intervenující proměnné, akceptor činnosti apod.).

Významnou roli při výkladu chování, zejména lidského, hraje v současné psychologii teorie motivace. Fysiologické reflexní modely se v ní uplatňují také, ne však jako jediné možné. Jako v řadě jiných případů znamená výraz „teorie motivace" spíše označení pro oblast psychologických výzkumů a úvah než konkrétní teorii. Základním pojmem je tu motiv čili pohnutka, příčina jednání. Poněvadž jevy nemají jen jednu příčinu, mluví se raději o motivaci,

tj. o příčinách a podmínkách jednání, ať jsou jakéhokoliv druhu. Vnější příčiny v té podobě, jak působí na organismus, se nazývají pobídky, vnitřní impulsy. Jenom takové pobídky anebo impulsy, které se stanou skutečnými příčinami chování, můžeme pak označit jako motivy.

Vnitřní impulsy popisovala psychologie zejména dříve v termínech pudy a instinkty. Současná psychologie tyto pojmy sice neopustila, přehodnotila je však, zejména pokud jde o člověka, a nadřadila jim pojem potřeba. Už Claude Bernard hovořil (1859) o zaměření všech životních pochodů k jedinému cíli, totiž udržení vnitřního prostředí konstantním. W. B. Cannon razil pro tento intendovaný rovnovážný stav výraz homeostasa. Vychýlením z něho vzniká objektivní potřeba, která je subjektivně prožívána jako potřeba, toužení, bažení, nutkání apod. Vychýlení z rovnováhy může být způsobeno nežádoucím jak nedostatkem, tak nadbytkem. Na potřebu můžeme někdy usuzovat z chování, nikoliv však s jistotou (dochází k rozporům mezi objektivní a subjektivní potřebou, mezi stavem organismu a prožitkem).

Podněty a jednání, které byly sdruženy s uspokojením a dosažením žádoucího cíle, stávají se samy žádoucími. Tak dochází k sekundární motivaci (C. L. Hull), vzniku sekundárních potřeb, resp. naučených (a tedy naučitelných) motivů (N. E. Miller, 1951). G. W. Allport mluvil v té souvislosti o funkční autonomii motivů (1937).

Potřeby mohou být vymezeny buď stavem organismu, nebo předměty, jejichž nedostatek je pociťován jako nepříjemný. Mezi primární potřeby se zpravidla počítá hlad, žízeň, touha po kyslíku, po spánku a uchování optimální teploty, po sexuální aktivitě, sklon k aktivnímu a pasivnímu přibližování, mateřskému chování a jiným formám něžnosti, potřeba smyslových a citových podnětů, potřeba změny, potřeba opakování, potřeba stálosti, sklon k činnosti, sklon vnímat a chápat zřetelně, obranné, orientační, pátrací a manipulační tendence atd. Jak je z výčtu patrno, zahrnuje pojem potřeba obsahovou, prožitkovou (citovou) i snahovou stránku vrozených i získaných motivačních disposic. V tomto pojmovém rámci je pak možno chápat instinkty jako komplexy primárních potřeb a s nimi spojených vrozených a relativně neměnných činností, pudy pak jako vrozené snahové tendence. Rozdíl mezi tím, co je vrozené a co je získané učením, je však těžko stanovit zcela přesně. To je jedním z hlavních důvodů, proč alespoň u člověka raději mluvíme o motivech, motivaci a potřebách (jiným, často nevysloveným důvodem, je lidská snaha odlišit se od zvířat). Stabilnější potřeby, zejména takové, jež se projevují jako snaha po intelektuální účasti na nějakém předmětu (vědění), označujeme jako zájmy. Jsou často výrazem lidských potřeb, u nichž souvislost s biologickými potřebami je vzdálená nebo vůbec není patrná.

Motivy (potřeby) jsou příčinami dvou základních forem chování: jedno směřuje k dosažení nějakého podnětu (apetence), druhé k úniku před ním (averse). Při současném výskytu alespoň dvou tendencí může dojít ke konfliktu motivů (apetence—apetence; averse—averse; apetence—averse), někdy také však k vzájemnému podporování motivů. V konfliktových situacích se u člověka setkáváme se subjektivním prožitkem rozhodnutí,

resp. volby po rozvaze. Člověk má subjektivní prožitek, že něco chce nebo nechce (eventuálně že neví, co chce nebo jestli chce). Za podklad těchto prožitků se tradičně označuje vůle, chápaná jako třída aktuálních jevů (chtění) nebo jako disposice, schopnost (ve starší psychologii „mohutnost"). Odpověď na otázku, co je vůle, hledají různé teorie vůle. Autogenetická odmítá redukci zážitků chtění na jiné (např. N. Ach, Th. Erismann, H. Rohracher), heterogenetické usilují o jeho subsumpci pod jiné třídy, např. pod city (K. Fartlage, H. Ebbinghaus, E. Bleuler), orgánové pocity (H. Münsterberg, O. Külpe), představování (Th. Ziehen), myšlenkové pocity (E. Meumann) nebo více tříd současně (E. Störring, E. Wentscher).

Fenomenologická i experimentální psychologie včetně faktorové analysy se zdají zdůvodňovat zachování kapitoly o vůli v obecné psychologii jakožto kapitoly o volním jednání. Rozumí se jím úmyslné (ne jen uvědomělé) jednání, spojené s vědomím subjektu, že chce (nebo nechce) a co chce (tj. vědomím cíle), a dále, že by mohl také nechtít, resp. chtít něco jiného. Součástí kompletního volního jednání je rozvaha, tj. volba mezi motivy a volba vhodných prostředků k dosažení cíle. Volní jednání je různě omezováno nejen poruchami známými z psychopatologie (hypobulie, abulie, hyperbulie atd.), ale i zvyky (spojeními jistého chování s jistou situací), návyky (získanými tendencemi vykonávat jistou činnost), sugescí (auto- a hetero-), hypnotickými stavy, působením nevědomých, resp. neuvědomělých tendencí atd. Známé jsou i zážitky přemožení, kdy si člověk uvědomuje, že se nemohl či nedokázal rozhodnout jinak, než se rozhodl, ač by byl měl, či tzv. spontánní rozhodnutí, kterým nepředchází rozvaha.

ch) Osobnost

Svrchu popsané duševní činnosti neboli funkce jsou jen užitečné abstrakce a nedostačují k popisu a vysvětlení duševního života člověka. Proto do obecné psychologie patří i kapitola o osobnosti jakožto integrujícím nositeli duševního života člověka (o osobnosti zvířat se zpravidla nemluví, z hlediska některých psychologických škol je to však zcela dobře možné).

Sám sebe prožívá člověk jako "já". Toto já je pociťováno jako celek, individuum, relativně samostatná bytost, osoba. Ve vztahu k okolí je subjektem, okolí je složitým, dále dělitelným objektem, prostředím, ve kterém se ovšem vyskytují i lidé další. Duševní dění individua tvoří v daném momentu i v delším čase komplexní celek, jehož jednotlivé „složky" navzájem souvisí nikoliv nahodile, libovolně, nýbrž podle vnitřního organisujícího principu nebo více principů, struktury. Tuto organisující strukturu veškerého duševního dění, individuálně odlišnou (ale mající obecné rysy, které umožňují srovnání s jinými strukturami tohoto druhu), která činí dané individuum osobou, označujeme jako osobnost (definic osobnosti jsou desítky; zde použitá definice respektuje původní rozdíl mezi pojmy osoba a osobnost, persona a personalitas, person a personality, Person a Persönlichkeit, personne a personnalité atd., který je v laickém a mnohdy i odborném psychologickém usu setřen, takže se slov

osoba i osobnost užívá promiscue). Psychologie chápe osobnost jako strukturu jednotnou a relativně stálou, avšak přece jen se v interakci s prostředím měnící a i vnitřně dynamickou.

Historickým předchůdcem psychologického pojmu osobnosti byl pojem duše. Asociační psychologie, filosofický empirismus a positivismus jej nahradily pojmem mysl nebo já. Od Aristotelova žáka Theofrasta (asi 372—287) a jeho novověkého překladatele La Bruyèra (1645—1696) se odvozuje psychologické užívání slova charakter. Rovněž k Aristotelovi, Theofrastovi, ale už i k Platonovi sahá užívání pojmu typu, k římskému lékaři Galenovi (kolem 129—199) pojem temperamentu. Slovo osobnost, resp. jeho latinská podoba personalitas (u Eckharta personlicheit) pochází ze středověku, do angličtiny přešlo ze středověké latiny, do slovníku francouzské Akademie bylo odpovídající slovo přejato až r. 1762.

Komplexnost otázek spojených se studiem osobnosti vedla v novější době ke vzniku odvětví psychologie, označovanému někdy jako charakterologie, jindy, zejména pod vlivem americké psychologie, jako teorie osobnosti nebo psychologie osobnosti. Věcně tu není rozdílu.

Ucelená a obecně přijatá teorie osobnosti ve vlastním smyslu neexistuje. V průběhu staletí a zejména posledních sta let (počítáno od Bahnsenových „Příspěvků k charakterologii", 1867) bylo shromážděno velké množství poznatků a podnětů, jejichž užívání, ověřování a vyvracení vedou dále. Tak dodnes, přes všechny vyslovené výhrady, je živé užívání Hippokratových a Galenových temperamentů (sangvinik, cholerik, flegmatik, melancholik), jichž na pozměněném teoretickém základu síly, vzrušivosti a rychlosti změn nervových procesů použil ve své typologii I. P. Pavlov. Neméně živému zájmu se dále těší typologie Ernsta Kretschmera (1921), doplněná ve spolupráci s W. Enkem (1936), uvádějící ve vztah tělesnou stavbu (pyknickou, astenickou, resp. leptosomní a atletickou) s temperamentem (cyklothymním, schizothymním a viskosním), a dále s psychopatiemi a psychosami. C. G. Jungovi (1921) vděčíme za pojmy introverse a extraverse, převzaté v rozšířeném smyslu Rorschachem, Freudem, Eysenckem a dalšími.

H. J. Eysenck, J. P. a R. B. Guilfordovi a další použili ke svým výzkumům o introversi a extraversi faktorové analysy (analysy korelací mezi více proměnnými; tato metoda byla vyvinuta hlavně C. E. Spearmanem, 1863—1945 a L. L. Thurstonem, 1887—1955), považované za jednu z nejslibnějších statistických metod v psychologii. Faktorově analytická a jiná statistická zkoumání sice dosud rovněž nedospěla k zcela uspokojivým řešením, otevřela však nové perspektivy. Mimo jiné umožňují žádoucí prověření více méně spekulativních (byť i na zkušenosti fundovaných) typologií, charakterologií, teorií osobnosti nebo i jen dílčích poznatků. To platí o systému Klagesově, McDougallově, Pfahlerově, Achově, Sprangerově, Kornilovově, Sheldonově, Bermanově, Jaenschově, ale také Freudově, Adlerově a mnohých dalších. I bez statistiky je sice možno vytvářet hypothesy a tvořit teorie, avšak k jejich ověření jsou statistické metody nezbytné. Málo platné jsou pro teorii obsáhlé katalogy vlastností a schopností osobnosti, osobnostních rysů, jejich klasifikace i úvahy o jejich vzájemných

vztazích. Můžeme jich použít v praxi pro popis a klasifikaci osobností, resp. osob, avšak k vybudování nosné teorie osobnosti přece jen potřebujeme i statistické analysy. Totéž platí mutatis mutandis i o úvahách o podílu vrozených vloh a prostředí na utváření osobnosti. Všechna tato práce je však, měřeno cílem, teprve v začátcích, i když na druhé straně je už k disposici mnoho dílčích výsledků.

I v moderní psychologii osobnosti se projevuje všeobecná tendence ke kvantitativnímu přístupu na rozdíl od staršího kvalitativního. Vedle pojetí vlastností osobnosti, které individuum buď má nebo nemá, se projevuje pojetí dimensí osobnosti (Guildford, Cattel, Eysenck a další), podle kterého každý člověk má každou ze základních dimensí, avšak v různém stupni. Pátrání po těchto základních dimensích, jež by umožnily exaktnější měření a popis, patří k nejaktuálnějším úkolům současné teorie osobnosti. Také v moderní psychopatologii můžeme zaznamenat trend, podle kterého se abnormální osobnost liší od normální „kvantitativně", nikoliv „kvalitativně".

7. Vztah psychologie k jiným vědám

Právě psychologie osobnosti ukazuje, jak komplikovaný je předmět psychologického zkoumání. K náležitému zvládnutí celého oboru je třeba i znalostí nejen anatomie a fysiologie mozku, ale vlastně anatomie a fysiologie vůbec, a nadto dále biologie, biochemie, histologie, farmakologie, endokrinologie, psychopatologie (obecné psychiatrie) na jedné straně a sociologie, logiky, matematiky a filosofie (včetně etiky) na druhé straně, jmenujeme-li alespoň některé ze „sousedních" věd. Vznik nových oborů, jako je psychofarmakologie nebo sociální psychologie, ukazuje na těsné souvisloti mezi psychologií a jinými vědami. A naopak to, že zůstala vedle fysiologie vyšší nervové činnosti samostatnou vědou, svědčí o její svébytnosti. Tato svébytnost je ovšem jen relativní. Psychologie někdy předběhne vědění své doby, to jest věd, na jejichž základě vlastně má budovat, a pak musí počkat. Existovala v době, kdy mozek byl považován jen za chladič. Ale musí teď čekat, až jí fysiologie mozku dokáže říci více než dosud. Byla před sociologií, ale právě ze sociologie čerpá v přítomnosti mimořádně inspirující podněty.

O prospěšnosti, či spíše nezbytnosti ostatních věd (co bylo právě řečeno o některých, dalo by se totiž bez nesnází aplikovat na všechny) pro psychologii není tedy pochyby. Může však psychologie prospět jiným vědám? Či raději hned: Může psychologie prospět medicíně a speciálně lékaři?

8. Význam znalosti psychologie pro moderního lékaře

Už Platon psal: „Neboť to je největší chybou při léčení nemocí, že tělo a duše jsou příliš od sebe oddělovány, při čemž přece oddělovány být nemohou — ale to právě přehlížejí řečtí lékaři, a proto jim uniká tolik nemocí; nevidí totiž nikdy celek. Měli by věnovat svou péči celku, neboť tam, kde se

daří špatně celku, nemůže být zdravá část." Sama skutečnost, že po více než dvou tisíciletích je pociťována nutnost tuto výzvu a jí podobné opakovat nasvědčuje, že něco není v pořádku. Snad každý lékař slyšel někdy varovné upozornění, že je třeba léčit nikoli nemoc či nemocný orgán, nýbrž nemocného člověka. Ze zkušenosti však víme, že tomu tak v praxi až příliš často není. Jedním z důvodů jistě je, že se lékaři v rámci studia medicíny až dosud nedostává potřebné psychologické přípravy. Mnozí lékaři si ovšem osvojí v průběhu života řadu praktických pravidel psychologického, tj. více než společensky korektního jednání s lidmi. To by však na dnešní úrovni vývoje medicíny nemělo stačit. Kdo chce úspěšně a odborně člověka léčit, musí být dobře informován o celém člověku, tedy také o jeho psychice a jejích složitých zákonitostech. Obecná psychologie poskytuje pro to základ. Je pro lékaře cenná i tam, kde sama nedovede dosud podat řešení, kde jen formulovala více či méně jasně problémy, týkající se duševního života člověka. Znát problematické stránky svého oboru je také zisk: člověk se stává opatrnějším, obezřetnějším a může se vyhnout chybám, kterých by se jinak dopustil. Také může něco objevit — cesta k objevům není nikomu uzavřena, a ten, kdo zná problém, spíše jej rozřeší než ten, kdo o něm nemá potuchy. Tyto objevy nemusí být nutně jen teoretického rázu. Mohou se týkat lékaře samého. Poznání sebe sama je pro lékaře obdobně důležité jako poznání nemocných, dokonce důležitější v tom smyslu, že se uplatňuje v každém styku s každým nemocným. V praxi ovšem lékař potřebuje znát praktická pravidla jednání s lidmi a ledacos z psychopatologie. Avšak jak pro praxi, tak pro teoretickou práci je mu třeba znalostí z obecné psychologie. Jejich užitečnost je ovšem dána kvalitou i kvantitou těchto vědomostí i tím, jak jich dovede použít.

Výběr z literatury

Bouchal, M., Konečný, R.: Psychologie v lékařství. SZdN, Praha 1966.

Dobiáš, J.: Lékařská psychologie. SPN, Praha 1963.

Hofstätter, P. R.: Psychologie. Fischer, Frankfurt/Main 1965.

Jurovský, A.: Psychologia. 4. zrevidované a doplněné vydání. Matice slovenská, Turč. Sv. Martin 1949.

Jurovský, A.: Duševný život v spoločenských podmienkach. Osveta, Bratislava 1965.

Kratina, F.: Psychologie. Komenium, Brno 1947.

Kretschmer, E.: Medizinische Psychologie. 11. zlepšené a rozšířené vydání, G. Thieme Verl., Stuttgart 1956.

Rohracher, H.: Einführung in die Psychologie. 9. nezměněné vydání, Urban u. Schwarzenberg, Wien atd. 1965.

Rubinštejn, S. L.: Základy obecné psychologie. Český překlad, SPN, Praha 1964.

Stagner, R., Karwoski, T. F.: Psychology. McGraw-Hill Book Company, New York atd. 1952.

Tardy, Vl. a kolektiv: Psychologie pro učitelské obory. SPN, Praha 1962.

Tardy, Vl.: Psychologie osobnosti, SPN, Praha 1964.

Vondráček, Vl.: Lékařská psychologie a všeobecná psychiatrie. SPN, Praha, dotisk 1960.

Wiesenhütter, E.: Medizinische Psychologie für Vorkliniker. 2. vyd., Urban u. Schwarzenberg, München atd. 1965.

Willwoll, A.: Seele und Geist. 2. vyd., Herder, Freiburg i. Br. 1953.

Woodworth, R. S., Schlosberg, H.: Experimentálna psychológia. Slovenský překlad, VSAV, Bratislava 1959.

Metodologické problémy psychologie

Jan Srnec

Spekulace a vědecká empirie

Dějiny samostatné vědecké psychologie se počítají teprve na desítiletí. Předtím byla psychologie po řadu století součástí filosofie. K jejímu osamostatnění docházelo postupně, jako důsledek narůstajícího důrazu na empirické studium duševních jevů namísto převažující spekulace. Proces jejího zvědečtění stále pokračuje.

Moderní psychologie má již k disposici velké množství dílčích poznatků, získaných převážně induktivními postupy, jejichž platnost lze potvrzovat nebo vyvracet opět jen empirickou cestou. Místo spekulace nastupuje systematické pozorování a experiment. Jiná je však situace na úrovni obecných vět, které — vzájemně skloubeny — tvoří určitou teorii, jakousi sumu našich dosavadních vědomostí o daném předmětu a zároveň program dalšího bádání. Na této úrovni je i v moderní psychologii stále široké pole pro spekulování. Existují různé teorie, které si navzájem konkurují a není snadné posoudit, která z nich je správnější. Největší problém je v tom, že zdaleka ne všecky věty takových teoretických soustav jsou přístupny empirickému ověřování, často už proto, že užívané pojmy jsou příliš vágní, neurčité či víceznačné. Spekulativní obsah takových teorií připouští pak kritiku, založenou opět na spekulaci. Soudy bývají katathymní, jednotlivé teorie mají své vášnivé stoupence a stejně vášnivé odpůrce. Uplatňují se apriorní stanoviska, závislá na více či méně ujasněné koncepci filosofické.

Z oborů jako je fysika či chemie vytlačila spekulaci poměrně záhy empirie, cílevědomě a soustavně shromažďovaná zkušenost. V moderních fysikálních teoriích jsou přirozeně také věty hypothetické; takové věty obsahuje každá teorie. Je také známo, že i v moderní fysice existují teorie vzájemně si konkurující, např. teorie světla. Avšak o tom, která z teorií je „správnější", nerozhodne spekulace, vedená z apriorních stanovisek, nýbrž další experimentální práce, výpočet, logický důkaz. To neznamená, že fysika zcela ztratila pouto k filosofii. Naopak je možno pozorovat, že za posledních 20—30 let ještě více zesílilo. Na rozdíl od psychologie však současná fysika nehledá ve filosofii odpověď na své teoretické otázky, nýbrž sama — svými obecnými teoriemi — spoluvytváří nejobecnější teorii jsoucna. Velcí fysikové našeho věku jsou zároveň filosofy.

Psychologie jako empirická věda chce také budovat své teorie tak, aby hypothetické věty v nich obsažené byly přístupny empirickému ověřování a logickému dokazování. Nemůžeme však očekávat, že proces jejího zvědečtění půjde

stejně rychle jako ve fysice či chemii, neboť se zabývá tou nejkomplikovanější stránkou jsoucna, jakou známe. Navíc má psychologie tu zvláštnost, že člověk v ní vystupuje zároveň jako subjekt i jako předmět poznání. Částečně to platí i o biologii. Naproti tomu klasická fysika poznávala svět jako objekt na člověku zcela nezávislý.

Zavedení experimentu a měření bylo pro psychologii stejně převratné jako pro základní přírodní vědy. Avšak původní představa, že lze vybudovat vědeckou psychologii podle týchž principů, které se osvědčily při výstavbě fysikální a chemické teorie, se nám dnes už zdá být naivní. Psychologie před sto lety, kdy přibyla do rodiny experimentálních věd, připomíná dítě, které by rádo drželo krok se svými staršími sourozenci, sotva se naučilo stát na vlastních nohou.

V klasickém fysikálním experimentu se zkoumá vliv jedné podmínky (nezávisle proměnné) na druhou (závislou) a eliminuje se vliv ostatních podmínek, obvykle tím, že se udržují konstantní. Dnes víme, že takovýto experiment nelze v psychologii uskutečnit, a to ani při studiu elementárních procesů. Je nutná kontrola — často velmi komplikovaná — řady dalších měnlivých faktorů, jejichž vliv nelze vyloučit. Víme také, že zákonitosti, jimiž se řídí psychické procesy, nelze vyjádřit jednoduchými matematickými vzorci, o jaké usilovali první experimentální psychologové před sto lety. Samo užití měřicích metod v psychologii představuje složitý soubor problémů dlouho zakrytých naivní vírou ve všemohoucnost matematiky.

Empirická psychologie potřebovala několik dalších desítiletí k tomu, aby vyvinula metodické přístupy odpovídající vlastnímu předmětu studia. Dalo by se říci, že pro celou dosavadní historii vědecké psychologie je nejcharakterističtější právě vývoj jejích metod. A do té míry, do které je psychologie vědou společenskou, vztahuje se na ni i v současnosti výrok, který se přičítá H. Poincarému: přírodní vědy hovoří o faktech, společenské vědy o metodách.

Rozvoj empirických metod

Prvním předmětem přírodovědecky orientovaného studia bylo vnímání a první experimentátoři byli vzděláním fysikové a fysiologové (G. T. Fechner, H. Helmholtz). Experimentálně psychologickou metodiku, způsobilou ke zkoumání obecných duševních procesů, propracoval až Wundt a jeho žáci na přelomu století. Přístrojové techniky, vyvinuté v jeho laboratoři, mají význam dodnes. Podobný význam má laboratoř Wundtova žáka, psychiatra E. Kraepelina. Od něho, jeho žáka A. Oehrna a nezávisle na nich od J. McK. Cattella pocházejí první „mentální testy“, týkající se elementárních schopností. Tradice testů začíná tedy již na konci minulého století. Krátkodobé zkoušky, zaměřené na složitější rozumové schopnosti, zavedli o desetiletí později A. Binet a T. Simon.

Silný metodický impuls dostala psychologie od biologie, zejména od vývojové nauky (Ch. Darwin, H. Spencer). Darwinův synovec F. Galton shromáždil při

studiu dědičnosti úctyhodné množství antropometrických údajů. Používal i posuzovacích stupnic a dotazníků. Navázal na Quételetovy statistické studie o sociálních jevech a přispěl k ustavení psychologie individuálních rozdílů, založené na měření a statistickém šetření. Metodiku studia rozdílů mezi lidmi široce pak rozpracoval W. Stern. Pro zajímavost ještě dodejme, že od Galtona začíná historie metody slovních asociací: sám jí užil v autoexperimentech ke studiu obecných zákonitostí, později se tato metoda uplatnila v analytické psychologii a v psychometrice a v nejnovější době i při studiu vyšší nervové činnosti člověka.

Vývoj objektivních metod studia chování mocně ovlivnili neurofysiologové, zdůrazňující reflexní povahu psychických dějů. Koncem 19. století připravil I. M. Sečenov teoreticky půdu pro Pavlovovu nauku o vyšší nervové činnosti a pro Bechtěrevovu reflexologii. O pavlovovské principy se opřel i behaviorismus (J. B. Watson), který zamítl introspekci a všechny pojmy z ní odvozené a veškerou teorii chtěl budovat jen na základě analysy chování z hlediska vnějšího pozorovatele. Metodami klasického podmiňování a tzv. instrumentálního učení (E. L. Thorndike) byly pak a jsou stále v širokém měřítku studovány (ponejvíce na zvířatech) zákonitosti chování, zejména otázky teorie učení.

Jiný silný metodický proud přišel z klinické a hlavně psychoterapeutické praxe: J. Charcot a P. Janet zahájili tradici systematického pozorování a kasuistického rozboru. Intensivní studium jednotlivých případů duševního onemocnění a pečlivý rozbor volných asociací pacientů umožnil S. Freudovi vybudovat první obsáhlou dynamickou teorii osobnosti. U dalšího teoretika osobnosti, C. G. Junga, byla rovněž základní metodou analysa klinických případů, Jung se však zcela nezříkal ani metod experimentálních (asociační test užíval ve spojení s fysiologickými ukazateli emocí již v r. 1918). Z klinické praxe vyšel také A. Adler; v jeho přístupu k problematice osobnosti bylo nové to, že se více zajímal o sociální determinaci (zkoumal např., jak souvisí odchylky v povaze a chování s pořadím narození, tedy s postavením dítěte v rodině). Od doby Adlerovy pronikala do psychologie stále více hlediska paralelně se vyvíjejících sociálních věd a rozvíjela se metodika studia malých společenských skupin, interpersonálních vztahů atd.

Náš letmý pohled do minulosti by mohl pokračovat tradicí gestaltismu, vzniklou pod vlivem fysikální teorie pole a vrcholící v díle K. Lewina, metodickými směry genetické a konstituční psychologie, novodobým zaváděním ethologických principů, a to nejen v zoopsychologii, novodobým pronikáním metodologických principů teorie informací, kybernetiky atd.

Všechny metodické přístupy, o něž se psychologie postupně obohacovala, vytvářejí dnes bohatě diferencovaný poznávací nástroj. Rozmanitost přístupů nepřekvapuje, uvědomíme-li si, jak širokým a mnohotvárným předmětem se psychologie zabývá: jinou metodiku vyžaduje studium individuálních rozdílů v trvalejších vlastnostech než studium obecných psychických procesů, jinými postupy se studují mezilidské vztahy než individuální osobnost, specifických metod užívá vývojová a srovnávací psychologie atd.

V historii psychologie často bývala (a dosud bývá) „řešena" otázka, která metoda je správná a která nesprávná, která je vědecká a která nevědecká. Ta-

kovou otázku nelze řešit obecně, leda by nám šlo pouze o to, jak konkrétní metoda vyhovuje pravidlům formální logiky. Metoda je jen nástroj, cesta za něčím (met-hodos), v našem případě za poznáním. Mají tedy smysl — a pro psychologii mimořádný význam — především otázky tohoto druhu: Jsou výsledky získané určitým postupem opravdu relevantní k dané otázce? Obrážejí z předmětu skutečně to, co jsme chtěli zjistit? Nejsou výsledky příliš zkresleny nekontrolovanými a nahodilými vlivy? Nezasahujeme vlastním poznávacím postupem do předmětu tak, že jej vlastně poznáváme již změněný, námi ovlivněný? Tyto otázky se vynořily dříve a naléhavěji v oblastech aplikačních.

Teorie a aplikace

Vznikající teorie a objevované metodické principy, namnoze praxí stimulované, byly pro společnost atraktivní od počátku rozvoje samostatné psychologie. V minulých desítiletích, zejména v období mezi světovými válkami, bylo vyvinuto množství psychologických technik, zaměřených na řešení úkolů přímého společenského významu. Psychologie osvědčila svou užitečnost při řešení praktických otázek, především v oblasti školství, zdravotnictví a ekonomiky. Jmenujeme aspoň některé z nich: výběr dětí a mladistvých do škol, normálních i zvláštních, základních i odborných; výběr osob k povolání a ke speciálním úkolům civilním i vojenským; výchovné a profesionální poradenství; organisace práce a úprava pracovního prostředí; péče o zdraví lidí, preventivní i léčebná, zejména rozpoznávání a náprava duševních poruch a odchylek.

Při plnění těchto a jiných úkolů se potvrdilo, že psychologie má pro životní praxi lidí mimořádný význam a značně stoupla její společenská prestiž. Koncem meziválečného období se však začaly projevovat i nežádoucí příznaky rapidního rozvoje některých aplikačních oborů: teoretické nedostatky byly nahrazovány prakticismem, který odrazoval vědecké pracovníky; ti se stáhli do laboratoří a řešili otázky lépe přístupné exaktním metodám zkoumání, ponejvíce z oblasti obecné psychologie. Výzkumy prováděné na myších, kočkách, psech a jiných zvířatech značně přispěly k poznání obecných zákonitostí chování a tím obohatily psychologickou teorii; k řešení praktických otázek týkajících se člověka však ještě mnoho neposkytly. Teoretické problémy osobnosti a problémy sociální psychologie zůstaly nadále otevřeny spekulacím. V těch aplikačních oblastech, kde chyběl teoretický základ (a suplovala jej „prostá zkušenost"), projevovala se odbornost hlavně v tom, že byly vymýšleny nové a nové metody pro potřeby praxe. Máme na mysli především krátkodobé zkoušky, tzv. testy, nadšeně vyvíjené zejména po první světové válce. Teoretické předpoklady pro konstrukci testů byly různé, lepší v oblasti schopností než např. v oblasti dynamických vlastností osobnosti. Je přirozené, že takovým testům, které byly postaveny na vratké spekulativní teorii, nebylo možno přisoudit atribut vědeckosti. Avšak ani ty nebylo rozumné zavrhnout, pokud se neprokázalo, že nejsou v praxi užitečné.

Tato situace — na jedné straně nedostatky teorie a na druhé straně naléhavost

požadavků z praxe — přiměla psychology k tomu, aby zkoumali vlastní pracovní postupy, především ty, které měly vést k odbornému poznání, dokonalejšímu, než jaké umožňuje běžná zkušenost. Pozornost se soustředila na otázky tohoto druhu: Jestliže je poznání získané určitým postupem nejisté, jaká je míra této nejistoty? Na čem závisí? Nejsou výsledky ovlivněny osobou vyšetřujícího? Jak plní metoda úlohu v praxi? Za kterých okolností je efektivní?

Ani v aplikacích není tedy správné klást jednoduše otázku, zda je metoda vědecká, či nevědecká. K nepředpojatému hodnocení je nutno znát situaci v teorii a mít informace k otázkám toho druhu, jak jsme je naznačili shora. Jinak se může stejně dobře stát, že je metoda přeceňována, jako že je neprávem zavržena. Četné doklady bychom našli v historii psychometriky. Není tomu dlouho, co i u nás byly testové metody autoritativně zamítány, a to také v oblasti psychiatrie, z jejíchž potřeb původně vznikly.

Je třeba si uvědomit, že praktické užití nějaké odborné metody, např. psychologického testu, byť bylo po stránce technické perfektní, neznamená ještě odbornou aplikaci psychologie. K té je zapotřebí znát metodické principy, na kterých jsou jednotlivé postupy založeny, a psychologickou teorii, ze které vycházejí. Na úrovni těchto širších znalostí závisí, zda bude správně zvolena konkrétní metoda a správně interpretovány a v praxi přiměřeně využity její výsledky.

Následující statě mají poskytnout povšechnou informaci o metodologických problémech v současné psychologii. Soustředíme se na obecnou stránku postupů, které zprostředkují psychologické poznání. Nebudeme se tedy zabývat problematikou metod, kterými se aktivně působí na lidskou psychiku, ovlivňuje životní režim člověka, optimalisuje využití jeho pracovní kapacity apod. Otázky těchto metod budou probrány v dalších kapitolách. Nebudeme také jednat o jednotlivých konkrétních postupech, jako jsou různé techniky pozorování, testy apod.

Odbornost poznání

Psychologické poznávání má v podstatě dvojí zaměření. Buď se studuje obecná stránka psychických jevů, obecnější vlastnosti a procesy a jejich vzájemné vztahy, hledají se zákonitosti, které platí pro širší skupiny individuí, případně pro člověka obecně. Anebo je předmětem psychologického poznávání konkrétní jedinec, zjišťují se jeho vlastnosti z hlediska struktury či dynamiky, odhalují se specifické podmínky, ve kterých se utvářela osobnost jedince apod. Při prvním zaměření získáváme poznatky obecněji platné. Z nich se buduje psychologická teorie. Ve druhém případě získáváme poznatky diagnostické. Ty tvoří nezbytnou složku odborné psychologické praxe, tj. výchovného působení, léčení, poradenství, výběrového řízení apod.*) V typickém případě se diagnosa týká jednotlivé osoby. V širším smyslu může však být předmětem

*) Termín diagnosa má v psychologii — jak patrno — širší význam, než jaký je obvyklý v lékařství. Nevztahuje se jenom na rozpoznání poruchy či defektu, nýbrž obecně na zjištění stavu daného individua ve vlastnostech, ve kterých se i zdraví lidé navzájem liší.

diagnosy i určitá skupina osob, např. pracovní skupina (jako je dílenský kolektiv) nebo určitá rodina apod. Podstatné je, že se diagnostické poznatky týkají vždy zcela určitého, historicky jedinečného předmětu.

Obecné poznatky se získávají hromadným pozorováním, obvykle systematickým empirickým výzkumem. K diagnostickým poznatkům dospíváme klinickými vyšetřovacími postupy (zejména dotazováním a pozorováním) a užitím psychometrických metod (mj. tzv. testů). Odborná diagnostika — v psychologii stejně jako v medicíně — předpokládá, že máme k disposici obecné poznatky, o které se můžeme při pozorování jedince opřít. Například k tomu, abychom mohli zjistit, jestli je nebo není u jedince přítomna určitá vlastnost, případně do jaké míry ji jedinec vykazuje, musí být tato vlastnost dobře určena a také musí být známo její rozložení v populaci, jde-li o kvantitativní veličinu. O tom, jak bude diagnostický nález spolehlivý, rozhoduje dále to, zda máme k disposici metody k objektivnímu zjištění, případně měření dané vlastnosti.

Uveďme příklad. Získá-li učitel dojem, že příčinou školního neprospěchu určitého žáka je opožděný duševní vývoj, není to ještě poznatek diagnostický. Spolehlivější závěr poskytne odborné psychologické vyšetření, při kterém se mimo jiné využije standardisovaných metod k porovnání duševních schopností žáka s normou, jež byla empiricky zjištěna na populaci dětí téhož věku. Synthesa testových nálezů s výsledky klinického vyšetření, zejména s anamnesou dítěte, vede pak k psychologické diagnose.

Diagnostický proces — v psychologii stejně jako v medicíně — má odlišný logický plán, řídí se jinou strategií, než proces získávání obecných poznatků, třebaže v konkrétní technice opatřování dat nemusí být rozdíl (např. ve způsobu vedení rozhovoru nebo v provedení určitého testu). Zkušený klinik si zpravidla neuvědomuje, jaké logické operace jsou potřebné k tomu, aby došel k diagnostickým závěrům co možná správným a užitečným. (Nejinak je tomu v ostatních lidských činnostech vyžadujících myšlení.) Objasnit a vědomě aplikovat příslušné logické principy je však žádoucí, chceme-li diagnostiku založit na objektivních, vědecky zdůvodněných postupech.

Podobně si člověk neuvědomuje, jakých logických operací užívá, když z opakovaného pozorování druhých lidí a z vlastního prožívání v rozmanitých situacích vyvozuje „obecnou“ zkušenost, na jejímž základě posuzuje druhé lidi i sebe samého, volí přátele či spolupracovníky, odhaduje jejich budoucí chování atd. Zobecnění, ke kterým jedinec dospěje živelně, jsou ovšem omezená jeho vlastní historií a ovlivněná v různých směrech jeho osobními vlastnostmi (potřebami, zájmy apod.). Aniž bychom popírali význam takovýchto zobecnění v životní praxi jednotlivců (tzv. lidoznalectví apod.), nemůžeme jim přičíst platnost objektivních poznatků, o jaké usiluje vědecká psychologie.

K otázce pravdivosti poznání

Jako každá empirická věda, usiluje i psychologie o pravdivé poznání. Pravdivá ovšem mohou být i mnohá tvrzení, odvozená z každodenní zkušenosti lidí; mnohá jiná mohou být falešná. Hluboké pravdy o lidských po-

vahách mohou obsahovat literární díla; jako geniální „psycholog" bývá označován Dostojevskij nebo Shakespeare. Zkušený klinik může odhalit pravdu intuitivně; v tzv. rozumějící psychologii (verstehende Psychologie) nebo v Daseinsanalyse je umění „chápat" druhého člověka základní metodou. Avšak ani životní zkušenost, ani literární metoda, ani klinická intuice nedávají záruku, že bylo dosaženo pravdivého poznání.

Pro vědecký postup je charakteristické, že klade největší důraz právě na pravdivostní stránku poznání. Ve vědě se požaduje, aby každé tvrzení bylo dokazováno, aby byla známa míra jeho evidence. Tento požadavek platí pro vědu všeobecně, vyčleníme-li z ní obory převážně normativní.*) Jinak však mohou splnit tento požadavek disciplíny formální, jako matematika nebo symbolická logika, než obory empirické, jako fysika, biologie nebo psychologie. U oborů, které jsou axiomatisované (jednotlivá odvětví matematiky, euklidovská geometrie aj.), je základním požadavkem, aby v soustavě vět nebyly vnitřní rozpory: žádná věta nesmí být v kontradikci s větami druhými. Takové obory jsou ryze deduktivní: všechny věty tvořící soustavu lze logicky odvodit z vět základních, tzv. axiomů, jejichž platnost se předpokládá. Pravda je tedy v takových soustavách jakoby „uzavřená", je jim imanentní.**)

S požadavkem vnitřní bezespornosti však nevystačíme, jde-li o soustavy vět, které vytvářejí empirické obory jako myšlenkový odraz určitých výseků objektivní reality. Zde nás musí zajímat především to, jak věrně daná soustava obráží povahu skutečných jevů a dějů. Pravdivost vět se musí osvědčovat na faktech, a právě tak i vzájemné vztahy mezi větami — je-li soustava pravdivá — musí odpovídat vztahům ve skutečnosti.

Kritérium pravdivosti v empirických vědách leží tedy „vně" těchto věd, v objektivní skutečnosti. Každý výraz, který má na pojmové úrovni representovat skutečný jev nebo děj, musí být co nejpřesněji významově určen čili vymezen po stránce sémantické. Není vždy snadné — zejména v psychologii — splnit tento požadavek. Většina základních výrazových prostředků psychologie je shodná s prostředky běžného jazyka, které jsou významově vágní nebo víceznačné. Stačí připomenout výrazy „inteligence" a „temperament".

Splnit požadavek významové určitosti je tím obtížnější, čím více se vzdalujeme od úrovně bezprostředního pozorování směrem k vyšší abstrakci, od „jazyka faktů" k „jazyku teorie". Zde již vystupuje více do popředí stránka syntaktická. Pojmy, užívané v obecných hypothetických větách, které tvoří jádro teorie, se již vztahují více k něčemu vysouzenému, zprostředkovanému logickou úvahou, než k něčemu pozorovatelnému, empiricky přímo dostupnému (Pavlo-

---

*) V novější době se ujímá označení praxeologické vědy. Typické věty těchto oborů mají charakter příkazů, návodů, doporučení, obecně norem. Patří k nim např. pedagogika, částečně i klinické obory medicíny a klinická psychologie.

**) Něco jiného je interpretace takovýchto abstraktních soustav. Užívané výrazy jazyka abstraktního systému jsou totiž „otevřené" po stránce významu; teprve při interpretaci soustavy je určujeme sémanticky, tj. stanovujeme jejich význam. Tento postup interpretace axiomatisovaného systému se uplatňuje při modelování a konec konců při jakékoli aplikaci matematiky na přírodní a společenské jevy.

vův „ochranný útlum“, Freudovo „superego“ atd.). Tyto pojmy jsou užitečné do té míry, do jaké je lze „přeložit“ (cestou dedukce z obecných hypothetických vět) do „jazyka faktů“, tj. na úroveň vět empiricky ověřitelných. Nestačí tedy, aby byly dobře určeny vzájemné vztahy mezi teoretickými pojmy. To, že je teorie konsistentní, prostá vnitřních rozporů, ještě nezaručuje, že je dobrá, že dobře odráží daný výsek skutečnosti. Je nutno zkoumat, nakolik souhlasí s empirickými daty, nakolik je vysvětluje a nakolik to, čím je přesahuje svou abstraktní a hypothetickou povahou, je heuristicky plodné, čili nakolik teorie určuje směr dalšího bádání.

Otázky korespondence mezi teorií a empirickými daty patří k ústřední problematice v současné obecné metodologii vědy a vztahují se stejně na psychologii, jako např. na fysiku. Řešit v psychologii tyto otázky je nesmírně obtížné. Přesto je nelze při seriosním hodnocení psychologických teorií obejít. Nedávná minulost nás poučila, že rozhodování o „pravdivosti“ teorií z apriorních stanovisek vědecký rozvoj spíše brzdí, než aby mu napomáhala.

Problém struktury předmětu

Zmínili jsme se o problémech korespondence mezi „jazykem teorie“ a „jazykem faktů“. V psychologii však vznikají svízelné problémy už na úrovni „jazyka faktů“, a to nejen problémy lingvistické.

Víme, že poznání v každé empirické vědě začíná pozorováním. Ideální je takové pozorování, které věrně odráží skutečnost, tj. není zkresleno pozorovatelem ani pozorovací technikou. V konkrétním případě mají dospět ke stejným informacím nezávisle na sobě různí pozorovatelé. Takové pozorování se nazývá objektivní.

V chemických pokusech můžeme např. pozorovat, jak se chovají různé sloučeniny, působíme-li na ně určitými reagenciemi v určitém prostředí. Všechny podmínky experimentu, zvolený postup a pozorované jevy můžeme dnes popsat v termínech dostatečně přesných, aby se mohl experiment znovu opakovat a ověřit jeho výsledek. Ovšem, nebylo to možné před dvěma sty lety. Teprve objev chemických prvků nám umožnil přesně definovat látky, na které působíme, i látky, jimiž působíme. Připojíme-li fysikální podmínky, za kterých jsme experiment provedli, a přesný popis operací, může se týž pokus kdykoli opakovat a výsledek bude týž. V psychologii není situace zdaleka tak jednoduchá.

Potíže začínají už při identifikaci předmětu pozorování. Duševní život člověka představuje mnohotvárný celek, jehož složitost je až skličující. Někdejší domněnka, že lze psychiku rozložit na jednoduché prvky, jejichž kombinací — podobně jako v chemii — vznikají složitější útvary, se ukázala být naivní. V psychologii nemůžeme isolovat nějakou část předmětu (např. „výsek chování“), abychom jenom na ní studovali jev, který nás zajímá. Vždy máme co činit s celou individuální psychikou, a to jak při zaměření studia na jednotlivé procesy, tak při zaměření na strukturu či dynamiku osobnosti, a situace se ještě více komplikuje, zajímají-li nás procesy interakční, mezilidské vztahy, dy-

namika skupin atd. K nedělitelnosti psychiky jedince přistupuje další významný rys: historická podmíněnost všech studovaných procesů a vlastností. K identifikaci předmětu pozorování je tedy obvykle nutno připojit informace o historii jedince. Další komplikace vyplývají z nezbytných omezení, diktovaných etikou. V psychologii člověka si nemůžeme zjednodušit předmět pozorování např. dekortikací nebo radikálním omezením v uspokojování základních potřeb jedince. I pokud udělá takový „experiment" za nás příroda, nebývá — z hlediska předmětu pozorování — situace o nic jednodušší.

Jeden z ústředních problémů, které řeší vědecká psychologie, se dá vystihnout těmito otázkami: Lze v chování a prožívání člověka rozlišit nějaké útvary, které by dovolily usuzovat na strukturální vlastnosti psychiky? Jak zajistit, abychom v myšlenkovém odrazu nevytvářeli pojmy arteficiální, ničemu ve skutečnosti neodpovídající, nebo pojmy mlhavé, s neurčitými poukazy k realitě? Jak zajistit, aby vztahy mezi pojmy v myšlenkovém odrazu korespondovaly se vztahy v reálném předmětu?

Z metodických přístupů k této problematice uvedeme jeden, který už má delší historii. Charakteristické pro něj je využití metod matematické statistiky, zejména počtu korelačního.

Statistické zjišťování invariantu

Pátrání po strukturálních vlastnostech lidské psychiky je v podstatě pátráním po invariantech. Hledá se, co přichází pospolu, co trvá při změnách, co se opakuje v různém kontextu. Každá věda pátrá po invariantech; to vystihl už před sto lety John Stuart Mill. V pátrání po invariantech jsou však různé vědy různě daleko. I zákon o zachování energie vystihuje invariant: množství energie v určitém systému zůstává stejné při transformaci z jedné formy, jako je teplo, do druhé, jako je elektřina.

V psychologii byly dlouho potíže s objevováním invariantů. Překážka byla v tom, že současný výskyt dvou znaků (jevů, vlastností), pravidelnost v jejich sekvenci nebo vztah jejich funkční závislosti (což jsou typy invariantů) neplatí vždycky, pro všechny případy, na kterých jsou znaky pozorovány. Až přišla na pomoc statistika, aplikující matematiku na jevy, které nejsou nutné, ale jsou možné, které nejsou jisté, ale jsou pravděpodobné, na tzv. reálné náhodné jevy.

Užití statistického přístupu znázorníme na příkladu hledání invariantů v celku osobnosti. Už jsme se zmínili o tom, že k charakteristice jednotlivých osob a ke zjišťování rozdílů mezi lidmi potřebujeme znát obecné vlastnosti, jakési dimense, na kterých určujeme polohu jednotlivce a porovnáváme různá individua mezi sebou. Čím jsou tyto obecné vlastnosti (dimense) lépe definovány, tím spolehlivější může být diagnostika.

Jedna z možností, jak tyto dimense vytvářet, vychází z principu tzv. konkomitantní variace (J. S. Mill), které ve statistice — zhruba řečeno — odpovídá princip korelace (Galton, Pearson, Bravais). Předpokládá se, že jsou k dispo-

sici metody, konstruované tak, aby poskytly co možná spolehlivý kvantitativní údaj o určité charakteristice daného individua, srovnatelný s údajem o druhém individuu. Charakteristikou se rozumí např. rozsah vědomostí jedince, jeho počtářské schopnosti, jeho sklony, postoje, rychlost jeho reakcí, jeho citová vzrušivost atd. Údaje získané o těchto charakteristikách mají sloužit jako základ pro hledání invariantů. Velmi tedy záleží na volbě charakteristik, zejména na tom, v jaké šíři a úplnosti pokrývají předmět — celou oblast projevů osobnosti. Zatím to je tak, že se dává přednost charakteristikám, které jsou poměrně dobře určeny, a metodám, které jsou poměrně spolehlivé a validní.

Představme si, že jsme určitým souborem metod vyšetřili větší skupinu osob, záměrně sestavenou tak, aby representovala širokou populaci. U všech osob jsme zjistili kvantitativní údaje o jednotlivých charakteristikách (skóry z dotazníků nebo testů, výsledky měření reakcí, fysiologických parametrů atd.). Hodnoty v každé charakteristice od jedince k jedinci kolísají, můžeme je tedy považovat za hodnoty proměnné veličiny a můžeme statistickými metodami zjišťovat těsnost jejich vzájemného vztahu. Např. pro 7 charakteristik (A až G) bychom mohli vypočítat 21 korelačních koeficientů, uvedených v tabulce 1.*)

Tabulka 1.
Matice korelací mezi charakteristikami A až G. Naznačen rys X, zahrnující charakteristiky D, E, F a G, a rys Y, zahrnující charakteristiky A, B a C.

	A	B	C	D	E	F	G
A		+,7	+,7	+,2	−,1	−,0	,0
B			+,6	−,1	−,1	+,2	,0
C				,0	−,2	+,1	−,1
D					+,8	+,7	+,8
E						+,9	+,8
F							+,7
G							

V korelační matici shledáváme mezi některými charakteristikami těsnější vztah než mezi jinými. Ale nejen to. Vidíme také, že charakteristiky D, E, F a G „jdou pospolu" ve všech možných kombinacích: každý z šesti korelačních koeficientů je poměrně vysoký. Kdyby šlo o charakteristiky, jejichž vztah není triviální, mohli bychom takto získat určitý náhled do struktury osobnosti. Zjištěnému invariantu bychom mohli přisoudit význam „rysu osobnosti" či „dimense" (jako je extraverse), mohli bychom blíže zkoumat jeho povahu, jeho vztahy k jiným, podobně zjištěným rysům, porovnávat jej s invarianty objevenými pomocí jiných metodických principů, odvozovat hypothesy k jeho experimentálnímu ověření, konstruovat diagnostickou metodu, která jej nejlépe měří atd. Předností našeho invariantu by bylo jeho explicitní empirické vymezení.

Ve skutečnosti je situace obvykle mnohem složitější než v uvedeném fiktivním příkladu. Nestačí pouhé zamyšlení nad korelační maticí. Je však možné složitými matematickými technikami analysovat celou matici s cílem dostat se „pod po-

*) Korelační koeficient r může, jak známo, nabývat hodnot od +1,0 do −1,0. Nulová korelace značí, že mezi proměnnými veličinami není lineární vztah. Čím vzdálenější je hodnota od nuly, tím těsnější vztah ukazuje. Kladná korelace značí, že vyšším hodnotám jedné proměnné spíše odpovídají vyšší hodnoty druhé proměnné. Podrobnější výklad najde čtenář v každé učebnici statistiky.

vrch" komplexu proměnných, odhalit co nejmenší počet „dimensí" potřebných k vysvětlení vzájemných vztahů mezi proměnnými.

Nejstarší a nejznámější technikou toho druhu je tzv. faktorová analysa, vypracovaná anglickým psychologem C. Spearmanem. Není to metoda strnulá, s pravidly provždy danými. Záleží na tom, jaké obecné předpoklady se zvolí pro plán matematických operací. (Thurstone např. zvolil odlišné předpoklady než Spearman.) V konkrétním případě pak přirozeně záleží na tom, které proměnné byly vybrány pro korelace a jak byly splněny předpoklady pro jejich kvantifikaci (viz dále). Samo užití faktorové analysy tedy ještě nezaručuje, že bude odhalena objektivní struktura předmětu; faktorová analysa může objevit řád jenom v tom, co jsme do ní „vložili", a to jak „shora" — volbou obecných principů, tak „zdola" — výběrem a kvantifikací charakteristik. Této problematice se věnuje v poslední době značná pozornost.

Faktorová analysa se již osvědčila při zkoumání struktury schopností (průkopnické práce Spearmanovy, novější studie Guilfordovy), asi od třicátých let i při zkoumání struktury osobnosti v normě i patologii (R. B. Cattell, H. J. Eysenck) a při řešení řady otázek speciálních. Její užití se záhy rozšířilo i v jiných oborech, zejména biologických. Je běžným nástrojem tam, kde jsou k disposici rychlopočítací stroje. Její význam pro psychologickou diagnostiku je nesporný.

Problémy měření

Co jsme řekli o faktorové analyse, platí obecně o jakékoli statistické metodě. Statistická metoda je nástroj, který může být použit více nebo méně vhodně. Může být také zneužit, např. k tomu, aby se pochybné práci dodalo zdání vědeckosti. Častější jsou případy neúmyslného zneužití, vyplývajícího z neznalosti předpokladů, za kterých se smí ta či ona metoda použít.*)

Matematická statistika operuje s čísly, nikoli s fakty. Jenom to, co se dá přeložit do jazyka matematiky, může být předmětem statistického rozboru. Počítání a měření pozorovaných předmětů a jevů je v podstatě přiřazování čísel k faktům. Není to přiřazování náhodné, nýbrž řídí se určitými pravidly. Výsledky formálních operací s čísly chceme opět vztahovat k empirickým datům; musí být tedy i pravidla těchto operací isomorfní se strukturou vztahů mezi vlastnostmi reálných předmětů a jevů.

O problémech měření v psychologii byly napsány obsáhlé knihy. Zde se omezíme na přehlednou tabulku a poznámky nezbytné k jejímu porozumění.

V prvním sloupci tabulky 2 jsou uvedeny názvy škál, označující úroveň měření. Stevens uvádí následující příklady pro čtyři úrovně měření. Můžeme si představit, že někteří Eskymáci hovoří o teplotě jenom v pojmech „mrzne" nebo „nemrzne"; užívají tedy nominální škály. Jiní se mohou pokusit — třeba podle přírodních úkazů — vyjádřit stupně „tepleji -chladněji", čili dosáhli úrovně pořadové škály. Jak víme, s vývojem teploměru se měření

*) O užití statistiky a dalších otázkách psychologického zkoumání jedná přehledná a velmi instruktivní kapitola L. Kubičky (Metody výzkumu) v Dětské psychiatrii, SZdN, Praha 1963.

Tabulka 2.
Úrovně měření (podle S. S. Stevense).

Druhy škál	Základní empirické operace	Matematická struktura	Použitelné statistické techniky	Příklady
nominální	určení rovnosti	permutační skupiny, transformace 1 — 1	histogram, modus, kontingenční koeficient pro stanovení nezávislosti výběrů	klasifikace diagnos, očíslování skupin pokusných osob
pořadová	určení vztahů větší—menší	transformace monotonické $x = f(y)$	distribuce, medián, procentily, pořadové korelace (Spearman, Kendall), pořadové techniky testování	posuzovací stupnice, hrubé skóry testů
intervalová	určení rovnosti intervalů nebo diferencí	lineární transformace $x = ay + b$	aritmetický průměr, standardní odchylka, korelace (Pearson), většina parametrických technik	stupnice teploty (Celsius, Fahrenheit), „standardní skóry" testů (?)
poměrová	určení rovnosti poměrů (absolutní 0)	transformace $x = ay$	geometrický průměr, koeficient variace	fysikální škály (čas, délka aj.), teplota (Kelvin)

teploty octlo na intervalové škále (Celsius, Fahrenheit). Když pak termodynamika podle poměru rozpínavosti plynů extrapolovala k tzv. absolutní nule, bylo možné měřit teplotu na poměrové škále.

Každý druh škály je určen empirickými postupy, potřebnými k jejímu vytvoření (druhý sloupec tabulky). Empirické určení škál je kumulativní v tom smyslu, že k základním operacím uvedeným vedle názvu škály je nutno připojit všechny operace uvedené výše ve sloupci. Tak například vytvoření intervalové škály pro měření teploty vyžaduje postup, kterým se určuje rovnost intervalů nebo rozdílů mezi jednotlivými stupni (aby např. rozdíl mezi 3 a 6 stupni Celsia byl stejný jako mezi 20 a 23 stupni), ale také postup pro určení vztahu větší-menší (tj. vyšší-nižší teplota) a nominálního vztahu rovnosti (táž teplota).

Ve třetím sloupci jsou udány matematické transformace, při kterých se neporušuje struktura škály, jinými slovy, při kterých zůstává forma škály invariantní. Těmito přípustnými transformacemi je zároveň určeno, které statistické metody jsou u dané škály použitelné (viz čtvrtý sloupec; opět je zde kumulace analogická druhému sloupci: použitelné jsou i metody uvedené výše). Nemůžeme např. vypočítávat průměr z čísel, kterými jsme označili stupně závažnosti příznaků. Závažnost příznaků dovedeme posuzovat jen na pořadové škále. Přípustnou mírou centrální tendence je tedy medián nebo modus. Průměr $\frac{\Sigma X}{N}$ spočívá totiž na struktuře čísel, mezi nimiž jsou jiné vztahy, než mezi čísly pořadovými; pořadová škála není isomorfní s aritmetickým systémem čísel. Rozdíly ve strukturách číselných vztahů cítíme

už v tom, že nemůžeme mluvit o dvojnásobné teplotě (při užití intervalové škály Celsiovy), můžeme však mluvit o dvojnásobné délce, váze apod. (což jsou škály poměrové). Příklady škál jsou uvedeny v posledním sloupci tabulky.

V psychologii, stejně jako v jiných empirických vědách, je snaha kvantifikovat pozorování, aby se mohlo využít výhod, které poskytuje matematická statistika. Co však představují skóry z psychologických dotazníků, posuzovacích stupnic, testů, ve světle shora naznačené teorie měření? Smíme předpokládat, že stejné rozdíly mezi skóry representují stejné vzdálenosti na nějaké reálné psychologické „dimensi"? Jaký druh matematických operací můžeme tedy lege artis použít?

Psychologické měření se obvykle nedostává na vyšší úroveň než na úroveň pořadových škál. Přesto se běžně užívá statistických postupů, které předpokládají úroveň měření na intervalových škálách. (V zájmu spravedlnosti dodejme, že se totéž děje i v jiných oborech, zejména biologických a v sociologii.) Je těžké rozhodnout, zda je větší přínos, který poskytuje formální matematický systém, anebo ztráta vzniklá určitým znásilněním empirických dat. H. Peaková vystihuje problém těmito slovy: Jestliže na určitá data vložíme předpoklady, jako je běžný předpoklad o rovnosti intervalů, mohou být výsledky matematických operací více určeny těmito předpoklady, než povahou skutečnosti. Kde nejsou předpoklady oprávněné, nepomohou k věrnému zobrazení jevů ani přesně vypočítané průměry a korelace.

Situaci v klinickém výzkumu shrnuje J. Loevingerová takto: Měření v klinickém zkoumání je prostoupeno paradoxy. Za prvé: Kdo chce měřit jenom to, co je objektivně pozorovatelné a může být formulováno na přísně kvantitativní basi, určitě neskončí jinde než u trivialit. Kdo chce stůj co stůj studovat otázky pro kliniku skutečně důležité, musí se vzdát nejprve přísné kvantifikace a pak přísné objektivity. Za druhé: Klinik se v diagnostice upíná k příznakům zřídka se vyskytujícím jako k opěrným bodům; výzkumník se nemůže zabývat jedinečnými nebo řídce se vyskytujícími jevy, nýbrž jen často se opakujícími příznaky nebo reakcemi. Za třetí: Klinik vždy požaduje co nejvíc informací, než o nějakém případu vyjádří své mínění; výzkumník musí trvat na tom, aby byl klinikovi, se kterým spolupracuje, dostupný jenom omezený výsek informací, jinak by se výzkum znečistil.

Úvahy citovaných a řady dalších autorů směřují k zásadním otázkám strategie psychologického zkoumání: K jakému typu zkoumání je matematická statistika v dnešní podobě vhodná? Které matematicko-logické modely odpovídají hlavním typům zkoumání? Jaké jsou perspektivy dalšího uplatnění formálních modelů (nejen matematických) v psychologii? Tyto otázky poněkud rozvedeme v následujících statích.

Otázky výzkumné strategie

Uveďme nejprve tři zjednodušené příklady:

1. Zajímá nás, jak závisí reakční doba na intensitě podnětu. Vybereme co možná homogenní skupinu osob (např. průměrných zdravých jedinců) a u každé osoby zjistíme standardním postupem latence jejích reakcí na různě intensivní podněty. Vypočítáme průměry latencí a jejich tzv. střední chybu, pro každou z předem zvolených intensit zvlášť. Vzájemným přiřazením získáme odhad obecné závislosti. Čím více osob podrobíme experimentu, tím méně se uplatní individuální zvláštnosti a naše poznání bude přesnější.

2. Zajímá nás, jak spolu souvisí matematické a hudební nadání. Vybereme representativní skupinu osob, jakousi zmenšeninu populace určitým způsobem vymezené. Pomocí určitých ukazatelů odhadneme u každé z nich stupeň matematického a stupeň hudebního nadání. Vypočítáme korelaci a podle její výše usoudíme na těsnost vztahu mezi oběma druhy nadání. Variabilita každého z obou znaků ve skupině osob je základní podmínkou.

3. Zajímá nás, jak souvisí poruchy sociální přizpůsobivosti u neurotické osobnosti s vývojem sociálních vztahů od raného dětství. Vybereme skupinu typických případů tzv. neurotické osobnosti (požadujeme např. shodu v diagnose, stanovené nezávisle třemi zkušenými kliniky). O každém pacientovi shromáždíme podrobné informace z anamnesy od raného dětství, zejména o vztazích v rodině. Tyto údaje porovnáme s projevy maladaptace v současných interpersonálních vztazích téhož jedince. Důraz je spíše na množství informací o jednom případu, než na velký počet případů.

V prvním příkladu se zkoumá závislost mezi podnětem a reakcí a poznatek se vztahuje na člověka obecně. Ve druhém příkladu se uplatňují individuální zvláštnosti lidí a poznatek se týká určité populace. Ve třetím příkladu se uplatňují specifické podmínky při vývoji jedince a poznatek se vztahuje na typického representanta skupiny přesně neohraničené. Příklady naznačují rozdíly ve strategii zkoumání, odpovídající rozdílům v typu otázek, resp. rozdílům ve směru a šíři zobecňování.

Každým výzkumným projektem se realisuje určitá metodologická osnova, třebaže si to vždy plně neuvědomujeme. Otázka, zda je použitá osnova přiléhavá, čili zda udává vhodnou strategii zkoumání, vystupuje v ostřejším světle tehdy, jestliže užíváme metod matematické statistiky. Každým, i zcela banálním použitím statistické metody aplikujeme určitý matematický model, který sám je extensí obecnějšího modelu logického.

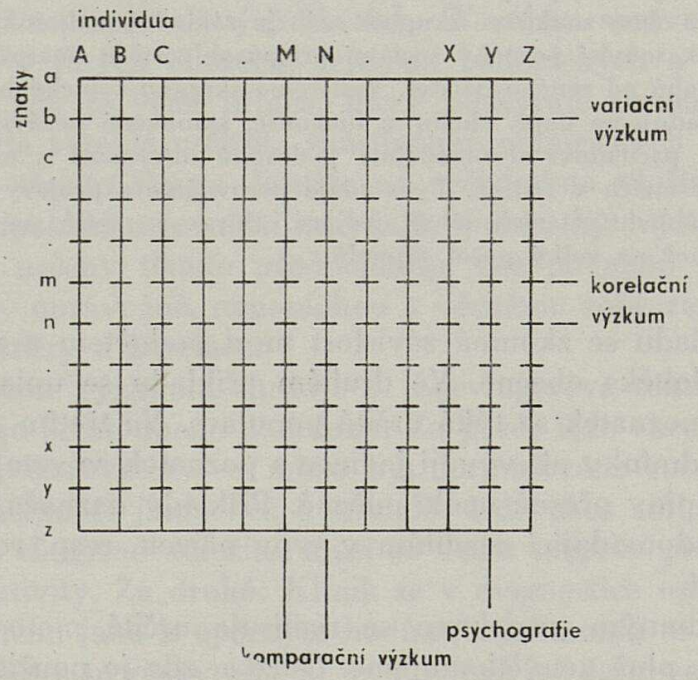
Pro jednoduchost rozlišíme tři metodologické osnovy, třebaže v konkrétních výzkumných projektech se různě kombinují (např. v projektech přizpůsobených ke statistické analyse rozptylu na jeho dílčí složky: variaci mezi podněty a variaci mezi osobami). Nazveme je model průměrného jedince, model individuálních rozdílů a model dynamického systému.

1. Modelu průměrného jedince používal jako první před více než sto lety Quételet ke studiu hromadných jevů společenských. Pro výzkumnou strategii je typické, že se šetření nebo experiment provádí na velkých skupinách lidí, aby se individuální odchylky pokud možno „vyrovnaly“ a výsledky — vypočítané průměry — bylo možno vztáhnout na „prostředního člověka“ (Quételetův „l'homme moyen“) dané skupiny. Předpokládá se, že dovedeme dobře definovat populaci osob, kterou „průměrný jedinec“ representuje (a ze které byl

vybrán zkoumaný vzorek), že zkoumané znaky patří k trvalejším charakteristikám lidí (tj. nemění se ze dne na den) a že je dovedeme dobře isolovat ze systémových souvislostí (tj. jsou relativně autonomní).

Model je vhodný pro výzkum vlastností, které určují převážnou měrou reaktivitu na širší kategorii vnějších podnětů, tj. trvalejších odchylek, defektů, vlastností určujících resistenci a susceptibilitu vůči noxám apod., dále pro výzkum trvalejších podmínek v prostředí (faktorů, které studuje epidemiologie), pro studium otázek indikace terapie apod. V typickém případě zjišťujeme buď roz-

Schéma 1.
Sternova metodologická osnova diferenciální psychologie. Přímky naznačují směr, ve kterém se sleduje variace, resp. kovariace hodnot v daném typu výzkumu.



díly mezi skupinami, např. „zdravých" a „nemocných" osob, nebo „zlepšených" a „nezlepšených" pacientů po terapii, anebo zjišťujeme rozdíly mezi průměry (a dalšími statistickými charakteristikami), vypočítanými pro tutéž skupinu, např. před léčbou a po léčbě. (Významnost rozdílů můžeme někdy ověřit statistickými testy.)

Pro řešení řady klinicky významných otázek je však tento model nevyhovující. Stírá individuální variaci vlastností i variaci ve vnějších podmínkách, je statický, vývoj a změny může v nejlepším případě modelovat jen pomocí „časových průřezů", což nebývá dostačující. Mimoto — z hlediska metodických požadavků — není vždy snadné definovat populaci (např. „schizofrenních osob") a zajistit, aby byl vzorek dostatečně homogenní.

2. Model individuálních rozdílů uplatnil nejdůsledněji W. Stern před více než padesáti lety v koncepci tzv. diferenciální psychologie. Individuum jako empirická jednotka představuje v diferenciální psychologii vlastní předmět zkoumání, odlišný od předmětu obecné psychologie, která dosazuje

namísto konkrétních lidí představu „všeobecně platného individua". Metodologickou osnovu diferenciální psychologie znázorňuje Stern schematicky čtvercem, určeným dvěma základními dimensemi: individui a jejich znaky (viz schéma 1). Logicky dochází k čtyřem základním úkolům diferenciální psychologie, které nazývá: variační výzkum, korelační výzkum, psychografie a komparační výzkum.

Předností korelačního výzkumu je to, že u sledovaných znaků je zachována jejich funkční jednota, tj. jejich náležitost k individuálnímu systému. Srovnání se neděje až na průměrných skupinových charakteristikách, nýbrž na každém jednotlivci zvlášť a větší počet jedinců slouží k tomu, aby se postihla obecnější závislost sledovaných znaků.

Model individuálních rozdílů má v klinickém výzkumu široké použití, zejména od doby, kdy byly vyvinuty pořadové korelační metody (tj. vhodné pro úroveň pořadových škál — viz výše). Také zde ovšem platí omezení, o kterých jsme se již zmínili. Předně záleží na tom, jak dobře jsou definovány korelované znaky a jak spolehlivé je jejich měření. Korelačnímu výzkumu v psychologii musí tedy obvykle předcházet ověření užívaných pozorovacích a registračních technik, což bývá samo o sobě úkol dosti náročný. (Informaci o způsobech ověřování spolehlivosti a validity metod podává dříve citovaná práce L. Kubičky.) V požadavku na spolehlivost metody je také obsažen předpoklad, že měřené charakteristiky vykazují určitou stabilitu v čase. Korelační metodou nemůžeme studovat děje, procesy, adaptační a interakční mechanismy apod. V typickém případě slouží korelační výzkum k objevování dílčích systémových vazeb a obecnějších principů organisace psychické činnosti. Z korelací nelze ovšem vyčíst vztahy dynamické závislosti, podmíněné stavem a změnami (reakcemi) systému jako celku. Korelace mezi dvěma proměnnými neříká ještě nic o tom, zda je mezi nimi vztah kausální závislosti.

3. Modelování dynamického systému je teprve v začátcích. Existuje několik pokusů o aplikaci běžných statistických metod na individuum. Zmíníme se o dvou z nich. P-technika faktorové analysy vychází z korelací mezi dvěma proměnnými, podobně jako běžná R-technika, ale dvojice hodnot se nezískávají na množství osob, nýbrž opakovaným měřením u téhož jedince (tj. v množství časových instancí). Realisovat tuto techniku je obtížné — jak pro zkoumanou osobu, tak pro výzkumníka (dejme tomu, že deset proměnných se měří denně po dobu tří měsíců!); mnohé psychologické charakteristiky nelze také měřit opakovaně v krátkých časových intervalech. Metoda byla již použita u několika případů psychického onemocnění (R. B. Cattell aj.); dává možnost nahlédnout do struktury systému, který je — z hlediska klinického — určitým způsobem porušený, maladaptivní. Výsledky faktorové analysy mohou vést k hypothesám o dynamických vlastnostech systému, samy o sobě však dynamiku nepostihují. (Snadno lze pochopit, že korelační koeficienty se nezmění, jestliže např. časovou řadu obrátíme.)

Jiný metodický podnět dal E. Brunswik. V jeho representativním experimentálním projektu (na rozdíl od klasického projektu, ve kterém se systematicky obměňují isolované podmínky) se nechává co nejširší pole pro přiroze-

nou variaci vnějších podmínek. Výběru osob z populace (v běžném užití statistiky) odpovídá representativní výběr situací z přirozené ekologie jedince. Běžnými statistickými metodami lze pak zpracovat data vztahující se k jediné osobě. Rovněž Brunswikův postup naráží na různé překážky (rázu praktického i teoretického), které zde nebudeme rozvádět. Vedle běžných statistických metod se v nejnovější době několik autorů pokouší aplikovat na studium jednotlivce model stochastický, a to zejména na řešení otázek klinických (J. B. Chassan aj.). V modelu se uplatňují transitní (přechodové) stavy, čili lze jej aplikovat na průběh jevů, na změny a vývoj. Zatím však jde spíše o metodologickou direktivu, než o skutečnou aplikaci matematiky.

S formálním zachycením a měřením změny jsou spojeny mimořádné obtíže.

Na logickou stránku problému upozorňuje O. Zich (1959). Zjišťuje, že pro potřeby moderního experimentu, který zkoumá přechody jedné funkce v jinou, a to v systémových souvislostech, není dosavadní aparát logiky dostačující. Čím je třeba ho obohatit, je „logika změny". V téže publikaci probírá I. Málek základní rysy tzv. historické metody a uvádí několik forem spojení této metody s experimentem. Jednak se experimentem uskutečňuje řada analytických průřezů do historicky vytvořené skutečnosti. Ideálním rozvinutím této formy je plynulá registrace změny v těch rysech, které jsou pro vývoj rozhodující. Dále může být experiment „sondou historie" v tom smyslu, že při něm záměrně zasahujeme do vývoje studovaného jevu a vyhodnocujeme změny, které jsme svým zásahem vyvolali. Volba činitele, kterým zasahujeme, již předpokládá určité znalosti o studovaném jevu, zejména o jeho historii. V prohloubené formě může tento postup sloužit jako přímý nástroj historického poznání, jestliže se nasazuje tam, kde se historie „uzavírá" a stýká se s „historií rozvíjející se". Pokud jsou podmínky experimentu „přirozené" (např. při řízení proměnlivosti dědičných vlastností), můžeme se značně přiblížit k podstatě studovaného životního děje. Nejvyšším vývojovým stupněm spojení experimentu s historickou metodou je podle Málka postup, při kterém míříme přímo k odkrytí hybných sil vývoje, např. záměrnou, řízenou interakcí podmínek vnitřních (organismu) a vnějších (ekologických). Výběr činitelů již ovšem předpokládá dosti hluboké znalosti o historii organismu.

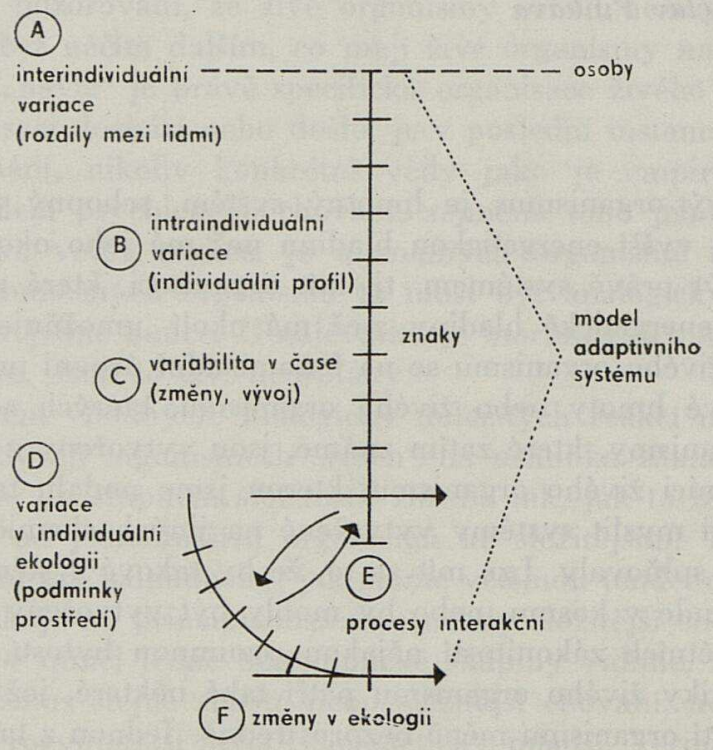
V. Filkorn se podrobně zabývá problémem logického zachycení dynamiky systému v Úvodu do metodológie vied (1960). Dialektická analysa chce jít podle Filkorna dál než kausální analysa, která v elementární podobě zkoumá jednostranné, jednosměrné ovlivňování jednoho jevu druhým. Logický aparát kausální analysy neumožňuje zkoumat dynamiku samého systému, nepostihuje to, že systémy nejenom reagují na vnější podněty, nýbrž samy se měníce, mění i faktory působící na vstupy. Systémy jsou tedy v interakci s vnějšími faktory, které se tak stávají součástmi systému vzájemných vlivů. Filkorn píše: „Mezi logikou, kterou vědci skutečně myslí a bádají, a logikou, která se často absolutisuje ve vědomé metodologii a teorii vědy, je velká propast, kterou bude třeba zaplnit rozpracovanou dialektickou logikou" (str. 6).

Perspektivu dalšího metodologického rozvoje slibuje tzv. multivariační experimentální psychologie (R. B. Cattell, 1966). Nové obzory pro modelování dynamického systému otevírá také kybernetika, zkoumající všeobecné zákonitosti organisovaných systémů. V psychologii příštích let bude mít patrně větší uplatnění koncepce Millera, Galantera a Pribrama. Základním prvkem v jimi navržené jednotce pro analysu chování je zpětná vazba, jejíž význam pro modelování adaptivního systému je nepochybný.

Přes tyto perspektivy se zdá, že empirické studium dynamiky systému, jaký představuje osobnost člověka, se ještě dlouho bude opírat převážně o podrobný, co možná přesný a kontrolovaný klinický rozbor jednotlivých případů.

Na závěr připojujeme schéma znázorňující základní druhy variace, ve kterých lze hledat invarianty. V modelu adaptivního systému musí být místo pro zobrazení variací B—F (schéma 2).

Schéma 2.
Hlavní druhy variace.



Výběr z literatury

Břicháček, V.: Experimentální projekt v psychologii. Acta Univ. Carol. Med. (Praha), s. 99—127, 1961.

Cattell, R. B. (ed.): Handbook of multivariate experimental psychology. Rand McNally, Chicago 1966.

Festinger, L., Katz, D.: Research methods in the behavioral sciences. The Dryden Press, New York 1953.

Filkorn, V.: Úvod do metodológie vied. VSAV, Bratislava 1960.

Harris C. W. (ed.): Problems in measuring change. The University of Wisconsin Press, Madison 1963.

Jahoda, M., Deutsch, M., Cook, S. W.: Research methods in social relations. The Dryden Press, New York 1957.

Klír, J., Valach, M.: Kybernetické modelování. SNTL, Praha 1965.

Miller, G. A.: Mathematics and psychology. J. Wiley a Sons, New York 1964.

Nagel, E.: The structure of science. Harcourt, Brace & World, New York 1961.

Kubička, L.: Metody výzkumu. Dětská psychiatrie, SZdN, Praha 1963, s. 51—92.

Roth, Z., Josífko, M., Malý, V., Trčka, V.: Statistické metody v experimentální medicíně. SZdN, Praha 1962.

Stríženec, M.: Psychológia a kybernetika. VSAV, Bratislava 1966.

Tardy, V.: Dějiny empirické psychologie I. SPN, Praha 1956.

Zich, O., Málek, I., Tondl, L.: K metodologii experimentálních věd. ČSAV, Praha 1959.

Fylogenese psychiky

Václav Pinkava

Živý organismus je hmotný systém, schopný pomocí vlastního chování udržovat vyšší energetickou hladinu než má jeho okolí. Aby toho byl schopen, musí být právě systémem, tj. mít organisaci, která zmíněnou činnost udržování vyšší energetické hladiny, než má okolí, umožňuje. Tento základní princip chování živého organismu se na fenomenální úrovni projevuje tzv. charakteristikami živé hmoty nebo živého organismu, kterých se počítá obvykle 36 nebo 38. Organismy, které zatím známe, jsou vytvořeny z koloidních látek. Vzhledem k definici živého organismu, kterou jsme podali, to však není podstatný rys. Lze si myslit systémy vytvořené na jiných chemických principech, které by definici splňovaly. Lze mít za to, že by takové systémy mohly existovat buď někde jinde v kosmu, nebo by mohly být vytvořeny při dostatečných znalostech konkrétních zákonitostí nějakou rozumnou bytostí, např. člověkem. Mezi charakteristiky živého organismu patří také některé, jež vyplývají ze základních vlastností organismu méně bezprostředně. Jednou z takových charakteristik je schopnost reprodukce. Složitý systém, schopný vykonávat životní funkce, se opotřebovává, až konečně přestane být systémem v definovaném smyslu, tj. nemá již schopnost udržovat vyšší energetickou hladinu než má okolí a v důsledku toho se nakonec rozpadne. Říkáme, že organismus zmírá. Aby přesto takový typ organismu trval, má v sobě určitý systém, který umožňuje, aby se část organismu vyvinula v nový podobný tomu, ze kterého vznikl, má schopnost reprodukce. Z abstraktního hlediska by bylo možno věc pojímat také tak, že bychom za organismus pokládali vlastně sled (časovou posloupnost) plně vyvinutých organismů zároveň se systémem nebo zákonitostí umožňujících, aby jeden organismus v tomto sledu dal vznik dalšímu, sobě více méně podobnému organismu, jakožto další instanci.

Velmi důležitou vlastností živého organismu je dráždivost. Je tím míněn jev, že organismus je schopen reagovat na podněty z okolí, zejména takovými úkony nebo chováním, které v zásadě umožňují nebo usnadňují splňování jeho základní vlastnosti, totiž udržování energetické hladiny na vyšší úrovni než má okolí. Organismus je schopen vyhledávat vhodné prostředí a naopak se vyhýbat nevhodnému. Aby mohl tuto činnost provádět, musí mít a) zařízení, které mu umožní vhodné, resp. nevhodné prostředí rozeznat, b) zařízení, které mu umožní na prostředí různě reagovat, c) zařízení, pomocí kterého se organismus rozhodne pro druh reakce.

Jsou-li tyto tři typy zařízení živého systému a jejich funkce dostatečně rozvinuty, produkuje organismus chování, které se označuje jako „psychické", resp. je vlastním předmětem zkoumání psychologické vědy. Název „psychické", „psychologické" apod. jevy má historické důvody. Je odvozen od názoru, pravděpodobně jednoho z nejstarších, že principem, umožňujícím právě charakterisované chování, je nemateriální princip zvaný duše (řecky „psyché"). Tento výklad spočívá na pozorování, že živé organismy se od neživých neliší tím, že jsou hmotné, nýbrž něčím dalším, co mají živé organismy navíc.

Víme, že toto „navíc" je právě specifická organisace živého systému. Otázka, jak k této organisaci dochází nebo došlo, je v poslední instanci předmětem filosofického zkoumání, nikoliv konkrétní vědy jako je empirická psychologie. Hmotným nositelem psychického chování, zejména toho jeho momentu, který jsme označili jako volba reakce, je u známých organismů zejména nervový systém. U jednobuněčných organismů to musí být analogicky fungující struktury, vytvořené v jedné buňce. U nálevníků je morfologický nositel „psychického" chování znám. Jsou to tzv. neurofány.

Problém zajištění vhodných, biologicky důležitých reakcí na vnější podněty je ve známých živých organismech „řešen" na několika základních principech. Jejich realisace se liší stupněm složitosti, zhruba tak, jak to lze sledovat ve fylogenetické řadě od jednodušších organismů ke složitějším. Tento vztah nebo závislost však není tak jednoduchý, jak máme většinou tendenci si představovat. Tak hmyz produkuje na principu instinktu někdy složitější chování než někteří obratlovci. Také v rámci jedné taxonomické skupiny vidíme, že někdy má primitivnější organismus stejně složité nebo složitější chování, než organismus po jiných stránkách rozvinutější nebo fylogeneticky mladší. Termiti patří mezi primitivně tělesně organisovaný hmyz, jak svědčí některé morfologické charakteristiky. Mají však stejně složité chování jako např. někteří zástupci blanokřídlých (např. mravenci), kteří jsou po morfologické stránce mnohem vyspělejší. Jiné vyspělejší skupiny hmyzu (např. brouky) složitostí svého chování dokonce předčí. Jak ještě podrobněji rozvedeme, je „vyšší" princip psychického chování v konkrétních případech realisován někdy tak, že umožňuje jen velmi primitivní chování, kdežto organismus chovající se na základě „nižšího" primitivnějšího principu, produkuje chování složitější. Tak u dešťovky nepozorujeme tak složité instinkty jako např. u hmyzu, ale přesto je schopna učení někdy lépe než hmyz (průchod bludištěm). Ačkoliv je tedy chování zajištěno na vyšším principu (princip učení), je chování co do složitosti primitivnější než u hmyzu, jehož psychika je zajištěna principem instinktů.

To, co bylo právě řečeno, ujasníme klasifikací principů, pomocí kterých jsou „psychické reakce" organismů zajišťovány.

Princip fixních programů — instinkty

Ačkoliv do oblasti zkoumání psychologické vědy patří také chování, jež jsme označili jako a) rozeznání a b) schopnost reagování, je nejcharakterističtější (jaksi „nejpsychičtější") ten moment chování, označený zde jako

c), totiž volba reakcí. V teorii lze zajištění biologicky vhodné volby reakcí provést na dvou základních principech, resp. jejich kombinací. Vidíme také, že v přírodě je otázka těmito dvěma základními způsoby řešena.

Buď je volba reakce na určitý podnět, resp. podnětovou situaci dána jednou provždy, nebo si organismus vhodnou reakci vybírá na základě zkušenosti. Kombinace obou principů se uplatňuje tam, kde je chování zčásti dáno a zčásti naučeno. Podle toho, která složka převažuje, imponuje jako chování jednoho nebo druhého typu.

Obvykle jsou živé organismy vybaveny tak, že se v nich oba principy uplatňují současně, a to buď vzhledem k jednomu biologickému cíli, jak jsme se již zmínili, nebo tak, že vzhledem k různým cílům jsou typy chování zajištěny na různých principech. U člověka je reprodukční, zejména sexuální chování, fundováno převážně na principu instinktu (fixní reakce), kdežto vyhledávání potravy na principu učení. Chování fundované na principu „jednou provždy dané" nebo „preformované" reakce na určitou třídu podnětů se ve své rozvinutější podobě nazývá instinktivní.

Název „instinkt" (od latinského *instinguere* — vštěpovati, vkládati) vyjadřuje právě ten moment chování, kdy je disposice k němu do organismu vložena, aniž se mu organismus musí učit.

Jednoduchou instancí tohoto typu jsou tzv. tropismy a taxe. Na určitý podnět, zejména elementární, jako je světlo, teplo, gravitace apod., provádí organismus pohyb ve směru zdroje podnětu (positivní tropismus) nebo od něho (negativní tropismus). Obdobné pohybování k podnětu nebo od něho, ale prováděné bez vlastní lokomoce pouze změnou směru sklonu nebo růstu, nazývá se taxe, a pozorujeme je u rostlin.

Složitější „preformované" chování (instinkt) by bylo možno pravděpodobně rozložit na sled tropismů. V některých případech je to možno velmi snadno. Např. klíště (Ixodes ricinus) se po posledním svlékání, když pohlavně dospěje, vyšplhá na základě tropismu na vyvýšený předmět, např. strom. Zde čeká tak dlouho, až ucítí kyselinu máselnou, kterou obsahuje pot savců. Na tento podnět se pustí a padá. Dosáhne-li kořisti, provede na termický podnět zavrtání rypáku do kůže zvířete, na které padlo, poté vybaví sání. Po nasycení padá klíště s kořisti. U složitějších instinktů mají podněty často konfigurativní charakter. To ovšem předpokládá rozvinutější smyslové analysátory. Sledy reakcí a analysa podnětů mohou být v některých případech značně složité, takže imponují na první pohled jako „rozumové".

Poruší-li se však, např. zásahem lidského činitele, normální průběh instinktivní reakce, ztrácí chování svůj biologický smysl. Při tom jde často o chování, které zahrnuje i složky, jež jsme zvyklí nacházet pouze u tzv. chování inteligentního. Některé samotářské vosy zásobují své larvy kořistí, která patří do určité zoologické taxonomické skupiny. Dovedou příslušníky např. jedné čeledi rozeznat stejně dobře jako člověk — zoolog, jsou tedy v jistém smyslu schopny „zobecňování". Tato schopnost se však týká pouze této oblasti. V podmínkách, na které nejsou instinkty upraveny, se vosy chovají velmi „neinteligentně, bezradně". Podobná pozorování jsou známa např. ze studia činnosti hmyzu při

stavbě hnízd apod. Velmi složitá činnost, zahrnující obvykle i rozhodovací procedury, ztrácí svůj biologický smysl, jakmile se vyskytne situace, s kterou vrozeně daný „program" nepočítá. Analogicky pracující systémy vytvořené člověkem jsou fixní (konečné) automaty s pevnými programy. Typickou zoologickou skupinou, jejíž psychické chování je zajištěno na principu „fixních programů", je kmen členovců, zejména třída hmyzu. Výhodnost tohoto principu zajištění psychického chování se ukazuje v tom, že hmyz si jako skupina stále zachovává velikou vitalitu, a kdyby nebylo člověka, byl by typem organismu ovládajícím naši planetu. O nevýhodách chování zajištěného „fixními programy" jsme se již zmínili. Také jsme již naznačili, že může jít o chování velice složité, kde se setkáváme se složitými rozhodovacími procesy, analogickými nebo vlastně totožnými s abstraktním poznáváním člověka. Společensky žijící hmyz je také schopen předávat si navzájem informaci, tj. má jazyky pro sdělování, často thematicky poměrně složitých obsahů (např. kde se nachází jaký zdroj potravy — včely). To všechno však je dáno jednou provždy a není schopno rozvíjení na principu učení. Vyskytnou-li se tedy podstatně jiné podmínky, není organismus, jehož chování je zajištěno převážně instinktivně, schopen adaptace, a tudíž je odsouzen k zániku.

Větší plasticitu vnáší do chování zajištěného „fixně", tj. instinktivně, moment preformovaného učení.

Klasickou živočišnou skupinou, jejíž psychické reakce jsou na tomto principu zajištěny, je třída sauropsidů, zejména ptáci. U tohoto principu chování jsou reakce rámcově zajištěny vrozeně, ale jak třída reakcí, tak třída podnětů se zužuje na základě individuální zkušenosti. Při tom je často vrozeně určen i druh zkušenosti, na jejímž základě se instinkt specifikuje. Tak např. pěvci, ale i jiné skupiny ptáků získávají objekt sexuální apetence na základě zkušenosti, kterou udělají v mládí: potenciálním sexuálním objektem se stává individuum toho typu, který se v určitém, citlivém období o mladé stará, např. krmí je. Krmí-li v tomto citlivém období mládě např. člověk, reagují ptáci v dospělosti sexuálně na lidi.

Při tom byly zjištěny u jednotlivých druhů zajímavé konkrétní zákonitosti. Tak např. u kachen se mladí samečkové učí rozeznávat samici vlastního druhu podle matky, která mláďata vodí, kdežto samičky mají znaky samců vlastního druhu zadány vrozeně. Je to pochopitelné, uvážíme-li, že u většiny kachen se o mláďata stará jen matka a že mladé samičky by se neměly podle koho naučit znaky samců vlastního druhu. Obdobné zákonitosti byly zjištěny také u jiných nekrmivých ptáků. Některé instinkty jsou však i u ptáků založeny zcela vrozeně.

Sled reakcí při určité instinktivní činnosti není rovněž již tak rigidní jako je tomu u členovců, takže i zde je větší plasticita. Zato nejsou instinktivní činnosti ptáků zpravidla tak extrémně složité jako často u hmyzu. Pozorujeme také, že instinktivní (fixní) moment chování má tendenci přesouvat se z vlastního chování na jeho cíl, při čemž způsob, jak se cíle dosáhne, je stále více ponecháván individuálnímu učení. To pozorujeme pak zejména u savců. Kdežto u hmyzu a ještě u ptáků je chování vedoucí ke kopulaci zajištěno sledem ritualisovaných

aktivit, kterým se zvíře učit nemusí, je např. šimpanz, který nemá zkušenost, z počátku neschopen kopulovat, ačkoliv ho samice přitahuje. Vlastní kopulaci se v přírodě naučí od zkušenějších členů stáda. (V zoologických zahradách, kde mají šimpanze chycené v mládí, jsou často nuceni, chtějí-li šimpanze pěstovat, k tomu, že lidský pár předvede nezkušeným šimpanzům kopulaci, aby se ji naučili sami napodobováním provádět.) Přesun vrozeného (fixně daného) momentu z vlastní aktivity na její cíl je podmínkou plasticity chování zajištěného učením. Jelikož všechny cíle chování živého organismu jsou důsledně domyšleně — biologické, jeví se výsledek zmíněného přesunu jako základ principu plastického chování, směřujícího k ukájení potřeb (z tohoto hlediska bychom mohli všechny biologické potřeby pokládat za instinktivně dané).

Princip „plastického" chování — formy učení

Nevýhodě, že se organismus ve změněných podmínkách nebude chovat biologicky účelně, lze čelit tak, že se zajištění výběru reakcí ponechá individuální zkušenosti.

S tím jsou ovšem spojeny jiné nevýhody, totiž risiko chybného, neúčelného naučení, nevhodných reakcí, nesamostatnost organismu (než se vhodným reakcím naučí), větší složitost automatu (nervového systému), jeho větší poruchovosti, jeho absolutně větší rozměry (při konstrukci na stejných elementech) a tím větší energetická spotřeba atd. Otázka snížení počtu pokusů nutných k učení je v živých organismech zejména u člověka velmi originálně vyřešena, jak uvidíme. O preformovaném učení jsme se již zmínili při rozboru instinktů. V jistém smyslu je ovšem každé učení preformováno, a to jednak z hlediska, že musí být dána struktura (nervový systém) učení schopná, jednak z toho hlediska, že každé učení navazuje na daný repertoár podnětů a reakcí.

Princip podmíněné reakce

Základem učení je schopnost nervového systému spojit podnět s reakcí, která s tímto podnětem dříve spojena nebyla. To se děje na různých principech, z nichž je dobře znám princip podmiňování. Vyskytnou-li se dva podněty v určitém spojení a vyvolává-li jeden z nich reakci, vyvolá ji po určitém zácviku i ten z podnětů, který ji dříve nevyvolával sám. V klasické formě jde o vrozenou reakci na podnět a souvislost podnětů je časová koincidence, resp. následnost. Přesun spojení mezi reakcí a podnětem musí mít biologický význam, tj. vést k ukojení nějaké biologické potřeby. (Ve složitějších případech zprostředkovaně.) Podnětem se může stát i informace, kterou CNS dostává o provedení určitého pohybu téhož organismu, jehož chování řídí. Tím se dostáváme k výkladu nejjednodušší formy učení, totiž učení pokusem a chybou.

Učení pokusem a chybou (trial and error reaction)

Učení pokusem a chybou jsou schopny již velmi primitivní organismy, např. dešťovka. V rozvinuté formě je nacházíme zejména u savců spolu s dalšími složitějšími typy učení. V pozorování vypadá učení pokusem a chybou takto: Organismus je před úkolem ukojit nějakou (biologickou) potřebu. Začne produkovat náhodně určitý repertoár reakcí, z nichž jedna vede k cíli souvisejícímu s ukojením potřeby. Po určitém počtu opakování (často malém) organismus produkuje v dané situaci tu reakci, která vedla k cíli. Mechanismus vzniku učení pokusem a chybou si můžeme představit rozšířením principu podmiňování na větší repertoár reakcí. (Snadno lze sestavit model učení pokusem a chybou, např. pomocí Steinbuchovy matice.) Učení pokusem a chybou má tu nevýhodu, že je zdlouhavé a tudíž neefektivní. Nezaměřené, náhodné produkování reakcí má v sobě risiko, že vhodná reakce se dlouho nevyskytne, což kromě jiného vede k nevýhodnému výdeji energie. Kromě toho mohou být produkovány reakce, které nejen že nevedou k cíli, ale mohou organismus dokonce poškodit.

„Internalisovaný model situace" — řešení s vhledem

Zmíněný nedostatek řešení situací pokusem a chybou je u vyšších savců a zejména u člověka odstraněn velmi originálním způsobem. Ústřední nervová soustava neřeší situaci „ve skutečnosti", nýbrž pomocí operací s jejím modelem, který v sobě vytvoří. To umožňuje jak úsporu energie, tak vyhnutí situacím, které by byly nebezpečné. Tento princip má při řešení vztahů organismu a prostředí velmi široké a mnohotvárné uplatnění a je podstatou složitého lidského duševního života. Do všech podrobností není tento proces ještě znám, nedovedeme jej zatím modelovat na technických zařízeních, a to kromě jiného pro jejich malé pamětní kapacity. Nicméně je rámcová představa o podstatě tohoto procesu již dosti konkrétní, takže by bylo možno vytvářet jednoduché modely.

Způsoby representace skutečnosti v CNS

Aby CNS mohl vytvářet „modely" skutečných situací, musí mít v sobě možnost reálné jevy nějakým způsobem representovat. Pojednáme nyní o tom, jak je možno se dnes na základě současného stavu vědy na tyto způsoby representace dívat.

Názorné representanty reálných jevů — představy

Nejprimitivnější representace reálných jevů v CNS se děje názornými mentálními obsahy neboli představami. Jejich vznik si můžeme představit asi tak, že příslušné partie CNS, které jsou podrážděny při vjemu, mohou být podrážděny také prostřednictvím informace uložené v pamětech. Jak je toto konkrétně zajištěno, není zatím známo, ale bylo by možno vytvářet abstraktní modely procesu představování. CNS je dále schopen tyto názorné mentální obsahy zpracovávat, tj. spojovat jejich jednotlivé prvky nebo elementy různými způsoby, nebo naopak některé vypouštět. I toto by bylo možno modelovat, alespoň v principu. Tím je již dána možnost „konkrétního", „názorného" myšlení, a také řešení určitých situací na jejich „modelech" representovaných v CNS. Již samo vnímání zahrnuje v sobě určitý moment abstrakce, vyčleňování, jak je patrno např. ze známého fenoménu figury a pozadí. Analogické procesy umožňují hledat ve dvou situacích společné momenty a přenášet zkušenost z řešení jedné na řešení druhé. Tím se také podstatně sníží stupeň nezaměřenosti reakcí při pokusu a chybě.

Největší „vymožeností" vývoje psychiky je však schopnost CNS vytvářet nenázorné obsahy čili pojmy.

Vzhledem k nejasnostem, které ještě dnes panují v této otázce nejen mezi odborníky v empirických vědách, ale i mezi filosofy, a vzhledem k důležitosti pojmového myšlení pro psychické chování, se u této otázky zdržíme poněkud déle.

