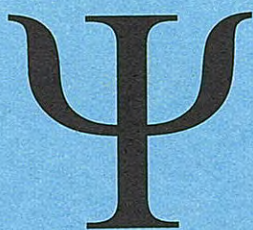


Českomoravská psychologická společnost

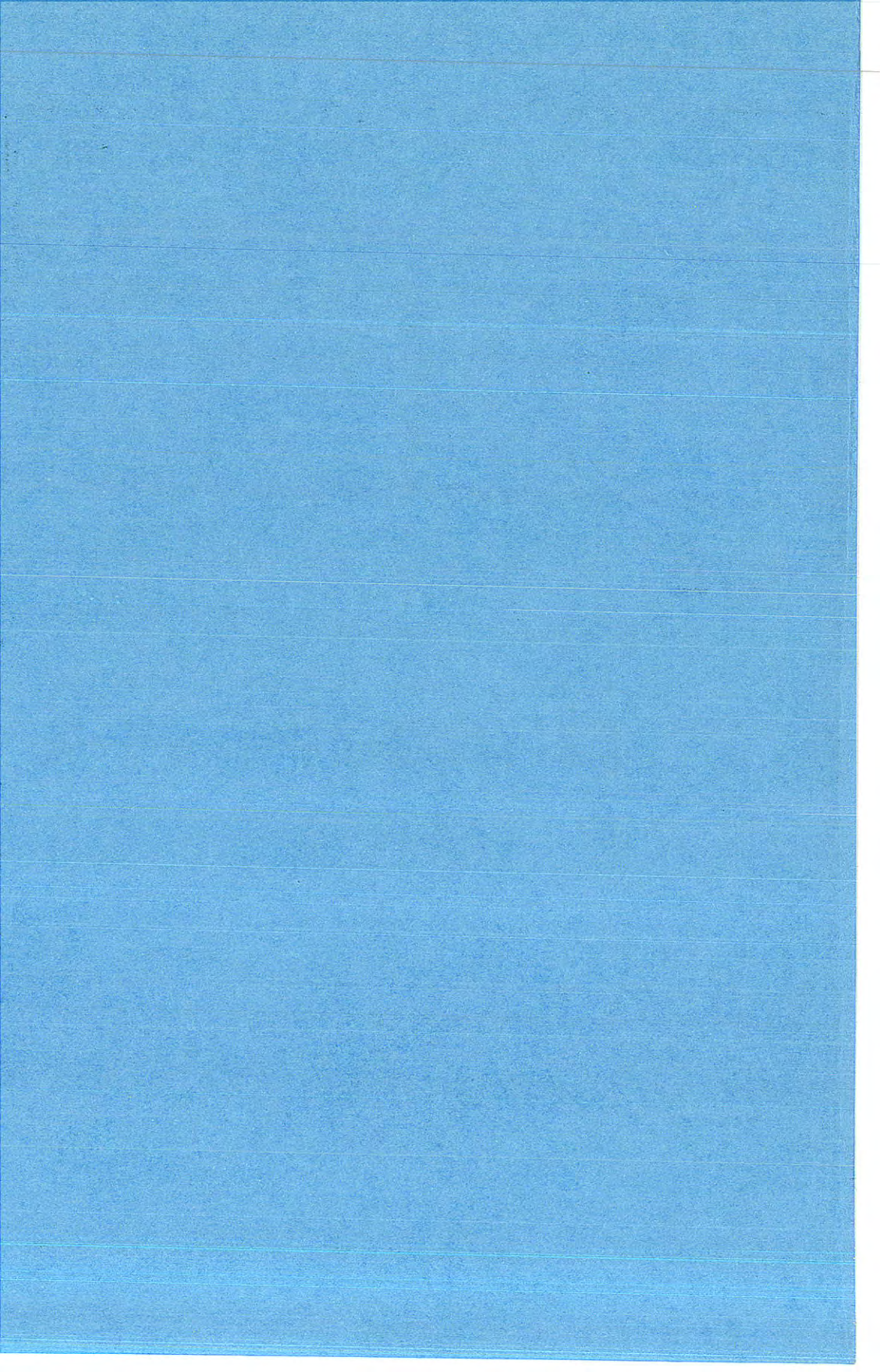


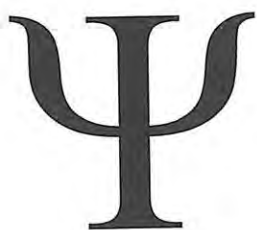
Psychologické dny

Diferenciace a integrace v psychologii
(Rozumíme si ještě ?)

Praha, červen 1996

Vydavatel Horkel Elektronik Test





Psychologické dny

Diferenciace a integrace v psychologii
(Rozumíme si ještě ?)

Praha, červen 1996

Pro Českomoravskou psychologickou společnost
vydal Horkel Elektronik Test



Psychologické dny

Ediční rada a fotograf v psychologii
(Komentáře a poznámky)

Praha, červen 1926

Pro Ústav pro psychologické výzkumy
Ústav pro psychologické výzkumy

OBSAH

DIFERENCIACE A INTEGRACE V PSYCHOLOGII	1
<i>Josef ŠVANCARA</i>	
K MOŽNOSTEM INTEGRACE PSYCHOLOGICKÉHO POZNÁNÍ	7
<i>Miluše SEDLÁKOVÁ</i>	
VPLYV INTEGRÁCIE NA DIFERENCIÁCIU OSOBNOSTI	9
<i>Katarína ZBORTEKOVÁ</i>	
PSYCHOLOGIE CVIČENÍ	13
<i>Václav HOŠEK</i>	
NOVÉ POZNATKY O RODINĚ	15
KOMUNIKAČNÁ INTERAKCIA MATKA–DIEŤA V RODINÁCH SO ZDRAVÝM A SLUCHOVO POSTIHNUTÝM DIEŤAŤOM	15
<i>Katarína NOVÁKOVÁ, Ľubica KROČANOVÁ</i>	
TŘÍLETÉ ZKUŠENOSTI S RODINNOU TERAPIÍ U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ S PORUCHAMI CHOVÁNÍ	21
<i>Martina PILAŘOVÁ, Vladimíra DOSTÁLOVÁ</i>	
JAK HODNOTÍ RODIČE PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ NEJMENŠÍCH DĚTÍ	25
<i>E. PROCHÁZKOVÁ, J. DITTRICHOVÁ, D. SOBOTKOVÁ, V. BŘICHÁČEK</i>	
RODIČE NEDONOŠENÝCH DĚTÍ Z POHLEDU PSYCHOLOGA	29
<i>D. SOBOTKOVÁ, J. DITTRICHOVÁ, E. PROCHÁZKOVÁ</i>	
CÍLE A OBSAH VÝCHOVY K MANŽELSTVÍ A K RODIČOVSTVÍ NA ŠKOLÁCH RŮZNÉHO TYPU	33
<i>Lenka ŠULOVÁ</i>	
PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ	35
<i>Jaro KŘIVOHLAVÝ</i>	
VZNIK, VÝVIN A PREVENCIA ZÁVISLOSTI – ALEBO – AKÁ SI DNEŠNÁ MLÁDEŽ?	39
<i>Dorota KOPASOVÁ</i>	
OSOBNÉ ZDROJE AKO PREDIKTORY ZVLÁDANIA STRESU U STREDOŠKOLÁKOV	43
<i>Ľuba MEDVEĎOVÁ</i>	
ŠKODLIVÉ LÁTKY V ŽIVOTNOM PROSTREDÍ - PRIESTOR PRE PSYCHOLOGICKÝ VÝSKUM A INTERVENCIU	49
<i>Alena POTAŠOVÁ</i>	
ZVLÁDANIE CHRONICKEJ CHOROBY	51
<i>Ján SENKA, Ľubomír PÁLENÍK</i>	
PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ A ŠKOLA	55
<i>Evžen ŘEHULKA</i>	
RETROSPEKTÍVY A PERSPEKTÍVY PSYCHOLOGICKEJ PREVENIE SOCIÁLNEJ PATOLÓGIE U DETÍ A MLÁDEŽE	57
<i>Štefan MATULA, Alena HALAJOVÁ a kol.</i>	
PROBLÉM ČLOVĚKA V PSYCHOLOGICKÝCH VÝZKUMECH	63
AKTUÁLNE TRENDY VO VÝSKUME TALENTOV	63
<i>Vladimír DOČKAL</i>	
MOŽNOSTI A OBMEDZENIA PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKY A VÝSKUMU NADANÝCH DETÍ	67
<i>Jolana LAZNIBATOVÁ</i>	
CENTRUM PRO STUDIUM NADÁNÍ PŘI UNIVERSITĚ V NIJMEGEN JEHO CÍLE A ČINNOST	73
<i>Eva VONDRÁKOVÁ</i>	

ANTROPOLOGICKO-HERMENEUTICKÁ PSYCHOTERAPIE ZÁKLADNÍ TÉMATA.	77
<i>Jiří RŮŽIČKA, Oldřich ČÁLEK</i>	
NÁBOŽENSKÁ PSYCHOLOGIE	85
PSYCHOLOGIE (A) NÁBOŽENSTVÍ	85
<i>Pavel ŘÍČAN</i>	
KRESBY DĚTÍ JAKO NÁSTROJ PSYCHOLOGICKÉ DIAGNOSTIKY (INFORMACE K VIDEOZÁZNAMU)	89
<i>Wolfgang SEHRINGER</i>	
PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP	93
HOSPICOVÉ HNUTÍ V ČR – ZKUŠENOSTI HOSPICE ANEŽKY ČESKÉ	93
<i>Marie SVATOŠOVÁ</i>	
PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA BOLESTI	97
<i>Blanka ŠESTÁKOVÁ</i>	
PSYCHONKOLOGIE	101
<i>Zdeňka CHOVANCOVÁ</i>	
PEDAGOGICKÁ, PORADENSKÁ A ŠKOLNÍ PSYCHOLOGIE	103
PEDAGOGICKÁ PSYCHOLOGIE A JEJÍ SOUČASNÁ SITUACE	103
<i>Stanislav ŠTECH</i>	
AUTODIAGNOSTIKA UČITELE	107
<i>Isabella PAVELKOVÁ</i>	
KE KRITÉRIÍM POSUZOVÁNÍ ÚROVNĚ ODBORNÝCH ČINNOSTÍ ODBORNÝCH PSYCHOLOGŮ V PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÝCH PORADNÁCH	111
<i>Jiří DAN</i>	
K NIEKTORÝM OTÁZKAM PSYCHOLÓGIE UČENIA	115
<i>Ivan SARMÁNY SCHULLER</i>	
SOCIÁLNĚ-PSYCHOLOGICKÝ VÝCVIK	121
VPLYV RELIGIOZITY NA NIEKTORÉ POSTUPY ZVLÁDANIA NÁROČNÝCH SITUÁCIÍ	121
<i>František BAUMGARTNER, Viktória BAZANOVÁ, Branislav BODO</i>	
SKUPINOVÉ RIEŠENIE A ZVLÁDANIE SITUÁCIÍ PSYCHICKEJ ZÁŤAŽE	133
<i>Mária BRATSKÁ</i>	
NOVÉ TRENDY V PÉČI O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ	137
PODAJME RUKU PSORIATIKOM	137
<i>Milina BUBENÍKOVÁ</i>	
PSYCHOLOGICKÁ PÉČE O PACIENTY LÉČENÉ GAMA NOŽEM	139
<i>Martin KOŘÁN</i>	
CANISTERAPIE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH	145
<i>Jiřina LACINOVÁ</i>	
KBT U MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH (KAZUISTIKA)	149
<i>Mariana ŠTEFANČÍKOVÁ</i>	

NEUROPSYCHOLOGIE	153
MOŽNOSTI NEUROPSYCHOLOGICKÉ REHABILITACE KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ <i>Petr KULIŠŤÁK</i>	153
NEUROLOGICKÉ ASPEKTY NEUROPSYCHOLOGICKÉ REHABILITACE <i>Vojmír MATĚCHA, Petr KULIŠŤÁK, Miloslav KUBÍČEK</i>	155
WILLIAMSOV SYNDRÓM: OSOBITOSTI NEUROPSYCHOLOGICKÉHO PROFILU <i>Katarína JARIABKOVÁ, Vladimír BZDŮCH, Marián KOŠČ</i>	157
TÝRANÉ DĚTI	161
NĚKTERÉ SOCIÁLNÍ ASPEKTY PROBLEMATIKY TÝRANÉHO DÍTĚTE <i>Naděžda BARTOŠÍKOVÁ</i>	161
PC METODY V PSYCHOLOGICKÉM EXPERIMENTU A VE VÝUCE PSYCHOLOGIE	167
PC FORMY METÓD PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKY <i>Miroslav FRANKOVSKÝ</i>	167
REJSTŘÍK AUTORŮ	171

Diferenciace a integrace v psychologii

Josef ŠVANCARA

Psychologický ústav FF MU v Brně

E-mail: svancara@phil.muni.cz

1. Každé nové číslo Zpravodaje ČMPS přináší informace o rozvoji činností ve všech oblastech psychologie. Vznikají nové, specializované obory. Nahlédneme-li do programu posledního mezinárodního psychologického kongresu (Montreal 1996), poskytne nám obsah 28 tematických okruhů přesvědčivý doklad o pokračujícím rozrůžňování a ozvláštňování. Snad ještě výrazněji je to patrné v jednotlivých aplikačních oblastech. Například Šípek (1993) cituje údaj o 400 současných psychoterapeutických orientací, škol a směrů, a tento údaj je z roku 1986; nedovedu odhadnout jejich dnešní počet. Na každém stříbrném CD APA máme čtvrt milionu řešerší, které jsou ještě daleko zřetelnějším dokladem toho, jak diferenciace strmě stoupá díky množství dílčích výsledků. Je tato diferenciace zákonitým dokladem stále vyspělejší úrovně psychologie? Není tu riziko, že psychologové ztratí schopnost komunikovat o základních problémech? Je to jednoduše duch doby, postmodernismus? Nezahlí vlna postmodernismu, který rozděluje lidstvo na skupiny, z nichž každá má svůj „režim řeči“ a kdy je vyškrtáno slovo pravda (srov. J. Krupička, Renaissance rozumu, 1994), také psychologii? Hledat tedy řešení v posílení integrace, v propojování, ve sjednocování dílčích koncepcí a v jejich systémovém zpracování?

Tyto a některé další otázky nám vyvstávaly, když jsme ve výboru ČMPS uvažovali o programu letošních Psychologických dnů (PD).

Při úvaze o jednotlivém tématu PD se vynořila námitka, že integrace již zastřešila jiný kongres, zda to tedy nebude chápáno jako adopce tématu zakotveného jinde. Nikoli, integrace má své pevné místo v psychologii již od poloviny minulého století a má tedy prioritu ve srovnání s různými současnými směry a aplikacemi.

Pro aktualizaci integrace není třeba chodit daleko; v Praze, jak vidíme, se právě rozbíhá integrovaná doprava a také jinde se integruje kde co, ovšem také dezintegruje.

2. Pokusíme-li se utřídit východiska pro zkoumání integrace, podaří se nám jich pravděpodobně většinu začlenit z hlediska převažující orientace:

- 1) na organismus, tedy biologické a evoluční parametry,
- 2) na strukturu osobnosti a kooperativní interakci jejích složek,
- 3) na metody psychologické intervence v nejširším smyslu,
- 4) na organizaci poznatků,
- 5) na začlenění složek populace do sociálních struktur.

Ve svém úvodním slovu k tomuto ústřednímu tématu našich PD chci věnovat větší pozornost procesům diferenciace a integrace takřkajíc v nás, tzn. v kontextu poznávání,

prožívání a vývojové dynamiky **osobnosti**, zatímco otázkou integrace **obsahu vědění** rozvine paní dr. M. Sedláková. Pokud jde o přístup, který jsem zvolil, tedy integrativní procesy subjektu, víme, že je ostatně v každodenní pracovní náplni diagnostiků a psychologů. Reflexe duševního zdraví se opírá o zkušenost integrované celistvosti. Také kognitivní scénář života lze interpretovat pomocí těchto pojmů. Když jsem nedávno vyslechl životní orientaci jednoho talentovaného absolventa VŠ, pokusil jsem se jeho životní příběh charakterizovat konstatováním, že u něho relativně převažuje diferenciací nad integrací. Rozuměl, necítil se dotčen.

Nechci se dnes zabývat otázkou, zda v psychologii užíváme pojmů diferenciací a integrace v přeneseném smyslu. Jak víme, od doby H. Spencera (1862) se procesy diferenciací a integrace staly základními pojmy ve vývojové psychologii. Na rozdíl od Spencerova filozofického učení o integraci, vytvořil P. Janet koncepci osobnosti, v níž má integrace centrální význam. Normální osobnost je třeba chápat z hlediska „*integrované souvislosti*“. (V anglicky psaných publikacích se setkáváme nezdědká s termínem „*organization*“, který se blíží našemu vymezení integrace). Lze říci, že je namnoze shoda v tom, že integrace zahrnuje proces, v němž se dílčí složky psychofyzického organismu sjednocují v celku vyššího řádu. Zakotvena v **ortogenetickém principu** (jak často mně tento termín v tisku chybně měnili na ontogenetický), jak jej formuloval Heinz Werner, je interakce procesů progresivní diferenciací a integrace nosnou základnou veškerého duševního vývoje.

Kvalitu integrace lze hodnotit na základě dvou hledisek:

- 1) komplexnosti,
- 2) efektivnosti.

Uplatňujeme-li hledisko *komplexnosti*, hodnotíme, že jsou vytvořeny vztahy mezi jednotlivými složkami systému a mezi systémem a jeho prostředím. *Efektivnost* vyjadřuje více nebo méně harmonickou součinnost složek systému a interakci systému jako celku s jeho prostředím. Shledáváme-li však empirické údaje o této interakci, vidíme, že empirická zkoumání až do současné doby věnují větší pozornost diferenciací schopností a vlastností než integraci těchto složek osobnosti. Typickým dokladem toho jsou práce H. Witkina a jeho spolupracovníků o psychologické diferenciací. Naopak je pozoruhodné, jakou pozornost věnuje zkoumání procesů integrace sociální psychologie; například Parsons rozlišuje integraci kulturní, normativní, komunikační a funkční. S tímto zaměřením bude patrně v navazujícím workshopu sledovat sluchově postižené dr. Zborťková.

Do jisté míry je zmíněné častější zaměření na zkoumání procesů diferenciací pochopitelné již na základě evidence o tom, že diferenciací zákonitě předbývá integraci, i když je žádoucí, aby v zájmu celistvosti osobnosti nezůstávala bez integrace.

Jestliže chápeme osobnost jako otevřený systém v interakci s prostředím, pak se úroveň její integrovanosti snažíme doložit funkčními vztahy jednotlivých složek. Progredující diferenciací tedy poměrně snadno zachycujeme například na vývoji potřeb, postojů, zájmů, pročeňování časové perspektivy atd., zatím co závěr o integraci osobnosti již představuje metakognitivní úroveň.

3. Je potěšitelné, že v jednotlivých disciplínách moderní experimentální psychologie přibývá přístupů, jimž se daří dospět k zjištění nových integrativních souvislostí: pojetí cyklu vnímání, propojující představy a pozornost (U. Neisser ad.), široká tematika mentální reprezentace, jednoho z velkých integračních pojmů, koncepce hierarchické organizace pojmů, vyjádřitelná

integračním indexem pojmového myšlení (H. Schroder aj.), integrační teorie kognitivních procesů a emocí (R. Sternberg, K. Scherer ad.).

V této souvislosti stojí za povšimnutí, že někteří američtí psychologové dospívají na základě empirických výsledků z oblasti vnímání a myšlení k ocenění dílčích principů celostní a tvarové psychologie. I při kritických výhradách – zejména k zúžení zaměření na analýzu *Gestaltu* ve vnímání – má tvarová a celostní psychologie zásluhu v tom, že vytvářela základnu pro interpretaci souvislostí. Znovu se diskutuje o otázce, zda například při interpretaci vjemu, při níž se transformují senzorké podněty do strukturních schémat vnímajícího, probíhá proces ve směru zdola nahoru nebo opačně. Dochází k zřejmým nesnázím, jestliže převažuje pouze vzestupná strategie (tzn. od částí k celku) nebo pouze sestupná strategie v interpretačním procesu (parsing paradox). Za klíčové vodítko zde považujeme zřetel k „celkové struktuře“, k „vnitřní struktuře“ pochodu vnímání. (Srov. S. E. Palmer, 1978). Podobně integrativně se koncipují některé modely struktury pojmů, jak je to patrné například v pracích Harveye, Hunta, Schrodera aj. (1961). Rozlišují se různé stupně integračního seskupení pojmů. Jednoduchá struktura se vyznačuje nízkou úrovní diferenciací a nedostatkem integrace pojmů. Na takové úrovni kognitivní struktury bývá myšlení a chování silně ovlivňováno vnějšími podmínkami. V „systémové teorii pojmů“ se věnuje značná pozornost integrační komplexnosti subjektu a jeho integrační kapacitě.

William Revelle (Annual Review of Psychology, 1995) zaznamenává příklon k integrování biologických, vývojových, sociálních, kognitivních i klinických přístupů; spatřuje v něm slibný trend především v současném zkoumání procesů osobnosti; zjišťuje, že se již neklade tak velký důraz na deskripci, nýbrž na funkce, které osobnost zajišťuje. Jestliže jsme se tedy před 4 lety pro takové zaměření rozhodli, můžeme nás může naplňovat uspokojením, že jsme zvolili tuto strategii s předstihem. K tomu si dovolím malé odbočení, abych mohl sdělit zkušenost našeho ústavu.

Když jsme před 4 lety v PsÚ FF MU chtěli zvolit jako ústřední téma vědeckovýzkumné činnosti „*Integrativní funkci osobnosti ve vývoji, v činnostech a v sociálním kontextu*“, narazilo to u některých spolupracovníků na pochybnosti a výhrady. Spíše se některým zdálo přijatelné hovořit o integrativní funkci vnímání nežli o integrativní funkci osobnosti ve vnímání, a rovněž argument o integrativní funkci „já“ ve vývoji se leckomu jevil spíše jako spekulace. Rozšířili jsme přesto prosazení integrativního přístupu do také do studijního programu výuky a v druhém cyklu magisterského studia máme dvousemestrový předmět „integrativní psychologie“ (nikoli integrovaná), která má vést k tomu, aby studenti všechny své dosavadní dílčí poznatky a metodologické postupy propojovali v strukturních i dynamických souvislostech. Takovou úroveň chápání jevů v souvislostech a propojování dílčích poznatků očekáváme při souborných a závěrečných zkouškách. Domníváme se, že tento způsob zachycuje úroveň psychologického myšlení studentů lépe, než způsob zkoušení směřující k evidenci poznatků, k zjištění jednotlivých znalostí nebo mezer v rozsahu kognitivní mapy studenta.

4. Souvislost může být mezi předměty, jevy, událostmi souvislost příčinná, významová, styčnost v čase, kontiguita. V anglickém výrazu *contexture* je zahrnuto i pletivo, struktura, stavba. Tím se přibližujeme k důležitému konstatování, že podstatné souvislosti je třeba zachycovat jako strukturní souvislosti. Pro souvislosti psychologické povahy je dobře mít na mysli hledisko, které často zdůrazňoval Jan Patočka, že struktura znamená nejen uvažování z hlediska celku, ale také z hlediska významu, neboť struktury jsou významovými strukturami.

K takovému pohledu je však třeba určitý odstup. Můžeme se leccos naučit od malíře nebo sochaře, který občas odstoupí, aby shlédl z jiné perspektivy své dílo.

Zajímavou kategorizaci schopností pojímat věci v souvislostech rozvinul Teilhard de Chardin (1990); uvádí sedm takových „myslů“:

- mysl pro nesmírnost prostoru,
- mysl pro hloubku času,
- mysl pro množství a závratnou mnohost hmotných a živých prvků,
- mysl pro proporce, mysl pro kvalitu, novost,
- mysl pro pohyb,
- mysl pro organicitu a strukturální jednotu.

Kdyby člověk postrádal tyto kvality, byl by „bludným předmětem v nesouvislém světě“, říká Teilhard.

Co však může být nejvíce na překážku toho, abychom dospívali k souvislostem? Zdá se, že by stálo za to inovovat Bacona s jeho „*idola mentis*“.

Psycholog má ve své profesi vést hranici mezi „*idola tribus*“, ač je pochopitelně také člověk, ale chápe věci a lidi v souvislostech jejich světa. Druhou formou závislosti jsou „*idola specus*“. Každý sice pozoruje přírodu ze své jeskyně, ale neměla by to být jen žabí perspektiva. „*Idola fori*“, vliv řeči na naše myšlení, není tak malichernou záležitostí v práci psychologa a ovšem také mnohých jiných. Přesné vystižení zkoumaných stavů se leckdy nahrazuje vágními termíny. Ještě závažnější překážku znamenají „*idola theatri*“; některé přetrvávající jednostranné teorie nám mohou znesnadňovat začlenění dat do souvislostí. Prvním krokem, který napomáhá odolat této čtvrté iluzi, je přesvědčení, že teorie nejsou správné nebo nesprávné, ale užitečné nebo neúžitečné; a dále pohotovost odlišovat ideje a osobnost jejich představitelů; jeden z důležitých principů při shromažďování poznatků, o němž bude hovořit v odpoledním workshopu paní dr. M. Sedláková.

5. Důraz na systémové zpracování poznatků zahrnuje čtyři dílčí koncepce: *ideu celosti*, *ideu transformace*, *ideu samoregulace* a *hermeneutický aspekt*. Být interpretem poznatků, díla, osobnosti je důležitou devizou každého psychologa a je tedy třeba, aby studenti získávali průpravu také v hermeneutickém zpracovávání jevů, událostí, ale také textů a nauk, aby se také tímto směrem metodologicky orientovali a uvědomovali si, jak široké aplikační možnosti má hermeneutický přístup. Tento přístup by neměl mít příliš pevný krunýř určitého psychologického směru.

Na tomto místě je patrně načase, abych se zmínil o jednom metateoretickém pojmu. **Paradigmata** se stala natolik ideálem vědeckého myšlení, že se nelze divit, když někdo kroutí hlavou, slyší-li zde apel na integraci, jestliže se domnívá, že tento zřetel již pokrývá funkce paradigmata. Snad nikoho nepohorší moje kritická výhrada k paradigmatické orientaci. To se nepochybně osvědčilo v klasické přírodovědě, ale obávám se, že by mohlo omezovat prostor pro porozumění souvislostem v psychologii, souvislostem, jež vyrůstají z antropického principu; v paradigmatickém přístupu může být zakleto dvojí nebezpečí, totiž pojmového fetišismu a hypostazování abstraktních představ, vzdálených skutečnosti subjektu. Zachycení relevantních psychologických souvislostí vyúsťuje spíše do hyperbolického (otevřeného) systému vývoje kosmu, systému, který se vyznačuje stále silnějším podílem duševního dění.

6. Ve svém příspěvku jsem mohl pouze naznačit odpověď na některé otázky uvedené v prvním odstavci. Způsobů, jak uplatňovat integrativní přístup a jak vyvažovat ty procesy diferenciacce, které jsou neefektivní, ne-li ohrožující integritu osobnosti, je nepochybně daleko více, než jsem mohl uvést. Některé z nich zazněly také na podnětné švýcarské konferenci (Bern, 1993), věnované otázkám rozumění, pozoruhodné i tím, že zde měli převahu kognitivní psychologové. Apel této konference lze jistě začlenit také do záměrů těchto Psychologických dnů: *učit se rozumět, učit rozumět a rozumět si!*

Literatura u autora.

K možností integrace psychologického poznání¹⁾

Miluše SEDLÁKOVÁ

Psychologický ústav AV ČR, Praha

Sdělení je rozděleno do tří částí. První z nich je věnovaná pluralismu v psychologii a z něj vyplývajícím závěrům pro reflexi psychologického poznání. Vedle běžně známého dělení pluralismu na pluralismus synchronní a diachronní je možné identifikovat pluralismus na úrovni: (1) transscientiálních kategorií; (2) kategorií předmětných; (3) povahy metod použitých při jednotlivých výzkumech a (4) psychologického pojmosloví a terminologie. Povaha a explicitní či implicitní zastoupení každé z prvních třech úrovní v psychologickém poznatku tvoří jeho předpokladovou bázi.

Druhá část vychází z teze, že možnost integrace psychologických poznatků předpokládá analýzu teorií a hypotéz, v závislosti na jejichž testování tyto poznatky vznikly. Pokusy v této oblasti lze klasifikovat do dvou zásadně odlišných přístupů: první z nich předpokládá vytvoření metajazyka jakožto součásti psychologické metateorie; stoupenci druhého naopak psychologickou metateorii odmítají. V intencích tohoto druhého přístupu lze vymezit tři pokusy přispět k integraci psychologického poznání: (1) intuitivní přístup; (2) úsilí o změnu paradigmatu současného základního výzkumu a (3) vytváření dílčích syntetických studií.

Třetí část poukazuje na možnost klasifikace psychologických poznatků z hlediska jejich zdrojů, předpokladové báze a povahy jejich sémantické a syntaktické výstavby. Zvláštní pozornost je věnovaná především empiricky zjištěným faktům a faktům inferovaným, dále poznatkům, jejichž sémantika buď více vtahuje implikace transscientiálních a specificky psychologických kategorií, nebo je na nich relativně nezávislá. Z hlediska nosičů poznatků jsou předmětem rozboru poznatky, jejichž základem jsou: (a) proposice deklarativního typu; (b) systémy proposic; (c) scénáře a (d) mentální modely. Závěrem sdělení je zvážena možnost vytvoření redukované faktologické základny obecně psychologického poznání. Pozornost je věnovaná jak přednostem, tak limitům tohoto počínání.

¹⁾ Ve sborníku je uvedena pouze anotace příspěvku, jehož plné znění bude publikováno v časopise Československá psychologie. – Příspěvek vznikl jako součást grantu A 8025601 AV ČR.

Vplyv integrácie na diferenciáciu osobnosti

Katarína ZBORTEKOVÁ

VÚDPaP, Bratislava

Jednou z pozitívnych zmien v súčasnom reformujúcom sa školstve je i začlenenie postihnutých detí do škôl bežného typu. Tejto problematike sa na našom pracovisku v rámci grantovej úlohy venuje pod vedením I. Učňa tím piatich pracovníkov. Problém sa snažíme postihnúť z viacerých aspektov – identifikáciou postojov k integrácii u učiteľov, rodičov a detí, sledovaním dynamiky sociálnych väzieb v integrovaných triedach, sledovaním psychologických a špeciálno-pedagogických faktorov vyučovacieho procesu. Problematikou osobnostných charakteristík, ktoré sa aktivujú v procese integrácie som sa začala zaoberať v minulom roku. Vzhľadom na predchádzajúcu viacročnú skúsenosť so sluchovo postihnutými deťmi som si zvolila za predmet sledovania túto vzorku populácie.

V literatúre nachádzame informácie o osobnostných charakteristikách sluchovo postihnutých, ktoré možno zhrnúť pod pojmy pretrvávajúca emocionálna a sociálna nezrelosť a poruchy správania. K. P. Meadowová (1993) na základe analýzy odborných štúdií uvádza ich 9–20 percentný výskyt v sluchovo postihnutej populácii, čo prevyšuje normálnu populáciu 3–4 krát. Medzi najčastejšie uvádzané prejavy patria napr. impulzivita, zvýšená sugestibilita a závislosť, nízka sebadôvera a iniciatíva, tendencia k rigidite, myšlienkové ul'pievanie, úzkostná inhibícia a i. (bližšie Zborteková, 1996). M. Broesterhuizen (1993) za príčinu týchto prejavov, ktoré pretrvávajú do dospelosti, považuje deprivačný syndróm z ranných vývinových období. Môžeme uvažovať o jeho dvoch rovinách. Jednak o informačnej insuficiencii a komunikačnej bariére spôsobenej hluchotou – dlhodobou obmedzenej možnosti vlastného sebavyjadrenia a zároveň emocionálnej deprivácie súvisiacej s vyrovnávaním sa rodiny s faktorom postihnutia dieťaťa (tento proces sa spravidla opakovane aktivuje v jednotlivých vývinových obdobiach dieťaťa).

Jednou z možností ako eliminovať tieto negatívne vplyvy je snaha začleniť sluchovo postihnuté dieťa do normálneho života v počujúcom prostredí a zabezpečiť mu tak dostatočný prísun stimulujúcich informácií, aby sa adekvátne rozvinul intelektový potenciál a diferencovala osobnosť sluchovo postihnutého dieťaťa.

Ktoré z osobnostných charakteristík sa aktivujú v náročnom procese integrácie, resp. ktoré je potrebné cielene stimulovať, je predmetom nášho sledovania.

Výskumnú vzorku tvoria deti vo veku 8–14 rokov s ťažkou, resp. stredne ťažkou poruchou sluchu, ktoré sú úspešne integrované do bežných ZŠ. Kontrolnú skupinu tvoria deti špeciálnych škôl vyberané metódou párového výberu. Kritériom sú pohlavie, vek, úroveň IQ, podobné rodinné a ekonomické zázemie. Zvolili sme tieto diagnostické metódy: PDW – pričom sme využili i jeho verbálnu časť u oboch sledovaných skupín, Test stromu, Projektívne interview, Kresbu seba v skupine, ROR metódu, dotazník adaptívneho správania ABS, ktorý vyplňali o dieťati zvlášť rodič a učiteľ. Deti sme orientačne pozorovali na dvoch vyučovacích hodinách.