Otázka nenázorných mentálních obsahů

Nelze popřít, že člověk má nenázorné mentální obsahy. Řeknu-li např. slovo „funkce", „vztah", „množina", nemohu si vytvořit žádnou názornou představu a přesto vím, co tato slova znamenají. Při tom ovšem nejsou významy těchto slov totožné se slovy samotnými, jak plyne již z toho, že jsou pro ně v různých jazycích různá slova, a z toho, že nevzdělaný člověk neví, co je to „množina", i když slovo dobře percipuje.

Existence nenázorných mentálních obsahů byla po věky oříškem a předmětem sporu filosofů a později i filosoficky orientovaných psychologů.

Předně byla nepopiratelná existence nenázorných mentálních obsahů (pojmů) po věky jednou z premis důkazu o existenci nehmotné duše. Smyslová schopnost, tak se uvažovalo, může být něčím hmotně podmíněným, jelikož obsahy, které produkuje, jsou konkrétní, názorné, jsou to jakési „obrázky" hmotných předmětů. Avšak člověk je schopen vytvářet také nenázorné pojmy, které nemají ve smyslově vnímatelném vnějším světě nic obdobného. Je to tedy schopnost nějakého činitele, který je svou povahou nehmotný. (Důkaz má ovšem i formální vadu v tom, že nikde není řečeno, proč by producent „nehmotných" obsahů nesměl být hmotný.)

Tento důkaz se zdál velice dlouho neporazitelný. Aby mu čelili, popírali ma-

terialisticky zaměření myslitelé existenci nenázorných pojmů a snažili se je převést na něco názorného, konkrétního. Možností se zde nenaskýtalo mnoho, a proto se názory jen v různé podobě stále opakovaly. Jedním z častých názorů na podstatu pojmu je hledisko, že pojem není nic než „obecná představa", tj. jakýsi „schematický obrázek". Nedostatečnost výkladů vidíme již z toho, položíme-li si otázku, jaký obrázek nebo „představa" (musí být názorná — pojem je charakterisován právě nenázorností) je spojena se slovy „funkce" nebo „vztah", která přece mají smysl.

Jiný názor tvrdí, že podstatou pojmů jsou slova, která něco „signalisují". Nedostatečnost výkladu vyplyne, tážeme-li se, co konkrétně signalisuje slovo „vztah". Zjistíme, že pojem neboli nenázorný mentální obsah, který jsme chtěli právě vysvětlit nebo vyloučit.

Podstatu nenázorných mentálních obsahů si lze však vyložit i bez postulování nehmotného pojmotvorného principu, a není tedy nutno evidentní existenci nenázorných obsahů popírat ze „strachu před duší".

Mějme dva znaky, které jsou názorné: např. ovce bychom mohli dělit podle toho, zda jsou nebo nejsou černé a zda mají nebo nemají rohy. O všech čtyřech možných kombinacích znaků u ovce si mohu udělat názornou představu: Mohu si představit jak černou a rohatou ovci, tak rohatou ovci bez určení barvy, tak černou bezrohou ovci, tak ovci, která by nebyla ani černá, ani rohatá. Mohu však ovce podle černosti a rohatosti klasifikovat ještě více způsoby (je jich teoreticky 16 a vzhledem ke smysluplným klasifikacím 14). Mohu např. vytvořit kategorii (pojem), do které patří všechny ovce, které mají právě jeden z obou uvažovaných znaků: tj. jsou buď jen rohaté, nebo jen černé. (Všechny černé a rohaté a nečerné bezrohé do kategorie nepatří.) Tuto kategorii již nemohu representovat jedním „obrázkem" (názornou představou), nýbrž dvěma obrázky. Při větším počtu znaků a podobných klasifikačních kritérií by byl počet schematických představ za chvíli tak velký, že je jasné, že CNS tak pracovat nemůže.

Přesto ale vím zcela jasně, jak je v daném příkladě kategorie (pojem) vymezena.

Je možno ukázat velmi jednoduchou logickou síť, která v případě, když se jí na vstup podá informace, zda jde nebo nejde o černou a rohatou ovci, vydá na výstupu signál jen tehdy, jestliže ovce patří do uvažované kategorie. Můžeme si představit, že signál uvede do chodu další mechanismus (např. vyslovení určitého slova).

Tak docházíme k tomu, že pojmy jsou výsledky určitých rozhodovacích nebo klasifikačních procesů v CNS. Zapojení nebo struktury provádějící takovéto klasifikace lze snadno modelovat a i technicky realisovat, jde tedy o energetické procesy na hmotných strukturách. Pojmy jsou nenázorné (samy o sobě), jelikož jsou representovány nervovým procesem, jehož výsledkem je určitý vzruch, který nemá s představou co dělat. Druhotně jsou spojovány s názornými representanty jako jsou slova, grafické symboly a podobně.

Schopnost CNS vytvářet nenázorné obsahy je podstatou jeho schopnosti řešit na „internalisovaných modelech skutečnosti" složité situace, čili provádět řešení

situací s vhledem. Schopnost pojmového myšlení se pokládá zatím za výsadu člověka. Elementární stupeň schopnosti řešit situace na základě vhledu se připisuje také antropoidním opicím, zejména šimpanzům. Podle nejnovějších výzkumů jej mají zřejmě také delfíni, a to v rozvinutější formě než antropoidní opice.

Schopnosti representovat skutečnost pomocí jejího (názorného nebo nenázorného) „modelu" v CNS používá člověk také pro náhražkové ukájení potřeb (snění).

Některé formy zpětné externalisace přetvořených „modelů" skutečnosti jsou podstatou umělecké a vědecké tvořivosti.

Výběr z literatury

Dembowski, J.: Tierpsychologie. Berlin 1955.
Lorenz, K.: Angeborene Formen der möglichen Erfahrung. Z. Tierpsychol. 6, 1942.
Tembrock, G.: Verhaltensforschung — Eine Einführung in die Tierethologie. Jena 1954.
Tinbergen, N.: The study of instinct. Oxford Univ. Press 1951.
Tinbergen, N.: Tiere untereinander. Berlin 1955.
McCulloch, Pitts: Logical calculus of some ideas immanent in nervous activity. Automata Studies, Princeton University Press 1956.

Sociální psychologie a medicína

Ferdinand Knobloch

Pole sociální psychologie a příbuzných oborů

Sociální psychologie se zabývá chováním jedince ve společnosti. Je to jediná ze společenských věd, která se zabývá jednotlivcem. Ostatní vědy — sociologie, politická ekonomie, kulturní antropologie a jiné se zabývají většími skupinami lidí, jejich tříděním a různými typy jejich chování (jako vyrábění, kupování, prodávání, politická aktivita, náboženská činnost, zločinnost, sebevražednost apod.). Pokud hovoří o jednotlivci, hovoří o něm zpravidla jako o typu a abstrahují od jeho konkrétních vlastností (např. homo economicus, příslušník dělnické třídy, římský katolík, pubertální mládež na určitém ostrově v Tichomoří atd.). Naproti tomu se sociální psychologie zabývá veškerým chováním sociálním určitého jedince.

Jak se liší sociální psychologie od obecné psychologie? Především je nutno upozornit, že člověka nikdy nelze vyjmout z určitého kontextu, a to i když zkoumáme třeba jen jeho schopnost vnímání, paměti nebo inteligenci. Nelze studovat člověka vytrženého ze sociálního pole — ale co je možno dělat, je možno abstrahovat od jeho různých sociálních souvislostí. A abstrahovat od něčeho neznamená nic jiného než nevšímat si toho. A to je právě to, co často dělá obecná psychologie. Není to proto, že by popírala vliv sociálních faktorů na chování jedince, nýbrž proto, aby si usnadnila svoje úkoly. Proto obecná psychologie volí místo sociálních stimulů pro experiment raději neživé objekty, které lze snáze standardisovat a manipulovat s nimi. Tak např. v obecné psychologii v oblasti vnímání nás zajímá, zda a proč vidíme předmět stejně veliký, i když jej přibližujeme nebo oddalujeme. V oblasti učení nás např. zajímá, zda se pokusné zvíře (nebo dítě nebo dospělý člověk) trvaleji naučí nějakému pohybu, je-li pokaždé odměňován, nebo je-li odměňován jen občas. Na základě podobných zjednodušených experimentů se snaží obecná psychologie formulovat principy o základních procesech vnímání, motivace, myšlení, učení a podobně.

Jestliže sociální psychologie chce vybudovat teorii sociálního chování jednotlivce, musí vycházet z poznatků obecné psychologie. Zákony motivace, percepce a poznávání musí být základem pro zjištění, jak člověk vytváří své sociální cíle, jaká je jeho sociální percepce, jak si osvojuje sociální chování. Při tom není nikterak zaručeno, že tyto principy odvozené v laboratoři musí nutně platit pro sociální chování. Tak např. u ptáků byl objeven zjev impregnace, který se neřídí známými principy učení. (Je to např. připoutání mláděte na prvního tvora, kterého uvidí, zpravidla to bývají rodiče, ale může to být také např. člověk.)

Teprve později byla tato situace opakována v laboratoři za pomoci neživých předmětů. Nebo existují u zvířat (a asi též u lidí) tzv. vrozené sociální spouštěče, které nebyly a těžko mohly být objeveny v laboratoři, nýbrž byly vypozorovány v různých sociálních situacích. (I když dodatečně, např. pro ryby, mohly být vypracovány neživé atrapy, napodobující tvar těla partnera, na který jedinec jako na sociální spouštěč reaguje.)

V jakém vztahu jsou k sociální psychologii sociální psychiatrie, sociální lékařství a sociologie medicíny?

Sociální psychiatrie je nový obor a o jeho vymezení není dosud jednoty. Někteří pojímají sociální psychiatrii jako úsek sociálního lékařství, při čemž sociálním lékařstvím rozumějí lékařskou vědu ve vztahu ke skupinám obyvatelstva; nejen léčení a prevenci chorob, ale studium všech sociálních faktorů, které podporují nebo brzdí rozvoj biologicky a sociálně cenných lidských vlastností. Sociální psychiatrie je pak obor zabývající se soustavně sociálními, civilisačními a kulturními faktory, které mají vztah k duševnímu zdraví a duševním poruchám. Při tom čerpá jak ze sociální psychologie, tak ze sociologie a kulturní antropologie. Strotzka rozlišuje tyto úseky sociální psychiatrie:

1. Epidemiologie. Psychiatrická epidemiologie je velice obtížný obor již proto, že duševní poruchy mají v různých společnostech různou tvářnost a jsou společensky různě hodnoceny; na tom již závisí to, zda se vůbec dostanou k lékaři a zda jsou pro ně jedinci hospitalisováni.

2. Dlouhodobé studium jednotlivce ve vzájemných vztazích s prostředím.

3. Hledisko skupinové — dynamické. Průkopníkem teorie dynamiky malých společenských skupin byl Kurt Lewin. Jeho žáci vytvořili metody a laboratoře, pomocí nichž je možno dynamiku skupin zkoumat experimentálně. Významným prostředkem studia společenských skupin je sociometrie J. L. Morena (o níž ještě budeme hovořit). Stejně tak i poznatky o skupinové psychoterapii (což všichni neuznávají; někteří dokonce tvrdí, že je skupinová dynamika nezajímá). Avšak mnohem víc přispívá ke studiu dynamiky skupin zavedení tzv. terapeutických kolektivů. Terapeutické kolektivy mají ovšem své předchůdce — jedním z významných je Makarenkův kolektiv bezprizorné mládeže. Ale teprve v průběhu druhé světové války byl poprvé v Anglii učiněn pokus využít léčebné síly kolektivu v rámci moderních psychiatrických a psychoanalytických poznatků v léčení válečných neuros a jiných poruch. To, co bylo nejdříve spíše jen východisko z nouze — neboť nebylo možno všechny neurotické pacienty za války léčit časově náročnou individuální psychoterapií — se stalo zdrojem důležitých nových poznatků. Nejznámějším representantem tohoto směru je Maxwell Jones, který založil několik léčebných kolektivů (therapeutic community). Jeho nemocnice byla jedním z podnětů pro založení Odbočky pro rehabilitaci neuros v Lobči.

4. Péče o duševní zdraví obyvatelstva, sociální práce a rehabilitace. Ukázalo se, že u mnohých nemocných, dříve hospitalisovaných v psychiatrických ústavech, byla chronicita poruchy způsobena hospitalisací samou, zejména nedostatkem vhodných sociálních podnětů. Odtud snaha neisolovat psychiatrická zařízení od zevního světa (sem patří např. hnutí otevřených dveří) a umožnit

pacientovi co možná brzký návrat z lůžkového oddělení domů nebo alespoň do denního sanatoria (kde přebývá přes den, ale na noc se vrací domů). S tím je dále spojena snaha o rehabilitaci pacienta ve speciálních dílnách, kam dochází po dobu rekonvalescence, nebo v případě invalidity trvale. Současně je však nezbytná práce s celou veřejností. Jde jednak o změnu postoje veřejnosti k duševním poruchám, jednak o získání dobrovolníků k práci na různých úsecích duševní hygieny. (Tak se např. v cizině laici zúčastní práce na „linkách důvěry", v manželských poradnách, v protialkoholním hnutí, v práci se starými lidmi apod.)

5. Kulturně antropologický směr. Roku 1838 napsal známý francouzský psychiatr Jean Ettien Dominique Esquirol: „Vládnoucí ideje v každém století silně ovlivňují výskyt a formu duševních chorob." A v roce 1904 německý psychiatr E. Kraepelin zdůraznil význam srovnávací psychiatrie pro poznání nejen duševních poruch, ale duševního života vůbec, a dal příklad svou studií duševních poruch na Jávě, kde popsal též dvě v Evropě neznámé duševní poruchy, amok a latah. V současné době se Američané věnovali zejména otázkám vztahu výchovy dětí v různých společnostech a osobnosti dospělých, variability znaků, připisovaných někdy mylně biologickým rozdílům pohlaví aj. Význačnými autory jsou Malinowski, Linton, Margaret Mead, Kardiner, Kluckhorm a jiní. Někteří z nich byli ve svých závěrech příliš apriorně ovlivněni myšlenkami psychoanalysy a jejich závěry (např. o vlivu způsobu kojení na osobnost dospělých divochů v různých primitivních společnostech) nejsou přesvědčivé.

6. Hnutí duševní hygieny. V Americe bylo založeno bývalým psychiatrickým pacientem Cliffordem Beersem za podpory nejvýznačnějšího amerického psychiatra A. Meyera. Dnes je representováno organisací Světové federace duševního zdraví. Výroční zasedání této organisace probíhalo roku 1966 v Praze. Mnozí ze sociálních psychiatrů jsou v této organisaci aktivně činní.

Ještě o jednom oboru, který má vztah jak k sociální psychologii, tak k sociální psychiatrii, je třeba zmínky. Je to sociologie lékařství. Předmětem sociologie je zkoumání různých společenských institucí, a tedy též způsobů, jak je organisována věda a s ní souvisící technologie v nejširším slova smyslu. Neodvislý výzkum sociálních institucí může ukázat jejich nedokonalosti, skryté cíle, které sledují (např. vědecké instituce v kapitalismu, které jsou ve službách reklamy jednotlivých soukromých podniků) atd. Stejným způsobem je možno sledovat lékařství, jeho vědecké instituce i systém zdravotnictví jako sociální činnosti lidí. Při tom vycházejí najevo různé tendence lidí (kteří příslušnou činnost provádějí), které se neobjevují v žádném oficiálním rozboru, často unikají pozornosti a jejich nositelé si je ani neuvědomují.

Teorie elementárního sociálního chování

Mezi sociálními psychology není úplné shody o tom, zda nazývat vědu o vztazích mezi lidmi tak, jak je uvedeno v nadpise; anebo ji nazývat teorií malých společenských skupin. Tento obor je velmi mladý. Kdežto ještě

v roce 1908 William Mac Dougal viděl podstatu sociální psychologie v zjišťování a klasifikování sociálních motivů, založil v témž roce Edward A. Ross jinou tradici, jež se stala základem současného snažení; viděl hlavní problém sociální psychologie v rozboru sociální interakce. Tento směr, který se stává rozhodující hlavně v poslední době v rozboru elementárního sociálního chování, přináší s sebou určité problémy. V typickém psychologickém experimentu ovládá experimentátor všechny podněty, kterým je pokusná osoba vystavena, a sleduje její reakce. V takové situaci jsou ony podněty nezávislou proměnnou a reakce jednotlivce závisle proměnnou; pokusná osoba nemá protikontrolu nad experimentátorem. Při studiu sociální interakce je tomu jinak. Již při studiu nejjednodušší situace, to jest studiu dvou lidí v interakci, mají oba dva částečné řízení nad sebou vzájemně, rozdíl mezi nezávislou a závislou proměnnou se ztrácí, jde o cirkulární proces. Chování obou jednotlivců je současnou reakcí na minulé chování druhého a podnětem pro jeho budoucí chování. Poněvadž rozbor cirkulárních závislostí je neobyčejně složitý (N. Wiener), není divu, že také sociální psychologové se mu dlouho snažili vyhnout. Tak např. je možno studovat sociální percepci: pokusná osoba popisuje povahu nebo okamžitou citovou reakci lidí na fotografii; nebo celá skupina společně řeší nějaký úkol za různých zevních situací (např. za zevního nebezpečí); v takových případech skupina nahrazuje jednotlivce a projekt experimentu se nemusí lišit od tradičních projektů, zabývajících se jednotlivcem.

Motivy (cíle, potřeby, hodnoty)

Jedinec obklopený přírodou, ať živou či neživou, hledá uspokojení svých potřeb. Hledá je též jako člen skupiny. Současná věda je mnohem opatrnější než dřívější v tom, aby se snažila udělat definitivní seznam lidských potřeb. Je např. touha dominovat nad druhými původní lidská potřeba, dědičně zakotvená, nebo se vytvořila jako prostředek, vedoucí k dosažení jiných cílů? Anebo je tomu částečně tak a částečně onak? Takové otázky je dnes těžko zodpovědět a lze se do určitého stupně bez odpovědí obejít.

Jedinci v interakci (čili členové skupiny) získávají v interakci jednak odměny, jednak mají výdaje. Lze říci, že jejich posice na škále odměn a výdajů bude tím lepší, čím více odměn si vzájemně mohou poskytovat při nízkých výdajích. Takové vztahy bývají pevné, neboť jedinec nemusí hledat jinou alternativní skupinu, jež by mu poskytovala větší zisk (zisk jsou odměny minus výdaje), neboť oba zúčastnění mají vysoké zisky současně. Tento princip lze demonstrovat i na zvířecím experimentu. W. J. Daniel umístil dvě hladové krysy do krabice s elektricky nabitou podlážkou. Na jedné straně krabice bylo krmení, avšak nabitá podlážka byla natolik nepříjemná, že nedovolovala konsumaci potravy. Na druhém konci krabice byla páka, kterou bylo možno snadno stisknout a tím vypnout proud; byla dostatečně vzdálená, takže nebylo možno současně vypnout proud a krmit se. Většina dvojic se naučila kooperativnímu chování, to jest střídaly se v mačkání a krmení. Jestliže však byl experiment pozměněn

tak, že postupně byl proud vypojen vůbec a krmení bylo odklopeno jen po dobu, kdy páka byla stisknuta, spolupráce mezi zvířaty postupně zanikla. Kdežto v prvním případě byly zisky tlačení páky větší, neboť jednak to přerušovalo nepříjemný proud, jednak námaha spojená s tisknutím páky byla menší, ve druhém případě byly zisky menší a nestačily motivovat stlačení páky. V prvém případě šlo o nízké výdaje, spojené s vysokou odměnou druhému zvířeti, ve druhém případě výdaje stouply.

Mimochodem je zajímavé — podle pozdějších podobných pokusů, o nichž referuje O. H. Mowrer — že jsou již u krys v kooperativním chování značné rozdíly. Tři krysy v krabici si měly možnost opatřovat potravu tlačením páky, avšak páka byla na jedné straně krabice a krmítko, do něhož padala potrava, na druhé. Jestliže jedna krysa tlačila páku, zbývající dvě zatím potravu zkonsumovaly. Po neúspěšných pokusech nakrmit se jedna krysa tak dlouho cloumala pákou, až napadalo tolik potravy, že i pro ni něco zbylo. Od té doby zbývající dvě krysy k páce nikdy neběhaly a jediná krysa „pracovala" za všecky tři.

Jedním z prostředků studia odměn a výdajů je sociometrie, kterou v roce 1934 objevil J. L. Moreno. (Je třeba upozornit, že název sociometrie nezahrnuje všechny druhy měření sociální interakce, jak by se podle názvu zdálo; je řada jiných způsobů měření.) Sociometrie je způsob zjišťování sympatie-antipatie a volby k různým činnostem (např. sedět vedle někoho ve škole, jet s někým na prázdniny, bydlit s někým atd.) mezi členy různě veliké skupiny. Tak např. žáci jedné třídy mají anonymně jmenovat dva spolužáky, vedle nichž by chtěli sedět apod. Z výsledků je možno sestavit sociogram (grafické znázornění vztahů), takže je na první pohled zřejmé, kdo je často volen, kdo je isolovaný a není nikým volen. Zajímavý je rozbor těch, kteří se volí vzájemně, neboť tam jde zřejmě o dyadické vztahy, u nichž zmíněné podmínky (vztah poskytuje zisky, které nelze nalézt v jiném vztahu apod.) jsou splněny.

Někdy se rozlišují dva aspekty vztahů (pro jednoduchost budeme mluvit o dyadickém vztahu, to jest mezi dvěma lidmi). Je to standard přitažlivosti a standard závislosti, podle něhož se jedinci orientují o uspokojivosti skupiny. Standard přitažlivosti je standard toho, co si jedinec „zasluhuje" podle svého mínění a s nímž srovnává odměny a výdaje, kterých se mu ve skupině skutečně dostává. Standard závislosti je nejnižší úroveň zisků, které ještě jedinec ve skupině přijme z hlediska alternativních možností. To znamená, že kdyby zisky klesly pod standard závislosti, jedinec by skupinu opustil a přešel by do alternativní.

Je velmi dobře možné, že jedinec je vysoce závislý na skupině, ale je v ní málo spokojen. Je to např. tehdy, kdy při neuspokojivosti není jiná skupina, jež by mu poskytovala více. Je též možné, že jedinec je vysoce spokojen, aniž je na skupině příliš závislý — např. když jsou jiné skupiny, které se mu zdají stejně nebo jen o málo méně uspokojivé. Pomocí pojmů jako „standard závislosti a přitažlivosti" a pomocí matic, poněkud podobných výplatním maticím v teorii her, teorie malých společenských skupin pomáhá orientovat se v dosti složitých vztazích. Stále více dochází k formalisaci a používání různých úseků matematiky a symbolické logiky.

To, co zde bylo řečeno, je v základě totožné s principy elementární ekonomiky. Avšak zatímco v hospodářství se směňují většinou předměty (zboží, peníze), v elementárním sociálním chování se směňuje jednání. Např. jedinec A žádá jedince B o radu — jeho odměnou bude rada, která, jak se domnívá, mu umožní úspěšně jednat. Ale také jedinec B není bez odměny: např. jej odměňuje dík jedince A, nebo možnost jej později o něco požádat, nebo vědomí, že je důležitý a lepší než jedinec A, když může rozdílet rady atd.

Tento způsob rozboru se někdy setkává s odporem laiků, kteří namítají, že se při těchto úvahách počítá jen se sobeckými lidmi. Zaráží je např. tvrzení, že žádný vztah nepokračuje, jestliže obě strany z toho nemají zisk. Zde se ovšem neříká, v čem zisk spočívá — jako tomu bylo v případě „ekonomického člověka" (homo economicus), který byl svého času tolik kritisován. Ale chyba teorie nebyla v tom, že byl „ekonomický", nýbrž v rozsahu jeho hodnot. Připustíme-li všechny druhy lidských hodnot, od jednostranného zájmu o jídlo až po uspokojení dělat někomu radost, je princip směny hodnot obdobný tomu, na němž se zakládá elementární ekonomika, přiměřeným principem sociální psychologie. Altruisté v tomto vymezení jsou jedni z těch, kteří dosahují největších zisků, neboť mají mnoho příležitostí se radovat z pomoci druhým.

Moc a závislost

Mocí rozumíme schopnost jedince A měnit zisky (odměny a výdaje) jedince B. Rozlišujeme dva druhy moci. Jestliže A může určit zisky jedince B bez ohledu na to, co jedinec B udělá, A má osudové ovládání jedince B. O ovládání chování mluvíme tehdy, jestliže A může způsobit měněním svého chování touhu u B, aby rovněž změnil své chování. Zatím co při osudovém řízení zisky osoby B závisejí pouze na chování A, při řízení chováním závisejí na interakci obou. Je třeba dodat, že osudové řízení lze přetvořit v řízení chování. Jestliže osoba A má možnost osudového řízení, může učinit žádoucím pro B chovat se způsobem b_1 spíše než způsobem b_2 tak, že vždy sama odpoví způsobem a_1 na b_1 (větší zisk) a způsobem a_2 na b_2 (menší zisk).

Jedinec, který má možnost osudového řízení, neužívá jej zpravidla zcela, buď proto, že přímé důsledky by jej penalisovaly, nebo proto, že jedinec B má protiřízení (popřípadě rovněž osudové). Hovoříme proto o užitečné moci nebo řízení, to jest moci, kterou lze použít s výhodou pro A. — Jedinec, který má značnou moc, bude mít častěji možnost dosahovat nejlepší zisky, které jsou pro něho dosažitelné.

Těchto několik poznámek musí stačit k informování o důležitém pojmu moci, s nímž jsou spjaty jiné důležité pojmy závislosti na skupině, kohesivnosti skupiny a jiné. Zajímavé jsou mocenské strategie. Nezapomínejme ani na okamžik, že to, o čem zde mluvíme, nejsou jen nějaké operace mezi státy nebo jinými velkými skupinami lidí, nýbrž to, co vidíme denně kolem sebe — v rodinách, pracovních kolektivech nebo různých organisacích.

Normy

Norma z hlediska sociální psychologie je pravidlo chování, které je přijímáno, aspoň do určitého stupně, členy skupiny. Ačkoli pojem „normy" je pokládán sociálními psychology za jeden z nejdůležitějších, není dosud v pojmovém rozboru této oblasti jednota. Je to proto, že různí autoři se soustředili na různé aspekty norem, buď na sociální procesy, s nimiž jsou spjaty (tlak, sankce), nebo na jejich bezprostřední důsledky (uniformita chování), nebo konečně na jejich pozdější důsledky a funkce (usnadňují plnění úkolů skupiny, podporují určité názory).

Normy nahrazují neformální moc. Jsou funkcionálně cenné pro skupinu, neboť nahrazují přímé nesystematické uplatňování moci a tak redukují nutnost vykonávat kdykoli ad hoc osobní vliv. Normy umožňují kontrolovat chování bez zvláštních výdajů, nejasností, nejistot, konfliktů, neplánovitého používání moci. Normy poskytují určité uspokojení členům, kteří je přijímají a dodržují. Avšak druhy uspokojení mohou být různé a členové skupiny mohou lpět na normách pro ně samé, udržujíce je déle a přenášejíce je do okolností, v nichž ztrácejí svoji původní funkci. Tak se někdy normy hromadí a vytvářejí nové obtíže, pokud nelze tyto normy systematisovat pomocí norem vyššího řádu.

Normy mají význačné místo v duševním životě každého jedince ve zdraví i v nemoci. Tak se mnozí domnívají — i když se v jednotlivostech různí — že neurosy mají v podstatě nerozřešený konflikt norem. Podle Freuda instance svědomí — nadjá, která odvozuje svou existenci zejména od autority rodičů v dětství, je v neurose příliš přísná, takže příliš omezuje instinktivní popudy a nedovoluje, aby je „já" uspokojivě zpracovalo. Opačný názor zastává nověji O. H. Mowrer, známý teoretik učení. Podle něho je neurosa strategií vyhnout se výčitkám svědomí, které jedince trápí, a přitom neochota podle příkazů svědomí jednat. Mowrerovy myšlenky jsou podnětné, i když jsou zřejmě jednostranné a dané náboženskou orientací autora.

Role

Nemenší potíže jsou s vymezením pojmu „role", některé opět záleží na hledisku. Role lze považovat za druh norem. Kdežto některé normy se vztahují na všechny členy skupiny, jiné se týkají jen některých jednotlivců. Říkáme, že různí jedinci mají tutéž roli, jestliže se na jejich chování vztahují tytéž speciální normy. Nutno poznamenat, že zatímco někteří autoři vymezují role tak, jak je uvedeno zde, to jest jako normy a chování, jež se od jedinců očekává, jiní je vymezují jako skutečné chování jedinců. Je proto výhodné rozlišovat mezi předepsanou rolí, to jest rolí, jak existuje v normách skupiny nebo co jiní od jedince očekávají; uznanou rolí, to jest způsob, jak jedinec předepsanou roli pro sebe interpretuje; vykonávanou rolí — tak jak se jedinec skutečně chová; funkčně žádoucí rolí, to jest způsob, jak by se jedinec měl chovat, má-li skupina úspěšně plnit svoje úkoly. V průběhu vývoje společnosti jsou předpisy

rolí různé. Jiná je role — i když se zachováním řady podobností — matky dnes a před 50 lety. V dobách velkých sociálních změn je nejednotnost v předpisu rolí a vznikají konflikty ohledně rolí. Např. muž podle ideálu své matky pojímal roli manželky jako ženy, která není zaměstnána, která pracuje v domácnosti a on sám je živitelem rodiny. Tato reciproční úloha živitele pro něho byla součástí role muže. Jestliže jeho žena chtěla jít do zaměstnání, stalo se v nejednom případě, že takový muž měl pocit, že není s to plně plnit svou mužskou roli, a byl to jeden z důvodů jeho neurotických poruch, např. poruchy potence. Někdy jedinec shledává, že role, v nichž se nachází, jsou do určitého stupně inkompatibilní. Např. v Komarovského studii o vysokoškolačkách z New Yorku si tyto dívky stěžovaly na rozpor, ve kterém se ocitají jako studentky, a jako dívky toužící si vytvořit známost s mužem. Kdežto jako studentky jsou vedeny k samostatnému a intelektuálnímu soutěžení s muži, s nimiž chtějí navázat známost, očekávají od nich muži intelektuální závislost. 40 procent vyšetřovaných žen udávalo, že na schůzkách s muži zatajují své intelektuální schopnosti, dávají se úmyslně poučovat, a některé dokonce tu a tam vysloví špatně nějaké cizí slovo, neboť to dává hochům pocit nadřazenosti a vyvolává to u nich něžné pocity.

Podobné role se vyskytují v různých skupinách. Např. role strážce disciplíny může být součástí role otce, velitele vojenského útvaru, mistra v továrně nebo vedoucího v úřadě. Tak je asi konečný počet elementárních rolí, z nichž se skládají role, s nimiž se běžně setkáváme. Tyto elementy rolí jsou důležité pro přenos rolí z jedné skupiny do druhé a pro přenos norem vůbec. Je pravděpodobné, že je-li výkon role v jedné skupině adaptivní, přenese si jedinec způsob výkonu své role do jiné skupiny a bude tam opět úspěšný. Děti se učí svým budoucím rolím manžela, manželky, otce, matky ve své vlastní rodině. Zdálo by se tedy pravděpodobné, že se to naučí lépe, tvoří-li jejich rodiče šťastné manželství. Skutečně různé studie (Terman, Waller a Hill, Burgess a Wallin, u nás Knoblochová) ukazují kladnou korelaci mezi uspokojivostí manželství rodičů a dětí, a tak mluví ve prospěch zmíněného předpokladu (i když jej nedokazují).

Důležitá je otázka současné sociální psychologie, jaký je vztah osobností a rolí? Kdežto pro některé autory je osobnost produktem vlivu skupin, v nichž je, podle druhých je názor vyjádřen např. slovy Gordona Allporta, jehož přesvědčení jej vede „... čelit běžné módě v sociální vědě, jež by redukovala osobnost na záležitost rolí, interpersonálních vztahů a událostí v sociokulturním systému. Jakkoli jsou kultura a společnost důležité, nemělo by být dovoleno, aby zastínily vnitřní souvislý systém, jenž je podstatou osobnosti. Je ovšem pravda, že osobnost je utvářena v sociálním prostředí a projevuje se v něm. Ale je též systémem sama o sobě a zasluhuje si samostatné pozornosti“.

Zdá se, že naznačený rozpor je zdánlivý a zmizí, jakmile se budou uspokojivě definovat (popřípadě nahradí jinými) pojmy jako osobnost, role atd.

Těchto několik obecných poznámek o elementárním sociálním chování musí stačit jako ukázka současných studií sociální psychologie. Všimněme si teď některých institucí důležitých pro lékaře.

Rodina

Většina přesných pokusů o elementárním sociálním chování, prováděných v sociálně psychologických laboratořích, se týkala skupin těsně před pokusem sestavených, tedy skupin bez historie. K spojení teoretických poznatků o skupinách s pozorováním přirozených skupin se začíná teprve v současné době. Věnuje se pozornost rodině jakožto systému, který má svou rovnováhu, „homeostasu", svá regulační zařízení.

Rovněž lékařství zanedbává rodinu jak teoreticky, tak prakticky. Specialisace lékařská, jež vedla až k tomu, že odborníci před sebou neviděli ani celý organismus člověka, nýbrž ten či onen orgán speciálního zájmu a ostatní organismus jako přívěsek, vedla samozřejmě ke ztrátě pohledu na větší celek, jehož je organismus v určitém smyslu dílem, na rodinu. Někteří vzpomínají na domácího lékaře 19. století a začátku 20. století, který v daleko větší míře znal rodinu pacienta a mohl tak znát různé souvislosti. Tyto souvislosti jsou ovšem nejrůznějšího druhu: způsob bydlení, výživy (víme dobře, že dodnes jsou ve způsobu výživy velice účinné rodinné tradice), hygieny a konečně souvislosti duševního života jednotlivých členů. A tak se mohlo dobře stát, že takový rodinný lékař porozuměl příčině neurotického onemocnění jako výsledku rodinné interakce, zatím co jeho kolega o 50 let později marně hledal vysvětlení podobných poruch v nových a nových laboratorních vyšetřeních. Toto zjištění nás ovšem nesmí vést k idealisaci „rodinného lékaře" minulých dob. Jeho zásahy byly amatérské, nejednou vycházející z naivní víry, že „dobrou radou" lze neurosu odstranit. A tak takový lékař radil k odstranění hysterie dívky provdání, ale jejímu manželovi později, když si na ni stěžoval, rozvod... ostatně toho jsme byli svědky až donedávna.

Zvláštní pozornost je v poslední době věnována vztahu nemluvněte a matky. Nemluvněti se dostává v přiměřeném citovém chování ošetřující matky fysiologických podnětů, které potřebuje ke svému vývoji. Ačkoli již na začátku tohoto století uveřejnil jistý pediatr, H. D. Chapin, statistiku o nápadně vysokém procentu úmrtí malých dětí v ústavech proti výskytu úmrtí téhož druhu dětí adoptovaných, dlouho nebyla věnována náležitá pozornost vlivu interakce chování matky a dítěte. Otázce deprivace nemluvňat a hospitalismu jsou věnovány četné studie různé úrovně. Pro složitost studia u člověka provádějí se též různé pokusy na zvířatech. V nich se ukazuje, že zásahy do „synchronisace" chování matky a mláděte mohou být pro mládě, např. u ovcí, fatální. Připomeňme si zde aspoň pokusy H. F. Harlowa a spolupracovníků o vlivu interakce chování mezi matkou a dítětem, popřípadě jejího chybění, a chybění sociální interakce vůbec; u opic. Mláďata Rhesus byla isolována od matky od 12 hodin po narození; jedna skupina 55 jedinců byla isolována od společnosti po 3 roky. Druhá skupina 90 jedinců měla „náhražkovou matku", to jest aparát z drátů a látky. „Matky" měly isolované mateřské vlastnosti, jako schopnost kojení, hebký látkový povrch, kolébání. Mláďata dávala přednost matkám, které měly hebký povrch, a utíkala se k nim, zejména když se vylekala. (Tedy nebyla žádná zvláštní vazba k matkám kojícím, jak by se podle Harlowa dalo očekávat,

kdyby oralita hrála takovou roli, jakou jí připisoval Freud.) Obě skupiny opic tělesně dobře prospívaly, dokonce lépe než opice, o něž pečovaly vlastní matky (nižší úmrtnost pro infekce, vyšší tělesná váha atd.). Avšak jejich chování bylo abnormální, jak se ukázalo zvláště v dospělosti. Žádný ze samců se nenaučil kopulovat, ačkoli ukázal silné vzrušení v odpovídajících situacích. Rovněž samice nebyly schopny sexuálního styku, pouze jedna po letech pokusů otěhotněla (podle autorů to byl spíše triumf zkušeného samce než její spolupráce). Chování jedinců, kteří měli náhražkovou matku, bylo poněkud méně abnormální. Ale také oni sedí pasivně v kleci, tupě se dívají a nevěnují pozornost jiným opicím ani lidem. Klátí se rytmicky, sají různé části svého těla a projevují agresi vůči sobě samému, vcelku však méně než jedinci bez náhražkových matek. Avšak ani samci této skupiny nevykazují sexuální chování podobné normálnímu. Poněkud lepší to bylo se samicemi, které otěhotněly ve třech případech. Význačně abnormální bylo též chování vůči druhům. Deprivovaní jedinci reagovali na sociální podněty daleko méně, kromě zápasení projevovali někdy nadměrnou agresivitu. Oproti normálním zvířatům se vyhýbali sociálním kontaktům. Z několika případů, kdy samice otěhotněly, lze soudit na jejich chování k mláďatům. Také toto chování je význačně abnormální. První samice si mláděte po narození vůbec nevšímala a stále se prázdně dívala do prostoru. Nevykazovala znaky protektivního mateřského chování, ani když mládě bylo ohrožováno, ani když je experimentátor odnášel k umělému krmení. Ačkoli se mládě neustále snažilo navázat s ní kontakt, chovala se lhostejně, nebo je srazila na zem. Podobně se chovala druhá samice. Třetí samice se chovala nejbrutálněji, nicméně mládě svou vytrvalostí s ní dokázalo navázat vztah, takže po třech dnech již nemuselo být krmeno uměle. Všechny tyto nálezy se zdají podporovat podle autorů ony psychiatrické názory, které hledají původ neurotických a některých psychotických poruch dospělých v abnormalitách jejich citových vztahů v dětství. Podle autorů jejich studie podporují názor o značném vlivu chování rodičů na povahu jedince v pozdějším životě. Je-li dítěti znemožněno vytvořit si uspokojivé citové vztahy s matkou a otcem, může to vést k neschopnosti vytvořit si citové vztahy s jinými osobami, což se nejdříve projeví vůči osobám zastupujícím rodiče a vůči sourozencům (případně jiným jedincům sobě rovným), později vůči sexuálním partnerům, a ještě později vůči vlastním dětem.

Pojímat jedince jako součást většího systému, např. rodiny, má nesmírný praktický význam v psychiatrii. Výkladová schémata psychoterapie byla individualistická a neumožňovala zachytit okruhy podnětů a reakcí v sociální interakci. Freudův model duševního života je individualistický, kromě toho Freud vyvodil poučku, že je pro léčbu pacienta riskantní, jestliže terapeut hovoří s manželem nebo manželkou pacienta. Tato poučka správně upozorňuje na risika takového kontaktu, avšak byla vzata příliš doslova a přeměnila se v „tabu", které v psychoanalytickém hnutí, kde pro to byly jinak prostředky, zabrzdilo studium rodinné psychoterapie a tím i výzkum těch aspektů rodinné dynamiky, která je pomocí psychoterapie jedině nebo nejlépe možná. Ještě kolem roku 1950 bylo málo míst na světě, kde se rodinná a manželská psychoterapie provozovala jako systematická metoda. Dnes je již i řada psychoanalytiků, kteří

zmíněné tabu opustili — vedle řady těch, kteří je zachovávají. Ti, když uznají nutnost psychoterapie pro partnera pacienta na dálku, doporučí jej jinému terapeutovi.

Psychoterapie ukazuje velmi zřetelně, jaký je rodina rovnovážný systém. Velmi často se stává, že v průběhu psychoterapie pacient začne ztrácet své obtíže a obtíže začne mít jeho partner, který předtím prohlašoval, že neurosou nikdy netrpěl. Jak je to možné? Vezměme případ pacientky, jejíž manžel v průběhu jejího léčení, kdy ona se začne výrazně lepšit, začne trpět nespavostí, bolestmi hlavy a strachem, že na ulici omdlí. Tento muž dosud úspěšně kompensoval své pocity nejistoty sebou samým tím, že vystupoval před manželkou jako sebejistý a dirigoval všechno její počínání. Její neurosa souvisela s její nespokojeností s postavením v manželství. V průběhu léčby se začala vnitřně osamostatňovat, a to vycítil její manžel, který začal ztrácet duševní rovnováhu a s tím souvisel i jeho symptom ze ztráty rovnováhy na ulici. Jak patrno, lékař nemůže zavírat oči před partnerem pacienta, vždyť je do jisté míry spoluodpovědný za jeho stav, vyvolaný terapií. Kromě toho nemůže zcela dobře rozumět pacientovi bez znalosti partnera a ostatních členů rodiny, diagnosa jedince předpokládá stanovení „rodinné diagnosy". Rovněž koordinované působení na celý rovnovážný systém rodiny může učinit léčbu pacienta daleko účinnější a rychlejší. Někdy se ukazuje, že duševní porucha jednoho člena rodiny je jakýmsi ventilem napětí celé rodiny, že onen člen je jakýmsi „obětním beránkem". Jindy dítě, jako by cítilo hrozící rozpad manželství rodičů, je zaměstnává svou poruchou natolik, že ze starosti o ně „nemohou se rozejít".

Dětská psychoterapie byla jedním z prvních odvětví psychoterapie, kde si psychoterapeuti uvědomili nutnost působení na rodiče. Často k tomu však chyběla vhodná technika. Avšak stále leckdes zůstává dětská psychoterapie oddělena od psychoterapie dospělých. Při tom četné poruchy dětí, zejména neurotické, jsou závislé na chování rodičů. Někdy stačí krátké léčení rodičů (bez léčení dítěte samotného) a porucha dítěte zmizí. Je tedy neracionální pěstovat dětskou psychiatrii odděleně; dětská psychiatrie je především rodinnou psychiatrií.

Celé odvětví rodinné psychiatrie je natolik nové, že mnohá překvapující zjištění souvislostí, získaná klinickou metodou, nemohou být prokázána přesnější metodou laboratoře sociální psychologie. Avšak pokusy v tomto směru se již dějí.

Přítomnost psychoterapeuta s celou rodinou umožňuje za pomoci současných prostředků, jako je jednostranně průhledné zrcadlo, zvukový film, rozbor interakce všech členů rodiny i terapeuta. Pozoruhodné jsou studie o neverbální komunikaci členů rodiny, které si často nejsou sami vědomi. Tak např. nedávno studoval Schefflen řadu osob v rodinných psychoterapiích. V jednom případě seděli v kruhu terapeut, pacientka, její matka, babička a otec. Matka opakovaně projevovala vůči terapeutovi koketní (v práci blíže popsané) chování, nato se na ni terapeut vždy obrátil s otázkou. Když se její koketní chování příliš stupňovalo, otec začal kývat nohou. Nato dcera a babička přeložily nohu přes nohu a tak jako by oddělily matku od terapeuta, která se pak začala stahovat dozadu. Zajímavé v těchto případech je, že nikdo ze zúčastněných si není

svého chování vědom, ačkoli se během sezení opakuje třeba třicetkrát.

Rozsáhlé, i když zatím různě přijímané, jsou již studie o podílu rodinného prostředí na vznik a trvání některých případů schizofrenie. Zvláště podnětné jsou práce Batesona a jeho spolupracovníků o „dvojité vazbě" (double bind). K „dvojité vazbě" dochází např. tehdy, když matka s nepřiznaným ambivalentním postojem k dítěti ukazuje dítěti kladný citový vztah, ale když se dítě k ní chce přiblížit, zamítá je — a dítě při tom nemá možnost situaci komentovat, ani si ji jasně uvědomovat. V myšlení jedince vznikají paradoxy, které jsou obdobné paradoxům analysovaným B. Russelem.

Nemocnice

V poslední době je mnoho pozornosti věnováno studiu sociální struktury nemocnice. Zejména jsou intensivně studována psychiatrická lůžková zařízení, ale získané poznatky je možno aplikovat v různém stupni na nemocnice všeho druhu. Ukazuje se např., že i v moderně zařízených nemocnicích s vysokou odbornou úrovní existují v provozu různé isolované anachronismy, a pokud jde o péči o duševní zdraví pacienta na takových odděleních, jako jsou interní, chirurgická, neodpovídá nejen současným odborným psychiatrickým vědomostem, ale ani stanovisku prostého rozumu.

Výzkumy v psychiatrických zařízeních (např. Stantonovy a Schwartzovy) ukazují, jak se vztahy mezi zdravotníky odrážejí na pacientech, aniž je souvislost komu patrná. Tak např. ukazují, jak náhlé vzrušení na neklidném oddělení má původ v napětí, dejme tomu, mezi lékařem a vrchní sestrou.

Nový pohled na sociální strukturu nemocnice poskytlo zavedení tzv. terapeutických kolektivů (therapeutic communities) v některých psychiatrických zařízeních, kde schopnosti pacientů pomáhat si navzájem je maximálně využito. Avšak tím, že se pacienti dostávají ke slovu více než kdy dříve a že řada rozhodnutí je ponechávána pacientům samým, mění se tradiční role zdravotnických pracovníků. Obtíže, které s vytvářením terapeutického kolektivu vznikají, jsou zajímavým studiem, vrhajícím světlo na současnou strukturu sociálních vztahů v nemocnici. Tyto poznatky bude třeba postupně převést i na nemocnice nepsychiatrické.

Podstata člověka jako souhrn společenských vztahů

Lidská osobnost se vytváří ve společnosti, bez společnosti si ji nelze představit. Přes duševní činnost jedince společnost působí nejen na jeho chování, ale také na jeho endokrinní systém, na celý jeho organismus. Člověk jako biologický tvor a jako společenský tvor jsou abstrakce, je jen jeden člověk, a poznatky o něm je třeba již jednou dát dohromady. Sociální psychologie má v této synthese důležité postavení a bude stále větší a větší nezbytností lékařství.

V této kapitole ani nebylo možno vypočítat všechny styčné body sociální

psychologie a medicíny. Šlo o to, dát aspoň v několika případech představu o práci sociální psychologie, a o to, jaký význam pro lékařství již má a jaký bude mít v budoucnosti.

Výběr z literatury

Cameron N.: Personality development and psychopathology. Houghton Mifflin Co., Boston 1963.

Homans G. C.: Social behaviour — Its elementary forms. Routledge Kegan Paul, London 1961.

Jones M.: Social psychiatry in the community, in hospitals, and in prisons. CH. C. Thomas, Springfield, Illinois 1962.

Knobloch F.: Osobnost a malá společenská skupina. Čs. Psychol. 4, VII, 337—339, 1963.

Krech D., Crutchfield R. S., Ballachey E. L.: Individual in society. McGraw Hill, New York 1962.

Parsons T.: Social structure and personality. The Free Press of Glencoe 1964.

Southwick Ch. H. (Ed.): Primate social behaviour. D. Van Nostrand Co., Princeton, New Jersey 1963.

Umění a choroba

Stanislav Drvota

Pro definici uměleckého díla není tolik důležité to, co dílo představuje, jako způsob, jakým tak činí, tedy rysy formální. Uměleckou formu můžeme rozložit do řady pojmů (míra, rytmus, harmonie atd.), při svém zrodu však forma nikdy není pouze záležitostí intelektu, při jejím vytváření a volbě rozhoduje spíše chtění a emoce umělce. Jestliže emoce a chtění umělce dostanou v díle adekvátní výraz, je zvolená forma expresivní. Tím však mimo ryze tvarové, formální hodnoty nabývá umělecké dílo hodnot psychologických, které úzce souvisejí s emotivním, ba dokonce často i s instinktivně nevědomým životem umělce.

Tam, kde vlivem choroby dochází u zralého umělce především k úpadku intelektových schopností, jako je tomu u senilní, aterosklerotické demence nebo při postpsychotickém defektu, jsou postiženy především formálně výrazové schopnosti a vliv choroby je zde jednoznačně negativní. Obyčejně je však v důsledku celkového poklesu duchovní i estetické úrovně snížena i hodnota obsahu díla.

Umělecký tvůrčí proces má právě pro rozhodující podíl afektivních a instinktivních složek některé zvláštnosti, jimiž se liší od jiné tvůrčí činnosti. Už za starověku bylo vzrušení a nadšení umělce pokládáno za přirozenou nádobu pro boží zprávy. Za středověku byla umělecká inspirace přirovnávána k deliriu, zjevení, posedlosti. V novější době nebylo již vystupňované tvůrčí zaujetí umělce srovnáváno nebo považováno za stav chorobný, zato bylo přirovnáváno ke snu a připomínala se role nevědomí. Skutečně byly mnohé tvůrčí problémy řešeny ve snu nebo ve stavech blízkých mrákotným (Goethe, Wagner).

Někdy jde o kladně přijímané inspirační extase, doprovázené pocitem nadměrného slastného uvolnění, jiní umělci opět popisují zřejmě méně příjemné vegetativní projevy, doprovázející tyto stavy (Wagner je přirovnával k „potivé kůře“), někteří opět prožívají svou inspiraci jako cosi nebezpečného, ohrožujícího duševní rovnováhu (např. Musset prý považoval stav své inspirace přímo za chorobu). Po nadměrném tvůrčím úsilí se u některých dostavovala období vyčerpání a deprese. Schiller pracoval v Mannheimu „až do vyčerpání“ na „Úkladech a lásce“, měl potom sebevražedné myšlenky, chtěl skočit s mostu. Sebevraždy umělců asi častěji souvisí s výkyvy nálady, jež jsou vyvolány vášnivou naléhavostí tvůrčího úsilí (např. Rosso, van Gogh, N. de Staël, A. Gorky). Že obsahem deprese nejspíše potom bývají pochybnosti o hodnotě vlast-

ního díla, je nasnadě, svědčí o tom autodafé Roualtovo, Soutinovo ničení vlastních obrazů a jiné případy.

Umělci se vždy vymykali běžnému lidskému průměru nejen svým talentem a vášnivým zaujetím svého tvořivého úsilí, ale také zvláštními povahovými rysy a sklony, originalitou svých názorů a neklidnou, často velmi pohnutou životní dráhou. Vysvětlit tak velké množství vyskytnuvších se psychopatických osobností mezi vynikajícími umělci bylo těžké, dokud nebylo pochopeno, že mezi psychopatií a uměleckou vlohou může být jakýsi vztah. Projevení uměleckého talentu je mnohdy závislé na určité konstelaci i takových povahových vlastností, jejichž konstelace není nijak zvláště výhodná pro úspěch v rodinném a občanském životě. Afektivita vyloženě patická může být někdy výhodná k rozvíjení formálního talentu, např. tím, že nadměrná sensitivita rozšiřuje pohled, objem přijímaných zkušeností, znamená bohatší vědění, přispívá k rozvoji intelektu. Nadměrná přecitlivělost je upozorňuje na věci, které normální člověk opomine. Depresivní emoční ladění propůjčuje vážnost, pochopení pro problémy lidského bytí. Vnitřní neklid, měnlivost nálad může opět ukazovat věci z různých stránek. Neklid psychopatů rozšiřuje horizont jejich zkušeností, dává příležitost k rozličným duševním kreacím. Psychopat má obyčejně bohatší, extravagantnější životní zkušenosti než průměrný zdravý jedinec. Nedostatek sebeovládání vrhá ho v zážitky, jež druhý člověk vůbec nikdy neprožije. Jestliže psychopatie vcelku tvoří pro uměleckou tvorbu dobrou živnou půdu, zůstává sama o sobě něčím „bionegativním". Její pomocí však může vzniknout u nadaných jedinců dílo, jež má charakter nadřazenosti.

Čím psychopatičtější a reálnému přijetí skutečnosti cizejší je povaha, tím fantastičtější jsou její přání a sny, tím nudnější a prázdnější se zdá svět kolem, tím více potom neurotického napětí, jež ovšem může vyústit v tvůrčí impuls. Psychopat bývá právě proto, že se nemůže přizpůsobit tomu, v čem žije, nejplodnějším tvůrcem. Umění se jaksi dobře nevede, není-li přítomna tense plynoucí z nespokojenosti. Inspirace mnoha umělců degenerovala po dosažení úspěchu.

Nespokojenost — hlavně u umělců spíše neurotických než psychopatických — se týká více vlastní osoby než reality kolem. I umělecké dílo může být dokumentem snahy po nalezení duševní rovnováhy, která bývá někdy narušována nejistotou, úzkostí vznikající např. nízkým sebeoceněním, jež může komplikovat vývoj už od dětství. Dílo neurotické osoby, jeho konkrétní podoba a volba thematu je spoluurčována procesy obrany „já", kompensačními mechanismy, jako je např. sublimace. Dílo takové neurotisované osobnosti umělecké lze potom chápat někdy také jako součást pokusu o jakýsi osobní mythus, který tím, že je podán tak obdivuhodnou formou, fascinuje a přitahuje i ostatní. Důležitější než diagnosa neurosy u umělce je tu tento obecný neurotoidní proces, který není specifický jen pro neurotiky a jenž se může spoluúčastnit různou měrou v procesu umělecké tvorby vůbec.

Vlastní slabost bývá někdy v sublimované formě presentována jako ctnost (např. neurotická přecitlivělost bratří Goncourtů sehrála roli při formování zásad impresionismu; záměrným pěstováním touhy po rafinovaných podnětech a dráždivých zážitcích dospěl Baudelaire ke kultuře dekadentismu. Z vlastních homo-

sexuálních sklonů se odvozuje někdy propagování „Eros paidikos" a jeho idealisování k vzoru lásky).

Jindy dílo posiluje, zobrazuje a buduje ideál, který je přímým opakem slabosti skutečného já. Volba hodnot je tu potom ovlivňována pocitem vlastní podřadnosti. Např. Goethe označoval později svou wertherovskou náladu za patologickou a snažil se po celý pozdější život přemoci svou nadměrnou přecitlivělost, labilitu nálad, hypochondrii a nezdrženlivou vášnivost a dosáhnout vyrovnanosti. Vyhledával proto vše, co mu přinášelo vnitřní klid (přírodní vědy, antika). „Harmonický" Goethe, propagující a skorem ztělesňující klasický ideál, je tedy spíše dokladem toho, jak umělecká osobnost může svému okolí vnutit takový obraz sebe sama, který více odpovídá jejím ideálním tužbám než skutečnosti.

Z psychos je z hlediska vztahu mezi uměleckým projevem a chorobou beze sporu nejzajímavější výtvarná produkce schizofrenních nemocných.

Pokusme se uvést některé charakteristické rysy této produkce do souvislosti s psychopatologickými příznaky schizofrenie. Některé výtvory jsou tu bezprostředním výrazem chorobného procesu, jiné výrazem kompensačního úsilí psyché. Schizofrenik prožívá v akutní fázi svého onemocnění něco velmi chaotického, jeho vědomí se jakoby rozpadá do nesouvislých útržků, jež stojí mimo rámec času a prostoru, myšlení opouští zásady běžné logiky a podobá se někdy nejprimitivnějším formám prelogickým, magickým. Instinkty dostávají někdy přímo brutální, nesublimovaný výraz.

Toto období je plné překotných proměn, jež vyvolávají úzkost, protože obvyklý kontext života, jenž je pramenem jistoty za normálního stavu, je destruován. Nemocný musí často hledat nové nekonvenční způsoby vyjádření, aby mohl svému okolí sdělit všechny změny, které prožívá. Potřeba udržet kontakt s okolím si vynucuje nové a nové pokusy. Rigidita projevu, lpění na jednom způsobu vyjádření, je již známkou chronicity onemocnění. Zvláštní schizofrenní „atmosféra" výtvarných projevů nemocných souvisí také se změnami samotného sensoria: mění se percepce barev, barvy jsou vnímány živěji, objekty plastičtěji, černobílý kontrast ostřeji, někdy je pociťována jako nová kvalita jakási dosud nepoznaná krása. Tomu odpovídá, že ve výtvarných projevech schizofreniků není polostínů ani polotónů, stíny jsou ostře ohraničeny, barvy kladeny jedna vedle druhé bez plynulých přechodů.

Rozmanité coenestopatické vjemy a somatopsychické depersonalisace mohou být vyjádřeny někdy až monstrosním deformováním zpodobované lidské figury. Halucinace vůbec, tedy i halucinace zrakové, jsou proti očekávání zpodobovány jen velmi vzácně.

Myšlení schizofrenika je charakterisováno nepřesným způsobem vyjadřování, odlišení jednotlivých jeho obsahů, je plné komplexních zhuštění (psychických amalgamů). Ve výtvarném projevu jsou výrazem toho bizarní aglutinace, spojování nesourodých částí v nové celky; sem patří kombinace různých bytostí (např. člověka a zvířete), kombinace člověka nebo jednotlivých částí těla s neživými předměty a podobné neomorfismy. Pokud se vyskytují symboly, je nutno mít na paměti, že ani jejich konvenční podoba nám nezaručuje jedno-

značný výklad, jde většinou o zcela subjektivní, osobní symbolismus. Věci, jež pro nás nic neznamenají, mohou být pro schizofrenika plny důležitého významu. Význam jedné a téže věci není stálý a k tomuto kolísání významu zřejmě vede citová ambivalence. Je znám případ nemocného, který zpodobil krásné květy, jejichž okvětní lístky byly tvořeny těly odporného hmyzu.

S přechodem chorobného procesu do stadia chronického dostává tvorba schizofreniků jiný charakter. Objevují se některé rysy, jež můžeme chápat jako výraz kompensačního nebo restitučního úsilí psychiky. Nadměrné vypracování kresby do všech minuciosních detailů, chorobná záliba v detailu na úkor celku může být vyvolána snahou zachytit unikající realitu, každé její zrnko, každou nepatrnou část. Snaze po rovnováze a klidu snad odpovídá přísná symetrie některých kreseb. Přísné a pečlivé kresebné rámování obrázků může být projevem snahy oddělit nově vznikající svět obrazu i vlastních představ od znepokojující reality. Někteří autoři jdou tak daleko, že i tak klasický symptom chronicity a defektu jako je ornamentální stereotypie chápou jako projev obrany „já" proti úplné desintegraci.

V ještě pokročilejším chronickém stadiu ztrácí stereotypie charakter zdobného ornamentu a nabývá rázu nesmyslného reprodukování stejných forem. Např. jeden pacient objížděl tužkou danou formu své kresby, až úplně prodřel papír. Neschopnost nemocného vyjádřit prostor a perspektivu vede k perseveračnímu řazení. Zploštění, zchudnutí citového života chroniků se obráží v nezdůrazňovaných, nemodulovaných, všude stejně silných liniích kreseb, ve zvláštní toporné strnulosti výrazu zpodobených tváří a v nedostatku pohybu vyjadřovaného v kresbě. U chronických pacientů převažuje barevná chudost až jednobarevnost. Minuciosita, aperspektivnost, malý smysl pro barvy a tzv. intelektuální realismus, tj. transparence, prolínání věcí jsoucích v zákrytu do těch, jež je překrývají, a směšování pohledu z en face a profilu, zkrátka znázornění ideoplastické spíše než fysioplastické, jsou rysy, jež přibližují produkci schizofreniků kresbě dětské nebo etnograficky primitivní. Že tento pokles úrovně, regrese, je skutečně vyvolán chorobou, svědčí případy nemocných, jejichž odborně kultivovaná schopnost umělecká upadla až v době choroby a jejich projev byl pouze po dobu akutní fáze procesu zcela atavistický či dětsky primitivní.

„Podobnost" děl moderních umělců s výtvory schizofreniků vznikla s novým cílem, jejž si moderní umění klade: nejde mu tolik o reprodukci objektivní reality, nýbrž o representaci, transponování vnitřního světa subjektivity a jejích stavů. Zde potom, jak se zdá, platí, že čím je umělecký projev spontánnější, čím více se uplatňuje silnější afektivní náboj, tím je současně umění primitivnější, archaičtější; moderní umělci se zcela programově vraceli k stylu výtvoru primitivů. Dílo umělce je vždy dokumentem nějakého programu, výsledkem vědomého úsilí, při jehož formování je umělec svoboden. Schizofrenik svoboden není, chorobný proces určuje s vehementní neodbytností ráz produkce.

Výběr z literatury

Jakab, I.: Zeichnungen und Gemälde der Geisteskranken, Ungar. Akad. Wissensch., Budapest 1956.

Jaspers, K.: Strindberg und van Gogh. Springer, Berlin 1926.

Plokker, J. H.: Artistic self-expression in mental disease. Mouton, Hague, Paris, London 1952.

Prinzhorn, H.: Bildnerei der Geisteskranken. 2. vyd. Springer, Berlin 1923.

Volmat, R.: Art et psychiatrie, s. 494—567, v: Psychiatrie der Gegenwart, vyd. Gruhle H. W., Jung, R., Meyer Gross W., Müller, M. III. svazek, Springer, Berlin 1961.

Psychologická problematika lékařovy práce

Vladimír Vondráček, Jan Dobiáš

Lékař dnešní doby provádí takovou činnost, jejímž přímým nebo nepřímým důsledkem je léčení nemoci, zabraňování vzniku nemocí, upevňování zdraví tělesného a duševního, zvyšování zdatnosti tělesné a duševní, a dále výzkum sloužící všem těmto složkám. Kromě toho provádí činnost hodnotící zdravotní stav jednotlivců jako lékař posudkový.

Jsou tedy tyto formy lékařské činnosti: 1. léčitel (všeobecný, odborný), 2. hygienik, 3. výzkumník, 4. laboratorní pracovník, 5. posudkový lékař, 6. organisátor, 7. osvětový pracovník, 8. učitel a vychovatel.

Vznik, průběh a prognosu nemoci určuje mnoho činitelů: faktory fysikální, chemické, biologické a psychické. Nás zajímají hlavně psychické, ale i ty souvisejí s předchozími.

Vše, co člověka obklopuje, s čím se setkává, působí vždy také psychicky. Něco převážně psychicky, a to je styk člověka s jiným člověkem nebo skupinou lidí.

Z každého styku člověka s člověkem, který je v podstatě přijetím řady informací a jejich zpracováním a hodnocením, vzniká nějaký duševní stav.

Příčinou toho stavu je člověk, můžeme tedy mluvit o antropogenii.

Pokud došlo k vzniku ze společenství lidí, můžeme mluvit o homilogenii. Celý kolektiv pracovní nebo jiný působí na jedince.

Jsou zvláštní případy antropogenie. Jedním z nich je styk nemocného s lékařem. Vše, co z toho vzejde, je iatrogenické. Mluvíme o iatrogenii. Všechno léčení lékařem je iatrogenické.

Jakmile nemocný vyhledá lékaře, vzniká nový interpersonální vztah v životě nemocného i lékaře. Vzniká systém, dvoučlenná skupina. Málokdy zůstává při dvou členech, na tuto skupinu působí obyčejně rodina a přátelé nemocného a spolupracovníci lékaře.

Do iatrogenie v širším slova smyslu počítáme střední zdravotnický personál, ostatní nemocné, režim lůžkového oddělení, ambulatorium a jeho zařízení.

Jestliže došlo k poškození pacienta vlivem lékaře nebo zdravotnického prostředí, mluvíme o iatropatogenii.

Iatropatogenie může být různá: diagnostická vlivem špatné diagnosy, terapeutická vlivem nevhodné terapie vůbec, medikamentosní, mechanická (zapomenutí peánu nebo tampónu v břiše při operaci apod.) nebo psychogenní, působící nevhodné a uzdravení zdržující reakce psychické.

Nás zde zajímá jen iatropatogenie psychogenní. Při ošetřování nemocného je přirozeně žádoucí vyvinout co největší kladnou iatrogenii a snažit se o iatroeutymogenii, zmenšit možnost iatropatogenie na nejmenší míru a chránit pacienta před antropopatogenií a homilopatogenií.

Aby se toto mohlo dít, musí být lékař obeznámen s některými základními pojmy.

Chápání a definice základních pojmů v medicíně způsobuje daleko více obtíží, než si běžně uvědomujeme. Vývoj moderní vědy vedl totiž k tomu, že byly přesně vymezeny hlavně obecné pojmy základních věd, především přírodních. Medicína však je věda aplikovaná. Odvozuje své základní pojmy také z axiologie, nauky o hodnotách. Obecná teorie medicíny neurčuje základní složky a struktury hmoty a společnosti, nýbrž posuzuje účin a dosah jevů pro zdraví a život člověka a lidstva. Je tedy důležité a nutné definovat nebo alespoň si uvědomovat význam pojmů jako je zdraví — nemoc, norma — úchylka, potrava — lék — jed, pracovní schopnost — neschopnost, příčetnost — nepříčetnost, šetření — cvičení, výchova — léčení atd. atd.

Normálnost, normalita, norma jsou velmi důležité pojmy právě v medicíně. Jako všude tam, kde jde o stanovení hodnot, není ani v definici normálnosti jedině platný a jednotný postup. Historicky nejstarší je tzv. norma ideální, jež stanoví vzor, představující pokud možno dokonalý, úplný, toužený cíl. Čím více se konkrétní případ tomuto ideálu blíží, tím více splňuje požadavek normálnosti. Toto pojetí má tu výhodu, že není mateno četností patologických nebo úchylných jevů, i když v dané situaci převládají. Podle této normy lze sice číselně hodnotit stupeň odchylky, ale přece jenom zpravidla není možné uspokojivé matematické zpracování, protože sám pojem ideálního případu není pevně a spolehlivě stanoven. Ideální norma proto operuje hlavně kvalitativním určením. Hodí se velmi dobře v běžné praxi, kde chrání od hrubých přehmatů. Více než v medicíně se jí používá v politice, etice, pedagogice, kde má vedle významu poznávacího ještě funkci vybízecí, povzbuzující.

Statistická norma ztotožňuje normálnost, event. zdraví s četností pozorovaných jevů. Má tu značnou výhodu, že se s ní dá uspokojivě operovat matematicky, protože nezná náhlé kvalitativní změny, nýbrž pracuje s kvantitativními určeními. Pro medicínskou práci praktickou i výzkumnou se většinou dobře hodí, protože zdravé, průměrné pravidelně skutečně zpravidla převládá i výskytem. Jsou však situace, kdy by bez kontroly zdravého rozumu mohla svým mechanickým postupem zavádět. Tak v oblastech zamořených infekcemi (malárie, lues, parasiti), nebo podvýživou, nebo požíváním drog (alkoholismus, tabakismus), nebo špatným sociálním uspořádáním (zaostalost, zločinnost) by převládající úchylné jevy podle toho určovaly normálnost. Tento postup skutečně tak vedl v medicíně k mylným názorům. Tak při rozboru rozložení mentálních schopností, jež odpovídá Gaussově křivce, lze nízkou úroveň inteligence, vyskytující se v malé četnosti, prohlásit současně za patickou. Touto logikou však byla genialita, jež je na druhém pólu stejně vzácná, prohlašována rovněž za chorobný stav, dokonce za zvláštní druh psychosy. Naproti tomu podle ideální normy je genialita řazena správně do linie normality, nanejvýš jako supernor-

mální jev. Odpovídá také skutečnosti, že většina geniálních lidí byla v ostatních psychických kvalitách normální, nenápadná. Jejich domnělá úchylnost vzniká tím, že jsou z nich násilně vybírány osobnosti psychopatické, popřípadě jsou příliš zdůrazňovány vlastnosti a projevy běžné i u průměrných lidí (výbušnost, žárlivost, lehkomyslnost, lakota atd.), nehledě k tomu, že geniální člověk se snáze dostává do konfliktu se zaostalým okolím, jež nechápe věci a vztahy, které jsou géniovi samozřejmé.

Funkcionální norma nepřihlíží vcelku k společenským požadavkům nebo statistickým průměrům, nýbrž považuje za správné, přiměřené, zdravé a normální takové vlastnosti, chování a podmínky, které zaručují danému individuu optimální životní projevy a uspokojení. Vyhovuje tím skutečnosti, že je přinejmenším řada typů, které i při značné odlišnosti je nutno všechny považovat za normální. Funkcionální norma však tuto osobní svobodu a právo jednotlivce na vlastní svéráz příliš přehání.

Značné potíže působí ta okolnost, že mnoho polárních pojmů není od sebe odděleno jasnou kvalitativní hranicí, nýbrž že v sebe pozvolna přecházejí. To vede někdy k tvrzení, že vlastně mezi nimi neexistuje skutečné rozlišení. Zvláště v oblasti duševních jevů vede tato okolnost k tomu, že se často prohlašuje, že vlastně nikdo není normální. Nesmí se však zapomínat, že seberozsáhlejší pomezní oblasti a sebepozvolnější přechody nevylučují spolehlivé vymezení samostatných kvalit, stavů, jevů, jednotek. Existují tedy nemoc, choroba, stonání, vada, úchylka, znetvoření, zrůda atd. jako samostatné stavy, které jsou právem označovány příslušnými speciálními termíny.

Situace pro praktického a klinického lékaře, pokud se zabývají etiologií, patogenesí, diagnostikou, terapií, rehabilitací, prevencí, je lehčí. Při této činnosti je možno dalekosáhle dbát plynulých přechodů a jisté volnosti v určení daného stavu. Daleko obtížnější je situace v těch oblastech medicíny, kde má důležitý význam hledisko normativní, přenášené do medicíny z justice, kriminalistiky, pracovního práva, pojišťovnictví, pedagogiky apod., tedy všude, kde je třeba posudkové činnosti. Zde se přímo vyžaduje určení přesných hranic a vymezení stavů: pracovní schopnost nebo neschopnost, zavinění nebo nehoda, příčetnost nebo nepříčetnost, svéprávnost nebo nesvéprávnost, zdraví nebo nemoc, uzdravení nebo invalidita. Lékař je nucen přijmout tato kritéria a vyjadřovat se ve vnucených termínech. Protože se však na něm vyžaduje vyznačení přesných hranic tam, kde existuje široké pomezí, a stanovení přesného stupně tam, kde existuje plynulý rozvoj nebo úbytek, může se stát, že i stejně dobří odborníci podají odlišné posudky. To nemusí znamenat — jak často soudí ti, kteří nález žádali — že jeden nebo druhý anebo oba neznají svou věc, nýbrž že požadavek přesahuje možnosti medicíny buď vůbec, nebo v její dosavadní úrovni. V těchto hraničních oblastech, kde však nelze z praktických důvodů operovat s plynulými přechody, se snaží lékaři uplatňovat alespoň vícestupňové (částečná invalidita, zmenšená příčetnost) nebo bodovací hodnocení.

Často se soudí, že v oblasti somatických poruch je nosologické hledisko snazší, protože se opírá o zjistitelné materiální nálezy nebo evidentní kvalitativní změny (zánět, bujení, fraktura), kdežto v oblasti psychických poruch že je rozeznávání

obtížnější, protože nám obvykle tanou na mysli ubikvitní potíže: nervosnost, poruchy nálady, únava, podrážděnost, neschopnost soustředění, podezíravost apod. V oboru somatické medicíny jsou však také jevy, které se velmi obtížně určují jako patické (různé dyspepsie, vrozené poruchy metabolismu bez klinického významu, drobné morfologické úchylky a nepravidelnosti apod.). Na druhé straně jsou v psychiatrii jevy, které jsou na první pohled chorobné a jejichž klinická závažnost se vyrovná klasickým somatickým chorobám: demence, tzv. endogenní psychosy, těžké psychopatie.

Z hlediska etiologie a patogenese tedy není podstatný rozdíl mezi somatickou medicínou a psychiatrií. V obecném laickém pohledu se sklonem ke generalisujícím psychogenetickým výkladům je ovšem tento rozdíl veliký.

Hlediska lékařské psychologie se blíží spíše tomuto druhému pojetí. Zde nás totiž především zajímá, jak působí psychický zážitek na názory, náladu, vztahy, tělesné pochody. O tom, jak může psychický proces modifikovat somatické děje, nás učí psychosomatická medicína.

Postavení nemocného člověka ve společnosti není ani vyhraněné, ani konstantní. Pod vlivem dávných magických a pozdějších náboženských názorů a postojů se může posice nemocného člověka značně měnit. Na jedné straně je až nadměrně šetřen a hýčkán, dostává se mu pozornosti, jakou třeba po celý život ani za nejtěžší práci a oběti nezažil. Mnozí lidé teprve v nemoci poznají, co je účast okolí, odpočinek, hory. Není tedy divu, že děti a z dospělých povahy slabé, bolestínské, infantilní, hysteroidní se lehce zdekompensují a najdou v stonání nejmilejší způsob života. Na druhé straně — ze stejně dávných zdrojů — může nemocného člověka buď jeho okolí nebo on sám sebe považovat za provinilého, obtížného, méněcenného. To platí hlavně o chorobách pohlavních, některých kožních, deformujících, ale také namnoze o chorobách duševních. Vždy znovu se vyskytuje v etiologickém rozbírání jejich vzniku a průběhu problém vlastního zavinění, nevhodných reakcí, ne dost silné vůle, morálních prohřešků, setrvávání v nepříznivém prostředí. Tento postoj je jistě tvrdý až barbarský tam, kde jde o chorobu vyvolanou biologickým procesem (nepřivodil-li si ji pacient sám záměrně nebo neopatrností) nebo patogenním zážitkem.

Na druhé straně se však nemáme dát zavést příliš resolutním humanismem a odmítat otázku viny v etiologii choroby vůbec. Jakmile jsme jednou připustili, aby se v medicíně používalo sociologických, politických, pedagogických a estetických a etických přístupů (a to bylo nezbytně nutné, protože medicína traktovaná jen z hlediska přírodních věd by byla neúplná a nesprávná), pak musíme mimo jiné připustit také otázku viny, ne ovšem v laickém a odsuzujícím smyslu, nýbrž v odborném a chápajícím.

I když tedy jsou některé momenty medicínských jevů obtížně definovatelné, jsou vcelku správně zařazovány do medicíny na základě konvence nebo potřeb praktického života. Porod a porodní bolesti nejsou vlastně patické jevy, a přesto v každé kulturní zemi sleduje, kontroluje a bolesti mírní lékař. Na druhé straně mnoho poruch chování má zdroj v úchylné stavbě a funkci ústřední nervové soustavy, ale zabývá se jimi právem také nebo výlučně pedagog nebo kriminolog. Subjektivní obtíže nemoci jsou důležitý medicínský moment, ale nikoliv

nezbytný. Aneurysma, o němž pacient neví, blažená a spokojená nálada maniaka, hypercholesterolémie patří pozornosti a péči lékaře. Jsou nápadné anomálie a zrůdnosti, které se obejdou celý život bez lékaře, jindy postačí jen občasná rada nebo zákrok (jizvy, myopie, kompensovaná srdeční vada, m. Little). Jsou masové obtížné poruchy, které unikají pozornosti lékaře, ačkoliv by si jí zasluhovaly a dají se zlepšit (premenstruální tense, klimakterické obtíže, pubertální výstřelky). Jindy naopak je třeba žádosti o lékařskou pomoc odkázat do oblasti tělesné výchovy, otužování, negligace (obtíže asteniků, hysteroidních neurotiků, hypochondrů).

Hodnoty

Člověk vnímá, poznává a zároveň hodnotí. Každý, i nejprimitivnější organismus provádí jakési elementární, binární hodnocení vjemů na kladné nebo záporné. Prvé vyhledává, druhým uniká. Výsledkem hodnocení je hodnota. Hodnotu má to, co ukojuje potřebu. Činnost organismu směřuje k uspokojení potřeb nezbytných pro další existenci jedince nebo rodu. Čím složitější organismus, tím bohatší potřeby. U člověka se vyvinula hierarchie potřeb, zájmů a postojů (S. L. Rubinštejn, L. V. Blagonaděžinová, W. Janzarik, H. S. Sullivan, V. Vondráček).

Faktory, které mají vliv na chování v důsledku jejich hodnocení člověkem, jsou např.: teplo — chlad, světlo — tma, klid — vyrušení, odpočinek — činnost, ukojení — strádání, vybití afektu — nevybití, bezpečí — nebezpečí atd.

Hodnoty jsou aktuální a potenciální, potenciální hodnotu mají např. deštník, hasicí přístroj, letecký kryt, analgetikum apod. Jídlo má pro hladového hodnotu aktuální, pro najedeného potenciální, pro přejedeného negativní.

Hodnota negativní je sice contradictio in adiecto, ale tento pojem potřebujeme a termín nám vyhovuje. Chování k hodnotám negativním je opačné než k positivním. Změna hodnoty positivní v negativní je často duševní traumatisací: nevěrná milenka, zrádný přítel, lék, který poškodil, lékař, který se projevil jako nesympatický, apod.

Jednotlivé hodnoty se mění dosti značně: věkem (dospělý nemá zájem o hračky), prostředím (v tropech je kožich přítěží), nemocí (depresivní ztrácí zájem o vše, co bylo dříve pro něho přitažlivé) a novými informacemi (zdravotní výchova změní positivní hodnotu tuku v negativní).

Člověk si vytvoří schéma hodnot, které podléhá poměrně málo změnám. V tomto schématu málo proměnných hodnot je např. hodnota života, hodnota zdraví, lidská důstojnost, dále hodnota rodičů, dětí a u mnohých i hodnota lékaře, který pacienta zná mnoho let.

Lidská důstojnost a stud. Hodnotu lidské důstojnosti musí lékař vždy a za každých okolností respektovat. Lidská důstojnost je soubor hodnot vytvořených morálkou a společností. Zničení lidské důstojnosti bylo součástí barbarských trestů, veřejného mrskání, vystavování nahého na pranýři apod.

Lidská důstojnost pacienta je dosti často vystavena zraňování. Defekace před

ostatními, demonstrace medikům, rektoskopie, cystoskopie, gynekologické vyšetření, ale i „svlékání duše“ pacienta při anamnese.

Jako důsledek frustrace pudu po sebeuplatnění vzniká stud. Subjekt se bojí ohrožení lidské důstojnosti a trpí při jejím zranění. Emoci, která vzniká, nazýváme stud. Stud je:

1. nesexuální. Subjekt se stydí za tělesnou vadu, neupravený zevnějšek, společenskou neobratnost, někdy i nečestné jednání;

2. sexuální. Subjekt se stydí odhalit část těla, která nějak souvisí se sexem. Jsou části těla určené jen pro sexuálního partnera.

Rozsah skrývaných částí těla se mění módou. V dějinách módy byly prsní bradavky většinou skrývány, ale byly doby, kdy byly odhalovány. Genitál nebyl odhalován téměř nikdy, ač středověká móda mužská jej někdy zdůrazňovala.

U pacientů a pacientek se mísí stud sexuální a nesexuální. Ženy se stydí za splasklá ňadra, hirsutismus, venter pendulus, muži za malý penis, ženy i muži za hyperhidrosu, foetor atd. Dysmorfofobie patří do malé a blud dysmorfický do velké psychiatrie.

Je všeobecně uznáváno, že lékař je člověk, před nímž se lidé nemají stydět, ale ženy přece nerady vyhledávají lékaře, jehož znají ze společenského styku.

Lékař má mít připraven postoj a „zaklínací formuli“ k překonání nevhodného studu a užívat jich podle situací. Nikdy nesmí projevit nevhodný žert, ironii, lascivnost. Nikdy nesmí stud zabránit celkovému vyšetření. Nejlépe je vidět pacienta celého nahého, ale v „plavkách“. Neurologické vyšetření může být narušeno pohyby pacienta, směřujícími k zakrytí nahoty, proto pacienti mají být vyšetřováni v plavkách.

Role. Psychický stav nemocného během jakékoliv nemoci závisí na tom, jak přijímá roli nemocného. Roli nemocného může přijímat, nebo zásadně odmítat. Hrát dobře nebo špatně, mezi tím je řada možností. Přijímá ji rád, s gustem (často děti), přijímá a hraje ji dobře, výborně, nebo špatně.

Jak roli přijímá a jak ji hraje, závisí na reakci na nemoc — tato může být různého druhu.

1. Adekvátní.

2. Inadekvátní: 2.1. bagatelisující,
2.2. hypochondrická, 3.1. ideohypochondrická,
3.2. sensohypochondrická,
2.3. vytěsňující z vědomí,
2.4. spekulativně účelová,
2.5. přeceňující,
2.6. panická,
2.7. depresivní.

Adekvátní reakce. Nemocný se chová situaci přiměřeně, tak jak se má podle konvenční představy chovat normální člověk. Podniká vše, co je třeba. Není psychologickým problémem.

Bagatelisující reakce. Pacient provádí nesprávnou racionalisaci. Namlouvá si a někdy více méně věří, že nemoc je nepatrná, že je lépe si jí nevšímat. Nic z toho nebude, nestojí to za řeč. Tato reakce je někdy pro lékaře

usnadněním práce, někdy při závažnější nemoci, kde je třeba dalších vyšetření, nutno ji opatrně převést v adekvátní. Nutno rozlišit, zda jde o skutečnou bagatelisaci, nebo jen o předstíranou, aby postižený neznepokojil rodinu. Někdy vyvěrá z nedostatečného poznání, které může být vítáno. Znal jsem karcinomatika, který říkal, že má rakovinu střeva, ale zaplať pánbůh, že to není něco horšího. Léčil se svědomitě. Bagatelisující reakcí dochází někdy k zanedbání karcinomu, karbunkulu, koronárního onemocnění apod. Zde je místo pro vhodné zdravotnické poučení.

Ideohypochondrická reakce. Nemocný se obává těžkých nemocí. Mohl by dostat nebo již snad má tuberkulosu, syfilidu, rakovinu, hrozí mu infarkt, apoplexie, zešílení (K. Leonhard). Jde o přesvědčení, falešnou anticipaci.

Sensohypochondrická reakce. Nemocný má různé pocity vegetativní nebo parestesie, které interpretuje ve smyslu těžkých nemocí (K. Leonhard). Jde o skutečné pocity, ale nesprávnou interpretaci.

Reakce vytěsňující z vědomí možnost onemocnění. Nemocný na sobě pozoruje určité známky nemoci, tlak na hrudi, zadýchává se apod. Nejde se dát vyšetřit, aby se nedověděl, že je nemocen. Myslí si, že se nemůže stejně léčit, zbytečně by ho to znepokojilo. Bývá u zaměstnaných lidí, hlavně lékařů.

Nosofilní reakce. Nemoc činí někdy zajímavým. Získává ohledy druhých. Je vítanou výmluvou. S nemocí se lehčeji žije, nastává zkrácená pracovní doba nebo dokonce stav nemoci, pobyt doma, soucit, ošetřování, lázně atd. Pokud jde skutečně o nemoc vážnější a finančně zbytečně nezatěžuje druhého nebo stát, možno se na tuto reakci dívat se shovívavým úsměvem. Když dochází k tyranisování okolí, poučíme nemocného i okolí o pravém stavu. Nemocný ovšem nepřizná svou nosofilii, někdy, když nosofilie je v nižších vrstvách vědomí, si ji ani neuvědomuje.

Účelová reakce nesleduje výše zmíněné drobné účely, ale jde za jediným velikým cílem: invalidní důchod, bolestné a odškodné, osvobození od placení alimentů apod. Bývá také v různé vrstvě vědomí a používá agravace až simulace. Jsou však hysterické mechanismy sloužící původně účelové reakci, které se zafixují a trvají, i když je účelu dosaženo anebo i když se ho subjekt vzdal (dysbasie, afonie, třesy apod.).

Někteří slabí lidé, starší, opuštění, různě nemocní, kteří přišli na chuť pobytu v nemocnici, stávají se „špitálníky“ a produkují trvale nosofilní nebo drobné účelové reakce.

Opakovaně se setkáváme s obrazy, které jsou všeobecně známy, pod názvy simulace a agravace. Často se soudí, že jsou projevem rafinované civilisované lidské psychiky, schopné plánování, odhadu, výpočtu a představy cíle. Ve skutečnosti jde o primitivní projevy, vysvětlitelné jednoduchým mechanismem podmiňování. Mohou se vyvinout všude tam, kde jsou příznaky nemoci, hlavně viditelné a reprodukovatelné, asociovány se šetřením, péčí, sociální nebo finanční výhodou, únikem z povinnosti nebo trestu apod. Vidíme je velmi často u zvířat, dětí a nevyzrálých nebo degradovaných osobností, u nichž není správně vyvinut pocit osobní a občanské důstojnosti, smysl pro povinnost, odříkání a

pochopení reálné situace. Proto se s nimi setkáváme u hysterických osobností, toužících po pozornosti, sensaci, litování. Předstíráním akutních příhod, hlavně břišních, si dovedou vymoci opakované operace s následnou pooperační péči v příjemném nemocničním prostředí. Dále u toxikomanů, vymáhajících tímto způsobem svou drogu (domnělé žlučníkové a ledvinové koliky, produkované hlavně v cizích rajónech, kde pacient není znám). Primitivní provinilci se takto snaží ujít trestu. Je zajímavé, jak předstírání tělesných i duševních poruch používá nápadně stejných obrazů a postupů v různých zemích a kulturních oblastech. Sem ovšem patří nejznámější představitel simulace, bojovník za rentu nebo alespoň delší pracovní neschopnost. Někdy je skutečnou motivací strach z namáhavého nebo složitého zaměstnání, na nějž člověk nestačí tělesně nebo duševně, častěji však lenost, snaha věnovat se zálibám, vedlejším výdělkům, bezpracnému příjmu. Děti se takto vyhýbají škole, školním úkolům a zkouškám, vojáci se snažili uniknout frontě. Z historie jsou známy slavné případy simulace: Odysseus, král David. Tehdy ovšem nízká úroveň posudková vedla i inteligentní lidi k simulaci chorob. Bystří lidé se uchylují dnes k jiným metodám: snaží se získat osobní známosti s lékařem, zavázat ho dary, službami, sliby. Pokud předstírají, tedy nikoliv produkcí chorobných příznaků (záchvaty, obrny, stupor), nýbrž líčením takových, které se dají těžko objektivně prokázat (bolesti hlavy, páteře, kloubů, závrati, slabost, nespavost, deprese). Při tom se chovají a tváří důstojně a solidně, takže nezkušený lékař se ani neodváží myslet na simulaci.

Vyskytuje se i jakási simulace kolektivní, rodinná, hlavně v oblasti psychiatrie. Příbuzní — ve snaze dostat člena rodiny do psychiatrické léčebny — vypovídají nepravdivé údaje. Zpravidla nejde o čistý výmysl z úplně normální situace. Pacient už předtím líčené duševní poruchy měl nebo byl léčen na psychiatrickém oddělení. Také nejde vždy o naprosto vědomý cynický podvod. Značnou úlohu zde hraje vzájemná sugesce a přesvědčování. Je vůbec třeba si uvědomit, že u simulace jde zřídka o naprosto věcný, střízlivý postup konstruktivního vědomého myšlení. Vždy je přimíšeno trochu opravdového přesvědčení, prožívaného utrpení, vcítění do produkovaného jednání. O tom svědčí časté zkušenosti hlavně z válečných rent: i když se během doby situace změní a bylo by možno získat normální prací daleko větší příjem, není simulant namnoze už s to upustit od původně předstírané poruchy, takže původní cíl, dosáhnout životního zlepšení, je zafixovaným mechanismem znemožňován.

Rozdíl od a g r a v a c e není tedy nijak nápadný. Smyslem agravace je ovšem v první řadě také snaha získat nebo udržet výhodu, kterou přináší nemoc. Někdy však není hlavní tento úmysl, nýbrž obava, že by lékaři nepoznali chorobné příznaky a nedocenili jejich obtížnost. Proto agravují hlavně ti pacienti, jejichž chorobné příznaky jsou málo evidentní: bolesti hlavy, závrati, neurastenické obtíže. Často jde o psychopaty, lidi primitivní nebo s počínajícím úpadkem struktury osobnosti (organické demence, schizofrenie).

Styk se simulací je spolehlivá zkouška lékařské zralosti a moudrosti. Provokující způsoby simulanta vyvedou často lékaře z jeho role, takže se v rozhořčení a z uražené prestiže přenese do neadekvátního chování podváděného: je uražen, vyčítá, nemilosrdně oznamuje pacientovi do očí, že je simulant. Někdy to vede

k rychlé nápravě, často se tím však vyvolá protestní reakce, jež přes všechny důkazy a přesvědčování vede k tvrdošíjné fixaci předstíraných příznaků i za cenu existenčního poškození. Málokdy se vyskytuje simulace, zvláště nápadná, naivní, tvrdošíjná u normálního člověka. Lze naopak říci, že je — alespoň dnes u nás — spíše příznakem nevyzrálosti nebo úpadku osobnosti. Je proto nerozvážné příliš brzy a příliš bryskně simulanta zahanbovat: může se za tím skrývat vážná organická choroba. Již mnohý nádor kmene mozkového byl kárán pro hysterické produkce, poúrazová demence pro simulaci nebo agravaci, počínající tuberkulosa, anémie, endogenní deprese, cukrovka se jevily jako lenost, slabá vůle, hypochondrie a neurosa, počínající schizofrenie jako chuligánství atd. atd. (nehledě k tomu, že duševně nemocní někdy simulují tělesnou nebo jinou duševní chorobu).

Lékař se nachází neustále mezi dvěma nebezpečnými póly. Přílišnou shovívavostí, lidskostí a měkkostí může ztratit autoritu nebo se zesměšnit tím, že za udávanými obtížemi nezjistí alkoholika, lenocha, šmelináře, psychopata, hypochondra. Na druhé straně mu hrozí stejně veliké, možná ještě větší nebezpečí, že totiž v obavě, aby se nestal obětí podvodu, neprávem obviňuje, stíhá, popřípadě ohrozí na životě skutečně nemocného.

Jiná skupina jsou pacienti, popřípadě jejich příbuzní, kteří naopak důležité údaje nepodají. Toto opačné počínání se shrnuje do širokého rámce disimulací, zastírání chorobných faktů a příznaků. Tak referující příbuzní často neudají důležité zprávy o výskytu dědičných chorob (protože se stydí), o úchylném jednání nemocného (aby nebyl dán na těžší oddělení), délku onemocnění (aby se jim nevyčítalo, že něco zanedbali).

Hlavně však disimulují sami nemocní. Většinou proto, že zjištění nemoci pro ně znamená snížení životního postavení nebo požitků: vedoucí pracovník by byl přeřazen na nižší místo, nebo by se musel alespoň načas svého dosavadního postavení vzdát, žák by nemohl na výlet, na slavnost, sportovec na zahraniční zájezd, výkonný umělec vystoupit na jevišti nebo na pódiu. Je pravděpodobné, že disimulujících je více než simulantů. Anorexia nervosa předstírá, že řádně sní předloženou stravu, řada nemocných zastírá nebo popírá své obtíže, aby ušli operaci, aby byli dříve propuštěni z nemocnice, aby nedostali fádní a nechutnou dietu, aby nebyli přeloženi na jiné oddělení — ale také, aby učinili ošetřujícímu lékaři radost. Není tedy správné, aby lékař příliš žádostivě, nedočkavě a zřetelně očekával zlepšení. Někdy tím bezděky vymáhá falešné proklamace o zlepšení.

Zvláště nebezpečná však je disimulace pacienta trpícího endogenní depresí. Sebevražedné tendence jsou někdy u pacientů tak mocné, že směřují k svému cíli s neslýchanou energií a úsilím. Dokáží dokonce pro ně tak obtížnou věc, jako je tvářit se spokojeně, usmívat se, žertovat, jen aby odvrátili pozornost okolí a mohli tak ukončit svůj život.

Je tedy vidět, jak je důležité, aby lékař měl značnou životní zkušenost a moudrost. Jako ve všech aplikovaných vědách, jejichž tvrzení se nedají odvodit dedukcí z několika základních pravidel nebo zákonů, je i v medicíně (stejně tak v pedagogice, politice, justici) velmi důležitá životní zkušenost a moudrost. V osobnosti lékaře nejsou tak důležité osobní půvab a individuální projev jako

spíše ty rysy, které charakterisují vážnost, moc a význam medicíny jako vědy: odborné znalosti, odpovědnost, spolehlivost, trpělivost, šetrnost, diagnostická a terapeutická zdatnost.

Přeceňující reakce. Je opakem reakce bagatelisující. Subjekt je sice nemocen, ale nemoc nemá tu důležitost, jakou jí připisuje. Příliš se na ni koncentruje. Dalekosáhle podle ní zařizuje svůj život. Zbytečně mění nebo zanechává zaměstnání, stěhuje se na venek, nebo naopak do města, do blízkosti veliké nemocnice atd. Zanechává svých zájmů. Přehnaně se šetří. Nemoc se nakonec stává ovládavou představou. Hypochondr je zdráv, náš nemocný je skutečně nemocen. To jsou krajní póly, v praxi najdeme přechody a proplétání těchto a jiných reakcí.

Depresivní reakce. Vyvine se reaktivní deprese různé intensity (viz učebnice psychiatrie). Pacient je sklíčený, nic ho netěší, má večerní pessimum, špatně usíná, je pokles zájmu a někdy sebevražedné tendence.

Panická reakce. Když se subjekt dozví o své skutečné nebo jím předpokládané nemoci na basi hypochondrické, z nedorozumění apod., reaguje bouřlivě projevy motorickými, explosí pohybovou, hysterickými projevy, válením se po zemi, rvaním vlasů apod., zkratkovým jednáním, voláním sanitky se sirénou, dříve povoláváním několika lékařů najednou, a když se mu to podaří, zbouřením sousedů, příbuzenstva apod.

Tyto reakce se mohou dostavit při začátku nemoci, ale i v průběhu dlouhotrvající nemoci, kdy rozumný, klidný pacient dobře hrál svou roli, reagoval adekvátní reakcí, náhle však z této role vypadne. Projeví se reakce panická, depresivní, přeceňující, nebo hypochondrická.

Chronická nemoc neurotisuje, hysterisuje, hypochondrisuje. Kromě toho se mohou dostavit psychické reakce odehrávající se v jiné úrovni, o nichž budeme hovořit dále.

Drobné účelové reakce produkuje skoro každý chronik, aby si udržel zájem lékaře a zdravotníků a získal určité výhody.

Některé z těchto reakcí, panická, depresivní, hypochondrická, přeceňující, zpětně působí na pacienta a zpětnou vazbou se stále zesilují. Někdy stačí dobře volená věta lékaře, jenž má důvěru pacienta, k jejich zažehnání, někdy je třeba sáhnout k psychofarmaku, někdy i povolat psychiatra.

Viděli jsme pacientku, která si přečetla nesprávnou diagnosu endocarditis lenta, ulehla, odmítala několik let každý pohyb a nedala se přesvědčit o omylu, a i po dlouhotrvající psychoterapii bylo dosaženo výsledku jen asi 50 %.

Vlastní nosofobie patří již do malé psychiatrie.

Fokalisace. Za normálních okolností orgánové funkce nevstupují do vědomí, viscerální a vegetativní pocity se projevují u subjektu jen jako hlad, žízeň, nutkání na stolici a k močení, pocení.

Uvědomuje-li si subjekt funkci srdeční nebo trávicí, jde buď o poruchu této činnosti, nebo o snížení prahu ke vstupu do vědomí. Obrácením pozornosti na určitý orgán, tj. fokalisací, kdy se tento orgán stává fokusem, ohniskem pozornosti, se sníží práh, takže do vědomí vstoupí podněty z interoreceptorů.

Predilekční systémy pro fokalisaci jsou ústrojí oběhové, trávicí a urogenitální.

méně často horní a dolní cesty dýchací, kůže, oko. Zvláštní kapitolu tvoří „hlava“, tj. pocity v hlavě (onemocnění dutin, neuritidy, onemocnění VIII. nervu, zubů, ucha atd.).

Původcem bývá skutečně malá porucha, která způsobí připoutání pozornosti a pak její trvající fixaci. Predilekce oběhového, trávicího a urogenitálního ústrojí je pochopitelná, prvá dvě se účastní významně při emoci, poslední hlavně u mužů zaujímá zvláštní postavení. Prostatitidy, které jsou velmi časté, i s lehkými příznaky se špatně snášejí.

B. J. Lindberg upozorňuje na to, co nám je již dlouho známo, že jsou to zejména nemocní s depresemi, i lehkými, kteří si naříkají na nejrůznější obtíže. My říkáme, že somatisují, a hovoříme o skupině onemocnění psychosomatických. Lindberg a jím citovaní autoři uvádějí, že si depresivní pacient stěžuje na únavu, bolest na hrudi, bolest zubů, bolest v kloubu ramenním. Kahlmeter popsal r. 1936 dokonce periarthritis humeroscapularis s depresí.