Vzhľadom na to, že výskum ešte nie je ukončený, budeme informovať o zisteniach z predvýskumu, v rámci ktorého sme overovali vhodnosť diagnostických metód, resp. o určitých tendenciách ako sa nám v tejto fáze sledovania javia.

Intelektové schopnosti doteraz vyšetrených detí ($N = 29$) sa nachádzajú v pásme vyššieho priemeru a nadpriemeru. Iba v ojedinelých prípadoch sme zaznamenali vyrovnané hodnoty verbálneho a neverbálneho IQ. Zaujímavým zistením bolo, že deti dobre verbálne zdatné nedosahovali očakávané hodnoty verbálneho IQ. Naopak, deti s ťažším sluchovým postihnutím a málo zrozumiteľnou rečou poznali viac slov a dokázali lepšie vystihnúť charakteristické znaky pojmov. Pri osobnom kontakte integrované deti komunikovali bez zábran, napriek ťažko zrozumiteľnému rečovému prejavu mali veľkú snahu dorozumieť sa (nejasnosti vyjadrovali písomnou formou, kresbou, či napodobňovaním). Ich slovník bol bohatší, poznali viac pojmov, na nové situácie vedeli reagovať pohotovejšie a vynaliezavejšie. Deti zo špeciálnych škôl boli menej pružné, keď sme si neporozumeli, strácali záujem o komunikáciu, ich písomný prejav bol nepresný, obsahoval viac chýb a zaťažoval ich. Slovník týchto detí sa nám javil ako chudobnejší.

V Projektívnom interview sa všetky sledované deti ťažšie vžívali do hrovej situácie (Kúzelný svet). Môže to súvisieť jednak s tým, že sluchovo postihnuté deti poznajú málo rozprávok a tiež s tým, že ich fantázia sa na slovné podnety neuvolňuje dostatočne pružne. V subteste Nedokončené vety, ktoré sme predkladali v písomnej forme deti reagovali často neadekvátne, veľmi dlho premýšľali a hľadali istotu správnej odpovede.

Pri Interpretácii obrázkov všeobecne používali chudobné popisné charakteristiky, čo môže súvisieť s obmedzenými vyjadrovacími schopnosťami a malou životnou skúsenosťou. Integrované deti vo väčšej miere produkovali obsahovo kvalitnejšie odpovede, napr. vyčarovali by čistejšiu Petržalku, mame dobrého muža. triedu ako botanickú záhradu, uľahčili by učiteľom i rodičom život, chceli by byť múdri a dobrí, poznávať svet, učiť sa ako blesk. Taktiež sa u nich prejavili potreba láskavosti, porozumenia a ochrany, dokonca s tendenciou poskytnúť ju svojmu okoliu. U detí zo špeciálnych škôl prevládali preferencie materiálnych hodnôt – peniaze, zlato, sladkosti, pekné oblečenie, šperky, auto, dom, čo v danom vekovom období hodnotíme ako primerané.

Údaje z Testu stromu sme využili na celkové dokreslenie charakteristík každého dieťaťa, pričom sme nezaznamenali typické prejavy charakterizujúce obe sledované skupiny detí.

ROR metódu sme pre jej ťažkosti s administráciou a niektoré rozporné zistenia vylúčili a nahradili metódou TBSD, ktorá sa nám javí pre sluchovo postihnuté deti ako vhodnejšia. Túto metódu sme začali používať dodatočne a nemáme zatiaľ údaje spracované.

V Kresbe seba v skupine sa 50% integrovaných detí znázornilo samo, čo potvrdilo naše pozorovania, že postihnuté deti sú v normálnych triedach akceptované viac formálne. Deti im neubližujú, dokonca pomáhajú, ale nevytvárajú s nimi užšie kamarátske väzby, čo potvrdili i učitelia a rodičia.

Všetky deti hodnotili učitelia i rodičia v dotazníku ABS ako dobre adaptované.

U sledovaných detí sme nezaznamenali výraznejšie patologické prejavy v správaní, napriek tomu, že deti sú vystavené dlhodobej psychickej záťaži.

Naše výskumné zistenia nás zatiaľ neopravňujú k zovšeobecňujúcim tvrdeniam, zo získaných údajov je však už teraz zrejмый pozitívny vplyv rodinnej starostlivosti ale i podnetného prostredia bežnej školy na diferenciaciu osobnosti postihnutého dieťaťa a vytvárania vhodných podmienok pre jeho adekvátnu sebarealizáciu a zvýšenie kvality jeho života.

Literatúra

Broesterhuizen, M.: Emocionalita u neslyšících dětí. In: Diagnostika a řešení problému při vzdělávání a výchově neslyšících. Sint-Michielsgeste IVD Stichting, 1993, s. 53–62

Meadow, K. P.: Problémy chování u těžce sluchově postižených dětí. In: Diagnostika a řešení problému, při vzdělávání a výchově neslyšících. Sint-Michielsgestel IVD Stichting, 1993, s. 63–82

Zborteková, K.: Osobnostné charakteristiky sluchovo postihnutých dětí a možnosti ich psychodiagnostiky. PaPD, 3, 1996, s. 144–151

Psychologie cvičení

Václav HOŠEK

FTVS UK Praha

Procesy diferenciacie, které se staly hlavním tématem Psychologických dnů 96, probíhají i v psychologii sportu. Původně nerozrůzněná, široce pojatá psychologie sportu se zabývala vzájemnými vlivy mezi psychikou a sportováním. Sport byl ale stále více chápán jako soutěžní sport a posléze především jako elitní sport vrcholový. Ten se těší ohromnému diváckému zájmu lidí, vzpomeňme jen na ohromný ohlas našich letošních hokejových a fotbalových úspěchů a připomeňme si sledovanost OH v Atlantě. Proto jsou tyto aktivity významnou ekonomickou komoditou a v nedávné minulosti, v politicky rozděleném světě představovaly i výrazné politikum. Přispělo to k určité konjunkturu psychologie vrcholového sportu a také k rozvoji poznání v této oblasti. Dá se říci, že psychologie sportu přispěla k obohacení poznatků v oblasti platnosti Yerkes-Dodsonova zákona o nelineárních vztazích mezi aktivační úrovní a výkonem člověka (hypotéza převrácené „U-křivky“). Málokde jde tak dobře demonstrovat a studovat jevy „paradoxu vůle“ a psychogenní dezautomatizace pohybů jako ve sportu. Proto psychologie sportu shromáždila poměrně hodně poznatků o zónách optimálního fungování, jak z hlediska jednotlivých osob, tak z hlediska jednotlivých typů činností. Ruku v ruce s tím jsou rozpracovány poznatky o regulačních mechanismech přípravy na činnosti, včetně psychologického tréninku.

Druhou velkou oblastí poznatkového přínosu psychologie sportu je efektivita malé sociální skupiny, regulace vztahů konkurence a spolupráce ve skupině. Od dob Ringelmanových pokusů s přetahem lanem na počátku století se ví o poklesu individuálního výkonu při zvětšení skupiny. Ovlivnění skupinového výkonu koučováním je tradičním tématem psychologie sportu.

Kromě naznačené orientace využití psychologických poznatků ke stimulaci sportovních výkonů se v posledních třiceti letech začíná v psychologii sportu vydělovat nová tradice. Souvisí to s demokratizací sportu, s hnutím „sport pro všechny“ a se zdůrazňováním významu zdravotně orientované zdatnosti lidí. Objevuje se hnutí „fitness“, móda joggingu, walkingu, aerobiku apod., kde přednostně nejde o výkon ve smyslu sociálního srovnávání, ale o pozitivní ovlivnění člověka cvičením. Cílovými kategoriemi jsou zde kondice, pohoda, zdraví, vzhled, výdej energie, únava, odolnost. Na bibliografické analýze prací z psychologie sportu lze dobře demonstrovat, jak se postupně zvyšuje počet prací s touto tematikou a jak se postupně oddiferencovává relativně autonomní psychologie cvičení se svými svébytnými problémy. Hlavní problém je formulován jako adherence, tj. setrvalost lidí v cvičebním programu. Opakovaně se ukazuje, že po půlroce cvičení setrvává asi 50% původních cvičenců. Zvýšení tohoto procenta je výzva pro psychology. Studují se aktuální i dlouhodobé vlivy cvičení v psychologické oblasti. Jako aktuální vliv bývá nejčastěji uváděn tzv. „ledovcový efekt“, což je metaforické, obrazné popsání účinku cvičení na škálu POMS (profile of mood states, Mc Nair, Lorr a ost.), která je nejčastějším nástrojem měření aktuálních účinků cvičení. Sebehodnocení se týká pocitů napětí, deprese, vzteku, síly, únavy a zmatenosti. Když se vše graficky vynese, dominuje na škále vzestup síly po cvičení a všechny ostatní proměnné jeví pokles a to je zmíněný „ledovcový“ tvar křivky.

U vytrvalostních cvičebních aktivit se v poslední době hodně dokladuje euforizační aktuální vliv, způsobený endogenními opiáty produkovanými v mozku při únavě. Jak se zdá, může být dosahování těchto stavů významným, třeba i neuvědomovaným motivem vytrvalostních cvičebních aktivit, mohou vznikat abstinenci příznaky a snad i závislost na těchto stavech. Euforizační účinky endorfinů a enkefalinů jsou v pozadí aktuálních stavů popisovaných jako „běžecká špička“, či „druhý dech“.

Dlouhodobých účinků cvičení je v jednotlivých studiích popisováno mnoho, většinou ve smyslu prospěchu ze cvičení. Nejčastěji a nejprůkazněji jsou vzpomínány účinky antidepresivní, antistresové a obecně trankvilizační.

Teoretickým jádrem psychologie cvičení je vytváření „modelu cvičebního chování“, které je odvozeno z modelu zdravotního očekávání. Motivačním jádrem je víra v účinnost cvičení (response efficacy). Dá se říci, že naprostá většina motivačních přístupů v oblasti psychologie cvičení má povahu kognitivních strategií. To je velká škoda, protože brát cvičení jen jako nepříjemnou namáhavou diskomfortní oběť, vyváženou pouze vidinou zdravotního prospěchu ze cvičení, nedává velkou naději na motivační odolnost. Daleko větší akcent by se měl klást na pozitivní emoční prožitek, spojený s vhodně vybraným cvičením. Takového spojení příjemného s užitečným má větší naději na persistenci motivů. Ostatně v původním smyslu slova sport (disportare) bylo přinášení radosti, nebo přenášení do stavů vytržení. Ve sportech jsou zpravidla přítomny orgiastické, extatické a herní prvky, takže jejich záměrné využívání by nemělo být psychologickým problémem. Prakticky se to děje např. fascinacím využitím rytmické hudby při aerobiku apod. Relativně málo se využívají prožitky vertiginální a mimetické, které mají zastoupení především ve hrách.

Zpětnou integraci vidíme ve společných přístupech psychologie cvičení, psychologie zdraví, v hledání společných prvků kvality života a jeho plného smyslu. Takové přístupy už jsou podnikány. Za všechny stačí připomenout monografii Csikszentmihalyiho s jeho pojetím stavu plynutí (flow). Dá se očekávat, že v těchto oblastech budou psychologové z různých aplikovaných oborů v budoucnosti opět nalézat svůj společný jazyk.

Literatura

- Biddle, S. J. H.: European Perspectives on Exercise and Sport Psychology. Human Kinetics, Exeter 1995.
- Csikszentmihalyi, M.: O štěstí a smyslu života. Nakladatelství Lidové noviny, Praha 1996 překl.
- Dishman, R. K.: Advances in Exercise Adherence. Human Kinetics, Champaign USA 1994.
- Hošek, V.: Psychologie odolnosti. Univerzita Karlova. Praha 1994.
- Macák, I., Hošek, V.: Psychologie tělesné výchovy a sportu. SPN, Praha 1989.
- Rejeski, W. J., Kenney, E. A.: Fitness Motivation. Human Kinetics Books. Champaign, Illinois 1989.
- Weinberg, R. S., Gould, D.: Foundations of Sport and Exercise Psychology. Human Kinetics, Champaign USA 1995.
- Willis, J. D., Campbell, L. F.: Exercise Psychology. Human Kinetics Publishers. Champaign USA 1992.

Nové poznatky o rodině

Komunikačná interakcia matka–dieťa v rodinách so zdravým a sluchovo postihnutým dieťaťom

Katarína NOVÁKOVÁ, Ľubica KROČANOVÁ

Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, Bratislava

Komunikačný proces medzi matkou a jej dieťaťom predstavuje základ budovania ich vzájomného vzťahu – v ňom sa realizujú počiatočné fázy vývinu komunikácie u dieťaťa, vytvárajú sa prvé a základné komunikačné stereotypy a formuje sa postoj dieťaťa ku komunikácii. Komunikačná interakcia matka–novonarodené dieťa zasahuje kľúčovo do formovania života celej rodiny a ovplyvňuje podstatným spôsobom nielen rodinu ako celok, ale aj individuálny vývin každého jej člena.

Komunikačná interakcia matka–dieťa v 1. roku života dieťaťa

Proces komunikácie vývinovo zasahuje do najranejších období života dieťaťa. V prvom roku života sa komunikačné zručnosti vyvíjajú veľmi dynamicky. Formovanie komunikačného procesu prebieha spravidla podľa bežných vývinových schém formou jednoduchých interakčných epizód. Kľúčovou osobou je v nich matka, ktorá sa snaží upútať a fixovať pozornosť dieťaťa. Uplatňuje pritom tzv. primárne, intuitívne rodičovské správanie, vychádzajúce z nekontrolovaného, vedome neriadeného a iracionálneho správania s vysokou mierou prispôsobivosti percepčným, kognitívnym a skúsenostným potrebám dieťaťa (Papoušek, Papoušková, in: L. S. Koester, 1992).

Dieťa sa už v ranom veku zúčastňuje na interakciách veľmi aktívne a kompetentne, so schopnosťou reagovať na podnety prostredia adekvátnymi formami učenia (Harding 1990). Responzivnosť dieťaťa je výrazne ovplyvnená emocionálno-sociálnymi charakteristikami a individuálnymi zvláštnosťami jeho osobnosti. Zásadnú úlohu zohráva aj perinatálna a inividuálna história dieťaťa (Broesterhuizen a kol., 1993). Responzivnosť matky má podľa C. Hardinga (1990) vplyv na vyšší stupeň komunikačného vývinu jej dieťaťa s podľa G. Wellsa (In: S. M. Mather, 1990) má matkina responzivnosť významné miesto i v procese rečového vývinu dieťaťa a pri ľahšom osvojovaní si jazyka dieťaťom. Podľa L. Lierovej (1988) dieťa disponuje vrodenu kapacitou imitovať a redukovať si vizuálnu a auditívnu stimuláciu, ktorá vychádza od matky a je podporovaná jej empatickými reakciami. Už niekoľkotýždňové doje sa s intenzívnym úsilím pokúša vydať prvé drobné zvuky. Matka obvykle odpovedá úsmevom, kývaním hlavy, nakláňaním sa k dieťaťu a mazaním sa s ním. V ich prvej „konverzácii“ sa expresívna fáza rýchlo strieda s impresívnou, kedy dieťa matku počúva a následne reaguje napodobňovaním. Matka i dieťa si tak vzájomne poskytujú „zrkadlové“ reakcie v ich ranom rečovom kontakte.

V harmonickej dyáde medzi empatickou matkou a dobre adaptovaným dieťaťom dochádza už v prvých troch mesiacoch života dieťaťa podľa L. Lierovej (1988) k budovaniu vzájomného kontaktu vysokej emocionálnej intenzity prostredníctvom intímnej výmeny signálov a odpovedí medzi matkou a dieťaťom. Dieťa reaguje na matkinu tvár, na jej hlas, provokuje ju k reakciám

spojeným úsmevom a rečou, a tieto prejavy matky spätne podporujú aktivitu dieťaťa. Senzitívna matka reguluje aktivitu svojho dieťaťa striedaním stimulačnej fázy s fázou tíšenia a ukludňovania. Ako uvádza Z. Matějček (1986) základ harmonického vzťahu medzi matkou a dieťaťom nespočíva len v tom, že matka uspokojuje základné biologické potreby dieťaťa, ale najmä v tom, že dieťaťu poskytuje a zabezpečuje pocit istoty a bezpečia.

U maladaptívnych dvojíc (problémová matka–rizikové dieťa) sa utvára nedostatočná emocionálna a senzomotorická vzájomná väzba. Matka nie je schopná rešpektovať, podporovať či primerane reagovať na signály a potreby smerujúce od dieťaťa. To následne provokuje ambivalentné až hostilné reakcie novorodenca, ktoré sú pre matku ťažko zvládnuteľné. U dieťaťa dochádza k retardačným znakom v motorickom vývine, k stereotypnej a nevitálnej senzomotorickej aktivite a k chudobným sociálnym prejavom, niekedy až k aktívnemu odmietaniu interakčných situácií a k tzv. „sociálno-emocionálnemu stiahnutiu sa“ s následným vyhýbaním sa očnému kontaktu, s nezájmom o vokálny dialóg i spontánne iniciovanie sociálneho kontaktu (Nováková–Kročanová 1995, Nováková–Kročanová 1996). Optimálna vzájomná komunikácia medzi matkou a dieťaťom by mala vychádzať zo senzitivnosti voči potrebám oboch – matky i dieťaťa.

Osobitosti komunikačnej interakcie otec–dieťa raného veku

V dôsledku spoločensko-ekonomických a kultúrnych zmien dochádza v posledných desaťročiach k výraznému posunu v chápaní mužskej a ženskej role v rodine. Podľa M. Krýslovej, K. Novákovéj (1995) nastáva ich postupné zblížovanie až prelínanie, pričom sa nanovo definuje postavenie muža – otca v rodine. Ukazuje sa, že včasné zapojenie otca do starostlivosti o dieťa rozširuje repertoár interakcií dieťaťa, obohacuje jeho prežívanie a priaznivo ovplyvňuje vývin detskej osobnosti. Medzi otcom a dieťaťom sa tak vytvára výrazné recipročné puto dôvery, ktoré je vzájomne uspokojujúce.

Výskumné zistenia posledných rokov poukazujú na fakt, že interakcia matiek a otcov s novonarodenými deťmi nesie viaceré spoločné znaky. Otcovia aj matky používajú podobný repertoár výrazových prostriedkov na upokojenie a zabavenie dieťaťa. Obaja s ním hovoria vyšším hlasom, približne z rovnakej vzdialenosti, reagujú podobne na jeho úsmevy, plač, nastavujú mu biologické zrkadlo, realizujú väčšinu hrových aktivít na zemi, a pod. (K. Nováková, E. Kročanová, 1996). Z. Matějček, J. Langmeier (1986) spomínajú viacerých autorov, ktorí vyzorovali podobný stereotyp pri prvom kontakte matky i otca s dieťaťom. Kontakt začínal dotykmi končatín, prechádzal na trup a nakoniec na hlavu a tvár.

Popri týchto spoločných znakoch je možné postrehnúť aj zásadné odlišnosti charakteristické pre ranú interakciu otca s dieťaťom. Viacerí autori vo svojich výskumných prácach (bližšie in: M. Krýslová, K. Nováková, 1995) dokumentujú vlastný jedinečný spôsob interakcie otca s dieťaťom:

– otcovia trávia viac času s dieťaťom pri hre na rozdiel od matiek, ktoré väčšinu času venovaného dieťaťu uskutočňujú aktivity súvisiace s kŕmením a fyzickou starostlivosťou o dieťa;

– „štýl vedenia“ dieťaťa sa u oboch rodičov často výrazne odlišuje, kým matkin prístup možno charakterizovať ako funkčný so zvýšenou snahou o uspokojovanie základných potrieb a zachovanie bezpečnosti dieťaťa, otcovský štýl je typický skôr voľnosťou, hravosťou a podnetnosťou vo vzťahu dieťaťa k prostrediu (t.j. matky držia deti skôr „nakrátko“, kým otcovia ich podnecujú k prekračovaniu zóny bezpečia);

– otcovia preferujú v interakcii s dieťaťom pohybové hry, v ktorých si deti osvojujú špecifickú oblasť komunikačných zručností, učia sa ovládať svoje afekty, správať sa primerane v sociálnych vzťahoch a regulovať svoju agresivitu. Pre komunikačnú interakciu dieťaťa s matkou sú typické hry s predmetmi a hry, v ktorých hrá primárnu úlohu verbálna komunikácia – tieto hry stimulujú vývin v oblasti sociálnych vzťahov a posilňujú schopnosť dieťaťa vstupovať do interakcie s rovesníkmi (K. McDonald, R. D. Parke, 1984).

K. D. Pruett (In: M. Krýslová, K. Nováková, 1995) poukazuje na priaznivé vplyvy výrazného zapojenia otca do starostlivosti o dieťa raného veku, najmä v oblasti:

a) intelektového s motorického vývinu dieťaťa;

b) sociálneho a citového vývinu dieťaťa – z hľadiska zvýšenia sociálnej citlivosti a vnímavosti dieťaťa i akcelerácie vývinu jeho sociálnej spôsobilosti;

c) zdravia dieťaťa – významnosť role otca sa zvyšuje pri narodení rizikového či handicapovaného, predčasne narodeného či kriticky chorého dieťaťa pri zvládaní záťaže a frustrácií spojených s narušeným vývinom či zdravotným postihnutím dieťaťa.

Výskumné zistenia zaoberajúce sa špecifickou situáciou otcov v rodinách s postihnutým dieťaťom sú kontradiktórne. Uvádza sa v nich veľmi rozdielna úroveň zaangažovanosti otca na starostlivosti o postihnuté dieťa. Niektorí autori neuvádzajú zásadné rozdiely medzi otcami zdravých a handicapovaných detí. Iní autori naznačujú, že otcovia postihnutých detí reagujú v interakčných situáciách úplne špecificky (napr. u sledovanej vzorky otcov bola zaznamenaná zvýšená direktívnosť vo vzťahu k dieťaťu). Vo vzťahu otcov ku svojmu postihnutému dieťaťu však nie je ani možné očakávať jednotné prejavy správania, nakoľko významný vplyv tu zohrávajú faktory súvisiace s osobnostnou charakteristikou otca, a tiež faktory definujúce rodinu ako celok.

Zdá sa, že raná interakcia otec–dieťa má obojstranne pozitívny vplyv. Je prínosná tak pre dieťa, lebo kontakt s otcom obohacuje proces formovania jeho osobnosti, ako aj pre otca, ktorého rola a postavenie v rodine nadobúdajú nový obsah.

Komunikačná interakcia matky s rizikovým dieťaťom raného veku

Úplne špecifická je z hľadiska vývinu komunikačného procesu matka–dieťa situácia u novorodencov, u ktorých sa komunikačná interakcia nemôže vyvíjať prirodzene. Ide o skupinu detí prenatálnych, detí s neurologickou symptomatológiou a detí s ľahkými perinatálnymi poškodeniami CNS. Medzi ne zaraďujeme aj deti so sluchovým postihnutím, ktoré sú predovšetkým objektom nášho záujmu. Typickým spoločným prejavom v ich správaní býva zvýšený neklud, plačlivosť, znížená schopnosť prispôbiť sa, slabá odozva na podnety z okolia vo forme stereotypných, povrchných reakcií, s menej častým výskytom prejavov pozitívneho sociálneho správania. Matky pociťujú starostlivosť o tieto deti a budovanie kontaktu s nimi ako záťaž narušujúcu harmóniu ich vzájomného vzťahu.

Sluchovo postihnuté dieťa nie je schopné reagovať tak, ako sa od neho očakáva. V dôsledku opakujúcich sa neadekvátnych reakcií dieťaťa na sluchové podnety, matka v domnení, že dieťa v dôsledku sluchovej poruchy nemôže akustické podnety vnímať, obmedzuje ich počet smerujúci k dieťaťu. Ono sa tak dostáva do stavu stimulačnej podvýživy už v ranom veku. Prax však dokazuje, že včasným stimulovaním zvyškov sluchu dieťaťa je možné dosiahnuť výrazné zlepšenie jeho sluchového vnímania vzhľadom na to, že zrenie sluchového orgánu

prebieha až do 12. mesiaca života dieťaťa, pričom plasticita sluchového systému sa výrazne znižuje až po 18. mesiaci veku dieťaťa.

Matky nepočujúcich detí sa v interakčných situáciách snažia kompenzovať zníženú schopnosť sluchovej percepcie svojho dieťaťa vysielaním väčšieho množstva vizuálnych podnetov – prehnanou mimikou tváre, ukazovaním, výraznou artikuláciou a pod. (Koester, L. S., Trimm, V. M., 1991). Sluchovo postihnuté deti reagujú veľmi citlivo na prejavy nezájmu zo strany matky, a to už v 6–9 mesiacoch. V situácii, v ktorej chcú pritiahnúť pozornosť matky, sa u nepočujúcich detí často vyskytujú prejavy rezignácie, neprimeranej kompenzácie a neúčelné motorické reakcie (monotónne pohyby rúk, cmúľanie prstov, húpanie sa, a pod.). Rezignácie nepočujúcich detí v situáciách zníženého záujmu zo strany matky ostáva zatiaľ podľa uvedených autorov nevysvetlená.

Počujúce matky v porovnaní so sluchovo handicapovanými sa v interakcii so svojimi nepočujúcimi deťmi javia ako príliš direktívne a zasahujúce, v interakcii deti skôr vedú ako pozorujú a reagujú na podnety smerujúce od dieťaťa (Nienhuys, T. G., Tikotin, J., 1983). Prílišná stimulácia zo strany matky v interakčnej situácii nemusí mať vždy pozitívny účinok, môže pôsobiť aj negatívne.

Niektoré matky si v komunikačnej interakcii so sluchovo postihnutým dieťaťom nedostatočne uvedomujú potrebu očného kontaktu, vizuálnosti a dôležitosť vizualizovaných foriem komunikácie s nepočujúcim dieťaťom. Nepočujúce deti pozerajú na matku dlhšie a ich pohľad je stálejší na rozdiel od počujúcich detí, u ktorých frekvencia pohľadov na matku býva vyššia, pohľady sú však krátkotrvajúce. Matky sluchovo postihnutých detí sa pozerajú na svoje deti častejšie a dlhšie než deti na matku (de Leuweová, L. 1990).

U nepočujúcich detí sa s vekom ich aktivita v komunikačnej interakcii s matkou výrazne nemení a v porovnaní so zdravými rovesníkmi býva citeľne slabšia. Väčšiu pasivitu týchto detí možno vysvetliť (podľa: Nienhuys, T. G., Tikotin, J., 1983) ich značným znevýhodnením v dôsledku obmedzenej možnosti simultánneho vnímania samotnej komunikácie a subjektu komunikácie, v dôsledku čoho dieťa aj v hrovej situácii venuje podstatne viac času adaptačnému správaniu než samotnej hre. Matky sluchovo handicapovaných detí musia v porovnaní s matkami bežnej populácie v interakčných situáciách na úkor rozvíjania hrových aktivít svojich detí podriaďovať svoje správanie monitorovaniu a koordinovaniu ich správania a činností.

Záver

Komunikačná interakcia medzi matkou s dieťaťom je jedným z tých procesov, ktoré veľmi citlivo odrážajú celkovú emocionálno-sociálnu klímu v rodine. Vzhľadom na to, že ide o dlhodobý proces, je potrebné mu venovať primeranú pozornosť najmä v rodinách, v ktorých prišiel na svet rizikový novorodenec, a kde je možné v dôsledku zvýšenej záťaže na členov rodiny predpokladať vznik problémov. Teoretické poznatky i prax naznačujú, že proces komunikačnej interakcie v dyáde matka–dieťa je v súčasnosti len veľmi málo objasnený a bude si vyžadovať ešte intenzívne výskumné úsilie.

Literatúra

- BROESTERHUIZEN, M. L. H. M., VAN DIJK, J. P. M., IJSSELDIJK, F.: Psychologická a vzdělávací diagnóza a popis. In: Diagnostika a řešení problémů při vzdělávání a výchově neslyšících dětí. Sint-Michielsgestel, Instituut voor Doven 1993, s. 108–153.
- HARDING, C.: Seating the Stage for Language Acquisition: Communication Development in the First Year. In: Educational and Developmental Aspects of Deafness. Edit.
- KOESTER, L. S.: Intuitive Parenting as a Model for Understanding Parent – Infant Interactions when One Parent is Deaf. Amer. Ann. of the Deaf, 137, 1992, č. 4, s. 362–369
- KOESTER, L. S., TRIMM, V. M.: Face-to-face Interactions with Deaf and Hearing Infants: Do Maternal or Infant Behaviors Differ? Referát prednesený na Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Seattle, WA, 18.–20. apríla 1991.
- KRÝSLOVÁ, M., NOVÁKOVÁ, K.: Význam otca v starostlivosti o dieťa raného veku. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 30, 1995, No2, s. 183–190.
- DE LEUW, L.: Muttersprachlich orientierte Frühförderung im Instituut voor Doven in Sint-Michielsgestel, Niederlande. Referát prednesený na Internationales symposium im Hohenems/Voralberg, Rakúsko, 16.–19. nov. 1990.
- LIER, L.: Mother-Infant Relationship in the First Year of Life. Acta Paediatrica Scandinavica, Supplementum, No344, 1988, s. 31–42.
- MacDONALD, K., PARKE, R. D.: Bridging the Gap: Parent-Child Play Interaction and Peer Interaction Competence, Child Development, 55, 1984, s. 1265–1277.
- MATĚJČEK, Z.: Rodiče a děti. Praha, Avicenum, 1986.
- MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J.: Počátky našeho duševního života. Olomouc, Panorama, 1986.
- MATHER, S. M.: Home and Classroom Communication. In: Educational and Developmental Aspects of Deafness. Edit. D. F. Moores, K. P. Meadow-Orlans, Gallaudet Univ. Press, Washington, D. G. 20002, 1990.
- NIENHUYS, T. G., TIKOTIN, J.: Pre-speech Communication in Hearing and Hearing-Impaired Children. Journal of the British Association of the Teachers of the Deaf, 7, 1983, No6, s. 182–194.
- NOVÁKOVÁ, K., KROČANOVÁ, Ľ.: Faktory ovplyvňujúce vývin komunikačnej interakcie matka-dieťa v ranom veku. In: Integrácia postihnutých detí v bežných školách. Zborník. Bratislava, VÚDPaP 1995, s. 70–73.
- NOVÁKOVÁ, K., KROČANOVÁ, Ľ.: Analýza komunikačnej interakcie matka-dieťa v poradenskej praxi. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 31, 1996, č. 1, s. 12–22.

Třileté zkušenosti s rodinnou terapií u dětí a adolescentů s poruchami chování

Martina PILAŘOVÁ, Vladimíra DOSTÁLOVÁ

DÚM Praha

Projekt vznikl za spolupráce Asociace náhradní výchovy, DDÚ v Praze 4 a DÚM v Praze 2 za podpory grantů MŠMT ČR v roce 1993. V DDÚ v Praze 4 se v letech 1993 a 1994 zúčastnilo rodinné terapie 9 rodin dětí ve věku 11 až 15 let (6 chlapců a 3 dívky).

Dovolte, abychom jako členky terapeutického týmu podílejícího se na rodinné terapii chlapců od 14 do 18 let na půdě DÚM v Praze 2 zhodnotily především tuto část projektu. Od roku 1993 do konce roku 1995 proběhlo celkem 5 běhů RT, kterých se zúčastnilo 24 rodin. Rodinná terapie (RT) byla původně koncipována jako součást primární prevence, ale již během prvního běhu se skladbou klientů a potřebou DÚM věnovat se intenzivně chlapcům na tzv. dobrovolných pobytech vykristalizovala spíše jako prevence sekundární.

V letech 1993 a 1994 bylo uskutečněno po jednom běhu (vždy po čtyřech rodinách). V roce 1995 se uskutečnily tři běhy (čtyři, šest rodin). Z dvaceti čtyř rodin nedokončilo všechna sezení RT sedm rodin (jedenkrát pro závažný trestný čin mladistvého, který vyústil ve vazbu, šestkrát pro nespolečenskou rodinu, hoča či obou stran).

Dovolte ještě několik slov o složení naší klientely, která mohou dokreslovat představu o naší práci. Pracovali jsme s hochy ve věku 14 až 18 let, kteří byli v DÚM v osmnácti případech na tzv. dobrovolném pobytu, který vyústil v návrat domů ve dvanácti případech a v nařízení předběžného opatření (PO) či ústavní výchovy (ÚV) v šesti případech (z toho jako zajímavost uvádím, že jedenkrát bylo předběžné opatření nařízeno z výslovného přání chlapce, který se nechtěl vrátit domů pro vyhocené konflikty s otcem a odešel do církevního výchovného ústavu kvůli vyučení). Ve zbývajících šesti případech jsme pracovali s klienty majícími již v době vstupu do RT PO či ÚV, kdy ale byli chlapci i rodiče výrazně motivováni pro spolupráci a kde se prognóza jevila jako nadějná. Naši klienti pocházeli v deseti případech z Prahy, v osmi případech z jiných větších měst, v šesti případech z venkova. Převažovalo základní vzdělání a dělnické profese rodičů. Výjimku tvořily čtyři rodiny s alespoň jedním rodičem s VŠ vzděláním. Dvakrát byl otec soukromý podnikatel, spíše živnostník. Chlapci měli v době RT prakticky všichni výrazné problémy ve škole, odkud byli většinou nepodmínečně, výjimečně podmínečně, vyloučeni (dvakrát ze SŠ, ostatní ze SOU).