Fokalisace obtěžuje někdy pacienta více než skutečná nemoc, jednak vtíravostí pocitu, jednak psychickou reakcí. Průběh bývá různý, podle dané situace.

Situace se může utvářet různým způsobem:

1. vyléčením původní příčiny mizí fokalisace,
2. po vyléčení příčiny fokalisace nemizí,
3. fokalisace mizí, aniž byla příčina odstraněna.

Lékař se má pokusit příčinu vyléčit a současně odstraňovat fokalisaci (viz psychoterapie). Stává se však, že příslušný odborník, jemuž se zdá příčina zanedbatelná, odesílá pacienta k psychiatrovi, který pak ovšem jen někdy může uspět.

Je staletá lékařská zkušenost, sovětskými autory experimentálně na zvířatech prokázaná, že všechna onemocnění při „sryvu“ probíhají hůře a déle, než u zvířat v dobré kondici ústředního nervstva.

Každá fokalisace je nepříznivý faktor pro autosanaci organismu a léčení. Naopak příznivě působí adaptace.

Adaptace na nový stav, v němž se člověk ocitá, na nemoc, záleží na mnoha okolnostech, genotypu, paratypu, osobních dějinách a prožitcích, současném stavu CNS, na přijetí a hraní role, poměru k nemoci, zkušenosti s lékaři a léčením, získaných informacích atd.

Adaptace je dvojí: na nemoc a na léčení.

Adaptací rozumíme stav, v němž pacient resignovaně, submisivně (viz psychické reakce), bez inadekvátních, neúčelných nebo zkratkových projevů nese svůj stav.

Stavy, které vyžadují adaptaci, jsou jednak trvalé (bolesti kloubní a jiné, svědění apod.), jednak záchvatovité (neuralgie, migréna, litiasy, dráždivé kolon, stenokardie, ale i amputace, kolostomie apod.).

Adaptaci na léčení vyžadují diety, celoživotní vstřikování insulinu apod., ale i korsety, kýlní pásky a zubní protézy. Jsou lidé, kteří si nikdy nezvyknou na zubní protézu, zvláště dolní, a do konce života raději vystupují bezzubí.

Je důležité, aby ihned zpočátku lékař taktem, porozuměním a pomocí, tj.

úpravou dotyčných předmětů atd. překonal v pacientovi počáteční nevhodnou až hostilní reakci. Později se daří psychický zásah těžce.

Pacient musí vědět, proč má držet dietu, jakou, proč má dostávat injekce, že např. nemoc je léčení těžce přístupná, ale ne nebezpečná. Pacient musí najít ve svém lékaři stálého pomocníka a rádce a musí věřit, že informace, které od svého lékaře dostává, jsou spolehlivé.

Nemocný, anxieta a strach. Poněvadž při každé nemoci jsou ohroženy hodnoty, vzniká strach. Může být adekvátní i inadekvátní. Strach adekvátní se výkladem dá zvládnout dobře, inadekvátní těžce, nevyhneme se eventuálně ani psychofarmakům. Strach má předmět: dlouhé stonání, bolest, smrt, strach z léčení, strach o zaopatření rodiny apod. Vedle toho u organicky nemocného neurotika nebo neurotisovaného organika vzniká anxieta a psychické reakce. Úzkost může být čistě psychická, pacienti ji srovnávají s předtuchou, nebo somatická, srdeční, střevní. Pacienti mluví o tíži, neklidu. Projevuje se někdy i v úzkostných snech, které mohou být předzvěstí organické příhody, jako je infarkt srdeční, mozkový, dekompensace srdeční, urémie atd. Panický strach a enormní úzkost mohou vést i k sebevraždě. Sebevražd se obávají na psychiatrických a onkologických odděleních, ale žádné oddělení není před nimi chráněno. Deliriosní stavy při deliriích infekčních, metabolických a jiných vedou někdy k sebezabití, tj. neúmyslné smrti vystoupením z okna apod.

Lékařovou povinností je zbavit pacienta za každou cenu strachu a úzkosti v zájmu lidskosti, ale i v zájmu autosanace.

Přístup k pacientovi. Již při prvním setkání s pacientem by si měl každý lékař udělat též diagnosu psychologickou a popřípadě psychiatrickou. Lze říci, že asi 20 % lidí je nějak odlišných od normy, čili u každého pátého pacienta je třeba též diagnosa psychiatrická.

Napřed si položíme otázku, zda tento pacient je nebo není normotik.

Normotik. Lékař musí odhadnout jeho inteligenci a rozhodnout, co může od pacientovy inteligence požadovat v anamnese a jak důkladně je mu třeba vyložit léčebné předpisy.

Snažíme se určit, zda máme před sebou introverta nebo extraverta, nebo v poněkud jiné rovině, ale dosti příbuzně, schizothyma či cyklothyma. (Viz v příslušných kapitolách.)

Osobnosti, s nimiž se setkáváme, jsou standardní, od standardu odlišné, akcentované osobnosti ve smyslu K. Leonharda, které jsou ještě normální, ale druhým pólem tvoří již přechod k patickému, tj. k osobnostem anomálním a psychopatickým.

Osobnost, zejména povahové vlastnosti a momentální psychické reakce, utvářejí hraní role nemocného a léčení buď podporují, nebo brzdí.

Vyskytují se nejrůznější situace a typy pacientů.

Je pacient ponížený, devotní, hledící svou uctivostí lékaře získat, pacient oddaný, idolisující lékaře a zdravotníky. Pacient ochotný, který chce co nejrychleji a nejlépe vyhovět pokynům lékaře, často nakonec znesnadňuje vyšetření a všechno splete. Pacient pedantický, vše si píše a přesně dodržuje,

někdy až do směšnosti, v dřívějších dobách i v noci obtěžoval lékaře svými dotazy. Nepříjemný je pacient prominent, vyžadující zvláštní ohledy a výhody. Je v stejném nebezpečí jako pacient-lékař. Léčící lékař se snaží oběma ušetřit nepříjemné diagnostické zákroky, a tak se může stát, že se nedospěje k správné diagnose. Někdy nepříjemný je lékařsky vzdělaný laik, který má své názory a plete se do léčení a sám si vše upravuje. Stejně nepříjemný může být pacient-lékař, který se bojí léků, klame, bere bez vědomí ošetřujícího lékaře jiné léky.

Diskutuje se o psychologické otázce, zda má nebo zda může lékař ošetřovat nebo operovat své blízké příbuzné. Při lehčích nemocech je to bez debaty. Znám lékaře, kteří operovali svou ženu a své děti, a znám lékaře, kteří by se toho báli. Zde rozhoduje hlavně osobnost lékaře, jeho emocionalita. Z hlediska obecného je myslím lépe, když ponechá operaci jinému, eventuálně si přibere spolehlivého chirurga. Výkon může být ve své kvalitě ohrožen velikou emocí.

Pacienty lze rozdělit jednak podle pohlaví, jednak podle věku. Záleží do té míry na individualitě pacienta, že pohlaví nehraje nijak významnou roli při tvorbě psychologického profilu pacienta. Také preference pohlaví lékaře je individuální, ženy někdy preferují ženu, někdy muže, stejně tak muži. Percentuální stav volby bylo by nutno zjistit dotazníkovou akcí.

Mnohem významnější je věk. O celoživotním poměru člověka k lékařům se rozhoduje v dětství. Větší bolest, nepříjemný zákrok (zuby, farynx) a při tom drsnější chování lékaře vyvolávají později těžko překonávatelnou iatrofobii. Ta se může dostavit, když např. chirurg okřikne pacienta, aby při zákroku nenaříkal. Naříkání je přirozený ventil. Přemáhání výkřiku a zachování dekora je velikou námahou, která značně zatěžuje pacienta.

Starý pacient vyžaduje ovšem zase zvláštní přístup. Chce se vypovídat, svoje obtíže vylíčit. Snadno se hypochondrisuje. Potřebuje vlídnost.

Obtíže pacienta z hlediska psychologie

Člověk je trvale bombardován podněty zvenčí i z vlastního těla a své duševní činnosti. Své tělo vnímá jednak jako objekt, jednak jako část subjektu.

Své tělo vidí, hmatá, slyší kručení v břiše, praskání v kloubech. Hučení v uších, fosfény, jsou sice také zprostředkovány periferním analysátorem nebo jsou do něho promítány, ale není to vnímání objektivní reality těla, nýbrž subjektivní reality, stejně jako specifické tělové pocity horka, chladu, bolesti atd.

Záleží na distribuci pozornosti mezi vnější svět, vlastní tělo a vnitřní duševní svět. Fokalisací na určitý orgán vystoupí do popředí sensace od tohoto orgánu.

Vypočítávat možné subjektivní obtíže by zabralo nesmírně mnoho místa a jsou předmětem obecných částí jednotlivých oborů lékařských, interního, očního, ušního lékařství atd. Zde jen povšechné upozornění.

Jsou pocity vyskytující se v normálním stavu. Tytéž pocity se mohou stát patickými svou intensitou, častostí apod. Pak jsou pocity jen patické, např. bolest, kromě bolesti porodní.

Snesitelnost potíží se řídí primární odolností pacienta, kvalitou pocitu, velikostí pocitu, pokud to lze takto vyjádřit, lokalisací, trváním a eventuálně přítomností vegetativních projevů a tím, jak pacienta vyděsí.

Pacienta vyděsí nevinné myoklonické záškuby víčka, trhnutí tělem při usínání, dřevěnění v oblasti n. ulnaris po probuzení, extrasystoly aj. Díky zdravotní výchově nyní též i nebolestivé zatvrdliny, které byly dříve ignorovány a tím byl promeškán čas.

Nespavost, nechutenství, závratě, hubnutí, krvácení nutily vyhledat poradu s lékařem vždy.

Pacient se bojí o zdraví, „že se zblázní", že má srdeční chorobu. Vždy mne překvapovalo, jak donedávna, ale u některých lidí, zvláště kuřáků, i nyní, je poměrně vzácný strach z rakoviny; myslím, že je menší než z mrtvice.

Bolest na končetinách se lépe snáší než na hlavě, krku, horní části trupu. Bolest somatická, tj. v oblasti pohybového aparátu, se lépe snáší než bolest viscerální, zejména v abdominální krajině, kde je spojena s nauseou, spasmy, zvracením apod., zvláště např. urolitiasa.

Sama nausea je pro většinu lidí nesmírně trýznivá. Též bolest břišní s kolikami nebo s tenesmy, nutkáním na stolici značně alteruje celkový stav. Strašné jsou závrati se zvracením.

Nepříjemný je stav při vyšší horečce, tj. nad 38 °C, někteří lidé se při teplotě 37—38 °C cítí prý dokonce euforičtí, zejména ve stáří. Třesavka alteruje a děsí. Někoho děsí návaly horka, spojuje je s nebezpečím mrtvice. S velikou úzkostí je spojena retence moči, nemožnost se vymočit. Zlá je dušnost.

Z duševních pocitů pacienta týrají a jeho obavy vyvolávají stavy depersonalisační, obsese, anxiosita, poruchy výbavnosti paměti.

Nevinný příznak provázený fobií může být větší mukou pro pacienta než organicky podmíněná silná bolest. S tím musí lékař počítat a podle toho jednat.

Jestliže pacient vzbudí lékaře v noci pro nevinné extrasystoly, přijme ho dobrý lékař se stejným porozuměním jako při volání k urolitiatickému záchvatu nebo k infarktu.

Pacient si je většinou vědom, že je nemocen, tj. má správnou nosognosii. Někteří pacienti při některých chorobách, zejména duševních (schizofrenie, mánie, progresivní paralysa, senilní demence), ale i po mozkové cévní příhodě, po traumatu hlavy si nejsou vědomi své nemoci. Mluvíme o nosoagnosii (nikoliv o anosognosii, kterýžto termín je sice dosti vžitý, ale nesprávně tvořený).

Vnímání patických změn vlastního těla a jeho orgánů se může projevovat jako celková nevůle, slabost, únavnost, závrati, nebo různě lokalisovaná bolest, tlak, napětí, brnění, svědění, pálení, atd. Děti lokalisují bolest všech útrobních orgánů (i hrudních) do břicha. Ale i dospělý není na počátku bolestivé choroby často schopen správně lokalisovat bolest, to se naučí teprve v průběhu choroby, hlavně na základě srovnání vzrůstu nebo poklesu obtíží při změně polohy, při palpaci určité tělesné krajiny, při ochlazení nebo zahřátí, při jídle, při močení

a defekaci, při mluvení, kašli atd. Někdy ovšem tato zdokonalená lokalisace chorobného ložiska vede k přehnanému a zbytečnému pociťování v době, kdy už je chorobná záležitost vyhojena a zbývá jizva, změněná funkce nebo dokonce jen zostřené vnímání normálních pochodů. Tu nastává velmi obtížná úloha nedbat, negligovat, zapomenout proběhlou událost a nevnímat. Ukazuje se, že chorobná inerce bránící zapomenutí je stejné trápení jako jindy chorobná zapomnětlivost při učení.

Anamnesa a její úskalí. Anamnesa je nesmírně důležitá součást vyšetření. Někteří slavní lékaři řekli, že neuděláme-li diagnosu při anamnese, už ji asi neuděláme. Moderní lékaři nejsou tak pesimističtí, ale stejně vysoko oceňují subjektivní anamnesu. Již při jejím získávání se poučíme o duševním stavu pacienta, o jeho postojích, hodnotách, způsobu reagování atd.

Psychiatrická anamnesa je vzor anamnes a její schéma se hodí i pro ostatní obory: rodinná anamnesa, osobní anamnesa (rodina, školy, sexus, povolání atd.), nynější onemocnění.

Mnoho lidí je při podrobné anamnese poprvé v životě přinuceno přesně formulovat a logicky myslet. Podle toho to také někdy vypadá. Je nepředstavitelně těžké se dovědět odpověď na otázku: „Jak dlouho jste nemocen?" „Už dlouho" ... Po dlouhém boji se dovíme: „Půl roku." „Předtím jste byl zdráv jako ryba?" „Ne, to už mě bolela hlava", atd. Lidé pletou, kdy byli uznáni práce neschopnými a kdy si poprvé uvědomili nějaký chorobný příznak.

Většina lidí stále rozvláčně zabíhá a chce uplatnit, co který lékař řekl a předepsal. Při zjišťování anamnesy je nutno vést pacienta pevnou rukou.

Velmi důležité je získat vlastní hodnocení pacienta. „Který je váš hlavní příznak, který vás nejvíce obtěžuje?" Pacienti většinou somatisují. I když je trápí smutek, strach, uvádějí některý z vedlejších příznaků: bolest hlavy, bolest v zádech apod. U somatických příznaků neřekne příznak hlavní, ale ten, který mu právě napadne.

Doporučuji ptát se asi takto: „Kdyby přišel zázračný lékař a slíbil vám, že vás zbaví sice jen jednoho příznaku vaší choroby, ale úplně a navždy, který byste jmenoval?"

Je nutno se poučit o intensitě nepříjemnosti. Ptáme se, zda by se tato obtíž dala vydržet do konce života.

Když jsme se dověděli o hlavní obtíži, pátráme, proč tuto obtíž uvádí pacient jako hlavní, zda pro její nesnesitelnost, nebo proto, že budí obavy, anebo zda pro obojí.

Při anamnese je veliké nebezpečí iatropatogenie a nasugerování některých příznaků nebo odsugerování jich. Musíme se zdržet podle možnosti sugestivních otázek. Je asi pět stupňů sugestivnosti:

0° Proč přicházíte? (zcela nesugestivní)
1° Jaké máte potíže? (naznačeně sugestivní)
2° Bolí vás hlava nebo nebolí?
3° Bolí vás hlava?
4° Nebolí vás hlava?
5° Hlava bolí, že ano?

Objektivní anamnesa je anamnesa od nejbližších příbuzných, spolupracovníků a lidí přicházejících s nemocným do styku. Někdy, zvláště u duševních nemocí, příbuzní „disimulují", bagatelisují. Ač přivedli nemocného pro neúnosné chování, omlouvají ho, zmenšují podivnosti jeho chování atd. Při rentových a důchodových záležitostech naopak agravují, přehánějí. I u referentů objektivní anamnesy si musíme odhadnout jejich inteligenci, postoje a motivace. „Už půl roku nic nejí." „Kolik sní denně čeho?" „No nic." „To by umřel hlady." „On také umře." „Něco přece musí jíst." „To nestojí za řeč," atd.

Vyšetření. Řada vyšetření (cystoskopie, esofagoskopie atd.) je nepříjemná. Pacient se bojí. Při některých vyšetřeních vlivem strachu pacienta se podstatně mění výsledek, např. při hematologickém vyšetření počet leukocytů, při vyšetření sondou kvalita a kvantita žaludeční šťávy apod. Některá vyšetření (častá rtg vyšetření) ohrožují zdraví pacienta. Je pochopitelné, že lékař chce mít poslední vyšetření a ze svého ústavu. Není námitek, je-li vitální indikace, jinak musí mluvit etika lékařská, zvláště jde-li o výzkum a ne o určení terapie (častá katetrisace a zanášení infekce, rtg vyšetření těhotných, vyšetřování isotopy apod.).

Pacientovi je nutno náležitě a jeho duševní úrovni přístupně vyložit nutnost vyšetření a provést je s co nejmenším obtěžováním pacienta. Bolest a nepříjemnost unavuje. Proto, dovoluje-li to výkon, máme si smluvit s pacientem, že dá znamení, když nepříjemnost vyšetřování stoupne, a lékař má slíbit, že ve výkonu ustane (např. cystoskopie).

Musíme šetřit lidskou důstojnost pacienta (při rektoskopii apod.). Pacient nesmí mít současně jiný nepříjemný pocit, musí být položen pohodlně, nic ho nesmí tlačit. Rozmlouváme s pacientem, nebráníme mu ve sténání, ani v křiku. Má-li pacient zachovávat společenské dekorum, je pro něho nepříjemný výkon tím namáhavější. Hrubost, okřikování pacienta apod. deklasují lékaře na nejnižší úroveň a budí pochyby o oprávněnosti provádět léčení; jsou snad omluvitelné, jen jsou-li projevem duševní dekompensace těžce traumatisovaného lékaře.

Nehádáme se s pacientem, že „to nebolí". Připustíme, že to je nepříjemné, že se však lékař vynasnaží, aby to bolelo co nejméně a nejkratčeji. Účinnější než psychoterapie může být vhodná premedikace, která přivodí pacientovi uklidnění, eventuálně bezbolestnost.

Frustrace, jak jsme už dříve vyložili, je znemožnění cesty k ukojení potřeby, tj. k získání hodnoty.

Bez frustrace by nebylo lidské civilisace a kultury. Frustrace žene k vynalézavosti, k opatřením proti selhávání atd. Frustrace u zdravého může být podnětná a prospěšná, ale může být i nosogenní. U nemocného je naprosto nežádoucí. Proto je nutno frustraci nosokomiální, nemocniční, omezit na nejmenší míru.

Již nemoc sama zahrazuje cestu k ukojení řady potřeb. Nemoc je traumatisace. Hospitalisace je traumatisace. Při hospitalisaci je řada frustrací, když selhává pacientova snaha o zlepšení podle jeho názoru zlé situace.

Hospitalisace přináší ztrátu domova, domácího pohodlí, zhroucení zvyklého ceremonielu. Dalšími faktory mohou být nepohodlná postel, úplná ztráta sou-

kromí, alterace lidské důstojnosti. Sestra nefunguje podle přání pacienta, nepodává mu včas mísu, vzniká anxieta. Spojení s domovem je přerváno, vzniká částečná deprivace, návštěvy jsou jen dvakrát týdně po 2 hodinách. (To by bylo třeba co nejdříve napravit, doby návštěv by měly být časté, čtyřikrát týdně, ale jen krátké, 1 hodinu.) Vadí nehybné ležení. Nelze číst. Spolupacienti ruší hovorem. V noci se nesmí svítit. Jídlo nechutná, není dost teplé, je podáváno v nezvyklých hodinách z důvodů provozních nebo pro pohodlí zaměstnanců. Vzniká strach z budoucnosti. Spolupacienti líčí hrůzy vyšetřování, jemuž nelze uniknout. Uklízečka budí v 5 nebo v 6 hodin ráno.

Jsou dva druhy pacientů. Samotáři chtějí samostatný pokoj, který lze mít v hotelu jako samozřejmost. Trvalá přítomnost druhého pacienta je nevýslovně ruší. Je známo, že i krysa se dříve uzdraví, je-li isolována.

Družní pacienti jsou šťastni mezi druhými, s nimiž si mohou povídat.

Pacient se bojí si stěžovat, když je mu něco proti mysli, aby se mu zdravotníci nemstili.

Přesáhnou-li nepříjemné podněty z okolí individuální mez tolerance, reaguje člověk zpravidla některou z primitivních psychických reakcí.

Nejčastěji se vyskytuje agrese jako jeden z nejpůvodnějších psychických radikálů, jenž jednoduchým a preformovaným způsobem řeší jednoduchou situaci zpravidla adekvátně, složitou společenskou někdy rovněž, většinou však nikoliv. Agrese, stejně jako útěk, únik nebo ukrytí, strnutí, jsou prastaré obranné mechanismy (u šelem slouží mimo to potravovému instinktu). Smyslem agrese je odstranit nepříjemný stav ústřední nervové soustavy (jenž je zpravidla důsledkem ohrožující, nebo škodlivé, anebo tísnivé situace pro individuum) zničením, zneškodněním nebo odpuzením onoho podnětu (útěk a ostatní pasivní reakce řeší stejnou situaci vzdálením od podnětu nebo jeho neprovokováním). V primitivních přírodních podmínkách vedl zpravidla k řešení: buď k vítězství, nebo k vlastní záhubě, anebo k pokoření, resignaci, submisi. V podmínkách lidského soužití v organisovaných společenských útvarech vede k řešení většinou jen tam, kde reagující disponuje mocí nebo autoritou. Jinak (jako je tomu v případě pacienta) postihuje často konečný nebo vedlejší, nikoliv hlavní článek společenské struktury, totiž vykonavatele řádu, zákona nebo příkazu. Agresor se tedy dopustí buď křivdy (což je sledováno buď pocitem lítosti a studem, nebo složitou nepravdivou racionalisací), nebo musí nést následné sankce za porušení norem chování, protože se jich agresor zpravidla dopouští. Jak rušivým činitelem je agrese, je vidět z toho, že v organisované lidské společnosti je potlačována a odsuzována. Připouští se jen v elementární obranné situaci, vyskytuje se v primitivních sporech hospodských a rodinných, v nekontrolovaných vládních aparátech (policie, vojsko). Tendence k ní u mužů je skoro ubikvitní, u žen častá.

Ve zdravotnické situaci přichází hlavně v tísni, bezvýchodnosti, frustraci. Agresí totiž odpovídá i mírný a plachý člověk na nesmyslný útisk, omezování, zklamání, zneklidňování, šálení, hrubé nebo opovržlivé zacházení, zesměšňování, obviňování. Reakce se projevuje buď verbálně, nebo motoricky, s příslušným všeobecně známým afektem hněvu a útočným jednáním, jež lze zařadit do 4

stupňů, s nejvyššími obsahujícími útok proti věcem a osobám. Je-li v takovém komplexu obsažen i pocit vlastní viny, může se útočnost obrátit proti vlastní osobě od sebeobviňování a sebeproklínání až po ničení vlastního majetku nebo života.

Uvolnění však nastává i bez likvidace dráždícího nebo ohrožujícího podnětu nebo situace, pouhým vybouřením nesnesitelného intrapsychického napětí. Zvláště lehce upadají do takového řešení explosivní povahy (jinak to mohou být řádní a pracovití lidé), postižené zvláštní, až chorobnou pohotovostí k hněvivým výbuchům. U nich však může dojít (zvláště po požití alkoholu) ke krátkodobému zákalu vědomí (patický afekt) a ke kruté ničivosti, která se násilným jednáním dlouho nevyčerpává, nýbrž ještě stupňuje, i po zničení předmětů nebo zabití soupeře (pokračující agrese proti už mrtvé oběti u epileptiků a epileptoidů). Vedle této agresivity endogenní se může vyskytnout symptomatická agresivita po úrazech hlavy, u dlouho ležících a dlouho trpících pacientů, zvláště když přistoupí provokace ze strany spolupacientů nebo personálu. Většinou stačí vyslechnout stížnosti pacienta a zařídit potřebné (zpravidla postačí minimální úprava), není třeba hned takového pacienta překládat na psychiatrii. Všeobecně známá úleva po zlostném výbuchu se považuje za příznivé řešení předchozího napětí a zdravé spálení nahromaděných metabolitů, které jinak organismu škodí, protože se usazují ve stěnách cév a jiných tkání. Tento plausibilní předpoklad však nesouhlasí s běžnou zkušeností (zlostní lidé dostávají infarkty a ikty stejně často jako ti, kteří se ve svých projevech ovládají). To dobře vysvětluje hypothesa Arnoldové a Lindsleyho, podle níž v afektu dochází k lavinovité další biochemické mobilisaci, kterou tedy nestačí hněvná motorická činnost zlikvidovat. Přílišné sebeovládání ovšem také není pro organismus prospěšné. Je však celá řada jiných stejně úspěšných a přitom společensky přijatelných nebo vítaných řešení: spánek, motorická činnost (přecházení, práce, procházka), pláč (jindy smích), verbální ventilace problému a situace. Na přechodu k patickému jsou neurofysiologické reakce jako je průjem a zvracení, a symptomatické požívání jídla nebo sexuální ukájení.

Jsou ještě jiné formy nepřátelství a útočnosti, které neprobíhají v rámci primitivních, takměř biologických dějů, nýbrž používají specificky lidských psychických aparátů a dokonce společenských institucí. H o s t i l i t a, hostilnost, hostilní reakce, je trvalé nebo dlouhodobé nepřívětivé a nepřátelské zaměření proti určité osobě nebo prostředí. Důvod bývá často malicherný (urážka, nevlídnost, zklamání), někdy jde vůbec jen o přenesení afektu na nevinné nebo bezvýznamné účastníky situace nebo instituce, v níž se postižený necítí dobře. Projevuje se nedůvěrou, odmítáním rad a příkazů, vzdorovitostí, odmlouváním, vyvoláváním hádek, nevhodným a nesprávným kritisováním, resonérstvím (u něhož však může cit nenávisti ustupovat do pozadí).

K v e r u l a n t s t v í používá ještě více společenských nástrojů, protože reaguje na domnělou křivdu nebo uškození stížnostmi, podáními, žalobami, za plného využití znění předpisů, zákonů, nařízení. Mívá u nadřízených institucí úspěch do té doby, než se přijde na to, že stěžovatel sám předpisů nedbá, nehledě na to, že ve své procesní nenasytnosti začne brzy podezírat i ty, jimž stížnost

podal, a obrací se k další vyšší instanci. Teprve potom bývá odhalena jeho chorobná osobnost. Kverulantství však nepramení jen z abnormálně podezíravé a zranitelné osobnosti. Často mu dodá zdravotnické prostředí nesprávným chováním dostatečnou motivaci i materiál.

Mohou se vyskytnout i reakce opačného smyslu: pacient se může naprosto poddat situaci, neodporovat, nebouřit se. Je to resignace, oddání se dané situaci, vzdání jakékoliv odvety. Jestliže jde spíše o poddání cizí vůli, mluvíme o submisi. Obě reakce mohou být škodlivé, protože podlamují vůli a energii, nutné někdy k zvládnutí chorobného procesu. Jindy však, kde jde o bezvýchodnou situaci, mohou přinést alespoň relativní duševní klid, popřípadě přispívat k úzdravě tam, kde je na místě slepá víra a oddanost vyšší vůli (při hypnotické léčbě, některých formách psychoterapie).

Od těchto primitivně pasivních mechanismů je třeba odlišovat negligaci, bagatelisaci, což je někdy záměrné, jindy polovědomé nedbání chorobného stavu nebo ohrožení. Je vhodné tam, kde lidský zásah stejně nic nemůže ovlivnit, ale může být škodlivé až zhoubné tam, kde se takto zanedbá nebezpečná choroba, která mohla být včasným zásahem vyléčena. Je častá u epileptiků. Jinak známe tuto reakci spíše z běžného života, kde umožňuje snížení strachu v nebezpečné situaci nebo zmenšuje risiko blamáže nebo zklamání v konkurenčním úsilí nebo erotickém výboji nebo prestižním, např. sportovním, zápolení.

Nedbání chorobných příznaků můžeme nalézt i u lidí bystrých, chytrých a v jiných oblastech úspěšných, např. u vedoucích hospodářských činitelů, jejichž stonáním by byl ohrožen stav podniku, průmyslového odvětví, na nichž závisí existenčně mnoho lidí apod. Nejde však o trvalý postoj, proto se nedoporučuje takové lidi strašit možnými nebo jistými důsledky: mohla by u nich vzniknout hypochondrická ovládavá obava. Nedbají-li o svůj ohrožený zdravotní stav lidé primitivní nebo hloupí proto, že nejsou s to postihnout závažnost situace, mluvíme o indolenci. Hlavně tehdy, jsou-li ještě další povahové rysy, netečnost a lhostejnost nepřístupná radě a varování.

Paradoxní reakce se vyznačuje tím, že člověk zdůrazňuje a vytyčuje bezvýznamnou a směšnou stránku situace, její komičnost ještě dalším zpracováním stupňuje. Jak výstižně vyjadřuje název „šibeniční humor", nepramení její výskyt z nepochopení nebezpečí, ale z bezvýchodnosti, ať už objektivní, nebo subjektivní (pro nepodnikavou povahu). Přesto, že v podstatě jde o neadekvátní reakci vzhledem k základnímu významu ohrožení, znamená jedině možnou adaptaci, protože dovoluje zachovat relativně dobrou náladu a důstojnost člověka tam, kde nelze uniknout, ani zvítězit. Tento způsob reagování je zosobněn postavou dobrého vojáka Švejka.

Psychických reakcí, v podstatě preformovaných primitivních způsobů řešení životních situací, je ještě celá řada. Lékař o nich má vědět, počítat s nimi, aby nebyl překvapen, když se s nimi u svých pacientů setká, a aby se z neznalosti psychologických faktů nestavěl na laickou posici, jež má tendenci takové projevy moralisovat, odsuzovat, trestat. Některé z nich patří vlastně už do psychiatrické kapitoly o neurosách: konverse, protestní reakce, paranoidní reakce, panická reakce atd. Jsou však některé, které samy o sobě nejsou patognomo-

nické pro duševní poruchu, ale mohou svědčit o úrovni a druhu osobnosti nebo rázu situace.

Kompensace je tendence vyrovnat nějaký nedostatek nebo slabost zvýšeným výkonem nebo zlepšením osobních vlastností na jiném poli. Nejčastěji jde o takové nedostatky, které byly patrné už v mládí, hlavně v době kolem puberty, kdy se především vytváří hodnotící schéma vlastního těla nebo osobnosti. Jsou to tedy tělesné vady, malý vzrůst, ošklivost, neohrabanost, slabost, šilhavost, koktavost. Výsledky kompensace (event. překompensování komplexu méněcennosti) jsou někdy opravdu vynikající. Je známa řada sportovců, kteří dosáhli nadprůměrných výkonů cvičením po dětské obrně. Stejně tak jsou známy slavné příklady z dějin: Demosthenes, Alexandr Veliký, Evžen Savojský atd. Avšak na rozdíl od siláků a vrozených talentů je u kompensace vždy rys křečovitosti, base nadprůměrných výkonů je úzká, po přetížení snadno dojde ke zhroucení sil nebo dovedností, s následnou psychickou depresivní reakcí.

Racionalisace je velmi rozšířený způsob primitivního katathymního myšlení. Jednání nebo postoj nejsou vykládány skutečnou pohnutkou, nýbrž takovou, která je přijatelná názorům dotyčného jedince nebo jeho prostředí. Zpravidla je to tak, že jednání vyvolané pudovou nebo egoistickou nebo asociální tendencí je vykládáno motivací na vyšší úrovni morální nebo rozumové. Může se však vyskytnout i opačný mechanismus, že totiž činy provedené z ušlechtilého nebo sentimentálního důvodu jsou v cynickém a hrubém prostředí vykládány nižším mechanismem (osobním prospěchem nebo požitkem). Ostatně není mezi pravou racionalisací a výmluvou (což je vědomé zastírání motivu) rozdíl tak podstatný: zpravidla lze lehce získat správný náhled na skutečné pohnutky jednání. Racionalisace zpravidla slouží k překlenutí rozporu mezi svědomím nebo povinností a pudovou nebo jinou nižší nebo neschválenou tendencí. Tak nemocní s anorexia mentalis používají nejen vědomých výmluv a podvodů vůči okolí, nýbrž i racionalisace: jsou přesvědčeni, že jídlo jim škodí, že jsou tlustí apod.

Projekce je přisuzování vlastních postojů, názorů, úmyslů jiným lidem. Východiskem je správný předpoklad, že okolí zpravidla reaguje obvyklým odvetným citem a jednáním na naše postoje (vyjádřené zpravidla náladou a mimikou nebo chováním a výroky). Jde tedy o anticipaci emocí a úmyslů u protějšku, i když subjekt nedal své city a postoje najevo. Je vždy známkou nedostatečného náhledu do vlastní psychiky. Je velmi rozšířena a má značný psychologický význam. Účastní se také ve vzniku sensitivní vztahovačnosti.

Identifikace je osvojení názorů, vkusu a způsobů jednání od imponující osobnosti, někdy obdivované, někdy však i nenáviděné nebo kritisované. Nejčastěji dochází k identifikaci s vlastním rodičem stejného pohlaví, jindy i učitelem, vojenským nadřízeným, oblíbeným hercem nebo sportovcem. Je to důležitý mechanismus ve výchově a formování osobnosti dorůstajícího člověka. V medicínské oblasti se s ním setkáváme tam, kde si dcera osvojuje hysterické projevy své matky, syn pijáctví otcovo, mladík surovosti vůdce party. (Je však třeba vždy uvážit podíl dědičnosti a vrozených vlastností, jež by možná stejně vedly k takovým projevům, při čemž domnělý vzor je vyhledáván vlastně dodatečně

jako odpovídající partner.) V lékařské praxi má význam při vytváření hypochondrických reakcí, protože výběr domnělé choroby se často děje identifikací s nemocným nebo zemřelým příbuzným, známým, spolupracovníkem.

Zkratkové jednání je ukvapené, zbrklé, dosahuje cíle nebo úniku z tísnivé situace nejkratší cestou a nejbližšími prostředky, bez přihlédnutí k eventuálním závažným pozdějším následkům. Pro lékaře je nejdůležitější zkratkové jednání sebevražedné, jímž mladí a nevyzrálí lidé řeší zdánlivě nesnesitelné milostné hoře, rodinné rozpory, školní neúspěchy, životní krize, stesk po domově. Někdy jde o činy méně důležité, jako je útěk z domova nebo internátu, jindy velmi závažné, jako je vražda náhodného svědka, založení ohně k zahlazení trestného činu, zabití nevyléčitelně nemocného a trpícího příbuzného apod.

Tyto reakce se mohou vyskytnout u každého člověka, i u jinak normálního a vyrovnaného, je-li jeho pohoda a odolnost narušena chorobou, vyčerpáním, nebo zvlášť těžkou životní situací. Jsou však některé skupiny lidí, u kterých je nacházíme nápadně často. Mimořádný zájem by měl lékař věnovat osobám infantilním, nevyrovnaným. Vyznačují se hlavně tím, že jsou nestálé v názorech a hodnocení, protože jejich myšlení je dalekosáhle ovlivňováno citovými momenty, okamžitými sympatiemi a antipatiemi. Jsou vzdorovití, současně však velmi sugestibilní, nesamostatní. Těžko snášejí životní strázně, hlad, žízeň, námahu, nepohodlí, velmi se litují. Nejsou s to řídit se podstatnými činiteli událostí, i když jsou schopni je poznat. Jsou impulsivní, nehorázní, netaktní. Jsou v nesprávných chvílích sentimentální a jindy krutí. Jejich výpovědi a svědectví jsou nespolehlivé, přehánějí, vymýšlejí si. Na tyto základní rysy chování a povahy nemá podstatný vliv ani eventuálně vysoká formální inteligence, jež je naopak z hlediska jejich nepříznivého působení spíše závadou, protože — jsou-li nadaní — dosáhnou ve školách výborného prospěchu, získají na základě pěkných vysvědčení vlivná místa a mohou ztěžovat a ztrpčovat život řadě lidí. Libují si v intrikách, lhaní, jsou u nich časté hysterické projevy, mají sklon k narkomanii. Pro svůj půvab, smysl pro hru a zábavu, zdánlivou naivnost a upřímnost lehce získávají při prvním sblížení oblibu. Poněvadž je však běžný život nudí, vyhledávají zpestření a změnu. Tragédie je v tom, že při dětském pojetí života mají práva a moc dospělých lidí.

Lékař by měl být dále informován o základních psychomorfologických druzích osobností, jak jsou podávány v celé řadě typologií.

Podstata typologie je v tom, že v pevných komplexech sdružuje vždy určité tělesné a duševní, nebo viditelné a skryté, anebo normální a chorobné rysy, takže poznáním jedné nebo několika jednoduchých a přístupných vlastností lze soudit na ostatní složitější nebo skryté. Pro vědeckou práci se hodí typologie velmi špatně pro malý stupeň provedené analysy, abstrakce a zobecnění, hodí se však svou konkrétností a názorností pro uměleckou práci, pro rychlou praktickou orientaci a pro výuku. Typologie obyčejně zkresluje skutečnost, protože některé pregnantní vlastnosti příliš zdůrazňuje a připisuje jim větší význam, než jim náleží; mimo to vytváří ostré hranice tam, kde ve skutečnosti bývá přechod. Přes všechny tyto nevýhody se typologie uplatňuje v takových oblastech, kde přesné měření není možné, protože není

známo ani složení z částic, ani struktura pozorovaného jevu. První počin bývá určení dvou polárních typů, které shrnují evidentně odlišné skupiny (Jaenschův typ B, basedowoidní, a T, tetanoidní). Od antiky jsou známy Hippokratovy typy, apoplektický a ftisický, jež už vyhovují medicínským požadavkům kladeným na typologii, protože určením tělesného habitu je poznána možnost příslušného onemocnění, popřípadě jsou dány preventivní zásahy a rady. Známá čtyřdílná typologie temperamentů (cholerický, sangvinický, flegmatický, melancholický) je sice velmi výhodná pro umělce a pro běžný život, ale má menší význam pro lékaře. Typologie Kretschmerova se zdála mít velký heuristický význam. Jestliže podle tělesného habitu zařadíme pozorovaného např. do pyknického typu, je tím dána jeho povaha v normě (cyklothymie, to je citová přístupnost, polarita nálady ve smyslu veselý — smutný, společenskost, srdečnost, smysl pro uměřenost a realitu, pro radosti každodenního života), dále je tím určena psychopatická osobnost z tohoto okruhu (cykloidie, stupňování nebo trvalé ladění ve smyslu jednoho z pólů těchto druhů projevů a vlastností), a dokonce je tím dán druh endogenní duševní choroby, jestliže jí představitel tohoto typu onemocní (manicko-melancholická psychosa). Do druhé skupiny se řadí podle astenického (leptosomního) tělesného habitu lidé, kteří se v důsledku toho projevují v povaze jako uzavření, chladní nebo lehce zranitelní, plaší nebo nevrlí, logičtí systematici, fanatici myšlenky a ideologií, snílci nebo pedanti (schizothymní). Psychopati tohoto typu (schizoidie) projevují všechny tyto vlastnosti ve stupňované nebo nerovnoměrné míře a endogenní duševní choroba, jež je eventuálně očekává, je schizofrenie. Třetí skupina, atletici, jsou povahy viskosní, to je pomalí, klidní, bez vzletu a fantasie, vytrvalí, někdy zlostní, impulsivní. Mají největší sklon k epilepsii. Není pochyby, že lze najít lidi, kteří v sobě spojují tělesný habitus, k tomu příslušné povahové vybavení, eventuálně psychopatologický obraz, onemocnějí-li duševně. V organismu jsou nepochybně podle jeho utváření skryty možnosti pro určitý vývoj a obraz choroby (patoplastický moment), ale nelze tvrdit, že by ho jeho typ nebo konstituce sám o sobě do choroby vedly, nepřistoupí-li to podstatné, to jest vlastní patogenní činitel. Dále je známo, jak málo souvisí tělesná konstrukce a zjev s povahovými vlastnostmi a chorobnými projevy: tak vidíme tělesně robustní neurotiky chvějící se malichernými obavami, kdežto tělesně útlí lidé mohou být pevní, stateční, vyrovnaní. U oligofreniků je známo, že v tělesném vzhledu a výrazu obličeje se projevuje nízký stav mentálních schopností jen tehdy, vznikne-li onemocnění ještě v intrauterinním životě nebo brzy po narození. Poruchy inteligence, vzniklé jen poněkud později, se nejeví v tělesném vzhledu a výrazu obličeje, takže je vidět, jak brzy se od sebe odlučuje somatický vzhled a duševní výbava. Je ovšem možno namítat, že všechny tři choroby, o něž jde, schizofrenie, cyklofrenie a epilepsie, mohou být lokalisovány v nižších oddílech centrálního nervstva, kde se ještě somatický a psychický plán dalekosáhle prolínají. V konkrétním případě nelze ani povahu ani chorobu určit spolehlivě jen podle tělesného habitu. Je známo ještě několik starších typologií: Hallé (1797): vaskulární, muskulární a nervosní temperament, Rostan (1828) a Sigaud (1904):

typ digestivní, muskulární a respiratorní, Beneke (1832): typus carcinomatosus, normalis a scrophulophthisicus, Rokitanský (1850): habitus apoplecticus, normalis a asthenicus, Carus (1852): flegmatický, atletický, astenicko-cerebrální, de Giovanni (1870): habitus plethoricus, athleticus, phthisicus, Viola (1909): macrosplanchnicus (brachytypus), normosplanchnicus, microsplanchnicus (longitypus), Sheldon (1940): endomorfní (viscerotonní), mesomorfní (somatotonní), ektomorfní (cerebrotonní). Je ještě řada dalších.

Pokusy o vědecké zdůvodnění typologie jsou většinou spekulativní. Kretschmerův žák Conrad soudí, že typy odpovídají stadiu vývoje osobnosti, fixované ukončením růstu: pyknický typ neměl čas se plně rozvinout, proto upomíná na dětský habitus, kdežto při urychleném tempu se dosáhne leptosomní formy. Atletický (hyperplastický) typ je endokrinně podmíněná varieta normálního metromorfního habitu. Je to podobná konstrukce, jakou nacházíme u Freuda, podle něhož je typ člověka dán fixací vývoje osobnosti na určitém stadiu vývoje libida. V psychoanalytickém učení o neurosách se zvláště zdůrazňuje anální charakter, jenž se vyznačuje fixovanou pozorností individua k tělesné čistotě, ke kázni, k sebekontrole, z čehož dále vzniká šetrnost, vytrvalost, podléhání autoritám, nesnášenlivost, až sadomasochismus. Někteří autoři (Fromm 1941) z něho vyvozují obraz despotických politických forem, např. fašismu. Velmi rozšířená je dvoučlenná typologie Jungova, rozeznávající podle postoje k světu a zpracování zážitků povahy extravertní a introvertní, v podstatě odpovídající Kretschmerovým typům cyklothymním a schizothymním. Použitelnost typologického dělení v kultuře způsobila, že i zde vzniklo několik systémů, kterých se někdy používá v medicíně. Schiller (1795) rozeznával naivní a sentimentální básníky, Nietzsche (1872) dionýskou a apollónskou stylovou formu, Spranger (1911, 1914) vytvořil „nadčasové ideální typy", kde základním kritériem není moment biologický nebo tvůrčí umělecký, nýbrž převaha hodnocení světa podle kulturních oblastí: typ teoretický, ekonomický, estetický, sociální, náboženský a politický. Tohoto hlediska se často používá v různých dotaznících, určených k výzkumu individuální osobnosti. V běžné každodenní psychologii se mimo to ještě užívá tzv. otevřené typologie, to jest nesystematického zařazování lidí podle celkového zjevu, nebo hlavně podle nějaké nápadné vlastnosti pod obecně známý typ nebo postavu známou z literatury, bible, pověsti atd.: Don Juan, Herkules, Messalina, Xantipa atd., popřípadě diplomat, světoběžník, držgrešle, atd. Pavlovova typologie se podstatně odlišuje od výše uvedených typologií tím, že je vytvořena na základě vědecké analysy a definice základních pochodů v nervové soustavě.

Pokud jsou typologické soustavy vytvářeny lékaři, je třeba dávat pozor na nebezpečí generalisace lékařských zájmů a zkušeností. Lékaři mají všeobecně sklon patologické jevy a procesy, se kterými se ve své praxi stále znovu setkávají, považovat za zdroj i normální zákonitosti, nebo je ztotožňovat se základními rysy, mechanismy a tendencemi zdravé osobnosti. Přitom však je známo, že právě rudimentární nebo okrajové orgány nebo soustavy, jež byly vytlačeny z hlavní osy vývoje, způsobují nejvíce poruch (chirurga např. velmi mnoho zaměstná apendix slepého střeva).

Tím, že lékař zjistí nebo odhadne u svého nemocného jeho konstituci, popřípadě jej zařadí do určitého typu osobnosti, není ovšem ještě jednoznačně předpověděno chování a osud nemocného. K charakteristice osobnosti patří především výsledek výchovy v nejširším slova smyslu, tj. souboru všech společenských vlivů, které dané individuum formovaly, vzdělání, etické zásady, vytvoření životních hodnot, světový názor, politické přesvědčení atd.

Mezi jednotlivými typy stejně jako mezi rasami a pohlavími nejsou zřetelné rozdíly v inteligenci, charakteru, morálním profilu, sociální ceně.

Lékař nemá většinou možnost vyšetřovat podrobně osobnost, popřípadě jednotlivé duševní vlastnosti a schopnosti pacienta, a bývá proto odkázán na rychlé posouzení na základě krátkého setkání. Je zajímavé, že pro běžnou potřebu je takto získaný obraz poměrně velmi bohatý a uspokojivý, lépe řečeno, nedá se opakovaným krátkodobým stykem už podstatně doplnit. Hlubší poznání osobnosti by bylo možné buď soustavným psychologickým vyšetřením, nebo dlouhodobým intensivním pozorováním, popřípadě soužitím v důležitých životních situacích, nebo spolehlivými objektivními zprávami od lidí, kteří pacienta dobře a dlouho znají. Racionální jádro věci je v tom, že v prvním styku, kdy je pozornost maximálně zbystřena, zaregistrujeme do své paměti většinu poznání možného v běžném styku. Metodika takového posouzení je ovšem nutně povrchní. Vyjadřuje v první řadě afektivní dojem sympatie nebo odporu, odhad významu a nadání podle výroků a zjevu, povahy a typu, podle mimiky a gestikulace, a často bezděčné srovnání podle podobnosti nebo společného znaku s osobou, která je nám dobře známa. Výsledek takového rychlého postupu je tím lepší, čím je pozorovaná osoba „průhlednější", a závisí ovšem hlavně na tom, jak mají oba partneři k sobě blízko temperamentem, výchovou, vzděláním, sklony, dále na tom, které vlastnosti chce pozorovatel zjistit, jaké má sám psychologické znalosti.

Spolehlivost prvního dojmu záleží především na některých vlastnostech pozorujícího. Tak mají lepší výsledky lidé starší a zkušení, projevující přitom živý zájem o okolí, dále lidé inteligentní, hlavně s uměleckými sklony. Mimoto jsou někteří lidé vrozeně dobrými znalci lidských povah. V posuzování ostatních je zvláště důležitý pochod projekce, tj. bezděčného promítání vlastních povahových rysů, hlavně neúplně uvědomovaných. Proto nacházejí muži typické mužské vlastnosti (a chyby) u mužů, ženy ženské vlastnosti u žen, egoisté obdobné rysy u egoistů atd. Nejlépe se uvarují chyb z projekce ti pozorovatelé, kteří mají sami k sobě kritický postoj a dobře znají svou povahu, sklony, reakce. Je zajímavé, že psychologové a psychiatři nejsou obecně lepší znalci lidí než laici. Zdá se také, že extraverti přes šíři svých zájmů nejsou lepšími znalci povah než introverti, kteří nedostatek živého kontaktu nahrazují bystrým pozorování a citlivosti (Hofstätter).

Spolehlivost závisí ovšem také na tom, které rysy osobnosti posuzujeme. Temperament, vztah k okolí, způsob projevu se určuje lépe než intelektové schopnosti nebo společenská a morální hodnota. Inteligence lidí sympatických, energických a obrýlených bývá zpravidla hodnocena výše. První dojem může být pochopitelně velmi značně zkreslen sugestivními názory třetího člověka.

Nejhůře dopadá úsudek, jsme-li vůči pozorovanému zaujati buď příznivě, nebo naopak nepříznivě (konkurenti atd.).

Jakýmsi měřítkem objektivity našeho úsudku je shoda s názorem dostatečného počtu jiných lidí, je však třeba si uvědomit, že příliš nápadná jednomyslnost je naopak podezřelá ze sugestivního působení (náboženské, šovinistické, rasové zaujetí atd.). Dalším kritériem správného poznání je schopnost předvídat na jeho základě chování pozorovaného člověka v budoucnosti v různých situacích.

Teprve setkáním osobnostních rysů pacienta, jeho povahy, zkušeností, kulturní úrovně na jedné straně, se zdravotnickým prostředím, chováním personálu, režimem oddělení, technickým vybavením, společenstvím pacientů na straně druhé vzniká konkrétní zdravotnická situace. Neexistují samospasitelné rady, jak uspořádat události a jak se chovat v daném okamžiku. Jen obecně lze říci, že přílišná shovívavost vede k anarchii, jež na citlivé duše působí drtivě, mimo jiné také proto, že pak značného vlivu dosáhnou lidé neukáznění, podvodní, hluční, hrubí. Na druhé straně však přílišná péče a disciplína vede buď k rozmazlování, infantilisování pacienta, takže se potom doma těžko znovu adaptuje, nebo vede ke kasárenskému režimu, jenž člověka ponižuje a způsobuje, že se pacienti neradi vracejí. Nejvhodnější je režim přísný a pravidelný, v němž však pacienti mají příslušné místo v hierarchickém uspořádání se značnou mírou odpovědnosti a vlivu. Takovou strukturou se rázem vyřeší mnoho komplikací.

Sociální mikroklima. Pokoj nemocných se všemi nemocnými, sestrami, lékaři atd. tvoří složitý systém, jehož jednotky vzájemně na sebe působí. Pacient A. vzbudí v lékaři náladu a reakci x, která působí na ostatní pacienty, zvláště však na pacienta B., který svými reakcemi působí hlavně na pacienta C., jenž popudí pacienta A., atd.

Sociální mikroklima je dáno i fysikálními činiteli: malba pokoje, teplota (přílišné horko, přílišná zima), světlo příliš intensivní, nebo nedostatečné, i sociálními: antipatie a sympatie pacientů, obsluha atd.

Je třeba oddělení spořádané, čisté, vše klape, a přece se pacienti necítí dobře. Lékař je „přísný“, nebo sestra je „přísná“, vzniká nepříjemné ovzduší strachu, anxiety, nervosity, celé oddělení trpí „vnitřní tensí“. Při výměně toho, jenž to způsobil, celé oddělení pocítí úlevu. Hojivost se zvětšuje.

Kulturní a civilisovaný člověk je formován z velké části meziosobními vztahy. To je hlavně sympatie a zdvořilost. Sympatie obhroublá bez zdvořilosti je někdy nepříjemnější než zdvořilost bez sympatie. Doba lidí „v drsné skořápce srdce zlaté“ dávno minula, chceme jemnou skořápku člověka dobré vůle. Zdvořilost vždy a všude! Pacient je buď soudruh a soudružka, nebo pan a paní. Je hrozné slyšet: „Nováková k visitě!“

Iatropatogenický podnět. Zde je určitý zmatek v terminologii. Myslím, že je načase ujasnit si pojmy a pojmenování vzhledem k obsahu. *Ho iatros* = lékař, pomocník, *he genna* = původ, narození, *to genos* = stvořené, kmen, rodina, *genao* = tvořím, způsobuji, *geno, gignomai, ginomai* = povstávám, rodím se, *to pathos* = utrpení, nemoc, neštěstí, afekt.

Iatrogenie znamená vše, co od lékaře, nebo jeho pomocníka, anebo od zdra-

votníka vůbec vychází, tedy např. uzdravení je iatrogenické, bylo-li způsobeno zdravotníkem.

Iatropatogenie je zvláštní případ antropopatogenie, tj. poškození zdraví druhým člověkem vůbec, tedy spolupracovníkem, členem rodiny, sousedem. Jestliže poškození nastalo spolupacientem v nemocnici, je to sice antropopatogenie, ale můžeme ji zahrnout pod iatropatogenii; nastalo-li ve vlaku, v parku atd., je to antropopatogenie.

Iatropatogenie může být různá: mechanická, diagnostická, terapeutická, medikamentosní, náhodná, psychogenní a jiná.

Všechny tyto iatropatogenie bychom si mohli podle logických kritérií přesně rozdělit, ale tím se nebudeme zabývat.

Nás zajímá iatropatogenie psychogenní. Slovem psychogenní rozumíme mechanismus působení.

Jestliže je zapomenut při operaci peán v břiše, předosován lék, perforováno rektum, je to iatropatogenie, ale ne psychogenní.

Psychogenní iatropatogenie nastává, je-li poškození způsobeno výrokem lékaře nebo personálu, ale i vlivy v nemocničním zařízení, které neblaze psychicky působí: špatné osvětlení, hluk, špína, deprivace apod. Je to důsledek nepříjemné emoce, která ruší správné zpracování informací, správnou komunikaci se zdravotníky.

Psychogenní iatropatogenie je dvojí: 1. přímé uškození, 2. nepřímé uškození, k němuž došlo, protože nebylo něco řečeno nebo učiněno: nejsou od sebe separováni pacienti, kteří na sebe nepříznivě působí, není opravena některá závada, není dodržen slib, není dosti srdečný postoj k pacientovi atd.

Iatropatogenický podnět může být různý, jak jsme o tom mluvili při frustraci. Vlastní iatropatogenický podnět je obyčejně vše, co vzbudí u pacienta strach z nemoci, jejího zhoršení a smrti: mimika, gesto, odmlčení, šeptání, cizí slovo, nález ponechaný na stole atd. Jeden pacient se vyděsil a trápil několik měsíců, že lékař diktoval sestře, že má sklípkové dýchání, tedy špatné, jako v malém sklípku. Nejvíce se ovšem děsí pacienti sami povrchním přečtením odborných statí. Viz např. pacientka s domnělou endocarditis lenta, o níž jsme se již dříve zmínili. Člověka, který má druhou signální soustavu, lze slovem zabít, ale i zachránit.

Kterýkoli lékařský výkon je více méně iatropatogenický. Při anamnese stoupá tlak krevní, při odběru krve se mění bílý obraz krevní tím více, čím tupější je jehla. Při větších výkonech a větších emocích se rozehrává celý metabolismus, katecholaminové hospodaření atd. Adrenalin je hormon úzkosti, noradrenalin vzteku. Adrenalin je jediný hormon, který nemá svého antagonistu a který může svého nositele zabít (J. Petrášek). Při zvláštně silných emocích se uvolňuje několik desítek mg katecholaminů, ale i malé stressy uvolní několik mg. Habituace (návyk jako důsledek učení) tuto produkci snižuje, opakovaný výkon je méně náročný. L. Levi viděl u 300 pokusných osob po běžných denních stimulech stoupnutí katecholaminu, které se blížilo hodnotám, jaké se nacházejí u feochromocytomu. P. V. Cardon a R. S. Gordon pozorovali u 12 z 15 zdra-

vých osob při fingované přípravě k zákroku během 5 minut značné zmnožení neesterifikovaných mastných kyselin v plasmě.

Iatropatogenní podnět působí většinou ihned, vyvolá úzkost, smutek, hostilní reakci apod. a příslušnou vegetativní reakci, neklid až bouři vegetativní, což je nežádoucí a škodlivé. Trvání je různé podle dalšího psychického zpracování, několikaminutové, několikahodinové, ale i celoživotní.

Působení může být latentní. Lékař někdy něco řekl, co bezprostředně netraumatisovalo, ale co si pacient zapamatoval a co za určité situace bylo přivedeno „k aktivaci", která měla za následek traumatisaci. „To nic není, to kdybyste měl krvavou stolici, to by bylo horší." A najednou se krev objeví.

Iatropatogenní podnět může být jednorázový, nebo nechtěně opakovaný jedním nebo více lékaři. Dochází k chronickému sumování u ideačních a senzorických hypochondrů, kde jde vlastně o jakousi paranoidní reakci, v oblasti zdraví tak snadno oživitelnou, ale i u lidí nosofobických a „normálních".

Úkolem lékaře je nejen varovat se iatropatogenie, ale naopak působit negativně proti negativnímu, tedy positivně, budit v pacientovi radost, důvěru, naději, tj. provozovat iatroeutymogenii (*euthymia* = řecky radost).

Sugesce ve zdravotnické práci je velmi důležitý faktor. Ve vztahu pacienta a lékaře totiž nejde o setkání dvou rovných partnerů, jako je tomu v obchodě nebo ve vědeckém nebo právním sporu. Nejde tu o zjištění stavu věci nebo nalezení práva nebo převahy nebo pravdy nebo správnosti metodického a důkazového postupu.

Jde zde o hodnoty neobyčejně cenné a citově relevantní — zdraví, nebo život — a tu zpravidla je to tak, že se pacient opře o jiná hlediska a užije jiných mechanismů. Získává zprávy o odborné dovednosti svého lékaře nebo o proslulosti své nemocnice. Je naplněn nadějí, důvěrou, jistotou v jejich umění a znalosti, nebo je zoufalý nad tím, že je vydán na pospas špatným lékařům. Neváhá použít postupů, jež třeba jinak odsuzuje, aby si zvýšil vyhlídky. Někdy i minimální objektivní informace jsou mu dostatečným podkladem, aby si vybudoval pevnou víru ve svého lékaře nebo lékařské zařízení, a opačné zprávy a pochybnosti nejen nevyhledává, ale brání se jim. Takový sugestivní systém je jistě prospěšný nejen z hlediska duševní pohody, ale i léčivých procesů a léčebného provozu. Často slyšíme nářky, že „tento blahodárný systém byl možný jen v dobách rodinných lékařů, dnes že je nenávratně pryč, pacient že tu stojí osamělý a odcizený vůči chladné a neosobní mamutí pokladenské mašinérii". Je možné, že v konkrétních případech takové situace přicházejí. Ale to bylo i dříve s nevlídnými a neschopnými lékaři, hlavně na venkově, kde pacient stejně měl výběr omezen. Vývoj medicíny však stále vytváří skupinovou práci; nejvyšší výkony lze provádět jen v ústavech s nákladnou aparaturou a ve spolupráci s ostatními odborníky. Požadavky a postoje laické veřejnosti se přizpůsobily neodvratnému vývoji dříve než názory některých lékařů. Pacienti dnes netouží po rodinném nebo důvěrném lékaři proto, aby je léčil, nýbrž aby jim zařídil léčení v dobrém ústavě, při čemž jim nejde tak o péči určitého odborníka, nýbrž o dobrou práci ústavu jako celku. Tato změna potřeby a objektu důvěry není nic nepřirozeného. Člověk je schopen navázat emoční vztah nejen ke konkrétní-

mu člověku, ale i k obecnému nebo hromadnému pojmu, jako je národ, vlast, lidstvo, pravda — a tedy i nemocnice. Spíše je třeba dbát jiných nepříznivých jevů. Jedním z nich je dlouhé čekání, hlavně na bolestivý nebo riskantní zákrok. Anticipace, předpokládaný a představovaný průběh, a výsledek, mohou dalekosáhle ovlivnit rozvoj choroby buď přímo psychosomatickým mechanismem, nebo proto, že pacient nevhodným chováním, odkládáním nebo nedočkavým naléháním ruší řádný průběh léčebného programu.

Očekávání nějaké události znamená vždy zatížení pro nervovou soustavu, protože je to stav napětí, tense, období, kdy není ještě provedena volba reakce, jež teprve, ať už je jakéhokoliv rázu, znamená pro nervovou soustavu ulehčení (i když ne vždy pro osud individua vůbec). Jsou známy neurosy z očekávání hlavně nepříjemných událostí. Ale i čekání na známou a neutrální událost není pro duševní pohodu příznivé. Proto se má, zvláště ve zdravotnických zařízeních, snížit čekání na minimum. Tato nepříjemnost bývá spojena ještě s dalšími negativními zážitky. Přeplněné čekárny, nutnost dávat pozor, kdo je na řadě (zvlášť odporné je muset stát v nahuštěné řadě před dveřmi ordinace, jež sestra vždy na vteřinu otevře, takže není možno se s ní ani domluvit atd.). O tom, jak má být uspořádán pobyt pacienta v čekárně, bylo už mnoho řečeno a napsáno, a jistě je to každému kulturnímu a citlivému člověku jasné. Je třeba jen upozornit na jednu věc. Jeden nebo několik nerozumných a hovorných pacientů může sugestivním strašením psychicky infikovat celou řadu i rozumných lidí a vytvořit tak pro lékaře těžce průhlednou psychologickou bariéru. Na druhé straně je ovšem pravda, že vyléčený, zachráněný nebo zlepšený pacient může být neobyčejně prospěšným positivním činitelem, protože jeho reference a důvěra v lékaře má u ostatních pacientů neobyčejnou váhu.

Jiná často opakovaná these zní, že neléčíme nemoc, nýbrž pacienta. Smyslem tohoto hesla má být, že při každém přístupu k nemocnému máme dbát individuálních rysů jeho osobnosti, jeho idiosynkrasie, zálib, předsudků, citlivosti atd. Toto hledisko je důležité při léčbě některých neuros, ale hlavně při intimním nebo pracovním styku lidí. Pacient zpravidla přichází s požadavkem, abychom léčili jeho nemoc jako jev cizí jeho osobnosti. Tato primitivní představa není ku podivu v rozporu s obecnou vědeckou metodikou, která se většinou nezabývá sledováním jedinečných individuí, nýbrž třídami jevů, jejich obecnými projevy nebo abstraktními vlastnostmi.

Jestliže je pacient citlivě zaměřen na svůj osud a s napětím a pozorností sleduje léčebný postup, má mít co největší možnost sám si vybrat lékaře nebo ústav. Obvyklé obavy, že by to vedlo ke zmatku ve zdravotnictví, nejsou oprávněné. Většina obyvatelstva využívá lékařské péče přece jenom značně konsumentským způsobem, nedělá si přehnané starosti, stejně jde k nejbližšímu lékaři, nezpěčuje se jít do rajónní nemocnice atd. Pozorujeme spíše bagatelisaci než přeceňování choroby.

K největším obtížím jednání lékaře s nemocnými a příbuznými patří sdělení prognosy. Zkušenost a moudrost lékaře se pozná především v tomto bodě. Zatím co na zjištění diagnosy pacienti často tak naléhavě netrvají (jde jim jen o velmi obecné označení a hlavně o to, zda nemoc není nevyléčitelná, zhoubná nebo

vleklá), vyžadují často dost přesné údaje prognostické: jak dlouho musí zůstat v nemocnici, jak dlouho bude trvat pracovní neschopnost, jak dlouho musí dodržovat dietu atd. Ideálem by bylo nedat se přimět k precisním údajům, protože je lze později kontrolovat, popřípadě by mohly svou tíží někdy pacienta zdrtit. Na druhé straně však přesné předpovědi jsou největší ozdobou každé vědy, tedy i medicíny. Vcelku je shoda v tom, že není třeba ani radno zamlčovat diagnosu i vážných chorob, je-li prognosa jen trochu příznivá. Pacientovi se má sdělit positivní možnost, příbuzným eventuálně možné risiko. S příbuznými je však třeba zachovávat velikou opatrnost, protože naivní, nebo prostoduší, nebo netaktní, nebo nezdrženliví mohou pacientovi prozradit stav věci buď slovem, nebo mimikou. Ještě větší opatrnosti je třeba s nepříznivou prognosou. U nás, kde skoro nikdy nejde o nutnost disponovat velkými majetky, není třeba povědět pacientovi pravdu, která by mu mohla zkalit zbytek života. Nejlépe je povědět zlou pravdu příbuznému, který žije mimo místo bydliště pacienta. I když se pacient nějak dozví špatnou prognosu, není humánní ji potvrdit, nýbrž má se, když ji nelze popřít, uvést možnost diagnostického omylu, nových léků, individuálního průběhu atd. Je-li třeba, je správné a rozumné (a přípustné i z hlediska medicíny jako vědy) použít fingovaných nálezů.

Obecně lze radit, aby se lékař s pacienty příliš nepouštěl do rozborů diagnos a prognos. Ovšem na druhé straně je přílišná nesdílnost a záhadnost nejčastějším zdrojem (jako každá neurčitost) domněnek, obav, hypochondrických konstrukcí. Má se tedy oznámit včas rámcově diagnosa a prognosa (pokud nejsou infaustní), a dále se k věci nevracet, soustřeďovat pozornost na dietu, léčbu, životosprávu. Je si třeba uvědomit, že je mezi lidmi všeobecně rozšířeno přesvědčení, že lékaři nemluví pravdu. Proto pacienti shánějí informace u mediků, ošetřovatelek, lékárníků, úředníků (podle statistických čísel nemocí). Je tedy nutné s pacienty o jejich nemoci mluvit.

Je nepochybné, že v oblasti předmětné je vztah lékaře a pacienta nesymetrický, nerovnoprávný. Lékař je pro pacienta jednak úřední autoritou, jednak monopolně ovládá techniku zdravotnického dění a tím pacientova osudu. Je otázka, zda se to má projevovat i v lidských vztazích. Nelze určit obecnou míru. Záleží na věkovém poměru, místních zvyklostech, osobnostech účastníků.

Lékař má sledovat, co se děje mezi jeho pacienty, o čem hovoří, zda se příliš nebaví o nemocech. Zvláště to platí o lůžkových odděleních. Dlouhá chvíle vede k přílišné konversaci, vtipkování, erotickým dobrodružstvím (zvláště v sanatoriích), nadměrnému kouření. Nejlepším lékem proti tomu je, jak již bylo řečeno, účast pacientů na vedení oddělení, intensivní rehabilitace a pracovní a kulturní terapie.

Je-li důležité znát pokud možno všechny rysy a reakce pacienta, sloužící k poznání jeho osobnosti, je stejně důležité všimnout si možných projevů a reakcí lékaře. Nejdůležitější rada k nápravě je naučit se pozorovat a poznávat rysy, tendence, reakce, komplexy vlastní osobnosti. I když vždy není možno naráz a podstatně změnit některé nepříznivé vlastnosti (výbušnost, sebevědomí, hysterické rysy, samotářství, netrpělivost, nezřetelnou artikulaci, erotickou podnikavost atd.), je možno je dalekosáhle modifikovat a krotit, alespoň v okamžiku

jednání s pacienty, ovšem ví-li lékař o nich. Není tak obtížné dovědět se o svých vlastnostech, duševních pochodech, motivaci, způsobech reakce, zájmech, postojích apod. Mnoho lze zjistit pečlivou introspekcí. Mnoho se dozvíme od svého okolí, i když ne vždy v klidné kritice, tedy alespoň ve výčitkách, v konfliktech a sporech. Mnoho nám poví naivní nebo neomalení lidé, kteří to slyšeli od jiných dobrých pozorovatelů. Někdy jsou důležitější daleko jednodušší a snazší věci: aby lékař nechodil neoholen, neupraven, aby nebyl příliš hlučný, nebo jízlivý, nebo odměřený, nebo naříkavý. Lékař sršící zdravím a energií se těžko vžívá do obtíží svých nemocných, lékař nemocný, astenický, hypochondrický se k tomu zase těžko vzchopí nebo se na to těžko soustředí. Lékař s přílišnými výzkumnými zájmy odmítá ztrácet čas běžným jednáním. Lékař by neměl být nedůtklivý a urážlivý, protože je jedním z prvních medicínských příkazů, chovat se zvláště k dificilním pacientům právě jinak, než to činí laické prostředí. Pro mnoho lidí teprve korektivní zkušenost ze styku s lékařem je začátkem nového života, změněných forem reagování na okolní svět. Lékař nemá nikdy dát na sobě znát únavu, nespokojenost z domácího nebo profesionálního života, nemá mluvit o byrokratických překážkách, o nedostatcích zdravotnického zařízení, o zaostávání naší vědy, protože pacient to všechno ihned promítá na svůj případ a se zděšením odhaduje snížení svých vyhlídek.

Zvláštním a velmi svízelným případem je lékař psychopatický. Někteří dobře vyjdou s pacienty, ale špatně se spolupracovníky, jiní naopak, většinou jsou konflikty na všech stranách.

Anomální osobnost, plachá, schizoidní, inventorní, se někdy dobře uplatní ve výzkumu a laboratořích.

S m r t. Vše živé má limitovanou dobu své existence, u vyšších organismů nastává ochabování boje s entropií, což je umírání a posléze zastavení tohoto boje, což je smrt.

Normální člověk, ovládaný pudem zachování jedince, je vybaven ochrannými mechanismy, tj. strachem před zánikem a tím, co tomu předchází.

Člověk ví, že zemře, ale nepočítá s tím, zapomíná na to. Počítání se smrtí dostavuje se u některých neuros a psychos, u některých anomálních osobností a u starých lidí. Děti si nedovedou představit, že přestanou existovat, a představují si stav smrti jako něco pomíjivého, proto snadno provedou sebevražedný pokus. Někdo se bojí fakta smrti, někdo, a to většinou, umírání. Člověk si provedl různé racionalisace a vymyslel různé metafysické útěchy o posmrtném životě, reinkarnaci apod. Nepozoroval jsem, že by se lidem pevně věřícím v posmrtný život lépe umíralo, jdou do nejistoty, k eventuálnímu potrestání. Druzí jdou jen spát. Řeč o smrti může děsit, ale může být také směšná. A naopak, i v neutrálním sdělení může pacient tušit smrt.

V postoji člověka k životu a smrti je důležitá jednak jeho osobnost, jednak duch doby, jednak vypracované postoje a hodnocení. Všichni lidé vědí, že jednou zemřou, a prakticky všichni se bojí smrti. Patří k jednomu ze zázraků lidské psychiky, že člověk na tento základní tragický rys lidské existence nemyslí, že se raduje, plánuje, pracuje, podniká, jako by smrti nebylo. Říká se „zapomenout jako na smrt“. Tuto požehnanou skotomisaci lze rozrušit, lze se nacvičit

na nutkavé myšlení na smrt, lze si vypěstovat thanatofobii (existuje ovšem thanatofobie spontánní, jako příznak nutkavé neurosy). Jsou naopak společnosti, kde se nesluší bát se smrti. Sugestivnost tohoto společenského příkazu je tak mocná, že se skutečně většina členů takové skupiny smrti nebojí. Lze vypěstovat takový fanatismus, že lidé smrt vyhledávají, hlavně v boji nebo mučednictví (prvotní křesťané, bojovní mohamedáni, vybrané japonské vojenské útvary — kamikadze).

Je jisté, že stále umíráme nemocí a nikoliv zastavením životních pochodů „vybitého akumulátoru života", ale i tak se ve stáří strach ze smrti resignovaně zmenšuje a zmenšuje se i strach z umírání.

Anglosasové jsou stateční a vyžadují většinou od svého lékaře sdělení i letální prognosy s určením zbývající délky života. Jedním z důvodů je patrně i starost o to, aby veliký majetek byl zajištěn.

Setkáváme se se čtyřmi druhy pacientů:

1. pacienti nemocní nemocí, na niž se neumírá, a) akutní (rýma, dyspepsie), b) chronickou (kožní afekce),
2. pacienti nemocní nemocí, na niž se může zemřít, a) akutní (zánět plic), b) chronickou (tuberkulosa),
3. pacienti nemocní nemocí, na niž se neumírá, ale kterou nelze vyléčit (roztroušená sklerosa, tabes dorsalis),
4. pacienti nemocní nemocí, kterou nelze vyléčit a která vede k smrti.

Problémem psychoterapeutickým jsou hlavně nemoci chronické. Bližší viz v psychoterapii. Zde je nutno uvést, že u nemocí nevyléčitelných, na něž se neumírá, je nutno pacientovi sdělit, že jde o nemoc, na kterou se neumírá, která je schopna zlepšení, ale je těžko léčení přístupná, abychom nevystavovali nemocného zklamání z nezdařených léčebných pokusů.

Léčení je činnost, jejímž cílem je odstranit nemoc, a nelze-li ji odstranit, tedy alespoň zmírnit utrpení pacienta co nejvíce. Léčba může být:

1. Kausální. Ta je ideálem. Odstraňuje příčinu nemoci. Infekce — antibiotika.

2. Substituční. Dodává tělu to, co mu chybí, co organismus nedovede sám v dostatečné míře vytvořit. Diabetes mellitus — insulin.

3. Regulační. Upravuje činnost tělesnou nebo duševní, která je porušena. Arytmie — chinidin. Halucinace — ataraktika.

4. Symptomatická. Odstraňuje nepříjemné příznaky. Bolest hlavy — analgetika.

Symptomatická léčba vlastně neexistuje. Když odstraníme bolest, zlepšíme celkový tělesný i duševní stav pacienta, což vede k posílení autosanačních pochodů, na něž nesmíme zapomínat, a tak tzv. symptomatická léčba je vlastně také léčbou regulační.

Farmaka. Jsou tři druhy pacientů podle poměru k farmakům. Ti, jejichž poměr k farmakům je adekvátní, a ti, jejichž poměr je inadekvátní. Tito se zase dělí na farmakofilní a farmakofobní.

Farmakofilní rádi používají farmaka všeho druhu. Jejich přechod k to-

xikomanům je plynulý. Užívají po případě více a déle než lékař doporučí. Užívají, co jim kdo poradí. Bývají sugestivní, všechny léky jim dělají dobře.

Farmakofobní se bojí, že by si na léky navykli. To je jejich nejčastější argument. Týká se hlavně hypnotik a analgetik. Po léku je jim špatně, což se vystupňovává až v paranoidní reakci. Onemocnění, které se dostavilo po několika dnech nebo týdnech (viděl jsem i po létech!), přičítají určitému léku, zvláště v injekčním podání. Jedné pacientce tohoto druhu jsem předepsal cukr 0,5 g. Při příští návštěvě se omlouvala, že to nemohla užívat, poněvadž jí po tom bylo „strašně zle". Ovšem pozor! Jsou pacienti alergičtí na řadu léků. V USA, kde 15 % obyvatelstva jsou alergici, byla zaznamenána smrt u astmatiků po jedné tabletě aspirinu.

Různé formy podání léků jsou různě oblíbeny. „Jen ne tablety, já je nesnesu." Když totéž předepíšeme v roztoku, pacient to klidně užívá. V některých krajích chtějí, aby tekutý lék měl barvu; čím živější, tím lépe, bezbarvé tekutiny jsou prý neúčinné.

Někteří pacienti věří jen na injekce. Injekce je velmi vážný a zodpovědný úkon, bolestivý, vyžaduje statečnost, ale pomáhá, jde to rovnou do těla atd. Tak asi vypadá postoj přívrženců injekcí. Řada pacientů z týchž důvodů injekce odmítá, nepřekonatelnou překážkou je pro ně píchnutí nebo to, že „to přijde rovnou do krve". Viděl jsem akusace injekce po třech létech. Pacientka dostala exsudativní pleuritidu, „poněvadž jí pan doktor dal před třemi léty nějakou injekci". Injekce bolestivé a dlouhotrvající série injekcí pacienta neurastenisují. Někdy ti, kteří si denně aplikují insulin, přestanou více a více respektovat pravidla asepse, až dojde k infekci. Tyto psychologické momenty musí mít lékař na mysli.

Fytoterapie. Z rostlin isolují chemici čisté účinné látky, alkaloidy, glykosidy apod. Někteří lékaři to nepovažují za zcela správné ve všech případech, balastním látkám přisuzují také určitý význam. Tento farmakologický spor, v němž většina lékařů sympatisuje s prvou skupinou, je ovšem pacientům neznámý. Příznivci „bylinek" k tomu dospívají různými pochody myšlenkovými, někdy až magickým myšlením. Bylinky jsou čisté, není v nich nic chemického, umělého, jedovatého (?), je to příroda, staří věděli, co dělali, „lidová moudrost" atd. Viděl jsem pacienty, kteří pili velmi spokojeně odvar vrbové kůry proti revmatismu. Vrbová kůra obsahuje kyselinu salicylovou, ovšem v množství poměrně malém, nedostačujícím k efektu, jakého docílíme podáním dostatečného množství natrium salicylicum nebo moderního antirevmatika. Oblíben je černý bez (Sambucus nigra), který prý má skutečně mírný účinek antineuralgický, ale tak nepatrný, že se sotva uplatní. Opravdu lokálně protizánětlivý je heřmánek, zde souhlasí lidové léčitelství s oficiálním lékařstvím. Myslím, že můžeme pacientům tohoto koníčka ponechat, pokud nevolí příliš rasantní až nebezpečné rostlinné léky, jako např. jalovec, přesličku apod.

Čas od času vznikne epidemie sympatií pro určitý lék. Botanicky velmi zajímavá, ale farmakologicky naprosto neúčinná masožravá rostlina Drosera rotundifolia byla poptávkou hypertoniků téměř vyhubena, takže nyní je chráněna. Byla doba, kdy se vášnivě pila kombuča, nápoj z čaje zkvašeného určitým dru-

hem kvasinek, obsahující alkohol, jenž svým okamžitým účinkem přirozeně předstíral příznivé působení.

Cizí lék je více ceněn než lék domácí. Lidé se dožadují předepsání „cizího léku". Máme-li hodnotný lék domácí, přirozeně odmítáme. Stačí většinou věcný rozklad.

Dosud i u nás u několika lékařů dožívá homeopatie, založená Samuelem Hahnemannem r. 1810 na mylném pozorování. Homeopatie užívá velikých zředění, někdy tak velikých, že přítomnost jediné molekuly léku v lahvičce je nepravděpodobná. Tyto léky jsou většinou neškodná placeba.

Před druhou světovou válkou byla u nás dosti rozšířena antroposofie Pavla Steinera, která pracovala rovněž většinou s léky homeopatickými. Byla zde i firma, která je vyráběla a měla nadšené příznivce.

Ještě dnes je nutno počítat s tím, že se setkáme s pověrami, magickým myšlením apod., že pacient v určitý, pro něho nešťastný den nechce nastoupit do nemocnice, podstoupit operaci apod. Nikdy nenaléháme! Setkáme se i s různými pověrami, zvláště v některých krajích. Pokud nevedou k poškození pacienta, buď děláme, že o nich nevíme, nebo je s přátelským úsměvem tolerujeme.

Nutno se zmínit i o psychologii lékařů v poměru k farmakům. Je podobná jako u pacientů, adekvátní a inadekvátní, tato buď farmakofilní, nebo farmakofobní. Žijeme v době velikého rozkvětu farmaceutického průmyslu. Objevují se stále nové a nové léky, velmi účinné, často s vedlejšími, až toxickými účinky.

Podle staré zkušenosti lék prochází většinou těmito stadii: 1. primární nedůvěra, 2. nekritický obdiv, 3. nekritické zklamání, 4. ocenění odpovídající skutečnému stavu. Někdy zanikne lék dříve, než prošel těmito stadii, někdy se udržuje poměrně dlouho na 2. stadiu. Totéž se týká léčebných metod vůbec: „Filatov", léčba spánkem, lobotomie, operace diskopatií atd. Dějiny lékařství jsou plny dokladů o katathymním dereistickém myšlení lékařů. Asepse — Semmelweis — a štvanice proti němu, očkování proti neštovicím (pro a proti), operace enteroptos atd. Rozhoduje i určitá móda, světový názor apod. v ocenění teorií a jejich praktických důsledků tam, kde by mělo rozhodnout jen nestranné, logické posuzování výsledků.

Lékař by měl občas alespoň jedenkrát do roka zpytovat své svědomí a říci si, zda si v diagnostice a terapii počíná správně, zda zná nové metody, zda je správně hodnotí, zda jich správně užívá, zda nepodléhá sugesci reklamy nebo jiné. Je několik velmi primitivních pravidel: 1. diagnostická metoda nesmí ohrožovat život, není-li už ohrožen nemocí, 2. diagnostická metoda, je-li nepříjemná, má sloužit správné volbě terapie a nikoliv zvědavosti lékaře, třeba i vědecké, 3. terapie nesmí být nebezpečnější a nepříjemnější než nemoc sama, 4. neznáš-li nebezpečí možných důsledků, nic naslepo na člověku nezkoušej! Jsou inkompatibility, které vedou k smrti!

Lékaři farmakofilní. Mají rádi léčení léky, jiné si ani nedovedou představit. Tato náklonnost vyvěrá buď ze skutečného přesvědčení, nebo z pohodlnosti. Na určitou sumu stesků mají již připraven určitý lék. Předpisy magistraliter téměř zanikly a užívá se jen specialit, kde je návod přiložen a kde se nedá individualisovat. Nemůžeme se zde zabývat teoriemi farmakoterapie, ale

je dobré si uvědomit, není-li v některých případech lepší udenoterapie (E. Bleuler), tj. neléčení. Je řada stesků, které pominou bez léčení za několik dnů samy. Má-li někdo kašel a předepíšeme-li mu expektorans, vyvoláme u mnohého zbytečně anorexii až nauseu.

Má-li pacient bolesti, neváháme s antineuralgikem, trpí-li nespavostí, neváháme s vhodným hypnotikem apod., ovšem po uvážení celé taktiky léčení, neboť podporujeme autosanaci.

Farmakofobní lékaři. Přílišná až fobická opatrnost a zdrženlivost v předepisování léků má své místo u řady neurotiků, nezdrženlivých psychopatů apod. Jinak zásadní potírání farmakoterapie může být jen trýzněním pacientů a vědecky nepodloženou kapricí lékaře podivína.

Polypragmasie je relativní pojem. Předepsání několika léků, je-li účelné a lege artis voleno, je oprávněno. Polypragmasie v pejorativním významu bývá heslem farmakofobů a těch, kteří hlásají šetření, a může být zneužitím tohoto slova. Ovšem polypragmasie inkompatibilitou léků může zavinit i smrt pacienta. Předepisování několika léků najednou může si dovolit jen dobře erudovaný lékař. Nesprávné polypragmasie je nutno se vyvarovat.

Fysioterapie se těší větší oblibě u pacientů než u lékařů nefysioterapeutů. Je nutno úzkostlivě revidovat její indikace a kontraindikace. Fysioterapie je součástí moderní rehabilitační léčby. Aby k ní mohl lékař zaujmout správné stanovisko, musí ji znát, neboť jen tak se vyvaruje nekritickému obdivu a nekritickému odmítání. Bohužel průměrný lékař ji mnoho nezná. Hlavní indikace revmatologická, kdy lze docílit pozoruhodných výsledků, bývá pacienty častěji odmítána pro časovou náročnost. Zaměstnaní muži i ženy nemají čas věnovat 2—3× týdně několik hodin této terapii, čekání na ni a dopravě k ní, při čemž zneschopnění nepřichází zpravidla v úvahu. Narůstá tu konfliktová situace, která může neurotisovat.

Lázeňská léčba. Pacienti mají nesprávné představy o lázeňské léčbě a neobyčejně avidní poměr k ní.

Lázeňská léčba v představě pacientů je to nejvyšší, co v medicíně existuje, a způsob léčby, který nejvíce pomáhá. Proto každý, který jinak nedosáhl vyléčení nebo zlepšení, žádá lázně. Lázně se tak stávají složitým problémem psychologickým.

Mnoho artritiků, „kteří špatně chodí“, vrací se značně zlepšeno, proto všichni pacienti, kteří „špatně chodí“, žádají lázně: nemocní s roztroušenou sklerosou, která se často v lázních zhorší, hemiplegici, s funkční dysbasií atd. Neurotici s vegetativními obtížemi oběhovými žádají někdy lázně pro oběhové choroby, někdy je odmítají, poněvadž „ten, koho pošlou do Poděbrad, už brzo umře“.

Komfortní lázně, které představují 3—4 neděle v ráji, v zemi snů, znechutí někdy po návratu pacientovi jeho denní všední život a běžné životní podmínky, takže návrat je duševním traumatem.

Lázně, které zklamou pacienta po všech stránkách, jsou zbytečně vyhozeným nákladem. Ubytování s chrápajícím spolupacientem, nepohodlná postel, nechutnající strava, deštivé počasí, nuda apod. způsobí určitě zhoršení reakce na nemoc.

Mnoho pacientů a pacientek odjíždějících do lázní nebo na rekreaci má dojem, že je to jakási manželská a sexuální dovolená. Navazují se vztahy, které po návratu domů buď pokračují, nebo končí. Viděli jsme sebevraždy manželských partnerů, patoplasticitu lázní u žárliveckých psychos, reaktivní deprese po návratu do všedního života.

Tak jako v léčebnách, i v lázních je nutno rozlišovat mezi spoutaným, obsedantním, fobickým, autoakusujícím, nadměrně pořádným pacientem, který potřebuje uvolnění, laskavý volný režim, výchovu k nepořádku, a mezi pacientem neukázněným, nepořádným, poživačným, nedbalým, který potřebuje přísný režim.

Stolničení, strava, jídlo a dieta. Chutné jídlo a dobrý nápoj zlepšují náladu, vyvolávají euforii. Fádní jídla, jednostranný jídelní lístek skličují a vedou až k depresi. Chutné jídlo začíná správně řetěz trávicích a zažívacích pochodů. Chutné jídlo se lépe zužitkuje než jídlo nechutné, jak dokázala řada pokusů. Při chutném jídle již v ústech stoupá vyměšování slin, v žaludku adekvátní šťávy žaludeční atd. Estetika chuti je různá u různých národů, mění se věkem a prostředím. V Íránu trpí naši lidé nadměrným konsumem skopového až k depresi, u nás někteří cizinci požíváním vařených těstovin apod. Nová jídla se těžko zavádějí.

Při chutnosti jídel rozhodují podmíněné spoje, vzpomínky, barva, úprava, tradice atd.

Hlad je komplexní pocit. Normální člověk, který řadu hodin nejedl, dostane hlad jako následek poklesu hladiny některých látek. Pokles glukosy vyvolá známý stav hypoglykémie s pocením, nevrlostí až agresí, schváceností atd. Příznaky hypoglykémie jsou individuální. Lékař s nimi musí počítat! Byly pozorovány i vraždy. Řidič nesmí nechat dojít k větší hypoglykémii. Budete-li mít hladové pacienty, budete mít „nervosní a nepříjemné" pacienty.

Po požití dostatečného množství potravy se dostaví pocit sytosti. Nedostaví-li se pocit sytosti, je většinou porucha v retikulární formaci; bývá to někdy u depresí, ale i u jiných nemocí, pacienti se pak přejídají a tloustnou. Některá zvířata se přejídají až k smrti. Vpichem do diencefala a elektrickým drážděním se dá vyvolat jak bulimie, tak pocit sytosti.

Apetit je jakési pokrmové libido, apetence určitých jídel, tradičně, národně a individuálně podmíněná. Při sestavování jídelního lístku se má respektovat.

Lékař si musí uvědomit základní pravidla úspěšného stravování pacientů. Někdo umí jíst podle pravidel, někdo neumí, a pak se stydí. Někdo má rád ceremoniel jídla s bílým ubrusem atd., druhý jí raději z rendlíku a promaštěného papíru. Jídlo, které způsobilo vomitus, budí odpor někdy po celý život. Jestliže někdo obědvá a vedle něho druhý defekuje nebo vrhne, nemá velký požitek z oběda. Při jídle má být čistý vzduch. Hlad i chuť jsou časovány. V určitých denních dobách máme chuť na určité druhy jídel, někteří pacienti si těžko zvykají na sladké večeře. Někomu vadí, když pojídané maso má tvar zvířete (holub, kuře, ryba). Někdo se „zalekne" velké porce na talíři a raději si bere z mísy opětovaně. Někdo jí raději ve společnosti, někdo sám. Jídla nemají mít stejnou barvu, např.: vločková polévka, zadělávané telecí s nudlemi a žloutkový krém —

všechno šedožluté. Nebo všechno červené: rajčatová polévka, maso na paprice, trhanec s malinovou šťávou. Některá jídla, zvláště penetrantní chuti — zvěřina, holub, skopové — se snadněji přejí, naproti tomu chléb, vařené hovězí maso, káva, sýr, vejce, ovoce apod. se mohou jíst denně. Pivo nechutná z hrnku, červené víno nechutná ze zelené sklenice. Někomu vadí i jídlo imitující něco jiného: cukroví imitující salám, paštika imitující dort atd.

Dieta. Lékaři bohužel většinou neznají potraviny, nevědí, jak se „vaří", neznají dietetiku a neznají diety, čímž způsobují pacientovi často zbytečná trápení.

Nebudeme se zabývat tímto problémem po stránce věcné, nýbrž jen z psychologického aspektu. Občas se objeví určité módy v jídle, určité předsudky, nesprávně pochopené dietetické předpisy, špatná zdravotní výchova atd. Lidé se bojí solit, bojí se jíst maso, bojí se sladit, bojí se kořenit, bojí se vařené a připravované potravy vůbec, jedí syrové potraviny atd. Móda po čase přejde. Zdravý člověk se zbytečně týrá „dietou", která je dokonce pro jeho biotyp někdy nevhodná. Lidé se bojí octa, jedí černý chléb, až si podráždí kolon, pijí mléko, až ztratí úplně chuť k jídlu atd.

Lékaři předpisují fádní diety, zbytečně zakazují koření, hospodyně nemají čas na úpravu jídel, leccos se nesežene apod. Pacient je smutný z nevhodných jídel.

Učinil jsem zkušenost, že když se střídá jídelní lístek v intervalu 14 dnů, snáší to pacient naprosto dobře. Týden je příliš krátký interval.

Ztrpčení života nechutnou anebo monotónní dietou se nesmí podceňovat.

Jsou nemoci, při nichž má dietní chyba vzápětí za následek trest (ulkus gastroduodenální, cholecystopatie apod.). V těchto případech i neukáznění pacienti se snaží dietu dodržet. Tam, kde nepřichází trest vzápětí (diabetes mellitus, obesita, hypertense), dá mnohem větší práci získat pacienta pro kladný postoj k dietě.

Operace. Operace může být velkým duševním traumatem, a to v několika etapách. Je to strach před operací samou, strach, že člověk při operaci umře, nepříjemnosti a eventuálně bolesti při operaci samé (když se provádí bez celkové anestesie) a postoperační nemoc se všemi svými důsledky, zotavování z intoxikace anestesie, bolesti a nepříjemnosti dané výkonem.

Nutno uvážit, zda má být pacientu termín operace znám, či zda je vhodnější, když bylo dosaženo jeho svolení, přikročit k operaci náhle. Pacient nesmí čekat na operaci až do večera, je-li určena na ráno. Čekání je vyšetřovací metoda při trestných činech, ale v lékařství je zavrženíhodná. Nejlépe je, když pacient na svém lůžku usíná a na svém lůžku se po operaci probouzí. Je-li operace bolestná a musí-li být provedena bez celkové anestesie, je nutno počítat s velkým vyčerpáním a dlouhotrvající únavou pacienta. Jednání musí být co nejlaskavější. Je otřesné, s čím se ještě dnes na některých odděleních setkáváme; lékař nebo sestra okřikují trpícího pacienta. Umožnění krátkých návštěv, tj. styku s domovem a okruhem přátel, je velmi žádoucí. Dnes přejímá anestesiolog nejen somatickou, ale i psychickou přípravu na anestesii před výkonem, a ošetřování následků anestesie a co s tím souvisí po výkonu. Je to velmi blahodárné.

Nepohodlné lůžko, nespavost, rušivý soused, nausea z antibiotik, bolesti, fádní dieta jsou s to traumatisovat zdravého, natož těžce tělesně i duševně postiženého. Některé výkony zvláště vedou k psychotisaci, s kterou se však většinou dovedou vypořádat lékaři příslušného oboru. Při srdečních operacích i krátké přerušení oběhu a hypoxie mozková stačí k vyvolání postoperační psychosy. Po očních operacích vede často zraková deprivace ke krátkodobé psychose.

Ostatní zdravotnický personál. Ve všech úvahách o iatropatogenii se zpravidla mluví o lékaři, o jeho významu positivním i negativním. Zapomíná se někdy na sestru. A právě ta může jak v ambulanci, tak na lůžkovém oddělení mnoho zachránit, nebo skoro všechno pokazit.

Nevrlá, nervosní, tyranská sestra způsobuje stálé napětí, neklid, nejistotu, pocit ponížení nebo podráždění. A naopak přívětivá, energická a zdatná sestra může odstranit skoro všechny nepříjemné dojmy z čekání, obavy ze zákroku, z neinformovanosti, z pocitu opuštěnosti atd. Jedině sestra může ulehčit pacientovi tu nepříjemnou okolnost, že musí ležet na lůžku nehybně, jíst a vyměšovat vleže, popř. v přítomnosti ostatních pacientů. Může mu drobnou péčí a laskavostí ulehčit utrpení z žízně, horečky, zvracení atd. Nepříjemný lékař působí na pacienta minuty, nepříjemná sestra hodiny, dny, týdny. Pacienti si zpravidla nestěžují. Každý lékař, který se zajímá o mínění svých pacientů o léčebné úrovni, potvrdí, jak pacienti i při propouštění z léčby nechtějí kritisovat. Žádají slib, že jejich výpovědi nebude použito apod. Tak se stává, že jediné informace o léčitelské práci dostávají hlavně vyšší zdravotnické instituce především od kverulantů.

Mladý zdravotnický personál, lékaři, ale hlavně lékařky a sestry, se někdy příliš sžívají s utrpením nemocného, litují ho, utěšují, hladí, vysedávají u něho. Tento sice lidský, ale neodborný postoj snižuje úroveň zdravotnické práce, kazí oba partnery, nevede k ničemu prospěšnému. Každý styk zdravotníka s pacientem má být kvalifikovaný, vyměřený, účinný — i laskavost. Druhý pól tohoto neodborného postoje záleží v tom, že se sestry svěřují pacientům se svými starostmi finančními, rodinnými, milostnými. Některé pacienty zatěžuje, jsou-li takto angažováni. Jedna z nejhorších věcí je, je-li sestra nespravedlivá, působí-li rozbroje, intriky. Je také špatné, jestliže udílí pacientům rady a poskytuje poznatky, jež mají přicházet od lékaře. Někdy neodhadne účinek prozrazení nálezů a může způsobit některou neblahou psychickou reakci. Vlivem literatury, filmu, divadel jsou někdy rozšířeny příliš romantické představy o sestrách a příliš vysoké požadavky na ně. Je však třeba uznat, že je nemálo těch, které se tomuto ideálu blíží.

Obdobná je problematika ošetřovatelů. Mají prakticky význam jen na psychiatrických a některých rehabilitačních odděleních. Přiměřeně k mužské povaze nevměšují se tak intensivně do psychického klimatu oddělení, bývají klidnější, spravedlivější, ale také netečnější. Muži se vyskytují spíše jako pomocní ošetřovatelé, zřízenci, laboranti. Velmi důležitý dojem o celém zdravotnictví mohou učinit sanitní zřízenci, protože ti jsou často první, s nimiž se pacient při svém vážnějším stonání setkává. Stejně je tomu s administrativními úředníky, kteří se vyskytují kolem centrální lékařské práce. Sestry, sanitářky, pomocnice, zří-

zenci, laboranti, laborantky mohou příznivě nebo nepříznivě doplnit dosavadní obraz a mínění pacienta o zdravotnictví, mohou jej zlepšit nebo porušit, mohou nevhodnými řečmi zlepšit nebo zkazit jeho náladu, nevhodnými výroky vyvolat u něho úzkost, kruté poznání, těžké deprese, sebevraždu. Lékař, který neinformuje své pacienty, nepoučuje zpravidla ani své podřízené a pacient je tak vydán na pospas vlastnímu zpravodajství s uvedenými risiky.

Je rozdíl mezi psychickým klimatem mužského a ženského oddělení, tak jako je i při nejúplnější rovnoprávnosti rozdíl mezi typickým mužem a typickou ženou. To se však týká spíše elementárních biologických a primitivních psychických projevů a potřeb. Muži jsou vcelku energičtější, podnikavější, hravější, výbušnější — ženy jsou střízlivější, zručnější, s větším smyslem pro konkrétní situaci a vzájemné lidské vztahy. Ve všech parametrech však, které určují člověka jako kulturního tvora, jsou si muž a žena rovni: úroveň duševního nadání, etické a estetické zásady, smysl pro odpovědnost, organisační schopnosti atd. Je tedy mezi dvěma vynikajícími jedinci různého pohlaví, měřeno podle vyšších hodnot, méně podstatných rozdílů než mezi odlišnými jedinci téhož pohlaví, stejně jako je tomu u lidských ras, tříd a jiných skupin. Kdybychom vytvořili např. dvě polární skupiny podle nadání, pracovitosti, slušnosti a jiných kulturních a civilisačních hodnot, našli bychom v obou skupinách asi stejně představitelů obou pohlaví, všech ras, sociálních vrstev, stáří, tělesných typů. Je proto jen několik málo významných faktorů, které odlišují mužská oddělení od ženských. Na ženských odděleních je nebezpečí, že se rozbují zdobivost, drobné nevraživosti, zdůrazňování společenských rozdílů, intriky, nezájem o společné záležitosti, na mužských odděleních renomování o životních zážitcích, hrubé formy vyjadřování, vtipů a zábav, kouření, návštěvy hostinců nebo pašování alkoholu na oddělení. Jinak však platí všechno podstatné z lékařské psychologie stejně pro obě pohlaví. Dětské oddělení má natolik odlišné psychické klima, že by tam měl vždy působit buď trvale, nebo konsiliárně speciálně školený nebo zkušený pedagog. Stejně tak budou vyžadovat zvláštní modifikaci vybavení a režim gerontologických oddělení, popř. nemocnic.

Často se u nás zapomíná na choulostivý problém lékařského tajemství. Některé formy hlášení nemocí totiž způsobily, že v podstatě u nás neexistuje ochrana nemocného před nejhorším druhem dotěrnosti a beztaktnosti. Neexistuje také prakticky postih nediskrétních úředníků a funkcionářů v osobních úřadech a jiných institucích, kteří zcela bez omezení prozrazují diagnosy zaměstnanců podniků. To vede k tomu, že prozíraví lékaři udávají v hlášeních a propouštěcích zprávách neurčité a neutrální nálezy. Neúcta k osobním intimním faktům a nedbání lékařského tajemství (i když zpravidla nikoliv ze strany zdravotnického personálu) je velkou hanbou našeho kulturního života.

Lékař přichází často do styku s pacientem nikoliv nebo nejen jako léčitel, nýbrž i jako kontrolní nebo posudkový úřední činitel: při stanovení krátkodobé pracovní neschopnosti, při určování invalidity, stupně poškození, příčetnosti, svéprávnosti. Tu je nucen vycházet z požadavků a norem příslušných institucí. I tak však má z něho vyzařovat základní medicínský zájem. Není třeba, aby se ztotožňoval příliš horlivě se zájmem finančních institucí, policie, soudů, podniků.

Nemůže sice negovat svou úřední roli, ale nemá ji zdůrazňovat strohostí, ponižováním vyšetřovaného, vyslýcháním, napomínáním, vyhrožováním. Jeho práce je zde ztížena v tom smyslu, že se musí vyjadřovat jednoznačně a závazně tam, kde rozlišení je často obtížné. Má proto vždy nechat možnost revise svého rozhodnutí, nemá se petrifikovat v prestižní tvrdohlavosti. Nejchoulostivější je odebrání renty pacientovi, který se na ni zařídil, bojí se obtíží s hledáním zaměstnání, s adaptací na novou životní situaci. Částečné nebo úplné odebrání invalidní renty by se nemělo dít, dokud nejsou tyto okolnosti vyřešeny. Zde, stejně jako v řadě jiných zdravotnických situací, je nepostradatelná zdatná sociální pracovnice. Je jich stále málo, bude jich potřeba stále více. Hlavně na nich leží důležitý úkol moderní pokrokové společnosti, činit život nemocného člověka důstojným. Neobyčejně důležitý je totiž styk zdravotnického zařízení s pracovištěm nemocného, což může uspokojivě zařídit především sociální pracovnice.

Při vší pozornosti, citlivosti a kulturnosti se může stát, že pro některého pacienta je pobyt na lůžkovém nemocničním oddělení větší traumatisací, než všechny ostatní obtíže a komplikace plynoucí z choroby. Je-li jen trochu zajištěn potřebný léčebný režim v jeho domově, je lépe nechat ho tam a léčit ho ambulantně nebo návštěvami.

Lékař se v běžné praxi vzácně (až na psychiatra) setkává s pacientem delinkventem v průběhu vyšetřování nebo trestu. Je barbarské, jestliže lékař přejímá strohý nebo opovržlivý postoj, nebo naopak sentimentální nebo dokonce obdivný vztah naivních laiků. Je důležité právě u delinkventů, hlavně mladých, aby se u lékaře setkali — možná poprvé v životě — s korektivní zkušeností.

O zdravotní výchově stačí říci jen několik stručných poznámek. V posledních letech jí bylo věnováno tolik času a práce institucí, že došlo až k přesycení, přehánění, formalismu, frázovitosti, nadbytečnému hlášení, registraci atd. A přesto je neobyčejně významná. Moderní člověk, zbavený obav z hladu a nezaměstnanosti, se přece jenom více stará o své zdraví než předchozí generace. Často nikoli v tom smyslu, že by pátral po nemocech a jejich příznacích, nýbrž že se shání po positivních radách o dietě, zvýšení tělesné a duševní zdatnosti, životosprávě, rekreaci atd. Stává se často, že se při zdravotní výchově autoritativně radí, co činit a čemu se vyhýbat, aniž je věc vědecky ověřena. Dochází potom náhle k popření dosavadních předpisů, příkazů, varování a tím klesá autorita zdravotnických a hygienických činitelů a institucí, posiluje se lehkovážnost a nedbání dietetických a hygienických pravidel. To se týká škodlivosti nebo prospěšnosti tuků, vajec, glycidů, nikotinu, alkoholu, spánku, pracovního programu, sexuálního života, pedagogických postupů, forem rekreace a zábavy atd. Při tom se však bez oficiální zdravotní výchovy neobejdeme, protože jinak si bude veřejnost shánět informace o zdravotnických otázkách nekvalifikovaně, z laických zdrojů, ústním podáním atd. se všemi nebezpečími zkreslení, pověr, strašení.

Dosavadní činnost naší zdravotní výchovy byla v tom falešná, že jednostranně šířila jenom informace o úspěších lékařské vědy, o tom, jak bylo lidstvo zbaveno staletých a tisíciletých metel, jak je život radostný a jak se dá udržet zachováváním lékařských rad a prevencí. Byla to lehká propaganda ve světlejší

oblasti medicíny. Tato oficiální optimistická osvěta a propaganda nechává naprosto obnaženou psychologickou péči o lidi nemocné nevyléčitelně. Nikdo nepřipravuje současného člověka na možnost smrti, na způsob, jak se s tímto faktem vyrovnat, jak resignovat, není-li možná pomoc. Z křečovitě udržovaného a prosazovaného mládí a zdraví upadá člověk do čirého zoufalství, v němž se mu nedostává kvalifikované pomoci, protože nikdo na tyto okolnosti nemyslí. Zde je třeba zdůraznit zásluhy vídeňské psychoterapeutické školy Franklovy.

Jiná skupina, na kterou se zapomíná a jež by také zasluhovala naší pozornosti, jsou zdraví lidé, kteří trpí tím, že jsou morálně nebo pracovně nebo pokrevně vázáni na lidi nemocné nebo anomální. Tak mnohá mladá žena obětuje svůj život péči o své staré, nemocné a zdětinštělé rodiče nebo oligofrenní dítě. Jeden asociální psychopat trápí a znechucuje v zaměstnání život řadě normálních a slušných lidí intrikami, scénami, obviňováním, podezíráním, naříkavostí. Infantilní nebo agresivní nebo omezený nadřízený kazí život svým zaměstnancům malicherným týráním, ponižováním, hloupými příkazy, hrubostí. Rodiče se trápí nezdárnými dětmi, mladí lidé neopětovanou láskou nebo milostným zklamáním. Bytová tíseň způsobuje neslýchaná duševní utrpení. To vše ještě nejsou medicínské problémy, protože nejde o nemoci. Není však zatím společenská profese nebo instituce, která by se zabývala lidmi osamělými, nešťastnými, nespokojenými, zklamanými, vzpurnými, těžko adaptovanými. Poté, co církve ztratily od doby osvícenství v oblasti evropské kultury svou autoritu a význam pro intimní život člověka, musí převzít, možná že přechodně, tuto funkci lékař. Nevyhne se jí a nemůže ji odmítnout, protože je často neoddělitelnou součástí stesků na chorobné příznaky.

P a t o i a t r o g e n i e. Lékaři jsou lidé jako všichni ostatní, je mezi nimi stejné procento anomálních osobností, neurotiků. Vypuknutí psychosy je u nich stejně pravděpodobné jako mezi ostatním obyvatelstvem. Aby někdo vystudoval lékařskou fakultu, musí mít alespoň IQ = 110. Finanční situace, hmotné zabezpečení, namáhavost služby, délka pracovní doby daná předpisy a okolnostmi je v různých státech a v různých dobách různá.

Postoj lidí a institucí k lékařům je velice pestrý. Na jedné straně obdiv, úcta, očekávání nadlidských výkonů, očekávání etiky nadpřirozených bytostí. Lékaři jsou opředeni romantismem, zajímavostí „lidí v bílém". Na druhé straně přísnost, nenávist, opovržení. M i s o i a t r i e má své dějiny, jejími hlasateli byl Molière, Tolstoj a jiní. V dobách epidemií byli lékaři zabíjeni, poněvadž prý epidemie vyvolávají. V dobách a zemích, kdy nebyl preferován úřední poměr k pacientovi před peněžním, se dobří lékaři domohli dobrého finančního zaopatření. Někteří jim záviděli. Byla období, kdy lékaři byli všelijak šikanováni úřady, pro maličkost zavíráni do vězení, jejich zodpovědnost rozšiřována do neúnosných mezí. Platy lékařů ve srovnání s jinými povoláními, ke kterým není třeba studia, byly neúměrně malé. Přijetí daru se posuzuje jako zločinný úplatek a nikoliv jako přestupek disciplinární, zatímco spropitné kadeřníků a číšníků se mlčky trpí.

To vše lékaře notně traumatisovalo. Výsledek záleží na biotypu lékaře a jeho osobní anamnese. Myslím, že je naprosto jasné, že zdraví národa záleží z velké

části na lékařích. Lékař nešťastný, nevhodně ubytovaný, třesoucí se před právními předpisy, unavený délkou služby, nevyspalý, ne dosti honorovaný, nespokojený, nemůže podat ideální výkon, nebude se rychle rozhodovat, couvne před zodpovědností, jeho výkon bude trpět. Vznikne patoiatrogenie, tj. vznikání patických stavů u lékařů. Počet infarktů u lékařů vzbudil tendenci počítat koronární příhody u lékařů za chorobu z povolání.

Má-li zdraví lidu a zdravotnictví vůbec prospívat, je třeba, aby nevznikla patoiatrogenie, aby lékaři byli bez starosti, spokojeni a podle možnosti šťastni. Pak mohou podat maximální, bezvadné výkony.

Oddělení gerontologické. Podle dřívějšího rozdělení se počítala involuce od 45 do 59 let, rané stáří od 60—69 let, pokročilejší stáří od 70—79 a vysoké stáří od 80 let výše. Nyní se počítá rané stáří od 60 do 74 a vyšší od 75 let výše.

Involuce a stáří je anatomický, biochemický, fysiologický a psychologický proces, který se většinou projevuje změnou chování jako důsledek porušené adaptability.

Lidé v involuci a ve stáří mohou být: 1. úplně intaktní, 2. adekvátní věku, 3. odpovídající vyššímu věku, 4. vyloženě nemocní nemocemi involuce a stáří, 5. lidé uvedených čtyř skupin, stižení jakoukoliv jinou nemocí.

Lékař se setkává se skupinou třetí, ale hlavně se skupinou čtvrtou a pátou.

Gerontologický pacient je svým způsobem svérázný a lékař musí s jeho profilem počítat a znát jej.

Lze rozeznávat čtvero posouzení lidského věku: 1. kalendářní neboli chronologické, 2. biické, 3. konvenční, 4. normativní. Stává se, že se tato hodnocení u mnoha lidí nekryjí, např. 60letý je přirozeně kalendářně skutečně 60letý, ale jeho organismus biologicky odpovídá 50letému, konvenčně se dnes nepovažuje za příliš starého, kdežto v 19. století by byl starcem a normativně dosáhl potřebného věku, kdy může odejít do důchodu.

Ve stáří ubývá psychomotorické hbitosti (Birren a Spieth), přibývá osobní rigidity (Rubenowitz). Stáří je často pedantické, obsedantní, bázlivé, anxiosní, pesimistické, autoritativní, potrpí si na prestiž, je netolerantní, plné předsudků. Oblast zájmu se zužuje, dynamogenie i na zábavu klesá, ale je konkrétní v přístupu k vnějšímu světu. Paměť se zhoršuje, výkonnost analysátorů, zejména zrakového a sluchového, ale i čichového, trpí. Je řada tělových pocitů, fokalisací, což vede k hypochondrisaci. Snadná unavitelnost brání i zábavě. Vzniká pocit méněcennosti a někdy snaha po překompensování může působit patogenně.

Člověk ví, že stárne a že se blíží smrt. Mnoho záleží na tom, jak přijme roli stárnoucího člověka a jak ji sehraje. Nepříjemná je stále více se rozvírající propast mezi přáním a možností.

Záleží na tom, jak se člověk vyrovnává s ohrožením hodnot, jako jsou život, zdraví, zevnějšek, libido a jeho ukojení, finanční příjem, život blízkých souvěkovců, zdatnost tělesná a duševní, prestiž a řada jiných.

Šesté decennium je tragickým a kritickým decenniem mnoha lidí. Mezi nepatrnými biickými změnami a výraznějšími syndromy 6. decennia až vylože-

nými duševními alteracemi je přechod plynulý a někdy je obtížné stanovit hranici chorobného. Šesté decennium se někdy jeví různě u obou pohlaví. Některý muž se stává poživačným, jeho erotika plane, navazuje mimomanželské styky, i když tak dříve nečinil. Hledí užít co nejvíc. Je-li přítomno cévní onemocnění mozkové, může být odbrzdění tím větší a může dojít ještě při dosti intaktní ostatní osobnosti k deviacím, zejména homosexualitě a pedofilii.

Jiný se neurastenisuje, hypochondrisuje, produkuje řadu nosofobií. Lze někdy těžko rozlišit, jde-li již o involuční depresi, nebo o syndrom šestého decennia.

Některá žena, což je řidší, se také hypererotisuje. Některá se stává hádavou, plačtivou, má pocit ukřivděnosti, bilancuje život. Příjemný život je pryč, zbytečně se obětovala pro rodinu. S málo vyvinutým syndromem ani lékaře nevyhledá. Když vyhledá lékaře, jde již spíše o involuční depresi. Je-li přítomna žárlivost, je podezření na involuční psychosu větší, jde-li o žárlivost velmi intensivní a nesmyslnou, je žárlivecká involuční psychosa jistá.

Psychopatie celoživotními zkušenostmi kompensovaná se dekompensuje, zvláště při současném cévním onemocnění mozkovém. Změna může být nápadná, aniž trpí inteligence.

Problematiku 6. decennia má znát každý lékař.

Starý člověk potřebuje ohledy, pomoc, zdvořilost, ale nikoliv útrpnost a najevo dávaný soucit, což působí traumaticky. Také oslovení „dědečku", „dědo", „babičko", „babi" atd. je naprosto nevhodné u většiny starých lidí, i když je dobře míněno. Také užívání slova „přestárlý" je surové. Přesolená potravina, přeslazená voda apod. je vlastně k nepotřebě. Přestárlý znamená, že měl již dávno zemřít. Když to čte starý člověk v novinách, zákonech apod., je tím těžce dotčen. Žádný člověk nemůže být přestárlý, ale je mnoho lidí starých. To není ani hanba, ani čest, to je pouhý fakt.

Starý člověk potřebuje pohodlí, možnost lehnout si přes den. Dělání a udržování pořádku je pro něho mnohdy námahou. Má právo, aby to za něho obstarali jiní. Potřebuje drobné radosti, popovídání, dobré jídlo, neboť okruh jeho radostí se zúžil.

Potřebujeme útulek pro stáří normální, pro lehce duševně alterované a pro těžce alterované, dementní.

Lékaři jiných oborů mají znát problematiku stáří.

Výběr z literatury

Bouchal, M., Konečný, R.: Psychologie v lékařství. SZdN, Praha 1966.
Dobiáš, J.: Lékařská psychologie. SPN, Praha 1965.
Hofstätter, P. R.: Psychologie. Fischer, Frankfurt a. Main 1958.
Syřišťová, E., Srnec, J., Kubička, L., Matějček, Zd.: Úvod do zdravotnické psychologie. SPN, Praha 1964.
Vondráček, V.: Vnímání. ZdN, Praha 1950.
Vondráček, V.: Hodnoty a hodnocení. ČSAV, Praha 1965.

Léčebný režim

Miroslav Plzák

Léčení nemocného nezačíná a nekončí ordinací lékaře, případně provedeným léčebným zákrokem. V naprosté většině případů je nemocný již před první návštěvou jakéhokoliv léčebného zařízení zčásti buď správně, nebo nesprávně informován o své nemoci a je zčásti správně, nebo nesprávně informován o principech léčby. Každý nemocný tedy přichází do léčebného zařízení v určitém postoji, který si upravuje konfrontací s tímto zařízením.

Ve styku s léčebným zařízením je každý nemocný z hlediska svého subjektivního postoje vystaven jednak přímým účinkům léčebných zákroků a vyšetření, jednak nepřímým vlivům řádu a provozu oddělení, případně ambulance. Soubor těchto podnětů je utvářen léčebným režimem zdravotnického zařízení.

V nejobecnějším slova smyslu je cílem léčebného režimu taková organisace provozu práce, aby veškeré podněty podporovaly léčebné záměry, čili aby vytvářely tzv. konstruktivní léčebné klima zdravotnického zařízení. Při tom je ovšem nutné si uvědomit, že hlavním důvodem organisace léčebného režimu není jen jakýsi chladně utilitaristický postoj lékaře a zdravotnického personálu, to znamená nejde nám o to, aby léčení bylo co nejefektivnější, jde navíc o humánně etické hledisko, což znamená, že se snažíme, aby nemocný v průběhu léčby co nejméně subjektivně trpěl. Z nemocnice nesmí odcházet člověk sice vyléčený, ale vyděšený, otřesený nebo dokonce duševně zlomený.

Každý odborník svého oboru si musí sám vypracovat speciální principy léčebného režimu. Psychiatr a klinický psycholog je schopen podat jen obecné pokyny a návody, k nimž dospěl jednak studiem psychického profilu nemocného člověka, jednak zkušeností léčebného režimu psychiatrických zařízení, který má zatím nejdelší tradici.

Pomineme tzv. nezbytné podmínky léčebného režimu, jako je čistota oddělení, čistota lůžkového prádla, čistota oblečení zdravotnického personálu apod. Budovat racionální léčebný režim na oddělení, kde je špína, je vysloveně směšné.

Léčebný režim vzniká v každém zdravotnickém zařízení bez ohledu, zda si jej přejeme, či nepřejeme. Nevěnujeme-li mu pozornost, vzniká tzv. léčebný režim živelný, věnujeme-li mu pozornost, vzniká léčebný režim řízený.

Základní součásti řízeného léčebného režimu jsou:

denní řád provozu oddělení,
organisace činnosti nemocných,

základní meziosobní vztahy zdravotnického zařízení:

nemocný — lékař,
nemocný — sestra,
nemocný — nemocný,

kvalita a rozsah informací o nemoci čili zdravotní výchova.

1. Denní řád provozu zdravotnického zařízení

Sledujeme-li záměr, aby nemocný měl v léčení maximální důvěru a aby před lékařským výkonem byl maximálně emocionálně uklidněn, je nezbytné, aby provoz oddělení budil dojem dokonale fungujícího mechanismu. Nemocného nezneklidní, jestliže za oknem chybějí květiny, ale zneklidní jej, ztratí-li se nález, nebo čeká-li na operaci, k níž mělo dojít dopoledne, do pozdních večerních hodin, zneklidní jej odklad visity, zneklidní jej pobíhající personál, shánějící na poslední chvíli kyslíkovou bombu apod. Nemocný usuzuje takto — je-li pořádek v provozu oddělení, je zřejmě pořádek i ve vlastním léčení. Lze dokonce říci, že nemocnému je příjemné, stane-li se součástí přesného a ověřeného systému. Nemocný dokonce ani příliš netouží po tom, aby tomuto systému rozuměl. Chce mít pocit, že vše, co se kolem něho děje, je již dávno prověřené a vyzkoušené.

Nemocný dále vyžaduje od zdravotnického personálu maximální odbornost. Všichni víme, že nemocný vyhledává lékaře, v něhož má důvěru. Tato důvěra je často neracionální, a to z toho prostého důvodu, že nemocný jako laik není schopen odhadnout kvalitu lékaře. Je povinností zdravotnického personálu utvrzovat tuto důvěru sugestivním nábojem svého jednání. Veškeré léčebné a diagnostické postupy je proto nutné doplnit vnější obřadností, v níž náležitým způsobem vynikne zdravotnická funkční hierarchie. Znamená to, že v jednání zdravotnického personálu před nemocným je přísně respektována služební nadřazenost v následujícím sledu: primář — starší sekundář — mladší sekundář — staniční sestra — diplomovaná sestra — sanitářka.

Na provozní schůzi ROH se k sobě mohou zdravotničtí pracovníci chovat jak chtějí, ale před nemocným je nemyslitelné, aby bylo jakýmkoli způsobem otřeseno postavení primáře nebo sestry apod. Lékařské visity mají být obřadné a ze slovní komunikace zdravotnického personálu musí být na první pohled jasné, kdo je primářem a kdo mladším sekundářem. Obřadnost musí být zachována směrem nahoru i dolů. Primář vysloveně škodí sám sobě a svému oddělení, když před nemocným něco vytýká sestře nebo sekundáři.

V organisaci denního řádu se často zapomíná na onen dosti trýznivý akt přijímání nemocného. Domníváme se, že patří k povinnostem staniční sestry, aby nemocného přijala, odvedla jej na lůžko a informovala jej o zásadách chodu oddělení. Neškodí, když nemocného informuje, kdo je primářem, kdo je jeho sekundárním lékařem, případně příslušnou sestrou. Skála zavedl v organisaci svého apolinářského režimu protialkoholního oddělení funkci „makarenka“, což je vhodně instruovaný pacient, který toto přijímání nového nemocného provádí.

V denním řádu oddělení musí být zakotven systém řízení s nevyléčitelnými nemocnými, případně s infaustními případy bezprostředně ante finem. Je to jeden z největších etických problémů léčebného režimu. Nečekanému úmrtí na oddělení se patrně ještě dlouhou dobu nevyhneme, ale jak se zdá, je psychologický dosah takové události poněkud přeceňován. Lékař má dostatek možností, aby takové úmrtí vysvětlil. Ovšem dlouho umírající člověk, který je ve stavu porušeného vědomí, má být isolován.

2. Organisace činnosti nemocných

Primář oddělení, zabývající se otázkami léčebného režimu, musí respektovat jeho ochrannou a aktivisující funkci. Prakticky na každém lůžkovém oddělení jsou pacienti potřebující klid a pacienti potřebující činnost.

Ve světě se stává standardní součástí nemocnice řemeslná dílna, ateliér, knihovna, společenská místnost s televisorem. Nezajistíme-li prostředky nejjednodušší rehabilitační činnosti nemocným, kteří nejsou upoutáni na lůžku, začnou zákonitě rušit nemocné potřebující klid. Vznikají tradiční spory mezi nemocnými se vzájemnými provokacemi a zahořklostí, vznikající z toho, že nemocný, který není upoután na lůžko, nemá co dělat.

Vyšším stupněm organisace činnosti nemocných je jakýsi modelový druh zaměstnání ve specialisované dílně, kde se nemocný zacvičuje na pracovní výkonnost, kterou bude potřebovat po léčení v nemocnici. Prakticky nikdy neprospívá nemocnému, jestliže z naprosté nečinnosti je nucen jednoho dne nastoupit do zaměstnání a ihned podávat plný výkon. Toto zřizování rehabilitačních dílen je zatím v naprostých počátcích svého vývoje, dosahované výsledky jsou však povzbudivé. Vše hovoří ve prospěch toho, aby na každé léčebné oddělení bylo napojeno příslušné oddělení rehabilitační.

Tam, kde nelze budovat oddělenou rehabilitaci, je nutné včlenit rehabilitační systém do systému léčebného. Tento přístup ke komplexní léčbě vyžaduje kádrové úpravy v řadách středního zdravotnického personálu. Každý léčebný obor si musí začít školit kádry středního zdravotnického personálu, specialisované pro příslušnou rehabilitaci.

3. Základní meziosobní vztahy v léčebném zařízení

Nemocný lůžkového i ambulantního zařízení stává se na určitý čas součástí specifikované společenské skupiny, v níž se utvářejí 3 základní meziosobní vztahy:

nemocný — lékař,
nemocný — sestra,
nemocný — nemocný.

Povaha těchto vztahů určuje především v lůžkovém zařízení kvalitu postoje nemocného k léčbě, ovlivňuje jeho způsob myšlení, charakter emocionální reaktivity a konečně jeho chování a jednání.

Vztah nemocný — lékař

Je poznamenán zcela zvláštním rysem, že submisivní partner — tj. nemocný — chce být submisivní. Nejenže netouží po dominanci, ale naopak se dominanci brání. Rozumný nemocný člověk si uvědomuje, že jeho ošetřující lékař rozhoduje o jeho stavu zdraví a nemoci, vyžaduje od něho maximální odbornost a v této odbornosti jej svým způsobem nechce rušit.

Lékař je povinen své dominantní postavení střežit, a to nikoli ve svůj vlastní prospěch, ale ve prospěch nemocného. Dominantní postavení mu totiž v první řadě zaručuje sugestivní vliv na nemocného. Lékař jako odborník ve vztahu k nemocnému jako laikovi je ve vzájemné komunikaci s nemocným nucen více proklamovat než argumentovat. Jde o proklamaci v dobrém slova smyslu. Dobrý lékař dovede dát radu nebo příkaz takovým způsobem, že nemocný nežádá žádné další vysvětlení.

Navykne-li si lékař příliš argumentovat v komunikaci s nemocným, vystavuje se nebezpečí, že z logického hlediska nebudou jeho argumenty dostatečně přesvědčivé. Lékař se v průběhu výkonu svého povolání musí vyrovnat s oním rozporem, že musí být maximálně kritický ke své vlastní práci a přitom musí tuto maximální kritičnost dávat minimálně najevo ve styku s nemocným. V jakémkoliv jiném povolání by to byl podvod, u lékaře je to nezbytnost chránící důvěru nemocného.

Lékaři se zbytečně zbavují svého dominantního postavení, mimo jiné některými formami komunikace s nemocným, jako je hádka, vzájemné urážení, výbuchy zlosti apod. Je pochopitelné, že nemocný chce vidět svého lékaře zbaveného řady přirozených lidských slabostí, že nemocný vyžaduje přívětivost a ohleduplnost, kterou je schopen oželet jen výjimečně ve stavu nebezpečí života.

V organisaci léčebného režimu musí lékař v každém okamžiku vystupovat jako odborník, zaujatý plně zájmem o nemocného a svůj obor. Jeho humánnost spočívá především v tom, že je schopen a ochoten v každém okamžiku obětovat svůj čas a své soukromí ve prospěch nemocného.

Vztah nemocný — sestra

Nemocný má zcela přirozenou tendenci vytvářet si ze středního zdravotnického personálu své důvěrníky. A to důvěrníky stojící v jistém slova smyslu proti lékaři. Žádá informace, kterých se mu nedostává od lékaře. Sestra je v podstatně častějším styku s nemocným a má k němu v osobním vztahu blíže. Podle našeho názoru a názoru všeobecně přijímaného je povinností sestry sehrát tuto roli, kterou po ní nemocný žádá, ale sehrát ji skutečně jen jako roli, a to roli dohodnutou s lékařem.

Diplomovaná sestra má být prodlouženým článkem psychoterapeutického působení lékaře na pacienta. Povinností sestry je přijmout nabízený vztah osobního důvěrníka, ale právě tak je její povinností nemocného svým způsobem zradit lékaři.

Většina sester a středního zdravotnického personálu, necvičených v zásadách psychoterapie, podléhá často vlivu faktoru osobní sympatie či antipatie k nemocnému, což je jedním z nejzáludnějších momentů, narušujících léčebný režim.

Preferuje-li sestra některé nemocné, kteří z jakéhokoliv důvodu jsou jí sympatičtější, okamžitě vytváří na lůžkovém oddělení atmosféru neklidu a napětí, protože ve skutečnosti vytvoří dvě vzájemně konkurující skupiny nemocných. Není správné pocity sympatie či antipatie potlačovat, ve skutečnosti to ani není možné, je naopak nutné si je plně uvědomit a racionálně se s nimi vypořádat.

Tak na příklad nemocný vyžadující povahou svého onemocnění velké množství ošetřovatelské péče může u unavené sestry vyvolat pocity antipatie, které si tato sestra racionalisuje tím, že nemocného označí za zhýčkaného a sekýrujícího. Někdy vlivem únavy, někdy vlivem nedostatečného morálního postoje dochází k náhradnímu ospravedlnění vyslovené křivdy.

V budoucnu je nutno školit v tomto směru střední zdravotnický personál. Musí si osvojit jednak jakýsi stereotyp zdvořilosti v postoji k nemocnému, jednak se musí naučit operovat s projevy své přízně tak, aby to bylo v souladu s potřebami nemocného. V našich lůžkových léčebných zařízeních došlo k povážlivému snížení stavu středního zdravotnického personálu. Je to v rozporu se světovým vývojem. Nemocný vyžaduje právem nejen sestru schopnou okamžitého zásahu, ale sestru vlídnou, vyrovnanou a ochotnou. A navíc vyžaduje od zdravotnického zařízení pocit jistoty, že je sestra připravena o něho kdykoliv pečovat. Tento pocit nemůže mít, slouží-li na chirurgickém oddělení v noci jediná sestra.

Vztah nemocný — nemocný

Z hlediska potřeb zdravotnické péče si nejsou všichni nemocní ve zdravotnickém zařízení rovni. Jsou diferencováni povahou choroby. Toto hledisko je důležité při poskytování výhod v léčebné péči, jako je malý dvoulůžkový pokoj, dieta, vycházky apod. Nemocní jsou na tyto výhody velmi citliví a dá se říci, že tyto výhody určují jejich vzájemný vztah. Nespravedlivé rozdělování výhod tohoto druhu vede opět k úvaze — jsou-li činěny rozdíly v tomto ohledu, jsou zřejmě činěny rozdíly i ve vlastní léčbě.

Hierarchie nemocných lůžkového zařízení má být určena schopností pečovat o sebe. Je účelné povolit v rozumném rozsahu, aby nemocní toho schopní pečovali o nemocné nemohoucí. Prospívá to oběma, protože vzniká stenisující pocit sounáležitosti.

Na odděleních rehabilitačního charakteru se někdy chybuje v tom smyslu, že se výkony nemocných vyhodnocují formou soutěže. Nesprávnost tohoto stanoviska pochopíme, uvážíme-li, že výkon rekonvalescenta je závislý na residuálním defektu, působeném nemocí, a nikoliv na jeho vůli a ochotě určitý výkon podat. Je lépe stanovit pro každého nemocného minimální výkonnostní limit.

I když si nemocní, jak již bylo řečeno, nejsou rovni z hlediska konkrétního rozsahu poskytované léčebné péče, prospívá klidnému a konstruktivnímu lé-

čebnému klimatu, jsou-li všemi prostředky potlačovány jakékoliv sociální rozdílnosti nemocných. Primář oddělení musí vysloveně dohlížet na to, aby nikdo nevyžadoval výjimky nebo výhody jakéhokoliv druhu z titulu své společenské funkce. Dochází pak k diskriminacím, které strhují zdravotnický personál k odlišnému jednání, na oddělení vzniká neklid a rušivé nálady, které mohou dokonce nahlodávat i denní řád oddělení.

4. Zdravotní výchova

Vedoucí jak lůžkového, tak ambulantního zdravotnického zařízení musí znát informační zdroje nemocných o jejich chorobě. Ponechá-li tuto otázku živelnosti, rozbují se pověry a názory, které vedou k tomu, že nemocní náhle odmítají zcela nevinné a nebolestivé zákroky.

Nemocný, u něhož je provedena lumbální punkce, líčí druhý den tento zákrok s hrůzostrašným podbarvením, protože chce být hrdinou. Dnes víme bezpečně, že nemocný nemá být odborníkem v oblasti svého vlastního onemocnění, má však nárok na to, aby byl informován o zákroku a léčbě, která jej očekává. Tuto informaci mu nevnucujeme jen v případě, že ji odmítá. Jinak jej informujeme především z hlediska subjektivního utrpení, které jej popřípadě očekává. Právě v tomto ohledu musí existovat zcela programovaná spolupráce lékaře a sestry. Je nutno opět rozdělit role v tom, co sdělí lékař a co sdělí sestra. Patří právě k součástem řízeného léčebného režimu, že není organisována jen léčba a její časový rozvrh, ale je programován i standardní postup způsobu, jak bude léčebný zákrok sdělen nemocnému. Je naprosto nehumánní, je-li nemocný vydán na pospas většinou traumatisujícím pohovorům, které mezi sebou vedou nemocní na pokoji. Důkazem dobré úrovně zdravotní výchovy oddělení je, jestliže sami nemocní upokojují nově přijatého nemocného, aby se ničeho neobával, že o všem bude předem včas dobře informován a že oddělení je dobře vedeno.

Výběr z literatury

Bierer, J.: Die therapeutischen Social Clubs. Z. Psychother. med. Psychol. 5/2, 1955.
Sivadon, P.: Techniques of sociotherapy. Psychiatry, 20/205, 1957.
Škoda, C., Škodová, R.: Liečba psychóz prostredím. SAV, Bratislava 1959.

Přehled vývojové psychologie a psychologické problémy výchovy

Zdeněk Matějček, Josef Langmeier

I. Vývojová psychologie

1. Pojem vývojové psychologie

Vývojovou psychologií rozumíme nauku o ontogenesi psychiky neboli o změnách psychiky, k nimž charakteristicky dochází během života jedince od početí až do smrti. Zahrnuje tedy jak evoluční změny, charakterisované objevováním nových schopností, dovedností, znalostí i účelných osobnostních vlastností, jež jsou nejvíce nápadné v období dětství a mládí, tak i utváření psychiky v období relativní stálosti u dospělého jedince, i involuční změny (úbytek některých schopností a adaptivních funkcí), jež vyznačují zejména fázi stáří. Zatímco však psychologie dítěte (pedopsychologie) obsahuje dnes již velký počet soustavných faktů (i když zatím teoreticky ne vždy uspokojivě vysvětlených), je systematických zkoumání v oblasti adultopsychologie a zejména gerontopsychologie daleko méně, spíše až z poslední doby.

Vývoj psychiky od narození do dospělosti je u člověka mnohem složitější a mnohem delší, než u kteréhokoli jiného tvora. Obecně platí, že období dětství se relativně stále prodlužuje, jak stoupáme v žebříčku fylogenetické řady: u zcela elementárních druhů rodí se jedinec vlastně hotový, připravený plnit všecky životní funkce, zatímco novorozené dítě svou bezmocností a neschopností přežít bez cizí pomoci je krajně nehotové, a tato jeho slabost a životní i sociální závislost a neproduktivnost trvá až paradoxně dlouho. Značná relativní délka dětství ukazuje na jeho smysl pro nabytí opravdu lidských vlastností: je vedlejším projevem vysoké plastičnosti, významu „učení" v širokém slova smyslu a pružného přizpůsobování životním podmínkám v časném vývoji člověka. Také období stáří se u člověka (zvláště v moderní civilisované společnosti) stále prodlužuje a nabývá zřejmě nového významu, který nelze vidět jen v sestupných změnách a v poklesu životních a společenských funkcí.

2. Metody vývojové psychologie

Vývojová psychologie užívá pro své cíle všech metod obecné psychologie, tj. pozorování, experimentu, testových metod apod. Má-li však zjistit změny, k nimž ve vývoji psychiky dochází, pak musí těchto metod užívat v různých časových úsecích. Z tohoto hlediska můžeme rozlišovat několik základních metodologických přístupů ve výzkumu vývojově psychologickém:

a) Podélný přístup (longitudinální). Týž jedinec je sledován po určitou dosta-

tečně dlouhou dobu a jsou zachycovány změny jeho psychiky v tomto období. Metody, jichž se užívá k zjišťování těchto změn, mohou vycházet z přirozeného životního prostředí (např. pozorování dítěte v rodině po řadu měsíců i roků), nebo z umělých standardisovaných situací (testových, experimentálních); mohou se týkat celého vývoje, nebo jen některé jednotlivé funkce; mohou být spíše příležitostné (jako byly například prvé biografické studie, uveřejněné již v minulém století Preyerem, Darwinem, Sternem aj. a obsahující záznamy rodičů o vývoji jejich vlastních dětí), nebo systematické záznamy podle předem stanovených kategorií. Důležitá pro tento přístup je okolnost, že je souvisle sledován vývoj téhož jedince po určitý dosti dlouhý časový úsek a získána tedy křivka individuálního vývoje, zaznamenávající skutečné a konkrétní vývojové proměny.

b) Příčný přístup (cross-section). — Protože podélný přístup je časově velice náročný (vyžaduje sledování téhož jedince po dlouhou dobu), používá se velmi často postupu příčného, při čemž se zachycuje vývojový stav různých jedinců stojících na různém vývojovém stupni (různě starých).

Příčná metoda se hodí pro získání některých obecných dat a „norem" platných pro jisté věkové úrovně, je však už méně vhodná tam, kde si klademe náročnější cíle plynulého sledování a vysvětlení proměn.

Další dva metodologické přístupy kombinují do jisté míry oba přístupy a slevují z náročnosti pravého podélného přístupu (zachycují přímo jen jeden časový bod, zatímco data o druhém jsou získána jen nepřímo).

c) Retrospektivní (anamnestický) přístup. U vybrané skupiny osob s určitými vývojovými charakteristikami se zjišťuje anamnesticky jejich dřívější vývojový stav a okolnosti, které mohly mít na další vývoj rozhodující vliv.

d) Anterospektivní (katamnestický) přístup. Základní studovaná skupina je tu naopak vybrána podle určitého kritéria v dochovaném materiálu a je zjišťován dnešní stav dětí z tohoto souboru. Tak např. ze záznamu v jeslích je vybrána skupina dětí, které měly kolektivní výchovu od kojeneckého věku, a je zjišťován jejich nynější vývojový stav na počátku školní docházky.

3. Faktory psychického vývoje

Psychický vývoj závisí na dvou procesech, které jsou vzájemně komplementární:

a) na „maturaci", tj. na jistých fysiologických změnách struktur (jako je např. myelinisace nervových vláken), jež umožňují určité funkce;

b) na „učení" v širokém slova smyslu, tj. změnách (trvalejšího rázu) odpovídajících přizpůsobování organismu určitému prostředí.

Maturace (zrání) organismu probíhá ve všech jeho systémech — nervovém, svalovém, kostním, endokrinním — a jejím výsledkem je zralost (maturitas). Podstatou maturace jsou změny ve struktuře, jež jsou převážně (aspoň za průměrných podmínek) podmíněny endogenně, a to na prvém místě faktory genetickými. Učení je naopak závislé převážně na individuální zkušenosti, tj. je určováno podněty přicházejícími z denního životního prostředí.

K objektivnějšímu řešení této základní otázky vývojové psychologie přispělo mnoho pozorování a experimentů na dětech i zvířecích mláďatech. Důležitá jsou zejména pozorování z období útlého věku, kdy dochází k vývoji základních sensorimotorických dovedností, jako je např. fixace a sledování předmětů zrakem, uchopování a manipulace s předměty, posazování, lezení, chůze apod. Mnoho dokladů zdánlivě nasvědčovalo tomu, že tyto základní funkce jsou závislé výlučně na maturaci a nemají s učením nic společného. Tak už v r. 1878 dokazoval Spalding na vlaštovkách vychovávaných v maličkých klecích bez možnosti jakýchkoliv pohybů křídel, že vykonávají svůj první let stejně dobře jako ty, které se po celou dobu v přípravě na let cvičily. Podobně dokazoval Dennis (1940) na indiánských dětech kmene Hopi, že skoro úplná omezení pohybu v prvních měsících života do 9. měsíce nebo i později nemá vliv na dobu, kdy dítě začne chodit, a obdobné pozorování získala ve třicátých letech Lotta Schenková-Danzingerová na těsně zavinovaných dětech albánských, které brzy po uvolnění vykonávaly všecky úkony odpovídající věku, ačkoliv se jim nemohly předtím „učit". Zdálo by se tedy, že maturace probíhá „latentně" a že dítě zvládne určité vědomosti rychle, jakmile se mu dostane příležitosti k jejich provádění. Primární význam maturace pro časný sensomotorický vývoj dítěte prokazoval také Gesell (1941) v pokusech na identických dvojčatech, z nichž jedno bylo vždy cvičeno (T — trained), druhé sloužilo jako kontrolní subjekt (C — control). V pokusech s učením lezení do schůdků, stavění kostek, koordinace pohybů rukou apod. se ukázalo, že necvičené dvojče C rychle dosáhlo úrovně dvojčete T, jakmile jen dospělo k potřebné zralosti. Tak např. bylo dvojče T cvičeno denně v lezení do schůdků po dobu 6 týdnů (od 46. do 52. týdne); po tomto tréninku zvládlo úkol za 25 vt. U dvojčete C bylo s cvikem započato až v 53. týdnu a po stejném cvičení dosáhlo za 2 týdny podstatně lepšího výkonu (10 vt.).

Citovaný pokus ovšem nedokazuje, že cvik (učení) nemá žádný vliv, ale dokazuje jen to, že doba, kterou necvičené dvojče potřebuje k dostižení cvičeného dvojčete, je velmi krátká a že vliv předčasného cvičení je velmi malý. Spíše z něho lze vyvodit, že učení má začít teprve tehdy, když již dítě dosáhlo potřebné zralosti — jen tehdy je rychlé a hospodárné („zásada pohotovosti"). Učení probíhá za těchto podmínek někdy tak rychle, že se vůbec přehlédne a výsledek se vyvozuje zcela z maturačního procesu.

Význam učení v této časné fázi vývoje organismu se však stane zřejmým za některých krajních podmínek. V pokusech na zvířatech, kterým bylo zamezeno konat volný pohyb po jistou dobu a která přece jen po uvolnění skoro ihned normálně běhají a vykonávají jiné, pro druh specifické činnosti, dojdeme např. ke zcela jinému výsledku, když se zvíře nejen nemůže volně pohybovat, ale když ani nemůže získávat dojmy z dotyku vlastního těla a z jeho zrakové kontroly. Jiné je, znemožníme-li jen specifické cvičení dané dovednosti, a jiné, vyřadíme-li celkovou smyslovou zkušenost, např. z dotyků vlastního těla, z pohybů údů nebo ze zrakové kontroly. Tak šimpanz, který byl po prvých 30 měsíců vychováván s rukama a nohama obalenýma válci dovolujícími sice pohyb, ale znemožňujícími dalekosáhle dotykové vjemy, vykazoval později závažné

obtíže v rozpoznávání dotykových podnětů na vlastním těle a v reakci na bolestivé podněty i abnormální postavení údů a atypické pohyby (Nissen, Chow a Semmes, 1951). Podobné výsledky byly dosaženy i při vyloučení zrakových dojmů v raném období vývoje. Z klinických zpráv jsou známy případy dětí s vrozenou kataraktou, které po operaci v pozdějším dětství nebo v dospělosti měly sice normální barevné vidění, ale měly těžké obtíže v rozeznávání zrakových útvarů, v rozpoznání různých osob zrakem, ve vnímání hloubky apod.

Je tedy zřejmé, že jistá obecná smyslová zkušenost v útlém věku je nezbytná pro normální sensomotorický vývoj i pro pozdější normální funkce závislé na vnímání. Zvláštní výchovné podmínky mohou i tu vývoj zřetelně pozměnit: Nasvědčují tomu pozorování na dětech v podnětově velmi chudých ústavech, jako byly např. ústavy, v nichž konal svá klasická pozorování R. A. Spitz (1941 a d.). Děti tam ležely celé dny v postýlkách a neviděly nic než bílý strop, byly zapadlé do proleželých slamníčků, takže se nemohly obracet, nikdo se jimi výchovně nezabýval, dostávalo se jim jen racionálního ošetření. Za těchto podmínek se jejich vývoj stále více zpožďoval a odpovídal v jednom roce úrovni dítěte slabomyslného. Na druhé straně ukázaly studie psychomotorického vývoje dětí v některých jiných kulturních podmínkách překvapivé pokroky. Tak je tomu např. (M. Geberová, 1965) v tradičním africkém prostředí v Ugandě, kde kojenec je středem trvalé pozornosti okolí a je v trvalém kontaktu s matkou, která jej nosí na zádech i při práci, spí s ním, kojí jej, jakmile křičí. Za těchto podmínek odpovídá vývoj dítěte ve 4 měsících úrovni dosahované evropským dítětem v 7—9 měsících: samo se posadí, sedí pevně a může se předklánět a zvedat, stojí pevně drženo za obě ruce, uchopí malou kuličku mezi palec a ukazovák apod. V 7 měsících stojí volně, v 9 měsících začíná chodit.

Mimořádný význam v časném učení má zřejmě sociální zkušenost. I zde nové pokusy na zvířatech (např. vynalézavé Harlowovy pokusy na primátech), stejně jako pozorování na dětech ukazují, že časný kontakt dítěte se stabilní osobou (nejčastěji matkou) má mimořádný význam pro jeho sociální, citový a charakterový vývoj. A také na tomto úseku jsou zhruba první tři roky pravděpodobně rozhodující. Nedostatečné uspokojení základní sociální potřeby dítěte v útlém věku (sociální a emoční deprivace) vede k těžkým poruchám pozdějšího vývoje dítěte.

Ze všeho, co bylo řečeno, je tedy patrné, že učení nelze ztotožňovat jen se specifickým cvičením (přímým učením určité dovednosti). Běžné podnětové a sociální okolí dítěte, které na ně působí vlastně trvale, jeho průměrná intensita a variabilita mají základní důležitost pro časné učení dítěte v době, kdy specifický cvik má ještě malý význam. Právě proto, že je toto běžné smyslové prostředí tak samozřejmé, nebylo často bráno vůbec v úvahu. Nahodilé podněty z materiálního i společenského prostředí mají v časné době často větší význam než podněty, které jsou jako „výchovné“ přímo zaměřeny na modifikaci chování vyvíjejícího se dítěte. Mnoho podnětů si konečně za běžných podmínek opatřuje dítě samo svou vlastní aktivitou, svým vlastním cvikem, hrou se svým vlastním tělem, s vlastními pohyby, se zvuky, které vydává, a okolí tu rozhoduje jen tou měrou, jakou tyto aktivity dítěte umožňuje, podporuje nebo brzdí. Nezřídka

nahodilé a nezaměřené celkové podněty a vlastní činnost ovlivňují vývoj dítěte rozhodující měrou a převáží i nad výchovným záměrem rodičů, takže výsledek je pak neprávem připisován „dědičnosti".

Jako tedy nelze učení ztotožňovat se specifickým cvičením, tak ani maturace nezávisí jen na faktorech genetických a nemůže být s dědičností ztotožňována. Je zřejmé, že prenatální i časné postnatální vlivy výživové, toxické, popřípadě traumatické ovlivňují rychlost a průběh maturace. Méně je samozřejmé, že i konstantní sensorická stimulace ovlivňuje průběh maturace: proti dřívějším negativním závěrům v tomto směru ukazují novější studie, užívající zjemnělých metodik, že krajně defektní nebo nadbytečná stimulace ovlivňuje i průběh strukturální a fysiologické maturace rozhodující měrou (Brattgard, Krech aj.).

Je dnes stále více patrné, že maturace a učení jsou vzájemně komplementární a neodlučitelné procesy. Každý organismus začíná s jistou vzrozenou strukturou, která se ve vývoji realisuje postupně v daném prostředí. Maturace poskytuje určité množství možností, které se realisují brzy, pozdě nebo vůbec ne — podle prostředí a podle zkušeností. Za těchto okolností nelze zřejmě ani říci, zda pro vývoj dítěte je důležitější maturace nebo učení, resp. dědičnost či prostředí. Obojí je pro vývoj nezbytné a za krajních podmínek v experimentu stejně jako v přirozených okolnostech může jeden nebo druhý proces převážit natolik, že druhý se zdá relativně bezvýznamný.

Faktory genetické a faktory fysikálního a chemického prostředí působícího na dítě před narozením i v první době po narození jsou různé pro každé dítě. Stejně tak je velká rozmanitost v utváření podnětového prostředí, ve kterém dítě roste. Setkáním určité sestavy jedné i druhé třídy faktorů naskýtá se ještě daleko větší možnost individuální rozmanitosti pro vývoj dítěte. V jedné nedávné studii (Schaffer a Emerson, 1964) o tělesném kontaktu dětí a jejich matek pozorovali autoři 37 malých kojenců a jejich matky v jejich denním styku. Zjistili, že většina dětí (19) dávala najevo svou libost z tělesného kontaktu s matkou, když je chovala, nosila po pokoji a mazlila se s nimi. Některé děti (9) však naopak protestovaly, když je matka k sobě přivinula a chtěla je chovat. Zbývající děti dávaly najevo potěšení z tělesného kontaktu jen za některých okolností (např. při únavě). Podobně bylo možno i mezi matkami najít některé, které dávaly přednost tomu, aby chovaly své dítě a mazlily se s ním, a jiné, které s dítětem navazovaly kontakt spíše zrakovou a sluchovou cestou nebo pomocí hraček. Jsou i takové matky, které vůbec nejsou s to navázat kontakt se svými dětmi a sedí vedle nich netečně jako socha. Je pochopitelné, že vývoj dítěte bude postupovat rozdílně podle vzájemného působení prostředí dítěte a individuální struktury vloh a základních fysiologických a psychologických potřeb dítěte. To platí nejen pro normální vývoj dítěte, ale i pro vznik různých poruch chování ve vývoji.

Čím je dítě starší, tím nápadnější je v jeho vývoji vliv záměrné výchovy a záměrného učení (specifického cvičení). Vznik jistých dovedností a znalostí charakteristických pro člověka (vývoj mluvené i čtené a psané řeči, způsobů sociálního chování, sebeobsluhy apod.) je bez takového učení zcela nemožný. Je však důležité si uvědomit, že i osvojování těchto charakteristik závisí pod-

statně na vyspělosti fysiologické i psychické, tj. na maturaci i na dřívějším učení. Zdá se, že časné učení, které probíhá pod vlivem celkové podnětnosti prostředí, vytváří především způsoby vnímání a mentálního ovládnutí světa — jakési strategie poznávání a přizpůsobování — a tedy vytváří podmínky pro pozdější učení, které je již zaměřenější, specifičtější a rovněž i rychlejší a úspornější, pokud nastoupí v době, kdy tyto formy jsou již dobře ustaveny a dítě je plně „zralé". Toto porovnávání zralosti (připravenosti) a požadavků specifického učení probíhá ve vývoji stále, je však zvláště vystupňováno v některých fázích, kdy se na dítě kladou nové sociální požadavky (když začíná školní docházka, když vstupuje do povolání). Správné posouzení zralosti pro kolektivní soužití ve školce, pro učení ve škole, pro zařazení v povolání apod. je proto důležitým úkolem vychovatelů a při nejasnostech poradenským úkolem lékařů a psychologů.

4. Periodisace vývoje lidské psychiky

Podobně jako somatický růst neprobíhá ani duševní vývoj zcela lineárně, spojitě, pouhým kvantitativním narůstáním dovedností a schopností. Jako jsou období rychlého, ba až překotného růstu tělesného, který se střídá s fázemi pomalého růstu, a jako dochází v některých fázích i ke kvalitativní změně tělesné postavy, tak nacházíme také výrazné fluktuace ve vývoji duševním. Při značné složitosti duševního vývoje nepřekvapuje, že je nesnadné vypočíst a přesně charakterisovat jednotlivé stupně („fáze") s jejich kvalitativní odlišností. Z četných pokusů o periodisaci vývoje lidské psychiky na základě opravdu psychologických charakteristik jsou nejznámější dvě. Psychoanalytická teorie zasluhuje pozornosti pro pokus vyjádřit nejpodstatnější znaky fází; vychází z předpokladu, že psychický vývoj je třeba vidět především v utváření dynamické složky osobnosti, tj. v afektivní stránce a v její závislosti na uspokojování pudů, zejména pudu sexuálního. Z tohoto hlediska rozlišuje psychický vývoj do pěti období, v nichž se sexuální energie fixuje postupně na různé „erogenní" zóny.

a) Orální stadium (zhruba první rok života). Celý život kojence v tomto období je zaměřen na bezprostřední uspokojování emočních potřeb bez ohledu na následky („princip slasti"), při čemž hlavní libost získává ze sání a (později) z kousání, tedy z aktivity vázané na ústa. Láska dítěte je — můžeme-li tak říci — zcela upjata na jeho tělesné „já", ale poněvadž matka splňuje všecky tyto biologické potřeby, vytváří dítě svůj první primitivní vztah a závislost k ní.

b) Anální stadium (druhý a třetí rok), kdy uspokojování emočních potřeb je vázáno hlavně na funkce vyměšování (libost získává dítě vypuzováním a zadržováním výměšků). Dítě si v té době začíná uvědomovat sebe samo jako nezávislého jedince, předmětem jeho lásky je především ono samo jako psychologická osoba („narcismus"). Jeho časté „já", „já sám" i jeho vyžadování jistých ceremoniálů vyvolává ovšem omezení ze strany okolí a výbuchy zlosti nebo vzdor dítěte. Ryze požadovačný postoj začíná být kontrolován prvním zřetelem ke skutečnosti („princip reality").

c) Falické stadium (čtvrtý a pátý rok), kdy dítě získává již libost z oblasti genitálií (infantilní masturbace je v té době častá). Dítě si začíná být vědomo svého pohlaví a přesunuje svou lásku ze své osoby na rodiče opačného pohlaví (tzv. „oidipský komplex" chlapců s láskou k matce a žárlivostí k otci a opačný „komplex Elektřin" u dívek). Tento zvláštní vztah k rodičům je za normálních podmínek vyřešen, a tím je uvolněna cesta dalšímu zdravému citovému vývoji dítěte. Pod tlakem strachu z kastrace (více neuvědomělého ovšem) opouští dítě všecku infantilní sexualitu a „princip reality" docela převládne.

d) Latentní stadium (od šestého roku až do puberty). V době, kdy dítě zpravidla vstupuje do školy, ustupují na čas jeho stupňované citové a sexuální zájmy do pozadí a důraz se přesouvá na růst rozumový (nabývání vědomostí) a na společenský a mravní vývoj (roste altruismus, vyvíjejí se mravní ideály, vztah soucítění s lidmi). Děti v té době už obyčejně odmítají přílišné mazlení, ale mají rády oba rodiče.

e) Genitální stadium (odpovídající pubertě, asi od 12 let), kdy se postupně vyvíjí zralé afektivní a sexuální cítění, zpravidla ještě ve dvou stupních. Nejprve ve formě homoeroticismu, kdy se vytváří vztah chlapců k chlapcům a dívek k dívkám, tvoří se jejich přátelství, obyčejně jen „platonického" rázu, a odmítá se vztah k dětem opačného pohlaví. Teprve potom (obyčejně kolem 15 let) vznikají první citové vztahy heterosexuální, zprvu jen tápavé a nejisté.

Uvedená stadia nejsou nijak rigidní, nýbrž všelijak se překrývají, zčásti někdy dlouho přetrvávají a také jejich časové vymezení bývá u různých dětí velmi odlišné. Psychoanalytická teorie stadií jistě vystihla leccos ze skutečných vývojových změn psychiky a stala se základem i pro výklad odchylného vývoje (zejména pro vznik neuros). Avšak přes svou velkou rozšířenost nikdy nebyla všeobecně uznána a ani jednoznačně experimentálně potvrzena (experimentální potvrzení nebo vyvrácení psychoanalytických koncepcí je vzhledem k jejich velké obecnosti ostatně velmi obtížné).

Nověji získala značnou pozornost periodisace vývoje lidské psychiky, vypracovaná švýcarským psychologem Jeanem Piagetem. Vychází ze zcela jiných předpokladů a z důkladné analysy vývoje poznávání u dítěte, nicméně má také vztah k vývoji citové a sociální stránky, jak na to upozorňují zejména některé novější práce. Také Piaget rozčleňuje vývoj dítěte do pěti stadií, která se časově jen zčásti kryjí se stadii uváděnými psychoanalysou. Podle toho, jak se vytvářejí základní způsoby poznávací („vztahové") funkce, rozlišuje Piaget:

a) Stadium sensorimotorické (od narození asi do dvou let). Lze je dále dělit na několik úseků, během nichž dítě přechází postupně od dílčích vjemů k vytvoření pojetí trvalého předmětu (jak je vidět z toho, že dítě začíná hledat předmět, který zmizel z jeho vjemového pole). To je také podmínkou pro uznání „já" jako odlišného od ostatních a pro vytvoření specifického vztahu k matce (teprve tímto okamžikem, kolem 7. měsíce, začíná tedy prvý sociální vztah, který pak umožňuje dalekosáhlou socialisaci a akulturaci dítěte).

b) Stadium symbolické, předpojmové (předoperační), zhruba od dvou do čtyř let. Začíná s nástupem řeči, tj. s objevem symbolických znaků pro ustavené představy. Slova však vyjadřují spíše přání dítěte, než skutečná objektivní

fakta, tj. dítě je zatím zcela ovládáno svým egocentrismem a naprostým antropomorfismem.

c) Stadium názorového myšlení (od 4 asi do 7 nebo 8 let). Dítě začíná vyvozovat závěry, zatím jen na názorné rovině, a proto často zcela chybně. (Když například přesype korálky z jedné skleničky do druhé, která má jiný tvar, usuzuje, že korálků je víc, „protože je to vyšší" apod. I zde je ještě patrný vliv zkreslujícího egocentrismu, závislosti na činnosti dítěte (arteficialismus) i vliv různých zevních nátlaků a sugescí.

d) Stadium konkrétních operací (od 8 asi do 11 nebo 12 let). Dítě si již vytváří jisté myšlenkové kategorie (pojem třídy, počtu, řady, příčinnosti apod.).

e) Stadium abstraktních (formálních) operací (objevuje se v pubertě, někdy mezi 12. a 14. rokem). V té době si dítě vytváří skutečnou logiku na abstraktní úrovni, vytváří domněnky a ověřuje je, vytváří vztahy mezi pojmy, třídami, vyvozuje úsudky z obecných soudů apod. Teprve ve čtvrtém a pátém stadiu stává se dítě opravdu schopným myšlenkové spolupráce na základě rovnějšího vztahu sociálního, je schopné výměny myšlenek a respektování společenských pravidel a norem.

Piagetova periodisace je pozoruhodný pokus nového pohledu na průběh duševního vývoje, je však — přes značně detailní rozpracování a přes svou vnitřní logiku — jednostranná a byla z různých důvodů kritisována. Ani tato teorie nebyla dosud všeobecně přijata, a tak prozatím pro praktické účely stále převládá popisná charakteristika jednotlivých věkových období, jež jsou vymezena spíš zevně, se zřetelem na biologické a společenské podmínky. Na tomto místě podáváme stručný popis hlavních věkových fází, jenž může sloužit pro hrubou orientaci a jednoduché posouzení vývojového stavu.

5. Popisná charakteristika jednotlivých stadií psychického vývoje

a) Období fetálního vývoje: První pozorovatelné pohyby vyvolané podněty v okolí úst v 6. týdnu po početí. Kolem 3 měsíců již výrazné reflexní odpovědi. Předčasně narozené dítě vykazuje v nejranějším stadiu chabý a fluktuující tonus, slabé a krátké reakce na taktilní podnět, rychlé vyčerpání a pomalé zotavení; většinou stav somnolence s chvilkami krátkého neklidu. Později tonus na vyšší úrovni, reakce silnější, stav spánku a bdění se lépe diferencuje.

b) Období novorozenecké (zralého dítěte): V bdělém stavu zaujímá většinou asymetrické postavení končetin se zaťatými pěstmi (tonický šíjní reflex). Základní nepodmíněné reflexy (hledací, sací, polykací, vyměšovací, obranné, orientační, úchopové a polohové) jsou vesměs dobře vyvinuty. Spí až 20 hodin denně, ve spánku poloha s flektovanými končetinami. Křik častý, nediferencovaný.

c) Období kojenecké (mladší kojenec do 6 měsíců, starší do 1 roku):

3. měsíc: V poloze naznak většinou symetrická poloha s ručkama převážně rozevřenýma. Na bříšku se vzpírá o předloktí a udrží zpříma hlavičku. Ve stoji

se lehce vzpírá nožkama. Pohybující se hračku sleduje zrakem na obě strany. Při spatření předmětu začíná živě pohybovat ručkama. Brouká (dlouhé samohláskové zvuky). Křik se diferencuje, je méně častý. Na sociální kontakt reaguje úsměvem (nerozlišeně). Při mírném zvuku pozorně naslouchá (omezí spontánní pohyby). Doba bdění se prodlužuje a soustřeďuje se do menšího počtu úseků.

6. měsíc: Drží se podaných prstů a přitahuje se do sedu. Na bříšku se otáčí dokola a převaluje se na záda. Sedí v „žabí posici" volně malou chvilku a nepevně. Po hračce jistě sahá a uchopí ji celkovým (dlaňovým) úchopem. Začíná žvatlat (slabiky ma, ba, da). Sleduje pohybující se osoby, dožaduje se jejich pozornosti.

9. měsíc: Samo se posadí a bezpečně dlouhou dobu sedí. Leze po rukou a kolenou. Stojí samo, může-li se něčeho přidržet. Začíná chodit okolo nábytku. Uchopuje i drobné předměty mezi palec a ukazovák („klešťový úchop"). Začíná záměrně pouštět předměty z ruky. První slůvko s významem (např. bác, ham). První projevy na slovní pokyn (udělej paci-paci). Vytváří specifický vztah k matce (křičí, když odchází), strach z cizích lidí. Pije s pomocí z hrnku, kouše.

12. měsíc: Volně stojí, chodí vedeno za ruku, obyčejně udělá i první samostatný krůček. Vyprazdňuje a plní krabičky, zastrkuje věci do dírek. Zná dobře 1—2 slůvka s významem, rozumí významu více slov i jednoduchým slovním výzvám.

d) Období batolivé (druhý a třetí rok života):

18. měsíc: Dobře chodí i běhá, zvedne předmět a neupadne. Postaví 2—3 kostky na sebe (věž). Zná asi 10 slůvek. Čmárá tužkou. Rozumí zákazu. Jí samo lžičkou a pije samo z hrnku.

2 roky: Chodí po schodech bez držení. Zná již 100 i více slůvek, spojuje je primitivně v krátké větičky. Začínají napodobivé hry se sociálním námětem (dává spát panenku, krmí ji a češe ji). Hraje si s dětmi podobně jako ony (souběžná hra). Udržuje z větší části tělesnou čistotu, samo se hlásí na hrníček.

3 roky: Při chůzi do schodů střídá nohy. Staví ze tří kostek „most". Navléká korálky na provázek. Napodobí kresbu kruhu podle předlohy. Jmenuje věci a osoby na obrázcích, začíná na nich označovat i jednoduché činnosti. Začíná spolupracovat s dětmi ve hře (pospolitá hra). Objevují se úlohové hry (na maminku, na listonoše). Obléká se s malou pomocí, umývá si ruce. Udržuje bezpečně (až na ojedinělé „nehody") tělesnou čistotu. Jezdí na tříkolce.

e) Období předškolní:

4 roky: Chodí i se schodů již střídavým krokem, seskočí s nízké lavičky. Napodobí kresbu křížku podle předlohy. Začíná pojmenovávat svou kresbu, kreslí panáka skládajícího se z hlavy a nohou.

5 let: Napodobí kresbu čtverce podle vzoru. Kresba panáka má již hlavní části (hlavu, trup, nohy, ruce, oči, ústa, nos). Opakuje čtyři čísla. Správně označí hlavní barvy. Podá jednoduchou definici známých věcí účelem nebo materiálem, tvarem apod.

6 let (dítě zralé pro školu): Kreslí již zřetelnou a dobře pročleněnou kresbu panáka. Podá vysvětlení rozdílu mezi jednoduchými pojmy (pes — pták), chápe

jednoduché vztahy ve skutečnosti i na obrázcích. Hlásí se o úkoly („práci") a je při nich přiměřeně vytrvalé a soustředěné.

f) Období školní:

7 let: Kreslí kosočtverec podle předlohy. Udává podobnosti známých jednoduchých věcí (hruška — jablko). Pamatuje si 5 čísel. Začíná číst a psát.

Kolem 8 let začíná dítě zpravidla ovládat techniku čtení natolik, že je schopno si číst pro vlastní potěšení (průměrný výkon ve čtení na konci druhé třídy je asi 60 slov za minutu). Školní prospěch je za normálních okolností dobrým obrazem vývoje inteligence dítěte, za zvláštních okolností však může být značně horší (výjimečně také lepší), než by odpovídalo vývoji rozumových schopností. Jsou to zejména tyto okolnosti: specifické defekty v oblasti vnímání nebo integračních funkcí (např. při tzv. vývojové dyslexii — specifické neschopnosti naučit se číst), předčasný vstup do školy dítěte dosud nezralého, překážky v citovém životě (neurotické konflikty), nedostatečná motivace (nezájem o školu a o úspěch), celková výchovná zanedbanost, zanedbání ve výuce u dítěte s dlouhými a častými absencemi a hospitalisacemi. Sociálně bývá školní dítě už značně samostatné (samo se obslouží, obleče, obuje, umývá, chodí nakupovat, vyřídí ve svém okolí drobné posílky, provádí doma některé malé práce a povinnosti). Citově značně vyrovnanější.

g) Období puberty: Fáze pohlavního dospívání od objevení prvních sekundárních pohlavních znaků po menarche či první emise (zpravidla od 11 do 13 let u dívek, o 1—2 roky později u chlapců). Věkové hranice však značně kolísají.

Zprvu akcelerace tělesného růstu, přechodná disproporcionalita, později zklidnění a harmonisace proporcí. Rozvoj abstraktního myšlení (manipulace s abstraktními pojmy, formální úsudkové operace, logická paměť). Kritičnost, hlavně vůči dospělým (méně vůči sobě). Počínající specialisace zájmů; zaměřování na volbu povolání. Všeobecně zvýšení zájmů sběratelských, dobrodružných, soutěživých, sportovních. Přechodná tělesná neobratnost. Osamostatňování od přímého vlivu rodičů (někdy i negativismus, revoltování, vzdor), naopak podléhání vlivu skupiny rostenců. Někdy kolísání mezi pocity osamocení (snění, sebepozorování) a touhou po styku s druhými. Vznik vlastních ideálů a životních cílů. Citová rozkolísanost, přecitlivělost nebo podrážděnost, zvýšená únavnost.

h) Období adolescence (mládí, jinošství) — po pubertě asi do 20 let (angl. „teenagers").

Dokončování tělesného růstu a dozrávání, blíží se dosažení vrcholu tělesné obratnosti a zdatnosti. Rovněž vrcholí rozvoj mentálních schopností a rychlost reakcí. Dosahuje prakticky téměř úplného sebeřízení, i když dosud není sociálně nezávislý. Doba intensivní přípravy na povolání nebo studium. Emočně se spíše stabilisuje, ale výkyvy (zejména směrem k depresivním náladám) jsou dosud časté. Zpravidla první erotické vztahy, často tápavé a nestálé.

i) Období dospělosti — zahrnuje věk asi od 20 do 45 let (mladší a střední věk dospělosti).

Vývoj tělesných i duševních schopností dosahuje vrcholu a po toto období se udržuje celkem na vyvážené rovině. Pokles, k němuž dochází později v ně-

kterých fázích (např. rychlost reakcí a tělesné obratnosti), je plně vyvážen ziskem znalostí a zkušeností. Vrcholu výkonnosti se dosahuje obyčejně u sportovců a nekvalifikovaných dělníků zpravidla ve 20 letech, u kvalifikovaných pracovníků (i u umělců, vynálezců apod.) po třicátém roce, u těch, kde převažuje složitá práce duševní, vyžadující delších zkušeností a řídících schopností, obyčejně až po čtyřicítce. Odpovědné přejímání společenských funkcí v manželství, v rodině, v povolání, ve veřejné práci. Citová a charakterová ustálenost, zejména po 30. roce.

j) Období involuce (nebo staršího věku dospělého, asi od 45—60 let). Klimakterické změny, výraznější u žen. Zřetelnější, i když zatím pozvolný pokles tělesné zdatnosti a výkonnosti i jednotlivých duševních schopností, u náročných prací stále ještě zpravidla kompensovaný růstem zkušeností. Sexuální zájmy vyhasínají někdy pozvolna, někdy náhle, jindy nastane jejich přechodné zvýšení (i erotická dobrodružství). Nové citové výkyvy a rozlady (podrážděnost a rozčilenost, ustaranost, obavy z budoucnosti a z nemoci, nové konflikty v rodině). Někdy již ochuzení zájmů a oslabení vůle k dalšímu osobnímu růstu.

k) Období stáří (rané 60—70 let, pokročilejší 70—80 let, vysoké po 80. roce). Rychlejší úbytek výkonnosti, smyslových a rozumových schopností. Rigidita a z ní plynoucí obtíže zejména při učení novým úkonům, při nutnosti přijmout nové způsoby, změnit návyky, přizpůsobit se novým situacím a druhým lidem. Úbytek zájmů a pokles motivace k učení a k experimentování v životě a v práci, někdy i nedostatek sebedůvěry. Někdy deprese spojená s odchodem na odpočinek, s tělesnými potížemi, se ztrátou citových a sociálních kontaktů. Citové a charakterové zvláštnosti často vystupňované, nové konflikty a malicherné spory.

6. Variabilita vývojového průběhu

Charakteristika jednotlivých fází opírá se o průměrné projevy, vyabstrahované z pozorování celých skupin. Sotva však najdeme jedince, který by byl ve všech směrech docela „průměrný".

I za zcela normálních podmínek neprobíhá vývoj docela rovnoměrně a hladce, ale zpravidla sérií skoků a výbojů, spojených často s dosahováním charakteristik nové fáze, po nichž následuje opět období klidnější, v němž se nově získané schopnosti a funkce ustavují a konsolidují. Tyto formativní fluktuace mohou být příčinou některých výchovných potíží, avšak jejich směřování k stabilitě je důvodem vychovatelského optimismu. Čím ranější a rychlejší vývoj, tím citlivější je na jakékoliv vlivy: i lehké onemocnění (očkování) často nápadně zvrátí vývoj kojence, a malá změna prostředí mnohdy znamená nápadné vychýlení citové stability. Proto i predikce pozdějšího vývoje na podkladě vývojového stavu, dosaženého v takových raných a rychle probíhajících fázích, je poměrně malá.

Mezi biologickým zráním a duševním vývojem zjistili někteří autoři zřetelnou positivní korelaci, zvláště v obdobích výrazných strukturálních přeměn (v období

dozrávání pro školu a na počátku puberty). Přesto můžeme často zjišťovat značné rozdíly ve vývoji tělesném a duševním, dnes pravděpodobně více než dříve, vzhledem k urychlení růstu a biologické zralosti dnešní mládeže („sekulární akcelerace"). Jsou zjišťovány disharmonie s posuny oběma směry, i když pravděpodobně častější a sociálně závažnější je časná biologická zralost (brzký nástup pohlavního dozrávání) s pozdní zralostí citovou a charakterovou, tj. s malým vývojem zábran a pevných norem chování.

K disharmoniím může docházet nejen mezi tělesným a duševním vývojem, resp. mezi jednotlivými složkami duševního vývoje (např. rozumového a citového), ale i v průběhu časovém. I tyto disharmonie mohou být zdrojem značných výchovných potíží.

Stejnou (a možná ještě větší) variabilitu jako v období evoluce nacházíme i v involuční části psychické ontogenese. Zatímco u některých lidí najdeme příznaky stáří nezvykle brzy a vystupňovaně, setkáváme se na druhé straně s lidmi ve vysokém věku plně výkonnými a pružně přizpůsobivými. I zde jde o výsledek nejrůznějších biologických i společenských činitelů.

Je pochopitelné, že za těchto okolností stanovené hranice jednotlivých stadií ve vývoji lidského jedince jsou velmi přibližné a kolísají ve velkém rozsahu.

II. Psychologické problémy výchovy

1. Výchova

Výchovu definujeme jako záměrné působení podněty z prostředí k dosažení určitých, relativně trvalých, žádoucích změn v chování člověka.

Na vývoj dítěte má kromě výchovy závažný vliv ještě celá řada jiných činitelů v jeho hmotném i sociálním prostředí — specifickým rysem výchovy je však „záměrnost" působení. Ta je určována tzv. „výchovným cílem" čili představou vychovatele o tom, k jakým změnám v dosavadním chování dítěte by mělo dojít a v jakých formách by se mělo ustálit. Podněty z prostředí, které jsou k takovému cíli záměrně uváděny v činnost, jsou tzv. „výchovné prostředky".

Vědomí výchovného cíle nemusí být vždy zcela určité a jasné. Naopak, většinou je dáno spíše jen v hrubých obrysech, obecně nebo ideálně. Z hlediska lidského jedince může být výchovným cílem např. plný rozvoj vloh a tvořivých sil, harmonický vývoj osobnosti nebo životní vyrovnanost a spokojenost. Z hlediska společnosti je výchovný cíl spíše požadavkem připravit co nejlépe člověka k plnění stanovených společenských cílů, které jsou určovány vývojovým stupněm společnosti, hospodářskými poměry, úrovní vzdělanosti, vedoucí ideologií státu atd.

Výchovné prostředky lze v zásadě rozdělit do dvou kategorií:

a) kladné (v širokém slova smyslu „odměny"), které posilují žádoucí chování i motivační základny takového chování, tj. žádoucí postoje, zájmy, záliby apod.;

b) záporné (v širokém slova smyslu „tresty"), které tlumí, odstraňují nežádoucí chování a jeho motivační základny.

2. Hlavní výchovná prostředí

a) Rodina

Psychologické výzkumy posledních desítiletí prokázaly, že výchovné působení v prvních letech života má rozhodující význam pro utváření lidské osobnosti. Rodina, která je zpravidla prvním výchovným prostředím dítěte, nabývá tímto poznatkem zcela mimořádné důležitosti. Z tohoto hlediska je také třeba nově zhodnotit poměr jednotlivých výchovných prostředí, jimiž dítě v časovém sledu prochází.

Na rodinu pohlížíme dnes nikoliv jako na statickou společenskou jednotku, nýbrž jako na „malou sociální skupinu" s osobitou problematikou a osobitou dynamikou vývoje.

Výchovné postoje rodičů jsou výsledkem složitého procesu vyspívání citového, rozumového, sociálního a ovšem i sexuálního, jímž člověk prochází od časného dětství až do dospělosti. Jsou tedy nedílnou složkou vývoje osobnosti. Mohou být v různé míře založeny na vlastních citových zkušenostech z dětství, na zkušenostech s rodiči, s ostatními dětmi i se širší společností. Mohou být v různém stupni kultivovány další výchovou v rodině — ve škole, v dětských skupinách, vlastními erotickými zkušenostmi i vztahem k manželskému partnerovi. Mohou být více nebo méně vyhraněné a více nebo méně uvědomělé, jednoduché nebo bohatě diferencované. V každém případě jsou však individuální charakteristikou osobnosti jednotlivých mladých rodičů. Budou dále rozhodovat o tom, jaké si rodiče budou klást při výchově cíle i jakých budou užívat prostředků, jaké hodnoty se budou snažit svému dítěti zajistit (vnější blahobyt, vzdělání, tělesnou zdatnost apod.) i jakou atmosféru rodinného soužití vytvoří.

Vývoj rodičovských postojů a ovšem i celý výchovný proces v rodině je však podmíněn součinností ještě celé řady dalších činitelů.

Jsou to předně podmínky v širokém slova smyslu přírodní — klimatické poměry, rozdíly mezi krajinou hornatou (např. Valašsko) a nížinou (např. Haná), krajinou lesnatou a bez lesů, s vodou a bez vody. V nové době se uplatňují i takoví činitelé, jako prašnost městského prostředí, blízkost kulturního centra, možnosti letní nebo zimní rekreace v místě atd.

Jiný okruh podmínek možno označit jako hmotné zajištění rodiny. Promítá se zpravidla do úrovně bydlení, výživy, ošacení, vybavení domácnosti, počítaje v to i hračky, nábytek a všechna pomocná zařízení určená jen pro dítě.

Dalším důležitým činitelem je inteligence a vzdělání rodičů, které do jisté míry ovlivňuje i jejich „odbornou" připravenost k výchovnému zacházení s dítětem. Postup popularisace vědeckých poznatků včetně psychologických, pedagogických a medicínských je stále ještě poměrně pomalý, takže trvá přibližně 20 let, než nové poznatky a metody přejdou skutečně do široké praxe.

Celková civilisační a kulturní úroveň obyvatelstva se nutně promítá i do podmínek výchovy v rodinách, stejně jako vedoucí ideologie státu nebo společenské skupiny, k níž rodina náleží a jejíž soustavu hodnot přejímá. Společnost se však vyvíjí a rodina je nutně zapojena do tohoto vývojového procesu, v němž se střetávají některé složky poměrně konservativní (např. tradice) s jinými poměrně velmi dynamickými (např. věda a technika v současné době). Rodina postupem doby některé své funkce ztrácí a jiných naopak nabývá.

Složitý vývoj společnosti má přirozeně ohlas i v soustavě hodnot, které jsou v současné době pokládány za žádoucí a které v poslední instanci určují, jakým směrem se zájmy a snahy obyvatelstva zaměřují. Tak např. hodnota ženy jako matky prošla v posledních letech závažnými změnami, stejně tak hodnota rodinného života i hodnota samotného dítěte. Je zřejmo, že dítě je dnes více než dříve předmětem ekonomických úvah, které zatlačují často do pozadí i zřetele citové, výchovné, zdravotní atd.

Rodina, která žije dnes všemi vymoženostmi civilisace v hustě zalidněném městském prostředí, je v mnoha směrech výchovně isolovanější než dřívější rodina venkovská, zapojená do společenství s tradičními, jednotnými a do značné míry universálními výchovnými postoji. Je možno říci, že dříve vychovávala dítě „celá vesnice" a že výchova byla veřejnou záležitostí. V dnešní době je tento „veřejný" zájem na výchově representován především státními institucemi. Výchova v nich má tendenci být vědečtěji, tj. racionálněji založena, být soustavnější, lépe programovaná, s lepšími materiálními podmínkami, avšak méně osobní, méně individuální, méně zaměřená na citové potřeby jednotlivého dítěte.

Z tohoto hlediska nabývá tedy dnešní rodina mimořádného významu jako prvotní, nejdůležitější a mnohdy i jediné místo, kde se dítěti může dostat dost podnětů k plnému vývoji citovému, kde dítě získává pocit životní jistoty a kde na podkladě citových vztahů k svým prvním vychovatelům si tvoří složitější postoje určující směr celého dalšího vývoje jeho osobnosti.

Rodina jako malá sociální skupina se vyvíjí v mnohočetné závislosti na vývoji širší společnosti — vyvíjí se však i vnitřně. Její jednotliví členové musí plnit určité funkce, má-li skupina jako celek ve svém širším společenském zapojení úspěšně fungovat. Role matky a otce jsou v zásadě dány jejich sexuální příslušností — jsou však ovlivňovány z jedné strany společenskými tradicemi, z druhé strany měnícími se poměry ekonomickými, rozvojem techniky, změnami ideologickými atd. Celkově nejsou v dnešní době tak ostře rozlišeny jako v minulosti. Úlohy v rodině jsou dále ovlivněny přirozenou autoritou jejích jednotlivých členů, intelektovou vyspělostí, vzděláním, energií, společenským postavením aj. Rodina je prvním místem, kde se dítě po vzoru svých rodičů společenským rolím učí.

Vztah matky k dítěti má základy biologické (těhotenství, porod, kojení), přechází však brzy na úroveň citovou a rozumovou a vyvíjí se složitým procesem soužití s dítětem. Už přijímání potravy má pro dítě a matku nejen biologický význam, ale i zřejmý význam citový. Uspokojivé nebo neuspokojivé kojení může velmi závažně ovlivnit vztah mezi nimi. Matka bývá také zpravidla první

osobou, která dítěti dodává citovou jistotu a která provokuje jeho snahu projevit se a získat kontakt s okolním světem. Úloha mateřské osoby (nemusí to být ovšem jen vlastní matka, ba ani ne jen jedna osoba) je zvláště významná v tomto období tzv. preverbální komunikace, kdy dochází ke směně citových podnětů mezi ní a dítětem tělesnými dotyky, „mazlením", úsměvy, mimikou, gestikulací apod.

Výchovná úloha otce stoupá v předškolním věku a pak zvláště ve věku školním a v adolescenci. Otec bývá zpravidla představitelem rodinné autority. Rodiče jsou pro dítě současně i tzv. identifikačními osobami, jež mu jsou prvním vzorem „mužského" a „ženského" chování. Osoby, které se představují dítěti později jako identifikační vzory (osoby v příbuzenstvu, učitelka, mistr v dílně, sportovní vedoucí apod.), jsou přijímány už s menší bezprostředností a s větší účastí intelektových složek.

Jedním z přirozených cílů výchovy je přivést dítě z těsné vázanosti na prvotním životním prostředí k samostatnému životu dospělého člověka. Postupné, cílevědomé osamostatňování je tedy jednou z vedoucích myšlenek výchovy. Je do značné míry závislé na citové jistotě, kterou dítěti poskytují jeho první vychovatelé. Separace od rodičů v časném věku je zbavuje možnosti získávat tuto citovou oporu a může proces osamostatňování vážně rozrušit. Děti vychovávané v ústavech bývají např. daleko méně samostatné, tj. schopné vyrovnat se s novými životními situacemi, než děti vychovávané v rodinách.

b) Škola

Vstupem do školy se mocně rozšiřuje okruh sociálních vztahů dítěte. Přebírá společenskou roli školáka, je podřízeno autoritě učitele, je soustavně vedeno k povinnostem, ke kázni a pozornosti, jeho volný čas je čím dál více omezován. Je tu poprvé plně zapojeno do pracovního procesu, který je zvláště zaměřen k podněcování jeho rozumového vývoje. Úroveň rozumových schopností a pracovní postoje dítěte rozhodují o jeho školním úspěchu či neúspěchu a tím také o jeho vnitřním uspokojení ze školního života. Uspokojení pak významně ovlivňuje tvorbu jeho postojů ke škole a k vzdělávání vůbec. Je proto třeba především zajistit, aby se dítěti dostalo porozumění a vhodného vedení od samého začátku školního života, aby jeho schopnosti byly realisticky hodnoceny a aby i tehdy, když nemůže splnit všechny výukové požadavky, mohlo žít šťastným dětským životem.

Významnými výchovnými činiteli jsou nyní osobnosti učitelů a ve stoupající míře i osobnosti spolužáků. Osoba učitele je pro dítě nositelem představy o „škole", ztělesněním autority a identifikačním vzorem, podle jehož jednání si tvoří představu o spravedlivém nebo nespravedlivém hodnocení výkonnosti své i výkonnosti druhých.

c) *Dětský kolektiv*

Dětský kolektiv jako výchovné prostředí nabývá významu přibližně od tří let, kdy za normálních okolností dítě začíná s druhými dětmi ve hře spolupracovat a kdy spontánně společnost druhých dětí vyhledává. Kolektivy dětí v jeslích mají ještě ráz kolektivů uměle vytvořených a udržovaných jen autoritou a obratným vedením dospělých. Od věku předškolního, s rostoucím zapojováním do dětských skupin, nabývají na hodnotě ty vlastnosti a dovednosti, které dítěti takové uspokojivé zapojení zajišťují, tj. tělesná zdatnost, pohybová vyspělost, schopnost ukáznit se, respektovat pravidla, převzít určenou roli atd. Jakékoliv omezení, které takové zařazení dítěte vážně ztěžuje nebo vylučuje, bývá prvním zdrojem pocitů méněcennosti i zdrojem výchovných komplikací, pramenících ze snahy dítěte tyto pocity nějak vyrovnat (kompensovat). S postupem věku a rostoucím osamostatňováním dítěte nabývá dětská skupina na významu jako činitel udávající normy správného „chlapeckého" a „dívčího" chování.

Ve středním školním věku, kde skupiny chlapců a dívek jsou maximálně odděleny, žije každá z nich svými normami chování. Střetnutí těchto norem s normami platnými v rodině a nevhodně prosazovanými uvádí někdy dítě do konfliktové situace a vede až k neurotickým obtížím nebo poruchám chování. (Dítě, které vodí babička do školy za ruku, když ostatní děti chodí samostatně — chlapec, kterého matka češe jako holčičku — dítě, které musí s rodiči na procházku, když slíbilo, že se účastní společného podniku s kamarády atd.) Závaznosti norem daných dětskou skupinou zákonitě přibývá, jako závaznosti pravidel soutěživých her. Formují se tu postoje cti a věrnosti, obětavosti, solidarity a přátelství v mnoha konkrétních situacích kolektivních her. Dítě tu cvičí své schopnosti intelektové a vyzrává povahově. Není proto dobře účast dítěte na kolektivním životě potlačovat, ale naopak taktně je k němu vést. Výchova pomocí kolektivu bývá jednou z nejúčinnějších metod nápravné výchovy dětí staršího školního věku a mladistvých.

d) *Širší společnost*

Širší společnost působí na výchovu dítěte v podstatě dvojím způsobem — nepřímo a přímo. „Nepřímo" prostřednictvím rodiny, školy, dětských skupin, pionýrské organisace, svazu mládeže, zájmových kroužků apod., které dítěti zprostředkují ideologii současné společnosti, vědecké poznatky včetně medicínských a pedagogických, soustavu hodnot, které jsou společností uznávány, atd. „Přímo" je dítě vychováváno prostředky masové komunikace (rozhlas, televise, kino, dětská literatura aj.), stykem s lidmi v organisovaných podnicích (sportovní podniky, společenská shromáždění, zájmové kroužky a skupiny, taneční hodiny atd.) nebo stykem s lidmi při nejrůznějších jiných příležitostech (v dopravě, v obchodech, ve zdravotnických zařízeních atd.). Nejde jen o to, jak mnoho času dítě ve styku s druhými lidmi stráví, ale s kým tento čas stráví, za jakým účelem a jaký osobní význam pro ně mají okolnosti, za

nichž k tomu dochází. Tak např. pobyt dítěte v nemocnici může být výchovně v positivním i negativním smyslu velice účinný, neboť přináší dítěti mocný osobní zážitek, zatímco třeba prázdninový pobyt s rodiči v zahraničí může vyznět zcela naprázdno.

3. Výchovné obtíže v dětství

Výchovné obtíže jako pedagogický pojem nemají dosud jednoznačné vymezení. Mají svou stránku objektivní i subjektivní. Můžeme se na ně dívat jako na určité, objektivně zachytitelné nápadnosti v chování dítěte, které jsou v rozporu s normami dané společnosti a které vznikly v důsledku nedostačující nebo nevhodné výchovy. Jde tedy o výchovně podmíněné poruchy chování, jako je neposlušnost, neukázněnost, agresivita, zlomyslnosti, záškoláctví, lži, krádeže atd. Přitom je jisté, že mnohé takovéto nápadnosti nemusí být samotnými vychovateli prožívány jako „obtíže", neboť celkem zapadají do soustavy jejich norem a hodnot. Např. dítě, které se „nechce učit", nebude výchovným problémem pro rodinu, v níž se školnímu vzdělání nepřisuzuje žádná hodnota. Na druhé straně ze subjektivního hlediska vychovatelů může být určité chování dítěte prožíváno jako krajně nežádoucí a nepatřičné, i když by je nezávislý pozorovatel jako takové vůbec nehodnotil. Totéž dítě, které se „nechce učit", bude vážným výchovným problémem v rodině, kde školní vzdělání má vysokou hodnotu, i když třeba bude mít na vysvědčení nejhorší známku trojku.

Příčiny výchovných obtíží jsou natolik rozmanité a kombinují se tolikerým způsobem, že je zpravidla třeba mnohostranného, pečlivého psychologického šetření, než pronikneme k vlastnímu jádru problému. Můžeme si dobře představit dítě, jehož výchova bude za všech okolností krajně obtížná (dítě psychotické, psychopatické, s těžkým mozkovým poškozením apod.) a které nebude svým vychovatelům poskytovat mnoho uspokojení. Na druhém pólu si dovedeme představit osobnosti takových vychovatelů, kteří budou pravděpodobně nad každým dítětem prožívat výchovné obtíže nebo kteří je svým působením přivedou k objektivním poruchám chování. Můžeme si však stejně dobře představit těžce vychovatelné dítě v péči vynikajících vychovatelů, kteří nebudou hledat pomoc ve výchovné poradně. Výchovné obtíže však nemusí pociťovat ani vychovatelé velmi málo schopní, jejichž dítě je mimořádně přizpůsobivé a výchovně nenáročné.

Vcelku však možno uzavřít, že podmínek pro vznik výchovných obtíží přibývá v té míře, jak se na jedné straně stupňuje problematičnost výchovného prostředí a na druhé straně výchovná náročnost samotného dítěte.

A. Zvýšené výchovné nároky ze strany dítěte

Zvýšené výchovné nároky ze strany dítěte vycházejí z několika zdrojů:

1. Věk a vývojová období

Každá jednotlivá vývojová fáze má svou osobitou problematiku výchovnou a sociální. Výchovně „náročnějším" obdobím je např. doba mezi 2. a 3. rokem, charakterisovaná někdy jako „období vzdoru", dále mladší školní věk, který přináší do života dítěte nové sociální, intelektové a emocionální nároky ve spojitosti se školou, a pak ovšem období puberty. Vývojový rytmus jednotlivých dětí je však silně individuální a navíc ještě charakteristické rysy jednotlivých vývojových fází jsou u každého dítěte osobitě zpracovány v závislosti na všech ostatních životních okolnostech. Lze tedy odvodit jen obecné zásady, jak s dětmi v jednotlivých obdobích zacházet.

Nebezpečí výchovných obtíží vzniká předně tím, že dítě je v určitém období citlivější, zranitelnější, dráždivější, náročnější, a že tedy svými „zvláštními" projevy podněcuje i méně vyrovnané, „zvláštní" projevy vychovatelů. Druhý zdroj obtíží spočívá v tom, že různí vychovatelé jsou podle svých osobních vlastností více nebo méně připraveni vyrovnat se výchovně s určitými vývojovými rysy v chování svých dětí. Tak např. někteří rodiče mají větší uspokojení z roztomilosti malých dětí a své osobní zaujetí pro ně přeženou až do snahy „udržet je malými". Jiní naopak čekají, až děti „vyrostou", aby si s nimi mohli lépe rozumět. Výchovná situace se bude tedy utvářet podle toho, jak individuální vzorec chování dítěte v daném vývojovém období zapadá do vzorce postojů, zálib, očekávání a nároků vychovatele.

2. Tělesný a zdravotní stav dítěte

U dětí s pohybovými a smyslovými defekty je ohrožován normální vývoj rozumových schopností v té míře, v jaké je omezován přívod normálních podnětů z životního prostředí. Současně však je ohrožován i jejich vývoj povahový, a to v té míře, v jaké jim jejich defekt ztěžuje kontakt se sociálním prostředím a normální zařazení v něm.

Totéž v podstatě platí o dětech, které sice netrpí nějakým funkčním omezením, ale jejichž vnější zjev se nápadně odchyluje od běžných norem tělesné krásy a zdatnosti, platných v dané společnosti (děti astenické, obesní, s vrozenými malformacemi nebo získanými deformitami, s nezvyklou barvou vlasů nebo nezvyklými rysy obličeje apod.).

U dětí konstitučně slabých, u dětí trpících vyčerpávajícím chronickým onemocněním, oslabených častou nemocností apod. uplatňuje se navíc zvýšená únavnost jako nepříznivý činitel v jejich výkonnosti a sociální přizpůsobivosti. Nehledě k oslabení nervového systému vlastním onemocněním nutno tu počítat s nepříznivými důsledky omezeného nebo často přerušovaného kontaktu s okolním světem, tendencemi koncentrovat se více na sebe, na své tělesné a později i citové problémy, s obavami o budoucnost atd.

Onemocnění nebo tělesné poškození je individuálně prožíváno nejen dítětem

samým, ale má určitý individuální význam pro celé prostředí. Nemoci probíhající záchvatovitě nebo provázené dramatickými příznaky (např. astma, epilepsie, encefalitidy) vzbuzují silné úzkostné tendence ve vychovatelích. U některých rodičů dětí s vrozenými nebo poúrazovými defekty se setkáme se skrytými pocity viny, zpracovanými už různým způsobem v jejich vychovatelských postojích (někdy i v postoji k odporu a nepřátelství). Psychologické výzkumy prokazují, že u rodičů tělesně postižených dětí možno pozorovat zvýšenou tendenci k nevyrovnaným postojům, ke krajním vychovatelským hlediskům, k nedůslednostem a ostatním prohřeškům, o nichž se zmíníme dále.

3. Vady řeči a sdělovacího procesu

Dítě s vážně opožděným nebo porušeným vývojem řeči jakéhokoliv původu je neúměrně dlouho udržováno na preverbální úrovni kontaktu s okolím a někdy i vážně omezováno v sociálním kontaktu vůbec. Vzniká tu nebezpečí jisté sociální isolovanosti, nebezpečí pocitů méněcennosti a nebezpečí nejrůznějších nevhodných kompensací těchto tísnivých prožitků.

Jiný okruh problémů vzniká při poruše sdělovacího procesu na vyšší úrovni — při specifické poruše čtení a pravopisu (dyslexie a dysortografie). Jde o speciální poruchy, vznikající na podkladě hereditárním nebo na podkladě časných poškození mozku a projevující se poruchou některé ze základních psychických funkcí potřebných k výuce čtení a psaní. Dítě se nemůže naučit číst, popřípadě správně psát, přestože má třeba zcela normální nebo i nadprůměrnou inteligenci a přestože ostatní podmínky pro vzdělávání jsou přinejmenším zcela dostačující.

Pro rodinu a učitele jsou tyto obtíže často nepochopitelné. Dítě bývá hodnoceno jako hloupé, líné nebo dokonce zlomyslné, které se „schválně nechce učit číst". Vzniká tím celá řada příležitostí pro nesprávné výchovné zásahy. Mnohé děti, u nichž dyslexie byla rozpoznána teprve dodatečně, přišly do psychiatrických léčeben pro obtíže neurotické nebo pro vážné poruchy chování, které byly důsledkem nesprávného výchovného zacházení.

4. Poruchy intelektového vývoje

Děti s těžším stupněm oligofrenie vyžadují příliš dlouho péči a pozornost vychovatelů na úrovni kojeneckého a batolecího věku, své prostředí neúměrně zatěžují a nakonec i vyčerpávají. Navíc budí v něm úzkostné postoje, když jednotlivé vývojové fáze nastupují opožděně a když se jejich chování ve srovnání s druhými dětmi stává čím dál nápadnějším.

Lehčí stupně mentálního opoždění přinášejí zvláštní obtíže především ve spojitosti se školním životem. Stoupající nároky na vzdělání v dnešní společnosti působí, že jejich výuková situace se stává obtížnější a výhled na sociální uplatnění nejistější. Snaha kompensovat školní i společenské neúspěchy snadno může vést tyto děti na cesty společenského protestu a do konfliktu se společenskými normami. Navíc zvýšená sugestibilita z nich činí poměrně snadnou oběť svodu.