Pokud se týká charakteristiky rodin: 9 rodin bylo úplných, z toho pět relativně funkčních, čtyři dysfunkční, dvanáct rodin neúplných a tři doplněné – relativně funkční. Důvody žádosti o přijetí na DP či nařízení PO či ÚV bylo v 18 případech kriminální chování, tj. trestná činnost (krádeže), či větší výchovné problémy (absence ve škole, útek, toulky, konflikty s rodiči apod.) u šesti hochů.

Podle NKN se jednalo v naprosté většině případů o tzv. socializovanou poruchu chování, kdy ve většině případů se skupina vrstevníků, ke které se chlapec pozitivně vztahoval, skládala z mladých lidí zapletených do delikventních či dissociálních aktivit. Nejméně ve čtyřech případech byly poruchy chování pravděpodobně v souvislosti s hyperkinetickým syndromem v dětství. Dva chlapci měli za sebou na počátku rodinné terapie krátkodobou vazbu (jedenkrát pro loupežné přepadení, jedenkrát pro krádeže v bytech). Čtyři chlapci byli hospitalizováni na

dětském psychiatrickém oddělení (2 x pro suicidální pokus demonstrativního typu v adolescenci, 2 x pro hyperkinetický syndrom spojený s poruchami chování v dětství). U deseti hochů začaly problémy s chováním a výchovné problémy již v dětství, u ostatních až s nástupem puberty. Třináct hochů je možné označit za gamblery s různým stupněm závislosti (snad u dvou až tří by se dalo mluvit o patologickém hráčství). Čtyřikrát se objevilo nadužívání alkoholu, dvakrát fetování bez výraznější fyzické závislosti (toluen, pervitin), nadužívání alkoholu a kouření marihuany na bázi experimentování se objevilo u dvou chlapců.

Z psychologického hlediska se jednalo o hochy jak impulsivní emočně labilní, se slabými jáskými regulačními mechanismy, toužící po neustálé excitaci, tak o osobnosti citově chudší se zúženým prožíváním, bez pozitivních hodnotových orientací. U některých klientů se jednalo pravděpodobně o výrazně disharmonický vývoj osobnosti. Intelekt klientů se pohyboval převážně v pásmu průměru.

Rodinná terapie probíhala většinou jedenkrát za 14 dní v sobotu či v neděli, celkem 4 x až 5 x v jednom běhu. V posledním běhu se výborně osvědčil celovíkendový pobyt za Prahou (od pátku do neděle).

Ráno začala RT komunitou za účasti všech rodičů, chlapců a terapeutů. Některé běhy byly charakterizovány větší sociokulturní rozdílností jednotlivých rodin, případně jejich větší uzavřeností či výraznějšími rozdíly v primárních problémech rodin. V těchto případech byla komunita omezena většinou pouze na formálnější sdělení, a obecnější problematiku. Těžiště práce s rodinami pak spočívalo v následovných rodičovských skupinách (vedených párově mužem a ženou) a tak zvaných „klukovských“ skupinách (vedených opět párově). Kromě těchto aktivit měla každá z rodin svého terapeuta, který měl s každou rodinou sezení zvlášť. V případech výrazné spolupráce jednotlivých rodin s terapeutem i mezi sebou navzájem a v případě větší sociokulturní vyrovnanosti mezi jednotlivými rodinami a větší otevřeností jednotlivých rodin včetně snahy řešit před ostatními i velmi bolestné a závažné problémy, bylo těžiště práce s rodinami posunuto do komunitních forem terapie (zejména na posledním víkendovém pobytu, kde byl program obohacen volnou tribunou, arteterapií apod.). Tyto komunitní aktivity byly také spolupracujícími rodinami velmi příznivě hodnoceny. Hlavním úkolem terapeutů při těchto komunitních aktivitách bylo ohlídat případné sklony semknutých se rodičů skupinově, a tedy efektivněji, pouze pranýřovat své syny bez odkrývání dalších souvislostí. A naopak u rodin (zejména matek) s výrazným sklonem k autoakuzacím nepodporovat dále tento sklon končící často v depresi, ale navozovat stále chápající atmosféru nutnou pro další konstruktivní kroky ve vzájemných vztazích.

Nyní bychom se rády dotkly oblasti zkušeností, které pro nás a pro další naši práci vyplynuly z těchto víkendových setkání. Náš projekt byl v podmínkách našich etopedických zařízení, pokud je nám známo, ojedinělým pokusem akceptovat na rodinu zaměřený přístup. Jednalo se o pokus krátkodobý a jistě ne zcela dokonalý. Hlavním cílem, který jsme si při této krátkodobosti kladli, bylo zprůhlednění vztahů v rodině, zajištění otevřené komunikace o problému, který byl mimo rodinu a někdy i v rámci ní tabuizován, jako základ pro další rozhovor, snaha obnovit narušenou bazální důvěru mezi rodiči a dětmi jako nezbytný předpoklad obnovy narušených vztahů, snaha vyvážit vzájemnou komunikaci dětí a rodičů, podpořit vyrovnání se s pocity viny. Tyto úkoly byly vzhledem ke krátkodobosti RT poměrně náročné a ne vždy se dařily.

Katamnestické údaje nejsou úplně, zhruba u třetiny hochů máme zprávy o pozitivním vývoji, třetina hochů je v současné době ve výchovných ústavech (tyto pobyty jsou však v některých případech důsledkem poruch chování, s kterými jsme pracovali již v rámci rodinné

terapie a jen v menšině případů jsou důsledkem opětovného selhání). Zhruba u třetiny hochů se nám nepodařilo katamnesticke údaje získat.

Na závěr bychom chtěly říci, že náš projekt rodinné terapie s adolescenty a dětmi s poruchami chování bude na podzim 1996 pokračovat další činností, byť v důsledku omezené dotace MŠMT ČR pouze jedním během. Pro větší akceschopnost v této oblasti jsme s kolegy založili občanské sdružení SOCIUS, v kterém se dále zaměřujeme na tuto problematiku. Domníváme se, že diagnostické ústavy jsou v současné době zahlceny svěřenci s předběžným opatřením a ústavní výchovou a nemají ani lůžkovou ani profesionální kapacitu pro děti a adolescenty na tzv. dobrovolných pobytech. (A i u těchto se nejedná o primární, ale spíše již o sekundární prevenci). Proto bychom se chtěli zaměřit více na primární prevenci jak u adolescentů, tak u dětí, a to již od nejmladších věkových kategorií a jejich rodin. Chceme úzce spolupracovat s rodinami, školami, sociálními odbory místních úřadů a dalšími a podchytit první signály obtíží. Pro tuto snahu vidíme jako nejdůležitější zakládání Středisek preventivní výchovné péče pro děti a mládež s ambulantní a lůžkovou částí za předpokladu bedlivě střežené profesionální kvality personálu. Domníváme se, že tato střediska by neměla v žádném případě suplovat zdravotnická riziková centra, dětská psychiatrická oddělení či ped. psych. poradny a tříštit tak své síly v oblastech, pro které nemají v drtivé většině profesionální zázemí, ale vhodně výše zmíněné doplňovat právě v primární a sekundární prevenci poruch chování, kteréžto problematiky je kolem nás více než dost.

V současné době občanské sdružení Socius iniciuje vznik Střediska preventivní péče pro děti a mládež v Praze 11-Jižním Městě.

Jak hodnotí rodiče psychomotorický vývoj nejmenších dětí

E. PROCHÁZKOVÁ, J. DITTRICHOVÁ, D. SOBOTKOVÁ, V. BŘICHÁČEK

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha Podolí

Úvod

V posledních letech se v zahraničí rozšiřuje metoda KID (Kent Infant Development Scale), která využívá přímých údajů rodičů pro posouzení psychomotorického vývoje dětí ve věku od 1 do 15 měsíců.

Metoda byla vypracována J. Reuterovou a spolupracovníky na univerzitě v Kentu (první verze 1980, další úpravy 1985, 1995). Jak ukazují dosavadní zahraniční zkušenosti (mimo v USA je provedena nebo se provádí standardizace v Německu, Holandsku, Španělsku, Maďarsku, Rusku a Číně), je tato metoda výhodná jak pro hodnocení dětí zdravých, tak i dětí ve vývoji ohrožených. Další její předností je to, že působí na zvýšení zájmu matky o vývoj jejího dítěte a učí si všimnout jeho chování. Naučit matku dobře si všimnout dítěte a podle toho o ně pečovat hned od počátku jeho života pokládáme vzhledem ke svízelné situaci našich rodin (malá informovanost rodičů o zásadách výchovy dětí v raném věku, velmi nízký věk matek, rozpad mladých rodin) za velmi důležité. Z těchto důvodů analyzujeme tuto metodu a zabýváme se jejím zavedením i u nás.

Soubor a metoda

Matky

Osobním nábořem na novorozeneckém oddělení našeho ústavu jsme získaly matky, které byly ochotny od 1. do 14. měsíce každý měsíc vyplňovat dotazník o vývoji svého dítěte (KID) a ve věku 3, 6, 9 a 12 měsíců přijít na psychologické vyšetření do našeho ústavu. Šlo o 39 matek, jejichž věk byl $29,1 \pm 5$ roků, 20 z nich bylo prvorodiček a pouze 1 z nich nežila s otcem dítěte. 14 mělo vysokoškolské vzdělání, 20 středoškolské s maturitou a 5 bylo vyučeno.

Děti

Bylo sledováno 39 zdravých donošených dětí (porodní hmotnost $3\,422 \pm 418,2$ g, porodní délka $50,3 \pm 1,7$ cm, délka těhotenství $39,5 \pm 1,1$ týdnů).

Metoda KID

Rodiče vyplňovali 252 položek o vývoji a chování dítěte v každodenních běžných situacích. Položky se týkaly 5 oblastí: kognitivní, motorické, řečové, návykové a sociální.

Metoda Bayleyové

Ve věku 3, 6, 9 a 12 měsíců byly děti vyšetřeny mentální a motorickou škálou metody Bayleyové.

Předběžné výsledky (1.–3. měsíc)

a. Vztahy mezi výsledky metody KID v 1., 2. a 3. měsíci

Tabulka 1. Korelační koeficienty mezi výsledky v 1., 2. a 3. měsíci

Měsíce	Korelační koeficient	P <
1 : 2	0.77	0.01
1 : 3	0.76	0.01
2 : 3	0.84	0.01

Z tabulky je vidět, že korelace mezi výsledky v 1., 2. a 3. měsíci jsou významné. Z toho možno vyvodit, že hodnocení vývoje metodou KID je v průběhu prvních 3 měsíců značně stálé.

b. Vztahy mezi výkonem v jednotlivých oblastech (kognitivní, motorické, řečové, sociální a v návycích) ve 3 měsících

Tabulka 2. Korelační matice výkonů v jednotlivých oblastech

Oblasti	Motor.	Kognit.	Řeč	Návyky	Sociál.
Motor.	x	0.59 0.0001	0.51 0.0013	0.49 0.0021	0.54 0.0006
Kognit.		x	0.67 0.0001	0.34 0.0431	0.61 0.0001
Řeč			x	0.42 0.0097	0.63 0.0001
Návyky				x	0.49 0.0026
Sociál.					x

Tabulka ukazuje, že všechny korelační koeficienty mezi výkonem v jednotlivých oblastech jsou významné. Z toho možno soudit, že vývoj v prvních třech měsících probíhá – podle hodnocení KID – do značné míry souběžně.

c. Vztah mezi výsledky metody KID a metody Bayleyové ve 3 měsících věku

Významný vztah je mezi výkonem v kognitivní oblasti (dle KID) a mentálním vývojovým kvocientem (MVI dle Bayleyové): $r = 0.57$, $P < 0.01$.

Nezjistili jsme významný vztah mezi výkonem v motorické oblasti (dle KID) a motorickým vývojovým kvocientem (PDI dle Bayleyové). To je možno vysvětlit tím, že ve věku 3 měsíců jsou motorické položky v obou metodách značně rozdílné.

d. Srovnání celkového výkonu našich dětí s výsledky původního souboru dětí ze Spojených států

Celkový výkon našich dětí byl ve všech třech měsících nižší než výkon dětí amerických. To je pravděpodobně působeno tím, že v původní metodě KID jsou některé položky uváděny za charakteristické pro nižší věk než v našich podmínkách (např. směje se nahlas v 1 měsíci, okamžik sedí ve 3 měsících). Domníváme se proto, že bude třeba revidovat zařazení jednotlivých položek a jejich výběr přizpůsobit našim kulturním a výchovným podmínkám.

e. Výpovědi matek o významu vyplňování dotazníku KID

Část matek (21 z celého souboru) již vyplnila poslední dotazník KID ve 14. měsíci. Těm jsme položili několik otázek, co pro ně vyplňování dotazníku znamenalo. Matky vyplňování dotazníku velmi kladně hodnotily. Uváděly, že je to vedlo k hlubšímu zamyšlení nad vývojem dítěte, a že v něm našly otázky, o kterých před tím neuvažovaly.

Souhrn a závěr

Předběžné výsledky ukazují, že hodnocení metodou KID je v prvních 3 měsících značně stálé, v jednotlivých oblastech probíhá značně souběžně a hodnocení kognitivního vývoje významně koreluje s hodnocením mentálního vývoje dle Bayleyové. Maminky hodnotí vyplňování dotazníků KID jako velmi příznivé pro jejich výchovnou péči. Domníváme se proto, že po ověření metody KID v našich podmínkách a po jejím přizpůsobení našim kulturně-výchovným zvyklostem by bylo záhodno ji u nás zavést.

Tato práce je součástí projektu, kterému byl udělen grant IGA MZ ČR (reg. č. 2213-3).

Rodiče nedonošených dětí z pohledu psychologa

D. SOBOTKOVÁ, J. DITTRICHOVÁ, E. PROCHÁZKOVÁ

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4-Podolí

V dnešním referátu bychom vás chtěly seznámit s některými výsledky dvou výzkumných projektů, které se týkají nedonošených dětí a jejich rodičů.

První projekt, nazvaný „Neuropsychický vývoj nedonošených dětí do prvního roku života v kontextu jejich psychosociální prostředí“, probíhal v našem ústavu v letech 1991 až 1993 za finanční podpory IGA MZ ČR (reg. č. 0060-3). Soubor zde tvořilo 50 dětí a jejich rodiče. Polovina dětí (N = 25) se narodila předčasně a neměla závažné nálezy v neonatálním období, které by svědčily pro jasné postižení CNS. Průměrný gestační věk byl v této skupině 31 týdnů a průměrná porodní hmotnost byla 1 717 g. Do druhé – kontrolní skupiny byly vybrány na základě párového výběru podle řady kritérií, zdravé donošené děti (N = 25, průměrný gestační věk 40 týdnů, průměrná porodní hmotnost 3 316 g). Obě skupiny byly vyrovnané vzhledem k pohlaví (14 chlapců a 11 dívek) a pořadí narození (16 prvorozených, 6 druhorozených a 3 děti se narodily jako třetí). Mezi oběma skupinami nebyl významný rozdíl co se týče věku rodičů, jejich vzdělání a socioekonomické úrovně rodin. Všechny matky žily společně s otcem dítěte.

V rámci této první studie jsme se zajímaly, mimo jiné, zda se matky uvedených dvou skupin liší v postojích k právě ukončenému těhotenství a v následných pocitech ze svých prvních kontaktů s dítětem po jeho narození. Na základě řízeného pohovoru a pomocí dotazníků administrovaných v prvním týdnu po porodu jsme neshledaly významný rozdíl v přijetí jejich těhotenství (tabulka 1). Více než 2/3 matek obou skupin uvádělo, že těhotenství bylo chtěné.

Tabulka 1. Postoj žen k jejich těhotenství

Skupina	Chtěné	Akceptované bez problémů	Akceptované s problémy
Nedonošení	68% (n = 17)	24% (n = 6)	8% (n = 2)
Donošení	72% (n = 18)	24% (n = 6)	4% (n = 1)
	$X^2 = 0,36$	SV = 2	NS

V pocitech, které prožívaly matky při prvních kontaktech se svým dítětem se však již významně odlišovaly (tabulka 2). U více než poloviny matek ze skupiny nedonošených převládaly pocity úzkosti a strachu při setkání s novorozenejším dítětem, oproti pouhým dvěma matkám zdravých donošených dětí, které měly podobné pocity. Jen dvě matky nedonošených dětí zažívaly pocity velkého štěstí, zatímco ve skupině donošených tomu tak bylo u 60% matek.

Tabulka 2. Pocity matek při prvních kontaktech s dítětem

Skupina	Velmi šťastné	Spíše šťastné	Úzkostné
Nedonošení	8% (n = 2)	40% (n = 10)	52% (n = 13)
Donošení	60% (n = 15)	32% (n = 8)	8% (n = 2)
	$X^2 = 18,23$	SV = 2	P = 0,000

Položily jsme si dále otázku, které faktory mohou působit na prožívání situace po narození dítěte u matky a na její pocity k dítěti. Výsledky této analýzy ukázaly, že ve skupině donošených dětí mohou být takové pocity ovlivněny subjektivním hodnocením vlastního stavu po porodu a psychickou podporou partnerem, které se dle výpovědi matky, jí dostává. Naproti tomu ve skupině nedonošených dětí nehrál stav matky po porodu významnou roli. V jejich pocitech k dítěti se odrážela, vedle podpory partnerem po narození dítěte, zmíněné již ve skupině matek donošených dětí, i podpora širší rodinou po porodu. Podpora otcem dítěte se ukázala jako významná již v době těhotenství, stejně jako celková spokojenost se sociálními podmínkami rodiny.

Za důležité pokládáme i další nálezy, které se týkají vzájemného vztahu mezi nepříznivým psychickým rozpoložením matky a jejím hodnocením podpory a pomoci, které se jí dostává ze strany partnera. Korelace mezi takovýmto hodnocením pomocí grafických subjektivních škál, které jsme pro tento úkol vypracovaly, uvádíme v tabulce 3 pro matky nedonošených dětí a v tabulce 4 pro matky donošených dětí.

Tabulka 3. Korelace mezi nepříznivým psychickým stavem matky a jejím hodnocením podpory partnerem ve skupině nedonošených

POCITY MATKY	PODPORA PARTNEREM			
	6 týdnů	3 měsíce	6 měsíců	12 měsíců
Vznětlivá, podrážděná	-0.548 xx	-0.545 xx	-0.644 xxx	-0.260
Zklamaná, rozčarovaná	-0.627 xxx	-0.546 xx	-0.543 xx	-0.525 xx

xxx – p < 0,001

xx – p < 0,01

Tabulka 4. Korelace mezi nepříznivým psychickým stavem matky a jejím hodnocením podpory partnerem ve skupině donošených

POCITY MATKY	PODPORA PARTNEREM			
	6 týdnů	3 měsíce	6 měsíců	12 měsíců
Vznětlivá, podrážděná	-0.180	-0.023	-0.017	-0.090
Zklamaná, rozčarovaná	-0.326	-0.423	-0.216	-0.608 xx

xx – p < 0,01

x – p < 0,05

Při porovnání obou tabulek vidíme, že vzájemná souvislost mezi hodnocením vlastního psychického stavu a podporou partnerem je odlišná u matek dětí nedonošených a donošených.

Zatímco u matek donošených dětí není po porodu souvislost mezi jejich psychickým stavem a podporou partnera, u matek nedonošených dětí je tato souvislost v prvních 6 měsících velice významná.

Jak ukázaly další výsledky, nejen emoční podpora partnera, ale i širší rodiny má výrazný vliv na psychický stav matky nedonošeného dítěte. Protože nepříznivý psychický stav matky se odráží na její chování vzhledem k dítěti, vyplývá z našich poznatků, že v případě narození nedonošeného dítěte se péče nemůže soustředit jen na dítě, ale musí zahrnovat i matku a celou její rodinu.

V druhé studii „Intervenční program pro nedonošené: pomoc rodičům vytvořit optimální podmínky pro vývoj jejich dětí“, která obdržela grant IGA MZ ČR (reg. č. 2212-3) pro léta 1994–1996, jsme se mimo jiné zaměřily na otázku, jak pomoci rodičům lépe poznat své nedonošené dítě a tak rodiče aktivně zapojit do péče o ně, ještě když je hospitalizováno na nedonošeneckém oddělení. K tomu účelu jsme sledovaly 35 nedonošených dětí (15 chlapců, 20 dívek). Jejich průměrný gestační věk byl 32 týdnů a průměrná porodní hmotnost 1 769g.

Zajímalo nás, zda přítomnost rodičů při vyšetření nedonošeného dítěte ve věku 36 týdnů gestačního věku (tedy 4 týdny před předpokládaným termínem porodu) vede rodiče k lepšímu poznání chování jejich dítěte.

Užily jsme metodu NAPI (Neurobehavioral Assessment of the Preterm Infant, autoři A. Korner a V. Thom 1990). Tato metoda obsahuje behaviorální a neurologické položky. Do vyšetření nejsou zahrnuty položky, které děti zatěžují a vzbuzují nelibost. Celkový počet 71 položek byl autory na základě statistické analýzy rozlišen do 7 skupin, které představují následující funkční oblasti: 1. šalový příznak 2. motorický vývoj a svalová síla – návrat ruček a nožek, závěs, zvedání hlavy v poloze na bříšku, plazení, síla aktivních pohybů končetin, množství spontánních pohybů 3. popliteální úhel 4. bdělost a orientace – reakce na sluchové podněty, reakce na komplexní podněty (zrakové a sluchové), výskyt klidného bdění během vyšetření a orientačního chování, snadnost dosáhnout klidného bdění a odpovědi na podněty, stav očí za klidného bdění, celková doba klidného bdění, celková doba všech stavů bdění 5. dráždivost 6. kvalita pláče 7. celková doba spánkových stavů.

S rodiči byla dohodnuta doba vyšetření a ještě než vyšetření začalo, vyplnili rodiče dotazník o chování jejich dítěte. Stejný dotazník pak vyplnili po shlednutí vyšetření.

Tabulka 5. Hodnocení rodičů reakcí dítěte na vnější podněty při běžném kontaktu a po vyšetření
„Otáčíte se vaše děťátko za hlasem?“

	Neví	Zřídka	Často
V běžné situaci	26% n=8	29% n=9	45% n=14
Po vyšetření	0% n=0	6% n=2	94% n=29
	$X^2 = 17,69$	$SV = 2$	$P = 0,000$

„Sleduje vaše děťátko předměty očima a hlavou?“

	Neví	Zřídka	Často
V běžné situaci	26% n=8	42% n=13	32% n=10
Po vyšetření	0% n=0	6% n=2	94% n=29
	$X^2 = 25,32$	$SV = 2$	$P = 0,000$

Tabulka 6. Hodnocení rodičů chování dítěte při běžném kontaktu a po vyšetření
Bdělost – „Pozorujete, že je vaše děťátko bdělé a klidné?“

	Velmi málo	Průměrně	Často
V běžné situaci	48% n=15	36% n=11	16% n=5
Po vyšetření	19% n=6	13% n=6	68% n=21
	$X^2 = 16,97$	$SV = 2$	$P = 0,002$

Ukázalo se, že po vyšetření byli rodiče schopni pozorovat vyšší stupeň zralosti odpovědi na zrakové a sluchové podněty a lépe hodnotili chování dítěte, jak ukazují tabulky 5 a 6.

Podobnou změnu v hodnocení rodičů jsme zaznamenaly i v dalších reakcích dítěte na podněty i v jiných složkách chování (pláči). Naše výsledky jsou v soulase s prací J. Constantinouové a A. Kornerové (1993), v které autorky pozorovaly obdobné změny.

Domníváme se, že shlédnutí vyšetření svého nedonošeného dítěte metodou NAPI příznivě ovlivňuje chování rodičů vzhledem k dítěti. Rodiče jsou po vyšetření schopni lépe rozeznat vývojovou úroveň jeho chování, což jim může pomoci přeměřeně reagovat na signály dítěte. To může mít kladný vliv na rozvoj vzájemných vztahů mezi rodiči a jejich nedonošeným dítětem již v počátcích jeho psychického vývoje.

Literatura

Constantinou, J. C., Korner, A. F.: Neurobehavioral Assessment of the Preterm Infant as an instrument to enhance parental awareness. *Children's Health Care*, 22, 1993, s. 39–46

Korner, A. F., Thom, V. A.: Neurobehavioral Assessment of the Preterm Infant. San Antonio: The Psychological Corporation, Harcourt, Brace & Jovanovich, 1990

Cíle a obsah výchovy k manželství a k rodičovství na školách různého typu

Lenka ŠULOVÁ

Katedra psychologie FF UK Praha

V úvodu mi dovoluete vysvětlit, proč považuji tuto výchovu v ČR za potřebnou a důležitou. V poválečném období byla výrazně snížena prestiž rodiny zdůrazňováním kolektivu a tím pádem i kolektivních předškolních zařízení. S tím souvisí jistě i vysoká zaměstnanost žen a řada dalších faktorů. Tyto uměle navozené situace – jakýsi celostátní experiment se negativně projevil v kvalitě rodinných vztahů, v plnění výchovné a emocionální funkce rodiny a především ve snižování stability této nezastupitelné primární skupiny.

Asi od 70. let se začala velice intenzivně projevovat snaha odborníků tuto situaci změnit. Lze říci, že v 90. letech se projevuje mnoho pozitivních kroků (příkladně různé alternativy předškolních zařízení, možnost ponechat děti s matkou do vyššího věku než dříve...), což je jistě důležitou změnou v celospolečenském kontextu. Není třeba jistě příliš vysvětlovat, jaké jsou příčinné souvislosti mezi kvalitou rodinných vztahů a stavem společnosti jako celku (delikvence, různé abúsy, celospolečenská morálka...).

Za nejpodstatnější považujeme preventivní působení, posilování žádoucího chování na všech úrovních (rodina, škola, massmédia). Výchova k manželství a rodičovství je, jak doufáme, takovýmto preventivním působením.

V roce 1992 jsme v rámci přednášek „Partnerské a rodinné vztahy“ připravili projekt zaměřený na obsahovou náplň a způsob výuky tohoto na školách tak potřebného předmětu. Po dobu dalších dvou let jsme koncepci ověřovali asi na 150 školách různého typu, k čemuž bylo samozřejmě třeba předem kvalitně připravit skupinu lektorů z řad studentů či absolventů psychologie a spřátelených oborů. Tyto zkušenosti z výuky byly neocenitelné a umožnily nám korekci původního materiálu. Upravená forma vyšla v tisku pod názvem: Jak učit výchovu k manželství a k rodičovství? v roce 1995 v nakladatelství Grada.

Jaké jsou základní principy, uplatňované v této koncepci?

Výuka by měla *probíhat na školách*, aby byly osloveny děti z rodin, kde tato témata nejsou probírána – z rodin sociálně slabších nebo s komplikovanou rodinnou anamnézou. Děti z tzv. normálních rodin, kde tuto výchovu zajišťují rodiče (svým modelovým chováním, způsobem komunikace, atmosférou, trávením volného času... i konkrétním předáváním poznatků a informací) uslyší probíraná témata znovu ve škole, což jim jistě nebude na závalu.

Výuka by měla *probíhat kontinuálně a dlouhodobě*. Domnívám se, že je vhodné některá témata probírat již v MŠ adekvátním způsobem, neboť děti právě v tomto období projevují spontánní aktivitu zaměřenou na rozdíly mezi pohlavími, na projevy něžnosti mezi rodiči, na otázky o porodu, rozmnožování atp. a ve výuce pokračovat po celou dobu školní docházky.

Výuka by měla být *velice komplexní a interdisciplinární*, neboť problematiku rodiny, rodičovství, sexu je třeba zasadit do širšího sociálního kontextu. Umožnit dětem pochopení propojenosti jednotlivých aspektů je předpokladem pro to, že takto začnou pohlížet i na sebe ve vztahu ke společnosti, což snad bude mít za následek poněkud zodpovědnější přístup k sobě,

svému tělu, zdraví, k rozhodování v sexuální oblasti otázkách, ke svému potenciálnímu dítěti. Za důležitý považujeme též *způsob výuky*. Důraz klademe na *prožitkovou a pocitovou složku*. Při předávání poznatků bude co nejvíce využíváno sociálně psychologických výcvikových technik a bude s ohledem na věk žáků co nejvíce uplatňována názornost učení, posilování samostatného myšlení, pozitivních vztahů mezi vrstevníky, žádoucí komunikace ve třídě. Témata budou odpovídat zaměření a věku dětí. Otevřenou otázkou zůstává, zda je vhodné prosazovat na školy *samostatný předmět* s tímto zaměřením nebo předmět, v jehož částečně naplní by tato výuka byla (příkladně výchova ke zdravému životnímu stylu), nebo zda zařadit výuku do již existujících předmětů (Bi, Ov, Tv...).

Další otázkou k řešení zůstává, *kdo by měl výuku zajišťovat?* Zda speciálně připravení pedagogové, či externisté – odborníci z praxe. Snad nejlepším řešením by byli speciálně připravení pedagogové, kteří by si pro určitá témata zvali odborníky z praxe, ale zajišťovali by logickou návaznost jednotlivých tematických vstupů.

Dosud nedorušenou otázkou zůstává, zda by výuka tohoto předmětu měla být *povinná či nepovinná*. Jistě na všech školách existují rodiče, kteří si z různých důvodů přejí tyto informace předat svým dětem sami. Je třeba jejich přání respektovat, ale od kterého věku je již dítě schopno si toto rozhodnout samo a jak řešit vzniklou situaci v případě, že předmět bude na školách zaveden jako povinný?

Na závěr mi dovolu stručnou informaci o aktuálním dění v této oblasti na katedře psychologie FF UK. Aktuálně *probíhá postgraduál* (200 hod.) pro zájemce o lektorskou činnost z praxe, připravuje se *vydání CD-ROM* s touto tematikou v nakladatelství Grada-Avicenum, které by mělo být doplňkem k již vydané publikaci. Domníváme se, že počítačový výukový program bude pro žáky i studenty možností individuálně probrat některá témata. *Výcvikový program* je nabídnut též pro studenty FF UK tzv. učitelského studia – bude v příštím roce znovu realizován *pro studenty psychologie*. Studenti budou připravováni nejen pro lektorskou činnost ve školách, ale též *pro mentoringovou individuální činnost* zaměřenou na ohrožené skupiny (abúsy, adaptace dětí na rozpad rodiny, kriminalita na školách...).

Psychologie zdraví

Jaro KŘIVOHLAVÝ

Praha

Není divu, že tematický okruh označený termínem „psychologie zdraví“ již svým titulem vede k dotazu. Ten je možno formulovat otázkou: „Oč jde?“ – Oč tedy jde?

V klasické psychologii jsme zvyklí na řadu termínů z oblasti psychologie aplikované ve zdravotnictví. Víme, co si představit pod termínem „psychoterapie“. Víme, oč jde, hovoří-li se o „klinické psychologii“. Dovedeme pochopit toho, kdo hovoří o „psychologii nemocného člověka či o psychologii pacienta“. Je toto psychologie zdraví? Odpověď je „ne“.

K čemu má tedy psychologie zdraví blízko? Blíže nežli k výše uvedeným oblastem má psychologie zdraví blízko k psychosomatice – k psychologickým problémům somaticky nemocných lidí. Blízko má zvláště pak k třetí generaci psychosomatiky, vyznačující se experimentálním studiem psychologických jevů úzce spjatých s tím, co se děje v těle pacienta - tak, jak se touto tematikou zabývá např. psychonkologie, případně psychologie kardiovaskulárních onemocnění. Ještě blíže – a snad nejlíže ze všech klasických disciplín „zdravotní psychologie“ má však psychologie zdraví k psycho-neuro-imunologii a behaviorální medicíně. Ta studuje chování lidí, které má zdravotní důsledky – ať již kladné nebo záporné.

Je možno se ptát, zda psychologii zdraví jde o primární, sekundární či terciální prevenci, tj. o předcházení té či oné nemoci, případně o zábranu zhoršení zdravotního stavu tam, kde pacient již je v lékařském ošetřování nebo tam, kde již kauzální léčba byla ukončena a pacientům zdravotní stav by se s rehabilitací neměl zhoršovat. Odpověď je „ano“ i „ne“. Psychologii zdraví jde v jádru o to, aby lidé byli zdraví, nezuzuje však svůj zájem jen na tu či onu nemoc, ale je zaměřena na celkový zdravotní stav. Přesněji řečeno: psychologii zdraví jde o to, abychom byli zdraví a to pokud možno co nejvíce. Její úsilí je zaměřeno na posilování zdraví (v anglické terminologii „health enhancement“). Jde jí o podporu zdraví („health promotion“).