5. Intelektový nadprůměr a speciální nadání

Obtížnost sociální i psychologické situace dítěte mimořádně nadaného se stupňuje podle toho, jak daleko se vzdaluje celkové intelektové úrovni svých vrstevníků a svého prostředí. Jeho problémem je nepochopení a jisté osamocení. Vý-

ukové nároky zvládá zpravidla příliš lehce, vymyká se běžné soutěži i běžnému hodnocení. Na jedné straně tu vzniká nebezpečí pocitu nadřazenosti, na druhé straně nebezpečí pohodlnosti.

Vynikající speciální nadání pro určitý obor činnosti (hudba, výtvarnictví, matematika apod.) může přinášet dítěti rovněž pocity osamělosti, nerozumí-li se mu, úzkostné napětí, brání-li se mu v rozvoji talentu, nebo i pocity nadřazenosti, je-li protežováno.

6. Drobná poškození CNS

Drobná poškození CNS nemusí mít za následek poruchy hybnosti neurologicky zachytitelné, ale třeba jen celkovou, generalisovanou „neobratnost". Rovněž inteligence může být zcela průměrná nebo i nadprůměrná, avšak její využití v praktických úkolech a zvláště ve školní práci je ztěžováno celou řadou drobných obtíží chování: zvýšená pohyblivost až neklid, těkavost a nestálost, překotnost reakcí, nápadné výkyvy nálad i celkové výkonnosti. Percepční poruchy se promítají zpravidla do všech odvětví školní práce a obtíže motorické ztěžují uplatnění ve sportu a všech aktivitách, které umožňují dítěti uspokojivé zařazení v dětské skupině.

Holandský neurolog Prechtl ukazuje v důkladné studii, jak již základní interakce mezi matkou a dítětem v kojeneckém věku je ovlivněna „zvláštním" chováním takového dítěte a jak se adaptace matky na toto zvláštní chování promítá do jejích pozdějších výchovných postojů. Při srovnání postojů rodičů a učitelů k těmto dětem jsme sami (O. Kučera a kolekt., 1961, str. 174) mohli konstatovat nápadné rozpory, které ukazovaly velkou většinou naprosté nepochopení podstaty obtíží. Nápadnosti v chování těchto dětí byly vykládány jako mravní prohřešky a jako takové byly trestány a napravovány. Neurotické komplikace a poruchy chování, které často přivádějí tyto děti do dětských psychiatrických poraden, jsou pak často už projevem obrany proti nepřiměřenému výchovnému tlaku nebo kompensacemi citové nespokojenosti, kterou ve svém životním prostředí zakoušejí.

7. Konstituční oslabení nervového systému a duševní onemocnění v dětském věku

Zvýšené nároky na výchovné vedení kladou i děti, u nichž nemůžeme zjistit známky mozkového poškození, jejichž nervový systém je však přesto nápadně citlivý, dráždivý — celkově slabý. Slabé podněty vyvolávají nepřiměřeně silné reakce a nebezpečí přepětí procesu podráždění či útlumu je tu trvale zvýšeno.

Výchovná problematika vyplývající z psychických úchylek a onemocnění je zpracována v odborné psychiatrické literatuře (J. Fischer, 1963).

8. Psychická deprivace

Dítě, které bylo od nejčasnějšího věku vychováváno v prostředí buď celkově podnětově chudém, nebo ochuzeném o některou kategorii podnětů (smyslových, emocionálních apod.), vytvoří si určitou osobitou formu chování, jež je jeho individuální reakcí na dané prostředí. Struktura jeho návyků, zálib, přání, snažení a všech ostatních motivačních základen odpovídá tedy ochuzenému a deformovanému vzorci podnětů. Jestliže takové dítě přejde náhle do prostředí

tzv. normálního nebo dokonce nadměrně podnětného, není schopno nové podněty v takovém množství, kvalitě a výběru vůbec přijímat. Dochází pak u něho k projevům nejistoty, zmatku, úzkostným nebo obranným reakcím. Typickým příkladem jsou děti vychovávané dlouhodobě v ústavech, které teprve v předškolním věku přejdou do adoptivních rodin.

B. Obtíže a problémy na straně vychovatelů

Každé dítě je ve svém životním prostředí vystaveno působení výchovných podnětů v určitém množství, kvalitě a seskupení. Takovýto vzorec podnětů má zřejmě pro každé dítě poněkud jiný, individuální význam a přináší poněkud jiný, individuální výsledek. Je-li výchovné působení v souhlase s potřebami a možnostmi dítěte, lze předpokládat, že vývoj bude harmonický a že nebude docházet k závažným výchovným obtížím. Je-li však výchova v rozporu s potřebami dítěte, nutno s obtížemi počítat. Vycházíme-li z tohoto hlediska, můžeme rozlišit několik kategorií poruch v zásobení dítěte výchovnými podněty, čili ve výchovném působení.

1. Nepřiměřené množství výchovných podnětů. Škodlivé jsou zajisté obě krajnosti — příliš chudé i příliš bohaté zásobení dítěte výchovnými podněty. V prvém případě mluvíme o nedostatku nebo o zanedbání výchovy, kdy dítě nemá dost možností osvojit si základní návyky hygienické, společenské a pracovní a kdy pro nedostačující přípravu výchovnou nedovede pak svých intelektových schopností plně využít ve školní práci ani v adaptaci dětské skupině. V krajním případě vede nedostatek výchovných podnětů, zvláště citových, až k poruše celého duševního vývoje (psychická deprivace).

Nadbytečné zásobení dítěte podněty vede naopak k tzv. psychickému přesycení. Dítě si hledá obranu proti přílišnému náporu nových podnětů — buď se brání „agresivitou a zvýšenou dráždivostí“, nebo naopak pasivitou, únikem do vlastního fantasijního světa apod.

2. Nepřiměřená kvalita výchovných podnětů. Výchovné působení vychovatelů osobně nevyrovnaných, psychicky alterovaných, s extrémními výchovnými postoji má tendenci přinášet dítěti jednostranný, zkomolený vzorec výchovných podnětů. Následkem toho mohou být některé složky jeho osobnosti nadměrně stimulovány, zatímco jiné zůstávají zanedbávány, takže celkový růst osobnosti je v nebezpečí nevyrovnanosti. Podobně výchovné prostředí rodičů invalidních s vážnými smyslovými defekty a prostředí rodin ve zvláštním sociálním postavení má podobnou tendenci zásobovat dítě přednostně podněty určité kvality a ztěžovat mu účelnou adaptaci v prostředí tzv. normálním.

3. Protichůdně působící výchovné podněty. Jednotnost a důslednost výchovného působení dodává dítěti pocit jistoty a vychovateli určitou autoritu. Nejednotnost naopak dítě jistoty zbavuje a autoritu vychovatele podkopává. Nedůslednost vychovatele pramení obvykle z nevyrovnanosti vlastní osobnosti a neuvědomělosti výchovných cílů. Nejednotnost je znakem prostředí,

kde jednotlivé osobnosti jsou zatíženy vlastní problematikou, mají rozporné životní zájmy a různá životní zaměření.

4. Porucha kontinuity výchovného působení. Dítě získává citový vztah k někomu a tím i nejspolehlivější základ pro výchovné ovlivnění, jestliže s ním v určité intimitě vztahů může delší dobu žít. Časté přechody z jednoho prostředí do druhého vytvářejí nebezpečí, že tyto svazky budou rozrušeny a že se nové budou tvořit už jen s obtížemi a nedokonale. K podobným obtížím může dojít i tehdy, jestliže dítě v témž prostředí přechází postupně do péče více vychovatelů (v rámci rodiny, při různých kombinacích výchovy v rodině, v jeslích, mateřských školách apod.). Krajním případem je výchova v dětských domovech, kde dítě prochází rukama několika vychovatelů, přechází z oddělení na oddělení a konečně z ústavu do ústavu.

C. Podmínky pro výchovné obtíže v rodině

Není pevných kritérií, která by určovala hranice mezi rodinou tzv. normální, „problematickou" a již vysloveně „patologickou". Nutno tu počítat na jedné straně s mnoha činiteli rušivými, působícími zvenčí i zevnitř, a na druhé straně s činiteli kompensačními a konsolidačními. Pokusíme se tedy tyto činitele aspoň přehlédnout.

1. Složení rodiny (konstelace). Aby se dítěti dostalo harmonické výchovy, je zpravidla třeba vnitřně vyrovnaného komplexu vlivů a podnětů. Ten může nejlépe zajistit rodina úplná, v níž jsou všechny sociální role přiměřeně obsazeny a všechny sociální funkce přiměřeně plněny. Rodina neúplná je ve větším nebezpečí, že nebude moci plně a trvale všechny tyto nároky plnit. Záleží ovšem velice na tom, kdo v rodině chybí, zdali skutečně chybí, nebo jen svou funkci neplní, anebo nemůže plnit, a jaké jsou možnosti náhrady (prarodiče, příbuzní, kolektivní výchovné zařízení apod.). Je nutno brát v úvahu nejen nejbližší vychovatele, ale i ostatní členy domácnosti, jejich počet, věk, osobnost, neboť mnohdy tyto osoby rozhodujícím způsobem ovlivňují celkové ovzduší rodinného života a do výchovy přímo i nepřímo zasahují.

2. Osobnost vychovatelů. Po všech stránkách vyspělé, harmonicky utvářené osobnosti jsou ideálním obrazem vychovatelů. Problematičnost výchovného prostředí stoupá, čím více se osobnosti vychovatelů od tohoto ideálu odchylují a přibližují protějšímu pólu, který možno označit jako patologický. Snížená inteligence rodičů, povahový infantilismus, nevyrovnaný vývoj osobnosti, alkoholismus a všechny projevy z oblasti psychopatologie, které zbavují vychovatele autority a znehodnocují ho jako identifikační vzor dítěte, vytvářejí abnormální nebezpečnou výchovnou situaci v rodině. Poněvadž výchovné postoje jsou vždy výsledkem složitého vývoje celé osobnosti člověka, má i jejich patologie nejrůznější formy a odstíny. Schematicky můžeme rozlišit čtyři kategorie takovýchto výchovně nepříznivých postojů:

a) Příliš úzkostné. Úzkostní vychovatelé mají tendenci dítě nadměrně ochraňovat, brání mu v běžných činnostech, aby si neublížilo. Brání mu v osamostatňování ze strachu, aby se jim neodcizilo. Důsledkem v chování dítěte bývá na

jedné straně vzdornost a agresivita, na druhé straně pasivita nebo úzkostné neurotické projevy.

b) Příliš náročné (perfekcionistické). Rodiče, kteří trpí neuspokojeností z vlastních životních neúspěchů nebo kteří určitým hodnotám přisuzují zcela nepřiměřený význam, mívají tendenci dítě k těmto hodnotám vést bez ohledu na jeho možnosti i osobní zaměření. Výsledkem bývá opět obranný postoj dítěte ve formě aktivního nebo pasivního odporu.

c) Nevšímavost. S touto tendencí se setkáváme u rodičů nízké mentální úrovně nebo u rodičů zcela zaujatých osobními problémy. Dítě je pak bez vedení, odkázáno na vlastní síly a na výběr podnětů nekontrolovaný rodinou. Zvlášť nepříznivě se tento typ výchovných postojů uplatňuje tam, kde dítě pro nějakou organickou nebo funkční vadu potřebuje pomoci a speciálního výchovného zacházení.

d) Odpor a nepřátelství. Uplatňuje se tam, kde dítě už svou existencí připomíná vychovateli jeho životní zklamání, kde je překážkou v tom, aby dosáhl svých vytoužených hodnot, nebo kde nesplňuje svým zjevem, výkonností, osobními vlastnostmi hodnoty a ideály, které do něho vychovatel nekriticky projektuje. Bývá projevován otevřeně zanedbáváním, nepřiměřeným trestáním dítěte, nebo v zastřené formě přepjatou snahou dítě „vyléčit", „napravit", umístit do vhodné léčebny apod.

3. Vnitřní vztahy v rodině. Rozvod rodičů bývá zpravidla jen vyjádřením vnitřního rozvratu, trvajícího už určitou delší dobu. Mnohdy ani k tomuto vnějšímu vyjádření nedojde a vnitřní rozvrat zůstává před veřejností víceméně utajen. Nejčastěji bývá způsoben povahovou růzností rodičů, různými zájmy a životním zaměřením, jinou soustavou potřeb a hodnot. Výchovné ovzduší je za takových okolností naplněno konflikty a napětím, v nichž jsou děti citově angažovány a výchova má tendenci být nedůslednou a nejednotnou.

4. Společenské postavení rodiny. Společnost není vnitřně jednotný útvar. Zpravidla jsou v ní menší skupiny a skupinky obyvatelstva, které z nejrůznějších důvodů mají normy chování a soustavy potřeb a hodnot, které se od běžného průměru výrazně odlišují. Ať již jde o spodní krajnost socioekonomické stupnice (rodina sezónních pracovníků, rodina kočovnická), anebo o krajnost horní (rodina tzv. elitní, s mimořádnými možnostmi, ve středu veřejného zájmu), anebo o vyhraněné koncepce morální či světonázorové, vytváří se tu jistá mentalita „menšinová" s nebezpečím sociální isolace, přepjatých tendencí a jednostranných výchovných postojů.

Do této kategorie spadají i rodiny, jež jsou v otevřeném konfliktu se společenskými normami (rodiny asociální), v nichž se obranné a agresivní tendence promítají většinou přímo do výchovy a kde nepříznivě působí sama osobnost vychovatele jako identifikačního vzoru pro dítě.

4. Součinnost výchovných prostředí

Rodina je časově prvním prostředím dítěte a její vliv na utváření jeho osobnosti je zpravidla rozhodující.

Dětská zařízení kolektivní výchovy (jesle, mateřské školy) bývají v pořadí druhým výchovným prostředím, jímž dítě prochází. Naléhavě vyvstává požadavek souhlasného působení rodiny a těchto zařízení.

Podle dosavadních zkušeností je možno soudit, že pobyt v denních kolektivních zařízeních dítěti neškodí, je-li pojímán jako opatření pomocné na omezený čas denní, je-li rodina jinak dobře konsolidována a dítě v ní nachází dost citových podnětů a citové opory. Nebezpečí výchovných obtíží vzrůstá, čím více se převaha působení přesunuje na stranu citově neurčité, individuálně nezaměřené výchovy ústavní (týdenní jesle, dětské domovy, dlouhodobé pobyty dítěte v nemocnici, ve speciálních léčebných zařízeních atd.).

Každé výchovné prostředí, jímž dítě prochází (škola, dětský kolektiv), má svou osobitou strukturu, tvořenou především osobnostmi těch, kdo jsou v nich zahrnuti. Tak např. vlivem osobností učitelů může být jedna škola jako celek autoritativněji zaměřena než druhá a v každé z nich může být v jedné třídě atmosféra liberálnější než v druhé. V důsledku toho bude mít totéž dítě v různých školách a třídách různou výchovnou situaci. Přitom dětský kolektiv sám, ať již byl ve třídě seskupen náhodně nebo plánovitě, významně ovlivňuje postoje učitele a mnohdy si v pravém slova smyslu jeho určité reakce vynutí.

Rovněž dětské kolektivy mají různou vnitřní stavbu (děti z jedné ulice, sportovní družstvo, pionýrský oddíl, parta výrostků), různou vnitřní dynamiku a různé zaměření. Tón v nich udávají obvykle osobnosti „vůdcovské“, které vynikají cílevědomou energií. Nebezpečí spontánně tvořených skupin je především v tom, že charakterové vlastnosti této vůdcovské osobnosti nemusí být právě nejlepší a že cíl, k němuž jeho energie směřuje, nemusí být sociálně užitečný ani vhodný. Studium dětských skupin má velký praktický význam především v prevenci delinkventní činnosti, v nápravné výchově ve speciálních zařízeních a všude tam, kde se na výchovu jedince prostřednictvím kolektivu klade zvláštní důraz.

Uvedli jsme již, že při součinnosti různých výchovných prostředí je větší nebezpečí výchovných nedůsledností a někdy i protichůdného působení. (Typickým příkladem je situace dítěte z rozvedeného manželství, kde jedna i druhá strana se snaží dítě „získat pro sebe“.) Na druhé straně však může dojít i k ozdravění jednoho prostředí vlivem druhého. Tak např. škola má positivní vliv na zanedbané dítě z rodiny, pobyt v pionýrském táboře do značné míry napraví „rozmazlenost“, společnost prostřednictvím psychiatrické služby upraví konfliktovou situaci v rodině, pomocí sociální služby zvýší životní úroveň rodiny apod.

5. Výchovná úloha lékaře

Všechno, co zde bylo dosud řečeno, je v podstatě úvodem do výchovného poradenství, které je a bude v rostoucí míře jedním ze základních úkolů lékaře. Nelze dát přesný návod, jak postupovat v jednotlivých „výchovných“ případech, s nimiž se v praxi setká. Potřeba individuálního přístupu, vy-

plývajícího z individuální povahy případu, je hlavní zásada, kterou bychom zde znovu rádi zdůraznili.

Prvním předpokladem úspěšné vychovatelské práce bude lékaři dokonalá znalost vlastního lékařského oboru, jeho profesionální zdatnost, jíž získává autoritu u svých pacientů.

Je mu třeba základních znalostí pedagogiky a psychologie, zvláště vývojové. Dále je nezbytné, aby znal pacienta, o němž právě uvažuje nebo rozhoduje. Nejde tu jen o znalost jeho tělesného a zdravotního stavu, ale i o znalost celého dosavadního vývoje ve vší složitosti sociálních vztahů, jak jsme je vpředu naznačili. K tomu účelu by bylo třeba zaměřit i vedení zdravotnické dokumentace.

Konečně je mu třeba těch osobních vlastností, které mu dovolují, aby si získal a udržel dobrý kontakt s dětmi a jejich rodiči. Nároky na osobnost lékaře budou stoupat v té míře, jak budou stoupat požadavky na jeho pedagogické působení.

Při periodických prohlídkách zdravých dětí a při vyšetřování a léčení dětí nemocných přicházejí zdravotničtí pracovníci do úzkého kontaktu s rodinami a často se jim naskytne příležitost zachytit vážné výchovné problémy i tam, kde navenek nejsou patrny a kde nejsou předmětem šetření sociální služby nebo jiných institucí. Poznávají výchovné prostředí dítěte za normálních okolností, ale i ve chvílích napětí a zatěžkávacích zkoušek.

Lékař si tak může ověřit, jakou hodnotou je dítě v životě rodiny, může si udělat představu o výchovných cílech rodiny i o výchovných prostředcích, kterých užívá. Navíc má i určitou autoritu, kterou může uplatnit vhodně právě v těchto chvílích, kdy jeho posluchači jsou zvýšeně vnímaví. Vychovává ovšem nejen radami a pokyny, ale i tím, že dítě vede, posiluje, povzbuzuje v situacích velice citově náročných, kdy každý výchovný podnět má zvýšenou účinnost.

Správné poznání příčin nápadností v chování dítěte, v tomto případě v organickém onemocnění nebo organickém poškození dítěte, má základní důležitost pro tvoření výchovných postojů těch, kdo se s dítětem stýkají. To platí nejen o rodičích, ale i o učitelích, vychovatelkách v družině, mistrech v dílně, vychovatelích v internátě apod. Lékař tedy pomáhá vychovatelům pochopit situaci dítěte a realisticky se vyrovnat s vlastní vychovatelskou úlohou, zbavit se pocitů úzkosti (případně pocitu viny), vede je k odpovědnosti vůči dítěti i společnosti a svým vlivem působí k zlepšení vnitřních výchovných poměrů v prostředí.

Jedno psychologicky dobře provedené vyšetření nebo dobře provedený léčebný zákrok jsou nejlepší přípravou dítěte na další setkání se zdravotníky, současně však zasahují do hloubky tvořících se postojů k okolnímu světu i k vlastní osobě. Posiluje se důvěra dítěte v dospělé lidi, vzbuzuje se i jeho sebedůvěra, ovlivňuje se postoj k vlastnímu tělu, ke zdraví, k tělesným nepříjemnostem a bolestivým zážitkům a zvyšuje se odolnost vůči frustracím atd.

To všechno nám znovu připomíná nejen významnost vychovatelského působení lékařova, ale i jeho možnosti, a především jeho mimořádnou odpovědnost.

Výběr z literatury

Fischer, J. (ed.): Dětská psychiatrie. SZdN, Praha 1963.
Koch, J., Matějček, Z.: Psychologie a pedagogika dítěte. SZdN, Praha 1961.
Kubička, L.: Psychologie školního dítěte a jeho výchova v rodině. SPN, Praha 1959.
Kučera, O. a kol.: Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích. SZdN, Praha 1961.
Langmeier, J., Matějček, Z.: Psychická deprivace v dětství. SZdN, Praha 1963.
Příhoda, V.: Ontogeneze lidské psychiky. SPN, Praha 1963.
Srp, L.: Psychologie lékařského ošetřování dětí. SZdN, Praha 1961.
Vančurová, E.: Psychologie předškolního dítěte a jeho výchova v rodině. SPN, Praha 1961.

Duševní hygiena a zdravotní výchova

Josef Prokůpek, František Engelsmann

Obsah pojmu duševní hygiena

V našem pojetí je duševní hygiena vědní obor, který zkoumá biologické a sociální faktory, které podmiňují chování, upevnění a rozvoj duševního zdraví. Používá metod různých vědních disciplín, především hygieny, psychiatrie, psychologie, sociologie, pedagogiky aj. Ve světové literatuře, zvláště anglosaské, zobecněl v poslední době termín „mental health" pro označení duševní hygieny; vystihuje obecnější vztah péče o duševní zdraví nejen k hygieně, ale i k jiným vědním oborům.

Úkolem duševní hygieny je vědecké zkoumání optimálních podmínek duševní činnosti — a to podmínek biologických i sociálních — jež by umožňovaly šťastný a činorodý život ve všech věkových fázích. V praktickém použití, rozpracovaná v souvislý systém opatření speciálně zaměřených na určité věkové skupiny a na pracovníky různých společenských funkcí, má duševní hygiena usnadnit optimální souhru člověka s jeho přírodním a společenským prostředím, má nalézat nejvhodnější formy, aby vnitřní rovnováha organismu byla co nejméně narušována. Dojde-li však již k narušení, hledá mentální hygiena způsoby nápravy, odstranění nedostatků (medicínsky, psychologicky, pedagogicky, sociálně). Optimalisace vztahu jedince k prostředí dosahuje duševní hygiena zvyšováním duševní a tělesné zdatnosti a všemi opatřeními, která zvyšují připravenost jedince pro činorodý, užitečný a šťastný život.

Duševní zdraví

Je obtížné definovat pojem lidského zdraví: souvisí nesporně s neporušeností, s dobrou součinností a správnou funkcí všech orgánů a celého lidského organismu, což bývá doprovázeno pocity blaha tělesného, duševního i společenského. Při duševním zdraví jde speciálně o neporušenost struktur a funkcí duševního života, psychických procesů a jejich regulace.

Různá pojetí duševního zdraví jsou podmíněna dobou, kulturně společenským prostředím, filosofickými názory. Kromě medicínského aspektu může být kritériem také hledisko mravní, náboženské, sociální, kulturní apod.

Zřejmě neuspokojivé je vymezení pojmu duševního zdraví negací, jako stavu, kdy se u jedince nevyskytují duševní poruchy. Duševní nemoc může zůstat dlouho nepoznaná. Nestačí ani důraz, kladený na schopnost dobré přizpůsobi-

vosti jedince k prostředí. (Prostředí může být tak vadné, že přizpůsobení není možné nebo není žádoucí, a tu za zdravou může být pokládána pouze snaha o změnu prostředí.)

V oblasti duševního života je pohyblivá mez mezi normou a poruchou, ale také mezi variacemi v mezích normy (nejen v poruše). Zdraví je možno stupňovat, zdokonalovat, zlepšovat právě tak, jako se může na druhou stranu zhoršovat.

Na rozdíl od somaticky nemocného si mnoho duševně nemocných svou chorobu neuvědomuje. Ta není jen problémem pacienta, ale ve zvýšené míře také jeho okolí. Duševně nemocným často schází také motivace pro uzdravení a pro realisaci zásad a podmínek zdravého života. To zvyšuje význam společenského úsilí v oblasti mentální hygieny.

Při zjišťování stupně duševního zdraví lze posuzovat řadu znaků, jako např. vztah osobnosti k sobě samotné, sebeaktualisaci a integraci, míru vnitřní autonomie, vztah ke skutečnosti apod. Model duševního zdraví má mnoho dimensí a faktory, jimiž je ho možno charakterisovat, jsou nejen nezávislé, ale mohou být i protikladné.

Duševní zdraví dospělého člověka souvisí s jeho rozumovou, citovou a sociální zralostí. Duševnímu zdraví prospívají jeho bohaté, hluboké a aktivní city a zájmy, zaměřené k hodnotným cílům.

Zralý jedinec má odpovědný a aktivní vztah k problémům politickým, kulturním, společenským. Chápe, co je podstatné a důležité v životě, a hodnotí události z širšího hlediska. Podřizuje citové hnutí rozumovým úvahám a vyrovnává se s neúspěchy či nezaviněným neštěstím. Dovede porovnat vlastní problémy a problémy jiných lidí, a to jak v individuálním, tak i v širším měřítku společenském, a nalézá tak objektivnější kritéria svého cítění, smýšlení a jednání.

Duševnímu zdraví prospívá někdy účelný dílčí kompromis bez podstatné prohry, a proslunění života dobrou náladou, humorem. Člověk vydrží žít bez peněz, v nemoci, v nepříznivých podmínkách — má-li program, naději, perspektivy.

Duševní potíže, poruchy a choroby a jejich prevence

V dnešním světě je počet pacientů v psychiatrických nemocnicích větší, než počet všech osob hospitalisovaných pro rakovinu, srdeční choroby a tuberkulosu dohromady. Na psychiatrická lůžka připadá v některých zemích na Západě téměř polovina ze všech nemocničních lůžek — u nás před druhou světovou válkou jich bylo téměř 25 %, nyní jen 13 % (nastal větší rozvoj nemocničních oddělení somatických). V celé Evropě je na dva miliony psychiatrických lůžek. Již sama tato skutečnost by měla vyvolat znepokojení z ohrožení společnosti jako dřívější velké epidemie. Vždyť psychosy se podle odhadu vyskytují asi u 1 % obyvatelstva a těžší neurotické poruchy v různých zemích u 3—25 % všeho obyvatelstva.

Duševní potíže a poruchy vznikají u disponovaných jedinců za určitých pod-

mínek endogenních i exogenních. Z hlediska etiologie duševních poruch lze je rozdělit na převážně organické nebo převážně psychogenní. U prvních dochází k poruchám pro primární poškození CNS specifickými zraněními, chorobami, infekcemi, intoxikacemi, degenerativními procesy apod. Psychogenní (sociogenní) onemocnění souvisí s osobním vývojem, meziosobními vztahy, psychotraumatisací akutní (neštěstí, úlek, ztráta milované osoby) nebo chronickou (vliv špatné výchovy, zraňování v pracovním prostředí, v rodině, sociální útlak, války apod.). Při vzniku a vývoji psychogenně (sociogenně) vzniklých potíží, poruch nebo chorob hrají roli vrozené vlohy nebo získané vlastnosti a zvláštnosti nervové soustavy a její funkční stav.

Schematicky je možno rozdělit duševní poruchy na dvě velké skupiny: duševní nemoci a vady, úchylky a anomálie. Mezi duševní nemoci řadíme psychosy a neurosy. Psychosy se vyznačují těžšími poruchami osobnosti, při nichž je výrazněji změněna schopnost nemocného správně obrážet skutečnost. U neuros, jež patří k nejrozšířenějším poruchám duševního zdraví, jde o poruchy jemnější koordinace funkcí vyšší nervové soustavy, jež se projevují zvláště symptomy změněné emotivity, obsedantními stavy nebo somatickými příznaky vegetativními. Neurotické příznaky se také mohou vyskytovat v počátečních stavech některých psychos. V těch případech nejde o přechod neurosy v psychosu, ale o stav, kdy kompensační mechanismy nemocného organismu ještě mají schopnost uchovat poměrnou rovnováhu a přizpůsobivost. Anomálie psychické jsou poznamenány trvalejšími odchylkami psychické činnosti; dělíme je na oligofrenie a psychopatie. U oligofrenií jde o poruchu rozvoje intelektových schopností; psychopatie jsou charakterisovány disharmonickým vývojem osobnosti, anomáliemi povahových vlastností.

Vzhledem k tomu, že dosud nelze u mnohých duševních chorob přesně určit etiopatogenetické činitele, není jejich nosologická klasifikace plně ustálená.

Z hlediska péče o duševní zdraví je nutné jednak zachovávat všechna pravidla, jež nám skýtá hygiena, udržovat a upevňovat tělesné zdraví, ale také se naučit snášet obtíže, jež se v životě vyskytují.

Frustrace, zátěže, konflikty

Frustrací rozumíme pocit zátěže, rozporu nebo zklamání z neuspokojené potřeby výživy, bydlení, sexu, lásky, obdivu, pozornosti, uznání, pocitu jistoty a bezpečnosti. Mohou být frustrované i jiné potřeby — např. potřeba opory, porozumění, klidu nebo pohybu a činnosti, zábavy, potřeba partnera, dětí, životního díla aj.

Některé životní zátěže, rozpory nebo konflikty mohou i u zdravého člověka přechodně vyvolat některé neurotické příznaky. Každý z nás může za určitých okolností reagovat neuroticky, ale není proto ještě neurotikem. V životě člověka jsou některá období, ve kterých nastávají změny v činnosti ústřední nervové soustavy, kdy tato reaguje citlivěji na některé životní zátěže, které by jinak snadno zvládla — např. v pubertě, u žen při menses, v menopause apod. Život

přináší běžné určité zátěže, výkyvy, rozpory, prohry i neúspěchy; proto je třeba s nimi počítat. Neurotické problémy souvisí s problémy člověka, s jeho povahou i s jeho společenskou situací, s pocity jeho jistoty v životě, ale mohou mít i jiné příčiny (např. somatické nemoci, vrozené vlohy a vlastnosti nervového systému). A konečně: Nezáleží ani tak na těžkostech samotných jako na tom, jaký k nim máme postoj, jak na ně reagujeme, jak se s nimi vyrovnáváme.

Vývoj neurotických potíží může být ovlivňován rozpory tím více, čím déle konfliktové vztahy trvají a čím jsou pro život jedince důležitější. Potíže postihují a ruší obyčejně více toho, kdo je v rozporném vztahu slabší nebo závislejší a čím méně opor v životě nalézá.

Rozpory a konflikty se tedy mohou odehrávat uvnitř duševního života jedince, mezi lidmi, mezi jedincem a společenskými skupinami, mezi společenskými skupinami. Mnohé konflikty nedosahují takové hloubky a intensity, aby významněji frustrovaly duševní život člověka a zanechaly trvalé následky.

Alkoholismus

V naší republice je boj proti alkoholismu úkolem složek státní správy i masových organisací na základě zákona 120 z r. 1962. Je organisován protialkoholními sbory (ústřední, krajské, okresní). Hlavní důraz se klade na výchovné snahy, na správnou životosprávu a využívání volného času, na rozvoj vyšších forem kulturního a společenského života. Výchovný program je doplněn opatřeními hospodářskými i represivními.

Protialkoholní péče a léčba alkoholismu u nás je součástí psychiatrické péče. V r. 1963 bylo u nás 120 protialkoholních poraden (v r. 1947 byly jen 3) a 40 záchytných stanic s 360 lůžky, na nichž bylo zachyceno 24 tisíce intoxikovaných osob. Zákon 120 dovoluje léčení nejen dobrovolné, ale i nucené v psychiatrických lůžkových zařízeních. Máme 18 protialkoholních oddělení s kapacitou 500 lůžek.

Ústavní léčba trvá zpravidla více měsíců a zatěžuje nemocného i společnost. Proto je třeba věnovat zvýšené úsilí prevenci, a to především pomocí zdravotní výchovy a dostatečnou výrobou a nabídkou nealkoholických nápojů.

Kouření

Kouření je masovým jevem a stává se stále více mentálně hygienickým problémem. Kouření má svou psychologickou problematiku, spojenou mimo jiné s ceremoniálem nabízení kuřiva i ohně, s usnadněním sbližování.

Silné kouření ztěžuje zdravou výživu. Ovšem mnoho lidí mírně kouří a jsou při tom celkově zdraví a pracovně výkonní. Ale kuřáci zhoršují zdravotní prostředí svým bližním a spolupracovníkům.

Chce-li se někdo zbavit návyku na kouření (stejně jako na pití), je nejlépe udělat tak najednou.

Boj proti kouření souvisí s bojem za zdravé prostředí, s vytvářením nového životního stylu, v němž by cigareta a společenský ceremoniál s ní spojený pozbyly své funkce.

Návyk na farmaka, závislost na drogách

Některé narkomanie (např. morfinismus) u nás již zcela vymizely anebo jsou vzácností následkem znesnadnění přístupu k opiátům. Rozšířilo se však nadměrné návykové užívání léků, zejména analgetik a moderních uklidňujících prostředků — ataraktik a jiných trankvilisátorů. Děje se tak v míře ohrožující duševní zdraví lidí.

Pro svůj účinek na psychiku se nejvíce užívá těchto druhů farmak:

Analgetika. Nejčastějším důvodem bývají bolesti hlavy, ač mnozí lékaři jsou přesvědčeni, že polovina i více případů bolestí hlavy mají psychické příčiny, zejména úzkost, strach, starosti. Ty jsou někdy také příčinou nespavosti. Mnozí lidé užívají proto hypnotika. Lehčí poruchy spánku samy brzy pomíjejí a většinou není zapotřebí sahat k hypnotikům. Někdy pomůže zamyšlení nad příčinou potíží, které způsobují nespavost, a úprava životosprávy. Nepříznivě ovlivňuje proces usínání strach z nespavosti a zmítání na lůžku ve starostech a napětí. Pomáhá vědomí, že klid na lůžku a úplné tělesné a duševní uvolnění se svým účinkem jen málo liší od odpočinku spánkem.

Z léků ovlivňujících duševní činnost — psychofarmak — se zneužívá především stimulancií nebo excitancií, psychotonik, farmak ovlivňujících bdělost (např. Psychoton, Ritalin, Centedrin, Fenmetrazin, Dexfenmetrazin, kofein). Jejich krátkodobý účinek svádí disponované osobnosti ke zvyšování dávek, po nichž se občas vídá až psychotická symptomatologie.

Zvlášť velké rozšíření konsumu nastalo u léků proti strachu a úzkosti: Guajacuran, Benactyzin, Meprobamat, Librium aj. Působí na jednotlivé příznaky, neodstraňují však příčinu strachu. Není správné utvrzovat lidi v přesvědčení o oslabování jejich nervů vlivem různých nezdarů ve století atomu a chvatu mechanickým předpisováním tabletek proti úzkosti, prodáváním „happy pills". Mnohdy by bylo vhodnější a prospěšnější zamyšlení nad organisací práce, nad životosprávou, nad žebříčkem vlastních hodnot, nad svými životními cíli a možnostmi, nad mírou své odvahy, snahy atd., než se snažit o řešení svých problémů pomocí tabletek.

V některých státech na Západě se rozšířilo užívání tzv. halucinogenů (kyselina lysergová — LSD, psilocybin aj.). Porušují psychickou integraci a u zdravého člověka vyvolávají přechodnou duševní poruchu se změnou vnímání, myšlení a cítění. Vznikají iluse, halucinace i bludy. Některé prožitky jsou extatické. Tyto prostředky dosáhly popularity v uměleckých kruzích. Výtvarníci, básníci a jiní umělci v nich začali hledat inspiraci, otevírající jim nové zážitkové světy, ale je nebezpečí, že u disponovaných jedinců může opakované užívání těchto farmak ovlivnit vývoj povahy nepříznivým směrem.

Užívání farmak, zejména povzbuzujících a uklidňujících prostředků, se roz-

šířilo mimo jiné v souvislosti s přípravou na zkoušky. Mnozí se farmakologicky připravují, preparují, právě antagonistickým účinkem povzbuzujících a uklidňujících léků, které působí i proti úzkostnému očekávání a trémě. Mírná tréma je ovšem přirozeným jevem. Slouží také ke zlepšení postřehu a připravenosti. Určité napětí a vnitřní soustředění je vhodným předpokladem k uvolnění aktivity žádoucím směrem. Je nutné si všímat podmínek, za kterých vzniká naše tréma, a naučit se s ní pracovat.

Boj proti zneužívání léků lze vést nejen administrativně (zpřísněním předepisování); záleží i na úpravě společenských a životních podmínek, na harmonisaci zájmů a potřeb jedince a společnosti. Je otázkou, zda „ataraktický cíl" má být ideálem moderního člověka. Pro přítomnost i budoucnost lidstva by bylo mnohdy lepší, kdyby nás některé závažné jevy našeho života stále zneklidňovaly.

Sebevražednost

Otázkám sebevražednosti se v současné době věnuje zvýšená pozornost ve všech kulturních zemích světa, sledují se hlediska demografická, sociologická, zdravotnická a jiná. Nestačí jednostranný pohled na problematiku sebevražednosti, je třeba komplexního přístupu ke zjišťování příčin a motivů sebevražd a sebevražedných pokusů, neboť znalost těchto příčin a motivů je předpokladem pro účinnou prevenci. Mezinárodní údaje o sebevraždách nejsou zcela přesně srovnatelné, neboť jsou závislé nejen na úplnosti hlášení, ale i na vymezení pojmu sebevraždy, jež není jednotné. O sebevražedných pokusech přesnější mezinárodní statistiky vůbec chybějí, ale z jednotlivých dílčích průzkumů se usuzuje, že je jich asi 3× více než dokonaných sebevražd.

V našem státě představují statistické údaje o sebevraždách celkem úplný a srovnatelný materiál. V posledních letech jsou všechny dokonané sebevraždy a sebevražedné pokusy přešetřovány psychiatry. V letech před druhou světovou válkou byl ukazatel sebevražednosti téměř 29 na 100 000 obyvatel. Po válce došlo k poklesu a v posledních letech ukazatel kolísá kolem 20. V r. 1963 zemřelo u nás sebevraždou více osob než tuberkulosou všech forem; sebevraždy byly dvakrát častější u mužů než u žen. Nejčastějším způsobem sebevražd u obou pohlaví byla strangulace. K sebevraždám dochází nejčastěji ve věku 50 až 59 let. U osob prošetřených psychiatry bylo v případech sebevraždy zjištěno 29,6 % psychos.

Systém našeho zdravotnictví umožnil v celém státě také evidenci sebevražedných pokusů a psychiatrické vyšetřování osob, které se o sebevraždu pokusily. Ukázalo se, že jejich počet je 2,5x větší než dokonaných sebevražd a nejčastěji se vyskytovaly v mladém věku — mezi 15. až 29. rokem. Nejčastěji použitým prostředkem byla hypnotika a analgetika. Psychotické poruchy byly zjištěny jen u 12 %; v motivech převládaly konflikty partnerské, rodinné a erotické ve více než polovině případů.

Po provedených sebevražedných pokusech bylo přes 50 % osob hospitaliso-

váno v psychiatrických lůžkových zařízeních, kde mohly získat korektivní zkušenosti.

Psychiatrický a mentálně hygienický aspekt sebevražednosti je pouze jeden z mnoha jiných důležitých. Velmi záleží na motivaci sebevražedných činů; jejich hodnocení záleží na filosofické, etické a právní koncepci. Stoikové považovali sebevraždu za přednost i za právo člověka, za oprávněný projev jeho nezávislosti; v Japonsku měla sebevražednost dříve také náboženskou tradici. V některých zemích je naopak sebevražedný pokus trestán. U nás se dlouho tradoval Esquirolův názor, že každé rozhodnutí skončit život je symptomem duševní choroby. Jsou zajisté sebevraždy nebo sebevražedné pokusy u lidí duševně nemocných, anebo u osob jednajících zkratkově ve chvílích zoufalství a tísně, ale existují také motivy tzv. bilanční, kdy jedinec dospívá k sebevražedným úmyslům po pečlivé a zdůvodněné úvaze. Účast psychiatrie na prevenci sebevražednosti je důležitá, ale přesto jen částečná. Demonstrativní, ale i ostatní sebevražedné pokusy a sebevraždy bývají alarmujícím voláním o pomoc. Je nutno brát vážně i demonstrativní suicidální projevy a sklony a účinně jim čelit; např. zmenšováním pocitu isolace, který je pro mnohé osoby se suicidálními sklony tak charakteristický. Prevence je věcí celé společnosti. Je nutno pomáhat při řešení kritických situací občanů, kteří spáchali sebevražedný pokus; dále je nutno omezovat prostředky použitelné k sebevraždě (např. detoxikace svítiplynu). Pomoc poskytují linky důvěry a naděje, které pomáhají odčerpávat tensi a agresi, zaměřenou proti vlastní osobě, a poskytují radu i zdravotně sociální pomoc. Odstraňování motivů k sebevraždě záleží nejvíce na výchově zdravého občana, připraveného pro reálný život. Přesun maxima sebevražedných pokusů do mladšího věku, jak byl konstatován v r. 1963, zvláště ukazuje na potřebu správné výchovy.

Psychopatologie všedního dne

V životě i ve své práci se setkáváme většinou s jedinci duševně zdravými, vyrovnanými a dobře přizpůsobivými. Jen menší počet lidí trpí zřejmou duševní chorobou. Mezi těmito krajními póly se však častěji vyskytují osoby s určitými anomálními i psychopatickými rysy. Hranice mezi nimi a lidmi, které lze označit za zdravé, jsou někdy nepřesné, rozdíly jsou stupňovité s plynulými přechody. Jedinec anomální se v určitém směru vymyká z obvyklého průměru. Může mít zvláštnosti ve svých citech, myšlení nebo povaze, přesto však je společensky zařazen a přizpůsoben bez nápadnějších nebo větších obtíží. Tak např. jsou lidé, u nichž pozorujeme zvýšenou citlivost, větší nespokojenost a menší odolnost v zatěžujících situacích. U jiných se projevuje sklon ke skleslosti, úzkosti a stísněnosti a k pocitům neúspěchu a méněcennosti, k depresivní náladě neúměrné podnětům. Při jejich pracovním zařazení lze doporučit takové činnosti, které svou konkrétností a neproblematičností je neuvádějí do bezradnosti. Věcný výsledek v práci posiluje sebevědomí. Nápadní jsou jedinci vztahovační a podezíraví. Mají sklon vykládat si nesprávně

jednání a slova jiných, zkreslují postoje a reakce okolí, snadno se domnívají, že okolí je proti nim zaujato. Někteří lidé projevují rysy nutkavosti, nalézají zdroj jistoty v důkladnosti, ve zvýšené pedanterii, v zachování určitých dílčích, méně pružných forem práce a chování. Pracovní výkony opakují a úkoly plní tak důkladně, že se snadněji mohou přetížit i vyčerpat.

Z jiných anomálních povahových rysů bývají někdy nápadnější: ostýchavost, přílišná uzavřenost, přecitlivělost, nedůtklivost. Jedinci citliví, vztahovační, nedůtkliví nebo úzkostliví vyžadují ohledy v jednání.

Některé z uvedených anomálních povahových rysů, pokud se vyskytují isolovaně, mohou mít i lidé pracovně výkonní. Při některých druzích práce nemusí zvláštní povahové rysy ani vadit, ba mohou dokonce prospívat (např. puntičkářství účetního, kontrolora apod.). Naproti tomu jsou jedinci s poměrně stálými povahovými rysy tak podivnými, nevyváženými a vyhraněnými, že vadí jim samým anebo i okolí. Takové rysy označujeme za psychopatické.

Své okolí frustrují zejména lidé s hysterickými rysy charakteru; takoví lidé se vyznačují neupřímností k sobě i k okolí, citovou obojetností a extrémností v přecitlivělosti i bezcitnosti; z obdivu lehce přejdou k nenávisti, dovedou pomlouvat a intrikovat; chyby nalézají pouze na druhých. Nenahlížejí nutnost změny svých povahových rysů. Mohou to být přitom jedinci schopní, zdatní, kteří se dopracují na důležitá místa.

Psychologicko-pedagogickou nápravu již více méně ustálených povahových odchylek nelze provádět jednorázovými zákroky slovními nebo situačními. Na chování takových lidí je nutno pohlížet v celkových souvislostech: může mít příčiny biologické, vrozené nebo v časném dětství získané, nebo může být způsobeno vlivy výchovy a prostředí.

Jen někdy je sled příčin a následků zjevnější, např. nedůvěřivost u často zklamaných, úzkostná reakce u tvrdě vychovávaných a přísně trestaných, sobectví u rozmazlených; intrikánství bývá někdy projevem pocitů méněcennosti a objevuje se u lidí, kteří nestačí zdolávat překážky přímo. Reakce člověka na zevní podněty jsou určovány do jisté míry jeho předchozími zkušenostmi. Např. příliš přísný a autoritativní vztah rodičů k dítěti může vést v dalším životě ke komplikacím vztahu k dalším autoritám.

Lidé neradi nahlížejí, že se svými povahovými rysy, postoji a chováním podílejí na utváření svých situací, že jsou spolutvůrci svých společenských vztahů a často i konfliktů.

Psychiatrická péče v ČSSR

V poválečných letech, kdy se u nás budoval systém socialistického zdravotnictví, zaujala v něm psychiatrie své integrální místo. V koncepci psychiatrie z r. 1953 vytyčilo ministerstvo zdravotnictví nové úkoly pro psychiatrickou péči lůžkovou i ambulantní; úkoly byly postupně realisovány v následujících letech. Zaostávání psychiatrie za ostatními lékařskými obory bylo odstraňováno zvláště poté, když ministerstvo zdravotnictví zařazovalo od r. 1958

péči o duševní zdraví mezi své hlavní úkoly. Také vládním usnesením č. 194 z r. 1962 bylo mimo jiné uloženo krajským národním výborům dobudovat síť psychiatrických zařízení, v každém okrese zřídit psychiatrické oddělení polikliniky, aby byla umožněna větší aktivita na poli prevence psychických poruch.

V r. 1964 bylo u nás 16 476 lůžek v psychiatrických léčebnách a 2240 v psychiatrických odděleních. Na 1000 obyvatel připadalo tudíž 1,32 lůžek. Je to značně méně než v západních zemích (kde bývají v průměru 3 lůžka na 1000 obyvatel), avšak v ambulancích, jež jsou již snadno dostupné (a jejichž počet dosáhl v r. 1964 238), je možno dnes ošetřovat mnohé nemocné bez hospitalisace. Také nové formy psychiatrické péče — denní a noční sanatoria, léčebně výrobní dílny — s nimiž u nás začínáme, umožňují komplexní psychiatrickou péči bez vytržení nemocného z jeho rodinného, resp. pracovního prostředí; svou činností přispívají podstatně též k odstraňování předsudků proti psychiatrii. V terapii a rehabilitaci duševně nemocných se kromě šokových metod, jichž se užívalo již před druhou světovou válkou, v posledním století značně rozšířilo používání psychofarmak; rozvíjí se léčba prací a režimová léčba; odstraňují se různé druhy omezení nemocných a zavádí se systém otevřených dveří. Také psychoterapii se v poslední době věnuje stále více pozornosti. Složitost etiologie a patogenese psychických poruch vyžaduje stále ve větší míře rozbor faktorů sociální povahy vedle činitelů biologických a psychologických. Proto se týmová práce stává stále naléhavějším požadavkem moderní psychiatrie.

Po druhé světové válce věnuje naše zdravotnictví zvýšenou péči dětem. Také pedopsychiatrie se rozvíjí v rámci psychiatrie na zvláštních pracovištích lůžkových i ambulantních. Zatímco se dříve omezovala jen na péči o duševně zaostalé děti (jichž bylo u nás v r. 1962 45 000), věnuje se nyní již léčbě a výchově dětí s poruchami emotivity a chování, ve spolupráci s dětskými lékaři, s učiteli i s rodiči. Také mládež vyžaduje zvýšený zájem psychiatrů, zvláště v případech delinkvence.

Součástí psychiatrie je i zdravotní péče o alkoholiky, o níž jsme hovořili již dříve.

Na změněný postoj k psychiatrii poukazuje skutečnost, že mnozí nemocní se přicházejí léčit dobrovolně; zvyšuje se také počet hospitalisovaných neurotiků, a to nejen na psychiatrických odděleních nemocnic, ale i v psychiatrických léčebnách.

Požadavky na psychiatrii budou časem vzrůstat. S celosvětovým rozvojem psychiatrie v posledních desetiletích se snažíme u nás udržet krok; jsme při tom v jisté výhodě, že náš systém socialistické zdravotní péče zahrnuje v sobě i péči o duševní zdraví. K uchování i k rozvoji duševního zdraví pak významně může přispět realisace opatření zabezpečit zdravé životní prostředí, jak jsou určena zákonem (č. 20 z r. 1966) o péči o zdraví lidu.

Mentálně hygienické aspekty ve vývoji osobnosti a v jejím životním uplatnění

O mentálně hygienických aspektech vývoje jedince až do dospělosti pojednává podrobně předcházející kapitola (Přehled vývojové psychologie a psychologické problémy výchovy). Přecházíme proto k problematice manželství a rodiny.

Manželství a rodina

V současných podmínkách se mládež stává dříve sociálně (finančně, pracovně) nezávislejší, než tomu bývalo dříve. Předmanželský pohlavní život, jenž vykazuje vzrůstající trend, je zdrojem mnoha frustrací právě tak jako abstinence (ačkoliv ta biologicky neškodí). Kulturní a civilisační vývoj zkomplikoval problematiku rozvoje milostného života v lidské společnosti. Mezi biologickou zralostí a možností sexuálního života v manželství je dlouhé období, které ztěžuje nebo i vylučuje pohlavní soužití.

Otázky předmanželského sexuálního života mladých lidí v naší zemi, gravidita svobodných, interrupce nebo nedostatečně motivovaná sňatkovost mladých lidí představuje nové problémy mentální hygieny. Stále více mladých lidí vstupuje do manželství, a to s risikem, že se nemohli dostatečně poznat a zjistit, zda se k sobě hodí. Tím narůstají možnosti neporozumění, konfliktů a mnohočetné traumatisace manželů a jejich okolí.

V měnících se podmínkách vývoje se mění i vzájemné vztahy členů rodiny, přizpůsobování je někdy nesnadné. Manželé by měli počítat s tím, že si berou partnera i s jeho láskou k povolání a k práci. Nachází-li člověk doma pochopení, lásku, pohodu, podporu, tedy zdroj osobních a životních jistot, snadněji se vyrovná s obtížemi, jež ho potkávají mimo rodinu. Je-li řešení nedorozumění v rodině přijatelné, nezasáhnou konflikty citovou základnu vzájemné náklonnosti v manželství, nedochází ke krizi. Naopak, někdy je touto zkušeností manželský vztah upevněn, jestliže řešení odpovídá povahám a potřebám partnerů. Mnohdy se však od konfliktu ke konfliktu vzájemná manželská tolerance snižuje, zraňování vede k hlubšímu zklamání, případně k hledání uspokojení mimo rodinu.

Vzájemné uspokojivé přizpůsobování manželů (tzv. manželská kompatibilita) záleží na mnoha činitelích společenských, ekonomických, tělesných i duševních. Největší roli má shoda povah partnerů, schopnost pochopit povahu a potřeby druhého, mít o něho zájem a poskytnout mu porozumění a citovou odezvu. Zejména rodičovství vytváří silná a mnohočetná pouta mezi manžely. Záleží i na harmonii v pohlavním životě, ač tento soulad je častěji důsledkem než předpokladem dobrého citového vztahu. Vývoji dobrého vztahu může vadit někdy citová nezralost nebo přílišná závislost na vlastních rodičích, nemožnost relativní isolace v rodinném prostředí, v bytě.

Někdy ani při dobré vůli nelze rozpory mezi manžely překlenout a rozhodnou

se pro rozvod. Počet rozvodů je u nás značně vysoký — v posledních letech připadá průměrně jeden na šest nově uzavřených sňatků. Při jeho realisaci bývá vzájemné zraňování nadměrné i zbytečné. Mezi nejčastější příčiny rozvratu manželství patří nevěra (v ČSSR činila v letech 1957—59 30 %). Nevěře předcházejí nebo ji doprovázejí povahové rozdíly (10 % příčin rozvratů), neporozumění a nezájem o manželského partnera (4,5 %). Příčin neshod nebo rozvratů v manželství bývá obyčejně více, je obtížné, ba někdy i nemožné je soudně vůbec stanovit. Pouze v 1 % je uváděna jako hlavní příčina rozvratů nadměrná žárlivost.

Patříme mezi státy s nejvyšší zaměstnaností žen (více než 43 % všech pracujících). V průmyslu počet žen v celkového počtu pracovníků vzrostl u nás v r. 1960 na 37,9 %. Zaměstnanost žen stoupá i v západních státech a dosahuje asi třetiny z celkového počtu všech pracujících.

Část žen, zejména matek s více dětmi, nemůže plně využívat emancipace. Orientační průzkum, který provedli koncem roku 1960 ve vybraných domácnostech pracovníci Státního úřadu statistického, ukázal, že zaměstnaní muži mají dvakrát více volného času než zaměstnané ženy, při čemž spí denně v průměru asi o 20 min. déle než ženy. Tyto rozdíly v neprospěch žen se projevují i u důchodců a studentů.

Dnešní rodina není výrobně výchovnou institucí dřívějších společenských epoch. Žena se stává členkou užších pracovních kolektivů mimo rodinu, s nimiž se sbližuje pracovně, společensky a někdy i citově. Tak zvýšená zaměstnanost žen se stává také jednou z příčin rozvodovosti, která je častější v manželstvích, kde žena cítí svou nezávislost.

Obtížné situace vznikají pro další osud dětí z rozvedených manželství. Rodina tu sice přestala existovat z hlediska právního, ekonomického i společenského, ale osobní spojení obou rodičů s dítětem obvykle zůstává. Zájem dítěte by vyžadoval zvláštní pochopení a takt při jeho styku s nimi. Účinnou pomoc mohou poskytovat manželské poradny, v nichž u nás pracují zejména psychiatři a psychologové. Při manželském poradenství nevystačí odborník s poskytováním „dobrých rad“, vyplývajících většinou z jeho vlastních životních zkušeností, úspěchů, neúspěchů, zklamání; nevystačí se „zdravým rozumem“. Odborné postoje se mají opírat o metodicky a systematicky získávané poznatky i výzkumy.

Existují vztahy mezi duševním zdravím a harmonií v manželství a mezi duševní poruchou a potížemi v rodinném vztahu. Noyes shrnuje výsledky zkoumání: ze 100 000 osob ženatých a vdaných onemocní duševní poruchou 110 ve srovnání se 180 svobodnými, 291 ovdovělými a 616 rozvedenými. F. Knobloch a spolupracovníci našli mezi neurotiky více osob samostatně žijících, zejména rozvedených (více žen než mužů), a to ve srovnání se zdravou populací. S. Nevole nalezl u psychotiků poprvé hospitalisovaných 1,5× více svobodných, 2,8× více ztroskotaných manželství ve srovnání se zdravou populací. H. J. Eysenck nalezl v souboru neurotiků větší percentuální výskyt manželských a sexuálních obtíží, charakterisovaných koeficientem 0,34, kdežto u skupiny zdravých osob pouze koeficientem 0,05. V souboru J. Knoblochové (více než 3000

neurotiků) byly rodinné a manželské faktory nejdůležitější z hlediska vzniku neurosy přibližně ve 30 % u mužů a v 62 % u žen.

Pomoc vyžaduje i citová a společenská problematika ovdovělých, osamělých i jinak strádajících jedinců.

Pracovní proces, únava a odpočinek

Povolání věnuje člověk podstatnou část svého života. Každý si přeje dobré pracovní podmínky, zasloužené uznání, podněty a pomoc okolí, hmotné i duševní zabezpečení a uspokojení. Ale nevychází to vždy a každému. Práce poskytuje člověku uspokojení a radost ze života, přispívá velkou měrou k jeho osobnímu štěstí, a to někdy i práce obtížná nebo jednotvárná, jde-li hladce, je-li bohatě motivována zájmy, vědomím jejího významu a potřebností pro život, rodinu, společnost, dále finančními nebo jinými výhodami. Na odměnu za práci nelze pohlížet pouze ekonomicky, representuje hodnocení společnosti.

Duševní hygiena má pomáhat odstraňovat přetěžování lidí v práci i mimo ni. Trvalé pracovní přetížení škodí, i když se to neprojeví vždy bezprostředně; ale příliš lehká práce nebo nedostatek práce může rovněž narušovat duševní rovnováhu. Člověk má pracovat u hranic svých možností.

Jsou rozdíly v druhu a stupni zatížení různých funkcí ústředního nervového systému a organismu prací tělesnou a duševní. Duševní práce vyžaduje vysokou kvalifikaci, nákladnou přípravu, zvýšenou námahu. Nelze prokázat, že by některé povolání disponovalo k duševní poruše nebo že vyšší kulturní úroveň vede častěji k duševním chorobám. Výskyt psychos podle zaměstnání je jen podle některých statistik vyšší u duševních pracovníků než u manuálních. Není dostatečně prokázána závislost mezi vznikem psychosy a duševním vyčerpáním. Neurosy však podle významu mnoha autorů jsou více než dvakrát tak časté u duševních pracovníků než u manuálních. Roli hraje i životospráva, nedostatek tělesné práce a pohybu, tedy nedostatek posilování a zvyšování odolnosti nervového systému. Výskyt neurotických obtíží není však způsoben samotnou duševní prací; lze spíše usuzovat, že u pracovníků duševních se více patogenně uplatňují činitelé související hlavně s osobními vztahy, se situačními a jinými konflikty. Nadmíra práce vede sama o sobě málokdy k vyčerpání; obyčejně se k ní přidruží jiné obtíže, problémy, rozpory. U vedoucího pracovníka je např. někdy zdrojem napětí obtížné jednání s lidmi nebo krátké termíny úkolů, změny a vnější narušování linie práce, velká odpovědnost, spojená někdy s malou pravomocí. Únava a přepracování vznikají spíše u nespokojeného, napjatého, nervosního člověka.

Všeobecné únavě často předchází únava částečná, vzniklá z jednotvárné činnosti v oblasti nervového systému, který je více zatížen. Změnou druhu činností budou náporu vystaveny zase jiné části nervového systému. Malou únavu lze překonat, ale velké únavě je nutno ustoupit, odpočinout si.

Odpočívat lze jednak při práci, k tomu slouží především přestávky. Záleží na druhu práce, zda dáme přednost přestávkám velmi krátkým, delším, orga-

nisovaným a společným pro celé pracoviště, nebo různě dlouhým a individuálně voleným. Příliš krátké přestávky neodstraní únavu, příliš dlouhé přerušují zase souvislost, zejména u těch prací, které vyžadují nové soustředění. Všeobecně lze říci, že práce vyžadující velké soustředění pozornosti je výhodné prokládat kratšími přestávkami, snad 5minut. Ale jejich počet i rozložení je individuální.

Vztahy mezi lidmi na pracovišti

Mezi uzlové problémy duševní hygieny v pracovním procesu patří zkoumání a utváření vztahu mezi lidmi na pracovišti. V řadě technicky vyspělých zemí se rozvinul v průmyslu a v ekonomii psychologický a sociálně psychologický výzkum, tzv. „human relations" — lidské vztahy (např. kniha B. H. Gilmera „Industrial Psychology", 1961, která je kolektivním dílem 15 autorů, se opírá o citaci 15 000 publikací). Annual Review of Psychology přinášejí každý rok přehledné referáty mnoha studií, např. o dynamice skupin, o příčinách jejich soudržnosti, rozpadu, změn, velikosti, způsobech sdělování, o vlivu různých činitelů na výkon skupiny (o vlivu různého způsobu vedení, diskuse a přesvědčování, shody či jednomyslnosti, o typech osobnosti vedoucího, o dynamismech utváření meziosobních vztahů na pracovišti aj.).

Automatisace a mechanisace

Nové formy vztahů mezi lidmi na pracovištích bude vyžadovat psychohygiena nastupujícího období automatisace a mechanisace, které přinese zvýšené nároky nejen na kvalifikaci, ale i na charakterové vlastnosti pracujících, na kázeň a smysl pro odpovědnost. Změní se i vzájemné vztahy mezi pracovníky. Změní se formy spolupráce v kolektivu, novou podobu budou mít i vztahy mezi nadřízenými a podřízenými, zvětší se závislost úspěchu v práci jednoho člena kolektivu na práci druhého. Vzniknou nové požadavky na režim práce a odpočinku, na zlepšení rekreace. Automatisace si vyžádá nová vhodná kritéria pro výběr a rozmisťování pracovních sil.

Z některých zahraničních průzkumů se již ukazuje, že v automatisovaných provozech je více nervosních zaměstnanců. I když automatisace odstraňuje namáhavou i nebezpečnou ruční práci, zvyšuje provozní bezpečnost a snižuje počet úrazů a jiných onemocnění, duševní napětí vzrůstá; únavu fysickou zaměňuje únava duševní.

Automatisace nesmí vést k nadměrnému zatěžování smyslových a psychických funkcí, zvláště na řídících pracovištích. Tam, kde by přechodně nastalo jednostranné zatěžování organismu, je nutno pamatovat na zkrácení pracovní doby a střídání míst. Musíme věnovat pozornost čitelnosti a možnostem sledování sdělovačů a přístrojových desek ovládacím zařízením a označování ovládacích prvků normalisovanými značkami, barvami, tvarem. Je nutno zajistit vhod-

né osvětlení, barevnou úpravu, klima, odstranit hluk a takové předměty, které narušují soustřeďování a přesnou práci.

Závažným psychologickým faktem je i to, že není vždy bezprostředně patrný účel, jemuž slouží pracovní výkony. Je proto třeba soustavně informovat pracující a školením zajišťovat přehlednou znalost celého pracovního postupu, aby se necítili pouze částí strojního mechanismu. Vysoká kvalifikace umožní využívat dovedností a schopností pracujících na různých úsecích, což brání záporným účinkům monotónní práce.

Ani nejvyšší automatisace tedy nepodřizuje člověka stroji. Naopak, automatisace ve svých vyšších formách osvobozuje výrobní proces od mnoha závislostí na fysiologických možnostech člověka, osvobozuje člověka od práce méně kvalifikované a uvolňuje ho pro práci kvalifikovanější.

Duševní hygiena ve stáří

Koncem minulého století dosahovali v českých zemích muži střední délky života necelých 39 let a ženy 41,7, v roce 1963 muži 67,6 a ženy 73,1 let. Demografické studie ukazují v mnoha zemích vzrůstání počtu osob starších 65 let. Odhaduje se, že jich bude v některých západoevropských zemích průměrně 19 % (např. v Belgii a v Rakousku). U nás stoupl počet osob starších 60 let z 11,74 % v r. 1950 na 14,74 % v r. 1964. Mentálně hygienickou přípravu vyžaduje přechod do důchodu. Ve stáří se objektivně zmenšuje množství sil, odolnost, ostrost smyslů, pohotovost, přizpůsobivost, rychlost, pohyblivost; pokles schopností však nebývá rovnoměrný ani všeobecný. Mnozí starší lidé dospívají naopak k citovému vyrovnání a k vyzrálosti úsudku, který se opírá o životní zkušenost. Příklady ze života i z dějin ukazují, jak někteří starší lidé obohacovali nejen lidskou kulturu a civilisaci, ale pomáhali a prospívali všednímu životu ve svém rodinném a společenském okruhu.

Výzkum pracovních schopností starších osob v Anglii a v USA ukázal, že teprve po 65. roce dochází k poklesu, v metalurgii již po 60. roce; dále že kvalita práce u padesátiletých a šedesátiletých je lepší než u mladších a jejich absence v práci je rovněž menší. V Itálii (Greppia) zjistili, že výkon v manuální práci stoupá až do 50 let, pocit ekonomické a sociální odpovědnosti roste až do 60 let a kapacita intelektuální práce až do 70 let. (Naproti tomu C. Veil ve Francii zjistil, že už po dvacátém roce se snižuje výkonnost v některých pracovních úkonech; po dvacátém pátém roce se snižuje rychlost učení.)

Lze očekávat, že prodlužováním lidského věku roste i množství psychických poruch ve starším věku, čímž vyvstávají nové úkoly pro gerontopsychiatrii. Preventivně je nutno zajišťovat příznivější podmínky pro život starších lidí.

Zdravotní výchova v péči o duševní zdraví

Uvádět mentálně hygienické zásady do praxe vyžaduje také jejich širokou popularisaci, aby se zvýšilo zdravotnické uvědomění lidí a jejich aktivní

spolupráce. Zkušenost ukázala, že je účinnější, jestliže thematika zdravotně výchovných akcí je zaměřena ke skupině lidí s podobnými zájmy a problémy: k dětem, k dorůstající mládeži, k vedoucím pracovníkům, k ženám, ke stárnoucím lidem apod.

Je nutno počítat se zvýšenou sugestivní účinností mentálně hygienické propagace, se zvýšeným sklonem k subjektivnímu zpracování informací o duševním životě a zejména o duševních poruchách. Chybnou zdravotní výchovou může vznikat iatrogenisace a naopak, správná zdravotní výchova je účinným psychoterapeutickým činitelem.

Měření účinnosti zdravotní výchovy je obtížné. K tomu lze používat skórovaných dotazníků vědomých postojů, vědomostí nebo posuzovacích stupnic. Lze např. zjišťovat účinnost zdravotní výchovy zaměřené proti alkoholismu, nikotinismu nebo užívání drog zjišťováním poklesu jejich abusu. Ale i tak lze získat pouze přibližné údaje.

Výraznou zvláštností mentálně hygienické zdravotní výchovy je její společenská angažovanost. Ke zlepšení psychohygienické výchovy by sloužilo lepší využívání sociálně psychiatrických, epidemiologických, demografických nebo sociálně psychologických výzkumů a studií.

Vědecká koncepce duševního dění by mohla poskytnout větší možnosti pro účinnou mentálně hygienickou práci také proto, že poukazuje na význam vnějších činitelů včetně sociálních. Kromě rozvoje lékařské vědy, odstraňování biologicky podložených poruch také uvědomělá a plánovitá úprava meziosobních společenských vztahů v naší společnosti může přispět ke stálému zlepšování duševního zdraví.

Výběr z literatury

Deutsch, A., Fishman, H.: The encyclopedia of mental health. Edit. F. Watts, 6 vol. New York 1963.

Doležal, J. a kol.: Hygiena duševního života. Orbis, Praha 1964, 532 s.

Duševní hygiena. Bibliografie psychologických publikací v jazyku anglickém 1952—1963. Příloha k č. 10 „Zpráv Čs. psychologické společnosti při ČSAV", roč. VI, 1964.

Engelsmann, F.: Hygiena a organizace duševní práce. SZdN, Praha 1964, s. 148.

Gilmer, B. von Haller: Industrial psychology. McGraw-Hill, New York 1961, s. 512.

Gross, J.: Gesundheitliche Aufklärungsarbeit auf dem Gebiet der Psychohygiene. 1961, s. 512. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 10, 391—3, 1963.

Jahoda, M.: Current concepts of positive mental health. Basic Books, New York 1958, s. 136.

Mental Health Book Review Index. Vol. 1/1956, vol. 8/1963, Queen's College, Flushing, New York.

Mental Health Services and Resource in the Czechoslovak Socialist Republic. Geneva, World Federation for Mental Health, 1965, s. 37.

Prokůpek, J.: Duševní hygiena v podmínkách socialistického zdravotnictví. Čas. Lék. čes., XCVIII, 14, 417—419, 1959.

Prokůpek, J.: Vývoj duševní hygieny a její úkoly v současné společnosti. II. celostátní psychiatrický sjezd, Praha 1960.

Souhrny prací II. psychiatrického sjezdu na téma Duševní hygiena, Praha 1960.

Vliv pracovních podmínek na člověka a obecné zásady výběru, resp. rozmisťování pracovníků

Jiří Hoskovec, Jiří Štikar

V psychologii práce existují z hlediska praktické aplikace poznatků zhruba dva základní směry. První se zabývá přizpůsobením strojů a výrobních zařízení požadavkům člověka. Druhý směr usiluje o to, přizpůsobit člověka požadavkům práce a pracovním podmínkám, eventuálně vybrat nebo přemístit určitého člověka — vzhledem k jeho vlastnostem — k určité práci. A právě tomuto směru budeme v této kapitole věnovat zvýšenou pozornost.

A. Vliv práce, pracovních podmínek a pracovního režimu na člověka

1. Škodlivé, rušivé a obtěžující fysikální vlivy

Zvyšuje-li se nepříznivý stav fysikálních podmínek nad hranice rušivosti, dochází v určité fázi k situaci, která se projeví víceméně trvalou poruchou organismu.

Fysikální podmínky mohou ovlivňovat projevy člověka. Vezmeme-li za měřítko emocionální vztah, pak je možno odlišit pohodu od nepohody, příjemné podmínky od nepříjemných až obtěžujících. Měříme-li tento vliv fysikálních podmínek přesněji výkonem, je možno odlišit rušivě působící fysikální podmínky od těch, které se neprojeví nepříznivým vlivem na přesnosti a rychlosti výkonu, na produktivitě, nehodovosti a úrazovosti.

Poznání škodlivého, rušivého a obtěžujícího vlivu fysikálních podmínek na člověka je nezbytným předpokladem k vytváření takového prostředí, kde jsou zaručeny optimální podmínky pro práci člověka.

a) Hluk

Poznatky o vlivu hluku na člověka je možno rozdělit do dvou skupin: škodlivý vliv hluku, projevující se změnami v lidském organismu, a rušivý, obtěžující vliv hluku, projevující se např. snížením výkonu, zvýšením počtu chyb či ve změně postojů člověka při práci v hlučném prostředí.

Z našeho hlediska představuje hluk všechno to, co zatěžuje sluch. Hluk má v porovnání s hudebními zvuky veškeré složky rozděleny nepravidelně. Půso-

bení hluku na člověka je závislé nejen na hladině akustického tlaku, kmitočtovém složení, délce a pravidelnosti působení hluku, ale i na individuálních vlastnostech pracovníka.

Pro stanovení mezních hladin a charakteristik hluku je třeba provádět analysu hlukových poměrů na pracovišti. Zejména u prací se zvýšenými požadavky na pozornost pracovníků jsou problémy hlučnosti ovládaného zařízení v popředí.

Výzkumy sluchu u pracujících různých profesí v hlučných provozech ukazují, že pro určité skupiny zaměstnání je charakteristický stupeň poruch sluchu, vzrůstající v určitých mezích při narůstání délky zaměstnání.

Převážná většina výzkumů byla zaměřena na sledování vlivu hluku na sluchovou citlivost z toho důvodu, že zjištění poklesu je metodicky jednoduché a stupeň snížení citlivosti může být vyjádřen kvantitativně. Druhá skupina výzkumů byla zaměřena na sledování vlivu, který má hluk na jiné funkce organismu s cílem určit změny ve funkční činnosti, jež mohou být označeny za poškození organismu.

Při působení hluku na jiné orgány než orgán sluchový lze obtížně oddělit vliv škodlivý a rušivý. Rušivý vliv při dlouhodobém působení může vést ke stálým stavům zvýšeného podráždění. Hluk vyvolává reakci celého organismu, mnoha jeho systémů a ne pouze sluchového analysátoru. Porušení funkcí organismu může být různě vyjádřeno v závislosti na intensitě, spektrálním složení hluku a době působení. Intensivní, často se opakující vysokofrekvenční hluky vedou k rychlému rozvoji řady funkčních poruch organismu. Do popředí vystupují poruchy pohyblivosti korových procesů, vegetativních funkcí, funkcí analysátorů a endokrinních funkcí. Neurovegetativní reakce se různí podle stavu jedince. Mohou se objevit bolesti hlavy a jiné příznaky, jako např. nystagmus, zvýšení napětí v jednotlivých svalových skupinách, nespavost apod.

Psychické změny, ke kterým došlo v důsledku působení hluku, je obtížnější hodnotit. Rozdíly ve vnímavosti k hluku závisejí do určité míry na faktorech psychických, zvláště emocionálních a temperamentových, které mohou ovlivnit intensitu poruch sluchu. Poruchy sluchu mají svou duševní odezvu. Ztížená orientace, poruchy nervového systému se závratěmi nebo poruchy pozornosti u pracovníků s poruchou sluchu mohou být příčinou chybného jednání. Pracovníci s poruchou sluchu mohou být nedůvěřiví a vztahovační. Subjektivní potíže mohou záviset i na druhu hluku. Podle zjištění Šepelina působení nárazového hluku má za následek zvýšený počet subjektivních potíží ve srovnání s působením vyrovnaného hluku. Zkušenosti z psychologického vyšetření pracujících v hlučných provozech ukazují, že hluk spolupůsobí při vzniku trvalejších stavů zvýšené dráždivosti s nadměrnou citlivostí, roztržitostí a unavitelností.

b) Vibrace

Škodlivé účinky hluku mohou být doprovázeny účinky současně vznikajících vibrací. Vibrace a hluk mají společnou příčinu, a proto snižováním hluku snižujeme obvykle i vibrace. Nadměrné vibrace vedou k bolestem hlavy, pocitům únavy a tím ke zhoršování výkonu.

V tabulce 1 jsou uvedeny oblasti různé pohody, resp. nepohody, nesnesitelnosti až bolestivosti, zjištěné experimentálně při exposici vibracím. Hodnoty nižší, než jsou uvedeny v druhém sloupci, nejsou subjektivně pociťovány jako vibrace. Amplitudy vibrací v rozmezí hodnot uvedených ve druhém a třetím sloupci jsou vnímány jasně. Hodnoty mezi třetím až čtvrtým sloupcem jsou vnímány s pocity nepohody. Hodnoty vyšší, než jsou uvedeny v posledním sloupci, jsou vnímány s pocity nesnesitelnosti až bolestivosti.

Tabulka 1.
Subjektivní vnímavost k vibracím.

Frekvence v cyklech za s	Prahové hodnoty (amplituda vibrací v cm) pro		
	vnímání	nepohodu	nesnesitelnost až bolestivost
1	7.10^{-2}	1,5	7
2	2.10^{-2}	3.10^{-1}	1,5
5	3.10^{-3}	7.10^{-2}	2.10^{-1}
10	1.10^{-3}	2.10^{-2}	6.10^{-2}
20	5.10^{-4}	5.10^{-3}	2.10^{-2}
50	2.10^{-4}	$1,5.10^{-3}$	4.10^{-3}
100	1.10^{-4}	7.10^{-4}	2.10^{-3}
200	—	4.10^{-4}	8.10^{-4}
500	—	—	—

c) *Osvětlení*

Hranice mezi příjemnou a nepříjemnou intensitou osvětlení byla zjištěna Luckieshem a Taylorem u 82 osob metodou dotazování, které osvětlení považují zmíněné osoby za příjemné. Měnili potom intensitu od 108 do 10 800 luxů. Úkolem pokusných osob bylo číst text. V tabulce 2 je uvedeno rozložení počtu osob, kterým nejvíce vyhovovaly jednotlivé intensity.

Tabulka 2.
Subjektivně optimální osvětlení.

Intensita osvětlení v luxech	108	216	540	1076	2160	5400	10 800
% osob	11	18	32	20	17	1	1

Tabulka 3.
Závislost výkonu na intensitě osvětlení.

Intensita osvětlení v luxech	21,6	54,0	162,0	540,0	1076	2400
Výkon	147	168	179	185	190	192

Intensita osvětlení, kterou lidé považují za příjemnou, závisí do značné míry na intensitě osvětlení, na kterou bylo oko předtím adaptováno.

Ke zjišťování rušivého vlivu světla se nejčastěji používalo měření přesnosti čtení. Při jednom takovém pokusu byla na poměrně krátkou dobu exponována různá písmena a úkolem pokusných osob bylo zaznamenávat přečtené. Tato činnost trvala dvě hodiny. Ve výsledcích (tab. 3) je uveden vztah mezi počtem správně zachycených písmen a intensitou osvětlení.

Významné rozdíly byly zjištěny do intensity osvětlení 162 luxů. Horní hranice intensity, nad níž již není možno dosáhnout zvýšením intensity osvětlení lepšího výkonu, leží mezi 1000 až 1500 luxů.

Horní hranice jasů a kontrastu jasů působí též škodlivě na zrakový orgán, a to ve smyslu oslnění. Oslnění kontrastem při poměru dvou jasů 1 : 10 působí rušivě, při poměru 1 : 100 mluvíme již o fysiologicky škodlivém oslnění (závisí to však i na poloze oslňujícího světelného zdroje v zorném poli, viz tabulku 4). Za maximální přípustný jas se považuje 2000 až 3000 nitů v obvyklých směrech pohledu.

Tabulka 4.

Vliv polohy světelného zdroje na oslnění.

Úhel mezi polohou světelného zdroje a horizontálním směrem pohledu ve stupních	40	20	10	5
Snížení viditelnosti v %	42	53	69	84

Vztah mezi změněnou intensitou osvětlení a produktivitou práce potvrzuje řada autorů.

Vliv intensity osvětlení se projevuje i v nehodovosti. Zvláště nápadné jsou změny v osvětlení komunikací a s nimi spojené změny v nehodovosti.

Zjištění příjemných a nepříjemných odstínů barev bylo věnováno odedávna mnoho pozornosti. Již na počátku tohoto století bylo Woodworthem a Brunnerem zjištěno, že světlemodrá a růžová patří mezi barvy, kterým lidé dávají nejčastěji přednost. Teplé tóny bývaly častěji uváděny jako příjemnější než tóny studené. Světlé odstíny byly většinou dotazovaných považovány za příjemnější než tmavé. Modrá a zelená barva byly nejčastěji uváděny mezi klidnými barvami bezpečné pohody, kdežto červená byla téměř jednoznačně uváděna jako povzbuzující, veselá.

d) Teplota

Hranice vhodných tepelných podmínek byly zjišťovány v řadě experimentálních prací.

Tak bylo zjištěno téměř normální rozložení údajů od velkého počtu lidí. Hranice tepelné pohody byly pro údaje zjištěné v létě: + 20,6°C až + 22,8°C relativní účinné teploty (teplota, vlhkost a proudění vzduchu, sálavé teplo),

v zimě + 18,3°C až + 21,1°C relativní účinné teploty. Ženy uváděly hranici optima v průměru o 0,5°C výše nežli muži. Starší osoby (nad 40 let) uváděly též hranici optima o + 0,5° výše než mladší osoby.

Teplo má vliv na nepřesnost lidské činnosti, samozřejmě i v risikových situacích. Tak bylo např. zjištěno, že při lehké až středně těžké práci je nejméně drobných úrazů při teplotě vzduchu v pracovním prostředí + 18,5 až 20,6°C. Při teplotě vzduchu + 25,0°C bylo zjištěno statisticky významné zvýšení úrazovosti v porovnání s optimální teplotou. I při snížení teploty vzduchu na + 12,8°C bylo úrazů podstatně více.

Rušivý vliv tepla byl laboratorně zjišťován i jinými metodami. Např. dynamometricky, sledováním malých nepravidelných změn viděné situace, přesnosti taktilního rozlišování, přesnosti umisťovacích pohybů atd.

e) Prach a chemické škodliviny

Tělesný a duševní stav pracovníka ovlivňují i další činitelé, jejichž působení může být organismus vystaven. Při některých pracích dochází k vývinu látek, které mohou ve slabé nebo silnější koncentraci negativně působit na člověka. Již malé dávky těchto škodlivin, chronicky působící (nejen akutní otravy po jednorázovém vystavení vysoké dávce škodliviny), vyvolávají nežádoucí fysiologické a psychologické účinky. Již slabé intoxikace mohou vyvolat nervositu, podrážděnost, bolesti hlavy, poruchy spánku, koncentrace pozornosti, paměti, a mohou být také příčinou úrazů, nehod i meziosobních konfliktů. Psychologických metod je možno použít i v průmyslové toxikologii jako prostředku pro podklady hygienické úpravy pracovišť a diagnostiku zejména počínajících forem toxického poškození ústředního nervového systému. Příkladem může být studium průběhu oscilační křivky pozornosti u některých průmyslových otrav, zejména u otravy trichlorethylenem, kysličníkem uhelnatým, methylchloridem, olovem, nitrosními plyny a organickými rozpustidly.

2. Škodlivé, rušivé a obtěžující psychologické vlivy

a) Únava a monotonie

Únava se projevuje postupným ubýváním výkonnosti, které vzniká po určité době opakováním výkonu. Po delší pracovní době jednak klesá výkon, jednak se vyskytují čím dále tím více chyby.

Různé fysikální a psychologické vlivy sice urychlují a zvyšují únavu, ale únava vzniká i bez nich, a to dlouhým trváním práce. Z kombinace činitelů vyskytujících se v praxi a dávajících vznik únavě vidíme, že definice únavy jakožto ubývání výkonnosti nevystihuje únavu úplně; ubývání výkonnosti může např. vzniknout z nespokojenosti s prací apod.

Často se zapomíná, že únava je přirozený jev a nic chorobného. Každá činnost, je-li jí mnoho, unavuje; avšak po odpočinku se vracejí dřívější schopnosti

k činnosti. Taková únava je zdravá. Proto rozeznáváme v provozní praxi: aa) únavu nutnou, přirozenou, jejíž následky do druhého dne zmizí, bb) únavu zbytečnou, ze špatné organisace práce, odstranitelnou vhodnou organisací práce, cc) únavu škodlivou, jejíž účinky se do druhého dne neodstraní, latentně se hromadí a nejsou postiženému dlouho patřičně znatelné. Projeví se pak naráz a mají různý stupeň tvrdošíjnosti. Stávají se chronickými. Při škodlivé únavě běží tedy již o poškození zdravotního stavu (např. exhaustivní neurosa).

Monotónní práce může vést ke vzniku nepříjemných pocitů nudy, únavy, námahy a ke ztrátě zájmu o práci.

Monotónní práce nemá stejný vliv na různé pracovníky. Existují značné rozdíly ve vnímavosti k monotonii. Zatímco někteří lidé snášejí monotónní práci poměrně dobře a stejnoměrnost v práci jim je příznakem stálosti a jistoty, druhým může být taková práce vysloveně nepříjemná. Je pochopitelné, že tím trpí jejich pracovní výkon. Přihlížení k individuálním odlišnostem v reakcích na vliv monotonie práce při správném rozmisťování pracovníků je tedy oprávněným požadavkem.

Extravertovaní pracovníci, kteří mají zvýšenou potřebu styku s jinými lidmi, jsou snadněji unavitelní při rutinní práci než introvertovaní.

Monotonie práce po stránce fysiologické zatěžuje obvykle jen určité skupiny svalů, zatímco jiné zůstávají nevyužity. Kromě toho z psychologického hlediska taková práce nevyžaduje „celého člověka".

Při lehké monotónní práci může pracující provádět své úkony automaticky. Někteří pracující nemusejí být na takovou práci příliš soustředěni. Mohou se při ní oddávat dennímu snění, přemýšlení o nějakých problémech, mohou myslet na jinou činnost, něco plánovat nebo na něco vzpomínat.

Někteří pracovníci se necítí unaveni při provádění monotónní práce a jejich výkonnost je větší. Na druhé straně však při některých druzích práce jsou více ohroženi než ti, kteří jsou na monotónní práce soustředěnější. Jiní nemohou snadno oddělit práci, kterou dělají běžně, od toho, čím se zabývají duševně. Nejsou s to oddat se dennímu snění či jiné duševně činnosti, když jsou zaměstnáni známou monotónní prací. Brzy se cítí unaveni. Čas jim plyne pomalu. Práce je pro ně nezajímavá.

Odpočinek v krátkých přestávkách (až desetiminutových) má nesporně tendenci odstraňovat nepříznivý vliv monotónní práce. Není však prostředkem k přizpůsobení se monotónní práci. Změna pracovní činnosti může být nejenom ekonomičtější, ale vede i k tomu, že se pracovník při pracovním výkonu cítí lépe. Každá změna při monotónní práci, i když je někdy nepatrná, může zvýšit pracovní výkon a přispět k pohodě pracujícího. Jedním z dobrých prostředků proti nudě při monotónní práci je soutěžení mezi pracujícími. Výsledky některých studií ukazují také příznivý vliv hudby.

Je též možné zavést výměny pracovních míst. Příliš časté střídání však snižuje produktivitu práce. Střídání je účinnější, je-li v práci určitá odlišnost. Někdy je vhodné, aby pracující spojoval některé pracovní úkony. Tak např. pracovník, který montoval dříve stále tytéž dílce u běžícího pásu na rám elektrického psacího stroje a neprováděl jinou činnost, dnes montuje stejné dílce, avšak zároveň

je reguluje, což dříve dělal někdo jiný. Pak zkontroluje svou vlastní práci, což dříve dělal kontrolor. Vyskytne-li se mechanická porucha na běžícím pásu, je odpovědný za jeho opětné uvedení do chodu ve své pracovní oblasti. To bylo dříve úkolem technika. Aby to dovedl, musel se tento pracovník naučit číst schéma zapojení a konstrukce běžícího pásu. Tím se rozšířily nejenom jeho vědomosti, nýbrž zvýšil se i jeho výkon. Při práci se nyní cítí spokojeněší.

b) Režim práce a odpočinku

Při úpravě pracovní doby je nutno vycházet z objektivních hledisek a přihlížet k objektivním činitelům, které ovlivňují pohotovost člověka k výkonu. Kdybychom se chtěli z psychologického hlediska snažit jenom apelovat na city a vůli, tj. na subjektivní činitele, bylo by naše počínání málo účelné a mohlo by v některých případech vést dokonce i k poškození zdraví. Není to tedy rozhodně tento aspekt psychologického přístupu k otázkám pracovní doby, kterým bychom se měli zabývat. Ilustrujeme toto tvrzení příkladem z výzkumu: Změnila-li se pracovní doba tak, že byla soustředěna na 5 dnů po více jak devíti hodinách, při čemž byly pracujícím poskytnuty jen krátké přestávky a dva dny volna v týdnu a byly při tom ovlivňovány jejich city a vůle s cílem zvýšit jejich výkon, nemělo takové počínání trvalý úspěch. V devítihodinové pracovní době při pětidenním využití pracovní kapacity v porovnání s šestidenní prací o 7 a půl hodinách výkon klesal. Takto upravená pracovní doba vedla u určitého druhu práce k přetížení pracovníka.

Bylo zjištěno, že krátké a častější přestávky mají positivní vliv na plynulost a rovnoměrnost výkonu a že je dosahováno většího výkonu s menší únavou.

Rytmus dne a noci odpovídá biologickému rytmu výkonu a uvolnění, práce a zotavení. Noční práce a denní spánek znamenají určitý zvrat této biologické zákonitosti. Pracující se střídavou směnou je proti pracujícímu v denní směně v nevýhodě nejen pravděpodobným zkrácením spánku, způsobeným rušivými vlivy dne, ale i určitým omezením možností účastnit se společenského a kulturního života. Bylo zjištěno, že asi 75 % lidí se může po určité době adaptovat na noční práci, asi 25 % však nikoli.

c) Sociálně psychologické vlivy

Pracující člověk vstupuje ve výrobním procesu do určitých společenských vztahů, jež jsou významnou složkou prostředí. Především je to bezprostřední styk s ostatními pracovníky, kteří se výrobního procesu rovněž účastní, tj. vztahy mezi lidmi navzájem ve stejném pracovním zařazení a vztahy vedoucích pracovníků k podřízeným.

Ovlivňovat vztahy lidí v pracovním kolektivu předpokládá znát dobře všechny faktory, které se podílejí na vytváření mezilidských vztahů.

Důležitou složkou je úroveň odborných vědomostí a dovedností z hlediska úkolů řešených kolektivem. To jsou předpoklady k hodnocení jednotlivce kolektivem. K vnějším podmínkám, ovlivňujícím vztahy mezi lidmi na pracovišti,

patří organisace práce a pracovní podmínky. Tak např. jsou značné obtíže v takovém kolektivu, kde nejsou dostatečně vymezeny funkce a úkoly jednotlivců a kde nejsou ujasněny pracovní metody.

Významným faktorem, který má také vliv na duševní zdraví pracovníka v průmyslu, je to, jak působí určitý typ vedoucího pracovní skupiny, a reakce podřízeného k vedoucímu. Lze rozlišovat tři základní typy vedoucích: „autokratický", „liberalistický" a „demokratický".

„Autokratický" vedoucí stanoví cíle pracovní skupiny bez diskuse s ní. Uděluje pochvaly a pokárání jednotlivcům ve skupině na základě reakcí na jeho osobu. Tak vzrůstá rivalita mezi členy skupiny a vzniká tendence k rozrušení soudržnosti skupiny. Taková skupina může pracovat dobře a zcela produktivně potud, pokud je vedoucí přítomen. Uvedená skupina je nesamostatná v práci a zcela závislá na vedoucím.

Druhým typem vedoucího je vedoucí „liberalistický", který přenechává rozhodování skupině. Nechává věci „plavat". Skupina s takovým vedoucím je náchylná ke špatné pracovní morálce a její pracovní kapacity není plně využito. U některých pracovníků může v takové skupině docházet i k pocitům úzkosti.

Třetím typem vedoucího je „demokratický" vedoucí. Tento vedoucí skutečně vede skupinu a cítí se zodpovědným za její nepřetržitou činnost a růst, ale činí to takovým způsobem, při kterém apeluje na členy skupiny, aby rozvíjeli své schopnosti a dovednosti.

V průmyslovém prostředí vidíme někdy u vedoucích nezdravé tendence příliš ovládat jiné. Moc, udělená vedoucímu, nemusí být řízena potřebou průmyslové situace, nýbrž vnitřními potřebami a představami jeho samotného. To může vytvořit nepříjemné a stressové prostředí. Jakmile pracovní skupina zjistí nerealistické požadavky svého vedoucího, staví se proti němu záporně.

Rozdílné potřeby přizpůsobit se autoritě, jak je zosobněna vedoucím na jedné straně, a autoritě, jak je representována pracovní skupinou na straně druhé, mohou pro některé pracující představovat stressovou situaci. Individuální reakce na stressové situace jsou ovšem různé, a dokonce co pro jednoho je stressem, pro jiného může být stimulem. Vystihnout individuální reakce a ovládnout je vyžaduje důkladné psychologické znalosti a schopnosti.

Určitou míru agresivity a hostility vedoucího mohou dobře přizpůsobené osoby tolerovat s relativně malou psychickou stressovou reakcí. Někteří lidé jsou však zvláště sensitivní k takovým vedoucím a vznikají u nich nepříjemné pocity až anxiosita. Mohou reagovat trojím způsobem: 1. mohou povrchně spolupracovat, ale vnitřně vzdorují a jsou nespokojeni, 2. mohou se stát velmi agresivními nebo 3. velmi submisivními. I pro dospělého, dobře přizpůsobeného jedince existuje určitý stupeň stressu, který vytváří silné reakce pasivní, vzdorovité spolupráce, agresivity, submisivity. Vedoucí (mistr, dílovedoucí) by si měl uvědomovat odpovědnost za vnitřní souhru své skupiny a měl by se zabývat i osobními problémy jednotlivých pracovníků. Vedoucí má znát strukturu své skupiny, má vědět, kdo stojí v isolaci nebo kdo se s kým spojuje a kdo se stává spontánním vedoucím. Musí si být rovněž vědom, jak je hodnocen členy své skupiny.

B. Obecné zásady při výběru a rozmisťování pracovníků

Pravděpodobnost toho, jak se někdo osvědčí v určitém povolání, jen zčásti závisí na tom, jaké má např. schopnosti rozumové a sensoricko-motorické. Často jsou pro úspěch v povolání důležité určité dynamické rysy charakteru. Jak schopnosti, tak charakterové vlastnosti jsou ovlivnitelné vlivy prostředí a sebevýchovou člověka. Při výběru a rozmisťování je nutno přihlížet též k věku a zkušenostem pracovníka.

Charakteristiky osobnosti a postoje jsou považovány za nejdůležitější faktory v příčinách úrazů. Nálezy studií o osobách s větším počtem nehod ukazují, že 1. nejdůležitějším anamnestickým údajem je dřívější výskyt nehod, což může predikovat přítomnost určitého „nehodového syndromu" a může být projevem obecné nestálosti vztahů jedince ke společnosti, 2. jde o osoby převážně excentrické, impulsivní nebo psychopatické. Jedinci s některými duševními poruchami nejsou vhodní pro práci, při které jsou nuceni přicházet do úzkého styku s veřejností.

Ti, kteří mají opakované nehody, mohou být charakterisováni jako osoby, které nemají respekt k autoritě, které jsou špatně společensky přizpůsobeny a které projevují trvale či dočasně emocionální nestálost.

Někteří neurotici nejsou vhodní pro takové druhy práce, kde jsou nadměrně vystaveni duševní zátěži stimulující jejich obtíže. Týká se to např. některých úzkostných neurotiků. Chroničtí alkoholici mohou být zvláště nebezpeční v risikových povoláních. Je nutné vyloučit je zejména z veřejné i vnitropodnikové dopravy.

Hojně se diskutovalo o otázce zařazování epileptiků do pracovního procesu. Závěr diskuse je možno shrnout takto: Jestliže je jakékoliv podezření na možné opětované objevení se záchvatu, nemá dotyčný člověk vykonávat práci na risikovém pracovišti.

U těch osob, u kterých se vyskytují stavy parciálního útlumu vyšší nervové činnosti, nebo útlum motorické činnosti, spánková opilost, stavy automatického jednání, somnambulní a amnestické stavy, může dojít snadno k úrazům. Proto je třeba mít na zřeteli i tyto stavy.

Pacienti trpící narkolepsií mohou být nebezpeční sobě i jiným pracovníkům. Bylo by např. neodpovědné, aby byl takovým pacientům ponechán řidičský průkaz.

U lehčích forem duševních poruch je nutné přihlížet k individuálním zvláštnostem každého pacienta. Anamnestické údaje jsou při tom zvláště důležité pro prognosu. Pracovní schopnost člověka trpícího duševní chorobou závisí vedle úspěšnosti léčby též na typu jeho osobnosti. Kritériem pracovní schopnosti je společenská odpovědnost.

Pro výběr, resp. rozmisťování pracovníků existuje celá řada metod, založených na analyse práce. Tyto metody však mohou užívat jen kvalifikovaní psychologové.

Vedle anamnestického interviewu lze použít různé psychologické testy, které jsou klinicky tím užitečnější, čím větší je zaměření psychologa k podrobnému

rozboru jednotlivého případu. Při používání psychologických, a zvláště „osobnostních" testů je nutno mít na zřeteli, že jde o porušování soukromí jedince, což může vyvolat pocity odporu. Při hodnocení výsledků nesmí však být přehlédnut ani fakt, že se vyšetřovaná osoba snaží „ukázat v lepším světle". Testů má být použito v kombinaci s informacemi z jiných zdrojů, jako jsou hodnocení nadřízených, záznamy lékařské a záznamy z předchozích pracovišť.

Jedním z hlavních rysů testování po druhé světové válce je tzv. diferenciální přístup k měření schopností pomocí souborů testů. Jednotlivých testů inteligence se dosud používá, avšak spíše jako orientačních zkoušek a při klinickém vyšetření extrémních odchylek intelektu. Diferenciální testování schopností je ten druh testování, který nám dovoluje provést analysu výkonu s ohledem na různé stránky schopností.

Poradenství při volbě povolání, resp. rozmisťování, vyžaduje od poradenského pracovníka určitou základní sensitivitu při kontaktu s jinými lidmi. Speciální techniky včetně psychologických testů, užívaných v poradenství, jsou důležité, avšak nároky je nutno klást též na osobnostní vlastnosti poradenského pracovníka, na jeho zkušenosti a intuici.

Poradenský pracovník se musí snažit přimět toho, kdo volí mezi různými povoláními, k realistickému uvažování ve smyslu sladění skutečných možností při volbě povolání s aspiracemi, zájmy a jinými předpoklady jedince. V případě, že není možno někomu doporučit jím žádané povolání, je žádoucí upozornit ho na jiná podobná povolání, která často nejsou ani dostatečně známa, ač pro určité jedince jsou i vhodnější.

Výběr z literatury

Bena, E., Hoskovec, J., Štikar, J.: Psychologie a fyziologie řidiče. 2. vyd. Nadas, Praha 1968.
Bureš, Z.: Psychologie práce a její užití. Práce, Praha 1967.
Daniel, J.: Psychológia práce. Práca, Bratislava 1963.
Floyd, W. F., Welford A. T. (ed.): Symposium on fatigue. London 1953.
Matoušek, O., Růžička, J.: Psychologie práce. NPL, Praha 1965.
Tiffin, J., McCormick, E. J.: Industrial psychology. Englewood 1961.

Klinická psychologie

Jiří Diamant

I. Terminologie

Ve zdravotnictví lze aplikovat psychologii z několika hledisek:

1. Jakýkoliv styk nemocného s kterýmkoli zdravotnickým pracovníkem se má řídit zásadami psychologickými. Je zde nutno uvážit specifičnost vzájemných vztahů lidí v podmínkách nemoci, které jsou pro nemocného velmi nevýhodné. Je proto nutno působit a jednat s pacienty tak, aby psychický stav, změněný následkem onemocnění, nebyl zhoršován (patogenie obecně) a aby byly respektovány některé zvláštnosti v chování a jednání nemocných. Zvláště důležitá je znalost zásad psychologické první pomoci. Touto skupinou otázek se zabývá psychologie zdravotnická.

2. Styk nemocného s lékařem přináší s sebou řadu speciálních problémů. Zvláštní pozornost je třeba věnovat otázkám interakce lékaře a nemocného, otázkám iatropatogenie a iatroeugenie, ať už bezděčně, neúmyslně, nebo záměrně systematicky a odborně prováděné ve smyslu psychoterapie. Provádění lékařské praxe se neobejde bez zaangažovanosti celé osobnosti lékařovy. Zkušenosti ukazují, že léčebný úspěch daného lékaře je podmiňován kromě jeho odborných znalostí a dovedností také jeho přístupem k nemocným, jeho uměním jednat s lidmi a vystihnout správný způsob, jak nemocného co nejúčinněji a nejtrvaleji příznivě ovlivnit. Souhrn poznatků z psychologických věd, které umožňují lékaři uvědoměle volit a zaměřeně užívat psychologických prostředků v kterékoli fázi styku s nemocným, nazýváme psychologií lékařskou.

3. Psychologie, podobně jako biologie, chemie, či sociologie, tvoří dnes soustavu věd, jejichž zvládnutí vyžaduje speciální vysokoškolské studium.

Klinická psychologie znamená aplikaci poznatků z teoretické psychologie na problémy ve zdravotnictví vysokoškolsky vzdělaným odborníkem — klinickým psychologem. Rotter se domnívá, že nejobecnější definici oblasti působení klinického psychologa je „psychologické přizpůsobování jedinců". Zájem o toto přizpůsobování má dvě obecné funkce; první z nich může být označována jako „určování" nebo „popis" a někdy se uvádí jako „diagnosa". Druhá funkce je terapie nebo vedení.

II. Otázky teamové spolupráce ve zdravotnictví

Povaha práce ve zdravotnictví, její rozsah a komplexnost zdaleka převyšují možnosti jediného pracovníka. Současný stav poznatků vyžaduje spolupráci řady odborníků vysokoškolsky vzdělaných, a to jednak lékařů-specialistů s ošetřujícím lékařem, jednak nelékařů-specialistů s lékařem-specialistou, popřípadě s lékařem ošetřujícím. Teamovou spolupráci ve zdravotnictví lze chápat formálně jako samostatnou nezávislou práci různých odborníků s týmž pacientem, při čemž výsledky nezávislých pozorování, vyšetření či léčebných postupů jsou srovnávány dodatečně. Vedení a odpovědnost za léčbu daného pacienta má ošetřující lékař. Taková spolupráce odborníků mívá často spíše chaotický ráz, je neorganisovaná, časově a finančně neekonomická, a zejména nevhodná vzhledem k pacientovi.

Daleko účinnější práce je možná v rámci neformální teamové práce, která předpokládá organisovanou, systematickou spolupráci lékařů i nelékařů-odborníků při dlouhodobém sledování nemocného za vedení ošetřujícího lékaře, který formuluje otázky, konsultuje s odborníky, indikuje vyšetření a léčebné zákroky a dlouhodobě sleduje jejich výsledky. Teamová spolupráce je organisovaná činnost malé skupiny odborníků, v níž jsou odstraněny rušivé psychologické momenty: konkurence, komplexy nadřazenosti nebo méněcennosti, a nahrazeny aktivní spoluprací rovnocenných odborníků, jejichž cílem je především zdraví svěřeného pacienta.

III. Základní úkoly klinického psychologa

Náplň práce klinického psychologa je obecně určována především těmito faktory: úrovní odborných znalostí klinického psychologa a jeho spolupracovníků, úrovní teamové spolupráce, zvláštnostmi a potřebami pracoviště. Klinický psycholog má svým odborným přístupem, znalostmi a speciálními metodami přispět k hlubšímu poznání individuálních zvláštností osobnosti nemocného, k řešení některých diferenciálně diagnostických otázek, k sledování průběhu léčby, popřípadě k jejímu psychoterapeutickému usměrňování.

K základním úkolům psychologa ve zdravotnictví patří účast na diagnostice, terapii, prevenci, posudkové činnosti, činnosti osvětové, doškolovací, výuce a výzkumu.

Klinický psycholog může úspěšně spolupracovat ve všech oborech klinického lékařství především v těchto otázkách:

1. Zjišťování etiologie řady onemocnění, jejich relapsů a recidiv (psychogenní faktory prostředí, zejména v souvislosti s premorbidní osobností pacienta),

2. zjišťování vlivu choroby na jednotlivé složky psychiky i osobnosti pacienta jako celku, a to jak v průběhu choroby, tak po jejím skončení nebo přechodu do chronického stadia,

3. diferenciální diagnostika: stanovení neurotických poruch, počínajících psy-

chotických poruch, počínající organické deteriorace, zjišťování agravace, popřípadě simulace,

4. péče o pacienty před závažnými léčebnými zákroky a po nich, zejména chirurgických,

5. účast na terapii (psychoterapie),

6. readaptace pacientů na normální společenský život, zejména pacientů nemocí invalidisovaných,

7. výzkum.

A. Diagnostická práce klinického psychologa

1. Přístupy k diagnostické práci a její problémy

Účast na diagnostice tvoří jednu z nejdůležitějších oblastí působnosti klinického psychologa. Lékař může od psychologa vyžadovat buď celkové vyšetření bez bližšího zaměření, při čemž očekává objektivně podložený názor v případech diagnosticky nejasných, anebo dílčí vyšetření, zaměřené podle kladené otázky, která má doplnit, zpřesnit, popřípadě ověřit jeho pozorování, dohady, či pracovní hypothesy. Harrowerová uvádí tři stupně ve vývoji psychodiagnostiky: V prvním období přijímal psycholog existující psychiatrickou nosologii bez problémů a snažil se běžně formulovat diferenciální diagnosy v tomto rámci. V druhé etapě psychologické hodnocení, psychologické posudky a psychologická diagnosa postupně nahrazovaly značně zjednodušenou diferenciální rozvahu. V současnosti nastává třetí etapa, v níž na podkladě materiálu nahromaděného z psychologického výzkumu a pro rozsáhlou nespokojenost psychiatrů a psychologů s dosavadními diagnostickými kategoriemi přispívá klinická psychologie k reformulaci konceptuálního rámce, podle něhož jsou jednotlivci posuzováni.

Diagnostická situace při psychologickém vyšetření se vyznačuje některými specifickými prvky, z nichž jsou podstatné tyto: a) testovaný pacient, b) nástroje, jimiž se vyšetřování provádí, psychodiagnostická baterie, c) sám psycholog, který je osobností o mnoha úrovních, d) zpráva, slovní nebo písemná, která poskytuje nález, e) příjemce této zprávy, v některých případech jedinec se zkušenostmi a zájmy poněkud odlišnými od psychodiagnostika.

Testy jsou speciální nástroje psychologického vyšetřování. Jsou to zvláštní diagnostické pomůcky a postupy, které musí vyhovovat základním požadavkům, kladeným na vědeckou metodu, tj. mají být standardní, stejné pro všechny osoby, validní, tj. zjišťovat a měřit především ty složky psychické činnosti, které mají zachycovat, spolehlivé, tj. mají poskytovat při opakování u téhož jedince za přibližně stejných podmínek podobné výsledky, a mají být standardisovány, tj. ověřeny na representativním vzorku populace, při čemž mají být vypracovány normy pro zkoumanou populaci. Splnění těchto podmínek vyžaduje použití poměrně složitých statistických operací.

Testů lze užívat v podstatě trojím způsobem: a) „rigidně“, tj. předkládáme je

důsledně podle instrukcí a výsledky analysujeme především z hlediska kvantitativního. Získané výsledky jsou považovány za zcela objektivní a dostatečně spolehlivé, při čemž se upouští od jakékoli nedostatečně zdůvodněné dedukce, b) „pružně", tj. předkládáme testy poněkud méně důsledně než podle původních instrukcí. Výsledky jsou interpretovány spíše kvalitativně, při čemž kvantitativním údajům je připisována menší váha, jednak pro jejich zatížení neznámou chybou měření (nedostatky v převodu a standardizaci), jednak pro malý úsek chování, který nám pomáhají zachytit. Kritériem výkladu a hodnověrnosti výsledků je zkoumaná osobnost, při čemž je vyjádřena snaha skloubit dílčí údaje a výsledky v celek, umožňující poskytnout strukturu osobnosti a určit dynamické složky jejího chování. Jsou vyvozovány více nebo méně podložené hypothesy, jejich správnost je ověřována změnami chování v průběhu léčby, c) „experimentálně klinicky", tento postup byl navržen M. B. Shapirem a předpokládá důsledné uplatňování zásad experimentální psychologie při řešení jednotlivého případu v klinické praxi. Je především třeba přesně vymezit a formulovat otázku, která se stává pro stanovení diagnosy daného pacienta pracovní hypothesou. Tato hypothesa je pak ověřována, případně zamítána podle výsledků zaměřených testů. Abnormalita vyšetřovaného je stanovena teprve na podkladě srovnání jeho výsledků s výsledky osob s ním shodných co do věku, pohlaví a mentální úrovně. Jednotliví kliničtí psychologové se ve své práci diagnostické odlišují především v tom, do jakého pořadí kladou základní složky psychologického vyšetřování, test či přístroj, pacienta, vědeckou hodnotu vyšetřování. Podobné problémy se vynořují i při používání diagnostické testové baterie, tj. souboru vyšetřovací techniky, která má usilovat o postižení struktury a dynamiky zkoumané osobnosti, respektive některých jejich složek na základě srovnání výsledků jednotlivých testů. Má-li být baterie považována za organický celek, může být validní jen tehdy, jestliže různé testy v ní užité se stanou dostatečně širokou základnou pro vytvoření diagnostických závěrů. Někteří psychologové aplikují tutéž testovou baterii mechanicky u všech pacientů, bez ohledu na speciální povahu zkoumaného problému.

V praxi se realisuje spolupráce lékaře a klinického psychologa v oblasti diagnostiky různými způsoby:

a) Psycholog vyšetřuje nezávisle na výsledku vyšetření lékaře každého pacienta bez předběžných informací o jeho obtížích nebo problematice. Tento způsob, často spoléhající na tzv. diagnosu naslepo (blind-diagnosis), je časově málo ekonomický a těžko proveditelný vzhledem k malému počtu klinických psychologů a značné časové náročnosti psychologického vyšetření. Jeho výsledky jsou často neadekvátní vynaložené námaze. Tento postup má do jisté míry oprávnění toliko při ověřování diagnostické validity psychologických testů, popřípadě u některých diagnosticky zcela neujasněných případů, které nedovolují formulovat přesněji pracovní hypothesy nebo diferenciálně diagnostické možnosti.

b) Psycholog vyšetřuje lékařem vybrané pacienty zcela nezávisle bez předem určeného zaměření. Tohoto způsobu se v praxi často používá. Umožňuje konfrontaci názorů na základě nezávisle získaných výsledků a společnou formulaci

závěrů, popř. programu dalších diagnostických, resp. terapeutických opatření.

c) Lékař formuluje otázku, kterou chce psychologickým vyšetřením vyřešit. Tento značně náročný a vysoce prospěšný způsob spolupráce předpokládá solidní znalosti psychologie u lékaře a přesné metodologické myšlení u psychologa, jakož i dostatečně široký arsenál psychodiagnostických metod.

Payne rozděluje otázky kladené lékařem do těchto skupin: 1. popis, zejména osobnosti, 2. určení abnormality určité funkce, především paměti, intelektu, pozornosti aj., 3. stanovení příčin abnormality (např. organické deteriorace) a otázky diferenciálně diagnostické, vyžadující hlubší rozbor. Cílem psychodiagnostiky je podle Harrowerové: demonstrovat etiologické faktory, rozlišit mezi organickými a funkčními poruchami, odhalit osobnostní reakce organismu na existující poruchu, zhodnotit stupeň organické a funkční nezpůsobilosti, odhadnout rozsah či intensitu procesu choroby, stanovit prognosu nebo pravděpodobný průběh, zajistit racionální základ pro specifickou terapii, zajistit rozumnou základnu pro rozebírání případu s nemocným a s jeho příbuznými, umožnit vypracování spolehlivé základny pro klasifikaci a statistickou analysu dat, formulovat hypothesu týkající se povahy patologického procesu a mechanismů, jimiž se dají terapeutické výsledky vysvětlit.

d) Psycholog si v rámci svého úseku vybírá samostatně pacienty k vyšetření a sám si formuluje pracovní hypothesy pro psychologické vyšetření. Takový způsob diagnostické práce je optimální za předpokladu dostatečného personálního vybavení.

Zkušenosti ukazují, že současná psychodiagnostika vyžaduje spojování různých hledisek v organickou synthesu. Klinický psycholog musí respektovat jak zřetele psychometrické, tak psychodynamické. Výsledek jeho diagnostické práce má být synthesou jeho znalostí a dovedností, zkušeností, umění jednat s nemocným a pozorovat a vystihnout zvláštnosti jeho chování, schopností navodit náležitý kontakt a v rozhovoru zjistit závažné a věrohodné údaje, správně administrovat psychologické testy a jemně a seriosně výsledky interpretovat.

2. Možnosti a meze psychologického vyšetření, jeho indikace a využití

Psychologické vyšetření nenahrazuje diagnostickou práci lékaře ani v psychiatrii, jak se někteří mylně domnívají, je však jedním ze závažných článků jeho diagnostické rozvahy. Význam psychologického vyšetřování je u různých nemocných různý, především v závislosti na povaze onemocnění a druhu řešené diagnostické otázky. Psychologické vyšetření je jedním z mnoha vyšetření indikovaných lékařem, odlišuje se však od ostatních laboratorních vyšetření především v tom, že mívá komplexnější povahu, postihuje celou osobnost pacientovu a tvoří podklad ke srovnání s fysikálním nálezem a ostatními laboratorními výsledky v rámci celkové diagnostické a léčebné rozvahy. Význam a možný dosah výsledků psychologického vyšetření je zřejmý zejména v souvislosti s opatřeními, souvisejícími se zařazováním pacienta po propuštění z ošetření do školy, případně do zaměstnání, dále v rámci soudního a důchodového řízení

apod. Průběžné psychologické vyšetření pacientů může být přínosné při posuzování účinnosti zvoleného léčebného postupu. Psychologické vyšetření je časově dosti náročné a není proto lhostejný způsob jeho indikace a využívání pro stanovení celkové diagnosy a léčebného postupu. V podstatě lze rozlišovat ze strany lékařů:

a) přístup mechanistický, spočívající v tom, že psychologický nález je kladen na roveň ostatním laboratorním nálezům a po přečtení založen do chorobopisu,

b) přístup kooperativní, charakterisovaný vzájemnou výměnou názorů lékaře a psychologa a pokusem o synthesu,

c) přístup tvůrčí, při kterém je s klinickým psychologem vypracováván společný terapeutický plán, stanovena dělba práce v rámci léčebného teamu a učiněn pokus o predikci chování pacienta a výsledků léčby.

3. Přehled psychodiagnostických metod

Psychodiagnostické metody lze třídit z mnoha hledisek. Pro účely klinické psychologie je nejdůležitější třídění podle druhů metod a problémů, k jejichž řešení jsou určité skupiny psychodiagnostických metod vhodné. Takové metody jsou často sestavovány do zaměřených testových baterií (viz dříve). Podle druhů psychologických metod, užívaných v klinické psychologii, rozeznáváme: a) metodu pozorování a hodnotící škály chování, b) rozhovor, c) metody dotazníkové, d) metody výkonové, e) metody projektivní, f) metody převzaté z experimentální psychologie, zejména metody laboratorní a přístrojové, g) sociální pokusy. Toto dělení je značně schematické, neboť existují testy, jež lze zařadit do dvou i více kategorií.

Ad a) Metoda pozorování

Metoda pozorování je podobně jako v jiných vědeckých disciplínách i v klinické psychologii základem veškerého poznání. Podle povahy pozorovaných jevů lze uvažovat o sebepozorování (introspekci) zaměřeném na sledování subjektivních prožitků a o pozorování v užším slova smyslu (extraspekci), jehož předmětem jsou projevy chování pozorovaného individua. Kvantita a kvalita údajů získaných pozorováním záleží jednak na druhu a počtu pozorovaných jevů (např. dítě při hře, strach před elektrickou rankou), jednak na schopnostech pozorovatele („rozený pozorovatel") a jeho individuálních zvláštnostech (inteligence, soustředěnost, cílevědomost, systematičnost aj.). Pozorování se může provádět buď v přirozené situaci, tj. v podmínkách, ve kterých zkoumaná osoba běžně žije, nebo v situaci umělé, popřípadě laboratorní, kdy jsou různé situační faktory pozorovatelem záměrně změněny. Pozorování vědecké, zaměřené k sledování změn v určitých znacích chování v průběhu pokusu, se odlišuje od pozorování na základně empirie, především snahou o přesné vymezení pozorovaných jevů, jejich odstupňování a kvantifikaci. K tomuto účelu slouží posuzovací stupnice chování (rating scale), přiřazující k určitým jevům určitou číselnou hodnotu, s níž lze do jisté míry matematicky operovat. Posuzovací stupnice bývají často označovány jako netestové psychologické metody, neboť u nich

nejde o psychologické vyšetřování subjektu ve vlastním slova smyslu. Snažíme se jimi spíše popsat chování zkoumané osoby standardním způsobem, popřípadě zachytit některé psychopatologické projevy a jejich změny v čase. Jednotlivé posuzovací stupnice se liší počtem sledovaných znaků (položek) a jemností v posuzování, tj. počtem možných hodnocení. Všeobecně se nedoporučuje ani posuzování příliš hrubé (dvojstupňová škála), ani příliš jemné, neodpovídající možnostem posuzovatele (více než čtyřstupňová škála). Posuzovací škály lze použít k účelům diagnostickým, nebo experimentálním, zejména při sledování účinků léčby. V psychopatologii počítáme k nejznámějším Goodrichův psychometrický index, stupnici Malamuda — Sandse, stupnici podle Overalla a Gorhama a stupnici Wittenbornovu. Hodnotu údajů získaných pozorováním lze podstatně zvýšit nezávislým pozorováním projevů chování u téže osoby různými pozorovateli, kteří jsou především zacvičeni v zacházení s hodnotící škálou. Z technických pomůcek se osvědčuje jednostranně průhledné zrcadlo (one-way screen), umožňující jednosměrné pozorování. Posuzovací škály mají přes veškerá dosavadní metodická opatření ze strany pozorovatelů mnoho nedostatků, které vyplývají především ze subjektivní povahy procesu pozorování. Ukazuje se zde zvláště názorně schematičnost kvantifikace znaků chování. Uvědomíme-li si však toto omezení, mohou nám posuzovací škály značně přispět ke zjemnění našeho pozorování a při opakované aplikaci mohou přinést řadu validních poznatků, které vysoce korelují se skutečnými vlastnostmi pozorovaných osob. Validita těchto škál je zvyšována také vzájemným posuzováním osob v menší skupině, čehož se využívá zejména v sociometrii.

Ad b) Rozhovor

Rozhovor (interview) je způsob hovoru, v němž dva lidé, a v nedávné době i více než dva, jsou uvedeni do verbální a nonverbální interakce proto, aby dosáhli předem definovaného cíle. Podle účelu rozhovoru lze uvažovat o interview jako 1. o prostředku k navozování kontaktu jakožto základního předpokladu úspěšného psychologického ovlivňování, 2. o způsobu k získávání informací o dosavadním životním běhu a o chování dotazovaného, 3. o nástroji psychoterapeutického působení, 4. o výzkumné metodě. Účel rozhovoru, osobnost dotazovaného a dotazujícího se, jakož i časová disposice určují konkrétní volbu techniky rozhovoru. Ad 1. Cíl navození kontaktu sleduje především tzv. zahajovací interview, jehož základním požadavkem je trpělivě a se zájmem vyslechnout vyprávění pacientovo a tím vzbudit jeho důvěru. Ad 2. Rozhovor patří k základním metodám poznávání osobnosti. Umožňuje získat informace o jejím dosavadním životě, buď formou volného vyprávění (autobiografie, autoanamnesa), nebo podle předem vypracovaného schématu (anamnesa). Úspěch získání anamnesy závisí do značné míry na zkušenosti vyšetřujícího a na technice rozhovoru. V diagnostickém procesu se v průběhu rozhovoru získávají podklady k formulaci pracovních hypothes, jež jsou pak nálezy testovými potvrzeny, nebo vyvráceny. Rozhovor současně slouží k dalšímu prohlubování a ověřování testových nálezů. Ad 3. V rámci psychoterapie je interview rovněž metodou základní a jeho technika souvisí především se širším rámcem

teorie osobnosti. Freud sledoval verbalisace svých pacientů v průběhu jejich volných asociací. Zjistil, že s malou počáteční pomocí mohl své pacienty povzbudit k tomu, aby volně hovořili. Tuto novinku v technice rozhovoru nazval „volnou asociací". Na rozdíl od Freuda, který doporučoval, aby vyšetřující seděl za pacientem, navrhovali jiní (Adler, Sullivan), aby se interview odehrával tváří v tvář. Sullivan rozděluje rozhovor do čtyř stadií: formální zahájení, průzkum, detailní dotazování a zakončení. Interview je primárně komunikací mezi dvěma osobami. Hlavními zdroji informace pro dotazujícího se je jednak to, co dotazovaná osoba říká, jednak jak to říká, její rychlost v řeči, intonace, odmlky a další složky expresivního chování. Rogers hovoří o nondirektivním a více na pacienta zaměřeném (client-centered) rozhovoru. Tato technika nutí vyšetřujícího k tomu, aby se vyhýbal poskytování informací, dávání rad, používání opětovného ujišťování a přesvědčování, kladení přímých otázek, nabízení vlastních interpretací a pronášení kritických připomínek. Hlavními doporučovanými prostředky jsou poznání a objasnění citů spojených s tím, co dotazovaný říká, a prosté, nehodnotící přijímání jeho výpovědí. Příležitostně vyšetřující vysvětlí svou vlastní roli a roli vyšetřovaného, což Rogers nazývá „strukturováním", jímž dotazující může sdělovat své přijímání myšlenek, přání a citů vyšetřovaného. V posledních letech byly propracovány techniky diadického (mezi dvěma osobami) rozhovoru a odlišeny od metod hovoru jednoho vyšetřujícího s větším počtem vyšetřovaných (rozhovor ve větších jednotkách). Ad 4. Jako výzkumná metoda může rozhovor sloužit k záměrnému vyvolávání různých situací, v nichž nutíme vyšetřovanou osobu, aby ukázala různé způsoby chování, při čemž se mohou projevit poruchy její přizpůsobivosti. Široce rozpracovávanou metodou je analysa vzorků řeči, která může sloužit k diagnostickým účelům. Také se provádějí analysy trvání jednotlivých výroků, latenčních dob, analysa procesu komunikace apod. Způsob zachycování výpovědi vyšetřované osoby je důležitý. Všeobecně se uznává, že zaznamenávání informací nemá narušovat spontánní průběh interviewu, má být pokud možno nenápadné a rychlé. Tyto požadavky kladou neobyčejné nároky na technické vybavení v pracovně vyšetřujícího (zejména magnetofony, event. i diktafony).

Ad c) Metody dotazníkové

Obecného termínu dotazník nebo inventář osobnosti (personality inventory) se může podle Hathawaye používat pro většinu moderních objektivních testů osobnosti, neboť jejich cílem je získat vzorek nebo soupis prvků a vlastností osobnosti. Inventární zřetel je dán užíváním rozmanitých otázek nebo tvrzení, která umožňují subjektu odpovědět výběrově a pak kombinovat tyto prvky nebo položky ve formě měr, které jsou více či méně vhodně označovány jako škály. Formálně mají dotazníky některé společné vlastnosti s testy výkonovými (viz dále), jejich výsledky jsou však závislé především na vnitřních poznatcích zkoumaných osob, a proto jsou některými autory řazeny mezi metody introspektivní, popřípadě subjektivní. Princip těchto metod spočívá v tom, že vyšetřované osobě jsou předkládány výpovědi nebo otázky týkající se citů, postojů, názorů nebo způsobu chování v různých situacích. Úkolem zkoumané

osoby je zaškrtnout nebo jinak označit ty výpovědi, které podle jejího názoru nejlépe vystihují její duševní stav, charakteristické znaky, postoje, zájmy, názory, obtíže apod. Podle způsobu konstrukce dotazníku lze uvažovat o rejstříku osobních dat (personal data sheet), zaměřených k získání povšechných informací o celé osobnosti, o racionálních proměnných (rational variables), tj. o dotaznících konstruovaných na podkladě určitého, předem vymezeného pojmu (neuroticismus, femininita-maskulinita, soustava hodnot atd.). Dále jsou dotazníky sestavené na základě korelací mezi různými proměnnými, jiné jsou sestaveny na základě empirické metody, určené převážně k psychiatrické diagnostice, a konečně jsou dotazníky konstruované složitým statistickým postupem faktorové analysy.

Podle účelu lze dotazníky dělit takto:

1. dotazníky zaměřené na zkoumání názorů, postojů a zájmů,
2. dotazníky zaměřené ke zkoumání některých znaků, příznaků nebo dimensí osobnosti,
3. dotazníky zaměřené především k účelům diagnostickým a diferenciálně diagnostickým v klinické praxi.

Obecně lze v klinické psychologii používat dotazníků jednak k účelům diagnostickým, jednak při výzkumu, zejména při sledování účinků léčby a změn po dalším časovém odstupu. Výhodou dotazníků je zejména možnost získat o mnohých osobách v relativně krátké době velké množství údajů, které lze v některých případech i kvantifikovat. Administrace testů je jednoduchá a rychlá, jejich vyhodnocení není rovněž složité a perspektivně se bude provádět strojově. Ještě před zahájením vlastního vyšetření nebo psychoterapeutického rozhovoru může klinik získat cenné informace a indexy, které mu umožní přibližnou představu o zvláštnostech vyšetřované osobnosti a o jejích obtížích. Základní nevýhodou dotazníků však zůstává poměrně malá validita jejich výsledků a závislost na motivaci subjektu, ochotě ke spolupráci, mentální úrovni, schopnosti introspekce, její kritičnosti a na dalších faktorech. Zejména účelové tendence mohou údaje dotazníků značně zkreslit. K tomu, aby se vliv faktorů snižujících validitu dotazníků zmenšil na minimum, byly navrženy různé skóry. V Minnesotském dotazníku osobnosti (MMPI) jsou například: a) L-skór (lži-skór), ukazující stupeň snahy zkoušeného jevit se v lepším světle, je dán počtem protichůdných výpovědí o týchž položkách, které se mezi 550 položkami vyskytují dvakrát (popřípadě v jiné formulaci); b) F-skór validity ukazuje hodnotu celého vyšetření dotazníkem. Je-li tato hodnota vysoká, svědčí pro neporozumění instrukci, nedbalost, omyl nebo zápornou motivaci vyšetřovaného; c) ?-skór ukazuje množství výpovědí, ve kterých subjekt není schopen rozhodnout se mezi dvěma krajními možnostmi (ano — ne), čím vyšší je hodnota tohoto skóru, tím je validita protokolu menší; d) K-skór ukazuje, do jaké míry se vyšetřovaný snaží udělat lepší či horší dojem, než jaká je skutečnost. Podobně jako rozhovor i dotazníky nám při správné administraci umožňují navázat kontakt s nemocným a poskytují předběžné informace k dalšímu vyšetření, zejména k zaměřené exploraci.

Při indikaci dotazníkového vyšetření je třeba se vyvarovat přístupu ryze administrativního, který spočívá v mechanickém kumulování údajů bez předem

promyšlené hypothesy. Bezúčelné je také používání dotazníků toliko z časových důvodů, tj. proto, aby se nemocní měli v době čekání na vlastní vyšetření čím zabývat. Doporučuje se pokaždé projít vyplněný dotazník s nemocným a takto zajistit úplnost získaných dat, přiléhavost odpovědí a objasnit případné omyly.

Z dotazníků první skupiny lze uvést katalogový test podle Tramerové-Baumgartenové. Zkoumané osobě je předložena listina fiktivních názvů knih s intrukcí, aby ke každému z nich napsala číslo od 0—3 podle zájmu o daný titul. Názvy knih postihují všechny nejdůležitější oblasti lidských zájmů (zájmy praktické, intelektuální, věcné, estetické, sportovní, racionální, společenské, mystické, romantické, umělecko-kulturní), výsledky umožňují sestavit zájmový profil dané osobnosti. Studie hodnot autorů Alporta, Vernona a Lindsaye vychází ze šesti základních druhů zájmů podle Sprangera (teoretické, politické, ekonomické, umělecké, sociální a náboženské) a umožňuje také sestavit zájmový profil. Edwardsův seznam vychází z principu výběru mezi dvěma či více možnostmi. Potřeby jsou seskupeny do 15 kategorií podle Murraye (viz projektivní metody TAT). Z výsledků lze usuzovat na hierarchii zájmů, motivů a potřeb.

Dotazníky druhé a třetí skupiny se do jisté míry překrývají, do třetí skupiny lze řadit především ty, které se snaží komplexně vystihnout lidskou osobnost a její psychopatologickou symptomatologii a takto dát podklad k řešení složitějších diferenciálně-diagnostických otázek. Přehled nejužívanějších dotazníků těchto skupin a jejich stručnou charakteristiku podává tabulka 1.

Většina dotazníků umožňuje posoudit přítomnost a stupeň neuroticismu u dané osoby a některé z nich navíc poskytují možnost zařadit zkoumanou osobu i v rámci druhé dimense Eysenckovy.*) K nejužívanějším a nejosvědčenějším dotazníkům patří MMPI, MMQ, MPI a MAS, z našich Knoblochův dotazník neuroticismu (viz tab. 1).

Zvláštní pozornost zasluhuje MMPI, Minnesotský dotazník osobnosti, který patří k dosud nejpropracovanějším, diagnosticky nejcennějším dotazníkům. Jeho položky vznikly na základě dlouhodobé klinické zkušenosti lékařů a psychologů. Zkoumaná osoba má roztřídit 550 kartiček s ustřihnutým levým nebo pravým rohem s různými otázkami nebo tvrzeními do tří skupin: „souhlasí", „nesouhlasí", nebo „nemohu říci". Ve třetí skupině má být kartiček co nejméně. Při zpracování výsledků je validita testů zjišťována čtyřmi stupnicemi spolehlivosti (L-skór, F-skór, K-skór, ?-skór) a výsledky jsou znázorněny na devíti diagnostických stupnicích. Získaný profil je patognomický, má-li ve dvou nebo více škálách vyvážené hodnoty nad 70 nebo pod 50. Jednotlivé stupnice lze převést v kódy, tj. vyjádřit je v číslicích označujících pořadí, ve kterém se v profilu zpravidla vyskytují: 1 — hypochondrie (Hs), 2 — deprese (D), 3 — hysterie (Hy), 4 — psychopatie (Pd), 5 — maskulinita — femininita (Mf), 6 — paranoidita (Pa), 7 — psychastenie (Pt), 8 — schizofrenie (Sc), 9 — mánie (Ma). Získané výsledky lze pak vyjádřit formulí, oddělující apostrofem škály s hodnotou nad

*) Eysenck vymezil na základě výsledků četných experimentálně psychologických prací dvě základní dimense osobnosti: extraverse, introverse a neuroticismus. Tyto dimense jsou na sobě zcela nezávislé a umožňují stanovit polohu jednotlivých osob pomocí souřadnicového systému na sobě kolmých os x a y.

Tabulka 1.
Dotazníky často používané v klinické praxi.

Název	Zkratka formy	Autor	Počet položek	Způsob administrace a presentace výsledků	Sledované znaky	Škály zajišťující validitu	Použitelnost
Minnesota Multiphasic Personality Inventory	MMPI	Hathaway S. R., McKinley J. C.	550	třídění kartiček do tří skupin	profil osobnosti devět diagnostických stupnic	L-skór F-skór ?-skór K-skór	diagnostika osobnosti, diferenciální diagnostika
Persönlichkeits- und Interessentest	PI	Mittenecker E., Toman W.	214	třídění kartiček do tří skupin	devět bipolárních kategorií (př. neparanoidní — paranoidní zájmy)	počet kartiček ve skupině neutrální	diagnostika osobnosti, zájmový profil
Manifest Anxiety Scale	MAS	Taylorová J. A.	50 (zkrácená verse 28)	podtrhování ano — ne	zjevná úzkost, deprese	—	diagnostika úzkosti a její intensity
The Sixteen Personality Factors Questionnaire (A, B)	16 PF Test	Cattell R. B., Saunders D. R., Stice G. F.	187	podtrhování jedné ze tří možností	16 faktorů osobnosti (př. dominance — submise)	—	diagnostika osobnosti
Personal Data Sheet	—	Woodworth, revidovali Cady, Johnson aj.	119	podtrhování ano — ne	profil osobnosti stabilita — labilita	—	diagnostika neurotických poruch
Personality Inventory	—	Bernreuter R. G.	140	podtrhování jedné ze tří možností	neuroticismus, introverse — extraverse	—	diagnostika osobnosti a neuroticismu

Maudsley Medical Questionnary	MMQ	Eysenck H. J.	56	podtrhování ano — ne	neuroticismus	L-skór	diagnostika neuroticismu
Maudsley Personality Inventory	MPI	Eysenck H. J.	80	podtrhování jedné ze tří možností	neuroticismus, extraverse — introverse		diagnostika osobnosti a neuroticismu
Eysenck Personality Inventory (A, B)	EPI	Eysenck H. J	57	podtrhování ano — ne	neuroticismus, extraverse — introverse	L-skór	diagnostika osobnosti a neuroticismu
Knoblochův dotazník neuroticismu	N 5	Knobloch F.	20	podtrhování ano — ne, vyznačení síly příznaků na čtyřstupňové škále	neuroticismus		diagnostika neuros

70 a pomlčkou škály s hodnotou pod 46. Čísla jsou uváděna v pořadí sestupných hodnot od 120 k 54 a dále od 45 níže, například pro hodnoty:

škála	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma
číslo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
hodnota	45	55	54	72	52	56	46	48	69
kód	4/962 —1								

Kód slouží k diferenciálně diagnostickým rozvahám, jež lze najít ve speciálním atlasu MMPI. Vystihuje úsporným způsobem zvláštnosti profilu osobnosti, z něhož lze usuzovat nejen na zvláštnosti struktury osobnosti, nýbrž i do jisté míry na druh poruchy (neurotického nebo psychotického rázu, psychopatie). Z MMPI byly sestaveny různé modifikace, například PI-test, MAS a jiné (viz tab. 1). Za současného stavu patří MMPI k nejužívanějším diagnostickým pomůckám mnoha klinických psychologů. Dotazníky Cattelovy, validisované složitými výpočty faktorové analysy, jsou přínosné především pro teoretickou a výzkumnou práci. V diagnostické praxi se u nás zatím nerozšířily. Dotazníky se v diagnostické praxi osvědčují zejména v ambulantních provozech.

Ad d) Metody výkonové

Výkon je výsledek zaměřené činnosti, prováděné při řešení určitého úkolu. Subjekt je zpravidla staven před úkoly nebo do situací, při jejichž řešení se mohou projevit jeho individuální psychické zvláštnosti. Metody výkonové bývají nazývány metodami objektivními, neboť umožňují sledovat výkon zkoumané osoby ve standardní situaci, poskytují podklady ke kvantifikaci a ke srovnání s experimentálně získanými normami. Výsledky těchto metod jsou ze všech skupin psychologických testů nejvalidnější a poměrně nejspolehlivější. Používáme jich tam, kde potřebujeme získat přesné a dostatečně ověřené objektivní údaje a měření pocientovy výkonnosti, dále informace o jeho schopnostech, dovednostech, inteligenci (mentální úrovni), paměťových funkcích, pozornosti, psychometrickém tempu, vytrvalosti, odolnosti proti psychickým zátěžím apod. Získané údaje se mohou stát podkladem pro relativně spolehlivou předpověď chování. Nevýhodou výkonových zkoušek je především omezený rozsah získaných informací, který nedovoluje hlouběji analysovat celkovou strukturu a dynamiku osobnosti.

Metody výkonové dělíme podle povahy úkolů na verbální a nonverbální. Zkoušky verbální jsou do značné míry závislé na sociálním a kulturním prostředí vyšetřovaného. Metody nonverbální volíme tehdy, není-li možná verbální komunikace, dále v případech, kdy pacient vyrůstal v odlišném prostředí a nedostatečně ovládá jazyk. Podle důrazu na různé aspekty výkonu hovoříme o zkouškách rychlostních, silových, vytrvalostních atd. Podle psychické funkce nebo skupiny funkcí, jež mají být testem nebo testovou baterií postiženy, uvažujeme o testech inteligenčních, paměťových, o zkouškách pozornosti, schopností (např. hudebních) aj. Podle trvání rozlišujeme zkoušky krátkodobé a dlouhodobé, lze uvažovat také o testech orientačních a podrobných. V souvislosti s povahou problémů,

které jsou nejčastěji řešeny metodami výkonovými, můžeme rozlišit testy k vyšetřování inteligence, mnestických funkcí, motoriky, pozornosti a zjišťování organické deteriorace. Toto dělení je pro naše účely nejpřijatelnější. Je třeba také uvážit, že mnohé výkonové zkoušky mají varianty pro dětský věk, popřípadě jsou dětské testy zcela odlišné.

aa) Vyšetřování inteligence

D. Wechsler z newyorské nemocnice Bellevue definuje inteligenci jako souhrnnou nebo globální schopnost jedince účelně jednat, rozumně myslet a aktivně se přizpůsobovat prostředí. Lidé se navzájem liší jednak celkovou úrovní svých schopností, úrovní globální inteligence, jednak strukturou těchto schopností, tj. větším či menším stupněm dosaženého vývoje jednotlivých schopností. Dosažená úroveň inteligence není neměnná, kolísá fysiologicky, nebo se mění patologicky. Porucha inteligence může být dočasná, nebo trvalá. Diferenciálně diagnosticky klademe otázku, zda je u daného nemocného vrozený defekt inteligence (oligofrenie), nebo defekt získaný (deteriorace, demence), jaká je etiologie defektů, tj. jde-li o poruchu na podkladě vrozeného či získaného organického poškození CNS, anebo spíše v důsledku výchovného zanedbání, psychotického onemocnění atd. Inteligenci hodnotíme kvantitativně a kvalitativně. Původně navržený inteligenční kvocient (IQ) vycházel z poměru věku chronologického (ChV) a mentálního (MV), tj. věku od narození dítěte a věku, jemuž odpovídá jeho intelektová schopnost, výkonnost. Inteligenční kvocient byl vypočítán podle vzorce: $IQ = \frac{MV}{ChV} \times 100$. Tento způsob stanovení IQ vede k řadě nepřesností, zvláště u osob nad 14 let. Přesnější je výpočet IQ na základě srovnání rozumových schopností daného jedince s úrovní osob téže věkové skupiny (Gaussovo rozložení). Pro posouzení velikosti vrozeného defektu je důležité určit a naznačit stupeň oligofrenie. Vzhledem k tomu, že některá označení podprůměrné inteligence, jako je „slaboduchost", „tupost" aj., získala sociálně hanlivý význam a jsou velmi často traumatisující, je výhodnější užívat neutrálnějších označení (viz tab. 2).

Tabulka 2.

IQ	0 – 25	26 – 50	51 – 70	71 – 80	81 – 90
pásmo	idiotie	imbecilita	debilita	zjevně podprůměrná inteligence	mírně podprůměrná inteligence
IQ	91 – 110	111 – 120	121 – 130	131 – 140	140 a vyšší
pásmo	průměrná inteligence	lehce nadprůměrná inteligence	zjevně nadprůměrná inteligence	vysoká inteligence	„genialita"

Kvalitativní hodnocení inteligence se opírá o pozorování pacienta během vyšetření a týká se především jeho postoje k vyšetření, emocionálních projevů, psychomotorického tempa, zvláštnosti osobnosti, agravačních nebo simulačních sklonů apod.

Testování inteligence patří k nejstarším, praxí vynuceným psychologickým vyšetřením. Původně řešilo otázku diferenciace žáků vzhledem k jejich zařazení do zvláštních škol (Binet a Simon). Již v této první etapě testování vznikla hypothesa selektivního snižování inteligence u duševních poruch a v souvislosti s ní se projevila snaha stanovit „profily" intelektové výkonnosti. Ve druhé etapě vyvolaly sestavy Wechslerovy zájem o použití psychometrických ukazatelů v diferenciální diagnostice. Byl zaveden pojem „rozptyl výkonů" (scatter), který ukazuje rozložení jednotlivých vyvážených skórů graficky a umožňuje na základě srovnání v jednotlivých zkouškách některé diagnostické, popřípadě diferenciálně diagnostické závěry. Diagnostika na základě analysy rozptylu však není dostatečně spolehlivá. Je prospěšné používat rozptylu v rámci jednotlivých zkoušek (intratest scatter) a vykládat kvalitativně a „projektivně" obsah odpovědí vyšetřované osoby. Novější výzkumy v oblasti testování inteligence se vyznačují posunem důrazu z psychometrického nástroje na nástroj lidský, na testátora.

Inteligenci lze vyšetřovat orientačně, nebo podrobně podle druhu otázek, k jejichž řešení se vyšetřování provádí. Ke klinickému, hrubě orientačnímu posouzení inteligence slouží především informovanost pacienta o současných událostech ve světě, schopnost řešit úsudkové početní příklady, schopnost abstraktního myšlení, úroveň vyjadřování a celkového chování. Odborné vyšetření inteligence může být provedeno toliko klinickým psychologem. Je indikováno především v otázkách diferenciálně diagnostických, při volbě vhodné metody psychoterapeutického působení, při posuzování schopností k určitému povolání, změněné pracovní způsobilosti následkem onemocnění, při přeřazování do zvláštních škol, výběru do škol výběrového charakteru a v soudní činnosti posudkové.

Při orientačním posouzení úrovně inteligence používáme spíše zkoušek nonverbálních. U dětí je to zkouška Kohsova, vyžadující sestavit z barevných kostek obrazce různé velikosti, při čemž je hodnocen nejen čas potřebný k řešení úkolu, nýbrž i počet pohybů na podložce. Funkce, která se při tomto výkonu uplatňuje, analysa dané skutečnosti a synthesa složek v celek, se pokládá za obecný znak inteligence. Nejužívanější orientační zkouškou u dospělých je Ravenův test, který zjišťuje pomocí 60 úkolů se vzrůstající obtížností především schopnost abstraktního myšlení. Inteligence definovaná výsledkem ve zkoušce Ravenově je vyjádřena na základě srovnání s výsledky charakteristickými pro populaci stejného věkového stupně a vyjádřena pěti pásmy podle percentuálních bodů v rámci Gaussova rozložení.

Raven vypracoval modifikaci své zkoušky pro děti, při které využívá principu výběru (multiple choice) při dosazování správné varianty do prázdné plochy v obrazci.

Inteligence může být posuzována orientačně také podle různých projevů v projektivních technikách, zejména v kresebných (zkouška Goodenoughové),

verbálních (povídky v tematickoapercepčním testu, doplňování vět) apod. (viz dále).

U dětí a dospívajících podrobně vyšetřujeme inteligenci testem Termana a Merillové (revise původní škály Binetovy-Simonovy). Tato sestava je vhodná pro věkové rozmezí od 2 do 15 let, u starších jen při vrozeném defektu inteligence. Pro každý rok věku se používá zprvu dvanácti a od pátého roku šesti úkolů, odpovídajících průměrnému vývoji rozumových schopností. Výsledek vyšetření je vyjádřen v IQ podle dříve uvedeného vzorce. U starších dětí lze použít Wechslerovy sestavy pro děti (Wechsler Inteligence Scale for Children, WISC), která se skládá z pěti verbálních a pěti nonverbálních názorových zkoušek, podobných jako v sestavách pro dospělé (viz dále). U nejmenších dětí od 4 týdnů do 42 měsíců lze posoudit psychický vývoj a určit funkční zralost nervového systému zkouškami v sestavě Gesselově.

Detailní vyšetřování inteligence u dospělých se provádí nejčastěji soubory Wechslerovými: starší úprava Wechsler-Bellevue (WB) má dvě zastupitelské varianty, novější Wechsler-Inteligence Scale for Adults (WAIS) může rovněž sloužit jako zastupitelná varianta při opakovaném vyšetřování.

Dosud nejužívanější sestava Wechslerova se skládá z pěti, popř. šesti verbálních zkoušek (všeobecné informace, sociální porozumění, opakování čísel v původním a obráceném pořadí, početní úsudek, abstrakce, fakultativně slovník) a pěti zkoušek názorových (řazení obrázků podle smyslu děje, doplňování obrázků, skládání předloh z kostek, sestavování předmětů z částí, dosazování symbolů).

Každá zkouška (subtest) postihuje jinou dílčí oblast inteligence, např. všeobecné vědomosti, úsudek, pozornost, krátkodobou paměť, schopnost abstrakce, kombinační schopnost, sociální přizpůsobivost, analysu a synthesu, asociativní pohotovost aj. Jednotlivé hrubé skóry jsou podle tabulky převáděny na skóry vyvážené. V souvislosti s věkem vyšetřovaného lze vypočítat verbální IQ, tzv. verbálně logická inteligence, názorové IQ (tzv. percepčně performační inteligence), vztah jednotlivých vyvážených skórů lze graficky vyjádřit rozptylem (scatter), který má v některých případech diagnostickou, popřípadě diferenciálně diagnostickou hodnotu, například při odlišování oligofrenie od demence, nebo od výchovné zanedbanosti, popřípadě od poruchy vyvolané funkčním psychotickým onemocněním.

Zkoušky inteligence patří k cenným objektivním metodám, protože poskytují validní informace o mentální úrovni a o příčinách jejích poruch. Mentální úroveň čili inteligenci je nutno pojímat toliko jako jeden z rysů osobnosti vyšetřovaného. Bez celostního přístupu k osobnosti, jejíž inteligenci vyšetřujeme, by se používání jakkoli validních a spolehlivých psychologických metod stalo pouhým mechanickým „testováním“, jež bylo právem kritisováno.

bb) Vyšetřování mnestických funkcí

Při stížnostech na poruchu paměti, které jsou u pacientů velmi časté, potřebujeme někdy zjistit, jakého druhu je tato porucha, zda je dočasná, nebo trvalá, funkční, nebo organicky podmíněná a v které složce paměťové se převážně pro-

jevuje, zda ve vštípivosti, v uchování, nebo ve vybavení. Také je někdy nutné odlišit poruchu mnestických funkcí od poruch pozornosti, popř. stanovit podíl emocionality na oněch poruchách. Vštípivost se vyšetřuje nejčastěji metodami učení. Můžeme uložit učení 10 bezesmyslovým slabikám tak dlouho, až je vyšetřovaný bezvadně opakuje třikrát (Ebbinghaus). Známá je též metoda párová, vyžadující reprodukci druhého ze dvou slov při exposici toliko jednoho z původně předvedeného asociačního páru. Lze zjišťovat vštípivost spolu s retencí delších smysluplných celků tím, že se uloží reprodukce faktorů z přečtené povídky, a to jak reprodukce spontánní (globální), tak provokovaná, pomocí zaměřených otázek. Wechslerova paměťová stupnice se skládá z řady dílčích zkoušek (informace, orientace místem a časem, mechanické řady, jako jsou čísla od 20—1, abeceda a připočítávání 3 k předchozímu číslu, reprodukce povídek, kresebná reprodukce obrazců exponovaných deset vteřin a metoda párového učení), její výsledky umožňují vypočítat paměťový kvocient (memory quotient — MQ), srovnatelný s IQ.

cc) Vyšetřování motoriky, pozornosti a jiných psychických funkcí

Při vyšetřování motoriky je možno zaměřit se na rychlost pohybů, jejich přesnost, koordinaci, dosažený pohybový vývoj aj. Získané výsledky mají význam jednak v rámci vyšetření vývoje u dětí, jednak při diagnostice psychických projevů encefalopatií, popřípadě hrubších organických poruch CNS.

Škála Osereckého zjišťuje opoždění v motorickém vývoji a třídí je na lehké, středně těžké a těžké. Podobně jako sestava Termana a Merillové předpokládá řadu úkolů podle chronologického věku dítěte.

Zvláštním případem vyšetřování motoriky, zasahujícím i do jiných oblastí, jsou metody vyžadující provádění určitého výkonu (např. přeškrtávání předem daných znaků mezi ostatními podobnými znaky ve zkoušce Bourdonově) po delší dobu. Hodnotí se při tom počáteční výkon, jeho kolísání v jednotlivých minutách, množství chyb a kolísání v jejich výskytu, sestavuje se pracovní křivka a křivka chyb. Na základě analysy těchto znaků se usuzuje na některé vlastnosti osobnosti, především volní a emocionální. Mira se pokouší odvodit pomocí svého psychodiagnostického myokinetického testu, spočívajícího v obtahování grafických předloh, „charakterologické schéma“ a určit „vzorec tensní rovnováhy“ ve třech souřadnicích chování: a) introverse-extraverse, b) autoagrese-heteroagrese, c) deprese-elace. V této metodě se používá také některých principů projektivních (viz dále).

Při vyšetřování pozornosti se můžeme zaměřit na její rozsah, oscilace aj. Diagnosticky cenné informace mohou poskytnout výsledky získané na číselném čtverci. Zkoumaná osoba má v poli rozhozených 25, resp. 100 čísel ukázat co nejrychleji čísla po sobě následující. Ze zkoušek myšlení se často používá metod třídění (Goldstein a Scherer), zaměřených především na proces vytváření pojmů. Do této kategorie patří také zkouška Vygotského, vyžadující roztřídění 22 kostek různé výšky, šířky, tvarů a barev do 4 kategorií, z nichž každá má být charakterisována toutéž bezsmyslnou slabikou, která je na rubu kostky. Tyto metody, jakož i další, zaměřené na zobecnění vztahů a širších sémantických celků, jsou

výhradně kvalitativní, tj. umožňují sledovat jednotlivé fáze procesu vytváření koncepce a hodnotit případné poruchy.

dd) Vyšetřování psychických projevů organických poruch mozkových

Organická deteriorace (deficit-defekt) je pojem vyvozený na základě popisných dat o chování a objektivně zjištěných mentálních výkonech daného jedince, jež na základě dosavadních poznatků a zkušeností dávají dostatečný důvod předpokládat organickou etiologii. Problematika vztahů mezi organickým substrátem mozkovým a psychickými změnami následkem jeho parciálního nebo celkového poškození se stala náplní speciální oblasti neuropsychologie. Psychickými změnami při normálním i patologickém stárnutí se zabývá gerontopsychologie.

Indikace odborného psychologického vyšetření je v této souvislosti dána především zřeteli diferenciálně-diagnostickými, při čemž se od jeho výsledků očekává objektivní rozlišení poruch dočasných, reversibilních, „funkčních", od de-

Tabulka 3.
Psychologické metody používané ke zjišťování organických poruch CNS.

Druh metod	projektivní	baterie výkonových testů	speciální baterie výkonových testů	speciální zkoušky výkonové a laboratorní
Metodologický přístup	studium organických změn CNS v rámci celkového studia osobnosti	analysa vzájemných vztahů výsledků různých činností	používání deteriračních škál	zjišťování specifického úbytku v jednotlivých psychických funkcích
	aspekt celostní a dynamický	aspekt analytický, analysa rozptylu, index deteriorace, sledování časového faktoru	aspekt zaměřeně analytický, různé indexy deteriorace	aspekt zaměřeně analytický, analysa kvalitativní, snahy o postižení lokalisace poruchy
Příklady metod	Rorschachův pokus	sestava Wechsler-Bellevue	škála Babcockové, sestava Halsteadova	percepce: reversibilní obrazce, tachystoskopické pokusy, paměť: Wechslerova paměťová škála, Bender-Gestalt Test, Bentonova visuálně-retenční zkouška motorika: kresebné projevy, pohybové zkoušky řeč: metody k vyšetřování afasií myšlení: zkoušky třídění

fektů trvalých, převážně ireversibilních, „organických". Toto rozlišení je často velmi nesnadné, především proto, že dichotomie „funkční-organický", „parciální-totální" je v mnoha případech důsledkem mechanického myšlení. Mnohem přiléhavější jsou zde otázky: do jaké míry je zjištěná porucha „funkční", tj. dočasná, reversibilní, a do jaké míry lze usuzovat na její možnou organickou etiologii?

Dosavadní psychologické metody běžně používané pro tyto účely lze roztřídit do několika skupin podle základních principů použitých při jejich konstrukci (tab. 3). Podle druhů metod jde především o testy výkonové, patří sem však také některé metody projektivní a laboratorní (viz dále). Nejčastěji zkoumanými jevy v této oblasti jsou vštípivost a retence učení, percepční faktory a konceptuální faktory, dotváření nedokončených tvarů, vnímání konstantních znaků u různých předmětů, rozlišení figury a pozadí. Také dynamika funkcí nervového systému, tj. emoce, motivy a tendence se u organických poruch mozkových mění. Psychologické metody v současném stadiu mohou spolehlivěji naznačit toliko možnost organické etiologie poruchy, jsou však podstatně méně spolehlivé pokud jde o bližší určení její etiologie a lokalisace.

Metody výkonové patří k nejužívanějším a nejvalidnějším metodám v arsenálu metod, které má klinický psycholog k disposici. V současné době se dává přednost aplikaci většího počtu krátkodobých zkoušek, které je možno sestavit v diagnostické baterie, umožňující objektivně zachytit současně více stránek chování a analysovat jejich vzájemné vztahy.

Ad e) Metody projektivní

Rostoucí zájem postihnout osobnost jako jedinečný celek se specifickou strukturou a dynamikou vede k stále většímu zájmu o projektivní techniky, které představují zvláštní přístup ke studiu osobnosti. Zatímco psychologa, který se zajímá především o obecné složky osobnosti, lze označit za psychologa „normativního", je psycholog, který se zabývá spíše jedinečnými znaky osobnosti a chce studovat poměrně málo jedinců do hloubky, „personologem". Projektivní techniky vznikly na podkladě zájmů personologických. Jsou konstruovány se záměrem odhalit vnitřní obsah a organisaci dané osobnosti tím, že vyvolávají spontánní reakce na podněty, které bývají neurčité, dvojsmyslné, nebo mnohovýznamné, nebo jen zčásti strukturované. Odhaleny mají být především dynamické složky osobnosti, které jsou popudem k jednání, jako jsou potřeby, zájmy, postoje, zásady, názory, konflikty, problémy a lidské vztahy.

Dokonalé ovládnutí projektivních technik, zejména Rorschachovy metody nebo TAT, vyžadují dlouhodobé postgraduální studium a praxi pod odborným dohledem a důkladnou znalost teorií osobnosti.

Projektivní metody lze třídit jak z hlediska užitého podnětového materiálu, tak z hlediska specifické reakce vyšetřované osobnosti, případně podle zvláštnosti aspektu osobnosti, který je danými postupy odhalován. Rosenzweig dělí projektivní techniky na aa) motoricky expresivní (rozbor písma, způsob a obsah slovního vyjadřování, motorické projevy v chování a v kresbě), bb) percepčně

strukturované (Rorschachova metoda, thematicko-apercepční test [TAT], interpretace zvuků aj.), cc) apercepčně dynamické techniky (doplňování vět, povídek, dějů, frustrační pokusy, hra, aj.). Engelsmann třídí projektivní techniky na 1. metody používající grafického výrazu, 2. metody používající činnosti a 3. metody používající slovního výrazu.

Indikace projektivních vyšetření je namístě všude tam, kde lékař potřebuje detailně znát zvláštnosti osobnosti nemocného ať už z důvodů diagnostických, nebo terapeutických. Projektivní techniky umožňují pojímat osobnost jako dynamický celek a dávají takto podklad k predikci jejího chování při zátěži vyvolané léčebným zákrokem, poskytují možnost realistické předpovědi účinnosti psychoterapie a do jisté míry i ověření změn ve struktuře osobnosti, k nimž došlo v jejím průběhu.

Ad 1. Grafické projektivní testy jsou výhodné v tom, že poskytují materiál, který je hodnotitelný několika znalci nezávisle. Můžeme analysovat buď spontánní písemné, nebo kreslené projevy (zejména u dětí), nebo kresby podle instrukce, ať je to postava podle Machoverové, ovocný strom podle Kocha, dům, strom a osoba podle Bucka, kresba prsty podle Shawové apod. Kresebné projevy lze též provokovat jednoduchými podněty, například při dokreslování načatých kreseb v metodě Warteggově, nebo v myokinetické psychodiagnostice podle Miry. Všechny tyto metody vycházejí z předpokladu, že v písemném i kresebném projevu ať spontánním, nebo provokovaném se určitým způsobem projevují zvláštnosti osobnosti, čili že se zde uplatňuje mechanismus projekce. Na podkladě získaného materiálu se vyvozují závěry pokud jde o některé temperamentové, charakterové a zejména emocionální zvláštnosti dané osoby. Tyto závěry jsou někdy hrubě empirické a málo validní. Vědecké analysy grafických projevů včetně písma se nicméně vzdát nemůžeme. Zatím se tomuto požadavku nejvíce přibližuje metoda Mirova (myokinetická psychodiagnostika), která provokuje určité pohyby rukou a paží, prováděné bez opory a bez zrakové kontroly ve třech směrech v prostoru (horizontálním, frontálním a sagitálním), tyto pohyby jsou pak analysovány kvantitativně i kvalitativně podle grafického záznamu.

Ad 2. Činnostní projekční techniky. Tyto metody užívají jako podnětů k projekci provokovanou činnost a hru, což umožňuje analysovat nejen výsledné produkty činnosti, nýbrž i chování subjektu v průběhu činnosti ve standardních podmínkách. Do této kategorie patří třídimensionální apercepční test Twichellové-Allenové, jehož materiál tvoří 28 neurčitých plastických tvarů od tvarů geometrických k obecnějším organickým formám a konkrétnějším tvarům lidským a zvířecím.

Při aplikaci Welt-testu podle Bühlerové dostane pokusná osoba četné miniaturní předměty, jako domky, stromky, vojáčky, auta atd., s instrukcí, aby s nimi učinila, co chce. Vyšetřovaní obvykle vytvoří panoramata. Examinátor pak s nimi prodiskutuje jejich konstrukci, vyptá se na smysl, příběhy apod., které provázely budování. Na podobném principu je založen Sceno-test Staabsové a test vesnice (Mabille, Raine, Arthurová).

Projekce v procesu činnosti lze využít také ve formě výběru. Szondi vyzýval své pacienty, aby si v každé ze 6 sérií portrétů vybrali z 8 portrétů, znázorňu-

jících různé kategorie duševně chorých osob, vždy dva, které jsou jim nejsympatičtější, a dva, které jsou nejnesympatičtější. Získaný profil se pak analysuje na základě empiricky podložených výsledků a vyvozují se závěry pokud jde o sexualitu, emocionalitu, osobnost a sociální vztahy vyšetřovaného. Podobného principu využívá Heiss ve svém testu pyramidy, když vyzývá pokusné osoby, aby položily z předložených barevných čtverečků na nakreslenou pyramidu ty, které se jim nejlépe hodí k vytvoření pěkné pyramidy. Výsledky testu jsou podkladem k závěrům o emocionalitě a o duševních zvláštnostech vyšetřovaného. Oba testy, založené na principu výběru, jsou však nejen projektivní, nýbrž i objektivní, neboť vyžadují určitý výkon. V testu rodinných vztahů Anthonyho a Beneové je spojen princip projekce s introspekcí. Ze skupiny figurek jsou vybrány postavy znázorňující rodiče dítěte, jeho sourozence a další postavy z jeho nejbližšího okolí. Do otvorů v krabičkách, spojených s jednotlivými figurkami, jsou pak vhazovány lístečky, na kterých jsou různá tvrzení podle pravidel hry na doručování dopisů (na lístečku je např. napsáno: „nejraději chodím na procházku s...“). Z výsledků zkoušky lze usuzovat na interpersonální vztahy dítěte a na jeho rodinnou atmosféru. Projekce lze využít také v rámci hereckých projevů vyšetřovaných. Moreno nabádal své nemocné, aby sehráli nějakou scénu ze svého všedního života, např. návrat domů ze zaměstnání. Tato metoda, zvaná psychodrama, přispívá jednak k poznání způsobů chování vyšetřované osoby v různých situacích, jednak se jí používá jako odkrývající analytické metody. Činnostní projektivní techniky jsou použitelné především u mladistvých, u dospělých se používá spíše metod výběrových a psychodramatu v rámci psychoterapie.

Ad 3. Slovní projektivní metody. Tyto techniky jsou nejpoužívanější. Využívají jako prostředku komunikace řeči. Jsou při nich vyžadovány verbální interpretace podnětů neurčitých, více či méně strukturovaných: skvrn, fotografií, slov, neúplných vět, načatých příběhů, neurčitých zvuků. Klasickou metodou je tzv. asociační test. Zkoumaná osoba má na daný slovní podnět odpovědět prvním slovem, které ji napadne. Mezi neutrální slova jsou vkládána slova kritická, u nichž se předpokládá emocionální význam. Kromě obsahu asociací a jejich vztahu k podnětům jsou analysovány zejména latenční doby a asociační poruchy. Luria spojil s asociačním pokusem průběžné zaznamenávání spontánních i volních pohybů a vegetativních reakcí. Asociační pokus poskytuje informace především o obecné přizpůsobivosti a o neuroticismu. Lze z něho také zjistit konfliktogenní oblasti.

Diagnosticky nejzávažnější a nejpropracovanější je Rorschachova metoda diagnosy osobnosti. Rorschach vyšel z předpokladu, že slovní reakce individua na velmi neurčitou zrakovou podnětovou situaci zobrazí v mikrokosmu idiosynkratické způsoby vnímání jeho vlastního světa a vytvoří takto jakoby rentgen jeho osobnosti. Pokusné osobě jsou postupně předkládány tabule se symetrickými inkoustovými skvrnami (černými, nebo černými a červenými, anebo vícebarevnými) s instrukcí, aby sdělila, co by to mohlo být. Jednotlivé interpretace, tj. výklady skvrn, jsou signovány, tj. posuzovány z hlediska velikosti plochy, která je interpretována (celek, část, malý detail atd.), míry, do jaké odpovídá

interpretace obrysům skvrny, dále zda je v ní zastoupen pohyb, barva nebo stín, a jaký vztah mají tyto faktory k tvaru, podle obsahové stránky (zvíře, rostlina, architektura atd.) a podle frekvence dané interpretace v populaci (vulgární — originální). Při analyse protokolu jsou dále kombinovány různé znaky, procentuální hodnoty a indexy, a přihlíží se k tzv. patognomickým znakům.

Analysa Rorschachova protokolu nám může poskytnout informace: 1. o schopnostech, zájmech, kvalitativních znacích inteligence, a orientačně i o úrovni inteligence, v čemž vhodně doplňuje metody psychometrické. Pokud jde o poruchy inteligence nebo snížené kvality psychické produkce, umožňuje rozhodnout, zda jsou to změny spíše dočasné v důsledku emočních výkyvů, či trvalejší v souvislosti s psychotickým procesem nebo organickou poruchou CNS, 2. o emocionalitě, zvláště o její stabilitě nebo labilitě, o zaměření (egocentrismus, altruismus), stupni vývoje (emoční nedospělost, infantilismus aj.), o jejím vztahu k inteligenci, o znacích úzkosti, deprese, impulsivity, agresivity a o stupni zvladatelnosti emocí, 3. o některých jiných vlastnostech osobnosti, jako ctižádost, vytrvalost, introverse, extraverse aj., a o jejich konfliktech, 4. o komponovanosti či naopak o stupni rozpadu osobnosti, popř. o jejich speciálních abnormitách.

V této souvislosti lze nalézt zvláštní rorschachovské syndromy, příznačné pro různé druhy psychických poruch. Rorschachova metoda může sloužit jako podklad k diferenciálně diagnostické rozvaze u incipientních psychotických onemocnění, málo se klinicky projevujících. Validita výsledků získaných touto metodou je závislá na stupni znalostí a zkušeností klinického psychologa. Princip Rorschachovy metody se objevuje v různých obměnách v řadě dalších projektivních technik: testu Behnova-Rorschachova se používá někdy jako zastupitelské varianty, Zulligerův test se skládá toliko ze tří tabulí a používá se ho zejména pro skupinová vyšetření. Z novějších technik je znám test Holtzmanův (Holtzman Inkblot Technique), který má dvě varianty sad po 45 tabulích, při čemž se ke každé vyžaduje jen jedna interpretace. Hodnocení se provádí co nejobjektivněji, k čemuž se využívá též výsledků faktorové analysy.

Thematicko-apercepční test (TAT) navržený H. A. Murrayem vychází z hypothesy, že lidé odhalují svou osobnost a problémy vyprávěním o jiných a uspořádáním neuspořádaných situací. Při práci s takto získaným materiálem se používá týchž zásad jako při analyse a výkladu každodenního chování. TAT předpokládá, že pacient, který vypráví příběh, má nebo měl účast na popisovaných situacích. Materiál testu tvoří 30 obrázků, na kterých jsou polostrukturované, tj. zčásti nejasné situace (obrázek č. 16 tvoří bílá plocha). Obrázky jsou sestavovány do sérií po 20 podle pohlaví a věku vyšetřované osoby. Jejím úkolem je vytvořit ke každému z nich příběh co nejdramatičtější, v němž má sdělit, jak došlo k situaci na obrázku, popsat, co se právě odehrává, co si lidé na obrázku myslí, co cítí a jaký bude výsledek. Celá metoda má být administrována ve dvou sezeních.

Příběhy mohou být analysovány různými způsoby (Murray, Rapaport, Stein, Tomkins aj.). V zásadě je nutné stanovit v každém příběhu hrdinu, tj. osobu nebo osoby, kolem nichž se děj soustřeďuje, analysovat vztah prostředí k hrdinovi (různé formy nátlaku), hrdiny k prostředí (různé druhy potřeb), dále ná-

ladu povídek, stupnici hodnot hrdinů, zakončení povídek atd. Příběhy jsou analysovány zejména vzhledem k nejčastěji se vyskytujícím thematickým oblastem (sexuální thematika, rodinné konflikty, pracovní problémy atd.). Zvláštní význam mají nezvyklé způsoby pojímání obrazů a vyprávění příběhů. Metody TAT lze s užitkem použít zejména tenkrát, máme-li dojem, že vyšetřovaná osoba něco skrývá, zastírá či předstírá. Výsledky získané obtížnou a zdlouhavou analysou mohou pomoci poznat důkladněji prostředí vyšetřovaného, hierarchii jeho hodnot a potřeb, jeho interpersonální vztahy, hlavní oblasti konfliktů a způsoby reagování na stress. Informace získané TAT mohou být cenným východiskem pro zaměřenou exploraci. K nevýhodám TAT patří předpoklad alespoň průměrné mentální úrovně, dostatečné schopnosti formulace a vyjadřování a potřeby projikovat, která souvisí mimo jiné s dobrým vztahem k examinátorovi. Princip TAT byl uplatněn ve variantě Bellakově pro děti (CAT — Children's Apperception Test) a Symondsově pro dospívající. Shneidman navrhl zajímavou variantu MAPS (Make a Picture Story), v níž si subjekt vybírá některé ze 67 zvířecích a lidských figurek, které umisťuje do obrázků pozadí vybraných examinátorem. Takto vytváří vlastní obrázky a vypráví o nich příběh. Některé projektivní techniky se omezují toliko na několik sledovaných znaků. Např. obrázková frustrační metoda Rosenzweigova (Picture Frustration Study) si klade za cíl předpovědět chování zkoumané osoby v sociálních situacích, v nichž se objevuje překážka, která subjektu znemožňuje realisovat jeho potřeby, tj. navozuje frustraci. Předkládá se série 24 schematicky kreslených obrázků, z nichž každý líčí nějakou každodenní frustrační situaci. To, co říká jedna osoba na obrázku, je napsáno v rámečku a vyšetřovaný má napsat do prázdného rámečku nad druhou osobou první odpověď, která ho napadne, tj. co by osoba řekla v dané situaci. Z výsledků lze určit stupeň agresivity a její zaměření (navenek — extrapunitivita, na vlastní osobu — intrapunitivita, odvedení agresivity — impunitivita).

Ve srovnání s objektivními a introspektivními metodami je u metod projektivních problematičtější kvantifikace, opakovatelnost, srovnatelnost výsledků ve vztahu k větší skupině a k jejím ukazatelům. Projektivní metody jsou vysoce závislé na kontaktu a jejich vyhodnocení je časově velmi náročné. Z těchto důvodů je nutné, aby lékař s klinickým psychologem důkladně uvážili jejich použití u každého nemocného. Přes uvedené nevýhody jsou projektivní techniky jediné, které umožňují získat celkový obraz o zkoumané osobnosti a o jejích mezilidských vztazích a takto umožňují sestavit podrobnou psychologickou diagnosu osobnosti, která může být velmi užitečná jak při diagnostické rozvaze, tak při volbě psychoterapeutického přístupu.

Ad f) Metody experimentální psychologie, zejména metody laboratorní a přístrojové

Často pozorujeme sklon k tomu, považovat klinického psychologa za odborníka, který pracuje s psychologickými testy. Tento názor je ovšem nesprávný. Kromě testů má mít klinický psycholog k disposici speciální laboratoř, jež by mu umožňovala řešit některé zvláštní diagnostické i výzkumné problémy.

Vzhledem k tomu, že předmětem práce některých klinických psychologů je vědecké pozorování a analysa chování, má být jeho laboratoř vybavena tak, aby tohoto cíle mohlo být dosaženo. Mají v ní být především přesné přístroje registrující čas a jeho nepatrné úseky (stopky, elektrické stopky, elektronické stopky), dále přístroje umožňující zachytit průběh rozhovoru (magnetofon) a dílčí aspekty chování (snímací kamery, průmyslová televise), průběh pohybů, zejména jednoduchých, sledování vegetativních reakcí. V oblasti percepce je nezbytný tachystoskop, přístroj umožňující krátkodobou exposici podnětů. Další vybavení laboratoře se řídí především povahou rutinních i výzkumných problémů. Aplikace experimentálně psychologických metod v klinické psychologii přispívá především k řešení problémů teoretických, může však být užitečná také v diagnostice (např. číselný čtverec). Z konkrétních diagnostických úkolů se pomocí laboratorních pokusů řeší především otázky spojené se zkoumáním emocionality, odhalováním lži, agravace a simulace atd.

Ad g) Sociální pokusy sociometrie

Výzkum osobnosti by nebyl úplný bez přihlédnutí k jejímu sociálnímu zařazení, jímž rozumíme především interpersonální vztahy a interpersonální situaci, dále schopnost adaptace, postoje, názory, společenské vystupování atd. Sociální psychologie rozpracovala řadu speciálních postupů k objektivnímu zkoumání sociálního zařazení osobnosti. V rámci malých skupin se provádějí sociometrická zkoumání, při nichž se kvantitativně hodnotí vlastnosti osobnosti na základě posouzení jiných osob. K nejpropracovanějším systémům v této oblasti patří soubor metod Learyho, který používá dotazníků vyžadujících sebehodnocení a hodnocení každé z osob ve skupině z různých hledisek, dále projektivních zkoušek a rozhovoru. Získané výsledky poskytují obraz jednak o každém jednotlivci, jednak o celé skupině. Toho lze využít především ve skupinové psychoterapii. Také vědecká analysa procesu komunikace může přinést řadu důležitých poznatků i pro klinickou psychologii.

4. Psychologický nález

Psychologický nález je nejlepším obrazem odborné úrovně klinického psychologa v diagnostické práci. K tomu, aby psychologický nález splňoval požadavky, které jsou na něj kladeny, musí splňovat některé základní požadavky: a) Má být srozumitelný, tj. nemají se v něm v nadbytečné míře vyskytovat termíny nesrozumitelné lékaři nebo i jinému klinickému psychologovi. Nález nemá být demonstrací exklusivních teoretických znalostí ani obranou odbornosti, chápanou jako schopnost zacházet s vysoce speciálními, jiným nedostupnými termíny. b) Má být funkční, tj. snažit se o řešení otázek, které jsou vlastním účelem psychologického vyšetření. Má přinášet nové poznatky nebo ověřovat či vyvracet různé hypothesy, a to na základě objektivně zjištěných skutečností, které mají být dostatečným důvodem pro pokud možno jednoznačný závěr. c) Má být úplný, tj. podávat pokud možno také psychologickou diagnosu osob-

nosti bez snahy zařadit ji násilně do některých z užívaných psychiatrických diagnostických kategorií. Psychologická diagnosa osobnosti má vystihnout specifické rysy dané osobnosti, popřípadě se má zaměřit také k dynamice jejího dosavadního vývoje, k jejím meziosobním vztahům atd. d) Má být odborně přesně formulován (ne na úkor srozumitelnosti): stručně, výstižně, nemá mít ráz literární práce. Užitečné je krátké resumé, v němž je zodpovězena základní otázka a jsou uvedeny nově zjištěné závažné okolnosti.

Psychologický nález obsahuje zpravidla údaje o chování pacienta v průběhu vyšetření, dále některá nově zjištěná fakta z anamnesy, pokud jsou významná pro řešení dané otázky, a nově rozpoznané psychopatologické symptomy. Výsledky jednotlivých testů mají být presentovány stručně, při čemž dílčí závěry mají být dokládány fakty. Důležitý je stručný výklad dílčích výsledků jednotlivých testů, v němž má být zřejmá snaha dopracovat se synthetického závěru, popřípadě vysvětlit rozpory mezi výsledky jednotlivých testů. Mohou zde také být naznačeny některé nové domněnky a navrženy způsoby jejich ověřování. Závěr psychologického nálezu má být formulován opatrně, přesně a jednoznačně s vědomím, že jde o nejčtenější část psychologického nálezu, z níž mohou být vyvozovány závažné závěry pro další léčení, popř. společenské zařazení nemocného. Hodnota psychologického nálezu je ověřována především dalším průběhem onemocnění a účinností léčebných metod. Účelná jsou kontrolní vyšetření nemocných zejména po delším časovém odstupu, neboť nám nejlépe umožňují ověřit správnost předpovědí.

B. Psychoterapeutická činnost klinického psychologa

Spolupráce klinického psychologa s lékařem v psychoterapii v rámci pracovního teamu může mít různé formy: a) psycholog provádí samostatně psychoterapii pacientů nebo skupin nemocných, indikovaných lékařem, b) psycholog spolupracuje s lékařem při psychoterapii téhož pacienta podle společně vypracovaného plánu, popřípadě se aktivně účastní na vedení psychoterapie skupiny.

Pro úspěch v psychoterapii jsou důležité některé osobní vlastnosti psychoterapeuta, které mohou mít někdy důležitější význam než odborná erudice. Watkins uvádí, že stálá, dobře přizpůsobená osobnost, vzniklá buď na základě náhodných faktorů dědičnosti, nebo prostředí, anebo pomocí úspěšné osobní psychoterapie, je k těmto účelům nejvhodnější. Obecně platí, že vlastnosti, které vytvářejí oblíbenou osobu, mají zřejmě význam i pro vytváření lepšího psychoterapeuta: jsou to například lidskost, laskavost, takt, osobní poctivost a čestnost, oddanost povolání atd. Dobrý terapeut se snaží udržovat účinnou rovnováhu mezi objektivností a osobní účastí na nesnázích svého pacienta. Základním předpokladem psychoterapie je schopnost lidí porozumět si a komunikovat mezi sebou navzájem. Tato schopnost je vyvinuta u různých lidí různou měrou, což znamená, že každý lékař nebo klinický psycholog nemusí být dobrým psychoterapeutem.

Cíl psychoterapie lze podle různých autorů pojímat odlišným způsobem: a) zbavit pacienta symptomů, úzkostí a konfliktů, b) vytvořit pocit přiměřenosti, integraci a zralost osobnosti, c) zlepšit meziosobní vztahy včetně schopnosti poskytovat a přijímat lásku, d) dosáhnout adaptace ke společnosti a ke kultuře. Jednotliví psychoterapeuti zdůrazňují jednotlivé cíle různou měrou, event. volí cíl psychoterapeutického působení podle povahy daného případu onemocnění.

Podle svých osobních vlastností, schopností a pracovního zaměření se může klinický psycholog věnovat jak podpůrné psychoterapii, tak i psychoterapii rekonstruktivní. Mezi terapeutické úkoly klinického psychologa, které jsou pro většinu oborů klinického lékařství společné, patří: 1. péče o rozvoj především emočních a volních složek osobnosti nemocného, které umožňují intensivnější a rychlejší průběh rekonvalescence, 2. ve vybraných případech usměrnění meziosobních vztahů nemocného prostřednictvím spolupráce s rodiči, manžely, příbuznými atd., 3. pomoci odstraňovat psychogenní nadstavbu u různých chorob a mírnit hypochondrické sklony, 4. ve spolupráci s lékařem pokusit se psychoterapeutickými prostředky ovlivňovat průběh některých fysiologických a zejména patologických procesů (např. dysmenorrhoea, dyspareunie, fantómové bolesti atd.), 5. dosáhnout optimální readaptace nemocných na event. změněné pracovní, sociální či jiné podmínky.

V procesu psychoterapie získává klinický psycholog mnoho informací, jež mu umožňují zpřesnit, potvrdit nebo vyvrátit údaje získané pomocí různých testů. V tomto smyslu je psychoterapie a její průběh a výsledek nejlepším způsobem validisace předpovědí, vyvozených z výsledků diagnostického vyšetření.

Doménou samostatné činnosti specialisovaných klinických psychologů může být zejména kulturní a pracovní terapie v rámci režimové léčby. V mnohých léčebných zařízeních je zde klinický psycholog i vedoucím činitelem.

V rámci kulturní terapie se ukazuje výhodné střídat různé druhy činnosti (přednášky, besedy, filmy, divadlo, biblioterapie, muzikoterapie, arteterapie apod.). Cílem je aktivisovat zájmy nemocných a odvádět jejich pozornost od subjektivních obtíží.

C. Výzkum v klinické psychologii

V rámci výzkumných teamů ve zdravotnictví bývá klinickému psychologovi často svěřována úloha vědeckého plánování pokusů a navrhování vhodných metod statistického zpracování výsledků pokusů. Tuto činnost může psycholog provádět především díky svému metodologickému školení a takto se stává v rámci řešení výzkumných otázek spojkou mezi lékařem a statistikem. Samostatný výzkum v rámci klinické psychologie směřuje především k ověřování validity dosavadních psychodiagnostických a psychoterapeutických metod a k vypracování metod nových, dokonalejších a spolehlivějších.

Zvláštní pozornosti se těší výzkumy sledující účinky léčby ať už farmakologické, či psychoterapeutické. Výzkumná práce klinických psychologů přispívá značnou měrou k obohacení psychologické teorie, zejména teorie osobnosti.

D. Soudní expertisa klinického psychologa

Jedním z praktických uplatnění výsledků psychologického vyšetření je soudní praxe. Psychologické vyšetření se vyžaduje buď jako posudek samostatného soudního znalce, nebo jako součást odborného posudku psychiatrova stále častěji, zejména v dětské psychiatrii a v psychiatrii dospělých. V některých státech (také v ČSSR) pracují již psychologové jako samostatní soudní znalci. V soudní praxi přispívá psychologický posudek zejména k řešení těchto otázek: 1. poznání motivace trestného činu, 2. posouzení věrohodnosti výpovědi obviněného, popřípadě svědků, zejména u mladistvých, 3. odhalení zamlčených nebo zkreslených údajů o osobnosti vyšetřovaného a o jeho meziosobních vztazích, 4. posouzení emocionality, hierarchie hodnot, zvláštnosti vývoje osobnosti vyšetřovaného, 5. rozhodnutí o přiřknutí dítěte v rámci rozvodového řízení. Současný vývoj u nás dospěl k ustanovení samostatné psychologické expertisy a směřuje k přesné formulaci otázek, k jejichž řešení je nejpovolanější.

Klinická psychologie má tradici dosud nedlouhou, rozvíjí se velmi rychle, především v psychiatrii a v pediatrii a pozvolna také v jiných oborech klinického lékařství v souvislosti s realisací komplexního přístupu k osobnosti nemocného. Klinický psycholog se postupně stává nedílnou součástí zdravotnického pracovního teamu. Pracovní náplň klinického psychologa je rozmanitá a řídí se především zvláštnostmi zdravotnického pracoviště. V průběhu spolupráce klinického psychologa s lékaři se objevují stále dokonalejší formy jak v oblasti diagnostiky, tak v psychoterapii a ve výzkumu. Cílem této spolupráce je nalézt společnou terminologii a dosáhnout optimální míry informovanosti o psychologii mezi lékaři a o jednotlivých disciplínách mezi klinickými psychology.

Výběr z literatury

Bouchal, M., Konečný, R.: Psychologie v lékařství a psychiatrická propedeutika (skripta). SPN, Praha 1961.

Diamant, J., Bárta, B.: Klinická psychologie v současném lékařství, v: Lékařské repetitorium. SZdN, Praha 1967.

Dobiáš, J.: Lékařská psychologie (skripta). SPN, Praha 1963.

Engelsmann, F.: Dotazníkové metody a jejich diagnostické použití. Čs. Psychol. IV/3, 222—235, 1960.

Engelsmann, F.: Projekční metody vyšetřování osobnosti a problém jejich využití v psychiatrické praxi. Čs. Psychol. III/3, 242—250, 1959.

Stern, E.: Die Tests in der klinischen Psychologie. 2 sv. Rascher Verlag, Zurich 1954.

Syřišťová, E.: Možnosti a meze psychoterapie u schizofrenních onemocnění. SPN, Praha 1966.

Syřišťová, E., Srnec, J., Kubička, L., Matějček, Z.: Úvod do zdravotnické psychologie (skripta). SPN, Praha 1964.

Škoda, C., Škodová, R.: Liečba psychóz prostredím. SAV, Bratislava 1959.

Wollman, B. B. (ed.): Handbook of clinical psychology. McGraw Hill Book Co., New York 1965.

Psychoterapie

a) Odkrývající psychoterapie

Ferdinand Knobloch

Každé rozdělení psychoterapeutických směrů nese pečeť názorů toho, kdo rozdělení dělal. Rozdělení na odkrývající a zakrývající psychoterapie zavedli němečtí psychoterapeuti ovlivnění psychoanalysou. V běžné praxi používáme obou těchto způsobů podle okolností.

V rozvinuté formě nejsou směry a metody odkrývající psychoterapie staré ani jedno století. I když jsou velmi různorodé, všechny mají jako své východisko objevy Sigmunda Freuda.

Název „odkrývající psychoterapie" je poněkud lepší, než zejména dříve používaný název „hlubinná psychoterapie". Nevýhodou názvu „odkrývající" je, že bývá chápán jako odkrývání, uvědomování skrytých obsahů. To je — aspoň pokud jde o některé směry tohoto okruhu — příliš jednostranný důraz na kognitivní procesy, kdežto některé směry pokládají za podstatu své léčby emocionální korektivní zkušenost. Proto se zdá lepší název „expresivní psychoterapie", zdůrazňující, že pacientovi je dovoleno a je podporován v tom, aby hovořil a popřípadě se i jinak volně projevoval podle okamžitých nápadů. Sem ale spadají některé směry, které mají jiné východisko než psychoanalysu, i když se Freudovu vlivu ani ony (jako ostatně nikdo, ani odpůrci) zcela nevyhnuly.

Rozdělení psychoterapeutických metod

Složitost současné situace v psychoterapii nabádá k dělení podle různých hledisek, avšak i tak je těžko navrhnout dělení, jež by bylo všeobecně přijatelné. Autoři navrhli takovéto dělení:

1. Podle cíle psychoterapie:

a) psychoterapie rekonstrukční — cílem je taková změna osobnosti, že opětované poruchy jsou málo pravděpodobné, jednak proto, že si pacient zařídí uspokojivě život, jednak proto, že je odolnější proti zátěžím, frustracím a konfliktům, vyvolaným bez jeho účasti;

b) restituční — cílem je stav před onemocněním bez hlubších změn osobnosti;

c) udržovací — cílem je ulehčit svízelnou situaci, např. snížit utrpení u infaustně probíhající rakoviny.

2. Způsob řízení k cílům psychoterapie:

a) psychoterapie zaměřená na sebeurčení pacienta — terapeut nepřijímá autoritativní roli a za pomoci speciálních technik se vyhýbá tomu, aby mu ji pacient vnutil;

b) terapeut využívá své autority k řízení pacienta k cílům psychoterapie.

3. Řízení v prostředcích:

a) Metody neřízené (nedirektivní) — podporují spontánní chování pacienta, terapeut se omezuje na reflexy (shrnutí a jasnější vyslovení pacientových projevů), popřípadě též interpretaci;

b) řízené — terapeut určuje thema rozhovoru, popřípadě dává pokyny a úkoly.

4. Strukturování prostředí a duševního stavu pacienta:

a) rozhovor pacienta s terapeutem proti sobě vsedě;

b) pacient leží na gauči, terapeut sedí za jeho hlavou — technika zavedená Freudem a podstatná pro klasickou psychoanalysu;

c) význačná relaxace — např. při autogenním tréninku podle J. H. Schultze;

d) sugesce za bdění a hypnosa;

e) pacient pod vlivem farmak (amobarbitalový rozhovor, rozhovor pod vlivem amidu kyseliny lysergové, a mnohé jiné);

f) pacient v kolektivu;

g) psychodrama a psychogymnastika;

h) terapie hrou, zejména v dětské psychoterapii, a elementy umělecké tvorby (malování, modelování, hudební improvisování atd.);

i) různé situace v terapeutickém kolektivu (práce, zábava).

5. Počet účastníků:

a) psychoterapie individuální — jeden pacient nejčastěji s jedním terapeutem;

b) psychoterapie kolektivní, jež se opět dělí

ba) podle počtu osob na hromadnou (větší počet osob, jejich vzájemné vztahy málo strukturované) a skupinovou (počet menší, tak aby vztahy mohly být vysoce strukturované: ambulantně nejvýše 10, v rehabilitační odbočce až 30);

bb) podle druhu přítomných osob na psychoterapii se skupinou umělou (více pacientů), se skupinou přirozenou (terapeut s manželi nebo celou rodinou) nebo smíšenou (např. terapeut s více pacienty a jejich partnery).

6. Psychoterapie podle pobytu pacienta:

a) ambulantní;

b) v lůžkovém zařízení.

Podle tohoto rozdělení lze např. Freudovu psychoanalytickou terapii charakterisovat jako rekonstrukční, zaměřenou na sebeurčení pacienta, nedirektivní, psychoterapii za bdění (terapeut za hlavou ležícího pacienta), individuální a ambulantní. Také ostatní odkrývající psychoterapie jsou rekonstrukční nebo nejméně restituční, jsou zaměřeny na sebeurčení pacienta, jsou většinou nedirektivní (i když se nejnověji experimentuje i s direktivními způsoby), jsou většinou psychoterapiemi za bdění (i když nechybějí pokusy použít též hypnosy — tzv. hypnoanalysa). Jsou nejen individuální, nýbrž také skupinové, ambulantní a stacionární.

Vzhledem k Freudovu vlivu na většinu psychoterapií dneška se budeme nej-

dříve zabývat psychoanalysou, jak ji vytvořil především Freud sám; to lze učinit na tomto místě jen velmi stručně. Pak se budeme zabývat směry na Freuda přímo navazujícími, dále směry Freudem jen nepřímo ovlivněnými, a konečně současnými pokusy o synthesu různých myšlenek a zkušeností.

Freudova psychoanalysa

Psychoanalysou se rozumí jednak léčebná metoda vypracovaná Freudem a jeho přímými následovníky, jednak určitý konceptuální rámec, vykládající neurosy a jiné duševní poruchy, a konečně konceptuální rámec, vysvětlující nejrůznější duševní jevy a jejich produkty a zasahující do nejrůznějších humanistických oborů, jako sociologie, kulturní antropologie, teorie umění atd. Zde se budeme zabývat hlavně metodou léčení, výkladem psychopatologických jevů co nejméně a třetí oblastí se nebudeme zabývat vůbec.

První fáze: Freud vyšel v léčení hysterie z objevů Charcotových a Breuerových. Charcot uváděl, že hypnotický spánek je umělá hysterie. V obou stavech dochází k disociaci myšlenek, vzpomínek a impulsů. Breuer spolu se svou pacientkou Annou O. vynalezl novou techniku hypnosy, katartickou hypnosu. Tím, že vytvořil permisivní situaci, v níž byla pacientka povzbuzována k mluvení a terapeut jí trpělivě naslouchal, byla dána možnost zjišťovat netušené souvislosti mezi duševními jevy. Freud a Breuer byli ovšem tehdy jednostranně zaměřeni na zjišťování souvislostí mezi symptomem a původním traumatem.

Avšak tím, že Breuer vytvořil permisivní situaci a proměnil do jisté míry hypnosu z autoritativně-submisivního vztahu v interakční proces, vznikly nové komplikace, pokládané zprvu za rušivé. Zákonitě se vyvinul zvláštní oboustranný emocionální vztah mezi pacientkou a lékařem, který pacientku přivedl do těžké krize a terapeuta do panické reakce. Případ by byl asi zapadl, nebýt třetího účastníka, Freuda, jako vzdáleného pozorovatele, který tím, že byl sám emocionálně nezúčastněn, mohl Breuera uklidnit a sám sebe vyzbrojit na pozorování tohoto zvláštního vztahu mezi terapeutem a pacientem, jenž se stal později klíčem moderní psychoterapie. Jako tak často v dějinách vědy, jev, který se nejprve zdál rušivý a vedlejší, se ukázal jako klíčový.

Freud z Breuerova případu a mnoha dalších nemocných, které sám léčil, vyvodil tři závěry.

1. Hysterické poruchy mají svůj původ v emocionálních poruchách v minulosti;
2. traumatické zážitky mohou být zcela potlačeny (vytěsněny) z vědomí;
3. ačkoli katarse „uskřinutých afektů“ v hypnose je dočasnou pomocí, nepřináší trvalý užitek.

Když Freud shledal, že ani opakovaná hypnosa nepřináší žádoucí účinek, usuzoval, že je třeba, aby vědomé „já“ pacienta bylo schopno podívat se tváří v tvář potlačeným emocím. Začal tedy hledat způsob, jak při plném vědomí vybavit patogenní afekty a umožnit vědomému „já“ pacienta, aby se s nimi vyrovnal. Tak nastává druhá fáze Freudova terapeutického hledání.

Druhá fáze: Freud přestal pacienty hypnotisovat — řekl jednou, že psychoanalysa začíná tam, kde hypnosa končí. Avšak, jako v hypnose, nechal pacienty relaxovat, pokládaje ruku na jejich čelo a sugestivně je ubezpečoval, že si budou moci vybavit zapomenuté myšlenky.

Toto období u Freuda netrvalo ani čtyři roky. Freud se přesvědčil, že pouhou sugescí není možno přimět pacienty, aby si vybavili zapomenuté traumatické zážitky.

Třetí fáze: Třetí fáze je charakterisována použitím metody volné asociace. Freud, když viděl, že přímá cesta k nevědomí nemůže být prosazována násilím, zvolil opačný postup, kdy pacient v uvolněném stavu na gauči říká vše, co mu přijde na mysl, aniž se snaží sledovat určité thema a aniž vynechává to, co se mu obtížně říká. Pole, z něhož může pacient čerpat, je ovšem nesmírně široké — od současných zážitků až po nejstarší vzpomínky ze života, sny a fantasie. Sny se staly zvláštním předmětem pozornosti, „královskou cestou" k nevědomí. Ačkoli by se na první pohled zdálo, že volné asociace se mohou rozbíhat do všech stran a výsledkem může být jen chaos, ukázalo se, že v průběhu léčby jsou myšlenky na sebe daleko pevněji vázány než by se zdálo, a že například za vhodných okolností není tak těžké vytvořit relativně jednoduché výkladové schéma volných asociací, produkovaných pacientem v jedné hodině.

V katartické terapii plnila hypnosa dvě funkce: pomáhala rekonstruovat traumatickou minulost tím, že zjednávala přístup k potlačeným myšlenkám, a umožňovala mohutné odreagování afektu. Volné asociace nahradily hypnosu v zjednávání přístupu k potlačeným myšlenkám — Freud v této fázi byl stále především zaujat úkolem rekonstruovat minulost pacienta. Ale co nahradí odreagování emocí? Freud je stále pokládal za důležité. Ukázalo se, že také při volných asociacích dochází k odreagování, ale méně nápadně a bouřlivě, frakcionovaně, v průběhu delšího časového období.

Čtvrtá fáze: přenosová neurosa. Freud si postupně uvědomoval, že v léčbě nejde zdaleka jen o to, aby si pacient vybavil trauma a odreagoval uskřinutý afekt. Neurosa vzniká z toho, že „já" pacienta musí tyto tendence a myšlenky asimilovat. Pacientovo „já" není schopno akceptovat potlačené tendence a myšlenky. Zde nestačí obejít vědomou kontrolu, jako je tomu v hypnose, nýbrž „já" pacienta je musí asimilovat. Avšak „já" pacienta se tomu brání, nechce si je ani uvědomit. K asimilaci nemůže dojít jednorázovým zásahem, jako je hypnosa, která kromě toho vyřazuje důležité složky „já", nýbrž postupnou změnou „já" v procesu převýchovy — Freud též skutečně později terapeuticky přirovnal postup k převýchově. Ale aby pacient mohl zakázané tendence a myšlenky asimilovat, bylo třeba porozumět a překonat odpor, který již k uvědomění si těchto myšlenek má.

A nyní se ukázal v dosud netušené míře význam vztahu pacienta k terapeutovi. Je sám projevem odporu, ale může se stát nejmocnější zbraní léčení. V roce 1899 dokončil Freud léčení hysterické dívky Dory, kde je popsán tzv. přenos. Avšak plné rozvinutí myšlenek přenosu — tohoto nejdůležitějšího objevu Freudova — trvalo řadu let. Proto se u pojmu přenosu musíme chvíli zdržet.

„Přenosem“ rozuměl Freud reakce pacienta vůči terapeutovi, jež jsou reálně neodůvodněné, jež jsou však totožné nebo velmi podobné reakcím, jež pacient prožíval ve své minulosti vůči jiným lidem, zejména rodičům. Jevy, které Freud zahrnul pod pojem přenos, patří k nejpodivuhodnějším v psychoterapii. Pacient začne připisovat terapeutovi vlastnosti, které nemá — ať dobré, či špatné. Pacient začne vůči terapeutovi prožívat silný citový vztah, ať kladný (někteří hovoří o positivním přenosu), nebo záporný (negativní přenos). To, že se pacientky někdy zamilují do svých ošetřujících lékařů, bylo všem známo odedávna. Avšak Freud první tento jev rozebral a detailně ukázal, jak toto zamilování je opakováním citových vztahů z minulosti, jdoucích až do dětství. Teprve neintervenční technika Freudova umožnila tento detailní rozbor a ukázala, jak tento vztah je pravidlem ambivalentní, časem přecházející v převážně negativní. Freud dále ukázal, že dokonce ani nezáleží na pohlaví terapeuta: pacient přenáší na terapeuta různé znaky osob svého dětství podle toho, která fáze v dětství se v terapii objevuje. Přenos bývá často zahajován sny: např. pacientovi se zdá o nějakém neznámém lékaři, který má nějaké idealisované nebo naopak zkarikované rysy ošetřujícího lékaře — ale pacient si souvislosti s ním není vůbec vědom. Teprve postupně, se značným váháním a odporem, si začne pacient uvědomovat, že se intensivně zabývá terapeutem, ať již v kladném, nebo záporném smyslu. Myslí na něho celý den, je do něho zamilován, obdivuje jej, připisuje mu vlastnosti génia nebo hrdiny, nebo naopak se s ním v duchu stále hádá, shledává na něm samé chyby — a to právě ty, které měl jeho otec nebo matka.