Co je to zdraví?

Je-li psychologie zdraví zaměřena na podporu zdraví, pak je na místě ptát se: „A co je to zdraví?“ Odpověď na tuto otázku je možno dát různým způsobem.

Je možno citovat definici zdraví tak, jak ji přijala Mezinárodní zdravotní organizace v Ženevě: „Zdraví je stav, kdy je člověku dobře a to tělesně (fyzicky), duševně (psychicky) a sociálně (společensky)“. Je při tom možno myslet i na to že z této definice vypadl důraz na duchovní (spirituální) zdraví – díky mocenskému postavení tehdy největší výlučně materialisticky orientované velmoci.

K definování zdraví je možno přistoupit i jinak. Je možno nahlédnout do solidní práce filozofa, který se celoživotně věnuje filozofické problematice zdraví a zdravotnictví. Příkladem může být David SEEDHOUSE a jeho kniha o definování zdraví (1995). Seedhouse podává přehled různých pojetí zdraví, s nimiž se můžeme setkat v historii studia problematiky blízké zdravotnickým pracovníkům. Uvedme zde čtyři z nejnvýraznějších pojetí:

I. Zdraví je ideál – ideální stav fungování organismu. Ideál je v tomto pojetí chápán jako cíl, k němuž spěje veškeré úsilí (obdobně jako u Platona je ideál kruhu něčím, k čemu spějí všechny naše pokusy nakreslit co nejpřesnější kruh). V tomto pojetí jsou nemoc a pocity typu „není mi dobře“ negativními jevy, které je třeba za každou cenu odstranit.

II. Být zdrav znamená „být fit“. V tomto pojetí je zdraví záležitostí „dobrého fungování“ v první řadě všech tělesných aktivit. Zdravím se zde rozumí „co nejlepší – nejefektivnější činnosti“. Nemoc či pocity typu „není mi dobře“ v tomto pojetí jsou brzdícími elementy, zhoršujícími výkon – a proto nežádoucí.

III. Zdraví je směnitelná komodita – obchodovatelné zboží. Jak tomu rozumět? Uvedme příklad: Bolí mne zub, jdu k zubnímu lékaři, ten mi předepíše lék proti bolesti zubů (analgetika) a mně se ulví. Zaplatím tedy za to, aby mi bylo „dobře“. Toto pojetí má velice blízko k současnému pojetí zdraví, jak se s ním setkáváme v západním světě (podle Davida Seedhouse). Zdraví je v tomto pojetí cílem pro pacienta (komu není zdravotně dobře) a prostředkem (k živobytí) tomu, kdo poskytuje zdravotní pomoc (lékař, zdravotní sestra, lékárník-faraceut apod.).

IV. Zdraví jako projev a zdroj osobní síly a schopnosti. V tomto pojetí (přesněji v souboru celé řady pojetí zdraví, které mají tento moment ve svém jádru), je důraz položen na vrozené schopnosti v první řadě tělesné. Ty je možno udržovat a povzbuzovat. Dají se však též ničit, poškozovat a ztratit.

Ke kterému pojetí zdraví se přiklání psychologie zdraví?

Podle toho, co čteme v úvodu učebnic psychologie zdraví (Schwarzer, R. 1992, Schwenkmezger, P., Schmidt, L. R., 1994), je důraz kladen na zdraví jako na „prostředek k cíli“ – ne tedy na zdraví, které by bylo „cílem“ všeho snažení. Situaci je možno přirovnat k obdobnému pojetí stravování: „Nežijeme proto, abychom jedli, ale jíme proto, abychom žili“. Zde tedy platí: „Nežijeme proto, abychom se starali jen a jen o své zdraví, avšak chceme být zdraví, protože máme proč žít“. Toto pojetí úzce navazuje na smysluplnost života, s níž se setkáváme např. u Viktora E. Frankla (v logoterapii a existenciální psychoterapii atp.). Člověk je osobně odpovědný za vlastní zdraví i za důsledky toho, co dělá, které mají určitý vliv na zdraví druhých lidí.

V tomto pojetí zdraví je důraz kladen na poznání faktorů (podmínek), které kladně či záporně ovlivňují náš zdravotní stav. Některé z těchto podmínek jsou prvořadě důležitosti u všech lidí např. jídlo, pití, bydlení a účel – smysluplnost života. Jiné jsou závislé na individuálních schopnostech a okolnostech. Tyto vlivy je třeba co nejseriózněji (systematicky a přesně) studovat (poznávat a zároveň dělat vše, aby negativním vlivům bylo zabráněno v jejich působení na lidi a pozitivní faktory aby měly „zelenou“). To se týká jak individuální aktivity, tak i činností sociálních (případně politických).

Zde je možno naznačit Seedhousův přístup: „Optimální stav zdraví určité osoby závisí na stavu souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti (tzv. potenciály).“ (Seedhouse, 76).

Seedhousovo pojetí toho, co se rozumí péčí o zdraví, je možno vyjádřit obrazně: úkolem je postavit „jeviště“ (jako v divadle), které by umožňovalo hrát „hru života“. Toto vytvořit je úkolem toho, co je možno shrnout pod pojem „péče o zdraví“. Na tomto jevišti (v těchto podmínkách) pak člověk má naprostou svobodu „hrát svou životní roli“ – podle míry svého pojetí a v odpovědnosti, kterou nese (individuálně i sociálně).

Jak by tedy bylo možno chápat „péči o zdraví“ v tomto pojetí zdraví? Je ji možno chápat jako „podporu zdraví“, posilování zdraví, pomoc při zvládnání úkolů, které na jedné straně zajišťují zdravé podmínky života a na druhé straně tlumí až zcela likvidují negativní vlivy na zdraví. V tomto smyslu je možno i porozumět tomu, oč jde, jako péči o kvalitu života nejen jednotlivce ale i sociálně, tj. kvalitu života nás – lidí.

Co to znamená konkrétně?

Uved'me tři směry tohoto snažení:

- A. Poznávat a nastolovat zdravotně správné způsoby života – zdravotně nezávadný životní styl i zdravotně nezávadné podmínky života.
- B. Brzdit, tlumit a odstraňovat zdravotně nevhodné, ba zdravotně škodlivé způsoby existence (viz např. kouření, drogy atp.) – nezdravý životní styl a nezdravé životní podmínky (viz např. negativní vliv ubohých socio-ekonomických podmínek na zdraví).
- C. Posilovat a podporovat vše, co zdravý život jednotlivce i společenství podporuje.

Holistické pojetí člověka v psychologii zdraví

Psychologie zdraví se přiklání k tomu pojetí člověka, které bylo v zdravotní péči samozřejmostí dříve nežli bylo v průběhu 19. století zaměněno předimenzováním biologické stránky na úkor stránek jiných. Řecké „sothein“, které je v jádru antického pojetí zdraví, znamenalo: učinit celým a tím tedy i zachránit (uzdravit). A za celého byl člověk považován tehdy, když byl integrálně chápán jako tělesný, duševní (psychický), sociální a duchovní (spirituální) celek. Byl jím, byl-li chápán jako „člověk mezi lidmi“, tj. včetně svého sociálního začlenění. Tento přístup je často označován – s ohledem na anglický termín pro celek (whole) jako „holistické pojetí člověka“.

Úkoly psychologie zdraví

Je možno uvést studium stresu – příčiny jeho zrodu a způsoby jeho zvládnání – jako příklad studia psychologie zdraví. Jiným příkladem mohou být studie propadání lidí lákadlu psychodelických látek (drog různého druhu atp.) a zároveň i studie „zachraňování“ lidí, kteří těmto zdraví ničícím lákadlům propadli. Tyto úkoly psychologie zdraví je však možno formulovat i obecněji. Jak?

Seedhouse zde hovoří o prvořadém úkolu, který vyjadřuje anglickým termínem „conceiving“. Český je možno jej vyjádřit jako snahu porozumět, chápat, pochopit, učinit si představu atp. o tom, co je a co není zdravé pro mne i pro nás. To je prvním úkolem péče o zdraví. Vztah tohoto důrazu (úkolu) ke kognitivní psychologii je zde nasnadě (viz. např. odhalování falešných představ o zdraví, zdravém způsobu života) a získávání, nastolování a přivlastňování si správných představ, názorů, postojů a přesvědčení ve věcech týkajících se zdravého způsobu života. Druhý úkol na tento navazuje. Je jím snaha osvojit si, přivlastnit a zavést ty způsoby žití, které podle výše uvedených představ byly shledány jako nosné, dobré a zdraví podporující.

Literatura

Schwarzer, R.: Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Hogrefe, Verlag fuer Psychologie, Goettingen, 1992.

Schwenkmezger, P., Schmidt, L. R. (Hrsgbs.). Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Enke Verlag Stuttgart, 1994.

1. Psychologie des Gesundheitsverhaltens

2. Gesundheitsverhalten

3. Gesundheitspsychologie

4. Gesundheitsverhalten

5. Gesundheitsverhalten

6. Gesundheitsverhalten

7. Gesundheitsverhalten

8. Gesundheitsverhalten

9. Gesundheitsverhalten

10. Gesundheitsverhalten

Historische geistige Entwicklung der Psychologie

Psychologie als Wissenschaft

1. Die Ursprünge der Psychologie

2. Die Entstehung der Psychologie als Wissenschaft

3. Die Entwicklung der Psychologie

4. Die Psychologie im 19. Jahrhundert

5. Die Psychologie im 20. Jahrhundert

6. Die Psychologie im 21. Jahrhundert

Die Psychologie als Wissenschaft

1. Die Psychologie als Wissenschaft

2. Die Psychologie als Wissenschaft

3. Die Psychologie als Wissenschaft

4. Die Psychologie als Wissenschaft

5. Die Psychologie als Wissenschaft

6. Die Psychologie als Wissenschaft

1. Die Psychologie als Wissenschaft

2. Die Psychologie als Wissenschaft

3. Die Psychologie als Wissenschaft

4. Die Psychologie als Wissenschaft

5. Die Psychologie als Wissenschaft

6. Die Psychologie als Wissenschaft

Vznik, vývin a prevencia závislosti – alebo – aká si dnešná mládež?

Dorota KOPASOVÁ

VÚDPaP, Bratislava

Pri realizácii výskumnej úlohy týkajúcej sa problematiky dieťaťa predškolského veku, sme si v rámci riadeného interview s každým dieťaťom všimli viaceré aspekty týkajúce sa psychického vývinu a rozvoja osobnosti dieťaťa predškolského veku, najmä s dôrazom na hierarchiu hodnôt dieťaťa predškolského veku v súčasnom období.

Zistili sme, že u 25% skúmaných detí, sa javí hierarchia hodnôt posunutá a neprevláda tu túžba po identifikácii s človekom, ktorý mi je blízky, ale skôr snaha byť bohatý a silný, aby sa ma druhí ľudia báli. Zdá sa že trhový mechanizmus, súkromné podnikanie, zabezpečovanie financií pre rodinu, zaberá stále viac času rodičom a čo je vážne, oberá rodičov o čas, ktorý by mali venovať deťom (Kopasová, 1992, 1993).

Ďalej sme zistili že 30% deti predškolského veku zo skúmaného výberu, nie je úplne emocionálne saturované vo vzťahu dieťa-rodíč (Kopasová, 1992),

Dieťaťu treba čítať rozprávky i rozprávať sa s ním, pri akejkoľvek činnosti dospelého, či dieťaťa, rozprávať mu i príbehy z vlastného života, či už v priebehu dňa, ale i večer pred spaním. Tam už patria ako neodmysliteľná súčasť večerného rituálu dieťaťa. A nejde len o rozprávku, či slovnú zásobu. Ide o vzájomný, ľudský, emocionálne podfarbený vzťah dieťa-dospelý, o situáciu, keď dospelý, rodič, patrí iba dieťaťu a naopak. Ide o okamih, kedy sa formuje hierarchia hodnôt dieťaťa.

Zaujala ma z tohto pohľadu otázka, ak sa v období trhového mechanizmu mení hierarchia hodnôt u detí predškolského veku, v akom smere a či vôbec sa mení i u dospievajúcej mládeže do 18. rokov.

Už v období pred novembrom 1989, som rada prednášala stredoškolskej mládeži a ešte radšej som v rámci diskusií odpovedala na otvorené otázky, ale i anonymné, napísané na malých papierikoch. Chcela som vždy a chcela som stále, aby každý, kto sa takýchto debát zúčastní, odchádzal aspoň trochu uspokojený, že ten čas, nebol preň stratený. Hovorievame si o dospievaní, priateľstve, láske, sexualite, o zrode človeka; o oplodnení a jeho fázach; o pohlavnom styku a jeho fázach; o antikoncepcii; o pohlavných chorobách; o Aidsi; o sexuálnych odchyľkách; o základných pojmoch manželstva; o rodine; o rozvodoch; o drogách; o závislostiach.

Témy prednášok sa v súčasnosti nezmenili, sú však bohatšie o nové poznatky v týchto oblastiach. Výrazne sa však zmenili okruhy otázok v rámci diskusií do novembra 1989 a v súčasnosti.

Do novembra 1989 sa zaujímali stredoškóľáci o otázky týkajúce sa lásky, priateľstva, sexu., manželstva, tehotenstva, pôrodu, atď. V úplnom popredí boli otázky zamerané na problematiku Aidsu a otázky spojené s problematikou pornografie. Avšak ani jedna otázka sa netýkala problematiky drog, problematiky konfliktov s rodičmi, učiteľmi, so školou.

V súčasnosti v popredí záujmu stredoškolákov sú otázky týkajúce sa drog a iných závislostí. Čo je však vysoko pozitívne, hľadajú a pýtajú sa na cesty, ako sa dá odnaučiť od návykových látok. To je jedna časť spektra typu týchto otázok. Čo je však veľmi alarmujúce, značná časť z nich zastáva názor, že: „Žiadna droga nie je návyková, záleží to od človeka“. A to, že to každý z nich zvládne sám.

Otázky týkajúce sa školy, zdôrazňujú autoritatívny a direktívny prístup niektorých učiteľov, spôsobujúcich u dospievajúcich strach a obavy.

Nedostatok času rodičov, ktorý by mali venovať komunikácii s dospievajúcimi deťmi; autoritatívnosť, direktívnosť niektorých rodičov; nevhodné výchovné metódy; výchova iba trestami a zákazmi a vôbec nie pochvalou a pozitívnou motiváciou, spôsobuje zväčšovanie bariér medzi niektorými rodičmi a ich deťmi. Obdobie trhového mechanizmu v niektorých rodinách zapríčinilo nezamestnanosť rodičov. V dôsledku nezamestnanosti sa objavujú i alkoholizmus rodičov a rozvody. A deti, dospievajúce deti sa pýtajú, ako môžu a majú pomocť svojim rodičom. Často sú tie dospievajúce deti bezradné a tiež potrebujú pomocť.

A na záver dovoľte citovať jedno z vyjadrení dospievajúceho mladého muža: „Prečo sa ľudia smejú človeku, ktorý nesebecky všetkých miluje? Ved' víla, ktorá nepozná násilie a predsa si podmaňuje všetkých ľudí – volá sa – dobrota. Nie? Mám rád jedno dievča, páči sa mi, ale moje okolie sa mi smeje a hovorí, že je veľmi škaredá. Čo mám robiť?“

Hierarchia hodnôt je vysoko pozitívna, ale spoločnosťou jeho seberovných neuznávaná a z ich pohľadu sa zdá naivná. Zamyslime sa nad tým. A aký postoj a čo je a kto je vlastne naivný?

I keď ide o vyjadrenia 14.–18. ročných stredoškolákov, z hľadiska prevencie vzniku a vývinu závislosti treba venovať pozornosť už deťom v základnej škole.

Práve preto, v súlade s názorom Novotného (1995), Budu (1994), Gábriša (1995), Koukolíka (1996), Newcomba (1995), Servaisa (1995) Wynera (1994), cieľom nášho výskumného snaženia je eliminovať a chrániť naše deti a mládež od vstupu do ZŠ až po dospelosť, do 18. rokov, od možnosti ohrozenia vzniku a vývinu závislosti (od sladkostí, drog, tabaku, alkoholu, hracích automatov, gameblerov a pod.) formou prevencie – intervenčnými programami a pozitívnou motiváciou, v zmysle rozvíjania prosociálneho správania. V žiadnom prípade nemôže ísť o represiu. Ide tiež o zdôraznenie otázky slobody rozhodovania, možnosti voľby, výberu a nezávislosti. Nezdôrazňujeme súťaživosť, ktorá stavia medzi ľudí bariéry, ale zdôrazňujeme v zmysle myšlienok Smitha (1994) spoluprácu, ktorá stavia medzi ľuďmi mosty.

Literatúra

- Buda, B.: Empatia. Psychológia vcítienia a vžitia sa do druhého. Psychoprof, Nové Zámky 1994.
- Gábriš, Ľ.: Sladkosti závislosťou? Filia, nadácia pre prevenciu drogových závislostí, Nové Zámky, 1995.
- Klub abstinentov: Alkohol, drogy a deti Public, Malacky 1995.
- Kopasová, D.: Dieťa predškolského veku a jeho hierarchia hodnôt z hľadiska zdravého vývinu a rozvoja osobnosti. Zborník konferencie: Dieťa v ohrození II. Ochrana a prevencia, Slovenská sekcia Defence for Children International, Bratislava, 1992, s. 105–108.
- Kopasová, D.: Osobnostný vývin detí a mládeže v súčasných spoločenských podmienkach. Zborník referátov z rokovania V. sekcie Kongresu vedy. Bratislava, 1993, s. 47.
- Kopasová, D.: Vznik, vývin a prevencia závislostí – alebo aká si dnešná mládež? Učiteľské noviny, Bratislava (zadané do tlače).
- Koukolík, F., Drtilová, J.: Vzpoua deprivantů. O špatných lidech skupinové hlouposti a uchvácené moci. Makropopulus, Praha 1996.
- Newcombb, M. D., Richards, S.: Parent Drug-Use Problems and Adults Intimate Relations: Associations Among Community samples of Young Adult Women and Man, J.Counsel. Psychol., 42, 1995, č. 2, s. 141–154.
- Servais, E.: Kým nie je príliš neskoro. Praktická príručka pre rodičov, učiteľov a ďalších pracujúcich s mládežou. Euon, Belgien 1995.
- Smith, Ch. A.: Třída plná pohody. Portál, Praha 1994.
- Wyner, A.: Drogy – ilúzia umelého raja. Federácia žien za svetový mier, Bratislava 1994.

Osobné zdroje ako prediktory zvládania stresu u stredoškolákov

Luba MEDVEĎOVÁ

Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, Bratislava

Ústredným článkom súčasných teórií stresu sú koncepcie procesu zvládania. Na zvládanie (coping) je nazerané ako na stabilizujúceho činiteľa, ktorý môže pomôcť individuovi udržiavať adaptáciu počas obdobia stresu (Lazarus, Folkman, 1984; Holahan, Moos, 1987). Čiže zvládanie sa chápe ako spojovací článok medzi distresom a adjustáciou a často sa prijíma definícia R. S. Lazarusa a S. Folkmanovej, podľa ktorých vzťahy medzi prostredím a individuom moderujú 2 procesy: hodnotenie a zvládanie. Hodnotenie je kognitívny proces, ktorým individuom jednak zvažuje nakoľko určité situácie ohrozujú jeho pohodlie (primárne hodnotenie), ale aj čo môže urobiť pre to, aby im čelil (sekundárne hodnotenie). Zvládanie definujú ako „súbor kognitívnych a behaviorálnych snažení zameraných zvládnuť, redukovať, alebo tolerovať vnútorné a vonkajšie požiadavky, ktoré ohrozujú, alebo zvyšujú možnosti (zdroje) individua“ (1984, s. 141).

Na triedenie coping stratégií bolo vytvorených niekoľko modelov, avšak napriek ich zjavnej odlišnosti, ide iba o jeden základný rozdiel medzi nimi, a to o zameranie zvládania na cieľ, alebo na proces. Vždy je na jednej strane snaha zmeniť, alebo ovládnuť niektoré činitele PROSTREDIA, ktoré sú vnímané ako stresujúce, a na druhej strane úsilie zvládnuť alebo regulovať VLASTNÉ EMÓCIE narastajúce v súvislosti so stresovou epizódou. Pritom na proces je napr. zameraný model sledovanie-nevnímanie (monitoring-blunting – Miller 1987), alebo priblíženie-vyhýbanie (Altshuler, Ruble 1989), a na cieľ zasa kognitívno hodnotiaci model zameraný na problém versus na emócie (Lazarus, Folkman 1984), resp. na riešenie problému a ovládanie emócií (Wertlieba a kol. 1987), alebo zvládanie zamerané na seba a na prostredie (Zeitlin, 1980).

Rozsiahla analýza je v odbornej literatúre venovaná tým premenným, ktoré nejakým spôsobom ovplyvňujú alebo uľahčujú procesy zvládania. Obvykle sú uvádzané:

1. osobné zdroje – štruktúry osobnosti, nezodolnosť – hardiness, u detí nezraniteľnosť – invulnerability, vnútorná lokalizácia kontroly, interpersonálne zručnosti, intelekt, sebaponímanie, úzkostlivosť a pod.
2. premenné prostredia – sociálna sieť, obvykle uvádzaná ako „sociálna opora“, čo predstavuje súbor medziľudských vzťahov individua, ktoré mu zabezpečujú pozitívny citový vzťah, praktickú pomoc, ale aj informácie o hodnotení stresora a pod.
3. situačné charakteristiky – závislé tak na premenných prostredia ako aj na osobnej kondícii jedinca, od ktorých v značnej miere závisí voľba stratégií zvládania. Sú to povaha stresora, jeho blízkosť, trvanie, ale aj subjektívna percepcia stresovej situácie a miera v akej je hodnotená situácia považovaná za zvládnuteľnú, či nezvládnuteľnú, očakávanú či neočakávanú, za výzvu, alebo hrozbu.

PROBLÉM: Najviac nás zaujímali osobné zdroje, ktoré sú podľa L. I. Pearlina a C. Schoolerovej (1978), také charakteristiky osobnosti, ktoré pomáhajú ľuďom vydržať ohrozenie, ktoré vyvolávajú udalosti alebo objekty z prostredia. Cieľom výskumu bolo zistiť,

ktoré osobné zdroje zvládania, resp. ich špecifická kombinácia, vytvárajú optimálnu psychickú kondíciu potrebnú na adaptívne zvládanie stresu u adolescentov.

Obdobie adolescencie považujeme za osobitne dôležité vo vývine jedinca. Pretrvávajú ešte problémy puberty, postupuje sebauvedomovanie, objavovanie vnútorného sveta, hľadanie vlastnej identity, prechod od vonkajšej regulácie k autoregulácii a začleňovanie sa do sveta dospelých. Zvýšená citlivosť na faktory ohrozujúce integritu osobnosti v tomto veku, nás viedla k hľadaniu tých dimenzií osobnosti, ktoré ju dokážu chrániť a robia prostredníka tak pri nárazoch stresorov z prostredia, ako aj pri prežívaní distresu.

Výskumná vzorka a použité metódy

Vzorku tvorilo 229 študentov strojníckej odbornej strednej školy, vo veku 14,6–18,3 rokov, 137 chlapcov a 92 dievčat.

Zvládanie stresu sme merali škálou COPING INVENTORY od S. H. Zeitlinovej (1980), ktorá identifikuje zvládanie zamerané na SEBA (úsilie ovplyvňovať subjektívny psychický stav) a na PROSTREDIE (snaha meniť ohrozujúce podmienky prostredia). Efektívnosť zvládania sa hodnotí na škále od maladaptívneho k adaptívnemu správaniu. Každá z kategórií zvládania obsahuje 3 bipolárne dimenzie, ktorých analýzu sme kôli lepšej prehľadnosti vynechali.

Na identifikáciu vlastností osobnosti sme použili:

OSOBNOSTNÝ INVENTÁR K-U-D (verzia Miglieríniho a Vonkomera, 1986) na meranie 5 základných rysov osobnosti vyjadrených v dvojpólových dimenziách: aktivita-pasivita, stabilita-labilita, dominancia-submisivita, racionálnosť-zmyslovosť a extravertzia-introverzia.

TENNESSEE SELF – CONCEPT SCALE od W. H. Fittsa (1964) na hodnotenie sebaopimania. Metodika zisťuje dve dimenzie, z ktorých jedna meria vnímanie vlastnej identity, spokojnosti so sebou a vnímanie svojho správania. Druhá identifikuje 5 zložiek sebaobrazu a to fyzický, morálno-duchovný, osobný, rodinný a sociálny. Test posudzuje aj sebakritičnosť.

STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY od C. D. Spielberga a kol. (1970), na meranie úzkosti ako stavu a úzkostlivosti ako vlastnosti osobnosti.

STATE-TRAIT ANGER SCALE od C. D. Spielberga (1980), na meranie hnevu ako stavu a hnevливosti ako črty osobnosti.

ČÍSELNÉ RADY od P. Řičana (1973), na zisťovanie intelektového potenciálu.

Výsledky

Pri štatistickom spracovaní sme použili mnohonásobnú regresnú analýzu krokovú pretože nás zaujímalo, ktoré premenné, a akým podielom prispievajú k vysvetleniu variancie zvládania. Ako kritérium (závislú premennú) sme zvolili celkový index zvládania, ktorý je vyjadrením celkovej účinnosti a efektívnosti zvládania tak distresu (negatívnych subjektívnych stavov), ako aj stresorov z prostredia. Prediktormi boli ostatné, (nezávislé) premenné.

V tabuľke 1 uvádzame výsledky analýzy variancie pre chlapcov i dievčatá osobitne. Do regresnej rovnice na odhad predpokladu adaptívneho zvládania stresu nám z 26 premenných u chlapcov vstúpilo 6 prediktorov a u dievčat 5 prediktorov, ako významných. Zhodne u oboch pohlaví to boli aktivita, osobné, sociálne, rodinné sebaopimanie a stabilita. u chlapcov aj extravertzia. V tabuľke vidíme, že u chlapcov nám regresia vysvetľuje 46% variancie a u dievčat 43% variancie (koeficient deteriorácie)

Poradie dôležitosti prediktorov určujú β váhy. Na prvých troch miestach (aj keď v rôznom poradí) sú u obidvoch pohlaví aktivita, sociálne a osobné sebaoponovanie. Vysoká osobná sebaúcta, viera vo vlastné sily a činnosť sú vo viacerých štúdiách uvádzané ako rozhodujúce pre zvládanie stresu. Aktivita navyše môže podporovať uvoľňovanie distresu. Vysoké sociálne sebaoponovanie vo veku tvorenia intenzívnych vrstovníckych a partnerských priateľstiev vyjadruje aj možnosť sociálnej opory v stresových situáciách, ktorú už v tomto veku neposkytujú rodičia ale priatelia.

Väčší význam sociálneho sebaoponovania než osobného u chlapcov (na rozdiel od dievčat) spolu so vstupom extravertie do regresnej rovnice pravdepodobne súvisí s ich výraznejšou tendenciou združovať sa, kým pre dievčatá sú v tomto veku typickejšie intímnejšie párové priateľstvá. Posledným pozitívnym prediktorom je stabilita osobnosti, ktorá je vyjadrením vnútorných pocitov istoty, vyrovnanosti a sebaovládania.

Rodinné sebaoponovanie negatívne ovplyvňuje zvládanie stresu a pôsobí ako supresor. Ide zrejme o špecifickosť veku, pretože práve v tomto vývinovom rozpätí sú vzťahy medzi deťmi a rodičmi vystavené zmenám, vyžadujú si transformáciu a môžu sa za určitých okolností stať zdrojom stresu. Na druhej strane vysoká úroveň rodinného sebaoponovania môže byť známkou nezrelosti, väčšej závislosti na rodine a spoliehania sa na jej podporu pri zvládaní stresu. Dôsledkom môže byť nedostatočná autonómia a sebaistoť v kontexte tak rodinnej, ako aj širšej society.

Nevyčlenenie intelektu a racionality ako prediktorov do regresnej rovnice neprekvapuje, pretože v tomto veku sú v popredí emocionálne a sociálne činitele, hľadanie sociálnej pozície a vlastnej identity. Do rovnice nám však nevstúpili ani premenné úzkostlivosť a úzkosť, ktoré majú bežne vysoké záporné korelácie so zvládaním. Našli pravdepodobne vyjadrenie vo svojom pozitívnom protipóle, ktorým je prediktor stabilita osobnosti, ale aj v prediktoroch sebaoponovanie a aktivita. Práve s nimi majú totiž v párových koreláciách vysoko významné záporné hodnoty. Ostatné dimenzie sebaoponovania, hnev, hnevivosť, dominancia a vek tiež nemajú význam ako prediktory pre adaptívne zvládanie stresu u adolescentov našej vzorky.

Záver

Problematiku psychickej záťaže sme považovali za konštruktívnejšie skúmať z hľadiska duševného zdravia, nie z hľadiska stresu. Chceli sme vedieť aké vlastnosti osobnosti by mal mať jedinca v období adolescencie, aby sa dokázal čo najlepšie vyrovnávať s dynamikou bežných záťaží. Identifikáciu týchto činiteľov sme chceli naznačiť smer prevencie, s možnosťou zamerať sa na rozvíjanie tých dimenzií osobnosti, ktoré chránia jedinca a mobilizujú jeho sily v stresových situáciách.

Výskumná analýza nám ukázala, že:

- u **CHLAPCOV** optimálnym predpokladom pre adaptívne zvládanie stresu sú aktivita, vysoké sociálne a osobné sebaoponovanie, extravertizácia, a stabilita osobnosti.
- u **DIEVČAT** je to vysoké osobné sebaoponovanie, aktivita, vysoké sociálne sebaoponovanie a stabilita osobnosti,

Negatívne ovplyvňuje efektívne zvládanie stresu v tomto veku u obidvoch pohlaví vysoké rodinné sebaoponovanie.

Nakoniec by sme chceli zdôrazniť, že tieto zistenia vyžadujú ďalšie výskumné overenia.

Literatúra

- ALTSCHULER, J. L., RUBLE, D. N.: Developmental changes in children's awareness of strategies for coping with uncontrollable stress. *Child Development*, 60, 1989, s. 1337–1349.
- FITTS, W. H.: *Tennessee Self-Concept Scale, Counselor Recordings and Tests*, Nashville, 1964.
- HOLAHAN, Ch. J., MOOS, R. H.: Personal and contextual determinants of coping strategies. *J. of Personality and Social Psych.*, 52, 1987, č. 5, s. 946–955.
- LAZARUS, R. S., FOLKMAN, S.: *Stress appraisal and coping*, New York, Springer, 1984.
- MILLER, S. M.: Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *J. of Personality and Social Psychology*, 52, 1987, 345–353.
- MIGLIERINI, B., VONKOMER, J.: *Osobnostný inventár K-U-D, Príručka, Psychodiag. a didaktické testy*, Bratislava, 1986.
- PEARLIN, L. I., SCHOOLER, C.: The structure of coping. *J. of Health and Social Behavior*, 19, 1978, s. 2–21.
- ŘÍČAN, P.: *Číselné řady, Príručka, Psychodiagnostické a didaktické testy n.p.*, Bratislava, 1973.
- SPIELBERGER, C. D.: *Preliminary manual for the State-Trait Anger Scale (STAS)*, Center for Research in Community Psychology, University South Florida, 1980.
- SPIELBERGER, C. D., GORSUCH, R. L., LUSHENE, R. E.: *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press, 1970.
- WERTLIEB, D., WIEGEL, C., FELDSTEIN, M.: Stress, social support, and behavior symptoms in middle-childhood. *J. of Child Clinical Psychology*, 16, 1987, č. 3, s. 204–211.
- ZEITLIN, S.: Assessing Coping Behavior, *American Journal of Orthopsychiatry*, 50, 1980, č. 1, s. 139–144.

Tabuľka 1. Analýza variancie pre mnohonásobnú regresnú analýzu krokovú u chlapcov a dievčat

Kritérium = adaptívne zvládanie stresu

	Kroky	Prediktory	x	Regr. koef.	viacnás. R	koef. det. R^2	F test	β váhy
CH	1	aktivita	8	.017	.533	.284	53,61	.27
	2	sociál. sebak.	26	.009	.626	.392	23,72	.21
	3	osobné sebak.	24	.009	.643	.413	4,85	.23
	4	extraverzia	12	.007	.657	.431	4,26	.15
	5	rodin. sebak.	25	-.006	.667	.444	2,96	-.17
	6	stabilita	9	.007	.674	.455	2,60	.13
D	1	osobné sebak.	24	.010	.517	.267	32,81	.26
	2	aktivita	8	.020	.597	.357	12,38	.25
	3	sociál. sebak.	26	.011	.625	.391	4,92	.22
	4	rodin. sebak.	25	-.007	.643	.414	3,37	-.19
	5	stabilita	9	.010	.656	.431	2,60	.15

Významnosť $F_1 = F_2 = 2,50$

Škodlivé látky v životnom prostredí - priestor pre psychologický výskum a intervenciu

Alena POTAŠOVÁ

Ústav experimentálnej psychológie SAV, Bratislava

Vzťah človeka a prostredia je predmetom záujmu čoraz širšieho okruhu odborníkov. Dnes už nemožno pochybovať o tom, že negatívne faktory prostredia potenciálne ohrozujú, resp. poškodzujú zdravie každého človeka. Problém sa stáva ešte naliehavejší, ak prijmeme za svoje súčasné progresívne koncepcie, ktoré ponímajú zdravie človeka v oveľa širšom kontexte, ako optimálny fyzický, mentálny i sociálny stav človeka (Zikmund 1992). Otvára sa tu rozsiahly priestor pre pozorovanie a porozumenie ľudského správania, prežívania a celkového prosperovania v kontexte environmentálnych faktorov. Mimoriadne závažnú časť tejto problematiky tvoria priemyselné emisie toxických látok.