V průběhu psychoanalysy, která se podle klasických pravidel provádí pětkrát týdně, dochází k výrazné regresi, tj. objevení různých infantilních znaků pacienta. Neurosa, s níž pacient přišel, se výrazně mění, transformuje se do tzv. neurosy přenosové, jež má často zcela odlišnou symptomatiku. Jejím nejvýraznějším rysem je to, že pacient vše prožívá ve vztahu k terapeutovi, a to ve vztahu přenosovém.

Pojmu „přenosu“ nelze plně porozumět zejména bez Freudova pojetí oidipského komplexu. Freud u svých pacientů shledal, že v přenosovém vztahu k terapeutovi ožívá dětské drama vztahu k otci a matce. Nejde tedy jen o vybavování vzpomínek, nýbrž i o aktualisaci dřívějších událostí. Podstatou oidipského komplexu je podle Freuda obecně se vyskytující infantilně sexuální vazba na rodiče druhého pohlaví a nepřátelský vztah (jako součást ambivalentního) k rodiči téhož pohlaví (u dívek tomu předchází preoidipský kladný vztah k matce).

Shrňme stručně podstatné dynamické principy, o něž se opíral Freud v léčení neuros a jež podle našeho názoru mají trvalou hodnotu:

1. Lidské chování je cílově zaměřeno v daleko širším rozsahu, než by se na první pohled zdálo; rovněž neurotické poruchy „mají smysl“, tj. jsou motivované struktury.
2. Chování všeobecně směřuje k vyhnutí se bolesti a získání uspokojení.
3. Člověk si často není vědom motivů svého chování.
4. Neurotické chování je výslednicí konfliktních motivačních tendencí.
5. Tvoření neurotického symptomu má obranný ráz. Potlačení (vytěsnění) je základním obranným mechanismem.

6. Dětské zkušenosti mají význačný vliv na chování v dospělosti a opakují se v průběhu přenosu během léčby.

7. Jednotlivá zkušenost jedince může být plně pochopena pouze v kontextu celkové zkušenosti jedince. Chování jedince v přítomnosti je spjato s příčinami z minulosti a s cíli, jichž touží dosáhnout v budoucnosti.

V tomto výčtu neuvádíme Freudovy myšlenky o přesunech psychické energie pudů erotu (libida) a pudu destruktivního. Freud těmto myšlenkám připisoval velký význam, ale podle našeho názoru se neopírají o zkušenosti, nepřispívají ničím k psychoterapeutické praxi.

Pátá fáze: Psychoterapie jako převýchova v interpersonální situaci. Dvě dědictví příliš dlouho zatěžovala psychoanalytickou praxi a obě pocházela ještě z původní katarticko-hypnotické metody. První bylo pojetí psychoterapie jako jednostranného procesu, tj. terapeutického zásahu terapeuta na pacientovi (i když v podstatě pokrok katartické hypnosy proti dříve užívané hypnose spočíval právě v tom náběhu k symetričtějšímu vztahu, než tomu bylo v dřívější hypnose). Druhým zatěžujícím dědictvím byl přílišný důraz na vybavení zapomenutých „traumatických" vzpomínek jako podstata vyléčení.

Překonávání těchto jednostranných hledisek můžeme pozorovat jednak v psychoanalyse samé, jednak mimo ni; tento proces postupuje až do dneška a není ukončen.

Významným krokem k studiu psychoterapie jako interakce mezi pacientem a terapeutem byl Freudův objev protipřenosu, který učinil asi pět let po důkladném zformulování procesu přenosu: „..., který nastává v lékaři jako výsledek pacientova vlivu na jeho nevědomé city... Pozorovali jsme, že analytikův úspěch je omezen tím, co dovolí jeho vlastní komplexy a odpory...". Podle Freuda také terapeut má své nevědomí a je v neustálém pokušení reagovat na pacienta svými vlastními infantilními fantasiemi a technikami. Tak se ve své fantasii terapeut může ztotožňovat s pacientovými asociálními postoji, být žárlivý na jeho úspěchy jako byl kdysi žárlivý na svého sourozence, přijímat lichotivou roli, kterou mu pacient vnucuje, a mnohé jiné. Terapeut je ovšem v daleko příznivější situaci než pacient — nejen rozdílností své role (nevyhledává pomoc, není ve frustrující situaci a nedochází u něho k regresi a k „přenosové neurose"), nýbrž též větší schopností uvědomování si svých interpersonálních procesů. K tomu mu dopomáhá též cvičná psychoanalysa, kterou Freud učinil podmínkou kvalifikace psychoanalytika.

Jestliže se nejprve zdálo, že protipřenos je zcela nežádoucí faktor pro psychoanalysu, při intensivnějším studiu se později ukázalo, že v mírném stupni má též positivní význam.

Součástí pojetí psychoterapie jako jednostranného procesu bylo též přeceňování analytických hodin a přehlížení významu, jaký má život pacienta mezi hodinami. Na tento nedostatek pojetí upozorňoval zejména F. Alexander. Podle něho analytické hodiny umožňují příznivé zkušenosti v životě a ty jsou pak rozhodující pro další pokroky a úspěch léčby. Z toho Alexander vyvodil praktické modifikace psychoanalytické techniky, jež mají vést ke zkrácení léčby

(např. prodlužování termínů mezi hodinami podle plánovaného „manipulování" přenosem aj.).

Rovněž názor na význam „uvědomění" prodělal značný vývoj. Jestliže v prvních etapách psychoanalysy byl kladen hlavní důraz na uvědomění, tedy na intelektuální proces, postupně se obracela pozornost k emocionálnímu prožití. První, kdo v psychoanalytickém hnutí význam emocionální zkušenosti zdůrazňovali, byli S. Ferenczi a O. Rank. Avšak patrně největší zásluhu o rozpracování tohoto aspektu má Alexander, jehož reformy se setkaly s nevolí řady ortodoxních psychoanalytiků. Podle Alexandra není vybavení traumatických vzpomínek příčinou, nýbrž důsledkem terapeutického pokroku. Jestliže jedinec v přenosové situaci prožije korektivní zkušenost, to jest pocítí, že terapeut se k němu chová jinak, než např. jeho tyranský otec, jeho „já" se posílí, vyzraje a on je schopen porozumět a vzpomenout si na okolnosti, jež pro něho byly dosud nesnesitelné. Terapeutická situace začíná podobně jako traumatická situace v dětství: pacient očekává od terapeuta totéž a cítí vůči němu totéž jako vůči svému tyranskému otci, aniž je to odůvodněno chováním terapeuta. Avšak terapeut se soustavně chová jinak — není tyranský, je permisivní, respektuje lidskou důstojnost pacienta, je k němu tolerantní, má o něho zájem, ponechává mu volnost v sebeurčení — až se pacient naučí rozlišovat situaci v terapii od situace vůči otci a později toto rozlišování přenese též na situace mimo terapeutické hodiny, kde dosud rovněž anachronisticky generalisoval. Avšak toto poznání — že všechny mužské autority nejsou stejné jako otec — je teprve důsledkem emocionální korektivní zkušenosti, nikoli jeho příčinou.

V poslední době někteří psychoterapeuti vůbec pochybují o zvláštní ceně rozumového náhledu. Upozorňují, že zdraví lidé mají někdy náhled velmi malý, a přece neurosou netrpí. Podle našeho názoru není toto stanovisko zcela správné. Rozborem lze ukázat, že v psychoterapii je intelektuální poznání situace důležitým vodítkem v procesu psychoterapie, též pro pacienta. Sami nehovoříme o „emocionální korektivní zkušenosti", nýbrž o „korektivní zkušenosti", jež má jak emocionální, tak kognitivní aspekt.

Důležitým rozšířením psychoanalysy byla její aplikace na dětské neurosy. Téměř současně vznikly dva směry uvnitř psychoanalytického hnutí, s názory současně se lišícími na výklad i techniku léčení. Jeden je representován Annou Freudovou, druhý Melanií Kleinovou, která založila tzv. anglickou školu psychoanalysy. Rozdíly se netýkají již jen názorů na indikaci a techniku dětské analysy. Melanie Kleinová, která se zabývala malými dětmi, byla velmi zaujata strachem malých dětí, jejich agresivními fantasiemi i tím, na co již upozorňoval Freud, že dětské nad-já (morální instance) je často daleko krutější než postoj skutečných rodičů. Melanie Kleinová vypracovala výkladové schéma, které se zabývá zvláště preoidipskými stadii, a z toho vyvozuje závěry i pro vysvětlení neuros dospělých a pro techniku psychoanalysy. Kleinová, která čerpá ze zajímavého materiálu pozorování malých dětí, se však pouští do rekonstrukce duševního života dětí v prvních měsících života, a to vzbuzuje nedůvěru a odpor kriticky myslících. Snad největší její význam pro psychoanalysu je v tom, že demonstruje možnost spekulovat zcela jiným způsobem, než to činil Freud, a to

by mohlo působit jako antidotum proti rigidnosti ortodoxního psychoanalytického myšlení.

Pro dětskou analysu obou směrů je důležité užívání hry za pomoci hraček a jiných činností (kreslení atd.), jež nahrazuje volnou asociaci u dospělých. Kdežto Anna Freudová pokládá dětskou analysu za možnou asi od 3 let a je velice opatrná v interpretacích dítěti, M. Kleinová přijímala i děti dvouleté a v dětské analyse dávala dětem přímé interpretace ve smyslu svého výkladového systému.

Vedle dětské psychoanalysy bylo dalším rozšířením pole aplikace psychoanalysy na psychosy, zejména na schizofrenii. Že psychoanalysy je možno užít k objasnění souvislostí schizofrenního myšlení, ukázal v 2. desetiletí tohoto století Jung. Bleuer sám ve svém základním díle o schizofreniích označuje psychoanalytický přístup jako klíč k novému pojetí. Avšak ani Freud nepokládal schizofrenie za přístupné psychoanalyse, neboť podle něho u schizofrenie jakožto „narcistické neurosy" není možný přenos, a tedy ani psychoanalysa. Avšak pozdější badatelé tento názor korigovali a ukázali, že rovněž schizofrenici přenosu schopni jsou. V současné době jsou dva nejdůležitější směry representovány Rosenem a Frommovou-Reichmannovou. Rosen patří k ortodoxním psychoanalytikům, kdežto Frommová-Reichmannová má blízko ke kulturní škole psychoanalysy.

Není zde místa na probírání dalších aplikací původní psychoanalysy na jiné kategorie problémů. Zmíníme se pouze o aplikaci psychoanalysy ve skupinové psychoterapii.

Není jednoty v názoru, zda je vůbec možno psychoanalysu ve skupině provádět. Předmětem léčby je pro jedny jedinec ve skupině, podle jiných lze tytéž principy aplikovat v individuální psychoanalyse i ve skupině s tím, že skupina jako celek je pojímána jako jednotka, jakoby jeden pacient. To má důsledky pro techniku vedení skupiny, jež je značně „nedirektivní", a terapeut interpretuje skupinové dění, o jednotlivcích se zmiňuje potud, pokud lze jejich příspěvky ukázat v kontextu tohoto celkového dění. Třetí názor je ten, že ve skupině nelze pro rozdílnost situace od individuální psychoanalysy hovořit o skupinové psychoanalyse. Spektrum interpretací je zde ve skupině daleko širší než u druhé skupiny. K poslední skupině má nejblíž S. R. Slavson, jeden z průkopníků skupinové psychoterapie, jehož názory však trpí značnou rigiditou.

Tzv. kulturní škola psychoanalysy

Freudovo instinktivistické stanovisko vyvolalo dvě reakce: „pravé" křídlo, např. M. Kleinová, ještě více zdůraznilo biologii instinktů a nezávislosti vývoje osobnosti na zevním prostředí, naproti tomu „levé" křídlo zdůraznilo formující vliv sociálního prostředí a oproti dětským zážitkům zdůraznilo současné vlivy.

Hlavními representanty tohoto směru jsou K. Horneyová, E. Fromm, Harry Stuck Sullivan a do jisté míry i Frieda Frommová-Reichmannová. Někdy se

uvádějí v této řadě jako předchůdci A. Adler a O. Rank, i když každý zcela jiným způsobem. Avšak ani jeden ani druhý nedospěli k interpersonálnímu pojetí tak jako jmenovaní.

Na K. Horneyovou působily zřejmě zejména tři okolnosti. Zaprvé to byl nesouhlas s Freudovým antifeministickým postojem: Freud z reakce ženy na anatomický rozdíl, chybění penisu, odvozoval dalekosáhlé povahové rozdíly včetně těch, o nichž Horneyová tušila, že jsou dány postavením ženy ve společnosti. Za druhé na Horneyovou za jejího pobytu v Německu působil marxismus. A konečně za třetí, po přesídlení do Ameriky Horneyová viděla rozdíly v neurosách v Evropě a Americe, dané rozdíly sociálního prostředí. Horneyová uznávala jako tři nejdůležitější příspěvky Freuda k moderní psychologii jeho práce o přísné determinovanosti psychických procesů, to, že ukázal, že činy a city mohou být nevědomě motivovány, a konečně, že motivy mají emocionální povahu. K tomu řadí tři objevné pojmy pro praxi psychoterapie: přenos, odpor a techniku volné asociace. Důležité je však, že ani jeden z těchto pojmů nenechává Horneyová nekritisovaný. Poukazuje na to, jak byl Freud ovlivněn myšlenkami 19. století, především v biologické orientaci, v důrazu na dědičnost a konstituci a v tendenci vysvětlovat psychologické rozdíly mezi pohlavními rozdíly anatomickými. Freud neznal moderní kulturní antropologii a sociologii: teprve výzkumy ve 20. století ukázaly, že např. současné civilisace primitivů se často od sebe radikálně liší. Freud nesprávně předpokládal, že lidská psychika byla stejná po celém světě a ve všech dobách. Horneyová nepokládá oidipský komplex za universální a nevěří v jeho biologickou předurčenost. Sama uvažuje o dvou druzích zevních faktorů, které mohou takový nebo podobný jev vyvolávat. Je to jednak neuvědomělá sexuální stimulace nespokojeným otcem nebo matkou, jednak tendence dítěte vyvážit úzkost, kterou má v neuspokojivém rodinném prostředí, přimknutím se k jednomu z rodičů.

„Jestliže dítě, vedle toho, že je závislé na rodičích, je hruběji nebo jemněji zastrašováno natolik, že projevení svých nepřátelských impulsů pokládá za ohrožení své bezpečnosti, pak existence takových nepřátelských impulsů vyvolává úzkost. Jeden způsob, jak čelit této úzkosti, je přimknout se k jednomu z rodičů, a dítě to udělá, jestliže je naděje, že tím získá lásku, která ochrání."

Horneyová má zásluhu jako kritik Freudových jednostranností. Dále máme řadu zajímavých klinických postřehů, důležitých pro psychoterapii neuros. Avšak pro teorii psychoterapie přináší Horneyová velmi málo. Rovněž nikde jasně nepopisuje svou terapeutickou techniku. Také jí někteří kritici vytýkají — a patrně právem — že některé důležité oblasti Freudova učení zanedbala, obrátila se příliš k vědomým tendencím osobnosti a spokojuje se s povrchnějším rozborem osobnosti než ortodoxní psychoanalysa.

Jiným představitelem kulturalistického směru psychoanalysy je Erich Fromm, sociální psycholog a psychoanalytik. Kritisuje biologickou orientaci Freuda, avšak na rozdíl od Horneyové často v marxistických termínech. Tak o Freudovi říká: „Vztahy, jak je Freud vidí, jsou podobné hospodářským vztahům, charakteristickým pro jednotlivce v kapitalistické společnosti. Každý jednotlivec pracuje pro sebe, individualisticky, na vlastní pěst a risiko a nikoli pro spolu-

práci s druhými... Freudovo pojetí lidských vztahů je v podstatě toto: jednotlivec se jeví plně vybaven biologicky danými potřebami, které hledají uspokojení. Aby je uspokojil, jednotlivec vstupuje do vztahů s jinými „objekty". Ostatní jednotlivci jsou vždy prostředkem k cíli..." Fromm nesouhlasí s tímto pojetím a popírá, že by základním problémem psychologie bylo uspokojování nebo frustrace jednoho pudu samotného o sobě, nýbrž jde o celkový vztah jedince vůči světu. — Pokud jde o oidipský komplex, Fromm pokládá spojenectví mezi synem a matkou za produkt patriarchální společnosti. Syn, utlačovaný jako matka despotickým otcem, se s ní spojuje.

Není zde místo, abychom se zde kriticky zabývali Frommovými názory, tím spíše, že přes svou podnětnost nepřinášejí pro psychoterapeutickou praxi vcelku nic nového.

Harry Stuck Sullivan se rovněž počítá ke kulturalistům a byl jednu dobu v úzkém spojení s Horneyovou a Frommem. Freudem byl z nich ovlivněn nejméně. Pro Sullivana je osobnost jedince souhrnem interpersonálních vztahů. „Já" jedince je vytvořeno z reflektovaných ocenění jedince druhými a z rolí, které má hrát ve společnosti. Jedinec sleduje jednak uspokojení, jednak pocit bezpečnosti. Interpersonální operace jsou zaměřeny na odstranění úzkosti. Sullivan promyslil fáze dětského vývoje v interpersonálních termínech jako opak vývojových fází podle Freuda, který je chápe jakožto vývoj libida. Sullivan nezanechal po sobě nějaký utříděný systém ani systematicky nepopsal techniku psychoterapie. Přesto však měl a má i po své smrti veliký vliv svou interpersonální koncepcí i svým zájmem o psychoterapii schizofrenie.

Vcelku lze říci, že kulturalistický směr představuje zdravou reakci na Freudův přílišný důraz na instinkty člověka. Avšak proti klasické psychoanalyse dochází — místo očekávaného rozšíření thematiky — k jejímu zúžení. Rovněž výsledky, pokud jde o zavedení nových metod psychoterapie, jsou hubené.

Jiné směry odkrývající psychoterapie

Jen stručně je možno se zmínit o psychobiologii A. Meyera. Meyer učil své žáky bedlivému pozorování pacienta ve všech jeho souvislostech biologických, psychických i sociálních. Postoj k pacientovi byl vždy velice pozorný a tolerantní a zde je největší podobnost mezi psychoanalysou a Meyerovou psychobiologií. Meyer nazýval psychobiologii geneticko-dynamickou. Mnozí se domnívají, že psychobiologie byla Freudem silně ovlivněna, i když se snažila udržet si svou neodvislost.

Tak jako na americkou psychiatrii měla hluboký vliv psychobiologie (i když mnozí vynikající žáci Meyerovi přešli později k psychoanalyse), měl na americkou klinickou psychologii vliv Carl Rogers. Jsou určité podobnosti mezi oběma směry. Také Rogers zdůrazňuje integritu individua, přirozenou tendenci jedince k integrování a rozvoji osobnosti, jen když to podmínky dovolí. Terapeut má vytvořit takové prostředí, v němž pacient může osobně růst, svou tolerancí, opravdovým zájmem a hlubokou sympatií. Psychoterapie je nedirektivní,

pacient řídí výběr themat a hovoří volně, terapeut se omezuje na reflexi, tj. jasné a přehledné přeformulování pacientových výroků a jeho emocionálních projevů. Jako u psychobiologie, také nedirektivní psychoterapie (nebo „na klienta centrovaná psychoterapie") je zaměřena na přítomnost pacienta, na jeho současné problémy, jak si je pacient uvědomuje, kdežto analysa nevědomých procesů, dětských zážitků a analysa přenosu chybí. U Rogerse je důležitý výzkumný zájem.

Psychodrama

Může být sporné, zda lze k odkrývající psychoterapii řadit dílo J. L. Morena, který nejenže nepochází z myšlenkového okruhu Freuda, ale dokonce své dílo pokládá za protiklad psychoanalysy. Sám o tom říká: „R. 1914 byly ve Vídni dvě antithese k psychoanalyse. První byla rebelie potlačované skupiny proti individuu — to byl první krok vpřed za psychoanalysu, „skupinová psychoterapie"; zavedl jsem tento název, abych podtrhl, že jde o terapii, nikoli jen o sociální a psychologickou analysu. Druhá byla rebelie potlačené aktivity proti pouhému slovu. To byl druhý krok vpřed za psychoanalysu, „psychodrama"."

A přece je mnoho důvodů pro to, zařazovat Morenovo psychodrama mezi terapeutické metody expresivní a odkrývající. Základní myšlenkou Morenovou je, že neurotik a jinak maladaptovaný člověk je zabrzděn ve své spontánnosti a tvořivosti. Aby jich znovu nabyl, přehrává své význačné životní události znovu a zpřítomněním svých problémů hledá v interakci se skupinou svá životní řešení.

Psychodrama je tedy improvisované dramatické předvedení určitého problému ze života pacienta, řízené terapeutem, před diváky, pacienty. Vedle pacienta samého vystupují na scéně psychodramatičtí pomocníci (pomocná ega) z řad pacientů nebo zdravotnických pracovníků.

Psychodramatické situace lze nejjednodušeji roztřídit podle pěti hledisek takto (Knobloch):

1. Role: vlastní — komplementární (např. hraje svou manželku, svého šéfa) — jiná.

2. Osoby zúčastněné: sám — v interakci s členy skutečných skupin (např. manželkou, otcem, šéfem) — v interakci s fiktivními osobami (např. se svým svědomím).

3. Doba: minulá — přítomná — budoucí (např. pacient předvádí manželství, do něhož chce vstoupit, po 2 letech).

4. Reálnost děje: skutečnost — možnost — fantasie (např. noční nebo denní sen).

5. Komunikační prostředky: jen verbální — jen neverbální (pantomima) — obojí (drama).

Použijeme-li jen těchto kritérií, je jejich kombinací možno odvodit 243 variant psychodramatu ($3^5 = 243$).

Psychodrama je cenná dílčí technika diagnostická i terapeutická, které je

možno použít v rámci různých psychoterapeutických metod. Nedostatek místa nedovoluje podrobnější vysvětlení.

Pokusy o sloučení různých metod

V prvních desetiletích rozvoje moderní psychoterapie se jednotlivé školy vyvíjely odděleně a měly často sektářský postoj: ostatní směry prostě ignorovaly. To se začalo měnit od konce druhé světové války — patrně tím, že mnozí psychoterapeuti, kteří se do té doby uzavírali s několika jednotlivými pacienty, byli v průběhu války postaveni před veliké praktické úkoly a velmi živě pocítili omezenost vlastní metody. Tak vznikla řada pokusů a synthesa různých metod. Jedna část těchto pokusů je eklektická — a jejich původci to často sami o sobě prohlašují: jde o to, bez nějakého teoretisování sloučit nejrůznější prvky, které se osvědčily. Druhá část se snaží stmelit různé prvky jednotným výkladovým schématem. K pokusům druhého typu patří systém skupinově-centrované psychoterapie, realisovaný psychiatrickým oddělením fakultní polikliniky v Praze, který bude stručně popsán.

Teoreticky se vychází ze zjištění, že nejmenším quasi uzavřeným systémem pro popis jedince, nezbytným pro psychoterapii, je malá společenská skupina. Tím se výkladový rámec ztotožňuje se současnou teorií malých společenských skupin. Systém potřeb jedince jej váže na skupinu, v interakcích s ostatními členy skupin směňuje hodnoty. Veškerou činnost jedince lze popsat v pojmech, jak je vázán na skupinu, jak přispívá k plnění úkolu skupiny, jak se podílí na jejím tmelení, jaký vliv moc má, jaký má vztah k normám, rolím ve skupině atd. Avšak v jednom směru je rámec současné teorie malých společenských skupin nutno rozšířit. Předpokládá se, že v týchž termínech, v nichž jsou popisovány interakce se skutečnými lidmi, je možno popisovat též interakce s fantasijními osobami, které jsou kondensací dřívějších zkušeností a orientují jedince o chování skutečných lidí v budoucnosti. V tomto pojetí odpadá dichotomie „interpersonální" — „intrapsychický", která je vžita u většiny psychoterapeutů a má i závažné praktické důsledky. Tak např. obranné mechanismy „já" nejsou v tomto pojetí ničím jiným než interpersonálními technikami, používanými mimo jiné ve fantasii vůči fiktivním autoritám a souřadným jedincům. Úkolem psychoterapie je všeobecně změnit fungování jedince v jeho skupinách, reálných i fiktivních, tak aby dovedl lépe zharmonisovat splňování systému svých potřeb s požadavky svých skupin.

Realisace systému je nesena snahou po účinnosti při největší časové hospodárnosti, neboť disproporce mezi velkým počtem osob potřebujících psychoterapii a malým počtem psychoterapeutů je celosvětový problém. To je jeden z důvodů, proč se individuální psychoterapie používá teprve po vyčerpání možností časově úspornějších kolektivních metod. Systém se skládá ze 6 stupňů; na každém stupni může být léčba ukončena, dojde-li k žádoucímu zlepšení.

1. Psychoterapeutický kontakt. Je navázán v 1—2 individuálních rozhovorech s lékařem.

2. Hromadná psychoterapie (30—50 pacientů). Noví pacienti na příkladu pokročilejších pacientů (zejména těch, kteří přijíždějí z Odbočky pro rehabilitaci neuros v Lobči) zjišťují, že nejsou sami, kdo mají neurotické obtíže, že jiní mají i vážnější obtíže, a že tělesné obtíže mohou být duševního původu. Jejich úzkost se často snižuje tím, že jim kolektiv poskytuje zájem, sympatii a oporu v jejich životních problémech. Někdy dochází k odreagování kumulovaného afektu a začátku náhledu o vztahu obtíží k osobním problémům.

3. Diagnosticko-léčebný kolektiv v Odbočce pro rehabilitaci neuros v Lobči. V malém kolektivu se veškerá činnost (práce, zábava, kolektivní diskuse) stává modelem pacientova života, v němž se zobrazuje pacientovo maladaptivní fungování v jeho reálných skupinách (rodině, práci apod.) a za pomoci terapeutů i spolupacientů dochází k přeučování směrem k adaptaci. (Podrobněji viz bod 6.)

4. Skupina manželských a rodinných problémů. Je součástí ambulance těchto problémů. Pracuje se jednak ve skupinách, složených z pacientů a jejich partnerů, popřípadě rodičů a jiných členů rodiny, jednak v přirozených skupinách (všichni členové jedné rodiny s terapeutem). (Bližší viz bod 7.)

5. Denní sanatorium s klubem pacientů. Napodobuje práci lobečského kolektivu.

6. Psychoterapie v zavřené skupině. Mnozí odborníci mají na mysli právě tuto formu, hovoří-li o „skupinové psychoterapii". Jde o ambulantní psychoterapii, stále s týmiž pacienty, v počtu asi do 10 (optimální počet podle většiny autorů je 7—8). Terapie probíhá aspoň jednou týdně, po dobu i více let, je tedy jakýmsi ekvivalentem individuální psychoterapie.

7. Individuální psychoterapie. Její průběh je příznivě ovlivněn zmíněnými kolektivními metodami. Bližší popis rekonstrukční individuální psychoterapie se vymyká rámci tohoto pojednání.

Výběr z literatury

Freud, S.: Gesammelte Werke. B. I—XVIII. Frankfurt a. M.

Haley, J.: Strategies of psychotherapy. Grune Stratton, New York 1963.

Horney, K.: Neurosis and human growth. Routledge Kegan Paul, London 1951.

Kardiner, A., Karush, A., Ovesey, L.: A methodological study of Freudian theory I—IV. J. nerv. ment. Dis., sv. 129, č. 1—4, 1959.

Knobloch, F.: Psychoterapeutický systém psychiatrického oddělení fakultní polikliniky v Praze. Čs. Psychiat. 60, 6, 367—374, 1964.

Knobloch, F.: The diagnostic and therapeutic community as part of a psychotherapeutic system. Suppl. ad vol. 7, Acta psychother. (Basel) 1959.

Knoblochová, J., Knobloch, F.: Family psychotherapy. Mental Health, Paper No 28, WHO, Geneva, 1965.

Moreno, J. L.: Psychodrama v: Arieti S. (Ed.) American handbook of psychiatry, New York: Basic Books, 1959, str. 1348—1361.

Rogers, C. R., Dymond, R. F. (Ed.): Psychotherapy and personality change. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1954.

b) Sugesce a hypnosa

Ivan Horvai

1. Teoretické otázky sugesce

Sugesce je neobyčejně důležitým faktorem mezilidských vztahů. Uplatňuje se při interakci velikých i malých skupin, při interindividuálních a konečně i intraindividuálních procesech. Její vlastní význam je při tom chápán na základě rozdílných teoretických východisek i praktických zkušeností různě široce a při její definici jsou zdůrazňovány různé její stránky.

Při analyse řady modernějších definic vynikají nakonec jako podstatné tyto faktory:

α) přijetí určitého podnětu, který se v dalším stává součástí psychiky příslušného jedince,

β) nedostatečné prověření akceptovaného podnětu,

γ) potlačení kritických a racionálních složek osobnosti a převažující úloha emotivních faktorů při tomto procesu.

Vycházeje z respektování všech podstatnějších názorů, můžeme podat tuto stručnou definici: Sugesce je informace, akceptovaná a utilisovaná člověkem bez adekvátní kontroly.

a) Základní elementy sugesce

Při snaze o výklad sugesce je třeba zabývat se podrobněji jednotlivými složkami tohoto pochodu. Je to otázka osob zúčastněných na sugesci, jejich trvalých i přechodných vlastností, důležitých pro průběh sugesce, a dalších okolností, za nichž se tento pochod odehrává, jakož i otázka obsahové stránky sugesce.

Osoba, která je zdrojem sugestivního působení, se označuje jako sugestor, osoba, jež je sugesci vystavena, je sugerendus. Souhrn působivých faktorů v sugestivním procesu je označován jako sugestivita. Tyto vlastnosti nemusí náležet pouze konkrétní osobě, značnou sugestivitu může mít i jisté prostředí, sugestivita může plynout z jisté situace atd. Naproti tomu je ryze osobní vlastností sugestibilita, tedy schopnost i míra pro přijímání sugesce.

Obecně lze říci, že efekt sugesce je přímo úměrný sugestivitě sugerujícího faktoru i sugestibilitě sugerenda. Které prvky zde působí?

Pokud jde o vlastnosti osobnosti u sugestora, uvádí se jistá vitalita, sebejistota, touha po (byť iracionální) moci, snaha o vnucení vlastní vůle, snaha o získání prestiže a autoritativního postavení, v některých případech snaha o kompensaci poklesu důvěry v sebe. Zejména pro psychodynamicky orientované badatele vzniká zde ovšem široké pole dohadů: snaha lékaře (vyvolaná určitými erotickými aspekty jeho pohlavních instinktů) vytvořit ke svým pacientům afektivní vztah, proto aplikuje sugestivní metody s kladným přenosovým vztahem; uplatnění autority a všemoci otcovského imaga; víra v magickou vše-

moc slova, jímž chce sugestor odstranit nepříjemné napětí, jež v něm samotném vyvolala nemoc jeho pacienta atd. Nehledě ovšem na spekulativnost těchto názorů, obecně se uznává, že existuje několik různých typů sugestorů s rozdílnými vlastnostmi osobnosti i rozdílnými způsoby jednání. Ideální totiž zdaleka není jen přítomnost všech sugestivních vlastností. Některé ethologické výzkumy a jejich prověření na lidském chování (Lorenz aj.) ukázaly, že jisté formy instinktivního a emotivního chování (a podléhání sugesci sem v jistých aspektech patří) může být vyvoláno i některými jednoduchými faktory, skrytými v jinak složité, komplexní situaci. Totéž platí i pro některé situační symboly, kdy se neuplatňuje osoba sugestora. Tak může být sugestivní zívání vyvoláno i s příslušnou ospalostí např. při pohledu na zívající zvíře, ale také při pohledu na dveře, otevřené směrem do tmavšího prostoru apod.

Přílišná autoritativnost může v řadě případů podnítit některé obranné mechanismy a tím sugestivitu spíše snižovat.

Vlastní sugestibilita je ještě výrazněji podmíněna osobností sugerenda. Je přitom třeba předeslat, že i když lze sugestibilitu chápat jako jednotný pojem, existuje v mnoha případech velmi diferencovaná sugestibilita. Diferenciace se týká jednak systémů organismu, na něž se působí (zrakové či sluchové vnímání, motorika, pudová aktivita, složitější psychické funkce aj.), jednak obsahu sugesce ve vztahu k osobním zkušenostem a současné psychické struktuře sugerenda. V praxi pak může docházet k situacím, kdy týž jedinec za týchž podmínek a ve vztahu k témuž sugestorovi může jevit jednou extrémně velikou sugestibilitu, jindy se pak chovat zcela opačně.

Obecně se však předpokládá, že přece jenom existuje pro přijetí sugesce určitá disposice, která je někdy už sama o sobě označována jako sugestibilita. Výrazná sugestibilita bývá charakterisována opět různými nestejně prokazatelnými vlastnostmi. Jsou to např. značná ovlivnitelnost, malá rozhodnost, nestálé a měnící se motivy, zvýšená afektivita, sklon k emocionalitě atd. Nezřídka se setkáváme s tím, že sugestivita je obecně hodnocena jako výrazně záporná vlastnost. Ve zvýšené míře bývá připisována ženám, asociována s neuroticismem a zejména s hysterickými vlastnostmi, připisována „slabé vůli", lidem s nedostatkem kritičnosti a nižší inteligence. Takovéto negativní axiologické hodnocení sugestibility však nemá ve skutečnosti žádné prokazatelné oprávnění. Vedle výrazné sugestibility — jejímž protipólem je chybějící sugestibilita — se setkáváme i s jevem tzv. negativní sugestibility (repudiace podle Strause), kdy nejde o to, že se sugerovaný efekt prostě neuskuteční, ale dochází dokonce k reakci protichůdné, než je obsah sugesce. O vlastní negativní sugesci však můžeme mluvit jenom tehdy, je-li tato reakce nezáměrná, nevědomá. Protichůdné efekty sugesce jsou někdy důsledkem vědomé snahy „nepodlehnout", neukázat „slabou vůli" apod., a mohou někdy zastřít i značnou sugestibilitu. Přechod mezi vědomým odporem a negativní sugestibilitou může být ovšem plynulý.

b) Formy a druhy sugestivních vztahů

Je-li bezprostřední zdroj sugesce mimo osobu sugerenda (tj. v jiné osobě či sugestivní situaci), hovoříme o heterosugesci, je-li zdrojem sugesce vlastní psychický obsah sugerenda, hovoříme o autosugesci. Hranice je i zde relativní. Každý sugestivně přijímaný obsah se totiž musí stát nutně nejdříve zdrojem vlastní psychické činnosti a podstatné elementy našeho vlastního já mají svůj původ ve vnějších zdrojích. Rovněž pod pojmy mimovolné a záměrné sugesce se skrývá složitější dynamika. Zkoumáme-li faktor mimovolnosti a záměrnosti, mohou nastat čtyři základní situace: sugestivní situace je záměrná ze strany sugestora i sugerenda (např. při volené terapeutické situaci), je záměrná jen ze strany sugestora (využití sugestivní terapie, jíž si pacient není vědom, např. placebo), je záměrná jen ze strany sugerenda (tento vyhledává sugestivní situaci, jíž se poddává), nebo je mimovolná z obou stran (náhodné sugestivní ovlivnění dvou jedinců v každodenním životě). Podle množství současně sugestivně ovlivněných jedinců hovoříme o sugesci individuální, skupinové či masové (davové). I když zůstávají u všech těchto forem základní účinné faktory stejné, je zde rozdílná dynamika. U skupinové a zvláště masové sugesce bývá jednak neobyčejně výrazné autoritativní postavení sugerenda, jednak působí ve výrazné formě napodobivost a vzájemné sugestivní působení jednotlivých členů a skupin davu, při čemž vedoucí sugestivní osobnost může i zcela chybět. Tato problematika je však už poměrně vzdálená lékařské psychologii.

Veliká pozornost se teoreticky věnuje v poslední době otázkám tzv. primární a sekundární sugestibility. Primární lze nejlépe prokázat motorickými testy a koreluje s hypnabilitou a neuroticismem — s výjimkou hysterických rysů. Sekundární sugestibilita, prokazatelná nemotorickými testy, nekoreluje vůbec s neuroticismem ani hypnabilitou, zato však negativně koreluje s inteligencí, je spjata s určitou lehkověrností a nekritičností.

Jedním z nejpodstatnějších činitelů je však vztah sugerenda k obsahu sugesce. Na rozdíl od zcela jiného způsobu přijímání informací racionální, logickou cestou — jde zde o emotivní, afektivní vztah. V tomto ohledu ukazují pak výzkumy svéráznou dynamiku. Na jedné straně se nejsnáze — ovšem nejméně intensivně, tj. s minimálním dosahem pro jednání sugerenda v dané době — přijímají sugesce emočně naprosto neutrální. Na druhé straně jsou pak nejsnáze a nejintensivněji přijímány sugesce emočně motivované, tj. vycházející maximálně vstříc emočně silně podloženým touhám, přáním, obavám anebo na tyto tendence úzce navazující. Je přitom třeba zdůraznit, že motivace uvedených tendencí se může pohybovat v hranicích zcela nevědomého až plně vědomého, takže některé z nich nemusí být na první pohled zcela pochopitelné.

2. Sugesce a terapie

Význam sugesce v lékařství spočívá v terapeutickém, resp. antiterapeutickém, někdy přímo iatrogenním významu sugestivních podnětů. Tyto

se zdaleka neuplatňují pouze v oblasti neuros, event. při dalších psychiatrických onemocněních, jak se mnozí domnívají. Stejně mohutně, jako působí sugesce v každodenním životě, v běžných mezilidských vztazích, působí také buď zjevně, nebo skrytě (larvovaně) i v dynamice onemocnění a uzdravení.

Pomocí sugesce lze měnit nejen vlastní psychickou činnost sugerenda, ale i průběh řady nejrůznějších somatických pochodů, a to i takových, které volně nelze ovlivnit buď vůbec, anebo jen nepatrně, anebo jenom za výjimečných podmínek u výjimečných jedinců (jogínská cvičení a některé další autosugestivní metody). Této změny lze někdy dosáhnout přímými sugescemi, jindy sugescemi zprostředkovanými, sekundárními, měnícími event. postoje a emoční faktory pacienta. Mechanismy těchto dalekosáhlých změn, kterých lze často v nejvýraznější formě dosáhnout pomocí hypnotických sugescí, nejsou však dodnes přesně objasněny. Je zřejmé a z organisace CNS nutně plyne, že podstatnou, byť dosud přesněji neurčenou roli zde hrají podkorová centra přes nervovou (vegetativní) i hormonální regulaci orgánových a metabolických pochodů v organismu. Kortikoviscerální i psychosomatické směry, stejně jako stressová teorie Selyeho poukázaly pouze na některé pravděpodobné články složitého řetězu příčin a následků. Nicméně nám sugestivní praktika dovolují mnohé z těchto faktorů rozhodujícím způsobem ovládat.

a) Zkoušky sugestibility

Je jich několik skupin. K nejdůležitějším náleží motorické testy. Patří sem test kyvadlový: pokusná osoba drží v ruce závaží na delší niti a je vyzvána, aby si představila, že se to závaží jistým směrem pohybuje. Dojde-li ke skutečnému pohybu, je výsledek positivní. Při rovnovážných zkouškách se postaví pokusná osoba se zavřenýma očima a sugerují se jí výkyvy, event. pád jedním směrem. Velikost těchto výkyvů lze event. i registrovat a pokusit se tak o kvantifikaci sugestibility. K motorickým testům patří i sugesce neschopnosti měnit určitou motorickou situaci (neschopnost zvednout či roztáhnout sepnuté ruce apod.). Rovněž byla vypracována řada testů vnímání. Zkoumá se vnímání sugerovaných pachů, barev, zrakových vjemů, sluchových vjemů, vnímání očekávaného podnětu atd. Nepřímo lze míru sugestibility odhadovat i podle některých osobnostních testů. Takovýto složitý postup má však význam pouze při experimentální práci.

Výsledky jednotlivých testů sugestibility jsou velmi rozdílné. Sodhi uvádí u čichových zkoušek kladnou sugestibilitu v 90 %, u hmatových zkoušek v 72 %, při sugesci elektrického úderu 78 %, při sugesci pocitu tepla 60 %. Někteří autoři dokonce pochybují o významu těchto zkoušek pro zjišťování sugestibility. Nejužívanější jsou a praxi nejlépe vyhovují rychle a jednoduše proveditelné motorické testy — kladný výsledek je udáván různými autory v rozmezí 38—79 %.

b) Sugesce jako přídatný terapeutický faktor

Není téměř léčebné metody — včetně metod chirurgických, farmakologických či fysikálních — které by nebyly doprovázeny současně jistou více či méně významnou sugestivní složkou. Účinné sugestivní metody, jež mohou mít jak specifický vliv na daný konkrétní chorobný proces, tak i nespecifický vliv na celkové psychické ladění, postoje, hodnocení (a tím druhotně samozřejmě i na celkové terapeutické faktory), se skrývají v různých psychických projevech. Jejich podstatou je vždy víra či důvěra v lékaře či něčí zvláštní nebo nový terapeutický postup nebo důvěra v příslušnou léčebnou instituci, v nový či zvláštní lék apod. Touto skutečností je možné odůvodnit jistý „kult" významnějších lékařských odborníků (na různých úrovních), léčebných institucí i metod. Vysoce škodlivé je ovšem, když je tato víra neodůvodněná nebo získávána dokonce metodami, které se příčí lékařské etice. Terapeutickým sugescím nepodléhá vždy jenom nemocný, ale nejednou i sám léčící lékař. Nejednou může být např. při hodnocení nové léčebné metody dalekosáhle ovlivněn faktory, zejména tam, kde nelze stupeň léčebného efektu plně objektivisovat. Proto je např. při zkoušení nového léku dnes již naprosto obligátní použití „double blind" pokusu, tedy postupu, při němž samotný lékař, provádějící terapii, neví, zda dává nemocnému zkoušený lék, nebo stejně vypadající neúčinnou substanci — placebo. Problematika placeba a jeho účinku, tzv. placebo-efektu, se proto dnes stala důležitou. Nesčetné pokusy ukazují, jak významně dokáže sám o sobě neúčinný léčebný zásah ovlivnit různorodé fysiologické i patologické funkce organismu. I terapeuticky významnou, v mnoha směrech však dosud nedořešenou otázkou je kombinace střídavého užívání placeba a opravdu působivého léčebného faktoru, tedy použití podmíněně reflexní terapie, která ovšem u člověka je z psychologického hlediska opět sugestivní metodou.

c) Autosugestivní metody v terapii

Autosugestivní metody se mohou stát v některých případech terapeuticky významnými. V nejobecnější formě je to často aktivní postoj nemocného vůči jeho chorobě, výrazná touha po úzdravě a víra v ni. Existují však četné autosugestivní metody, jimiž lze ovládnout některé fysiologické i patologické stavy organismu. Počínaje primitivním systémem Couého (který spočívá v tom, že nemocný sám sebe ujišťuje a neustále si opakuje, že se jeho příznaky lepší, jeho choroba ustupuje, že je vlastně už zcela zdráv) až po složité jogínské metody, v nichž úplný výcvik trvá dlouhou řadu let a které mohou vést až ke schopnosti podstatně snížit základní metabolické pochody, vyloučit algické čití, ovládat krvácení ran apod. Ze značně demythisovaných a evropskému myšlení přizpůsobených prvků jógy pochází metoda autogenního tréninku, jemuž je věnována zvláštní kapitola.

d) Heterosugestivní metody v terapii

Poukázali jsme již na (z hlediska psychoterapie) nespecifický vliv sugestivních faktorů, přidružených či obsažených v nejrůznějších terapeutických metodách. Vědomě používaným faktorem se stala sugesce zejména v některých psychoterapeutických systémech. Z možných klasifikačních přístupů k psychoterapiím se v některých stává měřítkem i předpokládaný či nepředpokládaný sugestivní faktor. Je ovšem problematické, nakolik je i v psychoterapeutických postupech, jejichž autoři se domnívají, že vyloučili sugestivní složku, tato složka přece jenom obsažena. Nejvýraznější rozpor v tomto směru vzniká v souvislosti s psychoanalysou, která svůj event. léčebný efekt připisuje vysoce specifickým, často však zcela hypothetickým činitelům. Ovšem právě v tzv. přenosové situaci, která má pro psychoanalytickou terapii klíčový význam, jsou zřetelné sugestivní prvky.

Nesporné a výrazné sugestivní složky ovšem mají také psychoterapeutické metody psychagogické, persvase a zejména pak hypnosa.

e) Podmínky sugestivní terapie a její indikace

Sugestivní terapie jak v některé ze svých vyhraněných forem, tak i společně s jinými terapeutickými postupy by měla být aplikována všude, kde se lékař setká s dostatečnou sugestibilitou nemocného. Použití jediné, isolované metody je odůvodněno za výzkumných podmínek, tam, kde terapeut jinou metodu dostatečně neovládá, nebo tam, kde by současné použití dvou či více metod mohlo vést k nepříznivým důsledkům — včetně ztráty sugestibility, podmíněné právě důvěrou pacienta ve vyhraněnou léčebnou metodu. Psychoterapeutický postup a stanovení indikací u složitějších neurotických stavů je úkolem specialisty psychiatra.

Sugestivní faktory se do značné míry podílejí i na vytváření správného psychického ovzduší v nemocnicích i léčebnách, při vytváření postojů nemocného k potížím a novým životním situacím, do nichž se vlivem své choroby dostává. Postoj lékaře k pacientům musí být laskavý, ale rozhodný, může nemocnému vysvětlit potřebu dalších vyšetření, nesmí mu však prozradit ani projevit event. vlastní pochybnosti, i když je ve skutečnosti má. Sugestibilita nemocného jedince se mění, zejména ve vztahu k vlastní chorobě. Dokonce terminální stadium u některých chorob, kde v předsmrtném období nedochází k podstatnějším spontánním poruchám vědomí (tbc, ca a jiné), bývá spojeno s výraznými životními nadějemi a sugesce, posilující takové naděje, bývají nemocnými velice výrazně akceptovány. Neobyčejně intensivně mohou působit sugesce i na algické čití — dokážou dočasně ovlivnit i nejsilnější organicky podmíněné bolesti u části pacientů. Každý terapeut, bez ohledu na to, jakou formou terapie se zabývá, by se měl snažit získat maximální sugestivitu vůči co nejširšímu okruhu nemocných. Seznámení s podstatnými rysy a teorií této metody je prvním krokem na této cestě.

3. Teoretické otázky hypnosy

a) Fenomenologie hypnosy

Vnější obraz hypnotisovaného připomíná osobu spící. Při opakovaných hypnosách — kdy odpadá moment očekávání a možné obavy — klesá po indukci hypnosy tepová i dechová frekvence a TK, podstatně se snižují spontánní motorické projevy. Hypnotisovaná osoba, ponechána bez jakýchokoli dalších sugestivních příkazů, přechází spontánně do normálního spánku — s výjimkou některých patologických hypnotických stavů. Elektrofysiologicky se však i sebehlubší hypnosa od spánku podstatně liší — naprosto normálním, bdělým elektroencefalografickým obrazem. Charakteristickým hypnotickým fenoménem je tzv. r a p o r t, existence selektivního slovního kontaktu s hypnotisujícím. V raportu může hypnotisující hypnotisovanou osobu dalekosáhle sugestivně ovlivnit. Kromě těchto fenoménů bývá ke spontánním fenoménům hypnosy řazen ještě pokles algické citlivosti a kataleptoidní projevy. Vedle uvedených spontánních projevů se při hypnose můžeme setkat s řadou autosugestivně a sugestivně vyvolaných obrazů, které se mění podle vědomostí hypnotisované osoby o hypnose a podle techniky a sugescí použitých hypnotisujícím.

Ke zjištění tzv. hloubky hypnosy byla vypracována řada stupnic, opírající se o velmi různorodá kritéria. V praxi nejlépe vyhovuje rozdělení do tří stupňů hloubky, jež zhruba odpovídají Forelovým stupňům somnolence, hypotaxie a somnambulismu:

α) Povrchní hypnosa, v níž hypnotisovaný cítí ospalost, tíhu údů, někdy teplo, víčka má zavřená, ale volním úsilím je dokáže otevřít, dokáže neakceptovat dané sugesce a na průběh hypnosy má vzpomínku zcela zachovánu.

β) Středně hluboká hypnosa je charakterisována neschopností hypnotisovaného otevřít oči a volně přerušit průběh hypnotisace. Akceptuje většinu sugescí, mezi nimi i výraznou analgesii, posthypnotická amnesie je částečná.

γ) Hluboká hypnosa. Amnesie je zde úplná, hypnotisovaný akceptuje všechny proveditelné sugesce nejen intrahypnotické, ale i posthypnotické, tj. sugesce uskutečňované za nějakou dobu po úplném probuzení.

Hloubku hypnosy v běžné praxi prověřujeme realisací analgesujícího efektu, možností vyvolat katalepsii a uskutečněním intrahypnotických a posthypnotických sugescí. Je samozřejmé, že dělení podle různých stupňů hloubky je jen praxí vynucené, ve skutečnosti jsou různé přechodné stavy a stadia se smíšenou fenomenologií.

b) Základní elementy hypnosy

Schopnost provádět hypnosu není speciální vlastností. Lze se jí naučit jako jiným lékařským nebo psychologickým technikám. Jedním z důležitých předpokladů pro její ovládnutí je náležitá sugestivita. U člověka totiž — na rozdíl od zvířat — hrají právě při vyvolávání hypnosy podstatnou úlohu sugestivní techniky. Vedle užívání náhlých neobvyklých podnětů jednotvárných

a monotónních, jež jsou hypnosigenní u zvířat, se při indukci hypnosy u člověka nejčastěji používá slovních sugescí.

Hypnotisovatelnost (hypnabilita) značně kolísá a je závislá na řadě stálých i proměnlivých faktorů. Vysoce kladně koreluje se sugestibilitou, zejména primární. Je nízká u oligofreniků a psychotiků, u neurotických stavů o něco nižší než u zdravých. U dětí ji lze obvykle zavést od 9—11 let, většinou tím dřív, čím je dítě inteligentnější. Celková hypnabilita u zdravé populace se udává (bez ohledu na dosaženou hloubku hypnosy, při čemž množství povrchních hypnos daleko přesahuje počet hypnos hlubokých) mezi 70—95 %. Vlastní experimentální sledování 360 zdravých osob ukázalo hypnabilitu v 84,17 %. Hypnabilita žen i mužů je při tom přibližně stejná, v rozporu s obvyklými předpoklady je u mužů dokonce nepatrně vyšší.

Hypnabilita bývá často testována nepřímo, zkouškami sugestibility. Při terapeutickém postupu je však nejvýhodnější testovat ji přímým pokusem o zavedení hypnotického stavu, což je v podstatě i časově málo náročný postup.

4. Hypnosa v praxi

Praktické užití hypnosy má mnohem rozsáhlejší možnosti než se u nás obecně předpokládá. V lékařství lze hypnotické techniky (je zde třeba zdůraznit, že hypnosa je lékařskou, resp. psychologickou technikou, nikoliv primárně léčebnou metodou) užít ve čtyřech základních směrech:

α) jako terapie (psychoterapie, spánkové léčby, aktivního cvičení aj.),
β) jako anestesujícího a analgesujícího prostředku,
γ) jako vyšetřovací a diferenciálně diagnostické metody,
δ) jako prostředku experimentálního výzkumu.

Je třeba si přitom uvědomit, že se zde všude nevyužívá jakéhosi čistého hypnotického stavu, ale především sugestivních faktorů. Mezi hypnotickým stavem a sugescí je úzká vzájemná podmíněnost. Hypnosa, jak už bylo řečeno, je u člověka vyvolávána především sugestivně. A vzniklý hypnotický stav zase podstatně zvyšuje sugestibilitu hypnotisovaného.

a) Technika hypnosy

Existuje veliká řada hypnotických technik a jejich modifikací. Snaha o docílení maximální hypnability, podmíněná prestižními a existenčními důvody u odborníků, zabývajících se téměř jen hypnosou, zde byla hnacím motorem. Vezmeme-li v úvahu, že použití hypnosy není nikdy vitální indikací a že jde v podstatě o metodu výběru, jsou pokusy zavést ji stůj co stůj málo opodstatněné. Považuji za neodůvodněné používání široké škály farmak (hypnotik, ataraktik aj.), stejně jako dlouhodobé opakování zatím neúčinné hypnotické procedury, i kdyby byla naděje na její úspěch. Extrémní je zde případ Wetterstranda, který nakonec dosáhl u svého pacienta hypnotického stavu teprve po několika tisících marných pokusů.

Podstatou hypnotisačních metod u člověka je jednak využití všech fysiologických faktorů, vedoucích k projevům ospalosti a spánku, a dále sugestivní evokace tohoto stavu slovy. Využívala se nonverbální zvuková monotonie, jednotvárné hlazení kůže, zejména tváře (tzv. passy), dlouhodobá zraková fixace obvykle lesklého bodu, často očí hypnotisujícího. Fixace očí má při tom zvláštní význam. Lidské oči měly od pradávna jistý magický význam a obdobná představa, byť někdy i podvědomá, je dodnes neobyčejně rozšířená. Díky takto vzniklému autosugestivnímu ovlivnění hypnotisované osoby bývá proto fixace očí často značně účinnější než fixace jiného předmětu.

Nejčastěji dnes užívanou hypnotickou metodou je kombinace verbální sugesce se současnou zrakovou fixací.

Jaký je postup při hypnose? Osobě, kterou hodláme hypnotisovat, vysvětlíme stručně podstatu této metody. Zdůrazníme jí, že nejde o užití nějakých mimořádných sil, zejména ne o vnucování cizí vůle, právě naopak, že se hypnosa daří nejlépe právě u lidí dostatečně silné vůle, kteří se dokážou náležitě soustředit a s hypnotisujícím spolupracovat.

Pak osobu, kterou hodláme hypnotisovat, uložíme na lehátko nebo posadíme do pohodlného křesla. Rušivě působí z obvyklých podnětů příliš silné světlo nebo silné, náhlé zvuky. Naprosté ticho a šero v místnosti, kde hypnosu provádíme, nejsou naprosto obligátními podmínkami. Zejména první hypnosy provádíme bez přítomnosti jiných pacientů, opakované hypnosy lze po dohodě s nemocným provádět i za přítomnosti jiných.

Uvádíme schéma, užívané při hypnotisování v naší praxi. Podle potřeb nebo okolností je lze samozřejmě obměňovat:

„Posaďte se, pohodlně, klidně, tak abyste nepociťoval žádné napětí, žádný tlak, abyste se cítil volně a příjemně. Snažte se nemyslet na nic, jenom se soustředit na moje slova. Oči zavřete teprve až budete cítit, že se již samy zavírají. Nesnažte se mi ani pomáhat a zavřít oči předčasně, ani se je nesnažte udržet za každou cenu otevřené. Zaposlouchejte se jenom a jenom do mých slov. A nyní, až napočítám do desíti, sladce a hluboce usnete. Ráz... dva... je vám hezky... a příjemně... sladká únava se vám rozlévá... po celém těle... tři... chce se vám spát... moc spát... čtyři... pět... svět... jako by se propadal... do sladké... a hluboké... mlhy... šest... spát se vám chce, moc spát... sladce a hluboce... spát... sedm... víčka se vám zavírají... docela... zavírají... neudržíte je... otevřená... osm... nemyslíte na nic... docela... na nic... jenom na spánek... sladký... hluboký... spánek... devět... je vám hezky a příjemně... a spát se chce... a spíte... deset... sladce a hluboce... spíte... nemyslíte na nic... jen spíte a posloucháte... moje slova.“ Když pak bylo dosaženo hypnotického stavu, buď jej prohlubujeme ještě dále anebo přikračujeme k příslušnému sugestivnímu ovlivnění hypnotisovaného.

Intonace hlasu je pouze zdánlivě monotónní. Snažíme se při tom dosáhnout jisté vemlouvavosti a naléhavosti, někdy se osvědčuje jistá rytmicita. Slova vyslovujeme zřetelně, pomalu, důrazně.

I při probouzení z hypnotického stavu terminujeme probouzení. Důležité je před probuzením z hypnotického stavu desugerovat všechny intrahypnoticky

podané instrukce, jejichž přetrvání po probuzení není žádoucí. Při probouzení můžeme postupně zvyšovat intensitu hlasu. Schéma je např. takové: „Až napočítám do pěti, vzbudíte se, budete se cítit veselý, zdravý a budete docela svěží, docela svěží. Při pěti otevřete víčka. Ráz... dva... je vám hezky... a příjemně... tři... ospalost přechází... čtyři... víčka se otevírají... pět." Neotevře-li hypnotisovaný oči, můžeme příkaz ještě jednou důrazněji opakovat, výhodné je však fouknout na víčka nebo prsty jemně klepnout na čelo. Podněty zprostředkované I. větví trigeminu jsou v tomto směru velmi účinné.

Sugestivní příkazy aplikované během hypnosy musí být co nejstručnější, jasné, jednoznačné, přesné, neumožňující rozdílnou interpretaci. Nesnažíme se rovněž sugerovat několik příkazů současně. Je-li to potřebné, pokračujeme postupně, během několika hypnotických sezení.

b) Indikace a kontraindikace hypnosy

Kontraindikací hypnosy je málo. Jsou to samozřejmě především nehypnotisovatelnost, některé psychotické stavy, zejména spojené s paranoiditou, vztahovačnost, nízký intelekt a konečně tzv. hypnofilie, chorobná touha některých, zejména psychopatických pacientů, po uvedení do hypnosy.

Pokud jde o přímé terapeutické užití hypnosy, využívá se této techniky především v psychoterapii. Zdaleka však ne jenom pro umožnění přímých sugestivních zásahů. Vedle desugesce některých tíživých příznaků lze v hypnose provést např. analysu některých neurotických stavů, přepracovávat stereotypy, provádět nácvik (např. uvést fobického pacienta do sugestivně halucinované životní situace) atd. Výhodně lze hypnosu spojovat i s řadou dalších psychoterapeutických technik. Toto je ovšem již úkolem specialisty. Výhodně lze pomocí hypnosy zavádět i spánkovou terapii, kde je to indikováno.

Mnohonásobně prověřený je analgetický efekt hypnotické sugesce, jehož lze dosáhnout už i v poměrně povrchních stadiích hypnosy. V hypnotickém stavu byly provedeny již tisíce chirurgických zásahů, včetně amputací a břišních i hrudních operací. Tato indikace již sotva padá v úvahu při dnešní vyspělosti anestesiologie — avšak neobyčejně výhodně lze použít hypnosy tam, kde jiné formy anestesie nelze provést nebo se nevyplatí užít. Tak je tomu např. při bolestivých převazech, malých chirurgických výkonech, zubních zásazích, před zavedením narkosy, v prvním období pooperačních stavů aj.

Výrazný je též analgetický účinek u některých dlouhodobých chronických algických stavů (neuralgií, ca apod.). V řadě případů bylo možné hypnosou utišit terminální bolesti při ca, kde už ani opiáty nezabíraly.

Rozsáhlé možnosti má hypnosa v porodnictví a gynekologii. Nejen při realisaci bezbolestného porodu, ale i při některých formách hrozícího abortu, při psychologické přípravě k některým výkonům apod. Rovněž v dermatologii lze příznivě ovlivnit některé celkové afekce nebo odstranit nepříjemný symptom (např. svědění) a tak rozetnout začarovaný kruh a přispět k úzdravě.

Dosud se málo využívá hypnosy při rehabilitaci některých bolestivých stavů a zejména u některých diagnostických výkonů, jež jsou obtížné pro odpor ne-

mocného, pro bolest, silný dávivý reflex apod. Mám na mysli např. rektoskopii, laryngoskopii a bronchoskopii, žaludeční a duodenální sondy apod.

Význam hypnotických technik při experimentálním výzkumu, např. při ovlivnění některých fysiologických funkcí, při vytváření některých modelových stavů u člověka apod., má rovněž značné perspektivy.

Lze říci, že hypnosa je technikou, které zejména v našich podmínkách není ještě zdaleka náležitě využito. Při dostatečně kritickém přístupu, nebudeme-li ji aplikovat jako ultimum refugium tam, kde ostatní metody selhaly, při jejím dokonalém poznání, které umožní i správnou indikaci (a hypnosa by se měla stát nikoliv technikou psychiatra, ale lékařů různých specializací, kteří by ji aplikovali ve svém oboru), je i pro moderní medicínu často neobyčejně výhodným a užitečným prostředkem.

Výběr z literatury

Eysenck, H. J., Furneux, W. D.: J. exp. psychol. 35, 458, 1945.
Horvai, I.: Hypnosa v lékařství. SZdN, Praha 1959.
Hoskovec, J.: Psychologie hypnózy a sugesce. Academia, Praha 1967.
Chertok, L.: L'hypnose. Masson et Cie, Paris 1963.
Kleinsorge, H., Klumbies, G.: Technik der Hypnose für Ärzte. VEB G. Fischer, Jena 1962.
Lorenz, K. Z.: Studium Generale. 3, 455, 1950.
Marcuse, F. L.: Hypnosis, fact and fiction. Penguin, Harmondsworth, 1959.
Platonov, K. I.: Slovo kak fiziologičeskij i lečebnyj faktor. Medgiz, Moskva 1957.
Schultz, J. H.: Hypnose-Technik. G. Fischer, Stuttgart 1965.
Stokvis, B., Pflanze, M.: Suggestion. Hippokrates, Stuttgart 1961.
Stokvis, B., Langen, D.: Lehrbuch der Hypnose. Karger, Basel—New York 1965.
Weitzenhoffer, A. M.: General techniques of hypnotism. Grune and Stratton, New York—London 1957.

c) Relaxační psychoterapie

Ladislav Haškovec

Přiměřený odpočinek a relaxace jsou pro člověka biologickou nutností. Zatímco se u zvířat střídá akce s odpočinkem přirozeně a pudově, má člověk, jakožto společenská bytost uvědoměle působící na své prostředí, možnost střídání práce nebo jiné životní aktivity s odpočinkem regulovat promyšleným a uvědomělým zasahováním.

V minulých desetiletích jsme byli svědky vývoje speciálních relaxačních psychoterapeutických metod, využívajících relaxace jakožto přímé léčebné metody. Relaxační psychoterapeutické metody jsou psychoterapeutické metody, které mají bezprostřední a mohutný regulační vliv na tonus vegetativního nervstva a tím i na činnost vnitřních orgánů.

Pojednáme stručně o metodice dvou ve světě dnes zcela převládajících a nejužívanějších relaxačních psychoterapeutických metod, jimiž jsou Schultzův autogenní trénink a Jacobsonova systematická relaxace příčně pruhovaného svalstva.

Schultzův autogenní trénink

Vznik

Schultzův autogenní trénink vznikl z hypnosy. U hypnotisovaných osob bývají konstantně a typicky pozorovány některé charakteristické tělesné sensace. Je to zejména pocit tíže v končetinách související s relaxací končetinového svalstva, a dále pocit tepla, daný reakcí vegetativního nervstva při hypnose, způsobený vasodilatací. Schultz se pokusil jít na věc z opačné strany a položil si otázku, zda by nebylo možno docílit u člověka hypnoidních stavů systematickým soustředěním se a nácvikem hypnosových tělesných sensací. Klinická zkušenost ukázala, že tomu tak skutečně je: vědomé, autogenní, vnitřní koncentrací navozené pocity tíže a tepla v končetinách a v těle se tak staly dvěma výchozími cviky Schultzova autogenního tréninku.

Schultzův autogenní trénink záleží:

1. ve vědomém navození klidového stavu s omezením exterocepčních a propriocepčních aferentních podnětů;
2. v opakovaném soustředění se na určité slovní signály ve formě jakýchsi vnitřních představ, které mají, zřejmě cestou vegetativního nervstva, vliv na některé tělesné děje a činnost vnitřních orgánů;
3. v pasivním „poddání se" těmto představám.*)

Metodika

Šest základních standardních cviků (Unterstufe) Schultzova autogenního tréninku:

1. cvik — pocit tíže (uvolnění kosterních svalů). Nemocný zaujme buď polohu vsedě, nebo vleže, pokud možno v nehlučném a klidném prostředí. Cvičí sám nebo ve skupině. Polohu vsedě Schultz přesně popisuje. Po několika vteřinách vnitřního soustředění na signál povšechného duševního zklidnění „... jsem klidný..." se nemocný soustředí na další signál „... má pravá paže je těžká...". Tento slovní signál si nemocný během asi dvou minut, po které z počátku v relaxaci setrvává, několikrát pro sebe v duchu opakuje a vnitřně se mu poddává. Relaxační cvik se zakončuje („odvolává") vždy standardními signály „... oči otevřít... zhluboka nadýchnout... paže napnout...". Nato nemocný otevře oči, zhluboka se nadýchne a třikrát za sebou energicky napne paže. Toto standardní „odvolání" cviku se pro nemocného postupem léčení stane podmíněně reflexním signálem pro přechod z hypnoidního stavu do stavu bdělosti a normální aktivity denního života. Odvolání je nutné, bez něho navozené sensace často rušivě přetrvávají.

Cvičí se několikrát, průměrně třikrát denně. Večer před spánkem se neodvo-

*) Schultz razí pojem „pasivní koncentrace" na rozdíl od „aktivní koncentrace". Aktivní koncentrace znamená všeobecně známou přípravu jedince k vědomé akci. Pasivní koncentrace zahrnuje jak složku aktivity (chci udělat určitý psychosomatický cvik), tak pasivity (docílím toho, že se mu poddávám, avšak vůlí jej nevynucuji).

lává, nýbrž cvik plynule přechází do usínání. Doba relaxačních sezení se z počátečních dvou minut postupem doby prodlužuje.

Někdy při prvém, jindy při druhém, třetím pokusu nemocný začne v pravé horní končetině skutečně cítit něco, co lze nejspíše přirovnat k pocitu tíže. Tento pocit, daný uvědomělou relaxací končetinových svalů, se pak opakovaným cvičením vystupňuje až do „tíže jako z olova". Pocit tíže pak s postupující léčbou zákonitě generalisuje, a to nejdříve do druhé horní končetiny (u 10 % nemocných, výjimečně do stejnostranné dolní končetiny), a později do dolních končetin, trupu a celého těla. Podle rozsahu této generalisace mění nemocný i základní signál („... obě ruce těžké..." „... ruce a nohy těžké..." „... tíha v celém těle...", nebo prostě jen „... tíha..."). Generalisací tíže do celého těla, což trvá dva až tři týdny, je prvý cvik ukončen.

2. cvik — pocit tepla (vasodilatace). Cvik „tepla" se naváže (navrší) na cvik „tíže" signálem „... pravá paže je teplá...". Celý signál tedy je „... jsem klidný... tíže v celém těle... pravá paže je teplá...". Signál si nemocný opět během sezení několikrát pro sebe opakuje. Následuje stejné „odvolání" jako při nácviku „tíže". Autosugestivně navozený pocit tepla, daný, jak lze experimentálně prokázat, periferní vasodilatací příslušné končetiny, se pak postupně generalisuje do celého těla jako u prvého cviku pocit tíže.

3. cvik — regulace srdeční činnosti. Signál cviku je „... srdce tluče klidně a vydatně...". Zaměřením pozornosti na krajinu hrotu srdečního dojde k zvláštnímu, intensivnímu a těžko popsatelnému pocitu percepce vlastní srdeční akce. Cvik se připojí ke dvěma předchozím cvikům.

4. cvik — koncentrace na dýchání. Signál cviku je „... dech je zcela klidný...". Němčina charakteristicky vystihuje zvláštní pasivní pozornost při autogenním tréninku neosobním „es atmet mich" — „dýchá mne to". Vzniká zvláštní, těžko popsatelná a intensivní autopercepce klidného a samovolného dýchání.

5. cvik — koncentrace na orgány břišní dutiny. Signál cviku je „... do krajiny solárního plexu proudí teplo...". Soustředěním se na krajinu mezi pupkem a dolním okrajem sterna se dostaví intensivní pocit tepla v nadbřišku.

6. cvik — koncentrace na oblast hlavy. Signál cviku je „... čelo je příjemně chladné...". Mírnou vasokonstrikcí vzniká příjemný pocit studeného náčinku na čele.

Těchto šest standardních cviků, které se vrší postupným nácvikem na sebe a které při cvičení „naskakují" současně, tvoří „nižší stupeň" (Unterstufe). Nácvik každého z šesti cviků trvá dva až tři týdny. Soubor standardních cviků je v klinické praxi nejužívanější. Vždy se s ním začíná. Často právě jen jeho nácvikem se končí a později se jen opakováním prohlubuje. Cvik pro nemocného klinicky nejdůležitější se obyčejně cvičí jako poslední. Schultzův autogenní trénink lze modifikovat. Je popsána řada dalších přídatných cviků. Na druhé straně se zase mohou některé cviky vynechávat, autogenní trénink může být zkracován apod.

Doba relaxačních sezení se prodlužuje z původních dvou minut na 15 min. a déle. Během tří měsíců dosahuje nemocný, praktikující třikrát denně autogenní trénink, již poměrně hlubokých hypnoidních stavů.

Nemocný, který si osvojil standardní cviky, může podle klinické symptomatologie cvičit tzv. zvláštní cviky. Jimi např. docílí analgesie nebo zvýšeného prokrvení v určité oblasti těla, relaxace určitých svalových skupin, relaxace určitých partií trávicího traktu apod. Těchto zvláštních cviků se např. užívá u písařské křeči, tiků, záchvatů anginy pectoris, kardiospasmu, glaukomu, pruritů, bolestí hlavy aj.

Na standardní cviky může nemocný také navázat tzv. meditativní „vyšší" cviky (Oberstufe), které spočívají postupně v imaginaci barev, objektů, dále abstraktních pojmů, a končí meditací o vlastních emocích a podvědomých tendencích. Dotýkáme se jich jen pro úplnost zmínkou, protože jejich poslání je pouze hlubinně **psychoterapeutické.**

Experimentální práce

O Schultzově autogenním tréninku je velká řada experimentálních poznatků. Při cviku „tíže" lze zjistit změny v EMG, motorické chronaxii a šlachových a okosticových reflexech na relaxované „těžké" končetině. Při cviku „tepla" stoupá kožní teplota trénované končetiny o 0,3 až 1,8 °C. Při cviku „srdce" lze zjistit změny v EKG-křivce. Při cviku „dýchání" jsou zaznamenány změny v amplitudách hrudní a břišní komponenty dechu, změny dechového objemu a poměru vdech/výdech. Při tréninku pocitu tepla v jaterní krajině byly zaznamenány změny krevního obrazu a glykémie. Během autogenního tréninku se pravidelně pozoruje zpomalení srdeční akce o 5—10 % a pokles TK asi o 10 %.

Uvedené a další experimentální práce prokázaly, že Schultzův autogenní trénink má bezprostřední a značný vliv na různé fysiologického děje v organismu. Je zajímavé, že již malá odchylka od standardně používaného signálu určitého cviku Schultzova autogenního tréninku podstatně naruší nebo dokonce zvrátí jeho typickou fysiologickou odezvu registrovanou přístrojem.

Indikace

Hlavní indikací Schultzova autogenního tréninku jsou prakticky všechna psychosomatická onemocnění a neurotické orgánové dysfunkce. Je to např. kardiovaskulární hypertense, asthma bronchiale, stavy zácpy, oesofagospasmus, angina pectoris a další. Dále to jsou neurotické stavy spojené s úzkostností a psychomotorickou tensí, a také neurastenie, s převahou „dráždivosti". Důležitý je příznivý vliv autogenního tréninku u masově se vyskytujících stavů nespavosti a bolestí hlavy.

Zvláštní indikace má Schultzův autogenní trénink s autosugescemi. V hypnoidním stavu při autogenním tréninku je nemocný, podobně jako v hypnose, značně sugestibilní. Když dosahuje při standardních cvicích již

hlubších hypnoidních stavů, působí v nich nemocný na sebe autosugescemi. Tyto autosugesce jsou co nejstručněji formulované krátké věty. Mají nenásilně, přesně a plně vystihovat specifický problém poruch chování nemocného. Koncentrují a posilují jeho volní složku ať už ve směru potřebné akce, nebo zábrany, nebo ho pomáhají zklidnit v určitých neurotisujících situacích. Ve své formě, funkci i mocném vlivu na jednání jedince jsou zcela obdobné sugescím při heterohypnose. Autosugesce při Schultzově autogenním tréninku pomohou léčit různé společenské fobie a poruchy chování s nedostatkem nebo přemírou zábran, zejména však všechny toxikomanie (např. alkoholismus, nikotinismus aj.).

Kontraindikace

Schultzův autogenní trénink se nezdá být vhodnou léčbou u psychotiků, oligofreniků, obsedantních neurotiků a u hysterických osobností. Selhává u osob postrádajících morálně volní vlastnosti nutné ke spolupráci (nestálost, nevytrvalost, sporná motivace k léčení).

Jacobsonova systematická svalová relaxace

Na rozdíl od Schultzova autogenního tréninku je Jacobsonova systematická svalová relaxace výlučně jen relaxací příčně pruhovaného svalstva. Teoreticky vychází ze všeobecně známých dialektických vztahů mezi stavem napětí příčně pruhovaného svalstva a stavem duševního „napětí". Vnitřní duševní klid má svou odezvu v celkové uvolněnosti svalstva (a naopak) — vědomé celkové uvolnění svalstva zklidňuje duševně (a naopak).

Metodika

Nemocný tříbí systematickým cvičením autopercepci svalového napětí, svalového tonusu. Na tomto základě se pak naučí svalstvo hluboce relaxovat. Začíná různými svalovými skupinami pravé horní končetiny. Pak postupně relaxuje levou horní končetinu, dolní končetiny, svalstvo břicha a trupu a dále dýchací svalstvo. Končí relaxací svalstva obličeje, zátylku, mluvidel a okohybných svalů. Protože se svalstvo hlavy zdá mít klíčové vztahy k neuroticismu, je mu věnováno v Jacobsonově systému nejvíce času a pozornosti.

Pod přiměřeně častým dohledem terapeuta se nemocný zprvu učí poznávat hrubé změny ve svalovém napětí tím, že dělá pohyb ve větších kloubech končetin a kontrahuje jednotlivé svalové skupiny flexorů a extensorů na horní a dolní končetině. Nemocný dostává asi tuto instrukci: „... ležte klidně a uvolněně na lůžku... velmi pomalu ohýbejte pravou ruku k lokti a pozorujte, co kde cítíte... pozorujte soustředěně, co cítíte na přední straně paže...". Po několika neúspěšných pokusech se nemocný skutečně naučí rozpoznávat a lokalisovat pocit svalové akce od jiných pocitů. Následuje: „... nechte zvolna klesat ruku zpět na lůžko a stále sledujte, co cítíte... vnímejte změnu svalového napětí, když ruka klesla...".

Při Jacobsonově systematické svalové relaxaci se nemocný sám naučí pozná-

vat svalový tonus a relaxovat jej. Vysvětluje a radí se mu jen málo. Jak nemocný v průběhu cvičení zmenšuje lokomotorický efekt a rozsah daného pohybu, učí se rozpoznávat stále menší a menší pocity svalového napětí. Posléze nemocný jen „... nechá napnout paži...", aniž vykoná pohyb, a i to postupně stále méně a méně až do neznatelnosti. Nemocný se rovněž naučí oddiferencovávat pocity svalové akce samé od pocitu změn napětí kloubního vaziva a šlach, od povrchových kožních sensací — zejména např. tlaku šatstva. To bývá, zvláště pro méně inteligentní osoby, dosti obtížné. Princip je jednoduchý: „... udělejte opak toho, co jste dříve cítil jako svalový stah... nazveme-li to, co jste cítil, jako svalový stah „plus", udělejte „minus"... nechte skupinu svalů, která dříve byla v akci, zcela ochabnout... relaxujte ji hlouběji a hlouběji...". Později se nemocný naučí relaxovat svaly přímo „z nulové polohy" bez jakékoliv předchozí kontrakce.

Základní principy Jacobsonovy relaxace — tříbení autopercepce svalového tonusu a systematická relaxace svalstva — nejsou při cvičení od sebe oddělovány, nýbrž jdou ruku v ruce. K dalším cvikům nemocný přechází až když dobře zvládl cviky předchozí. U neurotiků se věnuje zvláštní pozornost relaxaci svalstva hlavy. Svalstvo zátylí se relaxuje zejména při bolestech hlavy. Jinak se relaxace cíleně zaměřuje na dané neurotické motorické dysfunkce (tiky, písařská křeč, koktavost aj.). Tam, kde Jacobsonova relaxace slouží celkovému zklidnění neurotika, se postupně relaxuje svalstvo celého těla a tato relaxace se stále prohlubuje.

Kromě popsané „postupné relaxace", při níž se systematicky cvičí relaxace veškerého příčně pruhovaného svalstva těla a jež také končí relaxací všeho kosterního svalstva, obdobně jako závěrečná jogínská poloha „mrtvého", popsal Jacobson též tzv. „částečnou relaxaci". Je to v podstatě relaxace běžného denního života. Subjekt systematicky relaxuje ty svalové skupiny, jichž není pro akci daného okamžiku zapotřebí. Vycházeje ze známého faktu křečovité a „přestřelující" motoriky neurotika, snaží se Jacobson částečnou relaxací moudře o jeho protiváhu. Nemocný v denním životě provádí vlastně jakési soustavné protipodmiňování nervosity a anxiosity. V tomto bodě jsou plynulé přechody od Jacobsonovy relaxace k moderním psychoterapiím, vycházejícím z teorie učení.

Jacobsonova relaxace je bohužel metoda pro nemocného dosti časově náročná. Nemocným se radí cvičit jednou až dvakrát denně po 30 až 45 min. Léčení trvá měsíce. Terapeut nemocnému pomáhá co nejrychleji a nejsprávněji poznat pocit svalového napětí, kontroluje relaxovanost svalových skupin a řídí postup a rychlost nácviku relaxace.

Indikace

Jacobsonova relaxace je indikována, podobně jako Schultzův autogenní trénink, u všech neuros se zvýšenou psychomotorickou tensí a iritabilitou. Je indikována zejména u bolestí hlavy a dále u rozličných funkčních svalových spasmů a hyperkines. Je indikována u nespavosti.

Postavení relaxačních psychoterapeutických metod mezi ostatními psychoterapiemi má své zajímavé zvláštnosti. Na rozdíl od odkrývajících psychoterapeutických metod jsou relaxační psychoterapeutické metody zaměřeny „orgánově". Ovlivňují současně jak somatické, tak psychické funkce jedince. Jsou převážně „prvosignální", kdežto odkrývající psychoterapie jsou „druhosignální". Zatímco o vlivu odkrývající psychoterapie na vnitřní orgány můžeme usuzovat jen nepřímo a velmi hypoteticky, vliv Schultzova autogenního tréninku na vnitřní orgány je zcela bezprostřední, konkrétní a experimentálně snadno verifikovatelný.

Relaxační metody mají mnohé společné vlastnosti s hypnosou („zakrývající" psychoterapie, hypnoidní stavy, vzájemné kombinace, společné indikace). Přesto však jsou mezi nimi určité rozdíly. Je to zejména fakt, že stimulují u nemocného element aktivity, kdežto hypnosa spíše element pasivity, závislosti na terapeutovi.

Výhodou relaxačních metod je jejich poměrně malá časová náročnost. Léčbu lze s výhodou vést skupinově. Jinak nemocný cvičí doma sám. Terapeutova supervise může být poměrně řídká, např. jednotýdenní.

Ojedinělou zvláštností relaxačních metod mezi ostatními psychoterapeutickými metodami je to, že nejsou omezeny jen na oblast lékařství, nýbrž že možnosti jejich uplatnění jsou značně širší. Jejich současně zklidňující a energisující vliv na tělesné i duševní funkce jedince, vliv na mobilisaci a koncentraci jeho sil k určitému výkonu, zvýšení jeho resistence na stressové vlivy všeho druhu — to vše činí z relaxačních metod potenciální preventivní prostředek mentální hygieny par excellence. Proto se dobře hodí též k léčbě masově se vyskytujících poruch na hranici zdraví a choroby, jako je např. nespavost, bolesti hlavy, počínající přetlaková choroba aj. Dále jimi lze korigovat časté, preklinické poruchy chování, jako např. různé společenské zábrany a fobie.

Pokud pak jde o lékařství samé, přesahují relaxační metody svým významem značně rámec psychiatrie a mají své uplatnění v mnoha jiných lékařských oborech, zejména v lékařství interním.

Relaxační psychoterapie v řadě případů nemůže nahradit individuální nebo skupinovou odkrývající psychoterapii. Všude tam, kde je v pozadí neurosy psychologický konflikt a komplexy maladaptovaná osobnost neurotika, by váha měla padat na odkrývající složku v psychoterapii.

Na druhé straně však je jisté, že byla pozorována trvalá zlepšení jen samotnou relaxační léčbou, a to nejen u lehkých a monosymptomatických neuros.

Relaxační psychoterapeutické metody a odkrývající psychoterapie nejsou vzájemně se vylučující metody, ale mohou se u mnohých nemocných vzájemně kombinovat.

Výběr z literatury

Aboulker, P., Chertok, L., Sapir, M.: La relaxation. Exp. scientifique francaise, Paris 1959.
Hoskovec, J.: Schultzův autogenní tréning. Čs. Psychol. 6, 103—109, 1962.
Jacobson, E.: Progressive relaxation. Rev. ed., Univ. Chicago Press, 1938.
Kleinsorge, H., Klumbies, G.: Technik der Relaxation. G. Fischer Verl., Jena 1961.
Müller-Hegemann, D.: Psychotherapie. VEB Verl. Volk u. Gesundheit, Berlin 1957.
Schultz, I. H.: Das autogene Training. 11. vyd. G. Thieme Verl., Stuttgart 1964.
Stokvis, B., Wiesenhütter, E.: Der Mensch in der Entspannung. Hippokrates Verl., Stuttgart 1961.

Lékařská psychologie chorob psychosomatického pomezí

Ladislav Haškovec

V minulém století zaznamenala lékařská věda neobyčejné pokroky. Především díky patologické anatomii, fysiologii a dále mikrobiologii byla uspokojivě osvětlena etiopatogenese celé řady významných chorob. Současně se však tím naléhavěji vynořovaly do popředí naše nedokonalé znalosti o skupině poměrně často se vyskytujících onemocnění, jako je např. přetlaková choroba, gastroduodenální vřed, bronchiální astma, tyreotoxikosa a řada jiných. U chorob tohoto typu nestačily vžité vědeckovýzkumné metody a tradiční způsob medicínského uvažování typu „mikrob → nemoc určitého orgánu". Jednoduchý princip etiopatogenetické unikausality nestačil — bylo nutno uvažovat multikausálně. Rozvinula se dietetika, fysioterapie, klimatologie, balneologie, farmakoterapie a sociální lékařství. Avšak ani doplnění tradičních lékařských koncepcí genetikou, alergologií, endokrinologií a učením o fokální infekci neosvětlilo úplně a uspokojivě etiopatogenetické mechanismy u celé řady chorob psychosomatického pomezí. Pochopitelnou reakcí na tento stav věcí bylo a posud je intensivní bádání o psychosomatických vztazích, které probíhalo jednak na úrovni základního výzkumu a jednak na úrovni výzkumu klinického.

V naší kapitole pojednáme jednak o klasické hlubinné psychosomatice, dále o aplikacích Selyeho učení o stressu na oblast psychosomatických onemocnění, a o psychosomatické praxi.

Klasická hlubinná psychosomatika

Klasická hlubinná psychosomatika vznikla ve 20. až 30. letech tohoto stol. ve Spojených státech amerických.

Pro hnutí psychosomatiky je od počátku charakteristické jeho sepětí s psychoanalysou. Je to pochopitelné, protože v době, kdy se psychosomatika začala vyvíjet, byla psychoanalysa již poměrně dobře rozpracovanou a ucelenou hlubinnou teorií psychologického vývoje osobnosti člověka ve zdraví a nemoci. Stačilo pak jen aplikovat již propracované analytické koncepce vzniku neurotických příznaků na oblast vnitřních orgánů. Přesto se od nich později řada psychosomatiků odchýlila.

Podle Dunbarové, jedné ze zakladatelů psychosomatiky, souvisejí mnohé psychosomatické choroby s povahovými rysy nemocných, s charakteristickým způ-

sobem jejich afektivního reagování, s „profily" jejich osobností. Lidé s určitými psychologickými a afektivními tendencemi trpí určitými, jim odpovídajícími psychosomatickými chorobami. Tak se např. Dunbarová snažila, na základě podrobné psychiatrické anamnesy, popsat základní povahové rysy a typické konflikty nemocných s anginou pectoris, přetlakovou chorobou kardiovaskulární, astmatem, u nemocných nápadně náchylných k tělesným úrazům aj. Typický a často tradovaný je např. názor Dunbarové, že nemocní s přetlakovou chorobou a jejími následky a komplikacemi bývají jedinci s příliš intensivní vnitřní agresivitou,*) kterou musí potlačovat pod tlakem současných etických norem.

Učením o specifických „profilech osobností" ovlivnila Dunbarová psychosomatiku až do dnešní doby. Řada autorů po Dunbarové se snažila zjišťovat profily osobností u celé řady jiných psychosomatických a dokonce i organických chorob. Vztah mezi profilem osobnosti a psychosomatickým onemocněním však Dunbarová nepovažovala za jediný princip v psychosomatice. Řadu psychosomatických syndromů chápala Dunbarová též symbolicky, v podstatě konversně.

F. Alexander nepovažuje psychosomatický příznak nebo chorobu za konversní symbolickou reakci obrany člověka, snižující úzkost z podvědomého konfliktu, nýbrž za projev, doprovod tohoto konfliktu. Současně probíhající odezvou afektu je soustavná hyperiritace autonomního nervstva, jež má patogenní vliv na vnitřní orgány. Zatímco se tedy Dunbarová snaží dokázat vztah „specifický profil osobnosti → psychosomatické onemocnění", dokazuje Alexander vztah „specifický konflikt → psychosomatické onemocnění", podobně jako se má k sobě specifické mikrobiální agens k určité infekční chorobě.

Potlačovaný „instinkt" agresivity má údajně vztah k chorobám kardiovaskulárního aparátu (přetlaková choroba, ischemická choroba srdeční, migréna aj.). Potlačovaný „instinkt" touhy po ochraně má vztah k chorobám trávicí roury (žaludeční a dvanáctníkový vřed, ulcerosní kolitis aj.). Potlačovaný „instinkt" sexuality má vztah k chorobám dýchacího aparátu (bronchiální astma).

Alexander rozděluje psychosomatické choroby na dvě skupiny:

1. Choroby vznikající z hyperiritace sympatiku, mezi něž patří zejména přetlaková choroba kardiovaskulární, ischemická choroba srdeční, migréna, tyreotoxikosa a revmatická artritis. Psychodynamickým podkladem těchto chorob je konfliktogenní agresivita, tj. „boj" podle Cannonovy koncepce.

2. Choroby vznikající z hyperiritace parasympatiku, mezi něž patří mj. zejména žaludeční a dvanáctníkový vřed, ulcerosní kolitis a bronchiální astma. Psychodynamickým podkladem těchto chorob je chorobná konfliktogenní submisivita, infantilní touha po ochraně a lásce, tj. „útěk" podle Cannonovy koncepce.

Např. chorobně silná potřeba pasivní závislosti na někom jiném, potřeba ochrany nebo potřeba něčí lásky, anomálně přetrvávající z raného dětství, vedou pak v pozdějším věku jedince do konfliktu se strohou realitou života dospělého člověka dnešní společnosti. Doprovodem takto ustavičně reaktivovaného vnitř-

---

*) Agresivita člověka v psychoanalytickém pojetí je agresivitou „společenskou", v podstatě touhou po sebeuplatnění, vyniknutí, získání majetku a postavení.

ního konfliktu je trvale zvýšený tonus parasympatiku, vedoucí k hypersekreci žaludeční šťávy a tím ke vzniku žaludečního vředu, nebo k zužování lumina bronchů spasmem a tím ke vzniku astmatického záchvatu. Při tom Alexander rovněž předpokládá tzv. regresi k dětskému věku, kdy „být milován" rovná se „být krmen". Právě toto pomyslné, symbolické „nakrmení" je údajně příčinou zvýšené sekrece žaludeční šťávy, která je příčinou žaludečního vředu.

Obdobně vysvětluje Alexander konfliktogenní agresivitou vznik psychosomatických chorob daných zvýšenou sympatikotonií.

Dunbarová i Alexander vytvořili své psychosomatické koncepce na základě velmi podrobných psychodynamických kasuistik. Oba měli velký vliv na další vývoj hlubinné psychosomatiky. Řada autorů po nich se snažila dokazovat specifické emoční konflikty a profily osobností pro další psychosomatické choroby, jako např. ischemickou chorobu srdeční, vasomotorickou rhinitidu, ekzémy, neurodermatitidy, Raynaudovu chorobu a dokonce i organická onemocnění, jako např. plicní tuberkulosu a rakovinu.

V hlubinných psychodynamických koncepcích psychosomatiky hraje důležitou roli princip regrese. V psychologii znamená pojem regrese zvrat chování jedince vlivem nepříznivých emociogenních podnětů k vývojově časnějším, popřípadě až infantilním formám chování. Podle názoru psychosomatiků, — analogicky duševním funkcím — se regrese může projevit i v somatických funkcích. Předpokládají se jakési primitivně infantilní inervace nebo infantilní vulnerabilita vnitřních orgánů. Na orgány v regresi, jež jsou jakoby dětsky fragilní, působí cestou vegetativního nervstva impulsy síly afektů dospělého jedince, a proto v nich dojde k psychosomatickým funkčním nebo až organickým poruchám. Protože pak regrese údajně postihuje jednotlivé orgány nebo systémy orgánů nerovnoměrně, vzniká psychosomatická choroba jen jednoho orgánu.

Abychom konkretisovali pojetí regrese v hlubinné psychosomatice, uvedeme příklad z Bassinova kritického článku k psychosomatice a další příklady:

Infantilní konfliktogenní chorobná touha nevyzrálého nemocného po mateřské lásce vede k regresi k raným stadiím nitroděložního života, kdy funkce dýchání ještě není vyvinuta. Interferencí regresivních mechanismů s normálními mechanismy dýchání dospělého člověka vzniká astmatický záchvat. Jiný příklad: astmatický záchvat je symbolem pláče dítěte toužícího po matce a její pomoci v době dospělosti. Nebo: hypersekrece žaludeční šťávy s resultujícím vznikem vředu jsou dány regresivní „touhou po nakrmení". Nebo i přejídání otylých se vysvětluje regresí k raně dětským zvyklostem krmení nebo analytickou koncepcí „orality".

Jak bylo již naznačeno v předchozích odstavcích, bývají mnohé psychosomatické příznaky v hlubinné psychosomatice interpretovány symbolicky. Předpokládá se jakási „volba" a „řeč" orgánu. Pátrá se po zákonitostech této „řeči" pro jednotlivé příznaky a choroby. Interpretace většinou vycházejí z freudistických koncepcí o důležitosti ovládání funkcí vnitřních orgánů v raném dětství pro psychodynamický vývoj jedince. Jindy se počítá s vlivy identifikace s některým z rodičů (např. obesní dcera se identifikovala co do zvyklosti přejídání se svou obesní matkou apod.). Zejména trávicí roura se svými

funkcemi „příjmu — zadržování — zbavování se“ se může stát nositelem poruch psychologického „příjmu — zadržování — zbavování se“. Např. příznak zvracení nebo poruch polykání může být výrazem psychologického „nechci“, „nemohu to snést“. Podobně symbolicky se interpretuje např. příznak zácpy nebo průjmu.

Poukazuje se na to, že v mysli člověka mají různé systémy orgánů a somatické funkce své symbolické koreláty, jak to dokazují četná lidová přísloví.

Pro názory některých evropských, zejména německých psychosomatiků je charakteristické to, že značně přesahují lékařsko-klinický rámec a mají značně spekulativní metafysicko-filosofický obsah. Z psychologicko-filosofického hlediska se řeší nejen otázka psychosomatického onemocnění, ale rozebírá se i otázka lidské nemoci vůbec. „Psychosomatisuje“ se celé lékařství.

Hlavní zásadou fenomenologicky orientovaných psychosomatiků je chápat nemocného a jeho chorobu v souvislosti s jeho bezprostřední životní situací a celého curriculum vitae a sledovat tak příznaky choroby v jejich plné a bezprostřední životnosti.

Každá nemoc (tedy např. i infekce, rakovina apod.) je významně psychologicky podmíněna. Nemoc je důležitou změnou v životě jedince a má pro něho hluboký psychologický a osudový smysl. Ten je nutno odkrýt hlubinnou psychologickou anamnesou z celého životního běhu nemocného. Nemoc je boj člověka s jednou z forem transcendentálního násilí a je nutno se s ní aktivně a nikoliv pasivně (např. antibiotiky, protizánětlivými farmaky) vyrovnat. Aktivní vyrovnání se s nemocí je důležitý faktor v životě jedince. Podle Weizsäckera je jedincovo psychosomatické „já“ s okolním světem v jednotě a nejužších vztazích. Negativní psychologické podněty z vnějšího prostředí mohou významně ovlivnit jedince v celé jeho psychosomatické šíři. Stejně tak jsou v jednotě i psychické a somatické funkce člověka. Tyto funkce se mohou navzájem zastupovat, takže např. výrazem psychické frustrace člověka může být, cestou snížené resistence organismu, jakékoliv banální infekční onemocnění.

Názory existencialisticky orientovaných evropských psychosomatiků (Benedetti, Boss) jsou blízké předchozím. Tito psychosomatici řeší psychologicky případy svých nemocných často odvážnými symbolickými interpretacemi, zejména v rámci těchto kategorií: vztah člověka k času, prostoru, omezenosti vlastního života, smrti, otázce osobní svobody, životního rozhodování, k úzkostnosti člověka nuceného existovat v dnešním dehumanisovaném moderním světě.

Analytické směry hlubinné psychosomatiky, jež jsme ve stručnosti popsali v předchozích odstavcích, bývají označovány za specifické, protože zdůrazňují vztah určitého psychosomatického onemocnění k určitému specifickému emočnímu hlubinnému konfliktu, „profilu“ osobnosti, nebo popřípadě považují jistý psychosomatický příznak za specifický symbol výchozího emočního konfliktu.

Dříve než přejdeme k popisu tzv. nespecifických směrů k psychosomatice, uvedeme v bodech k r i t i k u h l u b i n n é psychosomatiky.

Předně byla kritisována koncepce tzv. specificity konfliktů a profilů osobností. Srovnáním jednotlivých psychosomatických prací bylo zjištěno, že u týchž chorob (např. žaludeční vřed, bronchiální astma, přetlaková choroba) byly jako

údajně specifické popsány různé, namnoze se i vylučující a protichůdné typy profilů osobností a „specifických" výchozích konfliktů Alexandrova typu. Bylo zjištěno, že se tyto údajně specifické konflikty u jednotlivých psychosomatických chorob, jak byly popsány jednotlivými autory, významně překrývají a interkorelují, takže zřejmě nejsou specifické. Kromě toho byly tytéž „specifické" konflikty zjištěny i u přibližně stejného procenta zdravých kontrolních jedinců. Dále bylo konstatováno, že je-li tentýž nemocný nezávisle na sobě vyšetřován několika hlubinně orientovanými psychoterapeuty, nebývají hypothesy těchto vyšetřujících lékařů o výchozím emočním konfliktu psychosomatické choroby shodné, ba bývají i protichůdné.

Rovněž symbolické pojetí psychosomatických příznaků bylo vážně kritisováno. V symbolických interpretacích psychosomatiků totiž značně převažují spekulace nad snahou po experimentálním průkazu, i když, ve světle známých experimentálních Penfieldových prací, lze temporální mozkový lalok považovat za jakýsi mediátor percepce tělového a orgánového schématu. Jinak experimentální práce (Malmo, Lindsley) spíše nasvědčují vztahu „konstituce → specifická reakce autonomního nervstva", než Alexandrově vztahu „specifická emoce → specifická reakce autonomního nervstva". Je však nutno objektivně poukázat na to, že Alexander sám opakovaně zdůrazňoval hypothetičnost svých koncepcí a nutnost jejich budoucí pečlivé vědeckoexperimentální analysy.