Poznatky z oblasti tzv. behaviorálnej toxikológie signalizujú, že už aj malé dávky škodlivých chemických látok v prostredí môžu pri dlhodobom pôsobení vyvolať nepriaznivé zmeny v organizme, ktoré sa najskôr prejavujú subtilnými zmenami psychicky regulovaného správania, či už v zmysle deficitu poznávacích funkcií alebo zmenami emocionality. R. Russell (1988) v nadväznosti na koncept homeostázy (ako základu adjustácie živých organizmov k neobmedzenej fluktuácii vonkajšieho prostredia) pracuje s pojmom behaviorálnej plasticity (behaviorálnej „homeostázy“). V intenciách tohoto pojmu možno očakávať záporný efekt na správanie, keď homeostaticky proces ďalej nezvláda rozsah (dávku) expozície, teda zaťaženie environmentálnymi škodlivými látkami. Popri tomto všeobecnom predpoklade musíme počítať aj s tým, že negatívne efekty na správanie vyvolané škodlivými faktormi prostredia sú podmienené aj individuálnymi a sexuálnymi rozdielmi, súvisia s celkovým nutričným a zdravotným stavom ako aj s ďalšími socio-kultúrnymi faktormi.

Z mnohých príčin je veľmi obtiažne stanoviť akceptovateľné hodnoty expozície na škodlivé látky; špeciálnu pozornosť si tu vyžaduje detská populácia. D. N. Kane (1977) sumarizuje predpoklady zvýšenej detskej susceptability na vzdušné znečistenie, ktoré závisí od hmotnosti detí, rýchlejšieho dýchania, dýchania cez ústa, je spojené s častejšími dýchacími infektmi detí, väčšou pohybovou aktivitou atď. Ukazuje sa tiež, že deti majú menšiu kapacitu metabolizovať a detoxifikovať otravné substancie ako dospelí. O. Árochová (1988) poukazuje na zistenia, že emisie ťažkých kovov sú zvlášť škodlivé pre svoje teratogenné účinky, pre schopnosť ukladať sa a kumulovať v ľudskom organizme a tiež pre mimoriadnu senzibilitu nervových vlákien na ich účinky, najmä v detskom veku. V. Lipková (1992) v tomto kontexte konštatuje, že výsledkom takéhoto pôsobenia je zníženie celkovej funkčnej výkonnosti a obranyschopnosti organizmu dieťaťa, vrátane jeho neuropsychickej prosperity.

Pokiaľ ide o výskumy detskej populácie v kontexte vzdušného znečistenia toxickými látkami, početne najviac sú zastúpené štúdie, ktoré sa zaoberajú vplyvom olova na psychický vývin detí (Needleman 1979, Winneke 1985, Bergomi 1985). Viaceré z nich preukázali, že už aj nízke dávky nepriaznivo ovplyvňujú kognitívne funkcie v štádiu vývinu. Novší pohľad na problém akcentuje problematiku kombinácie toxínov v ovzduší, kde sa predpokladá ich interakčný efekt. Výsledky štúdie Ch. Moon, M. Marlowe (1985) medzi prvými poukazujú na to,

že interakcie metalových elementov (ako je olovo, kadmium, arzén, aluminum, ortuť a pod.) v organizme majú negatívny synergetický efekt na kognitívny výkon pozorovaných detí.

Environmentálno-toxikologické výskumy v súčasnosti charakterizuje tiež skutočnosť, že sa preferujú procesuálne metodické prístupy pred globálnymi metodikami, akými je napr. určovanie IQ.

Z predchádzajúceho je zrejmé, že načrtnutá problematika ako aj prístup k nej má extenzívny charakter, ktorý je riadený tendenciou postihnúť problém v jeho komplexnosti. Náš výskumný príspevok k problému predstavuje prospektívna štúdia, cieľom ktorej bolo v prvom rade zmapovať úroveň poznávacích funkcií a správania vybranej skupiny 8–10 ročných detí, ktoré sa narodili a vyrastali v silne priemyselne znečistenej lokalite (s výskytom Pb, Cd, Mn, Cu, Cr, Ni a najmä zvýšenými dávkami arzénu v ovzduší) a sledovať ich celkovú prosperitu (v zmysle zdravotnom, psychologickom i sociálnom). Na základe východiskového skreeningového vyšetrenia tangovanej skupiny detí (N = 83) a porovnania s kontrolnou skupinou (N = 81) z relatívne čistého prostredia, sme zistili určitý deficit v kognitívnych výkonoch tangovanej skupiny. Zistilo sa, že deti tangovanej skupiny v porovnaní s kontrolnou, podávajú signifikantne nižšie výkony v pamäťových úlohách, v úlohách, ktoré vyžadovali zvýšenú koncentráciu pozornosti, resp. v úlohách so sekundárnou záťažou. Následné vyšetrenia (s ročnými intervalmi), ktoré prebiehajú už piaty rok, potvrdzujú stabilitu pôvodných zistení. Je to vážny dôvod na to, aby sme skupinu detí z tangovanej oblasti považovali za rizikovú z hľadiska optimálneho kognitívno-osobnostného vývinu.

Poznatky z oblasti behaviorálnej toxikológie sú alarmujúce. Podľa nášho názoru si zasluhujú priestor rozsiahlu publicitu na odborných podujatiach ale v aj širšom spoločenskom kontexte, aby sa stali živou výzvou pre riešenie problematiky životného prostredia ako pre odborníkov tak pre pracovníkov deciznej sféry.

Literatúra

Árochová, O., Kontrová, J., Lipková, V., Liška, J., 1988, Effect of toxic atmospheric emissions on cognitive performance by children, *Studia psychologica*, 2, 101–113

Bergomi, M., Borella, P., Fantuzzi, G., Vivoli, G., Sturloni, N., Cavazzuti, G., Tampieri, A., Tartoni, P. L., 1989, Relationship between lead exposure indicators and neuropsychological performance in children, *Developmental Medicine and Child Neurology*, 31, 181–190

Kane, D. N., 1977, Bad air for children, *Environment*, 18, 9, 26–34

Lipková, V., 1992, Medicínsko-hygienické prístupy k prevencii chorôb detí spôsobených škodlivým prostredím, *Psychológia v riešení ekologických problémov*, ed. D. Kováč, Ústav experimentálnej psychológie SAV, Bratislava

Moon, Ch., Marlowe, M., Stellern, J., Errera, J., 1985, Main and interaction effects of metallic pollutants on cognitive functioning, *J. of Learning Disabilities*, 18, 4, 217–221

Needlenam, H. L., Gunou, C., Leviton, A., Reed, R., Peresie, H., Maker, C., Barrett, P., 1979, Deficits in psychologic and clasroom performance of children with elevated dentine lead levels, *New England Journal of Medicine*, 300, 58–65

Russell, R., 1988, Behavioral effects of the chemical environment: Major issues of our times, *Pharmacopsychocologia*, 1, 1–13

Zikmund, V., 1992, Health and disease: Biological, psychological and social aspects. *Studia psychologica*, 33, 2, 101–113.

Zvládanie chronickej choroby

Ján SENKA, Ľubomír PÁLENÍK

Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, Bratislava

Úvod

Dialyzačná liečba nesie so sebou nesporné výhody, no tento moderný spôsob liečby má i viacero negatívnych stránok a spôsobuje tak nemalé ťažkosti chronickým pacientom. S istou mierou opatrnej schematizácie možno konštatovať, že ide o problémy v štyroch hlavných sférach: ekonomickej, biomedicínskej, osobnostno-psychologickej a sociálnej. V našom príspevku venujeme pozornosť niektorým problémom osobnostne-psychologickej sféry s prihliadnutím na sféru sociálnu.

Problém

Ako konštatuje Lazarus (1993), v posledných troch dekádach bola venovaná významná pozornosť vzťahu individuálnych rozdielov v zvládaní k telesnej a emočnej subjektívnej pohode jednotlivca. Výsledky však ukazujú, že existuje iba málo empirických dôkazov, že individuálny spôsob zvládania stresových udalostí je v priamom vzťahu k subjektívnej pohode jednotlivca. Treba však poznamenať, že väčšia časť výskumného snaženia bola venovaná skúmaniu – ako samotné zvládanie ovplyvňuje subjektívnu pohodu pacienta a nie naopak. I v tomto smere sú výsledky istým sklamaním (Ridder a Shreurs, 1996), no predsa len možno z výsledkov vydedukovať, že zvládanie istou mierou môže prispievať k subjektívnej pohode pacienta. Väčšina autorov sa zhoduje v tom, že rozporné závery týchto výskumov sú spôsobované nedostatkami v chápaní contextuálnych vplyvov.

V našom výskume vzťahov medzi rodinnými zvládacími zdrojmi, rodinnými zvládacími stratégiami a individuálnym zvládaním stresu v zmysle Antonovského poňatia nezdolnosti (tzv. salutogenetický prístup) sa nám ukázalo, že úroveň zvládania u vyššie uvedených pacientov vo veľkej miere a významne závisí od úrovne rodinných zdrojov, najmä v zmysle sociálnej podpory (Senka, 1995). V tomto príspevku sa snažíme sledovať ako faktory subjektívnej pohody ovplyvňujú zvládacie procesy u hemodialyzovaných pacientov. Výskumný problém potom vo forme otázky si môžeme formulovať takto: Ovplyvňujú jednotlivé faktory subjektívnej pohody pacienta voľbu jeho zvládacích stratégií, resp. jednotlivých zvládacích štýlov? Keďže z doterajších výsledkov výskumu týchto pacientov vyplýva, že ich dôležitou charakteristikou je podiel vlastnej rodiny na participácii zvládania choroby a všetkého čo s ňou súvisí, hlavnú pozornosť sme zamerali na prevažujúce rodinné formy zvládania. Ide o príspevok k zvládaniu chronickej choroby.

Metódy a postupy

Vzorku tvorilo 40 pacientov trpiacich chronickou obličkovou nedostatočnosťou, liečených hemodialýzou. Ich priemerný vek bol 50, 12 roka (muži N = 12, ženy N = 28). Išlo o pacientov s dlhodobou liečbou dialýzou (trvanie dialyzačnej liečby najmenej 3 roky) a u všetkých pacientov išlo o rodinné prostredie, v ktorom aspoň formálne rodina bola funkčná. Pacientom bolo aplikovaných niekoľko metód, no výsledky prezentované v tomto príspevku sa týkajú dvoch metód:

1. Na zistenie spôsobov rodinného zvládania stresových situácií, sme použili metodiku F-COPES (Olson et al., 1983), ktorá umožňuje zisťovať 2 základné zvládacie stratégie – internálnu a externálnu. Internálnu stratégiu charakterizujú 2 zvládacie štýly. Prvým je pasívne ocenenie, ktoré reprezentuje vyhýbanie sa problému a je charakteristické pasívnym postojom a čakaním na samovoľné rozuzlenie problému. Druhým zvládacím štýlom je reštrukturalizácia, pri ktorej sa rodina snaží aktívne riešiť problém. Externálna zvládacia stratégia sa prejavuje tromi možnými spôsobmi správania, alebo zvládacími štýlmi. Prvým zvládacím štýlom je vyhľadávanie sociálnej podpory v bližšom, či širšom okolí, druhý zvládací štýl sa vyznačuje vyhľadávaním odbornej pomoci a tretí je charakteristický získavaním a snahou o duchovnú pomoc, ktorá sa môže prejaviť samotnou vierou v Boha, alebo vyhľadávaním pomoci u náboženských inštitúcií a ich predstaviteľov.

2. Na zistenie úrovne subjektívnej pohody, resp. jej jednotlivých faktorov sme použili zámerne upravený the Bern Questionnaire of subjective Well-Being (1991), pričom sme si v plnej miere uvedomili, že psychometrické parametre metódy sa zjavne znížili, dotazník sa nám zdal ako najpriateľnejší, aby sme čo najmenej daných pacientov iritovali. Použitých bolo preto iba päť škál uvedeného dotazníka a to: pozitívny postoj k životu, uvedomovanie si problémov, telesné ťažkosti a reakcie, sebaocenenie a depresívne ladenie.

Všetky metódy boli aplikované počas dlhodobejšej práce s pacientami.

Výsledky

Analýza získaných výskumných údajov ukázala existenciu významného vzájomného ovplyvňovania.

Dosiahnuté výsledky sú prezentované jednoduchým spôsobom na dvoch uvedených obrázkoch. Prvý obrázok znázorňuje základné tendencie ako faktory subjektívnej pohody determinujú voľbu zvládacej rodinnej stratégie, resp. jednotlivých zvládacích štýlov. Na obrázku vidíme, že v prípade prevahy pozitívneho postoja a dobrej miery sebaocenenia základná tendencia vyúsťuje do voľby adaptívnej a efektívnej zvládacej stratégie (reštrukturalizácia), ktorá znamená mobilizáciu všetkých osobných i rodinných zvládacích zdrojov na zvládnutie, či vyriešenie problému. Pri prevahe faktorov „uvedomovanie si problémov“ a vysokom výskyte „telesných ťažkostí a reakcií“ prevláda snaha vyhľadávať sociálnu podporu a využívať tak externú zvládaciu stratégiu, resp. jej konkrétny zvládací štýl. Duchovnú podporu či pomoc, ako konkrétny zvládací štýl, volia iba pacienti s prevládajúcou depresiou.

Poradie voľby jednotlivých zvládacích rodinných štýlov nám názornejšie ukazuje obrázok 2. Poradie je zostavené podľa zistených vzťahov medzi získanou mierou jednotlivých piatich faktorov subjektívnej pohody a dosiahnutým skóre v dotazníku rodinných zvládacích stratégií a štýlov.

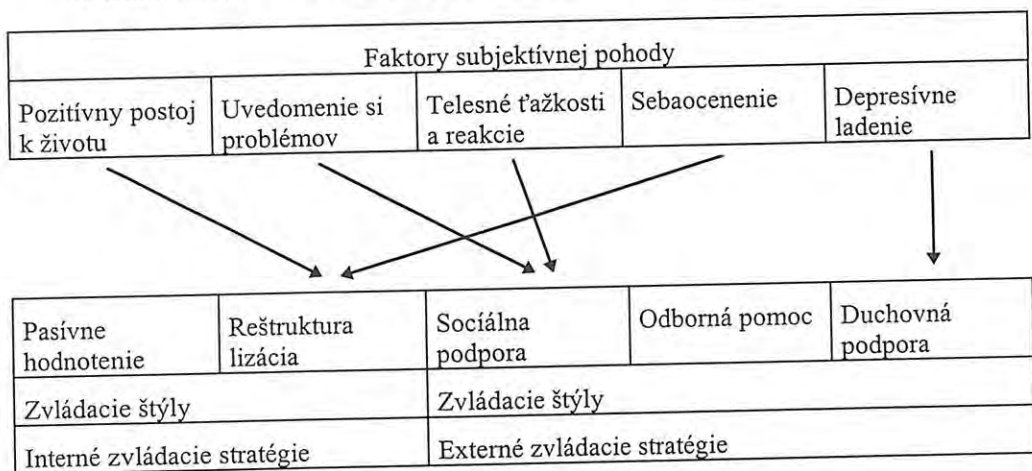
Výsledky silne korešpondujú s doterajšími empirickými skúsenosťami, najmä obsluhujúceho zdravotníckeho personálu. Napr. skutočnosť, že pacienti, ktorí si svoje problémy uvedomujú, resp. trpia istými telesnými ťažkosťami, jednoznačne vyhľadávať v prvom rade sociálnu podporu a potom aj odbornú podporu či pomoc. Naopak, pacienti s vysokým pozitívnym postojom k životu, okrem toho, že volia aktívnu formu zvládania sa často uchylujú k pasívnemu oceneniu, čo v podstate znamená voľbu tzv. „bluntingu“. No pacienti s vysokým pozitívnym vlastným sebaocenením volia skôr aktívne formy zvládania a potom vyhľadávanie sociálnej podpory, odbornej pomoci a až potom môže prísť do úvahy „blunting“.

Záver

Ukazuje sa, že výsledky takto zameraného snaženia prinášajú nielen poznatky k rozvoju zvládacej teórie, ale hlavne poznatky, ktoré možno využiť v usmerňovanej činnosti zdravotníckeho personálu poskytujúceho liečebnú a zdravotnícku starostlivosť.

Literatúra u autorov.

Obrázok 1. Základné tendencie voľby zvládacích stratégií vzhľadom na faktory subjektívnej pohody



Obrázok 2. Poradie voľby zvládacích stratégií v závislosti na sile faktorov subjektívnej pohody

Faktory subjektívnej pohody					
	Pozitívny postoj k životu	Uvedomenie si problémov	Telesné ťažkosti a reakcie	Sebaocenenie	Depresívne ladenie
1	RE	SS	SS	RE	SpS
2	PA	PS	PS	SS	PS
3	PS	SpS	SpS	PS	SS
4	SS	PA	PA	PA	PA
5	SpS	RE	RE	SpS	RE

RE – Reštrukturalizácia

PA – Pasívne ocenenie

PS – Profesionálna pomoc

SS – Sociálna podpora

SpS – Duchovná podpora

Psychologie zdraví a škola

Evžen ŘEHULKA

Pedagogická fakulta MU Brno

V našem sdělení neklademe důraz na určité výzkumné výsledky, ale chceme spíše manifestačně poukázat na jednu psychologickou oblast, která si zaslouží velké pozornosti, a to na spojení psychologie zdraví a školy.

Psychologie zdraví představuje v současné době poměrně novou disciplínu psychologie, která je však již plně zavedená, má své odborníky, konference, časopisy a dokonce vysokoškolské učebnice. O psychologii zdraví můžeme říci, že jde o obor, který vlastně musel vzniknout vzhledem k poznatkům klinické psychologie, sociálního a preventivního lékařství, psychohygieny a sociální psychologie na jedné straně a společenským požadavkům na straně druhé.

Definice psychologie zdraví jsou pochopitelně různé, pro ilustraci uvedme vymezení Americké psychologické asociace z roku 1985, kde se říká, že „psychologie zdraví je souborem specifických, vědeckých a profesionálních vkladů psychologické disciplíny pro upevnění a uchování zdraví (promotion and maintenance), pro prevenci a léčení nemocí a identifikaci etiologických a diagnostických korelátů zdraví a nemocí a pro analýzu a zdokonalení systému péče o zdraví a formování zdravotnické politiky“. Podle názoru informačního výboru Psychologie zdraví APA se na úkolech psychologie zdraví podílí celá řada vědeckých oborů, avšak psychologie svým zaměřením na studium chování má v tomto ohledu základní význam (MOHAPL, P. 1992).

Konotace pojmů „zdraví“, „nemoc“, „prevence“ atd. vyvolává dojem, že psychologie zdraví se váže především na klinickou psychologii a často se nedoceňuje její spojení se školskou oblastí. Pokud si však plně uvědomíme obsah výrazů jako je „upevnění a uchování zdraví“, „prevence“ atp., které byly uvedeny ve výše citované definici psychologie zdraví, nebo takové termíny jako „životní návyky“, „hygienické dovednosti“, „způsob života“ atd., které jsou v psychologii zdraví také velmi frekventované – potom jasně vidíme, že škola zde má zásadní postavení, neboť právě školní výchova a prostředí formují a předávají základní zdravotní znalosti a dovednosti, oficiální pro každou kulturu a vědecké, podle současného stavu vědy. S trochou nadsázky můžeme říci, že pokud by psychologie zdraví zanedbala školu, nedokázala by splnit všechny cíle, které si obecně klade. Nejen světová, ale i naše psychologie zdraví si tuto skutečnost plně uvědomuje a kdo je jen zčásti orientován v této problematice, ví, že se u nás celkem úspěšně rozvíjí program Zdravá škola (např. KOPŘIVA, P. 1995). Projekt Zdravá škola vychází z programů Světové zdravotnické organizace a zabývá se komplexně výchovou ke zdraví na školách. Existuje u nás v tomto směru příslušná teoretická i praktická literatura a realizují se konkrétní projekty na vybraných základních školách v České republice. Velkou odezvou má i program Zdravá mateřská škola, o jehož náplni se můžeme dovědět z publikace M. HAVLÍNOVÉ a kol. (PORTÁL, Praha 1995).

V tomto příspěvku nám však nejde o popis projektů Zdravé školy, na což jsou u nás povolanejší. Chtěli bychom tady uvést několik faktů z některých našich výzkumů a z mnohaletých zkušeností s pedagogickou prací na učitelských fakultách. Myslíme si, že mohou být důležité při promýšlení otázek, které vznikají při spojení psychologie zdraví s problematikou školy.

Prvním problémem (i když nikoli základním) je zde učitel, neboť systematické uplatňování psychologie zdraví musí začít od učitele. Učitele (a už také studenty učitelství) je možno podle mnoha výzkumů charakterizovat jako profesní skupinu, u níž je největší rozpor mezi znalostmi zdravého způsobu života (jsou součástí jejich kvalifikační přípravy) a skutečným způsobem života. (Na druhém místě se zpravidla nacházejí lékaři a medicí.) Tento rozpor je v běžném životě známou věcí, je však nutno se mu věnovat a redukovat ho.

Další významný problém nacházíme v tom, že učitelé jsou často bezradní v otázkách „co je vlastně zdravé?“. V dnešní době jsou zahlceni množstvím různých „systémů zdraví“ v podobě rozličných psychohygienických pravidel, filozoficko-hygienických teorií, dietních koncepcí a dalších myšlenek v rozpětí od vědecky ověřených údajů až po primitivní šarlatánství. Konzumace těchto teorií je u učitelů mimořádně závažná proto, že je mohou přcnášet do své pedagogické práce a v některých případech těžce poškodit děti. Psychologie zdraví by se měla zabývat vědeckostí některých svých teorií, či teorií, které se pod ni samy podřazují.

Veliký úkol čeká psychologii zdraví v „podpoře, upevňování a uchování“ vlastního zdraví učitelů. Řada výzkumů upozorňuje na vysokou neurotičnost učitelů, většina zdravotnických statistik uvádí učitele na prvním místě v psychiatrické nemocnosti, v mnoha případech ani motivace pro výkon učitelského povolání není ideální. Nemáme čas se zde těmito otázkami zabývat důkladně, i když je to téma, které zajímá nejen psychology, ale i veřejnost. Domníváme se, že vzhledem k vysoké psychické náročnosti učitelského povolání a především ke kategorickému požadavku na zdravou osobnost učitele by měly vznikat psychologické poradny pro učitele. Ty by odborně a institucionálně zabezpečovaly péči o optimální psychické zdraví učitele, které musí být základním předpokladem výkonu pedagogické práce.

Při aplikaci psychologie zdraví ve školství by se pochopitelně našlo ještě množství dalších problémů. Jsme ale přesvědčeni, že kdyby se řešení výše uvedených otázek stalo východiskem, šlo by o významný příspěvek k zlepšení zdravotního stavu velké části naší populace.

Literatura

HAVLÍNOVÁ, M. a kol.: Zdravá mateřská škola. PORTÁL, Praha 1995.

KOPŘIVA, P.: Výchova ke zdraví na základní škole. Podpora zdraví 1995, č. 3, supplementum.

MOHAPL, P.: Úvod do psychologie nemoci a zdraví. UP, Olomouc 1992.

Retrospektívy a perspektívy psychologickej prevencie sociálnej patológie u detí a mládeže

Štefan MATULA, Alena HALAJOVÁ a kol.

Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, Bratislava

Výrazným znakom súčasnej spoločnosti je výskyt, a šírenie sa sociálno-patologických javov, od drobných problémov v správaní cez závažnejšie delikty až po delikvenciu, kriminalitu či toxikomániu. Tieto pôsobia deštruktívne, zasahujú do života rodín a ďalších sociálnych skupín i do života jednotlivcov. Je nimi ohrozovaná najmä mládež, ktorá je menej odolná voči rôznym nežiadúcim vplyvom a faktorom, ale i viac náchylná hľadať riešenia svojich problémov neadekvátnymi cestami.

Nevyhnutosť vybudovania účinného komplexného systému prevencie sociálnej patológie v celoživotnom priebehu, ale predovšetkým pre vekové obdobie detstva, adolescencie a prípadne mladej dospelosti, nestratila nič zo svojej aktuálnosti ani v dnešných podmienkach.

V nových demokratických podmienkach je našou morálnou povinnosťou s využitím progresívnych celoeurópskych skúseností aktívne modelovať a urýchlene inštalovať preventívny systém, ktorý by mohol aspirovať na zmiernenie očakávaného nárastu sociálnej patológie v správaní mladej generácie.

Ambulantným ovplyvňovaním problémov v rodinnej výchove a porúch správania detí a mládeže (v najširšom zmysle) sa v súčasnosti zaoberajú najmä tri nasledovné zložky štátnej starostlivosti :

1. Výchovné poradenstvo (najmä prostredníctvom pedagogicko-psychologických poradní)
2. Zdravotnícka starostlivosť (najmä prostredníctvom pedopsychiatrických služieb)
3. Sociálna starostlivosť (najmä prostredníctvom sociálnej kurately).

Súčasný stav je charakterizovaný tým, že o „problémové“ dieťa sa začne „úradne“ zaujímať spravidla tá z troch vyššie uvedených zložiek, v teritóriu ktorej sa porucha manifestuje. Základným nedostatkom súčasného stavu je, že medzi tromi spomínanými zložkami neexistuje obligatórne informačné prepojenie, čo prakticky znemožňuje vzájomnú koordinovanosť ich činnosti v oblasti prevencie výchovných porúch a porúch správania.

Základnou podmienkou vytyčenia efektívnej preventívnej stratégie je analýza komplexných podmienok, za akých sa utvára osobnosť dieťaťa, či mladistvého, ktorý sa stáva nositeľom sociálno-patologických javov vo svojom správaní. V tomto kontexte potom výskyt, sociálno-patologických fenoménov v správaní detí a mládeže možno pokladať za dôsledok nedostatočnej psychickej regulácie ich správania.

Zdá sa, že bez zodpovedného poznania psychologického pozadia sociálnopatologických javov sa výrazne znižuje efektívnosť intervencií medicíny, pedagogiky a sociálnej kurately. Považujeme preto za opodstatnené v súvislosti s prevenciou sociálnej patológie v školskom rezorte pojmovo vymedziť dve jej rovnocenné súčasti:

– psychologická prevencia (zameraná na skvalitňovanie psychologickej regulácie správania pomocou psychologických, poradenských, príp. psychoterapeutických metód)

– výchovná prevencia (zameraná na skvalitňovanie sociálnej regulácie správania vo výchovno-vzdelávacom procese)

Praktické skúsenosti všetkých orgánov a inštitúcií, ktoré sa v súčasnosti zaoberajú starostlivosťou o rodiny, deti a mládež, ohrozené sociálnou patológiou (zdravotnícki pracovníci, výchovní pracovníci v školách a školských zariadeniach, sociálni pracovníci, pracovníci v pedagogicko-psychologických poradniach, policajti, prokurátori, sudcovia a pod.) svedčia o tom, že ich preventívna činnosť nie je dostatočne koordinovaná, chýbajú efektívne informačné väzby a kanály, práca jednotlivých subjektov prevencie na seba nenadväzuje a dominuje administratíva nad konkrétnou praktickou starostlivosťou.

Predmetný systém prevencie sociálnej patológie vymedzujeme ako komplexné, koordinované a kontinuálne uplatňovanie psychologických, psychoterapeutických, výchovných a resocializačných metód.

Zákon Národnej rady SR z 21. októbra 1993 o školských zariadeniach sa snaží túto situáciu konštruktívne riešiť tým, že vytvára legislatívne podmienky na zriadenie Centier výchovnej a psychologickej prevencie, v ktorých by sa všetky spôsoby prevencie uskutočňovali obrazne povediac „pod jednou strechou“. Zákon pritom umožňuje zriaďovať takéto centrá pri diagnostických centrách, liečebno-výchovných ústavoch alebo pri pedagogicko-psychologických poradniach. Na činnosti takéhoto strediska sa môže potom zúčastňovať centrum poradensko-psychologických služieb, sociálna kuratela okresného úradu, okresná policajná expozitúra, príslušný dom deti a mládeže, okresný úrad práce a dobrovoľné združenia, organizácie a cirkevné inštitúcie.

Takto chápané centrum výchovnej a psychologickej prevencie pôsobí experimentálne už niekoľko rokov pri Výskumnom ústave detskej psychológie a patopsychológie v Bratislave. Jeho starostlivosť je zameraná predovšetkým na chlapcov s problémami v správaní od 12 rokov veku.

V návaznosti na spomenutý zákon sme vypracovali Vzorový štatút centra výchovnej a psychologickej prevencie. Koncipovali sme ho ako najvšeobecnejší algoritmus optimálneho fungovania systému prevencie sociálnej patológie detí a mládeže s implicitným predpokladom, že v konkrétnych podmienkach bude prispôbovaný konkrétnym pomerom (ekonomickým, inštitucionálnym, personálnym) v obvode pôsobnosti konkrétneho centra. Na tomto mieste považujeme za potrebné uviesť, že jeho dikcia vychádza predovšetkým z osemročných praktických skúseností experimentálneho tímu, ktorý tento systém overoval (a ďalej overuje a rozvíja) v II. bratislavskom obvode. Druhou nemenej významnou okolnosťou je skutočnosť, že inštalácia systému nevyžaduje vznik novej inštitúcie, ale že ekonomicky úsporným spôsobom synergizuje preventívne aktivity viacerých inštitúcií príslušného regiónu v tom istom čase a na tom istom mieste. Iniciátorom a zákonným garantom budovania preventívneho systému je síce školský rezort, avšak za predpokladu rovnocenného prispievania ostatných inštitúcií zo všetkých ďalších rezortov, ktorým povinnosť takejto činnosti tiež vyplýva z ich základného poslania. Ide najmä o rezorty práce, sociálnych vecí a rodiny, zdravotníctva, vnútra a spravodlivosti.

Naše doterajšie výskumné výsledky nás ďalej oprávňujú k záveru, že za súčasnej situácie sú úzko rezortne zamerané projekty prevencie odsúdené na zánik a jedinou cestou je efektívna kooperácia všetkých zúčastnených rezortov a nevládných organizácií.

V súčasnej výskumnej fáze činnosti grantového tímu sa naše aktivity koncentrujú predovšetkým na sledovanie efektívnosť, i psychologických a poradenských intervencií v prevencii porúch správania, pričom sa už na základe priebežných analýz celkom jednoznačne ukazuje, že ďalšie zvyšovanie efektívnosti vedie len cez detailnejšie spoznávanie tých osobnostných charakteristík detí s poruchami správania, ktoré sú spoluzodpovedné za sociálne patologický vývin ohrozeného dieťaťa. Úlohou preventívnych psychologických intervencií je potom optimalizovať osobnostný vývin dieťaťa tak, aby bolo pripravené na zvládnutie prípadného sociálno-patologického ohrozenia zo strany sociálneho prostredia.

Za základné teoretické východisko navrhovaného projektu pokladáme najmä:

* Kováčov (1985) psychoreflexívno-noregulačný model osobnosti, ktorý predpokladá tri základné zdroje jej vzniku, fungovania a utvárania: endogénny (dedičnosť–vrodenosť, exogénny (prostredie–výchova) a psychický (reflexívno–regulačný zdroj)

* Koščovu (1987) biodromálnu výchovnú a rozvíjajúcu koncepciu poradenstva v špecifickej oblasti prevencie porúch správania

* Senkovu (1992) koncepciu vplyvu rodinného prostredia na utváranie psychickej odolnosti (zvládacích mechanizmov) v rodinách s patologickými charakteristikami

* Nikšovej (1996) koncepciu prevencie a kontroly kriminality

* Integratívny model prevencie porúch správania, ktorý sme koncipovali na základe doterajších výsledkov výskumnej činnosti grantového tímu (Matula a kol., 1996) – pozri obr. 1

Vychádzajúc z vyššiespomenutého integratívneho modelu prevencie porúch správania možno postulovať predpoklad, že bez skúmania základných psychologických podmienok optimalizácie osobnostného vývinu detí ohrozených sociálnou patológiou, nemožno aspirovať na efektívnu psychologickú prevenciu porúch správania. Len skúmanie osobnostných faktorov v etiológii vzniku porúch správania u detí môže vytvoriť predpoklady k precizovaniu komplexných optimalizačných intervenčných a preventívnych stratégií a programov. Je nepochybné, že individuálnu stratégiu treba budovať v závislosti na individuálne špecifickej konfigurácii biologických, sociálnych a psychologických (osobnostných) faktorov v etiológii vzniku porúch správania.

Model sa skladá z dvoch proti sebe situovaných lichobežníkov. Horný znázorňuje základné etiologické príčiny porúch správania a dolný príslušné im zodpovedajúce aplikačné oblasti spoločenskej praxe. Existujúci systém favorizuje predovšetkým biologickú a sociálnu podmienenosť porúch a im zodpovedajúce zdravotnícke, pedagogické, či sociálne metódy diagnostiky a následnej intervencie. Psychologická podmienenosť porúch sa síce teoreticky uznáva, v praktickej rovine však doposiaľ výrazne zaostáva. Bez zodpovedného poznania psychologického pozadia porúch správania zostávajú intervencie medicíny a pedagogiky z hľadiska úspešnosti na úrovni pokusu a omylu.



Výskumná vzorka

Náš výskum je uskutočňovaný na vzorke 20 chlapcov 6.ročníka ZŠ s poruchami správania, ktorí na základe odporúčenia výchovného poradcu školy, alebo triedneho učiteľa navštevujú CVPP (EXPOKLUB).

Anamnestickým dotazníkom sme u nich zisťovali základné informácie, ktoré sa týkali predovšetkým charakteru rodiny, výchovy a charakteristiky možných príčin vzniku porúch správania. So súhlasom rodičov chlapci začali navštevovať Expoklub.

Vymedzenie výskumných problémov

Hypoteticky sme predpokladali zmeny v charakteristikách a tendenciách správania chlapcov navštevujúcich EXPOKLUB.

Priebeh výskumu

Výskum bol zameraný na zistenie psychologických charakteristik chlapcov s poruchami správania a ich možných zmien v priebehu desiatich mesiacov, počas ktorých navštevovali klubové stretnutia v Expoklube.

Zaujímala nás štruktúra seba-percepcie, reflexie a sebareflexie, hĺbka prežívania, tendencie k agresívnemu správaniu a hodnotová orientácia.

Použité techniky

V našom výskume sme používali nasledovné metódy:

TDSP – Test, diferenciálnej štruktúry prežívania vznikol spojením Lüscherovho farebného tesLu a Farebného testu sémantického diferenciálu (Šimonek, 1990).

Lüscherov farebný test – projektívna technika, umožňujúca pohľad do štruktúry osobnosti.

Buss-Durkee inventory – dotazník, ktorý tvorcovia vytvorili z predpokladu, že agresivita je komplexný fenomén a že je preto potrebné a užitočné rozdeliť hostilné a agresívne správanie do podtried.

Pozorovanie – cieľom pozorovania bolo sledovanie správania chlapcov počas klubových stretnutí, pri práci v skupinách a pri športových aktivitách. Videozáznamy nám umožnili kvalitatívne analyzovať správanie a zároveň sledovať zmeny v správaní v priebehu sledovaného obdobia.

Výsledky výskumu

Výsledky výskumu môžeme vyjadriť v dvoch základných rovinách:

1. Zistenie psychologických charakteristik chlapcov s poruchami správania (ďalej PS) ako jedno z východísk pre konkrétnu prípravu preventívneho programu.
2. Zmeny v správaní u chlapcov s PS, ktorí absolvovali preventívny program CVPP.

1. Skupinu chlapcov s poruchami správania, ktorú sme sledovali v našej výskumnej vzorke môžeme charakterizovať ako chlapcov, s normálnou intelektovou úrovňou, bez výrazných rozdielov medzi verbálnou a performatívou zložkou. V ich osobnostnej štruktúre sú prítomné agresívne tendencie, dominuje iritabilita, nepriama agresivita, fyzická agresivita a tzv. resentment – zanevrenie na druhých. V správaní je prítomná psychomotorická instabilita. Osobnostný vývin nemožno klasifikovať ako disociálny.

Pedagógovia mali možnosť identifikovať Ratingovou škálou (Connors 85) na základe 39 ukazovateľov 6 faktorov porúch správania chlapcov navrhnutých do Expoklubu. Hodnotili mieru hyperaktivity, problémov v sebaregulácii, precitlivelosti, strachu a úzkosti, asociálnosti, denného snenia a probl. dochádzky do školy. Je zaujímavé, že približne u 50% chlapcov odporúčaných do CVPP učiteľmi škála nevykázala ani v jednom faktore poruchy správania, i keď chlapci boli učiteľmi považovaní za rušivý „element“ v triede. Najčastejšia frekvencia porúch správania sa ukázala v oblasti hyperaktivity a emocionality, menej v sebaregulácii a asociálnosti.

V správaní chlapcov prevláda spontánnosť, dynamickosť a túžba konať expanzívne, s preferenciou seba, bez akejkoľvek zodpovednosti zaň. Vo vnútornom prežívaní prevláda správanie, ktoré nie je až tak impulzívne, ale racionálne vyvážené. Podnety z okolia sú často spracovávané na úrovni predstáv, snov a fantázie, pokiaľ sa nenájde kvalitné zakotvenie v reálnom živote.

Podľa priebežne zisťovaných charakteristík skúmanej skupiny sme špecifikovali preventívny program, ktorý sme zamerali na znižovanie agresívnych prejavov v ich správaní, získanie korektívnych skúseností v oblasti riešenia problémov, ktoré vychádzajú z reálnych situácií a prenášajú zodpovednosť úspešného riešenia na konkrétneho osobu.

2. Zmeny v správaní a prežívaní chlapcov s poruchami správania, ktorí navštevujú CVPP, sme sa snažili objektívne zachytiť diagnostickými prostriedkami. Nakoľko nie je možné zachytiť všetky premenné, ktoré by sa mohli podieľať na možných zmenách v správaní a prežívaní stanovili sme si kritéria, ktoré vychádzajú z charakteristiky sledovanej skupiny a realizácie preventívneho programu. Kvalitatívnym porovnaním videozáznamov (priebežné snímanie správania chlapcov počas 10 mesiacov) na začiatku skupinovej terapie a v jej priebehu môžeme konštatovať, že správanie chlapcov sa nám javí viac kooperatívne, agresivita, ktorá je usmerňovaná a tým limitovaná je častejšie nahradená racionálnejším kooperatívnejším správaním.

Prežívanie chlapcov sa stabilizovalo do relatívne podobnej hierarchie farieb, čo svedčí o získaní náhľadu na vlastné prežívanie a informácii ako sú deti vnímané okolím. Ich správanie je reprezentované spontánnymi, dynamickými prejavmi s preferenciou svojej osoby. Ide však o kvalitnejšie vnímanie seba ako viac integrovanej osobnosti, než na začiatku terapie.

Záver

Tieto zistenia nám poukazujú na fakt, že doterajší skupinový systém uplatňovania preventívneho programu v Expoklube je efektívny a naďalej poskytuje perspektívu terapeutických stratégií v zmysle pozitívneho osobnostného rastu chlapcov.

Literatúra

- Howit, P.: The Effectiveness of Prevention Programming in the Fight to Reduce Delinquency. *Juvenile and Family Court Journal* 57, 1993.
- Matula, Š., Velebná, E.: Prevencia sociálnej patológie v systéme komplexnej poradenskej starostlivosti o deti a mládež s poruchami správania. Referát na Európskom Fóre pre prevenciu s liečenie drogovej závislosti, Varšava, september 1989.
- Matula, Š., Šranková, O.: *Výchovná a psychologická prevencia sociálnej patológie v školách a školských zariadeniach*. Juventa, Bratislava, 1996.
- Matula, Š., Halajová, A., Čanigová, A.: Niektoré charakteristiky vnútorného prežívania chlapcov s poruchami správania na letnom sústreďení CVPP VÚDPaP. In: *Dieťa v ohrození IV.–V.* DF SR, Bratislava 1996.
- Hurban, R.: Možnosti identifikácie problémového správania detí Ratingovou škálou (Connors 85) učitelia. In: *Dieťa v ohrození IV.–V.* DF SR, Bratislava, 1996.

Problém člověka v psychologických výzkumech

Aktuálne trendy vo výskume talentov

Vladimír DOČKAL

Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, Bratislava

Cieľom môjho krátkeho príspevku je nielen referovať o tom, čo sa dnes robí, ale aj zamyslieť sa nad tým, čo by sa malo robiť v uvedenej oblasti u nás i v zahraničí. Pokúsim sa to, bez nároku na úplnosť, zhrnúť do niekoľkých bodov.

1. Aj v medzinárodnom kontexte je stále aktuálny výskum úlohy dedičnosti v nadaní. Svedčí o tom napr. diskusia vedená na 4. konferencii European Council for High Ability (Czeizel, 1995; Plomin, 1995). Súčasná psychologická metodológia neumožňuje získať jednoznačnú odpoveď na otázku, ako sa dedičnosť a prostredie na výstavbe talentu spoluzúčastňujú. Získané údaje možno interpretovať rôznymi spôsobmi. Problematike sa venujeme aj u nás (Dočkal, 1996a).
2. Nad'alej je potrebné venovať pozornosť výskumu štruktúry nadania. Starší trojzložkový model J. S. Renzulliho (1978) možno pokladať za nadmerne simplifikujúci. Napriek tomu je užitočný pri práci s intelektovými talentami, vo vzťahu k niektorým iným druhom talentov sú však jeho nedostatky zjavné. Nad problematikou štruktúry talentu sa zamýšľajú autori najmä vo vzťahu k jeho diagnostike (Heller, 1991; Hany, 1993), často však ostávajú iba pri vymedzení štruktúry schopností, ktoré sa podieľajú na rôznych výkonoch. Ostatným komponentom, najmä tým, ktoré pokladáme za súčasť tzv. aktivačnej zložky nadania (Dočkal a kol., 1987), sa pozornosť venuje iba zriedkavo. Naše výskumy smerujúce k odhaľovaniu rozdielnych i spoločných prvkov v štruktúre rôznych druhov talentov (tamže) sú vo svetovom meradle ojedinelé.
3. Treba zintenzívniť výskum rôznych druhov talentov, nie len intelektových, ktorému dávajú psychológovia doteraz jednoznačnú prednosť. Pritom okrem umeleckých a športových, s ktorých sledovaním sa z času na čas v literatúre stretáme, by mal byť predmetom bádania tiež praktický talent. Hoci sme o ňom hovorili už pred viacerými rokmi (Dočkal, 1983), sami sme sa nedostali k jeho výskumu. Tiež vo svetovej literatúre tento smer uvažovania chýba. Čiastočne s ním korešponduje azda pojem praktickej inteligencie definovaný R. J. Sternbergom a R. K. Wagnerom (1986), v oblasti „talentológie“ však nie príliš využívaný. Len v poslednom období sa v Nemecku (s podporou spolkovej vlády) začali zaoberať otázkou podpory nadania na rôzne druhy zamestnaní (Manstetten, 1995). Nedostatok je výskumov zameraných na problematiku pedagogického nadania.
4. Vývoj identifikačných a diagnostických metodík i rozpracúvanie rozvíjajúcich a obohacujúcich programov pre nadaných a ich výskumné overovanie sú smery, zastúpené v súčasnom bádani najvýraznejšie, a to ako v zahraničí, tak v našich podmienkach. Prameňov je veľké množstvo a sú dostupné. Z vlastných výskumných aktivít spomeňme aspoň tie posledné: overovanie nového testu tvorivosti (Kováč, 1995) a rozvíjajúceho prázdninového programu (Dočkal, Matejčík, 1996).

5. Hoci úloha sociálneho prostredia, v ktorom talent vyrastá, bola dokumentovaná už L. M. Termanom (1954) a neskôr ďalšími bádateľmi, jej intenzívnejší výskum zaznamenávame až od osemdesiatych rokov (Mónks, 1987). Hlavný smer výskumov je orientovaný na vplyv školy (Oswald a kol., 1994) a rodiny (Freeman, 1993). U nás sa týmito otázkam začíname venovať až v poslednom období (Dočkal, Farkašová, 1996). Pôsobenie rovesníckych skupín a ďalších zložiek sociálneho prostredia iba čaká na zmapovanie.

6. Súčasťou sociálneho ovplyvňovania je vzdelávanie nadaných detí. Pre jeho dôležitosť hovoríme o výskume tohto procesu ako o osobitnej oblasti bádania. Čaká nás v nej najmä úloha posúdiť vhodnosť rôznych spôsobov školskej edukácie: separovanej, integrovanej a kombinovanej (Laznibatová, 1995), a to všeobecne, vo vzťahu k veku detí, druhu rozvíjaného talentu, či individuálnym predpokladom detí. U nás J. Laznibatová na viacerých miestach intenzívne propaguje separovanú výchovu nadaných detí v špeciálnych triedach. Rakúsky psychológ K. Klement (1996) nepokladá tento model výchovy za optimálny. Diskusia o integrovanej alebo segregovanej výchove nadaných prebehla napríklad na workshope organizovanom Radou Európy v Nijmegen v r.1991. Odborníci sa prikláňajú najviac v triede s rovesníkmi, na vybrané predmety však dochádza do vyšších ročníkov (Boxtel, 1992). Porovnávacie výskumy rôznych druhov výchovy však absentujú. U nás sa problematikou doposiaľ zaoberala jediná diplomová práca (Studeniková-Dulinová, 1991); jej výsledky nepotvrdili vhodnosť separovaného vzdelávania.

7. Osobitnú pozornosť si vyžaduje longitudinálny výskum vývinu nadaných jedincov, s ktorým sa pre jeho zložitosť nestretávame často a klasické Termanove štúdie asi dlho ostanú neprekonané. Vo VÚDPaP sme realizovali longitudinálne sledovanie umelecky nadaných detí (Dočkal, 1984), výsledky niektorých ďalších štúdií nie sú zatiaľ spracované. Súčasný prehľad tejto oblasti podávajú R. F. Subotniková a K. D. Arnoldová (1993). Rád by som upozornil na jeden cieľ longitudinálneho výskumu, ktorý citované autorky neuvádzajú: výsledky dlhodobého sledovania detí, ktoré sa javia ako nadané, by mohli poskytnúť údaje k odpovedi na otázku ako rozlíšiť vývin nadaného dieťaťa (ktorého talent sa potvrdí aj v dospelosti) od akcelerovaného psychického vývinu (ktorý je akcelerovaný iba v určitej vývinovej fáze). Odpoveď na túto otázku nepoznáme. Pokus o jej riešenie by mal veľký význam aj vo vzťahu k často diskutovaným otázkam výchovy a vzdelávania nadaných detí.

8. Poslednou oblasťou, na ktorú by som chcel upozorniť, je výskum talentov postihnutej populácie, zahŕňajúci s ohľadom na túto skupinu prakticky všetky doteraz uvádzané výskumné oblasti. Talentami postihnutých sa odborníci na medzinárodnej scéne zaoberajú od sedemdesiatych rokov, v zrejmej súvislosti s hnutím integrovanej výchovy (Yewchuk, Lupart, 1993). Záujem o problematiku má aj praktický dopad: sústredenie sa na pozitíva (nadanie) postihnutého môže pomôcť pri prekonávaní jeho handicapu a naplňaní plnohodnotného života. Táto problematika u nás doteraz nebola vôbec riešená. Stala sa preto súčasťou nášho najnovšieho úsilia (Dočkal, 1996b).

Literatúra

- BOXTEL, H. W. van: Final Report. In: MÖNKS, F. J., KATZKO, M. W., BOXTEL, H. W. van (Eds.): Education of the gifted in Europe: theoretical and research issues. Swets and Zeitlinger 1992, s. 22–43.
- CZEIZEL, A.: Heredity and giftedness: from eugenics to euphenics. In: KATZKO, M. W., MÖNKS, F. J. (Eds.): Nurturing Talent. Assen, Van Gorcum 1995, s. 102–111.
- DOČKAL, V.: Rozvíjanie umeleckých schopností žiakov ľudových škôl umenia. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 1984, č. 6., s. 531–543.
- DOČKAL, V.: Talent nie je dar. Bratislava, Smena 1983.
- DOČKAL, V.: Is creativity independent of heredity? Studia Psychologica, 1996a, č. 1–2, s. 107–118.
- DOČKAL, V.: Nadanie telesne postihnutého dieťaťa. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 1996b, č. 2, s. 186–188.
- DOČKAL, V. a kol.: Psychológia nadania. Bratislava, SPN 1987.
- DOČKAL, V., FARKAŠOVÁ, E.: Rodinné zázemie pohybovo nadaných detí. I. Tanečné talenty. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 1996, č. 3, s. 212–227.
- DOČKAL, V., MATEJÍK, M.: Zámerné rozvíjanie detskej tvorivosti: korelácie s anxiitou. Československá psychologie, 1996, č. 1, s. 1–13.
- FREEMAN, J.: Parents and families in nurturing giftedness and talent. In: HELLER, K. A., MÖNKS, F. J., PASSOW, A. H. (Eds.): Interantional Handbook of Research and Development of Giftedness and Talent. Oxford–New York–Seoul–Tokyo, Pergamon Press 1993, 669–683.
- KLEMENT, K.: Výuka není jednosměrný provoz. Lidové noviny, 23. 2. 1996, s. 7.
- KOVÁČ, T.: Urbanov test tvorivosti – figurálna verzia. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 1995, č. 1, s. 47–50.
- LAZNIBATOVÁ, J.: Inovačné postupy v školskej práci pri podporovaní nadaných detí. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 1995, č. 1, s. 25–29.
- MANSTETTEN, R.: Vocational giftedness: Evaluation of the BMW's program Promotion of giftedness in vocational training. In: KATZKO, M. W., MÖNKS, F. J. (Eds.): Nurturing Talent. Assen, Van Gorcum 1995, s. 294–297.
- MÖNKS, F. J.: Beratung und Förderung besonders begabter Schüler. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 1987, č. 3, s. 214–222.
- OSWALD, F., KLEMENT, K., BOYER, L. (Hgs.): Begabungen entdecken – Begabte fördern. Jugend und Volk, Wien 1994.
- PLOMIN, R.: Nature, nurture, and intelligence (Synopsis). In: KATZKO, M. W., MÖNKS, F. J. (Eds.): Nurturing Talent. Assen, Van Gorcum 1995, s. 112–113.
- RENZULLI, J. S.: What makes giftedness? Phi Delta Kappan, 1978, č.3, s.180–184.
- STUDENÍKOVÁ-DULINOVÁ, J.: Sociálne vzťahy nadaného žiaka v skupine. Diplomová práca. Bratislava, FFUK 1991.

SUBOTNIK, R. F., ARNOLD, K. D.: Longitudinal studies of giftedness: investigating the fulfillment of promise. In: HELLER, K. A., MÖNKS, F. J., PASSOW, A. H. (Eds.): *International Handbook of Research and Development of Giftedness and Talent*. Oxford–New York–Seoul–Tokyo, Pergamon Press 1993, s. 149–160.

TERMAN, L. M.: The discovery and encouragement of exceptional talent. *American Psychologist*, 1954, č. 6, s. 221–230.

YEWCHUK, C., LUPART, J. L.: Gifted Handicapped: a desultory duality. In: HELLER, K. A., MÖNKS, F. J., PASSOW, A. H. (Eds.): *International Handbook of Research and Development of Giftedness and Talent*. Oxford–New York–Seoul–Tokyo, Pergamon Press 1993, 709–725.

Možnosti a obmedzenia psychologickkej diagnostiky a výskumu nadaných detí

Jolana LAZNIBATOVÁ

VÚDPaP, Bratislava

Cieľom tohto príspevku je obrátiť pozornosť na problematiku nadaných detí, na možnosti, resp. obmedzenia pri diagnostikovaní intelektových schopností, osobnosti, záujmov v populácii nadaných detí. Vychádzame pritom z teoretických poznatkov nášho dlhodobého štúdia a výskumu v oblasti nadania ako i praktických skúseností, ktoré máme z poradne pre nadané deti v Bratislave ako i školy pre nadané deti, ktorá vznikla ako alternatívny spôsob na pomoc pri výchove a vzdelávaní nadaných detí v podmienkach základnej školy (Laznibatová, 1993) a ktorá pracuje s výbornými výsledkami už štvrtý rok.

V uplynulom, relatívne dlhom období (40 rokov jednotnej školy) sa problematika nadaných riešila viac-menej výskumne, teoreticky, v kompetencii rôznych – najmä rezortných ústavov. Väčšinou sa jednalo o porovnávacie štúdie, resp. analýzu výkonov nadpriemerných jedincov. Pretože problematika nadania bola donedávna najslabším resp. najzanedbávaným úsekom našej psychológie (ale v značnej miere i celej európskej psychológie) neboli adekvátne k tomu pripravované ani diagnostické pomôcky.

Jeden z problémov je viazaný na samotnú diagnostiku schopností u vysoko nadpriemerných jedincov. Psychológovia, ktorí začínajú rozvíjať pole pôsobnosti psychológie v tejto oblasti, narážajú na problém ako a čím diagnostikovať všeobecné i špecifické schopnosti a záujmy nadaných detí. Je pravda, že aj v zahraničnej literatúre sa stretávame s odkazom na použitie bežných intelligenčných testov PDW a Stanford-Binet škálu (Terman). Tieto však nie sú schopné diagnostikovať resp. spoľahlivo diferencovať hornú hranicu schopností, dispozícií a kapacity superiorných detí.

Je známou skutočnosťou, že optimálne výkony (a to nielen čo sa týka IQ) podávajú jedinci v období od 14 do 20–22 rokov. Ak sú vysoko nadpriemerní v intelektovej oblasti, mnohým na diagnostikovanie bežne používané testy nestačia. Naša osobná skúsenosť v triedach mimoriadne nadaných gymnaziálnych študentov – matematikov nám to jednoznačne potvrdila. Na tomto výberovom matematickom gymnáziu sme zažili problémovú situáciu, keď pri skupinovom podávaní Amthauerovho testu štruktúry intelektových schopností (TSI) zadané úlohy v jednotlivých subtestoch, na ktoré je časový limit 5–8 minút, riešili títo študenti 3–4 minúty a zvyšok času bol „stratový“, lebo po dokončení subtestu za krátky čas – sa čakalo len na 4–5 študentov, ktorí ešte úlohy riešili. Ostatní si ostentatívne vytiahli knihu (obyčajne v angličtine) a čítali si ju, aby ukázali, aký odstup majú od takýchto zadávaných úloh.

Pritom v USA, či iných krajinách, kde je problematika nadania podrobne spracovaná, majú psychológovia k dispozícii najrozmanitejšie diagnostické pomôcky pre tento účel. A bez problémov dokážu zmerať aj doteraz uvádzanú najvyššiu dosiahnutú hranicu intelektu 228 IQ.

Iný problém, s ktorým sme sa pri práci s nadanými deťmi stretli, bol už pri identifikácii týchto detí v predškolskom veku. Staršie (Martinson, Lessinger, 1960), ale najmä súčasné poznatky odborníkov (Clarck, 1988, Feger, 1988, Mönks, 1993, Klement, 1993) jednoznačne poukazujú na potrebu starostlivosti o nadaných už od najútlejšieho veku. Problematické je – ako nám potvrdili anamnézy viacerých mimoriadne nadaných detí a údaje matiek – že „detské

priznaky nadania“ sa prelinajú s inými charakteristickými znakmi, symptomatologickými prejavmi ako napr.:

- nespavosť, resp. poruchy spánku, zlý spánok, málo spánku (od narodenia),
- nepokoj, motorická instabilita, prílišná aktivita, zvedavosť,
- nechuf' k jedlu,
- malá komunikatívnosť,
- emocionálne a sociálne problémy a i.

Preto sú tieto deti často posielané na neurologické a psychiatrické vyšetrenia, resp. podrobené ambulatnému psychiatrickému „preliečeniu“.

Psychológovia v tejto vekovej kategórii ešte nezasahujú a ani nemajú k dispozícii prostriedky na exaktné posudzovanie a odhaľovanie nadania. Až vo veku 4–5 rokov dokážu diagnostikovať, že príčinou problematických prejavov v správaní môže byť vysoko nadpriemerná úroveň intelektových schopností. Technický problém pri vyšetrovaní intelektovo nadpriemerných detí v tomto veku je to, že najpoužívanejšia skúška intelektových schopností PDW – nemá normy pre 5 ročné deti a detský Wechsler už na úroveň týchto detí nestačí.

Ďalšou etapou je identifikácia detí pri vstupe do školy, resp. posudzovanie školskej zrelosti. Táto sa u nás doteraz robí starou (občas upravenou) verziou Göppingenského testu školskej zrelosti, ktorý už absolútne nezodpovedá súčasným potrebám a najmä úrovni celej dnešnej populácie detí vstupujúcich do školy. Veľmi často sa stáva aj to, že nadané dieťa, ktoré je vyšetrené týmto testom je posúdené ako psychomotoricky oneskorené a v bežnej poradni nie je doporučené na zaškolenie. Je paradoxom, že v poradni pre nadané deti máme k dispozícii niekoľko takto formulovaných záverov zo základného psychologického vyšetrenia: „doporučujeme odložiť o 1 rok školskú dochádzku alebo zaškoliť v škole pre nadané deti“. Pritom doporučené sa často robí len na základe kresebného, motorického testu, pričom sa vôbec nezisťuje celková úroveň dieťaťa, resp. úroveň verbálnej zložky intelektu dieťaťa, ktorá je u väčšiny nadaných detí výraznejšie rozvinutá oproti neverbálnej.

Naše skúsenosti jednoznačne poukazujú na to, že sa u intelektovo nadaných detí vo všeobecnosti jedná skôr o lepšie rozvinutú úroveň verbálnej zložky inteligencie v porovnaní s neverbálnou zložkou. Často je prítomná istá disproporcia, disharmónia vo vývine týchto dvoch zložiek a ani skúsený psychológ z poradne to pri jednorázovom, resp. skupinovom vyšetrení nezistí. Aj v prípade, že túto nerovnomernosť – zaeviduje, je preňho skôr dôvodom pre nedoporučenie – a to i nadpriemerne nadaného dieťaťa – pre vstup do školy. Ak sa k tomu pridá drobnejší, fyzicky slabší typ dieťaťa, často sa stáva, že aj napriek splneniu vekového kritéria – sa obyčajne odkladá začiatok školskej dochádzky. Dôvod: vývinová nerovnomernosť, nízka úroveň motorických schopností. Tento dôvod je u nás – pre potreby vstupu do školy dominantný. Je to preto, lebo v škole sa mimoriadne podčiarkuje úroveň zvládnutia písaného písma. Na základe našich skúseností možno konštatovať, že všeobecne intelektovo nadané deti vo veku 5–10 rokov majú celkovo väčšie problémy s jemnou motorikou (písanie), ale i hrubou motorikou (pohybové aktivity, šport). Navyše sú vo vývine jemnej motoriky znevýhodnení všetci chlapci tohto veku, pretože antropometrické ukazovatele potvrdzujú rozdiel 1/2 až jedného roku v tomto veku v prospech dievčat (Laznibatová, 1995). A na to sa ani v diagnostike, ani v škole neprihliada.

Pritom v krajinách s vysokou úrovňou školského systému (napr. Kanada) prvé tri roky v škole deti píšu len tlačným – paličkovým písmom a len ceruzkou, pretože sa zohľadňujú tieto vývinové aspekty, ako aj základný poznatok o tom, že jemná motorika a vizuo-motorická

koordinácia sa v tomto veku ešte vyvíja a končí až okolo 11. roku života dieťaťa. Deti v škole sú potom podstatne menej stresované. Navyše môžu sa viac venovať samostatným a tvorivým úlohám (napr. slohy, krížovky, a i.)

Iným problémom pri diagnostikovaní nadaných detí sú ich osobnostné vlastnosti, sociabilita, emocionalita a ďalšie dispozície. Mnohé z týchto nadpriemerných detí – a na to upozorňujeme – nie sú ochotné baviť sa v predškolskom a mladšom školskom veku s cudzími ľuďmi – okrem tých, ktorých dobre poznajú a teda ani s psychológom (niekedy ani na druhý či tretí raz). Preto pri rutinnom pohľade na takéto dieťa sa bežne stáva, že psychológ nedoporučí zaškolenie z hľadiska emocionálno-sociálnej nezrelosti dieťaťa.

Prejavy nadaného dieťaťa pri stretnutí s psychológom, hraničia až s nevyrovnanosťou, hravosťou, roztržitosťou, slabou schopnosťou koncentrácie, nadmernou pohyblivosťou, alebo naopak introvertnosťou, nekomunikatívnosťou, čo všetko môže byť a je obyčajne kvalifikované ako celková nezrelosť, neschopnosť prispôbiť sa požiadavkám školy. Tým pádom už psychológa nezaujíma jeho skutočná i vysoko nadpriemerná intelektová úroveň, jeho špecifické záujmy, mimoriadne schopnosti (napr. v matematike), teda jeho dispozície podávať školské výkony nielen na priemerne dobrej úrovni, ale takmer vždy na vysoko nadpriemernej. Posudzuje dieťa viac-menej na úrovni dojmov.

A tak sa začínajú problémy nadaného dieťaťa kumulovať už pred a pri vstupe do školy.

Čo sa týka výskumu – vzhľadom na to, že sa týmto problémom zaoberáme už 18 rokov – chceme zdôrazniť, že ku skupine nadaných je veľmi ťažké nájsť adekvátnu kontrolnú skupinu. Totiž podľa úrovne intelektových schopností sa porovnávať nedajú, podľa veku je to nie jednoznačné, pretože u nadaných jedincov už od útleho veku je evidentný výrazný vývinový nárast a sú ťažko porovnateľnými s akoukoľvek inou skupinou.

Naša konkrétna výskumná skúsenosť: robili sme analýzu tvorivých schopností detí z experimentálnej prvej triedy pre nadané deti. Jedná sa o deti s výrazným vývinovým nárastom, ktoré už pred vstupom do školy ovládajú čítanie, písanie a počítanie – teda prakticky učivo prvej triedy a zároveň majú zistenú vysoko nadpriemernú intelektovú úroveň. Na porovnanie s nimi sme si museli vziať až 3 skupiny detí:

1) žiakov 1. triedy ZŠ – podľa toho, že rovnako prvý rok navštevujú školu

2) žiakov 2. triedy ZŠ – podľa úrovne preberaného učiva, pretože skupina nadaných je aktuálne v 2. ročníku ZŠ

3) zároveň žiakov 3. triedy ZŠ, pretože približne tejto úrovni detí zodpovedajú výkony, záujmy a úroveň myslenia zo skupiny nadaných detí z prvej triedy, špeciálne otvorenej alternatívnej školy pre všeobecne nadané deti. (porovnanie výkonov pozri Laznibatová, 1995).

Podobnú skúsenosť máme i z ďalšieho výskumu: na základe medzirezortného výskumu v spolupráci s lekármi LF-UK v Bratislave začali sme skúmať pôsobenie hladiny testosterónu na výkony detí a to najmä v plošno-priestorovej predstavivosti a pamäti. Pri porovnanie s našimi prvákmi a druhákmi sme nemohli vziať paralelnú vekovú skupinu prvákov a druhákov – pretože títo ešte neboli schopní ani písať ani tak rýchlo reagovať, ale až deti tretieho ročníka ZŠ, ktorí už dokázali primerane spracovať a riešiť testové úlohy.

Potvrdili sa však nečakane už v tomto veku skutočnosti, ktoré boli i pre nás prekvapujúce: na základe viacnásobného vyšetrenia sa ukázalo, že hladina testosterónu u nadaných detí je prakticky rovnaká u chlapcov i dievčat, a to na rozdiel od kontrolnej skupiny, kde sa chlapci už

v tomto veku výrazne odlišovali od dievčat (tzv. typicky ženské a mužské reakcie – ako je to bežné v populácii dospelých jedincov).

Viacere naše výskumné zistenia (Laznibatová-Miklová, 1980, 1981) dokazujú, že interpohlavné rozdiely v skupinách nadaných jedincov sú minimálne; títo tvoria samostatnú, špecifickú skupinu, vyznačujúcu sa svojimi, charakteristickými znakmi. Naše zistenia do istej miery nadväzujú na zistenia amerických odborníkov-neurológov a psychológov. (ako to uvádza B. Clark, 1988), že u nadaných jedincov je prítomná zvýšená produkcia nervových buniek (väčší počet dendritických vlákien), ich iné zakončenia, iné synaptické spojenia, iná úroveň alfa-aktivity vln, iný metabolizmus, atď. Vo svete sa dnes neskúmajú a neanalyzujú len „vonkajšie“ ukazovatele nadania, ale skúma sa podstata nadania a to na báze interdisciplinárnych tímových výskumov.

Ani my by sme nechceli v tomto príspevku zužovať problematiku nadania len na diagnostický aspekt. Zosumarizovali sme len naše skúsenosti z výskumnej a praktickej činnosti, ktoré sme pri práci s nadanými deťmi získali a z ktorými sa pravdepodobne stretne každý, kto bude v oblasti nadania pracovať. Vyšetrenie a posudzovanie intelektových schopností, je ale primárna záležitosť pri exaktnej identifikácii všetkých intelektovo nadaných detí. Horeuvedené skutočnosti sú istou bariérou pri ich rozpoznávaní. Posledné skúsenosti z praxe nám to opäť potvrdili: do nového ročníka školy pre nadané deti bolo pri prvom nominovaní zo strany učiteliek vytypovaných 31 detí, z toho bolo po psychologickom vyšetrení potvrdených ako skutočne nadaných len 6 detí, teda len 1/5.