Výše uvedenými kritickými poznámkami k psychosomatice nechceme tvrdit, že by poznatky klasické psychosomatiky byly bezvýznamné. Naopak v dílčích hlediscích přispěly v mnohém k hlubšímu lékařskopsychologickému poznání chorob na pomezí psychického a somatického lékařství. Je např. obecnou zkušeností, že lidé v tíživých situacích mají jistý sklon k infantilním reakcím (princip regrese), že některé funkční příznaky, jako je např. dětské zvracení, bývají symbolickým výrazem určitých psychických tendencí (princip symboličnosti v psychosomatice), že afekt úzkostnosti má v životě moderní civilisace svou důležitost (existencialistická hlediska v psychosomatice), nebo že mnohé infekční choroby mohou být významně psychogenně ovlivněny (Weizsäckerovo psychosomatické učení). Tato a jim obdobná, sice v jednotlivostech správná psychologická zjištění, když jsou nekriticky rozvedena a povýšena na všeplatné a všezahrnující teorie, odtržené od fysiologie a poznatků tradičního lékařství, jsou nepřijatelná jakožto systémy.

Popsaná klasická hlubinná psychosomatika tedy, přes velké vědecké úsilí, které na její rozvoj bylo vynaloženo, zatím plně nedosáhla úrovně vědecké teorie a jeví se jako poněkud předčasný, dosavadním poznatkům ne zcela odpovídající pokus o zaplnění „slabého místa" medicíny teorií ad hoc.

Koncepce stressu v psychosomatickém lékařství

Od hlubinných, specifických směrů psychosomatiky se tzv. nespecifické směry liší především tím, že nepokládají psychosomatické choroby za důsledek určitých klíčových podvědomých konfliktů, nýbrž obecně za důsledek

jakýchkoliv konfliktových a stressových situací. Nejen tedy hlubinné, nýbrž vůbec jakékoliv konflikty a afektivní reakce, ať už vědomé nebo podvědomé, potlačené nebo nepotlačené, mohou vést ke vzniku psychosomatických chorob. Nepočítá se tedy s jakousi městnající pudovou energií. Vznik psychosomatických chorob není projevem jakési specifické obranné reakce individua na podvědomý konflikt, nýbrž následkem selhání obecně adaptačních mechanismů. Úzkost není považována jen za protektivně adaptační mechanismus, nýbrž počítá se i s neadaptivní stránkou úzkostnosti. Psychosomatické choroby v zásadě nemají žádný symbolický význam. Nepočítá se ani s mechanismy regrese.

Z uvedeného je zřejmé, že nespecifické psychosomatické směry svým nedogmatickým přístupem k psychosomatickým chorobám jsou značně bližší našemu pojetí lékařské psychologie. Proto také na jejich podkladě přejdeme ke konkrétním případům z psychosomatické praxe.

Pro nespecifické psychosomatické směry je charakteristické, že zpravidla nejsou omezeny jen na kasuisticko-klinický výzkum, nýbrž že akcentují též výzkum experimentální. Dále, že teoreticky vycházejí z pavlovovské reflexologické školy, z Hullovy teorie učení a ze Selyeho učení o nespecifické obranné a adaptační reakci na stress.

Nejtypičtějším zástupcem těchto směrů je, pokud jde o výzkum, známý H. Wolff. Tento autor studoval se spolupracovníky velmi přesnými experimentálními metodikami funkce vnitřních orgánů u nemocných a zdravých pokusných osob při různých afektivních stavech, ať už spontánně se vyskytujících během dlouhodobých pozorování, anebo krátkodobě navozených experimentálně (tzv. laboratorní stressové situace, stressové rozhovory). Během těchto pozorování byly u zkoumaných osob soustavně zaznamenávány např. změny prokrvení a sekrece sliznic, motility hladké svaloviny a popřípadě až organické změny na sliznicích pozorovacích orgánů. Klasické jsou zejména Wolffovy pokusy na muži jménem Tom, pacientovi s žaludeční píštělí, o jehož dlouhodobém sledování napsal Wolff monografii. Podobně jsou známé i jeho další pokusy na nemocných s píštělemi střev, s vasomotorickými rhinitidami a hypertensemi. Wolff zjistil některé zajímavé souvislosti mezi funkcemi vnitřních orgánů a emočními stavy. Vznik psychosomatických chorob si pak Wolff představuje tak, že se původně obranné orgánové fysiologické reflexy, soustavně opakované za neadekvátních situací, podmíněně reflexně fixují a posléze vedou až k organickým změnám. Otázku „volby orgánu" se Wolff hlouběji nepokouší řešit, nýbrž předpokládá prostě jen konstituční predisposici a vulnerabilitu určitého orgánu.

Mahl vyvolal dlouhodobou anxiotisací u pokusných zvířat hypersekreci a hyperaciditu žaludeční šťávy. Akutní, krátkodobá anxiotisace zvířete naopak sekreci žaludeční šťávy zvířete tlumila. Chronickým stressem se pokusně podařilo vyvolat dokonce i přímo vznik žaludečního vředu u opic. Tyto a jiné pokusy nasvědčují tomu, že žaludeční vřed, jakožto prototyp psychosomatického one-

mocnění, není nemocí specificky lidskou a nevzniká symbolicky, nýbrž chronickou anxiotisací jakéhokoliv druhu.

K osvětlení psychosomatických vztahů významně přispěla pavlovovská reflexologická škola, kortikoviscerální fysiologie a patofysiologie. V klasických a všeobecně známých pokusech (Petrovová, Bykov-Kurcin, Usijevič) byly u zvířat pozorovány nejen projevy nervosity, ale též funkční a popř. až organické orgánové změny, dystrofie aj. Je zřejmé, že mechanismy popisované jako srážka vzrušivého a útlumového procesu, antagonismy vzruchu a útlumu při přepracovávání dynamického stereotypu, „stržení" nervové činnosti zvířat náhlým podnětem, jsou vždy doprovázeny též značnou afektivní odezvou u zvířat, a pravděpodobně proto jsou schopny vyvolat quasi psychosomatické poruchy. Tyto pokusné reflexní orgánové změny pak jsou jakýmsi hrubým vzorem etiopatogenese psychosomatických chorob.

V psychosomatických koncepcích odvozených z Hullovy teorie učení hraje ústřední roli afekt úzkosti. Původně obranné, fysiologické vegetativně endokrinní reakce spojené se stavy úzkosti mohou podmíněně reflexně navázat na nejrozmanitější podněty, jež je pak mohou chronicky a neadekvátně (tedy již nikoliv ku prospěchu, nýbrž ke škodě jedince) elicitovat. Chronická hyperiritace vegetativního nervstva neadaptivními podmíněnými reflexy pak může vést až k organickým psychosomatickým změnám.

Selyeho učení o stressu velmi významně ovlivnilo psychosomatiku. Bylo opakovaně experimentálně prokázáno, že člověk reaguje na psychologický stress v podstatě obdobnou nespecifickou protektivní a adaptační reakcí, jako reagovala zvířata na fysikálně chemický stress v klasických Selyeho pokusech. U lidí se tento symbolický, společensko-psychologický stress jeví jako daleko významnější než stress fysikálně chemický. Nepřihlížíme-li k přímému ohrožení života, je pro člověka stressem zejména ztráta nebo ohrožení jeho osobních a společenských hodnot. Některé podněty jsou pro člověka všeobecně stressogenní. Je to např. náhlá ztráta nebo vážné ohrožení milované osoby, válečné útrapy aj. Většinou je však obsah pojmu stress v lidské společnosti relativní a specificky souvisí s hierarchií hodnot subjektu (Vondráček). Co je pro jednoho stressem, pro druhého jím zdaleka není.

Na vztahy mezi stressem a chorobností můžeme dnes usuzovat nejen na podkladě staleté lidské empirie, ale též na podkladě seriosního vědeckého výzkumu, který v dalších odstavcích stručně nastíníme.

Předně se řada autorů snažila mezi stressem a vznikem nemoci zjistit časové souvislosti. Tak např. bylo zjištěno, že těžší stressové emoční vlivy předcházely vzniku srdečního infarktu u 91 ze 100 nemocných mladších 40 let. U kontrolní skupiny zdravých osob byl podle týchž kritérií vyšetřování zjištěn stress jen u 20 % případů. Podobně byl zjištěn těsně předcházející stress u 75 z 87 případů colitis ulcerosa. Z toho u 56 kolitiků byl stress zcela evidentní, protože jím byla ztráta milované osoby úmrtím.

Hinkle a spol. studovali statistickým způsobem všeobecnou nemocnost (tedy nejen psychosomatická onemocnění) v závislosti na stressu v jisté populaci. Zjistili skutečně positivní závislost nemocnosti na stressu. Tato závislost však

měla, kromě kvantitativní, i svou kvalitativní stránku: lidé byli relativně nemocnější v těch obdobích života, která pro ně byla subjektivně tíživá, jimž se subjektivně neuměli adaptovat.

Podobná časová korelace mezi stressem a chorobou byla opakovaně zjištěna i pro plicní tuberkulosu.

Jiný metodicky zajímavý typ výzkumu stressu jsou experimentální stressogenní rozhovory. Na základě podrobného psychiatrického vyšetření stanoví experimentátor hypothesu o psychogenesi psychosomatických příznaků u určitého nemocného. Může to být např. předpoklad, že nemocný reaguje chorobně afektivně na meziosobní konflikt týkající se jen určité osoby. Jindy je výchozí hypothesa všeobecnějšího charakteru, jako např. „... hypertonik bude reagovat zvýšením krevního tlaku jen na podněty související s jeho potlačovanou agresivitou...". Experimentátor pak vede se zkoumanou osobou řízený pohovor. V jeho průběhu jsou soustavně, často automaticky přístrojem, registrovány somatické děje, jež lze považovat za jakési předstupně příslušného psychosomatického onemocnění (zvýšená sekrece žaludeční šťávy — žaludeční vřed, přechodná elevace krevního tlaku — přetlaková choroba kardiovaskulární, nebo stav nosní sliznice — vasomotorická rhinitis).

Experimentátor může hovořit s pokusnou osobou o indiferentních věcech; může s ní hovořit o věcech, jež sice evokují afekt, avšak podle předchozího vyšetření nemají vztah k psychogenesi chorobných příznaků dané osoby; konečně s ní může hovořit o věcech, o nichž předpokládá, že podle předběžného psychodynamického rozboru jsou pro nemocného specificky konfliktogenní a mají vztah k danému psychosomatickému onemocnění.

Řada takto organisovaných experimentálních psychopatologických prací skutečně až překvapujícím způsobem dokazuje správnost předpokladů o psychogenesi psychosomatických příznaků získaných podrobnou psychoexplorací. Výzkum tohoto typu je druhem jakéhosi poměrně přesného experimentu, protože experimentátor v něm může měnit obsahem rozhovoru nezávisle proměnnou a sledovat předpokládanou reakci na ni.

Vědecké sledování chorobných korelátů stressu, jak se přirozeně vyskytují v denním životě, je přirozeně obtížné. Známe např. několik prací o sledování biochemických somatických reakcí na stress u telefonistek, u studentů před zkouškami apod. Sem spadají i práce Wolffovy, např. dlouhodobé pozorování pacienta Toma s žaludeční píštělí. I tu byly zjištěny positivní korelace somatické odezvy na stress.

Jsou známy i práce snažící se statistickým průzkumem dokazovat závislost výskytu psychosomatických chorob na způsobu života současné, vysoce industrialisované a urbanisované moderní společnosti. Tak byl zjištěn podstatně vyšší výskyt psychosomatických onemocnění u příslušníků civilisačně méně vyvinutých národů, kteří se ocitli ve středu života moderní civilisace (černoši v USA, urbanisovaní Indové) než těch, kteří žijí v původním prostředí.

Můžeme-li tedy dnes kausální vztahy mezi stressem a chorobou považovat

ne-li za prokázané, tedy alespoň za velmi pravděpodobné, vyvstává otázka, jak uplatnit tyto poznatky v klinické praxi, při vyšetřování a léčení nemocných.

Klinická praxe psychosomatických poruch

Předně již sama diagnosa psychosomatických onemocnění*) má vést k hlubšímu lékařskopsychologickému rozboru případů. U psychosomatických onemocnění vždy spíše pomýšlíme na psychogenní vlivy než u onemocnění jasně organických. Hned na tomto místě však je nutno zdůraznit, že psychogenní vlivy se mohou uplatňovat v genesi i jasně „organických" chorob. Zejména průběh chronických infekcí může významně kolísat se základním duševním laděním nemocného. Je známo, že i krátkodobý laboratorní stress má vliv na virulenci přístupné mikrobiální flóry u člověka cestou změny jeho odolnosti.

Při praktickém klinickém vyšetřování stressogenní etiologie určitého onemocnění je pravděpodobně nejdůležitějším kritériem stressového původu příznaků zjištění positivních časových vztahů mezi stressem a vznikem nebo exacerbacemi onemocnění. Stressogenní, resp. psychogenní původ psychosomatických (nebo jiných) chorobných příznaků je tím pravděpodobnější, čím časově bezprostředněji, pravidelněji a selektivněji se objevují chorobné příznaky v závislosti na stressu. Objevují-li se příznaky jen v určité typické, pro nemocného významné afektogenní konstelaci podnětů zevního společenského prostředí a neobjevují-li se v jiných, byť i rovněž afektogenních situacích, je možno považovat kausální vztah mezi těmito podněty a chorobou za nanejvýš pravděpodobný a patřičná terapie pak přirozeně musí směřovat k řešení zjištěného konfliktu odkrývající psychoterapií. Klasický je např. výskyt chorobných příznaků jen v přítomnosti jisté osoby, anebo, jak to bývá častěji, pod vlivem podnětů podmíněně reflexně s touto osobou asociovaných.

Psychogenní původ příznaků je rovněž velmi pravděpodobný tehdy, jestliže vznikly poprvé v životě bezprostředně po psychotraumatu. Pravidlo časové koincidence mezi stressem a exacerbací psychosomatických příznaků má svou důležitost zejména u monosymptomatických psychosomatických dysfunkcí (např. migréna, kopřivka, astmatický záchvat, vasomotorická rhinitis aj.).

Někdy při zjišťování časových vztahů mezi stressem a psychosomatickou chorobou pomohou objektivní zprávy od příbuzného.

---

*) K psychosomatickým chorobám bývají řazeny: přetlaková choroba kardiovaskulární, ischemická choroba srdeční, bronchiální astma a další alergická onemocnění, žaludeční a dvanáctníkový vřed, colitis ulcerosa, otylost, řada kožních onemocnění (neurodermatosy, některé ekzémy, kopřivka, akné, seborrhoea, psoriasa, prurity), glaukom, tyreotoxikosa a některé další endokrinopatie, jisté formy revmatických artritid. K psychosomatickým chorobám se počítají též některé funkční syndromy jako neurocirkulační astenie, Raynaudova choroba, migréna, kardiospasmus, dráždivý tračník, některé průjmy, zácpy, fibrositidy, dysmenorrhoea, vulvární prurity aj.

Anamnesticky zjištěné časové korelace mezi stressem a vznikem psychosomatického onemocnění si můžeme nezřídka ověřit v průběhu vyšetřování podle chování nemocného. Chování nemocného během lékařského vyšetřování je dalším důležitým kritériem, z něhož můžeme usuzovat na stressovou etiologii daného psychosomatického syndromu. Někdy můžeme přímo, kdykoliv se rozhovor „dotkne" citlivých afektogenních „míst" nemocného, pozorovat exacerbaci chorobných příznaků. Týká se to samozřejmě takových příznaků, jež jsou přístupny přímému pozorování nebo průběžnému vyšetřování, jako jsou např. rozmanité kožní afekce, emoční tachykardie a extrasystolie, dyspnoické poruchy aj. Častěji však můžeme na suponovaný vztah mezi stressem a chorobnými psychosomatickými příznaky usuzovat jen nepřímo z nápadného afektivního hnutí, když se rozhovor dotkne základního konfliktu nemocného. Pozorné sledování nemocného během vyšetřování je tedy velmi důležité a může potvrdit lékařovu hypothesu o stressovém původu psychosomatických obtíží nemocného.

Někdy může být dokladem psychogenního původu obtíží nemocného nikoliv jejich provokace, ale naopak zmírnění během rozhovoru s lékařem, v němž nemocný měl možnost v klidném a emočně příznivém prostředí verbalisovat, racionalisovat a odreagovat své afektivní konflikty. Správné je zeptat se nemocného, jak se cítil v různých fázích rozhovoru s lékařem a jak se cítil po něm.

Jednou z příčin, proč lékař u svého nemocného nezjistí de facto existující vztah mezi stressem a chorobou, je to, že nevěnuje (resp. nemůže věnovat) vyšetření dosti času. Psychoterapie bez alespoň částečných časových možností je absurdum. Jinou z příčin, proč lékař tento vztah nezjistí, je to, že inklinuje k tomu, neuznávat u nemocného jiné typy konfliktů a stressů, než jaké poznal a nahlíží sám.

Při systematickém anamnestickém pátrání po vlivu stressu na nemocnost vyšetřovaného nemocného z hlediska dlouhodobé životní anamnesy bývá výhodné zaznamenávat data v přehledné tabulce. V levém sloupci pod sebou chronologicky zaznamenáváme překonaná onemocnění a v pravém paralelním sloupci biologicky a psychologicky významné etiologické faktory v odpovídajícím chronologickém pořadí. Někdy vybaví nemocný lépe z paměti souvislosti mezi stressem a chorobností, když svůj životopis píše sám.

Soustavné, např. denní písemné záznamy bývají někdy výhodné i při průzkumu stressových vlivů u současného onemocnění. Pacient si vede sám záznam o manifestaci psychosomatických chorobných příznaků ve vztahu k různým podnětům denního života. Při tom samozřejmě lékař musí zvážit případné negativní vlivy takovéto formy vyšetřování (zvýšené sebepozorování, autosugesce) s klady, jež tato forma anamnesy může přinést. Obsah takovýchto záznamů pak zpravidla slouží jako východisko k další psychoexploraci, v níž se zpravidla spoluprací mezi lékařem a nemocným podaří konkretisovat genesi psychosomatických příznaků. Často se stává, že nemocný při vyšetřování psychogenní etiologii svých příznaků zamlčuje, aby se nezdálo, že si své obtíže „jen namlouvá", a je tedy „psychiatrickým případem".

V rozboru diagnostiky psychosomatických chorobných stavů se dotkneme dvou problémů, o nichž se zpravidla ve statích o psychosomatice nepíše. Jsou

to jednak hysterické funkční orgánové syndromy, a dále atypické melancholie, skryté za orgánovými příznaky. Praxe autora jakožto dlouhodobého psychiatrického konsiliáře dvou pražských fakultních nemocnic, jeho zkušenosti z psychosomatické ambulance a z průzkumu psychiatrických případů v ordinacích obvodních, praktických lékařů, ukázaly, že jak praktičtí, tak i odborní lékaři různého zaměření se s výše uvedenými chorobnými stavy v našich podmínkách setkávají neobyčejně často.

Ve světové literatuře se obecně zdůrazňuje, že dnešní hysterické poruchy změnily co do symptomatologie oproti klasickým Charcotovým popisům podstatně svou tvářnost. Hysterie dnešní doby se projevuje převážně „orgánově", mj. zejména rozmanitými stavy slabosti — „omdléváním", atypickými monoalgiemi nebo polyalgiemi (bolesti v okolí páteře, v podbřišku, netypické bolesti hlavy), různými polykacími obtížemi, pocity staženého hrdla, dýchacími poruchami (tíseň na hrudníku, tachypnoe) apod. Hysterická nemocná mívá často nějakou skutečnou organickou nemoc, jako ji mívá konec konců téměř každý dospělý člověk, a na ni je pak navršeno množství hysterických funkčních obtíží. Zdravotnická dokumentace takovýchto nemocných bývá charakteristická již svým objemem, který je dán abnormálně vysokým počtem návštěv příslušného zařízení, opakovanými odbornými konsiliárními a laboratorními vyšetřeními, jež si nemocní svým afektivním postojem zpravidla vynutí, zprávami z opakovaných lázeňských pobytů aj. Nezřídka mívají tyto nemocné i mnohočetné operace. Diagnosa hysterie bývá někdy u těchto nemocných na prvý pohled zřejmá, jindy je nutno ji odkrývat psychologickou anamnesou pod pláštíkem „belle indifférence", a teprve pak je zřejmé, že příznaky slouží nemocné jako prostředek k dosažení určitého cíle, jímž bývá zejména získání ohledů nemocí, nebo prostě zaplnění vlastní nudy. Afektování nemocné, její zřejmě záporná motivace k léčbě, i když navenek je zdůrazňována „snaha léčit se", a konečně neurologické vyšetření s funkčními tremory, míjením cíle při zkouškách taxe a prvky astasie-abasie aj. zpravidla dotvrdí diagnosu hysterie.

O hysterických psychosomatických syndromech s účelovým zabarvením jsme se zmínili nikoliv kvůli terapii, která má u těchto pacientů stejně jen malou naději na úspěch, protože hysteričtí nemocní směřují zpravidla k tomu, že chtějí v chorobě setrvat a nikoliv k tomu, že se jí chtějí zbavit, nýbrž kvůli prognose a časovému kalkulu lékaře.

S atypickými psychosomaticky larvovanými melancholiemi se psychiatr často setkává zejména na interních klinikách. Ziegler zjistil průzkumem většího souboru melancholiků, že tito nemocní na počátku svého onemocnění hledali pomoc nikoliv u neuropsychiatra, nýbrž u lékařů somatických oborů, zejména internistů. Zieglerovy zkušenosti můžeme potvrdit i my. Je to dáno tím, že typické příznaky melancholie, jako jsou patický afekt smutku, úzkostnost, útlum psychomotorických funkcí, insuficienční, mikromanické a autoakusační bludné tendence, nezájem na životě až suicidální tendence, typické kolísání klinického stavu s ranními pessimy, mohou být u těchto pacientů poměrně inaparentní a vyšetřováním je nutno po nich pátrat, zatímco příznaky poruch somatických funkcí mohou v symptomatologii melancholie dominovat. Melan-

cholik svými chorobně úpornými hypochondrickými pocity, soustředěnými na jeden orgán, často mimoděk lékaře ovlivní, takže lékař věnuje svou diagnostickou pozornost skutečně jen tělesným příznakům a podhodnotí příznaky psychické. Proto bývají depresivní nemocní zhusta dlouho vyšetřováni a léčeni např. pro domnělou chorobu trávicího traktu, srdeční chorobu, pohlavní insuficienci, kloubní onemocnění nebo dokonce stomatologickou chorobu. Nezřídka bývá melancholik s typickým bludem onemocnění rakovinou vyšetřován jako suspektní karcinomatik, neboť jedním z typických příznaků melancholie je značný pokles na váze.

V průběhu melancholií bývají pozorovány nejrozmanitější somatické příznaky: pocity tísně na hrudníku, pocity nedostatku dechu, bolesti v srdeční krajině, palpitace srdeční, gastrointestinální obtíže různého typu (zejména sklon k zácpě nebo k dyspeptickým poruchám), u mužů pokles sexuální apetence a potence, u žen pokles sexuální apetence a poruchy menstruačního cyklu, kožní prurity, bolesti nebo pocity prázdna v hlavě, dysestesie v dutině ústní, algie a parestesie všeho druhu a lokalisace aj. Uvedené aypické somatické příznaky ve spojení s některými obligátními příznaky deprese (jako jsou nespavost, celková malátnost a skleslost, únavnost, nechutenství, pokles na váze) často vedou buď k mylné diagnose vážného somatického onemocnění na jedné straně nebo k mylné diagnose psychoneurosy na straně druhé a tím k nevhodně dlouhému vyšetřování a neodpovídajícímu léčení.

Několik anamnestických dotazů, zaměřených k lepšímu poznání skryté psychické symptomatologie deprese, na rodinnou anamnesu a periodicitu onemocnění, nám zpravidla rychle zjedná jasno v diferenciální diagnose a navíc často odkryje latentní suicidální tendence nemocného.

Zabývali jsme se zevrubně diagnostikou psychosomatických poruch. V dalších odstavcích stručně probereme ještě prevenci a terapii těchto onemocnění.

U psychosomatických onemocnění, jako je žaludeční vřed, hypertense, bronchiální astma a jiné funkční psychosomatické syndromy, je klinická praxe nerozlučně spjata s lékařskopsychologickým přístupem. Jsou-li emoční a psychogenní vlivy podstatnými etiopatogenetickými faktory těchto chorob, musí jim odpovídat i diagnostika, prevence a terapie. Komplexní přístup k psychosomatickým chorobám má tedy být nejen tradičně medicínský, ale i psychoterapeutický a mentálně hygienický.

Prevence psychosomatických poruch a chorob splývá vjedno s prevencí neuros. Za současného stavu našich znalostí totiž nevíme, proč protrahovaný stress u jedince X vyvolává neurosu, u jedince Y psychosomatické onemocnění a u Z nevyvolává chorobu vůbec, nýbrž jen nespokojenost. Proto také prevence psychosomatických chorob splývá vjedno s mentálně hygienickými pravidly vůbec, a týká se mentální hygieny rodinného a pracovního prostředí, a dále i zdravého emočního vývoje jedince od dětství.

V kapitole o psychosomatice upozorňujeme z preventivního hlediska zejména na škodlivý vliv nadměrného, popř. až návykového užívání látek a léčiv s vlivem na vegetativní nervstvo, jako je např. nikotin, fenmetrazin a antiastmatika. Na psychiatrické klinice jsme měli opakovaně příležitost léčit nemocné (např.

astmatiky, nemocné s bolestmi hlavy), u nichž usus soustavně předpisovaného symptomatika přešel v toxikomanii s vážnými vlivy na celkový zdravotní stav.

Rovněž psychoterapie psychosomatických poruch se široce překrývá s pravidly psychoterapie neuros (viz tuto kapitolu). Kde je psychosomatický syndrom psychogenně motivován nebo kde je v jeho pozadí emočně anomální osobnost s maladaptivními stereotypy co do interpersonálních vztahů, padá váha na odkrývající psychoterapii. Kde psychosomatická onemocnění souvisejí spíše s konstituční labilitou vegetativního nervstva, padá váha spíše na relaxační psychoterapeutické metody. Hypnosa je indikována nejspíše u monosymptomatických psychosomatických dysfunkcí. Právě v psychosomatickém lékařství našly široké uplatnění zakrývající psychoterapeutické metody. Řada význačných evropských psychosomatiků se intensivně zabývala relaxačními psychoterapiemi a hypnosou, a to zřejmě proto, že tyto metody mají mohutný vliv na činnost vnitřních orgánů.

V rámci poslání této monografie jsme se pochopitelně věnovali jen lékařské psychologii v psychosomatice. To však neznamená, že bychom chtěli absolutisovat psychoterapeutický a podceňovat biologicko-farmakologický přístup k psychosomatickým nemocným, jak to činí někteří extrémně orientovaní psychosomatici. Zastáváme názor, že psychosomatické choroby a funkční poruchy vznikají fixací abnormních reflexních okruhů, posilovaných jak biologickými, tak psychologickými faktory. Terapie má proto směřovat k narušení těchto patologických okruhů na různých místech, což se může stát jak farmakologicky, tak psychoterapeuticky, nejlépe však vždy obojím.

Prognostická, diagnostická a terapeutická klinická praxe v oblasti emočních orgánových poruch psychosomatického pomezí si kromě všeobecně známých medicínských postupů zpravidla vynucuje též kladení otázek, souvisejících s nemocným jakožto se společenskou bytostí, tj. otázek psychologických. Klademe si např. takovéto otázky:

Proč onemocněl náš nemocný právě v této době a právě touto chorobou? Jaké jsou jeho obranné schopnosti? Nežije náš nemocný ve stavu dlouhodobého vnitřního napětí, úzkostnosti nebo smutku? Jestliže ano, v čem tkví příčiny tohoto stavu? Vyplývají z objektivní situace nemocného (rodina, pracoviště), anebo tkví spíše v maladaptované osobnosti nemocného samého? Jak se umí náš nemocný přizpůsobovat a vyrovnávat s životními obtížemi a jak je v tomto ohledu psychologicky silným a odolným jedincem? Neutrpěl v době před onemocněním vážné psychotrauma? Jsou příznaky nemocného skutečně adekvátně prožívanými příznaky, nebo jsou jen „útěkem do nemoci“ a mají skrytý účelový význam? Nevznikly sugestivní, např. iatrogenní cestou? Co vede jednoho z našich nemocných k tomu, že neužívá léky, zatímco druhý dodržuje až s chorobně pedantickou přesností nejdrastičtější dietní předpisy? Proč se vyvinuly u naší nemocné prekordiální bolesti přesně od doby, kdy její manžel zemřel na srdeční infarkt? Proč má náš astmatik (nebo nemocný s jinými psychosomatickými příznaky) obtíže jen v určité psychologické situaci, např. v přítomnosti určité osoby? Proč dochází u jistého dítěte ke zvracení pravidelně jen tehdy, chce-li

nějakým způsobem vyjádřit svůj odpor nebo se něčemu vyhnout? Proč se migreničce ulevilo od bolesti hlavy už jen poté, co byla v klidném a neuspěchaném prostředí lékařem s porozuměním vyslechnuta?

Tyto a jim obdobné otázky si zpravidla musíme klást u nemocných s psychosomatickými poruchami. Tato praxe je nerozlučně spjata s lékařskou psychologií.

Axel Munthe uměl intuitivně odhadnout, kteří z jeho nemocných přežijí strašlivou epidemii cholery a kteří ne. Platonův výrok (Charmides) „... není správné léčit oči a nevidět celou hlavu, rovněž hlavu nelze dobře léčit bez znalosti, co je s tělem, a lze snad léčit tělo a nepřihlížet ke stavu duše? A v tom spočívají neúspěchy řeckých lékařů, že nevidí člověka jako celek..." neztratil dodnes nic ze své aktuálnosti.

Výběr z literatury

Alexander, F.: Psychosomatic medicine: its principles and applications. London, G. Allen — Unwin. 1953.
Alvarez, W. C.: The neuroses. Philadelphia, W. B. Saunders Co. 1955.
Bykov, K. M.: Mozková kůra a vnitřní orgány. Praha, SZdN 1952.
Clauser, G.: Psychotherapie Fibel. Stuttgart, G. Thieme 1962.
Ey, H.: Médecine psychosomatique et névroses d'organes. Encyklopédie médico-chirurgicale. Vol. II, 37400 A 10, Paris, 1965.
Hamilton, M.: Psychosomatics. London, Chapmann — Hall 1955.
Morozov, V. M.: Psichosomatika i psichiatrija. Žurn. něvropat. i psichiat. 60, 1960, 1536.
Weiss, E., English, O. S.: Psychosomatic medicine. Philadelphia, W. B. Saunders Co. 1957.

Psychologie v jiných lékařských oborech

Jan Dobiáš, Jiří Diamant

V nemoci může být důležitá řada etiologických faktorů: a) dědičná konstituce, b) poškození při porodu, c) organické choroby v dětství, které zvyšují zranitelnost určitých orgánů, d) povaha péče v dětství, e) nahodilá fysická traumata v raném i pozdějším dětství, f) nahodilé emoční traumatické zážitky v těchto obdobích, g) emoční klima rodiny a specifické rysy osobnosti rodičů a sourozenců, h) pozdější fysická poškození, i) pozdější emoční zkušenosti v intimních osobních a zaměstnaneckých vztazích. Tyto faktory mají etiologický význam v různé míře všech onemocnění. Psychosomatické hledisko přidalo faktory d) g) i) k ostatním faktorům, jimž se v medicíně věnuje ovšem již dlouho pozornost.

Tato kapitola má přinést konkrétní připomínky odborníků z různých lékařských oborů a ukázat na příkladech, jak si dlouhodobé zkušenosti z kteréhokoli oboru lékařské praxe vynucují řešení vztahu psychických a tělesných procesů, ať už je prováděno na úrovni intuitivně empirické, racionálně empirické, či odborně vědecké.

Uspořádali jsme anketu o 10 otázkách pro lékaře a 12 otázkách pro klinické psychology a rozeslali odborníkům z různých klinických oborů. Jednotlivé otázky v anketě byly formulovány velmi obecně, aby se dotazovaný nemusel vyjadřovat šablonovitě a mohl volně formulovat své názory, zkušenosti a připomínky.*)

A. Zkušenosti, postřehy a výzkumné náměty z klinické praxe

1. Obory vnitřního lékařství

„Odolnost organismu je dána nejen specifickou imunitou, ale i sociálními poměry, stavem hygieny, výživy, zevními psychickými vlivy a v ne-

*) Všem spolupracovníkům jsme za jejich příspěvky velmi vděčni. Omezený rozsah této kapitoly nám umožnil zatím toliko excerpovat jejich elaboráty, aby bylo možno zachovat jednotnou koncepci práce, která v této etapě může mít jen orientační ráz. Jména jednotlivých spolupracovníků jsou uvedena v závorce za příslušným citátem nebo pasáží, jejich pracoviště v době ankety jsou uvedena na konci kapitoly.

poslední řadě i typem a aktuálním stavem vyšší nervové činnosti. V období prodromů infekční nemoci, kdy dochází k funkčním poruchám CNS, se objevují příznaky, jež jsou někdy mnohem charakterističtější pro určitého člověka, než pro určitou nemoc. Význam typu vyšší nervové činnosti na průběh experimentální infekce u zvířat byl opakovaně prokázán. Také experimentální neurosy značně snižují odolnost organismu vůči neobvyklým patogenním podnětům. Průběh a výsledek infekční nemoci závisí tedy do značné míry na schopnostech CNS a zejména mozkové kůry vyrovnat poruchu, vyvolanou patogenní příčinou." (Procházka-Doutlík) Specialisté zjišťují výrazný vliv psychických činitelů takřka ve všech základních oblastech interní medicíny. Závažný je vztah psychické a endokrinní činnosti, který je podmíněn tím, „že endokrinologie se zabývá nejprimitivnějšími a psychická činnost nejvyššími a nejsložitějšími regulacemi. Nervové nebo psychické vlivy mohou zasáhnout do lokální koncentrace kalcia v tkáních, nebo způsobit změnu ionisace kalcia (hyperventilační, normokalcemická, neb také hysterická tetanie). Primárně nedostatečná činnost příštítných tělísek může ovšem podmínit stav latentní tetanie, který může být nesporně ovlivněn nervově i psychicky a nakonec i zpětně ovlivňuje nervovou a psychickou činnost. Podobně je tomu s insulinem. Nervová nebo psychická činnost tu nesporně primárně zasahuje do metabolismu glycidů a tento zásah se teprve sekudárně projeví i v sekreci insulinu a v tomto případě daleko složitějšího regulačního systému i v sekreci jiných hormonů." (Bleha)

V gastroenterologii je souvislost fysiologických procesů s psychickými zvlášť patrná. „Trávicí trakt je jedním ze systémů, který je svou funkcí již od nejútlejšího dětství co nejtěsněji spjat s emocionálním životem. To, že příjem potravy, stejně tak jako průvodní jevy trávení a nakonec defekace mají nezbytné společenské důsledky, ale navíc fakt, že příjem potravy s pestrou škálou chuťových vjemů a pocity satisfakce může za určitých odchylných stavů organismu vést ke konfliktům mezi přáním, resp. touhou nemocného a zvyklostmi, požadavky okolí či radou lékaře, má svůj nesporný zpětný vliv na funkční stav gastrointestinálního traktu. Mařatka dělí nervové a regulační pochody v gastroenterologii do pěti skupin: 1. fysiologické reakce na psychogenní podněty (průjem, zácpa, zvracení, salivace), 2. neurosy a psychopatie (hypochondrie, neurosy, psychopatie, mentální anorexie), 3. chorobné stavy periferních nervových pletení (solární syndrom), 4. dysfunkce trávicích orgánů (orgánové neurosy), 5. organické nemoci s významnou neurotickou komponentou. Domnívám se, že nejširší styčné pole mezi gastroenterologem a psychologem je skupina druhá a čtvrtá. Psychologický přístup k nemocnému může lékař uplatnit jako vedoucí způsob terapie především u skupiny druhé. Jsou to stavy jako nepříjemné pachuti v ústech, globus hystericus, psychogenní zvracení, mentální anorexie, domnělá zácpa, neplynové vzedmutí břicha, posthepatitická neurastenie, karcinofobie a jiné obavy." (Šetka)

V kardiologii bývá často pozorován vliv psychických faktorů na anginu pectoris (Herles), rychlý vývoj ischemické choroby a infarktu myokardu byl sledován u mladého muže, přetíženého nezvyklou prací. „Obecně je uznáván vliv »stressu«

na hypertonickou nemoc, Raynaudovu chorobu, vředovou nemoc dvanáctníku a i u revmatické horečky se uplatňuje změna reaktivity." (Herles)

Závažná je psychologická problematika u pacientů trpících tuberkulosou, kteří se musí podrobit dlouhodobé nemocniční a sanatorní léčbě. Podobně u revmatiků se setkávají odborníci se závažnými psychickými činiteli, ovlivňujícími vznik a průběh choroby.

V patogenesi chronické progresivní polyartritidy „hraje vedle jiných faktorů nesporně významnou úlohu psychická zátěž, prudké emoce, úlek a strach, těžký zármutek, rodinné konflikty, finanční starosti a jiné. Podle shodného mínění většiny autorů předchází ve 40—60 % případů vzniku choroby nějaký emoční šok a těžká deprese před nástupem vlastních kloubních příznaků nebo před jejich náhlou exacerbací. Někteří autoři zdůrazňují rozhodující význam psychogenní složky i při vzniku tzv. mimokloubního revmatismu, postihujícího měkké části (fibrositidy, myogelosy atd.), a dokazují, že u všech těchto pacientů vznikají projevy choroby za stavů tense, vyvolané psychickým konfliktem, nebo při nadměrném emočním zatížení." (Stibor) „V revmatologii platí dlouhodobá klinická zkušenost o rozdílném chování nemocných hlavních skupin chorob. Nemocný s progresivní polyartritidou (PAP) je typicky utlumený, depresivní. Každé i přechodné zhoršení nemoci se do něho psychicky promítá, ustavičně pak přemítá o lécích, hledá stále nové a nové a těžko se přinutí k pohybu, obtížně navazuje kontakt s lékařem. Nemocný s PAP nesnáší neosobní přístup lékaře, jak se dnes bohužel často v ordinacích objevuje, těžší emoce a význačný psychický zážitek dovedou těžce nemocného poškodit. Jsem ze zkušenosti přesvědčen, že dovedou vyvolat i těžký zánětlivý relaps choroby. Vzácněji dovedou emoce působit i positivně. Další zajímavostí je značná nesnášenlivost nemocných navzájem (hlídá jeden druhého, léky apod.). Naproti tomu je bechtěrevik družný, většinou optimisticky laděný, přijímá svůj osud i při nehybné páteři téměř s úsměvem. Jakmile se s ním naváže kontakt, dobře spolupracuje. Ani v závažných případech nedosahuje alterace zdaleka takového stupně jako u nemocných s PAP. Psychické změny u revmatiků jsou velmi závažné zejména proto, že je u nich značně narušena schopnost pohybu." (Šusta)

Zcela otevřená je základní otázka, zda je významnější pro vznik obtíží konfliktní situace, či psychický profil nemocného. Výzkumná spolupráce gastroenterologa a psychologa by mohla popřípadě vyřešit otázku, zda psychogenní momenty jsou v etiologii onemocnění rozhodující, či zda jsou jen v některých případech vybavujícím momentem, působícím na morfologicky změněný terén, třeba i na úrovni subcelulární (např. u nemocných s dráždivým tračníkem, neuromuskulárními poruchami jícnu a kardie, funkční žaludeční a střevní dyspepsií, duodenobiliární dyskinesou). (Šetka)

Výzkum úzkostných stavů u kardiaků, psychické reakce na respirační acidosu nebo změny osobnosti u nemocných s cor pulmonale jsou některé z aktuálních otázek kardiologie (Herles). V nefrologii se objevuje v souvislosti se zaváděním léčby umělou ledvinou otázka psychologie pacientů s terminálním selháním ledvin (Válek). Psychika nemocných trpících gangrénami (Pokorný), juvenilní progresivní polyartritidou (Havelka), paresami při encefalomyelitidách a polyradi-

kuloneuritidách (Procházka-Doutlík) patří k zajímavým výzkumným otázkám.

K základním výzkumným problémům, jejichž řešení má dalekosáhlé praktické důsledky, patří poměr nemocných k dietám (adiposita), otázka kouření a motivace ke kouření, problém prevence a iatrogenních škod. (Herles)

Výňatky z příspěvků z oblasti interní medicíny ukazují, že psychologická problematika začíná pozvolna upoutávat pozornost praktiků i teoretických pracovníků, shromažďují se postřehy, třídí se zkušenosti, formulují se pracovní hypothesy a výklady etiologie onemocnění, v nichž figurují na neposledním místě činitelé psychičtí.

2. Neurologie

Psychologická problematika v neurologii si svou závažností vynutila vznik nového oboru, neuropsychologie, jehož cílem je zkoumat vztahy mezi projevy chování a mozkovým substrátem. Jsou hledány jednak psychické změny v souvislosti s difusním organickým poškozením mozku různé etiologie, jednak psychické změny u přesně lokalisovaných mozkových poruch. „Důležitost psychologických aspektů v neurologické praxi sice oceňujeme, ale často nedoceňujeme. I tam, kde je vztah psychických faktorů k nervovému procesu nepopiratelný, často zanedbáváme, snad proto, že dobře nerozumíme mechanismu jejich působení.“ (Hanzal)

Psychické faktory spolupůsobí při vzniku a průběhu nejrozmanitějších neurologických onemocnění: „Nápadný je časový vztah prudkého afektu, zvláště úleku, k prvnímu klinickému projevu extrapyramidových lésí, např. parkinsonského třesu u epidemické encefalitidy či u M. Parkinsoni, choreatických hyperkines a chorea minor, chorea Huntington, snad i u chorea gravidarum. Známý je vliv rozrušení na provokaci migrenosního paroxysmu, záchvatu epilepsie typu grand mal, ataky mozkového a subarachnoidálního krvácení či malácie. Zdá se, že vegetativně labilní a úzkostné osoby jsou k těmto náhlým dekompensacím náchylnější, ale chybí tu přesnější, zvláště statistické zpracování.“ (Hanzal)

„Dokonce onemocnění tak běžné, jako je výhřez meziobratlové ploténky, způsobuje svou bolestivostí a motorickými potížemi u nemocných rozlady, deprese, zhoršenou soustředivost pozornosti, výbavnosti a tenacity paměti. Povahové změny, zhoršení paměti, soustředivosti pozornosti, schopnosti celkové koncepce a orientace na malém prostoru pozorujeme na samém začátku onemocnění mozkovým nádorem. Psychické změny jsou patrné také u neurologických degenerativních onemocnění. Dlouhodobé změny jsou po úrazech lbi a virových onemocněních.“ (Rudlová)

Dosavadní spolupráce neurologů a klinických psychologů vedla k rámcové formulaci základních úkolů klinické psychologie v neurologii: „a) zpřesnění klinického obrazu psychických poruch při organických lésích cerebrálních, b) objektivní verifikace výsledků léčby chirurgické (např. operativní léčení temporální epilepsie), nebo medikamentosní (psychofarmaka při difusních cerebrálních lésích, jako atherosclerosis cerebri, postkomoční a postkontusní změny cerebrální),

c) reedukace afasií, vypracování metodiky a účast na její realisaci spolu s rehabilitací poruch hybnosti." (Macek, Veselá)

Ve výzkumu neurologickém zasluhuje podrobné zpracování otázka funkční nadstavby somatických onemocnění, problematika afasie (Macek, Veselá), psychologické otázky u paraplegiků, a to posttraumatických, i vlivem choroby, změny chování u roztroušené sklerosy míšní (euforie nebo naopak deprese, kompensační chování apod.).

3. Pediatrie

V pediatrii je mnoho skupin onemocnění „s charakteristickým psychickým odrazem, jehož změny jsou v přímé souvislosti s vývojem onemocnění, takže umožňují posouzení jeho příznivého, nebo nepříznivého vývoje, jako např. coeliakie, astma." (Švejcar)

U onemocnění dětského věku se uplatňují psychologické faktory ve velké míře u onemocnění alergických a respiračních (pseudokrup, opakované bronchitidy, asthma bronchiale), u onemocnění traktu gastrointestinálního (zvracivá onemocnění, vředová choroba, kolitický syndrom), u onemocnění neurologických (bolesti hlavy), u všech psychoneuros atd. (Houštěk)

Výzkumně jsou sledovány psychické aspekty u dětí trpících respiračními alergosami, úpornými bolestmi hlavy včetně migrén, u dětí se spasmofilním neuropatickým terénem, dekompensovanou spasmofilní neurosou u enuretiků, u dětí s Downovou chorobou, u dětských obesit, dětského a juvenilního diabetu apod. (Kuncová) „Detailněji by se měly rozpracovat problémy poruch chování dětí delikventních, dětí neprospívajících, dětí v ústavech, dětí chronicky a nevyléčitelně nemocných, s různými vrozenými vadami, dětí dospívajících atd." (Houštěk) „Další rozpracování zasluhuje také psychická problematika dětí pubertálních, vcházejících do puberty, s předčasnou nebo retardovanou pubertou. Z endokrinopatií zasahují do tohoto úseku také např. poruchy růstu nebo retence testes, dětské hypo- nebo hyperthyreosy." (Kuncová) Komplexní vyšetření dětí po epidemických hepatitidách ukázalo, že „děti pod vlivem prodloužených, někdy chronických obtíží mění svůj poměr k životu, svoji povahu, tak jako u každého onemocnění s chroničtějším průběhem. Vědomí nemocnosti a vyřazení ze zdravého kolektivu vidíme také na dětech dále sledovaných po onemocněních urogenitálního traktu." (Kuncová)

V současné době se studuje problematika psychologických aspektů při prožívání bolesti dětí nemocných cukrovkou, krvácivými nemocemi, endokrinními poruchami, nemocemi dýchacích cest, dále význam psychických faktorů u dětí s nemocemi a poruchami CNS u epileptiků, zvláště u dětí s nemocemi s letální prognosou, např. leukémií apod. Zvláště jsou sledovány reaktivní stavy nemocných dětí, neurastenisace, psychické kompensační mechanismy, zejména u těch pacientů, u nichž dochází k častým exacerbacím. (Nováková)

4. Gynekologie a porodnictví

V klinické zkušenosti gynekologů se vyskytují psychosomatické souvislosti zejména v těchto případech: „Nadměrné zvracení těhotných se většinou vyskytuje u žen, které si nepřály otěhotnět a cítí se otěhotněním nešťastné. Od té doby, co bylo zavedeno umělé přerušení těhotenství, se hyperemesis gravidarum vyskytuje daleko vzácněji. Pozdní těhotenská gestosa je též onemocnění souvisící s nadměrným psychickým zatížením v těhotenství. Některé nepravidelnosti za porodu rovněž souvisí s nadměrnou psychickou zátěží (strach o dítě, strach ze smrti za porodu atd.), patří sem zvláště primárně slabé děložní kontrakce a protrahovaný porod. Předčasný porod bývá také někdy vyvolán nadměrnou psychickou zátěží. Ze zkušenosti víme, že neuroticky stigmatisované těhotné ženy mívají častěji předčasný porod než ženy klidného, vyrovnaného typu. Různé poruchy menstruačního cyklu bývají někdy psychického původu (odpor k manželovi), existují případy, kdy se porucha menstruačního cyklu upraví po rozvodu a získání nového partnera. Druhotná sexuální chladnost (sexuální frigidita) vzniká někdy u žen, které se z určitých důvodů obávají těhotenství (matky více dětí, svobodné ženy, ženy s mimomanželským pohlavním stykem apod.).“ (Trča)

Výzkumně jsou zpracovávány problémy souvisící se samovolnými potraty a předčasnými porody. „Při sledování prekoncepčních vlivů, které se uplatňovaly v historii žen se samovolným potracením, jsme zjistili obecně vyšší nemocnost těchto žen, větší zátěž gynekologickou, a to jak po stránce funkční, tak po stránce anatomické, a konečně faktory, ukazující na značnou neurotisaci. Byly to traumatisující faktory v dětství, do popředí vystupuje zvláště samotářství, fobie, rozhárané poměry v rodině, pocity méněcennosti, neklidné prostředí apod. U pacientek, kde byla zjištěna porucha v psychickém vývoji v dětství, se nacházejí častěji neurotické poruchy v dospělém věku. Tato nervová labilita má tendenci se projevovat zvláště za okolností, kdy se mění zevní prostředí (např. přechod z venkova do města, objevuje se amenorrhoea), nebo kdy se mění vnitřní prostředí, jak tomu bývá v premenstruu nebo v menstruaci. Vedle somatických vegetativních poruch vystupuje u psychické lability do popředí podrážděnost, hádavost, plačtivost, lítostivost. U neplodných žen se vyskytuje rovněž nápadně mnoho sexuálních poruch (přes 60 %), což alteruje jejich psychiku i kontakt s partnerem. Souhrnně lze říci, že skoro s každou ženou, která samovolně v životě potratila (a kterou to mrzí), je třeba počítat jako s psychicky alterovanou.“ (Doležal)

5. Chirurgie

Chirurgický zákrok znamená zásah do integrity organismu. Zpravidla mu předchází a po něm následuje psychická reakce, jež může mít za následek i vážnější změny reaktivity, někdy i osobnosti nemocného. Často se setkáváme s antithesí chirurgie — psychologie, zdůrazňují se jednostranně radi-

kální chirurgické zákroky a odmítá se psychologický přístup jako málo efektní a celkem zbytečný. Na druhé straně však je třeba s uspokojením konstatovat, že řada zkušených a moudrých chirurgů dospěla k názoru, že při žádném chirurgickém zákroku nelze přehlížet osobnost pacientovu a její subjektivní prožívání.

Vředová choroba gastroduodenální je typickou nemocí, kterou psychické faktory ovlivňují, a eventuálně zhoršují její průběh. Podle chirurgické zkušenosti se nejvíce uplatňují při výskytu pooperačních potíží. U lidí nervově labilních se projevují nejčastěji při dumpingovém syndromu (bez organického podkladu). Při zkoumání osob se Sudekovou kostní atrofií hlavně po úrazech dolních končetin (kromě osteoporosy poúrazové, hormonální u žen po přechodu a obliterujících onemocnění tepen dolní končetiny) se nachází mnoho nervově labilních. Změnu reakce nemocného nacházíme v podstatě u všech nemocných po úraze (hlavně lebky a hrudníku). „Skoro všichni nemocní, kteří přicházejí na chirurgické ošetření, mají strach. I když představa o výkonu je mlhavá, převládá hlavně obava z bolesti. Nejčastěji se nemocný ptá na průběh operace, na způsob anestesie a na trvání bolesti po výkonu. Mladším nemocným jde nejčastěji o prognosu vzhledem k původnímu zaměstnání." (Prošek)

Někteří nemocní posuzují svůj stav s naprostou vírou v dobrý výsledek léčení i tenkrát, když se jejich stav vůčihledě zhoršuje, a uchovávají si optimistickou náladu až k exitu, naproti tomu se setkáváme se skupinou lidí, kteří se přes dobrý celkový stav stále obávají různých komplikací a nemají pevnou důvěru ve výsledek léčení. Tento stav někdy přetrvává i po opuštění nemocnice. Zejména u této druhé skupiny se může uplatnit psychologické působení chirurga. Ukazuje se, že tzv. chirurgické umění je spojení manuální zručnosti, vědomostí získaných zkušeností, psychologického přiblížení nemocnému a uvědomělého pocitu odpovědnosti na podkladě zvážení celé situace. Za zvlášť důležité považuji vystižení psychického stavu nemocného. Jde o neoddělitelnou součást léčení, která vyžaduje taktní přístup k nemocnému, zejména tenkrát, když jde o mutilující výkony (např. amputace končetin, prsu, kolostomie apod.). Zkušenost ukazuje, že vyložit nutnost zákroku se u téhož nemocného jednomu lékaři vůbec nepodaří, druhému se to podaří až po trpělivém vysvětlování, kdežto třetí získá souhlas téhož nemocného už po několika větách." (Podzimek)

Také v obecné chirurgii se vyskytuje mnoho výzkumných problémů, jejichž cílem by mělo být bližší objasnění některých psychosomatických souvislostí, např. výskyt deprese u nemocných trpících trávicími obtížemi (nemocemi prakticky celého gastrointestinálního traktu), úzkostné stavy u nemocných s obliterujícími onemocněními končetin. (Prošek)

Také ve speciálních disciplínách chirurgických vystupují psychické faktory do popředí. Setkáváme se s nimi zejména v ortopedii a ve stomatologii.

„Vrozené deformity, jmenovitě defekty končetin částečné nebo kompletní, těžká systémová onemocnění skeletu — trpaslictví (zvláště achondroplastičtí trpaslíci a jiné typy) — mají nesporný vliv na vývoj osobnosti postižených. Mají komplex méněcennosti, někdy se vyskytne i zlomyslnost, jízlivost a jisté nepřátelské zaujetí vůči zdravým. Takový vývoj osobnosti se vyskytuje většinou i u skoliotiků: jsou většinou zatrpklí, straní se společnosti, nechodí např. tančit,

koupat se na společné koupaliště atd. Zvláště se to projevuje u děvčat. V poslední době se objevila nová problematika: příliš vyrostlí mladí lidé vyžadují zkrácení končetin, aby spíše získali partnera. Ze své praxe mám několik pozorování bérců do „O" (crura vara) u děvčat po dospění, která mají pocit, že se všichni lidé na jejich nohy dívají, a jedna z postižených dokonce tvrdila, že si vezme život, neupravíme-li jí bérce. Někdy uvedou děvče do této situace jejich matky, jimž se nelíbí na vzrůstu děvčete to i ono, a neustálým opakováním dají vzniknout psychopatickým reakcím. Některé matky, jimž se narodí dítě s deformitami, jsou poznamenány depresí po celý život, u některých matek deformovaných dětí, hlavně encefalopatických dětí, jsem naopak pozoroval vystupňování mateřské lásky s tendencí zakrýt skutečný stav dítěte, jmenovitě jeho duševní zaostalost. Závažná jsou psychická traumata po tragické ztrátě končetin. Tito lidé jsou v prvé týdny v těžké depresi." (Jaroš)

„Jen málo ortopedicky nemocných s vážnější poruchou dovede v životě najít správný poměr k svému defektu (anatomickému i funkčnímu) a správně usměrňovat bez pocitu křivdy svoje životní poslání a záliby. Většina pacientů trpí psychicky a snaží se buď svůj defekt skrýt, nebo z něho těžit. Proto se někteří chtějí vyrovnat ostatním lidem v tělesné výkonnosti (turistika, sport, tanec atd.) i za cenu poškození zdraví, jiní svůj defekt skrývají, odpírají si i ty výkony, kterých jsou dobře schopni a které je neohrožují (tanec, plavání apod.).

Jiní pacienti vyhledávají jakékoli možnosti úpravy zdravotního stavu a jsou s to podstoupit i náročné operace, uplatňují „právo na zdraví" v nesplnitelných požadavcích, přeceňují význam svého defektu, svoje osobní hledisko vyvyšují nad jiné, při klasifikování invalidity uplatňují převážně subjektivní obtíže (bolest, nemožnost chodit do zaměstnání apod.). Tendence k agravaci je u některých nemocných, u nichž je objektivní nález podkladem pouhé věrohodnosti subjektivních stesků, obtížně diagnostikovatelná." (Eis)

Podrobný výzkum by zasluhovaly otázky související s posuzováním nemocného pro různá povolání nebo činnosti s ohledem na sladění jeho osobních zájmů a zálib s tělesným defektem, na možnosti přeškolování invalidů, na objektivnost závěrečného posudku při odůvodněné částečné nebo úplné invaliditě, hlavně předčasné." (Eis) „Po teoretické stránce je nutno k těmto účelům podrobněji rozebrat osobnost u trvale vrozeně nebo získaně zmrzačelých." (Jaroš)

Také stomatologické zásahy, zpravidla jsou-li poměrně menšího rozsahu než v obecné chirurgii nebo ortopedii, vyvolávají značnou psychickou reakci. Zvláště důležité je vnímání bolesti, často různě intensivní podle zvláštnosti nervové soustavy nemocných, dále otázky spojené s prožíváním ztráty zubů, popřípadě jejich náhrady. Chrup má také řadu významných funkcí psychologických: je ukazatelem tělesného zdraví, mládí a svěžesti, je ozdobou zejména u žen.

„Onemocnění, jež vzniká vysloveně na psychogenní basi, je nesporně především glosodynie. V jejím průběhu a na jejím podkladu se pak někdy může vyvinout kancerofobie. Daleko méně výrazná a prokazatelná je účast psychické složky na vzniku a průběhu onemocnění parodontu (parodontopatií) a ještě méně u zubního kazu. Ze vztahů stomatologických k psyché je zajímavý vliv ztráty zubů, zvláště např. předčasné formy parodontosy zejména u žen. Tato okolnost

může být i hlavním činitelem při vzniku některých komplexů méněcennosti." (Bažant)

Neurochirurgie jakožto zvláštní disciplína spojující poznatky neurologické se zásahy chirurgickými zasahuje pochopitelně závažně do psychiky nemocného. Umožňuje také praktický i teoretický výzkum neurobehaviorálních korelací.

Postupné rozpracování psychologických aspektů v chirurgii může být velmi prospěšné pro zlepšení dosavadní předoperační péče o nemocné.

6. Jiné klinické obory

Další klinické obory, které se postupně utvářely vyčleněním ze základních klinických oborů, zejména interního lékařství, užívají poznatků klinické a lékařské psychologie nestejnou měrou. Největší zájem o psychologii je v těch oborech, které se zaměřují na jednotlivé analysátory (oční, ušní, kožní lékařství), a pak hlavně v sexuologii, která se nutně dotýká vztahů mezi mužem a ženou.

Oční lékařství

Zrak je u převážné většiny lidí hlavním analysátorem, který zprostředkuje spojení s vnějším světem. Jeho poškození nebo ztráta vedou k závažným psychickým změnám, popřípadě ke změně celé osobnosti pacientovy (psychologie slepců).

Psychické faktory se zde přímo podílejí na vzniku řady onemocnění. „Je všeobecně známo, že velké duševní napětí jak v zaměstnání, tak v rodinném soužití má vliv na vznik a průběh glaukomu u predisponovaných osob, a to zvláště u tzv. kongestivního glaukomu. Nápadné to bývá u žen v blížícím se klimaktériu, jež vypadají ještě zachovale, jsou ještě ambiciosní a při tom jejich soužití s partnerem není zabezpečeno. U velmi starých lidí může obvaz obou očí po operaci po několika dnech vyvolávat stavy deprese a neklidu. Závažný psychologický problém je vyrovnat se s náhle vzniklou slepotou např. po traumatu. Kupodivu se většinou mladí lidé do 20—30 let lépe s takovým neštěstím vyrovnají, než lidé středního věku a starší. Ti stále doufají v nějakou změnu, v nějaký nový vynález vědy." (Votočková)

Ušní lékařství

Psychogenní vlivy, s nimiž se otolaryngolog ve své každodenní praxi setkává, lze podle původu rozdělit do tří skupin:

1. obtíže a choroby otolaryngologické vznikající z psychogenních vlivů, typickým příkladem je zde Ménièrova choroba, která postihuje častěji lidi vegetativně labilní. Záchvat sám může být vyvolán psychickým traumatem. Psychogenní hluchota, kterou nacházíme hlavně u dětí, navazuje většinou na konfliktovou situaci, mívá tedy emoční podklad. Nejčastěji vzniká ve škole,

v rodině, nebo mezi kamarády. Dítě „nechce kontakt s okolním světem", a to ani zrakovou, sluchovou nebo řečovou komunikací. Psychogenní hluchota se vyskytuje v menší míře též u dospělých, hlavně po otřesech (válka, katastrofy, rodinné rozvraty). Také záchvaty astmatu bronchiálního mohou být vyvolány silnými citovými zážitky, zármutkem, obavami. Psychické vlivy se uplatňují též u poruch řečových. Nacházíme krátkodobé řečové poruchy z úleku. Po úrazu se setkáváme s psychogenní němotou a afonií, často s hysterickými rysy.

2. Psychogenní potíže a poruchy při otolaryngologických onemocněních. Všechny závrativé stavy vyvolávají stav trvalého strachu před záchvaty závratí a před trapnou situací nebo nehodou, která vznikne, a obavami, jak bude takovou situaci posuzovat okolí. K psychickým obtížím může dojít též při poruchách sluchu ať už vzniklých náhle po úrazu a po operaci, nebo pozvolna v průběhu celkového nebo místního onemocnění (záněty středoušní, adhesivní procesy, otosklerosa, intoxikace antibiotiky). Zhoršený příjem informací mění a většinou zhoršuje kontakt nemocného s prostředím. Nejbližší okolí ponechává často nemocného v isolaci, čímž se jeho psychický stav ještě zhoršuje, připojují se povahové změny, pacient se stává uzavřeným, zlobným a podezíravým. Sluchová vada vytváří v člověku pocit nejistoty, neboť ztrácí velké množství důležitých informací.

Při onemocnění nosním (polypy nosní, vegetace, chronické rýmy a jejich komplikace) bývají průvodním jevem bolesti hlavy, pocity lechtání a šimrání, pálení v nose a hlavně porucha nosní průchodnosti. To vede k psychické poruše ztíženého soustředění — aprosexia nasalis. Nesprávné návyky při jídle, vzniklé někdy již v dětství při krmení, mohou vést k trvalým polykacím (dysfunkčním) obtížím a fobiím. I některé tiky s pokašláváním, pochrchláváním, aerophagie mohou mít drobný ORL podklad.

3. Otolaryngologická onemocnění mohou působit nepříznivě na psychický rozvoj. Náhlá porucha sluchu (úraz, operace) může vyvolat chorobnou psychickou episodu. Onemocnění laryngu, která vyžadují rozsáhlé operace a při nichž dochází k těžké změně nebo ke ztrátě normálního hlasu, mohou přivodit změnu povahy. Stejně tak někdy u nemocných postižených ozénou, provázenou velkým zápachem z nosu.

Celá řada psychických poruch vzniká při práci v hluku, v krajních případech může vést i ke změně osobnosti. Vliv hluku na psyché záleží na emočním ladění a na postoji pracovníka k hluku. Nejdříve se objevují poruchy soustředění, přesnosti výkonu, později poklesu úsudku a kvality rozhodování, jakož i změny postoje k práci. Práce v naprostém klidu však může působit na psychiku také nepříznivě. Přílišné ticho působí tísnivě, vede k poruše soustředění, ke stavům deprese, nižšímu výkonu, k pocitům osamocenosti. (Tománek)

Ve foniatrii se psychologie zabývá zjišťováním podílu psychologických faktorů na vzniku foniatrických poruch např. u dětské hyperkinetické dysfonie, spastické dysfonie, afonie u neurotických obtíží hlasových profesionálů, mutačních hlasových poruch, funkčních poruch slyšení, koktavosti, brebtavosti. Změny osobnosti se objevují především u laryngektomovaných pacientů, při opožděném vývoji řeči, při poruchách řeči při vrozeném rozštěpu patra, při hluchotě, nedoslý-

chavosti, náhlém ohluchnutí a při nervovém postižení v rámci neurologických syndromů. (Němec)

Lze tedy konstatovat, že jak v očním, tak v ušním lékařství je psychologická problematika neobyčejně aktuální a zasluhuje všestranné důkladné rozpracování.

Dermatologie, alergologie a venerologie

Prostřednictvím kůže se dostává člověk do širokého kontaktu s prostředím. Na kůži se často projevují některé psychické stavy, zejména prožívání silných emocí (zčervenání, zblednutí, Maraňonovy skvrny aj.). „Nesporný je psychický vliv na exacerbaci a na zhoršení ekzémových projevů, zejména atopického ekzému v premenstruálním období. Děje se to periferními vasospasmy, jimiž jsou psychické děje zapojeny přímo do patogenese ekzému. Stejným mechanismem se zhoršuje stav Raynaudovy choroby, pernionů apod. Často lze pozorovat vliv psychických podnětů na defluvium capillitii a na vznik alopecia areata. Je obecnou zkušeností, že starosti, nespavost a strach vedou k zblednutí kůže. Pokud trvá takový stav delší dobu, mohou se dostavit i trofické změny (suchost, olupování, svědění, vypadávání vlasů apod.). Pokud se týká konstitučně podmíněných chorob, je zejména familiární spasmofilie společným faktorem, podmiňujícím psychické i kožní příznaky.

Větší pozornost si z psychického hlediska zasluhují především choroby znetvořující vzhled pacienta, zejména v pubertálním a preklimakterickém období (psoriasa, ekzém, akné, jizvy po chronických granulomech a spáleninách, keloidy, hypertrichosa apod.). Je obecně známo, jak často přichází deprese u pacientů trpících akné, psoriasou a potivostí v pubertálním období.“ (Neumann)

„Pokud jde o alergické kožní nemoci s prokázanou alergickou etiologií, nepozorovali jsme žádný prokazatelný vztah k psychickým faktorům primárně, tj. pokud jde o vznik onemocnění vůbec. Jedině u některých případů kopřivek se předpokládá vznik na podkladě primárně psychogenním (stress). Těžko se však prokazuje. Nepamatuji ani na jediný případ, kdy by souvislost byla jednoznačná a prokazatelná. Jinak je tomu s průběhem a zejména s druhotnou psychickou nadstavbou u déletrvajících alergických kožních onemocnění. Je všeobecně známá „psychogenní fixace“ některých alergických projevů, zejména urtikárií, a možnost jejich experimentálního vybavení v těchto případech psychogenními podněty (např. placebo) na podkladě podmíněného reflexu. U všech déletrvajících dermatos s úporným svěděním (zejména u dermatitis atopica, typ prurigo Besnier, dále u chronické urtikarie a prurig) je výrazná sekundární psychická alterace postižených. Projevuje se egocentrismem, u dětí předčasnou moudrostí a duševní vyspělostí nepřiměřenou věku, a jinými příznaky. (Jirásek)

V oblasti venerologie se při zjištění nákazy vyskytují různé psychické reakce pacientů, jako jsou depresivní stavy, rozčilení, neklid, nespavost aj. (Hušková) V klinické praxi se pozorují tři různé charakterové typy veneriků: a) lehkomyslní, kteří neberou svoji pohlavní nemoc vážně, nedodržují léčení a životosprávu při léčení a tak ohrožují úspěch léčby a své okolí, b) ukáznění, kteří se podrobují léčbě, c) skleslí, kteří se podrobují léčbě na nátlak lékaře, ale od

počátku nevěří v úspěch léčby, bojí se pozdních důsledků příjice apod. (Kvíčera)

Bylo by možno přidat třetí skupinu naléhavých hypochondrů, kteří vyžadují po léta další vyšetření a střídají lékaře, zneklidňují neustále sebe a obtěžují svými starostmi okolí, hlavně lékaře.

Detailní výzkum by zasluhovaly otázky psychologických faktorů, vedoucích k časté pohlavní promiskuitě (zvláště u mládeže, za úplatu, u homosexuálních osob), psychologické zvláštnosti určitých zaměstnání, nebo prostředí, anebo kolektivního způsobu života, vedoucího k častější pohlavní promiskuitě nebo ji podporující, dále psychologické faktory vedoucí k venerofobii a psychologické aspekty prostituce. (Kvíčera)

Sexuologie

„Není sporu o tom, že poruchy v sexuálních vztazích a v sexuální aktivitě jsou z velké části podmíněny psychickými faktory. Psychické faktory silně modifikují probouzející se pohlavní instinkty. Podle svých zkušeností se zvláště dívka někdy na manželský a rodinný život přímo těší, jak je vidět v jejích hrách, jindy se ho přímo bojí na základě toho, co viděla, zvláště mezi rodiči, a tak vzniká konflikt mezi probouzejícími se instinktivními zájmy nebo aktivitou a strachem ze sexuálního partnera." (Hynie)

Psychické faktory se uplatňují ve všech oblastech soužití muže a ženy velmi intensivně a povahové zvláštnosti, odpovídající určitým typům poruch, jsou předmětem a budou zejména v budoucnosti předmětem dalších výzkumných prací, které se dotýkají sexuální psychologie. Komplex interpersonálních vztahů, zejména v oblasti dětství a dospívání, který připravuje půdu pro selhání jednak v sexuálním soužití předmanželském, jednak v manželství (jak na straně muže, tak na straně ženy), má rovněž své zvláštnosti a typické utváření u poruch sexuálních motivací." (Šípová)

Výzkumně byl sledován vývoj osobnosti u chlapců vyvíjejících se sexuálně nepřiměřeně. Při malém genitálu se již dávno před pubertou projevovala malá průbojnost a citlivost na nejrůznější nárazy v životě. Při nedokonalé diferenciaci genitálu, hlavně při větších hypospadiích, nebývá vyhraněn pocit příslušnosti k určitému pohlaví a bývá otřeseno sebevědomí." (Hynie)

B. Zkušenosti s psychoterapií, režimovou léčbou a lékařskou osvětou (zdravotní výchovou)

1. Psychoterapie

„Psychoterapie je každodenní a nepostradatelná praxe již z hlediska prevence iatrogenních škod, které jsou tak časté při zaměření lékařů na diagnosu a pracovní schopnost, nikoli na pomoc pacientovi a zvýšení jeho pracovní výkonnosti. V praxi má psychoterapie hlavně cíl odreagovat iatrogenně (ať individuálním postupem lékaře, nebo nevhodnou osvětou) indukované komplexy s úzkostnou reakcí. Metoda psychoterapie musí být zásadně optimistická,

nikoli však triviálně." (Herles) „Psychoterapie jako součást komplexní péče o nemocného je nutná od počátku nemoci až do pozdní rekonvalescence. Mnohdy je třeba ji zaměřovat i na okolí pacienta. U profesionálních infekcí má důležitý význam v boji proti rentové neurose." (Procházka-Doutlík) „I organické procesy nervové lze ovlivnit v positivním, či naopak v negativním smyslu psychologicky vhodným či nevhodným postojem lékařů, známý je vliv iatrogenie. Významná je např. psychoterapie u sclerosis multiplex. Psychoterapie je důležitým doplňkem rehabilitace, nutným předpokladem úspěchu je aktivní spolupráce nemocného a jeho optimistický názor." (Hanzal)

Těchto několik výpovědí odborných pracovníků ukazuje rozmanitost názorovou a velkou škálu úkolů, k jejichž úspěšnému řešení je nutno aplikovat psychoterapii. Bylo by nejvýš žádoucí, aby zájemcům z řad lékařů a klinických psychologů byla dána možnost důkladného výcviku v odborné psychoterapii.

2. Osvěta (zdravotní výchova)

K této oblasti lékařské činnosti bylo vzneseno mnoho kritických připomínek. Zatímco nikdo nepopírá prospěšnost lékařské osvěty, je kritisována její současná náplň a navrhovány oblasti, v nichž by mohla být prospěšnější.

„Zdravotnická osvěta je důležitá v našem oboru především v prevenci dětských úrazů, při šilhání, v prevenci úrazů při zaměstnání, poleptání očí apod. Tam má své stěžejní místo. Jinak myslím, že by měl stačit individuální kontakt lékaře s pacientem při určité chorobě." (Votočková) „Osvěta má být v první řadě zacílena na to, jak zdravě žít a nikoliv na pojednávání o nemocech. Pokud je zaměřena na nemoc, musí mít vhodnou formu a docela určitý záměr a cíl. Tedy vhodným způsobem propagovat správné návyky ve výživě a v životosprávě vůbec. Konečně těžiště speciální osvěty musí být v individuální práci ošetřujícího lékaře." (Bleha) „Úloha zdravotnické osvěty se týká hlavně usměrnění nemocných do účelových forem životosprávy, nikoliv poučování o chorobách. Škody tak způsobené jsou známé a zcela zbytečné. Osvěta má seznamovat se základními principy biologie, popřípadě s patologickými faktory, nikoli s určitými nemocemi a zejména nikoli s takovými, o kterých mají lidé už apriori zkreslené názory, většinou spojené s obavami a úzkostnými reakcemi. Osvěta může udělat mnoho pro prevenci otylosti, kouření, pro čistotu ovzduší, pro správné dimensování tělesné a duševní činnosti. Má také upozorňovat, kdy by bylo vhodné vyhledat radu lékaře, aniž by to vedlo k vyvolávání nežádoucích reakcí a představ." (Herles) „Místo osvěty je velmi omezené a často uspokojuje spíše sensacechtivost a podporuje iatrogenii než prospívá. V mém oboru se hodí podle potřeby k preventivně epidemiologickým otázkám (infekční hepatitis) a k dietetickým základním výkladům u chorob hromadného výskytu." (Keclík) „Zdravotnická osvěta by se měla zabývat jen prevencí." (Válek) „Uplatňuje se hlavně v prevenci a profylaxi infekčních nemocí ať už jde o výchovu k správné hygieně životního a pracovního prostředí, tak zejména o psychologickou přípravu při různých očkovacích akcích (tetanus apod.)." (Procházka-Doutlík)

„Zvláště si ceníme výchovy lidí ke zdravému způsobu života, k rovnováze mezi fysickou a duševní prací, k otužování vůči změnám povětrnosti, k vydatnému pohybu na čerstvém vzduchu, ke správné výživě, k prevenci infekcí (kašel, kýchání, plivání na ulici a v dopravních prostředcích)." (Stibor) „Příliš se vykládalo o lécích, málo o životosprávě, pohybové činnosti, zvyšování odolnosti pohybové soustavy, správné trénovanosti. Dnešní sport podle našich zkušeností spíše hlavně nosné klouby kazí, než jim pomáhá." (Šusta) „Přednášky přitahují buď důchodce s přemírou volného času, nebo nosofobní neuropaty. U těch působí spíše negativně, asi tak, jako na laiky četba medicínských knih. Dobré by snad bylo v této formě bojovat proti některým zakořeněným představám, jako je například velmi oblíbené mínění, že »nervy se musejí obalit tukem«, nebo »že existují výborné všeléky, které jsou však drahé, a proto se pacientům nepředpisují, jako jsou silné injekce vitaminu B_{12}«." (Nešpor)

„Zdravotnická osvěta má velký význam, je-li správně prováděna, a to především u rodičů a dalších osob, které přicházejí do styku s dítětem. Jde o otázky návyků, hygieny, sexuální výchovy atd." (Houštěk) „Zdravotnická osvěta se stala samozřejmou součástí porodnictví a gynekologie. Je účinnou preventivní metodou při předcházení některých těhotenských a porodnických nepravidelností i chorobných stavů. Někteří pracovníci statisticky prokázali, že zdravotnickou výchovou lze docílit i snižování perinatální úmrtnosti. Správné provádění antikoncepce není myslitelné bez zdravotní výchovy." (Trča) „Osvěta může prospět zdraví, ale také přispět až do hypochondrických obav (u nás např. strach ze sarkomů)." (Jaroš) „Nejlepší osvěta je individuální a etapová podle měnící se (často zhoršující) zdravotní situace nemocného. Hromadná, všem srozumitelná osvěta mnohé konsumenty mate, vede buď k neoprávněnému pesimismu, nebo k neodůvodněným požadavkům (žádosti o zahraniční léky atd.). Významná ovšem je v každém případě osvěta, která má obecně preventivní význam. Nekritické informace v novinách lze mnohdy těžko uvádět na pravou míru." (Eis) „Zdravotnická osvěta (zdravotní výchova) může být prospěšná jak šířením zásad správné výživy a hygieny úst ve vztahu k zubnímu kazu, tak i, a to leckdy ještě více, u parodontopatií. Přesvědčit pacienta o důležitosti této složky péče o chrup se sklonem k onemocnění parodontu má leckdy rozhodující význam. Správný psychologický přístup k jednotlivým věkovým kategoriím je ovšem důležitý." (Bažant) „Zdravotnická osvěta v otolaryngologii může přinést užitek, jen provádí-li se na oddělení, kde je zájem o celou náplň oboru. Dále je důležité, aby pacient neprodělal tzv. negativní osvětu za pobytu v čekárně, kde vidí a zúčastní se debat o všech možných, většinou nepříznivých problémech oboru a odborníků. Velmi špatně působí také vyprávění tzv. hrdinů, kteří líčí čerstvým pacientům, co oni sami už museli vydržet. Malé čekárny a krátké čekání odstraní nejlépe tyto nepříznivé vlivy." (Tománek)

„Zdravotnická osvěta je důležitou součástí prevence sexuálních poruch. Jde hlavně o sexuální výchovu dětí dospívajících. Mají ji provádět rodiče a pedagogové a od lékaře a psychologa mají být k tomu příslušně instruováni. Jinak se může zdravotnická osvěta (výchova) týkat též přímo sexuálních problémů dospělých." (Hynie)

3. Režim

Cílevědomé uspořádání života pacientů v nemocnicích se již stalo v některých klinických oborech, zejména v psychiatrii, nedílnou složkou terapie. Realisace režimové léčby dosud často vázne především pro nedostatek personálu. „Za naprosto nezbytné předpoklady režimové léčby na lůžkovém oddělení považujeme dostatečný klid, zamezit hluk na chodbách i v ložnicích, řinčení vozíků s nádobím, dupot a klapot podpatků atd. (vlídné, přátelské a ochotné jednání personálu, čistý a svěží vzduch, klimatisaci), pěkně upravenou denní místnost pro nemocné, zvláštní jídelnu, úklid na ložnici během pobytu pacientů v denních místnostech nebo v jídelně. Ranní visita neměla by být příliš časně, protože je nutno zajistit dostatečný spánek pacientů. Diagnostické a léčebné procedury by měly být soustředěny na dopolední hodiny, vyjma fysikální a pohybovou léčbu, kterou lze zčásti aplikovat i odpoledne. Měl by být zajištěn absolutní klid a ticho na dvě hodiny siesty po obědě, je třeba vyhnout se hromadění více zákroků léčebných a diagnostických v témž dni.“ (Stibor) „U chronického revmatika je důležité zachovat kontakty se zevním světem, od počátku je usměrňovat, záměrně je zvyšovat tak, aby přechod zpět do domova byl plynulejší. Znamená to ovšem jiný režim na lůžkovém oddělení revmatologickém než na běžném oddělení interním.“ (Šusta) „Režimová léčba na oddělení je podmíněna technickým a personálním vybavením, odbornou a intelektuální úrovní všeho zdravotnického personálu. Ideální režim dne z gastroenterologova stanoviska se neliší od ideálního režimu dne v nemocnici. Důstojnost stolování, hygiena toaletních místností, čistota zdravotnických zařízení a pomocného personálu jsou prvním stupínkem, bohužel zatím nejhůře dostupným.“ (Šetka) „Na oddělení výchovné péče je pevný denní režim zaveden v dodržování léčebné, výchovné i školní práce. Ideální situace je však v tom, aby oddělení bylo nejlépe zařízeno především v možnostech pracovní výchovy a různých příležitostech, při kterých by se projevily u pacientů jejich spontánní sklony a bylo dosaženo uvolnění od event. tensí (dílny apod.).“ (Hermannová) „Léčba prací, důležitá součást rehabilitace, není dosud zřizována na chirurgických odděleních a není ani nahrazována různými činnostmi nebo zaměstnáním.“ (Eis) „Měli bychom se snažit o „odnemocnění“ — více hry, spontaneity, zavádět prvky skupinové psychoterapie.“ (Němec) „Pacientům doporučujeme určitý režim: střídat pracovní výkony s dostatečným spánkem a přiměřenou rekreací a starat se při tom o přiměřenou výživu. Denní pracovní výkon dodává pacientům pocit, že něco dokáží a že k něčemu jsou, tedy je dokladem jejich sebevědomí, které je pro schopnost k sexuálnímu soužití nezbytné. Nic tak neruší potenci jako snížené sebevědomí a deprese. Ale v sexuologii jde ještě o zvláštní ‚režim‘ v manželském životě. Jde o radostné společné prožitky, na které se rádo vzpomíná a na něž se vždy znovu a znovu těší. Tím je navozována v přítomnosti partnera nálada k probuzení sexuální reaktivity. Jde ještě také o to, aby pasivní muž si navykl být v blízkosti manželky nebo milenky aktivní, což nejlépe umožňuje společné provozování sportu, tance, turistiky apod.“ (Hynie)

V pojetí „režimu“ se, jak vyplývá z výše uvedených názorů, objevují různé

koncepce: jedny zdůrazňují momenty technického a personálního vybavení (z kvantitativního i kvalitativního hlediska), jiné kladou větší důraz na účelné uspořádání dne pacientova s uplatněním principu makarovské nemocnice, případně systém Sivadonova, další zdůrazňují terapeutický duševně hygienický a preventivní význam režimu, zahrnujícího pracovní a kulturní terapii, dále hydroterapii a další složky podle povahy pacientova onemocnění. Je nasnadě, že ideální režim dne musí slučovat v jednotnou synthesu všechny tři aspekty.

Smyslem režimu dne není jenom péče o dobré vyplnění denního programu, poskytujícího pacientovi zdravotnické náležitosti a uspokojujícího jeho kulturní potřeby. Je ještě jeden důležitý moment, a to je udržení řádu a disciplíny, jež jsou nezbytné v každém zařízení, kde je mnoho lidí a mnoho úkolů. Pořádek nelze vynucovat jenom rozkazem, dozorem a káráním. Je důležité, aby pacienti sami v různých stupních intensity a hierarchického zařazení byli začleněni do řízení oddělení a jeho vedení, aby tak měli sami zájem na udržování pořádku, kázně a úspěšného provozu.

C. Názory na možnosti uplatnění psychologie, odborníků klinických psychologů, a připomínky k výuce lékařů a klinických psychologů v psychologii

Zkušenosti a postřehy kliniků z různých oblastí lékařské praxe vesměs potvrzují naléhavou potřebu psychologického přístupu a psychologických znalostí v diagnostice, terapii a výzkumu. Názory o vhodnosti využití psychologie v medicíně se mění, záporné postoje většinou mizí a předsudky, které zpravidla ve vědomí nejdéle přetrvávají, se pozvolna odbourávají.

Objevuje se však problém, jak v nynější situaci, charakterisované radikálním nástupem psychologie do klinické medicíny, zajistit dostatečné možnosti využití soudobých poznatků a metodických postupů vědecké psychologie při řešení alespoň nejnaléhavějších úkolů klinického lékařství v jednotlivých disciplínách. Lze uvažovat o třech základních možnostech:

a) zvyšování odborných znalostí psychologie u všech lékařů,

b) vytvoření dostatečně široké základny specialistů-lékařských psychologů s psychologickým vzděláním, rekrutujících se jednak z okruhu zainteresovaných psychiatrů, jednak z okruhu klinických psychologů s lékařským vzděláním,

c) o vytvoření dostatečně široké základny specialistů klinických psychologů.

Je při tom třeba již na úrovni konceptuální rozlišovat mezi nadřazeným pojmem psychologie zdravotnická a speciálními pojmy psychologie lékařská a psychologie klinická, jak bylo rozvedeno v kapitole Klinická psychologie.

V souvislosti s naznačenými otázkami je nutno uvažovat jednak o výuce mediků v lékařské a klinické psychologii, jednak o výuce lékařů v těchto oborech v rámci postgraduálního školení, a jednak o zdokonalení studia klinických psychologů a o jejich postgraduálním školení.

„Jsem přesvědčen, že kliničtí psychologové se jednou uplatní ve vnitřním lékařství.“ (Herles) „Samostatný psycholog by byl pro nás v budoucnu nejvýš

žádoucí." (Procházka-Doutlík) „Psycholog by navíc zprostředkoval bližší styk nemocného s lékařem, upozornil na psychické faktory, jež z různých důvodů zůstávají lékaři skryty (konfliktové situace rodinné nebo pracovní), pomohl by v psychoterapii." (Hanzal) „Posudek psychologa bychom potřebovali u většiny případů mozkové arteriosklerosy a u některých neurotiků, zvláště tam, kde myslíme, že neurosa je následkem nevhodného pracovního nebo studijního zařazení, kteří ‚nestačí' na své úkoly." (Nešpor) „Aplikace psychologie je v našem oboru důležitější než jinde. Zlepšení psychického postoje nemocného v kladném smyslu znamená zvýšení jeho spolupráce a ta se u progredujících onemocnění pohybové soustavy může stát základní složkou." (Šusta) „Domnívám se, že v budoucnu by měl být na větších porodnicko-gynekologických pracovištích klinický psycholog. Jeho spolupráce by byla velmi užitečná při řešení některých diagnostických problémů, při terapii některých chorobných stavů a rovněž tak při výzkumu (psychoprofylaxe, frigidita atd.)." (Trča) „Domnívám se, že psycholog by neměl chybět v žádném ústavu pro mrzáčky, dále v rehabilitačních centrech (hlavně pro paraplegiky)." (Jaroš) „Rozhodně patří psycholog na uzavřené oddělení pro venerické choroby a na dermatologická oddělení pro děti." (Neumann) Na základě dosavadních zkušeností lze předpokládat, že konkrétní náplň práce klinického psychologa v různých oborech klinického lékařství vykrystalisuje teprve v procesu konkrétní spolupráce. Při tom se jeho pracovní přístup a zaměření znatelně odlišují od konsultujícího nebo jiným způsobem spolupracujícího psychiatra. Zkušenosti klinických psychologů se spoluprací s lékaři jsou vesměs dobré. Záleží jednak na iniciativě psychologa, jednak na instrukci lékařů o tom, co mohou od psychologa ve svém oboru očekávat. (Veselá) „Mělo by se stát pravidlem psychologické vyšetření tam, kde je už pacient několikrát na oddělení vyšetřován a není ještě stanovena diagnosa." (Rudlová) „Největší nedostatek využití psychologie vidím v malých a omezených možnostech pro psychoterapii dětských pacientů a ve formální spolupráci dětských psychiatrů s pediatry." (Nováková) „Za kladnou považuji spolupráci s lékaři tam, kde po přehlédnutí anamnestických dat a charakteru onemocnění usoudí na možnost rušivých momentů z aspektu psychologického a žádají o konsultaci psychologa. Za zápornou ji považuji tam, kde v práci psychologa žádají jen laboratorní výsledky." (Hermannová) „Spolupráce s lékaři foniatry je dobrá, na závadu bývá někdy, že nejsou orientováni v psychologii a psychopatologii a mají proto někdy příliš optimistické nebo pesimistické názory o možnostech psychologie ve svém oboru." (Němec) „Spolupráce s lékaři má na našem oddělení určitou tradici, psycholog dostává pacienty až po lékařském vyšetření, vesměs tedy případy složitější, kde je třeba provést hlubší vyšetření, podrobnější, eventuálně začít se složitějším a časově náročnějším psychoterapeutickým procesem, než jaký je možno v běžné ambulanci poskytnout." (Šípová)

Připomínky k výuce lékařů v psychologii se shodují v konstatování obecné prospěšnosti a nezbytnosti. Pokud jde o vlastní realisaci, jsou názory často rozdílné. „V psychologii má výuka postupovat, jak již začala: jednak v propedeutice, jednak v závěrečných fázích studia, jak tomu bylo dosud v 6. ročníku, ovšem již v praktických aplikacích. To se netýká jen interny." (Herles) „Studenti by

měli být seznámeni s psychologií v období, kdy přicházejí na kliniky, aby přistupovali k pacientům již s určitými znalostmi. Doporučoval bych rovněž postgraduální výuku." (Válek) „Lékaři a medici by měli být školeni v psychologii která by měla být přednášena jako samostatný předmět na lékařských fakultách." (Pokorný, Trča) „Je ovšem nutné, aby psychologie a pro pediatrii také nutně pedagogika našla ve studijním fakultním plánu takové místo, jaké je nutné za dnešních potřeb naší pediatrie." (Švejcar) „Základní aspekty, které by měly prolínat celou lékařskou výchovu od prvních semestrů až k státní závěrečné zkoušce, je vývojový preventivní, humanistický a psychologický postoj. Výuka psychologie by měla začít již v prvních dvou ročnících, v době, kdy student je zvlášť vnímavý a kdy se zatím pohybuje jen mezi zkumavkami a laboratorními zvířaty. Měla by začít člověkem zdravým a postupně probírat problémy u různých onemocnění s konečným uplatněním v široké sociálně preventivní masové práci." (Houštěk) „Výuka lékařů v psychologii by byla nutná a domnívám se, že by měla být přiřazena ke studiu zároveň se začátkem výuky klinických oborů (interna, chirurgie a další)." (Prošek) „Nejlépe ke konci pátého ročníku by byly užitečné společné studentské semináře, organisované Ústavem organisace zdravotnictví, s přizváním ortopéda a psychologa, odborníka pro choroby z povolání, které by byly zaměřeny na posudkovou činnost." (Eis) „Domnívám se, že každý ortopéd by měl mít doškolovací kurs, nebo na začátek aspoň orientační přednášky z psychologie." (Jaroš) „Vždy jsme považovali výuku lékařů v psychologii za velmi důležitou. Pro sexuologii má zvláštní význam dynamická psychologie, bližší pochopení afektivního a pudového života a možnosti jeho ovládání. Je nutno zvláště rozumět tomu, co je schopno navozovat sblížení mezi lidmi a tím umožňovat probuzení reakcí sexuálních." (Hynie) Jako se lékaři všeobecně přimlouvají za zvýšení znalostí klinických psychologů v některých lékařských disciplínách (zejména ve fysiologii, experimentální patofysiologii a ve vlastním klinickém oboru), tak se i kliničtí psychologové staví za to, aby se lékařům dostalo možností osvojit si základní pojmy z psychologie normální i z psychopatologie, jakož i základní informace o psychodiagnostických a psychoterapeutických metodách. Je pochopitelné, že takové oboustranné zvýšení informovanosti může podstatným způsobem prohloubit úroveň spolupráce mezi lékařem a klinickými psychology a takto přispět k nejefektivnějšímu realisování poznatků vědecké psychologie v klinické praxi.

Pomocí ankety, rozeslané odborníkům v různých oborech klinického lékařství a klinickým psychologům pracujícím v neurologii, pediatrii, otolaryngologii, venerologii a sexuologii, byly získány informativní údaje o současném stavu a možnostech využití poznatků vědecké psychologie v klinických oborech.

V kapitole jsou uvedeny zkušenosti (bohužel bylo možno uvést jen kusé citáty), postřehy a výzkumné náměty zvolených spolupracovníků z jejich dosavadní práce v oboru, dále jejich zkušenosti s psychoterapií, režimovou léčbou a zdravotní výchovou v rámci jejich odborné specialisace, a konečně jejich názory na možnosti uplatnění psychologie a odborníků klinických psychologů v jejich

úseku medicíny společně s připomínkami k výuce lékařů a klinických psychologů v psychologii.

Přestože dosud získané informace mají jen orientační ráz, jsou nesporným dokladem rychlého růstu potřeby konkrétní psychologické práce ve všech nejdůležitějších odvětvích klinické praxe. Tato potřeba může být za současného stavu uspokojena jednak podstatným zvýšením znalostí lékařů z psychologie v rámci studia i postgraduální specialisace, jednak podstatným zvýšením počtu klinických psychologů, jejichž prospěšnost pro klinickou práci je všeobecně uznávána.

Účastníci ankety a jejich pracoviště

doc. MUDr. V. Bažant, DrSc., *II. stomatologická klinika KU, Praha 2*
doc. MUDr. O. Bleha, CSc., *III. interní klinika KU, Praha 2*
MUDr. A. Doležal, CSc., *II. porodnicko-gynekologická klinika KU, Praha 2*
MUDr. S. Doutlík, CSc., *Klinika infekčních nemocí, Nemocnice na Bulovce, Praha 8*
doc. MUDr. E. Eis, CSc., *I. klinika pro ortopedickou chirurgii KU, Praha 2*
doc. MUDr. F. Hanzal, CSc., *Neurologická klinika KU, Praha 2*
MUDr. S. Havelka, CSc., *Výzkumný ústav chorob revmatických, Praha 2*
prof. MUDr. F. Herles, DrSc., *II. interní klinika KU, Praha 2*
PhDr. H. Hermannová, *I. dětská klinika KU, Praha 2*
prof. MUDr. J. Houštěk, DrSc., *II. dětská klinika KU, Praha 2*
PhDr. M. Hušková, *Venerologické oddělení kožní kliniky KU, Praha 2*
prof. MUDr. J. Hynie, DrSc., *Sexuologické oddělení fakultní polikliniky, Praha 2*
prof. MUDr. J. Jaroš, DrSc., *I. klinika pro ortopedickou chirurgii KU, Praha 2*
doc. MUDr. J. Jirásek, CSc., *II. kožní klinika KU, Praha 2*
doc. MUDr. K. Keclík, *Fakultní poliklinika, oddělení pro nemoci vnitřní, Praha 2*
doc. MUDr. Zd. Kuncová, CSc., *Dětské oddělení fakultní polikliniky, Praha 2*
MUDr. J. Kvíčera, *Venerologické oddělení I. kožní kliniky KU, Praha 2*
MUDr. E. Lukáš, *Ústav hygieny práce a chorob z povolání, Praha 2*
prof. MUDr. Zd. Macek, CSc., *Neurologická klinika lékařské fakulty hygienické, Praha 10*
MUDr. E. Nešpor, *Fakultní poliklinika, neurologické oddělení, Praha 2*
doc. MUDr. E. Neumann, CSc., *Fakultní poliklinika, oddělení kožní a pohlavní, Praha 2*
PhDr. J. Němec, *Foniatrické oddělení, Praha 2*
PhDr. M. Nováková, *II. dětská klinika KU, Praha 2*
doc. MUDr. A. Podzimek, *II. chirurgická klinika KU, Praha 2*
MUDr. J. Pokorný, CSc., *Angiologická laboratoř KU, Praha 2*
prof. MUDr. J. Procházka, DrSc., *Klinika infekčních nemocí, Nemocnice na Bulovce, Praha 8*
MUDr. V. Prošek, *II. chirurgická klinika KU, Praha 2*
PhDr. L. Rudlová, *Neurologická klinika KU, Praha 2*
MUDr. J. Stibor, *Fysiatrický a balneologický ústav KU, Praha 2*
MUDr. J. Šetka, CSc., *II. interní klinika KU, Praha 2*
PhDr. I. Šipová, *Fakultní poliklinika, sexuologické oddělení, Praha 2*
MUDr. A. Šusta, *Výzkumný ústav chorob revmatických KU, Praha 2*
prof. MUDr. J. Švejcar, DrSc., *I. dětská klinika KU, Praha 2*
MUDr. R. Tománek, *Ušní klinika KU, Praha 2*
MUDr. St. Trča, *Ústřední ústav zdravotnické osvěty, Praha 2*
MUDr. A. Válek, CSc., *II. interní klinika KU, Praha 2*
PhDr. M. Veselá, *Neurologická klinika lékařské fakulty hygienické, Praha 10*
doc. MUDr. J. Votočková, CSc., *I. oční klinika KU, Praha 2*

Výběr z literatury

Diamant J., Bárta, B.: Klinická psychologie ve zdravotnictví. Lékařské repetitorium. SZdN, Praha 1967.

Dobiáš, J.: Lékařská psychologie (skripta). SPN, Praha 1965.

Szewczyk, H.: Význam, úloha a hranice psychologie v moderním lékařství. Čs. Psychol. I, 4, 1967, 317–325.

Vondráček, V.: Klinická psychologie a vnitřní lékařství. Čs. Psychol. II, 2, 1958, 125–129.

Rejstřík

Prof. MUDr. Vladimír Vondráček, DrSc.,
doc. MUDr. Jan Dobiáš, CSc. a spolupracovníci
LÉKAŘSKÁ PSYCHOLOGIE

Přebal a vazbu navrhl Josef Týfa
Vydalo Státní zdravotnické nakladatelství, n. p.,
Praha 1, Malostranské nám. 28
Vydání 1. — Vyšlo v r. 1969 — Stran 280 — Vyobrazení 2
Séfredaktor nakladatelství Ladislav Technik
Odpovědná redaktorka Helena Kohoušková
Technický redaktor Zdeněk Gaudl
Výtvarná redaktorka Soňa Kubrová
Vytiskl Tisk, závod 4, Přerov, Kratochvílova 18
AA 23,11 — VA 23,90 — Náklad 5000 výtisků
735 21 — 08/20 — Ed.: 69301 — Cena váz. výt. Kčs 42,—

08 — 024 — 69 Kčs 42,—

LÉKAŘSKÁ PSYCHOLOGIE