V tomto kontexte sa žiada zdôrazniť, že otázka nadania, nadaných je u nás relatívne málo prepracovaná a to tak teoreticky i prakticky. Nemá tradíciu ako napr.: klinická, poradenská, inžinierska, či iné oblasti psychológie.

Podobné je to i v oblasti pedagogiky: učitelia nemajú učebnice pre nadpriemerne nadané deti, nevedia ako pracovať s takýmito deťmi, nemajú podklady, metodiky, programy. Rovnako aj psychológia je v tejto špecifickej, avšak veľmi potrebnej a závažnej a pritom aj spoločensky mimoriadne prínosnej problematike len na začiatku.

Problematika nadania, identifikácia nadaných, diagnostika, servis a celkové podporovanie nadaných to všetko je oblasť, ktorá spadá všade vo svete do kompetencie predovšetkým psychológie.

A keďže riešenie otázky nadania patrí aj u nás predovšetkým pod patronát psychológie, nemali by sme si ani my nechať túto príležitosť ujsť a vynahradiť nadaným to, čo sme takmer 40 rokov zanedbávali.

Literatúra

Clarck, B.: Gifted Growing Up. Ohio, Merrill publ. comp., 1988

Feger, B.: Hochbegabung. Chancen und Probleme. Bern, Verlag Hans Hueber, 1998.

Klement, K.: Identification und Forderung begabter Kinder in der Schule. Begabung, Identification ind Förderung begabter Kinder – Internationales Symposium an der Wissenschaftlichen Landesacademie Krems, 23–24. 11. 1993.

Laznibatová-Miklová, J.: Kognitívny a osobnostný vývin matematicky nadaných detí. Kandidátska dizertačná práca, VÚDPaP, Bratislava 1980.

Laznibatová-Miklová, J.: Motivačné činitele, ako regulátor osobnosti matematicky nadaných detí. Záverečná správa, VÚDPaP, Bratislava 1981.

Laznibatová, J.: Projekt experimentálneho overovania alternatívnej starostlivosti o nadané deti v podmienkach ZŠ. Bratislava, VÚDPaP 1993.

Laznibatová, J.: Grafomotorický prejav predčasne zaškolených nadaných detí. PaPD, Bratislava 1995, roč. 30, č. 3, s. 274–284.

Laznibatová, J.: Tvorivé schopnosti nadaných detí. Čsl.psychologie, 1995, roč. 39, č. 4, s. 315-330.

Martinson, R. A., Lessinger, L. M.: Problems in the Identification of Intellectually Gifted Pupils. Exceptional Children, 1960, roč. 26, s. 227–242.

Mönks, F. J.: Entwicklung und Förderung von Hochbegabten Kindern und Jugendlichen. (Hrsg.): Oswald, F., Klement, K.: Begabungen – Herausforderung für Bildung und Gessellschaft. Wien, Jugend-Volk, 1993, s. 31–41.

Centrum pro studium nadání při universitě v Nijmegen

Jeho cíle a činnost

Eva VONDRÁKOVÁ

Bellušova 1827/53, 155 00 Praha 5

Nadání je předmětem zájmu četných psychologických, pedagogických a podobně zaměřených ústavů, universit a dalších institucí v mnoha zemích světa, s několika málo výjimkami. Česká republika k nim patří od roku 1991, kdy bylo téma talent z Psychologického ústavu ČSAV vylimínováno. Krátce předtím ještě stihla pracovní skupina, zabývající se problematikou talentu a nadání, získat grant MŠMT ČR. Zpracování a úspěšné obhájení značně zredukovaného grantového úkolu „Péče o talentovanou populaci v období docházky do mateřské a základní školy“ už bylo okrajovou činností řešitelék (L. Hříbkové a M. Charvátové) na jiném pracovišti. Část úkolu, týkající se vytvoření „Centra pro rozvoj nadání“ (E. Vondráková), byla vynechána úplně. Z grantového úkolu a pracovní náplně, nikoli však ze záměrů autorky.

Jediným pracovištěm, které se dlouhodobě a zevrubně věnovalo problematice talentu a nadání, byl a je bratislavský VÚDPaP (Výzkumný ústav detskej psychológie a patopsychológie), od rozdělení Československa zahraniční.

Tuzemští zájemci o problematiku udržují odborné kontakty se světem, který se ubírá opačným směrem, prostřednictvím Společnosti pro talent a nadání, která je pobočkou European Council for High Ability (ECHA). ECHA a WCGTC (World Council for Gifted and Talented Children) jsou nevládní organizace, ve kterých spolupracují zejména psychologové a pedagogové z universit a výzkumných ústavů, různých typů škol, center a dalších institucí, zajišťujících péči, osvětu, vzdělávání a výzkum v této oblasti. ECHA se zabývá nadáním v různých oborech lidské činnosti, v průběhu celého života, u jedinců zdravých i handicapovaných. Klade důraz na zdravý rozvoj osobnosti, včetně etické stránky této problematiky. S poukazováním na morálku byla u nás (a leckdy ještě je) jakákoli zmínka o potřebě péče o nadané a priori odmítána. S podobnými námitkami se před několika desetiletími setkávali i naši zahraniční kolegové. Situace je lepší tam, kde se díky výzkumné, vzdělávací a osvětové činnosti zvýšila informovanost.

ECHA byla založena v r.1987 v Utrechtu. První presidentkou ECHA byla psycholožka prof. Joan Freemanová z Velké Británie. Sídlem ECHA je universita v Nijmegen (Holandsko) a Centrum pro studium nadání, které při této universitě řídí prof. Franz J.Mönks, současný president ECHA.

ECHA organizuje od r. 1988 mezinárodní konference (1x za 2roky), workshopy, stáže a ve spolupráci s universitou v Nijmegen také postgraduální vzdělávání pro ty, kteří pracují s nadanou populací, tj. zejména pedagogy a psychology. Pro své členy vydává bulletin ECHA-news a odborný časopis High Ability Studies (dříve European Journal for High Ability). V roce 1995 získala ECHA statut poradce Rady Evropy.

Národním korespondentem ECHA pro Českou a Slovenskou republiku a zakládající členkou československé pobočky je PhDr. Hana Drábková, která se těší sympatiím mezinárodního výboru ECHA. Čestným předsedou je prof. PhDr. Josef Švancara. Předsedkyní je PhDr. Eva Vondráková, místopředsedkyní je PhDr. Jolana Laznibatová z VÚDPaP.

Členové STaN-ECHA se snaží zúčastňovat mezinárodních setkání, zejména konferencí, kde také navazují odborné kontakty a spolupráci. O dění v problematice talentu a nadání u nás i ve světě informujeme své členy a další zájemce na pravidelných odborných seminářích Společnosti pro talent a nadání – ECHA.

Semináře se konají 4x do roka ve Velké posluchárně Psychiatrické kliniky, Praha 2, Ke Karlovu 11 (vždy v pátek ve 14 hodin). Konkrétní datum najdete v bulletinu ČMPS.

K historii činnosti STaN-ECHA patří také Kluby bystrých a zvědavých dětí, zaměřené na rozvoj rozumových schopností, tvořivosti a sociální přizpůsobivosti. Donedávna fungovaly i Kluby rodičů, které se konaly 1x měsíčně v Národním technickém muzeu v Praze 7. Obdobné aktivity jsou, jak jsme později zjistili, vedle poradenství, osvěty a vzdělávání, součástí nabídky péče o nadané i v zahraničí.

Přesvědčení o potřebě vzniku takovéhoho pracoviště u nás vedlo autorku kromě vytváření projektů a hledání spolupracovníků i ke sledování stavu a vývoje péče o nadanou populaci ve světě. Využila proto nabídky prof. Mönkse k návštěvě Centra pro studium nadání, které bylo založeno v r. 1988 skupinou vývojových psychologů, při katolické universitě v Nijmegen.

Ředitel Centra, současný prezident ECHA, prof. Franz J. Mönks, byl od r.1967 profesorem na katedře vývojové psychologie. V roce 1988 dostal profesuru na nově ustanovené katedře, zaměřené na vývoj nadaných dětí.

Publikoval a redigoval mnoho knih a článků v odborných časopisech (holandských, anglických a německých) v oblasti vývojové psychologie a vzdělávání nadaných. Už v r. 1963 publikoval v holandském a německém časopise (Archiv für die gesamte Psychologie, 115, 362–382) přehled o příspěvcích ke studiu nadání v dětství a adolescenci. Od r. 1980 stále více zaměřoval svůj výzkum a výuku na vývoj a vzdělávání nadaných jedinců.

V r. 1987 se stal členem výkonného výboru Světové rady pro nadané a talentované děti (WCGTC). V r. 1989 byl zvolen jejím viceprezidentem. Když byl v říjnu 1992 zvolen prezidentem ECHA, vzdal se funkce viceprezidenta WCGTC, zůstal však členem výboru. Byl ředitelem 9. světové konference WCGTC, která se konala v r. 1991 v Haagu. V téže roce organizoval ve spolupráci s Radou Evropy workshop „Nadané děti a mládež – výzkum a vzdělávání v Evropě“, který se konal 23.–26. 7. 91 na universitě v Nijmegen.

Spolu s prof. Kurtem Hellerem z university v Mnichově a prof. Harry Passowem z Columbia University Teachers College v New Yorku byl editorem Mezinárodní příručky o výzkumu a vývoji nadaných a talentovaných (International Handbook of Research and Development of Giftedness and Talent), která byla publikována v r. 1993 (Pergamon Press).

Je rovněž jedním ze zakladatelů mezinárodní společnosti pro studium vývoje chování (International Society for the Study of Behavioural Development – ISSBD) v r. 1969 a 7 let byl editorem jeho časopisu (International Journal of Behavioural Development) a členem výkonného výboru ISSBD. Založil a vedl spolupráci a vyvinul PhD programy mezi universitami v Nijmegen a Jakartě, Bandungu a Yogakartě v Indonésii a katolickou universitou v Limě (Peru).

Byl také poradcem peruánského vládního výboru pro časné dětství a speciální vzdělávání v programu spolupráce mezi holandskou a peruánskou vládou.

Prof. Mönks byl rovněž předsedou 4. mezinárodní konference ECHA, která se konala 8.-10. října 1994 v Nijmegen, ve spolupráci university a Centra pro studium nadání.

Na této konferenci obdrželi diplom první absolventi postgraduálního kursu „vzdělávání nadaných“. Tento kurs pořádá ECHA ve spolupráci s Centrem a fakultou sociálních věd při universitě v Nijmegen. Kurs má mezinárodní platnost a je určen zejména učitelům a

psychologům, zabývajícím se péčí o nadané děti. Tréninkový program zahrnuje 560 hodin teoretické a praktické práce. Supervizi nad výcvikem má Centrum.

Hlavním činnostmi Centra jsou:

- Diagnostika a poradenství
- Koučování (výcvik, vedení)
- Vědecký výzkum
- Vývoj kurikula (školních osnov)
- Kursy pro učitele
- Informační centrum

Cílem Centra pro studium nadání je podporovat výzkum v oblasti nadání, se zvláštním důrazem na zlepšení vývoje nadaných jedinců a hledání způsobů, jak zvládat jejich obtíže v rodině i ve škole.

Centrum chce rovněž přispět nejen ke vzdělávání nadaných dětí a adolescentů, ale i jejich rodičů, vychovatelů a učitelů.

Centrum je umístěno v moderní budově university. Má čtyři stálé místnosti: pracovnu prof. Mönkse, sekretariát, pracovnu psychologů a vyšetřovnu. Další místnosti (vyšetřovny, společenská místnost apod.) a služby (např. technický servis, video) jsou k dispozici podle potřeby, po dohodě s universitou. Rovněž bohatě vybavená univerzitní knihovna, studovna a technicky dokonalé kopírky (na kartu).

Zařízení místností je účelné, jednoduché, esteticky příjemné. Každý pracovník má na svém stole počítač a telefonní linku na dosah ruky. Testové formuláře se nikde neskladují, neboť jsou v počítači a lze je vytisknout podle potřeby.

V Centru pracuje vedle prof. Mönkse pět psychologů, kteří se věnují poradenství a výzkumu, sekretářka, dokumentarista a dobrovolníci (psychologové, psychoterapeut a speciální pedagog).

Provoz Centra je financován z několika zdrojů:

Prof. Mönks jako zaměstnanec university, jeho sekretářka a vybavení jejich pracovišť jsou placeni universitou. Dr. Willy Peters se věnuje na celý úvazek výzkumu (grant). Další dvě psychologičky spolupracují na výzkumu, připravují se na PhD a na část úvazku se věnují s ostatními psychology poradenské činnosti.

Poradenská činnost je placená. Ceny jsou poměrně vysoké, jsou však odstupňovány podle příjmů rodičů. Jejich sdělení se důvěřuje, sociálně slabším rodinám se někdy placení promine.

Platy psychologů a vybavení pracoviště je financováno z příspěvků rodičů, které stačí stěží na pokrytí nákladů. Pracovníci Centra tedy pracují víc než za co jsou placeni, doufají však, že perspektivně se situace zlepší.

Dobrovolní pracovníci pracují bez nároku na mzdu a někteří žijí ze sociální podpory. Možná zajímavá varianta pro absolventy škol, kteří potřebují mít praxi v oboru a bez ní nemohou najít zaměstnání.

Centrum má také neziskovou nadaci, kam mohou případní sponzoři přispívat a odečítat si to z daní.

Přes nutnost řešit i nepříjemné existenční problémy je atmosféra v Centru přátelská, velmi pracovní a inteligentní.

Výzkum v Centru se v současné době týká především sebedůvěry dětí: Vývoj sebehodnocení u 10–16-ti letých dětí. Minulý výzkum se zabýval porovnáváním sebezpojetí čínských a holandských dětí.

Pracovníci Centra rovněž přispívají do časopisů a jsou autory příruček a videokazet pro rodiče a učitele.

Centrum pro studium nadání je zařízení skromné, avšak pracující na vysoké profesionální úrovni, smysluplné a užitečné. Obdobná pracoviště existují v mnoha jiných zemích. I u nás by mělo dost práce.

Antropologicko-hermeneutická psychoterapie

Základní témata.

Jiří RŮŽIČKA, Oldřich ČÁLEK

Praha

Na loňském podzimním Evropském fóru filmu a televize pořádaném na slunné Krétě vystoupil velmi významný a velmi vlivný muž médií, pan Thies, s následujícím výrokiem: „To, co člověka zajímá, je násilí, zábava a sex. Člověk se po staletí nezměnil. Sešli jsme se na řecké půdě a procházíme dějinami Kréty, Athén a Sparty. Stojíme u kolébky evropské civilizace a zjišťujeme, že všechno je stejné, nic se nezměnilo. Násilí, hry a sex. Ostatní zboží je neprodejně“.

Jiný významný člověk, profesor Laesam se zvedl a opáčil: „Milý pane, hovořil jste přesvědčivě a není pochyb o tom, že sex a násilí patří mezi významné atributy lidského života stejně tak, jako patří k důležitým komoditám. Opomenul jste však jednu věc, která po Řecích zůstala, totiž kulturu, celé kořeny naší civilizace. Zapomněl jste říci, že člověk není bez kultury myslitelný. Ta se možná na první pohled neprodává, ale pane, je obsažena také ve vašem zboží, které jste vzpomenul. Je všude okolo, i v nás a my jsme obsaženi v ní. Bez této kultury by ostatně neexistovala ani televize, ani zboží, které jste právě jmenoval“.

Ta řeč mě velmi zaujala, protože podobný spor probíhá na půdě psychoterapie. Jeho tématem je dvojí pojetí člověka. Redukcionistické, které se snaží vyložit člověka z pohledu jiné disciplíny a pojetí nereduktivní, které člověka chápe komplexně z něho samého. (Pozn.: existuje samozřejmě různá míra redukce i řada redukcionistických směrů dané míry. Klasický je biologismus, který předpokládá jakýsi předem daný biologický základ, ze kterého se rozmanitými způsoby derivují tzv. psychické nebo kulturní či sociální vlastnosti a projevy. Mnohé redukcionistické směry však biologickou povahu nemají. Např. teorie systémů, podobně jako teorie kybernetické, redukuje člověka na jakýsi abstraktní útvar různé složitosti, důsledkem čehož je pak např. neschopnost těchto teorií vykázat jedinečnost a neredukovatelnost osobní zkušenosti, jakožto základní charakteristiky našeho života.) Spor tedy není o ničem menším, nežli o tom, co činí člověka člověkem. V psychoterapii se od pojetí člověka odvíjí vymezení nemoci a zdraví, léčebné postupy, kritéria norem i úspěšnosti léčby. V předkládaném textu jsou tematizovány některé ze základních oblastí, kterými se antropologická psychoterapie zabývá programově a explicitně.

Na pozadí sporu dvou mediálních koncepcí se ukazují východiska pro rozumění člověku. Zastáváme názor, že člověk není myslitelný bez kultury. Právě kultura jej činí lidským. Vytvořením kultury získal základní modus svobody, z níž se ostatní svobody teprve odvozují. Tato svoboda je umožněna proměnou pudových pout v řád několikerého druhu. S nastolením řádu člověk ztratil nejen pouta nevyhnutelnosti instinktuálního otroctví, ale získal ochranu před chaosem totální rozvolněnosti. Kulturou člověku vyvstal svět, zjevil se mu ve světle poznání, temnota instinktuální vázanosti byla zbavena své naprosté dominance a ustoupila do pozadí. Teprve kultura otevírá možnosti rozvoje člověčenství v individuální i společenské podobě.

Byli to právě Řekové, kteří objevili, jako podmínku lidství, trojí podobu řádu a založili tak novou civilizaci a vlastní kulturu. V důsledku jejich heroického a zcela původního výkonu se objevil svět nově. Řád poznání vnesl světlo vědění, řád krásy a dobra povznesl člověka

k ušlechtilosti a řád mravní vyvázal společenské zákony ze svévole jedince či úzké skupiny lidí a otevřel dveře demokracii.

Evropská kultura pak byla oplodněna judaizmem, jmenovitě myšlenkou jednotného božského principu a poslušností jemu. Křesťanství následně tento princip pochopilo jako božskou vztaženost k člověku, naplněnou láskou. V Kristu, synu člověka, jenž se dal pro spásu člověka ukřižovat, byl důkaz této lásky doveden na nejzazší mez aktem sebeobětování.

Je ostatně příznačné a podivuhodné, že každá z dimenzí řádu má u Řeků, Židů i křesťanů božské vyústění, každá z dimenzí také k božskému míří. Naopak ovšem ztráta onoho směru, jeho popření či destrukce vedou k pádu a nastolují dimenzi zcela opačnou, kterou je chaos, temnota a zlo.

Psychologizmus tolik příznačný době, kterou jsme ještě schopni dobře přehlédnout, řád poznání vysunul do vnějšího světa, řád krásy, mravnosti a dobra naopak uvěznil uvnitř lidské duše a učinil z nich svět vnitřní, duševní stavy a funkce a posléze osobnost. V poznání se dimenze božskosti stala chladným vnějším a neosobním přírodním zákonem, vnitřní podoba zbývajících dimenzí pak čirým subjektivismem. Poznání tak ztratilo srdce, mravnost se stala neurotickým výtvozem internalizované autority či pouhou konvencí a láska pak derivátem sexuální nebo jiné potřeby. Krása v redukcionistických koncepcích degenerovala na věc dobového nebo individuálního vkusu.

Rozpolcenost člověka i světa je pak prostým důsledkem.

V novověku vyvstala potřeba vysvětlit lidskou motivaci na základě tehdejších biologických věd. Ústředním explanačním pojmem se stal instinkt, později pak doplněný, rozšířený nebo transformovaný na potřeby. Instinkt nebo biologická potřeba byly a stále jsou považovány za jakýsi motivační základ lidského jednání, a jejich uspokojení pak má dát životu smysl. Kulturní fenomény jsou běžně považovány za prostředek (a pozdější důsledek) uspokojování instinktů a potřeb. Dokonce se znovu a znovu objevují výzvy k tomu, aby člověk svoji „původní biologickou přirozenost“ získal či obnovil návratem k spontánnímu a tudíž svobodnému uspokojování biologických potřeb. Co by takový „návrat“ znamenal je snadné si představit. Zvířata i ostatní tvorové žijí v uzavřenosti svých biologických určení. Nemohou ani toužit po nezávislosti na nich, a nic nenasvědčuje tomu, že by si ji vůbec uvědomovali. Ačkoliv vytvořili podivuhodná společenství a vykazují některé neuvěřitelné schopnosti, které jim umožňují žít v těch nejnepravděpodobnějších místech naší planety, nikdy nevytvořili žádnou civilizaci ani žádnou kulturu v tom smyslu, jak těmto pojmům rozumíme u člověka. Je pravdou, že termiti jsou schopni vystavět dokonalé hmyzí kolonie, nikdy však vesnici či město. Žádné divadlo, žádný parlament, školu nebo olympijský stadión. Neznají obchody, reklamu ani výkladní skříně. Delfini snad mají svoje jména, svoji řeč a jednoduchý jazyk, ale nemají jazykovou kulturu srovnatelnou s lidskou, literaturu, jazykovědu, jazyky přirozené a umělé, krásná umění i umění užitá a pak celou oblast věd. Představa, že bychom snad měli usilovat o pudové vyžití, pramení z naprosté neznalosti lidské přirozenosti, z temné zloby či pomýlené touhy dojit konečného pokoje, stavu, který ničím neodpovídá povaze pozemského života člověka a konec konců života vůbec.

Hledat lidskou svobodu v návratu k pudovosti je mylné a nemožné i proto, že takovéto pokusy by nás nevrátily k nižším tvorům, ale spíše by nás od nich ještě vzdálily. Individuální propadnutí instinktům má podobu šílenství a nikoliv animality, společenská podoba takovéto cesty vede k barbarství, kterého jsme byli jen málo poučenými svědky v tomto století mnohokrát, v Evropě naposledy v zemích bývalé Jugoslávie.

Myšlenkou osvobození návratem k pudovosti se začali velmi vážně a důsledně zabývat existencialisté. Pochopili, že člověk není k bezstarostné pudovosti ustrojen, neboť jeho bytostné určení je zcela jiné, nežli zvířecí. Jeho údělem je svoboda. V tomto paradoxu se zvláštní postavení člověka dramaticky vyhocuje. Svoboda se objevuje jako specifický druh vázanosti. Neznamená ani naprostou volnost v chování, jednání a rozhodování, ani stav trvalé blaženosti. Jen někteří pochopili svobodu jako autentické přitakání možnostem a jejich naplňování, při vědomí autorství svých činů. Velkým problémem se pak stala odpovědnost, její míra i určení. Nevratnost lidských skutků, nedohlédnutelnost jejich důsledků, těžká otázka po tom, komu se vlastně člověk odpovídá a komu, či čemu je nakonec odpovědný, společně se zpochybněním boha a tajemství i obavou z lidské konečnosti. Tyto problémy spolu s pochybnostmi a zklamáním z gnostických možností člověka, uvrhly mnohé myslitele do hluboké melancholie. Popsali a domysleli smysl i význam některých krajních poloh lidské existence. Tragičnost i jeho dramatickost. A nemožnost filosofických řešení lidského údělu.

Sledování osudů lidí v antropologické psychoterapii nám dává nahlédnout, jak se člověk dobírá své autentické existence. Podmínek je několik. Tu, která je nutná na straně terapeuta i klienta, nazývá daseinsanalýza otevřenosti. Její charakteristikou je předsudečně nezatížené přijímání světa tak, jak se nám dává v naší bezprostřední zkušenosti. K tomuto vystavení světu je nezbytná odvaha, poctivost a vytrvalost setrávání u sebe i toho, co se ve světě ukazuje a výpověď o této zkušenosti nezatížené cizí autoritou, ať už je to teorie, ideologie nebo dobový světonázor. Z psychoterapie víme, že člověk k udržení této zkušenosti potřebuje protějšek, neboť lidská otevřenost je vždy vztahová. Z toho pak lidské vztahy v celém průběhu života tvoří „životní prostředí“ stejně tak významné, nepostradatelné a křehké jako zdravá a vyvážená biosféra. Bez vztahu není život možný, bez lidských vztahů není možné, aby se člověk stal člověkem. Podoba vztahovosti pak určuje, jakým jedincem je.

Vztahovost ovšem není možné chápat jako něco odvozeného od já, jako něco vývojově mladšího nežli já, či jako nástavbu k já. V psychologickém smyslu je tomu spíše naopak. Vztahovost chápeme jako soupatřičnost ke světu, která je výkonem našeho bytí a ohlasem světa k němu. Je zakládající možností vytvářet konkrétní vztahy.

Vztahovost má tedy dvě roviny: jednou je obecně daná charakteristika člověka žijícího ve světě, druhou pak jsou konkrétní vztahy, jejich vytváření, zanikání, proměny a podoby, jimiž člověk žije.

Antropologická psychoterapie nehledá „velký smysl života“, neboť při jejím provozování se ukazuje, že smysl lidského života se objevuje a buduje v drobných činech, rozhodnutích a volbách. V každodenním životě je totiž člověk vyzýván k přebírání odpovědnosti za svůj konkrétní životní výkon zde – bytí, které se uskutečňuje v určitém dni a v určité chvíli. Antropologická psychoterapie nehledá existenciálně vnější nebo časově odlehlá měřítká (i když se jimi nutně a významně zabývá) k posuzování lidského jednání. Hodnota lidských činů se objevuje právě v kontextech chvíle. Paradoxní je, že právě v kontextu chvíle se ukazují obecné platnosti určitých hodnot, avšak pouze daná chvíle jim dává smysl a ustavuje jejich význam. Proto je měřítkem obecné platnosti hodnot jejich konkrétní živé uskutečnění a naplnění. Antropologická psychoterapie se tímto krokem distancuje od hodnotového relativizmu stejně tak, jako abstraktního hodnotového absolutismu. Radikálně se tak vyhýbá mocenskému pokušení apriorního hodnocení, které, jak jsem přesvědčen, je manipulativní a imperiální proto, že se vymaňuje ze spoluúčasti (a tím i spoluodpovědnosti) na dané věci oné chvíle.

Svobodný výkon existence, odpovědnost a osobní rozhodování, které přebírá specifické riziko dané neprůhledností budoucího, činí člověka zvláštním způsobem budoucímu vydaného.

Existenciální vydanost je dalším paradoxním komplementem lidské svobody. Vydanost je dana nejen tím, že je člověk zranitelný a je vydán mnohým ohrožením. Vydanost je určena především odkázaností člověka na důvěru (či nedůvěru) a naději (nebo beznadějí) vůči tomu, co jej přesahuje a co se mu ukazuje, nebo co je skryto v tajemství.

Za zvlášť důležité téma má antropologická psychoterapie lásku. Považuje ji za významnou, spolehlivou a smysluplnou ochranu a posilu k vydržení propastností lidské existence dané vědomím vlastní smrtelnosti, nedokonalosti i omezenosti lidského poznání, schopností, možností a vlastní ztracenosti v nekonečnosti Vesmíru. Lásku chápe jako stav milosti, který je třeba chránit a usilovat o jeho uchování nejen jedním člověkem, ale životem lidských pospolitostí. Láska je stavem milosti tehdy, je-li zároveň přílehavou péčí. Naši péči o to, co milujeme i péči o to, co se nám prostřednictvím lásky dostává. Láska je stavem pramenícím ze vztahů. Z jednotlivých konkrétních vztahů uskutečňujících se ve chvílích našeho života. Umění milovat patří také k základním „dovednostem“, které si člověk v psychoterapii může „osvojit“ stejně tak, jak se může zbavit oněch omezení, která uchování lásky v lidském životě znemožňují a hatí. Protože láska není pouhým citem, ale uskutečňuje se „vně člověka“, je pochopitelné, že je mravně relevantní a důsažná. Jak odpovídá myšlence otevřenosti přirozenému světu, nenabízí antropologická psychoterapie žádný prefabrikovaný etický kodex. Spíše se zabývá objevováním mravnosti jakožto atributu lidské existence v psychoterapeutickém dění, především však v každodenním životě. V průběhu psychoterapie se otázka hodnot stává přímým nebo nepřímým tématem prakticky vždy. Je potom věcí terapeuta, zdali této skutečnosti věnuje pozornost. Naši snahou není apriori vnucovat tu či onu morální hodnotu, to či ono mravní přesvědčení. Terapeut dbá pouze na to, aby bylo vlastní autentické mravní přesvědčení v průběhu léčby odlišeno od nevlastních, vnucených a nepřijatelných hodnot a norem. Morální aspekt lidské existence považujeme za integrální součást žitého života. Současně však je třeba upozornit, že ctíme živou tradici hodnot dané (v našem kontextu tedy zdejší) kultury, „společenského ekosystému“, i jejich často „endemický charakter“. Nemůžeme proto podlehnout lákáním a příslibům rychlých, oslnivých a „zaručeně pravdivých“ psychoterapeutických nebo jiných duchovních proudů, které nevyřstají z naší půdy. To samozřejmě vůbec neznamená, že bychom je snad nepovažovali za důležité a stejně smysluplné jako jsou ty, které patří k naší kultuře, rovněž jsme přesvědčeni, že mohou a také jsou inspirativní svými poukazy i svědectvím. Nemohou však být naší cestou stejně tak, jako naše nemůže nahradit jejich. Globalita současného světa nesmí a ani nemůže být kulturní a duchovní redukci a nivelizací.

Zvláštní význam je kladen na pravdivé vedení života. Míní se jím autentické bytí (a tudíž vždy i spolubytí) ve světě, který bezprostředně zakoušíme (Patočka hovoří o přirozeném světě, míní jím svět, který zakoušíme rovnou, bezpředsudečně, jakožto to, co vyvstává jako takové, aniž by bylo odvozeno nebo redukováno na cokoliv jiného).

To, co se nám objevuje (vždy ve významech poukazujících ke smyslu) se ovšem neuskutečňuje jako obraz na plátně, který jen tak shlédneme a vůči kterému jsme vždy vně. Naopak, to co se nám objevuje, je vždy ve stejném světě, v jakém jsme my. Zkušenost syrové bezprostřednosti světa, spolehnutí se na ni a naše nezastupitelnost v takové situaci je jen zdánlivě snadná. Do slunce je nemožné se dívat dlouho stejně tak, jako stát na špičkách. Není samotnému člověku dáno, aby bezprostřední zkušenost udržel trvale. Právě tato spoluúčast určuje náš podíl na situaci, ve které jsme spolu s tím, co se jeví (a tudíž i děje) a rovněž je úkolem na nás kladeným bez ohledu na to, jestli si této skutečnosti jsme vědomi, přijímáme ji nebo naopak. Bytí v pravdě je tedy také výzvou k plnění úkolů, které s sebou pro každého svébytně a pro každého odlišně každodennost přináší. Úkolem psychoterapie je spolunalézat

pravdivé vedení vlastního života. Psychoterapie pak nikdy nemůže být pouze o druhých a pro druhé, ale vždy zároveň pro nás a o nás.

Na jedné z pravidelných „Amálií“ u presidenta V. Havla bylo jedním z témat „člověk a moc“. Problém moci se ukázal být hlubším nežli pouze ve smyslu politickém a ideologickém. Člověk je tvor, který je „odsouzen k moci“, a to pro své zvláštní schopnosti, kterými disponuje. Lidská moc je spjata s rozumem kultivovaným vzděláním. Schopnost myslet umožnila člověku zpředměťovat a instrumentalizovat okolní svět. Myšlením se stal svět disponovatelným a člověk dělá takřka vše pro to, aby disponovatelným byl. Myšlení je neodmyslitelné od jazyka a řeči. Obzvláště pak jazyky evropské mají zpředměťující a operantní moc vyplývající z toho, jak jsou tyto jazyky konstruovány. Umělé jazyky pak jsou zcela účelové a byly vymyšleny právě proto, aby se mocenská účinnost myšlení ještě zvětšila. Moc a vláda člověka je odvozena od poznání. Čím je poznání větší a čím je technologizovanější, tím také roste moc člověka. Bylo by krátkozraké a tendenční prohlásit moc za něco apriori negativního.

Ve svém pamětném interview pro časopis Spiegel Martin Heidegger řekl: „Už jenom nějaký bůh nás může zachránit“... „všechno funguje a toto fungování vede k dalšímu fungování a tak technika, která vládne světu, člověka čím dál více odpoutává od Země a vykořeňuje ho“. Technika není podle Heidegera v prvé řadě instrumentální vybavení, ale podstatněji spíše životní orientace, základní a určující způsob lidského porozumění světu, víra i vyznání, základní motiv i orientace naděje, východisko přístupu ke světu, směr očekávání a odtud plynoucí způsob časování existence, předznamenání životní praxe a základní postojové vyladění a nastavení a konečně, určující motiv i modus vztahovosti.

Technické konání je v psychoterapii často považováno za určující, neboť člověk i jeho léčba jsou technikalizováni: člověk proto, že v samotném základu teorii o něm je obsažen určující technický princip, v psychoterapii pak účinnost technického konání opodstatňuje její legitimitu i smysl. Tak například teorie potřeb představují lidskou motivaci jako biosociální systém daných sil, které operují v principu neosobně na poli lidského rozhodování a jednání. Stejně tak potřeby přicházející „z vnějšku“ sebou maně, avšak nepochybně vnášejí technický princip Descartova ducha.

M. Heidegera zneklidňuje tento stav ducha zejména proto, že technika je považována za něco, co člověk má, či co může mít „v ruce“. A odkrývá, že tomu je právě naopak. Ne snad proto, že bychom se stali dříve či později oběťmi umělých inteligencí či silnějších strojů, to mohou být eventuálně jedny nikoliv z nejhorších důsledků, ale především proto, člověk ztrácí svoji původní existenciální půdu, svoje jedinečné lidské založení.

„Mít v ruce“ znamená mít v moci. Teprve porozumění této situaci, situaci mocenské, dává pochopit, domnívám se, starosti M. Heidegera o stav ducha technické doby a jejím existenciálním důsledkům. Mám zato, že „psychologický“ význam „mít v ruce“ je klíčem nejen k pochopení Heidegerovy starosti a tázání, ale je zároveň krokem, který nám může pomoci najít cestu v úskalích, které duch techniky představuje.

V tomto postoji i postavení moci však spočívá základní omyl technického směřování a cíle. Technika je právě to, co člověku sice leccos umožňuje, ale ji samotnou v moci mít nelze, protože právě ona zbavuje možnosti spolubytí v Buberově významu vztahu Já – Ty a zakládá vztah Já – Ono. Zvnějšňuje bytí a činí z něj pouhé jsoučno. Mocí se člověk vzdaluje od protějšku i od sebe sama.

Je zjevné, že technizací světa i vlastní existence dochází k omylu, který je fatální. Moc, jakožto schopnost ducha porozumět a na tomto základě a odtud pak jednat, je ve věku techniky

zaměněna za moc vládnout, zmocnit se, zajmout a podrobit si. Porozumění nastoluje respekt, úctu a uchovávání svébytnosti různých forem bytí i jejich tajemství, zatímco vláda ustavuje zcela jiný vztah. Opomíjí a přehlíží z povahy svého ustavení právě onu svébytnost a nedotknutelnou původnost protějšku. Technickému duchu je zcela protichůdné a cizí Heidegerovo „lassen sein“. Místo bytí se ustavuje vlastnění, místo setkání pak invaze.

I takové věci, jakými jsou schopnosti vládnout řečí či ději bylo v tomto věku pochopeno předmětně a mocensky a to již v samotných základech školní vzdělanosti. Žáci nemusí rozumět ničemu, musí však zvládnout látku. Musí ji umět, tedy mít ji v ruce.

Nedávno mi řekl profesor Matematicko fyzikální fakulty Petr Vopěnka po jedné své přednášce: „Je zvláštní, že tito posluchači se ani tak nezajímali o již hotové a fungující postupy jako o předpoklady fungování. A to je v dnešní době hotových řešení neobvyklé“.

Filosofický problém vlády techniky je v psychologické rovině problémem moci. Antropologická psychoterapie však mocenské založení člověka nemůže opomenout. Rozlišuje „moc nad něčím“ a „moc k něčemu“. Mody moci jsou takto určeny podobou základního vztahového postoje. V antropologické psychoterapii je pak zdůrazňován modus moci „k člověku“ a nikoliv „moci nad člověkem“. V lidských vztazích obzvláště, (ale nepochybně ve vztazích člověka k ostatním živým bytostem a přírodě vůbec) je pak podoba tohoto základního mocenského postoje klíčová. Současná psychoterapie zaměřená na člověka „moc k“ vymezuje jako starostlivou péči o rozvoj a růst druhého člověka. Psychoterapeut si neklade prvořadě za úkol pomáhat, léčit, radit, měnit či vzdělávat, ale je k dispozici podle toho, co druhý člověk potřebuje a co on, jako psychoterapeut, je schopen poskytnout. Že ono „být k dispozici“ má léčebné, poradenské, vzdělávací a prospěšné účinky je nikoliv apriorním záměrem, ale důsledkem přiměřeného psychoterapeutického jednání. Tento postoj odpovídá přístupu antropologické psychoterapie. Při jiných příležitostech jsme již od sedmdesátých roků na tento „obrácený gard“ upozorňovali proto, že pro psychoterapii přináší zásadní metodologické a praktické východisko odlišné od jiných „pomáhajících disciplín“. Proto také nemůže svoje psychoterapeutické kroky podřítit psychoterapeutickým technikám a technologiím, ale naopak je podřizuje tomu, co je potřeba v dané chvíli udělat. Ačkoliv je ve své „filosofii“ původní a vyhraněná, v použití „technik a technologií“ je zcela pragmatická a užitná.

Antropologická psychoterapie nemůže opomenout tzv. psychosomatickou problematiku, protože lidské bytí je vždy také bytím tělesným. Obecně můžeme říci, že veškeré fyziologické děje, ať zdravé, tak patologické jsou jednou ze stránek lidské existence. Základní postoj lze charakterizovat zkratkou, že člověk nežije proto, aby se staral o hladké fungování fyziologických procesů, ale spíše je to tak, že naše tělesné funkce umožňují realizaci naší existence. Tento postoj k tělesnosti má samozřejmě dalekosáhlé dopady na pojetí zdraví i nemoci, péče o zdraví i postoj k léčbě a v psychosomatickém přístupu i na samotnou léčbu.

Závěrem několik dodatečných upřesnění. Antropologická psychoterapie je hermeneutikou, výkladem lidské existence trpící určitým druhem „duševní“ nebo „psychosomatické nemoci“. Metodologicky je fenomenologií, nepochybně silně spjata a inspirovaná daseinsanalýzou. Její představitelé mají za sebou individuální psychoanalytickou zkušenost, byli vyškoleni současnými psychoterapeutickými směry a školami jak v terapii individuální tak skupinové a rodinné. Je jisté, že tyto zkušenosti umožnily zajmout postoje, a formulovat názory, které by jinak nebyly možné.

Literatura

Boss, M.: Nárys medicíny a psychologie. Bratislava 1983

Čálek, O.: Vodítka pro hermeneutiku skupinového spolubytí, in J. Růžička, Psychoterapie IV, 1996 sborník přednášek

Heideger, M.: Rozhovor pro „Spiegel“ 23. 9. 1966

Patočka, J.: Přirozený svět jako filosofický problém. soukr. přednáška.

Růžička, J.: Místo a poslání psychoterapie v dnešním světě. in J. Růžička „Psychoterapie IV“ sborník přednášek

Růžička, J.: „Některé možnosti a úskalí psychoterapeutického vztahu“. Psychoterapeutické sešity 1986.

Náboženská psychologie

Psychologie (a) náboženství

Pavel ŘÍČAN

Psychologický ústav AV ČR, Praha

I. Současná situace

Profesor Smékal ve svém příspěvku vyjádřil starost o naši psychologii, pokud zůstane bez hluboké antropologické orientace, bude-li tedy psychologií bez člověka. Věřím, že udělám jen další krok ve směru jeho uvažování, když řeknu, že se bojím o psychologii (a že se bojím psychologie) – bez Boha.

Učebnice psychologie, zvláště ty základní, které nejsilněji formují představy vzdělané veřejnosti o našem oboru a ovšem i obor sám, zpravidla fenomén náboženství ignorují a pokud se ho dotknou, tedy jen zcela marginálně. V našem duchovním regionu, kde se pozoruhodně udržují představy o překonanosti, zbytečnosti a dohasínání náboženství („opia lidu“), načerpané illo tempore z brožur agitátorů, se taková praxe jeví jako samozřejmá. Přehlížení náboženství odpovídá ostatně i tradici (zejména té recentní) našich kateder psychologie, jakož i tradici praktických aplikací našeho oboru, a také očekávání veřejnosti, která se k aplikujícím psychologům obrací o radu a pomoc. Platí, že co není kognitivně anticipováno, není ani percipováno. Tak unikají pozornosti nebo jsou uměle přeznačovány různé projevy bytostné duchovní nouze, jak individuální, tak vztahové.

V celém euroamerickém sociokulturním okruhu se dodržuje jakési příměří na demarkační čáře mezi psychologií jako vědou a teologií, stejně jako mezi psychologií aplikovanou na jedné a duchovenskou praxí na druhé straně. Pro toto příměří existuje řada dobrých důvodů, například zásada, že náboženství patří k hájené privátní sféře, do níž nesmí zasahovat škola a která nesmí být explorována v žádné souvislosti, ve které by mohla hrozit diskriminace věřících či ateistů (např. při konkursním řízení), dále zkušenost, jak snadno lze v psychoterapii ztratit pacienta, řekneme-li mu, co si myslíme o jeho víře apod. Právě v psychoterapii si ovšem současné problémy (epidemická ztráta smyslu života, poškození osobnosti i duševního zdraví v důsledku členství v sektách atd.) vynucují překračování oné demarkační linie. Z druhé strany překračují tuto linii stále častěji duchovní, kteří překonali dualistický „model“ člověka i strach z profanace či destrukce spirituality její psychologickou redukcí (byť jen metodickou).

2. K historii problému

Nejvydatnějším historickým zdrojem moderní psychologie je bezpochyby introspektivní pozorování, kultivované u nás na Západě především v židokřesťanském kontextu. Úsilí o upřímnost vlastní víry, čistotu lásky a pevnost naděje, zápas s pochybnostmi, vnitřní svár,

dialog mezi žádostí a svědomím, smlouvání s Bohem, ustavičné selhávání vůle k dobru atd., to vše je zde s největší vážností reflektováno. Staleté zkušenosti pastýřské péče o lidi různého věku, vzdělání a společenského postavení, byť zkršené dogmatickými překoncepcemi, vytvářejí obrovský poznatkový fond, z něhož čerpá odedávna krásná literatura a v posledních sto (či o něco více) letech posléze i psychologie.

Moderní psychologie ovšem vznikla v ideologické opozici proti teologii, ve snaze osvobodit poznání lidské duše od matoucích překoncepcí, postavit je na společný základ s přírodními vědami. Pozoruhodný je ateistický ethos Sigmunda Freuda, jehož životní touhou bylo „vyhnat Boha z duše“ tak, jak ho již podle jeho názoru vyhnal z kosmu Galilei a z přírody Darwin. Ovšem i střízlivější vyznavači vědy a praktické vedení pouhým pragmatismem, zejména lékařským usilující o vědecký status svých teorií a postupů, distancovali se zpravidla (aspoň ve své roli odborníků) od náboženství, mnohdy i za cenu toho, že dodatečnými teoretickými konstrukcemi podbudovali to, co více či méně vědomě převzali z náboženského života. Příkladem může být katarze při psychoanalytické zpovědi nebo skupinová psychoterapie navazující na metodistické (i starší, ostatně i dnes existující) náboženské „skupinky“, jejichž členové se navzájem dělili o své náboženské zážitky, svěřovali si své radosti, starosti i prohry a selhání a byli si po různých stránkách oporou. Kolem počátku století byl veden zápas i o sám termín psychoterapie, který měl původně náboženský význam. Ne nadarmo sledával ostatně neklamný čich našich donedávných inkvizitorů v nejrůznějších formách psychoterapie, ne-li v jakémkoli psycho-, „ideologickou kontaminaci“.

Výzkum konaný ve Spojených státech ukázal, že mezi vysokoškolsky vzdělanými lidmi to byli právě psychologové, kdo měli nejméně vstřícný vztah k náboženství a mezi nimi psychologové kliničtí. Na druhé straně už Erik Erikson (a nebyl s tímto názorem mezi psychoanalytiky první) podotkl, že poznal mnoho rodičů pyšných na to, že nemají žádné náboženství – a jejich děti, jež si nemohou dovolit se bez něj obejít.

Postmoderní prostor spolu se zřejmým oživením religiozity vytváří příležitost – ne-li rovnou nutnost – aby se náboženský fenomén stal explicitě jedním z centrálních, profilujících témat psychologie. Tento tématický posun pak odpovídajícím způsobem ovlivní povahu oboru, jeho metodu a epistemologii a rozšíří i možnosti jeho praktického uplatnění.

3. Religio

Náboženství patří mezi pojmy, které nelze definovat ani jednoduše ani jednoznačně. Částečnému a přibližnému vymezování se ovšem nelze vyhnout.

1) Nasadě je definiční náběh vycházející z latinské etymologie. Ligare znamená vázat, religare vzájemně vázat, re-ligio pak vzájemnou vazbu mezi člověkem a skutečností, jež ho přesahuje (podle Neubauera). Jde o způsob existence sub specie této absolutní skutečnosti, na níž koneckonců jedině záleží a z níž také plyne, co je správné a nesprávné, dobré a zlé.

2) Druhý náběh vychází z fenoménu posvátna, resp. numinosa, ze specifického citu fascinované žasnoucí bázně. Tento fenomén často doprovází vrcholné kulturní výkony a zážitky, podobně jako existenciální rozhodnutí nebo činy mravní povahy.

3) Třetí náběh vychází z deskripce kultického jednání vyjadřujícího, často rituální formou, vztah náboženského člověka k oné absolutní skutečnosti: meditace, prosba, oslava, symbolické úkony, respektování iracionálních tabu.

Všechny tyto jevy lze s jistým úspěchem hledat ve dvou rozhodujících manifestacích psychologie, jimiž jsou věda a psychoterapie. Moderní věda je bezesporu – jak na to nedávno zvláště zdařile znovu poukázal Neubauer – vůdčím duchovním hnutím novověku, pro něž je příznačná víra v objektivní realitu, jakož i specifické rituály a mravní normy. Religiózní povahu psychoterapie ozřejmil již dávno Szaasz: Vyznání, modlitba a víra zde byly převzaty pod novými jmény. Terapie také vždy vede pacienta – i když zpravidla nepřímou a variabilně – k jednání, jež pro něj považuje za správné, zejména ke spolehnutí se na svůj rozum, k tomu, aby byl věrný (někdy naopak nevěrný) v manželství, k tomu, aby vydržel výčitky svědomí atd. Hodnotová neutralita terapeuta je (nebezpečnou) fikcí.

V jungovské tradici je spjatost psychoterapie s náboženstvím uvědomována a přímo proklamována. Jung dovedl akceptovat fakt, že pacient často tlačí terapeuta do role kněze a pomáhal svým pacientům (pokud nebyli schopni přijmout institucionalizované náboženství) vytvořit vlastní osobní mýtus, příběh, v němž by našli sami sebe a s jehož pomocí by vědomě žili příběh svého života ve vztahu k tomu, co je přesahuje.

Je-li psychologie sama v určitém smyslu náboženstvím, pak by ovšem prvním úkolem psychologie náboženství měla být reflexe této skutečnosti se všemi důsledky, jež z ní plynou. Snad teprve na reflektované závazanosti vůči tomu, co náš obor přesahuje, bude možno konstituovat jej ve skutečně sekulární, „civilní“ podobě.

4. Praxe

Kdy, v jakých případech je na místě zajímat se o náboženský život člověka, o jeho víru, vztah k Bohu a nábožensky pojatý vztah k druhým lidem (biblicky řečeno k bližním), a ovšem také o všechny aktivity s těmito vztahy spojené?

Programová odpověď zní: vždycky když je našim úkolem radit, vést, vychovávat nebo léčit, případně poskytnout informace jiným odborníkům, kteří mají takové úkoly. Položit si otázku, co náš klient či pacient bere opravdu vážně (smrtelně, či lépe „životně“ vážně), kde v jeho životě je aspoň záblesk numinózní dimenze, v čem hledá nebo by aspoň mohl hledat poslední smysl svého života, existenciální přesah – to je relevantní snad bez výjimky.

Jak je možno poznatků tohoto typu využít?

1) Žité náboženství může být pro našeho pacienta či klienta oporou při zvládnání stresů nejrůznějšího druhu (invalidita, rozvrat rodiny, duševní porucha atd.). Lze v něm vidět významnou složku autosanačního potenciálu, jehož aktivizace je jednou ze základních moderních strategií odborné pomoci. Vzorem nám zde může být sám C. G. Jung, který neváhal poslat katolíka ke zpovědi nebo protestanta do probuzenecké skupinky. Často půjde o zdánlivou drobnost: vyjádření respektu k tomu, že se pacient modlí za své uzdravení, povzbuzení jeho důvěry k duchovnímu, s nímž je v kontaktu apod. Nezapomínáme ovšem, že náboženství může být žito i jako vnitřní nesvoboda, že může nabýt podoby patologického komplexu, může být i nástrojem bezohledné manipulace (zejména v totalitní sektě). Pak je úloha psychologa složitější.

2) U lidí, kteří se definují jako ateisté, se někdy nabízí možnost probouzet jejich latentní religiozitu, přivádět k vědomí bolestné duchovní vakuum. Frankl mluví o „vytěsněném Bohu“. Rozumí se, že si přitom počínáme naprosto nenásilně. Pacient může být vděčný, když s empatií nasloucháme jeho vyprávění o tom, jak ztratil svou dětskou víru nebo jak ho v adolescenci

nadchla nějaká orientální duchovní cesta, jak toužil absolutně se oddat nějakému nadosobnímu ideálu apod. – V této souvislosti je důležité, aby věřící psycholog neskrýval své přesvědčení, ale zároveň aby je neakcentoval způsobem, který by de facto vyvolával nefér tlak na toho, kdo od něj čeká pomoc. (Ale naprostou sterilitu či stav ideové beztíže nelze požadovat, de facto ostatně neexistuje). Nemá snad – a to právě postmoderní! – klient či pacient právo vědět, na jakých principech staví svůj život člověk, jemuž se svěřuje do péče v záležitostech, jež s těmito principy tak úzce souvisí? Na tomto místě bychom mohli diskutovat o povzdechu, jímž se při konzultaci rozloučila jedna (velmi zkušená a mezi kolegy vysoce respektovaná, někdy však překvapivě impulzivní) manželská poradkyně s manžely, kteří v dané chvíli nejevili žádnou schopnost ani ochotu ke spolupráci: „Teď už se za vás můžu jedině modlit!“ (Klienti, sami nevěřící, pocházeli z rodin s živou křesťanskou tradicí.)

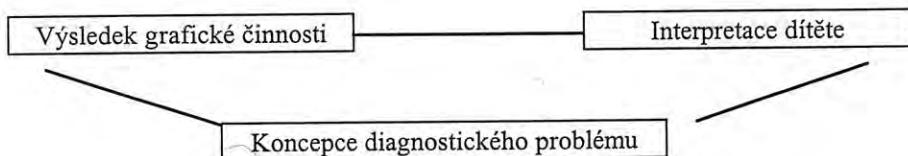
3) Na hranici mezi klinickou či poradenskou psychologií a psychologicky poučenou pastorační péčí je rozhovor o duchovní cestě klienta či pacienta. Programově se od této oblasti distancovat by bylo stejně pošestilé jako ignorovat sexuální život nebo ekonomickou kariéru. Terapeut Franklovy školy vstoupí do této dimenze pacientova světa a pracuje s jeho náboženskou nadějí, pochybností nebo konfliktem stejně jako s jinými jeho duševními realitami relevantními pro logoterapeutické hledání či vytváření osobního smyslu života. Pokleknout s ním ke společné modlitbě (když o to výslovně žádá) by byl čin pro většinu našich odborníků dnes ještě věru skandální, ale odmýslíme-li si konvenci a ideologickou předpojatost –

Kresby dětí jako nástroj psychologické diagnostiky (Informace k videozáznamu)

Wolfgang SEHRINGER

1

Model diagnostického procesu



2

Interpretace dítěte

Jeho verbální sdělení:

- a) k popisu činnosti
- b) k hodnocení činnosti

3

Koncepce diagnostického problému

podle metody systémové analýzy

Systémové oblasti

1

Probandem
vnímané pole činnosti

2

Průběh kreslení

3

Čitelnost pro
posuzovatele

1. Systémová oblast:

Kognice

Vztah mezi požadavky prostředí a osobní výkonovou kapacitou; např. stupeň obtížnosti určitého úkolu

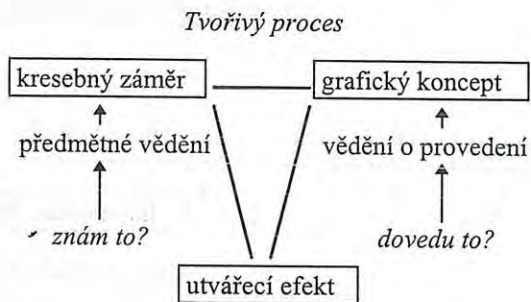
Motivace

Vztah mezi probandem prožívaným stanovením cíle, daného úkolem, a mezi aktualizací vlastní aspirace. Např. komplexita zadání, rychlost pracovního postupu, požadovaná doba.

2. Systémová oblast:

Kognice, emoce

- repertoire grafických schopností
- percepční zkušenosti
- struktury věděni
- emocionální stav



3. Systémová oblast

Grafický produkt:

čitelnost pro posuzovatele

Komunikace s kresbou:

Čtyři hlediska rozumění

Sdělení

Vyjádření Pb

Výkon

Výraz

Aspekty osobnosti:

- emotivita
- kognice
- motivace
- tematika obsahu představ
- vztahové struktury
- způsob interpretace probanda

Literatura

Schringer, W., 1994, Prinzipien zur psychodiagnostischen Analyse von Kinderzeichnungen. Z. F. Menschenkunde, H. 2, 66–92. H. 3, 169–172.

Psychosomatický přístup

Hospicové hnutí v ČR – zkušenosti Hospice Anežky České

Marie SVATOŠOVÁ

Praha

Milé kolegyně, milí kolegové,

nečekávejte prosím, že ode mne v tomto vymezeném čase uslyšíte něco, co byste neznali. Chci se s vámi jen rozdělit o velkou radost z toho, co se nám po pádu totalitního režimu podařilo. Před listopadem 1989 jsme se totiž o hospicích dovídali jen ze samizdatové literatury, např. z časopisu Salus.

V téže době v oficiálně vydávaném lékařském časopise konstatuje profesorka Haškovcová: „Na současné situaci v nemocnicích lékařům nejvíc vadí, že umírající pacient je v naprostém osamění, je pojmán jako předmět, chybí mu důstojnost umírání, došlo k redukci na věcné pojetí, umírání je zmechanizovaný proces...“. Všichni – odborníci i laici – cítíme, jak moc se v této oblasti chybuje a ubližuje a jak velké rezervy zde máme.

Tolik aspoň jako úvod do situace, v níž jsme začínali na půdě Charity před sedmi lety připravovat podmínky pro vznik hospiců. Organizačně nejjednodušší, ekonomicky nejschůdnější a pro pacienta optimální se nám jevila domácí forma hospicové péče, a proto jsme začali s ní:

v roce 1990 vzniká první středisko charitní domácí péče v Praze,

v roce 1991 vzniká dalších 41 charitních středisek na území Čech a Moravy,

v roce 1992 vznikají agentury domácí péče i mimo Charitu,

v roce 1993 si plně uvědomujeme naléhavou potřebu lůžkového zázemí hospice, protože denně narážíme na hranice možností domácí péče, dochází k dohodě sdružení Ecce homo s Diecézní charitou Hradec Králové a zahájení projektu HOSPIC,

v roce 1994 (v říjnu) zahájení stavby Hospice Anežky České v Červeném Kostelci a

v roce 1995, za pouhých 13 měsíců, t.j. 8.12. je Hospic Anežky České slavnostně otevřen.

První český hospic je tedy ve východních Čechách (okr. Náchod). Koncem roku 1995 byla zahájena rekonstrukce budovy sester Těšitelek v Rajhradě u Brna a začíná i příprava rekonstrukce budovy v Praze-Bohnicích, kde má vzniknout hospic Štrasburk. Začátkem roku 1996 usiluje magistrát v Plzni o hospic ve spolupráci s tamní Charitou. Na řadě dalších míst v ČR je o hospic zájem, největší brzdou je zatím nedostatečné finanční zajištění budoucího provozu.

Existují tři formy hospicové péče: domácí, denní stacionář a forma lůžková. Pro hospicové lůžko je indikován pacient, kterého jeho postupující choroba ohrožuje na životě, nepotřebuje však v té době nemocniční péči, potřebuje péči paliativní a nestačí, nebo není možná péče domácí. V praxi to znamená, že naprostá většina pacientů hospice jsou pacienti onkologičtí, zpravidla v preterminálním nebo terminálním stadiu choroby.

Statistika je neúprosná. Tvrdí, že každý čtvrtý z nás jednoho dne na onkologické onemocnění zemře. Ti tři, kterým se tato choroba vyhne, se mohou jednou, ale možná i víckrát za život ocitnout v roli blízkých příbuzných těchto pacientů. Takže s hospicem se v budoucnu pravděpodobně většina z nás setká.

Většina hospiců ve světě má kapacitu kolem 25 lůžek. Menší zařízení je provozně příliš drahé, ve větším už je pak obtížné vytvořit nemocnému soukromí a alespoň iluzi domova, nelze-li mu poskytnout péči domácí. Ta musí mít samozřejmě v rámci možností přednost.

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci má kapacitu 26 lůžek pro pacienty, 14 přistýlek pro rodinné příslušníky pacientů a 2 dvoulůžkové pokoje pro praktikanty. Ve dvou podlažích, členěných na dvě křídla, je celkem 14 jednolůžkových pokojů s přistýlkou pro příbuzné, 2 dvoulůžkové a 2 čtyřlůžkové pokoje. Větší pokoj někdy vyhovuje osamělým nemocným, za kterými nemá kdo přijít. Obecně však lze říci, že většina nemocných preferuje soukromí v jednolůžkovém pokoji a díky režimu dne v hospici, který se výrazně liší od režimu dne v nemocnici, se v něm ani „osamělý“ pacient necítí osamělý. Všechny pokoje jsou vybaveny elektricky polohovatelnými lůžky, důmyslným dorozumívacím zařízením s možností přepojení telefonických hovorů, i samostatnou koupelnou. Celý objekt je bezbariérový.

Společné prostory působí na pacienty i na příchozí příjemným dojmem, ve vstupní hale je pěkná keramika znázorňující „Ráj s dosud neutrženým jablíčkem“ (autor Gustav Fifka) a fontánka s bohatou květinovou výzdobou (autor Milan Exner). Moc nám záleželo na tom, aby nemocný, který se možná obává překročit práh hospice, byl hned v prvních vteřinách mile překvapen a mile přijat. Přichází-li s nezládnutou bolestí, což bývá často, snažíme se ji zvládnout rovněž hned při příjmu pokud možno „na počkání“. Tím se obvykle podaří získat důvěru pacienta a o to snazší pak je další práce s ním.

Nehrajeme si na něco, co nejsme, neslibujeme nemožné, ale vycházíme z dané situace a hlavně z potřeb pacienta. Ze všech jeho potřeb, t.j. biologických, psychologických, sociálních i spirituálních. O těch posledních se donedávna nesmělo ani mluvit, ale to už je za námi. Netýkají se totiž jen věřících, týkají se každého. Každý člověk v takové situaci bilancuje, klade si mnoho otázek o smyslu a naplnění svého (!) života, potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno, potřebuje sám odpustit atd. Nejsme Pánem nad životem a smrtí, neslibujeme vyléčení, není-li to možné. Léčba (kauzální, radikální) obvykle skončila a minula se účinkem. Péče však musí pokračovat. Hospic nemocnému garantuje, že:

- a) nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- b) za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost
- c) v posledních chvílích nezůstane osamocen.

Kromě denní místnosti a krásné prostorné zimní zahrady je pacienty, a nejen jimi, velice využívána kaple v prvním poschodí. I ta je bezbariérová, otevírací stěnou sousedí s velkou jídelnou, takže ji při bohoslužbách lze snadno „nafouknout“ a umožnit účast jak nemocným na kolečkových židlích, tak nemocným upoutaným na lůžko. Místní farníci projeví už od začátku zájem účastnit se bohoslužeb v hospici. Umožnili jsme jim to a netušili, jak krásný „vedlejší produkt“ to přinese. Po bohoslužbě viděli, že je nutno pacienty rozvézt zpět na pokoje. I chopili se práce a příště přišli o čtvrt hodiny dříve, aby nám je zase pomohli z pokojů svézt do kaple. Slovo dá slovo, první kontakt je navázán, ostych a strach překonán, návštěvy dobrovolníků u pacientů jsou zcela spontánní a přirozené. Neplánovaně tak došlo a dochází k integraci zdravých a nemocných – a hlavně, empatických uší a srdcí nikdy není dost. Tím spíše, že na úvazek odborného psychologa hospic bohužel nemá prostředky.

Režim dne v hospici, jak jsem již řekla, se výrazně liší od režimu dne v nemocnici. Je to logické. Aby nemocnice mohla plnit svoji funkci a poslání, musí se alespoň částečně přizpůsobit nemocný jí a jejímu provozu. Je čas vizity, jsou operační dny atd., atd. V hospici se vše v maximální možné míře přizpůsobuje pacientovi. Jde o jeho (!) poslední dny, nikoliv naše (i když možná taky, to nikdy nevíme). Proto chceme, aby on sám si řekl, jak budou vypadat, jak je prožije. My mu v tom můžeme jen pomáhat. Neohrožuje-li sebe nebo práva ostatních pacientů, snažíme se mu každé přání, i to zdánlivě nesmyslné pokud možno splnit. Rozhodně však nebudíme ráno nikoho s teploměrem, ranní toaletu sestry dělají, až se pacient vyspí a když zrovna on chce. Není vždycky snadné hned odnaučit starou „dobrou“ sestru direktivnímu přístupu k nemocným. Ale postupně to jde. Vyžaduje to individuální přístup nejen k pacientům, ale i k sestřám.

Návštěvy jsou v hospici kontinuální, 24 hodin denně po 365 dnů v roce. A jsou skutečně hojně využívány. Když to nevadí pacientovi, nevadí ani nám, když veselá návštěva odchází po půlnoci. Pacient na jednolůžkovém pokoji se bez problémů dospí dopoledne. Když se už sestry nemohly dívat na to, jak je jedna naše pacientka unavená, chtěly její návštěvy nějak regulovat. Šla jsem se jí zeptat, jestli si to přeje. Přiznala, že unavená je od nemoci a určitě i od návštěv. Přesto si přála, abychom k ní pustili každého a kdykoliv. Jednak jim prý sama umí říct, že už si chce odpočinout (a všichni to respektují), jednak si brzy odpočine v hrobě. Tak doslova to řekla a moc hezky se usmála. Dohodla jsem si tedy s ní jen heslo pro případ, že některá návštěva by ji obtěžovala. „Sestřičko dolejte mi čaj“ by znamenalo „ukažte mu slušně, kde tesař nechal díru“. Ale nebylo to ani jednou zapotřebí. Naopak, podařilo se realizovat de facto poslední přání pacientky podívat se ještě jednou domů. Nabídla jsem doprovod, rodina zajistila auto, 10 km se ujede za chvíli – a tak si nemocná paní krátce před smrtí chvíli poseděla ve své kuchyni, na své lavičce před domem, pomazlila se s kočičkou, nechala jí z mrazničky vyndat a ohřát klobásku, utrhla si na zahrádce pivoňky, vzkázala pro sousedky. Ty se s ní moc hezky rozloučily a i když nějaká ta slzička ukápla, bylo to moc hezké. Při zpáteční cestě chtěla zastavit u domku svého bratrance, rozloučení s ním zvládl perfektně, to spíše pro něho to byl „záběr“, ale i to má svůj význam. Zcela jistě to pro něho byl silný podnět k zamyšlení.

Vyšla knížka „Práva pacienta“, komentované vydání prof. Haškovcové. Aby se pacienti svých práv mohli domáhat, musejí je nejdříve znát. Rozmnožili jsme je a dali na všechny pokoje v hospici. Myslím si, že pro budování dobrého vztahu je to velmi dobrá investice. Nemocný vycítí, že chceme být jeho advokátem a snáze a rychleji získáme jeho důvěru. Mnoho času obvykle nezbyvá a je škoda každého dne. Musíme se proto snažit poznat a sblížit co nejdříve.

Statistika potvrzuje, že v Červeném Kostelci jde skutečně o hospic, nikoliv domov důchodců. I když v lednu a v únoru nebyl ještě provoz plný, za prvních 5 měsíců zde bylo přijato 83 pacientů z různých míst ČR, domů odešlo 20, do jiných zdravotnických zařízení bylo přeloženo 7 a v hospici zemřelo 35 pacientů. K dnešnímu dni zemřelo již 42 nemocných. O všech našich zemřelých pacientech lze s čistým svědomím říci, že zemřeli klidně a důstojně jak jim slibujeme, mnozí z nich však i vysloveně šťastně, smíření s Bohem i s lidmi a to někdy i po desítkách let.

V hospici pracuje 9 zdravotních sester se speciálním „hospicovým“ doškolením, 13 ošetrovatelek, 3 lékaři se dělí o 1 úvazek a také zde je nějaký administrativní a technický personál. Počet ošetrovatelského personálu je zhruba dvojnásobný proti tvrdé státní normě pro ošetrovatelské lůžko. S menším počtem však nelze kvalitní péči zajistit. Tím nám vzniká v rozpočtu velký deficit, který musíme krýt převážně z příspěvků dárců a sponzorů. Jeden úvazek lékaře je nedostatečný, zatím improvizujeme, ale do budoucna to musíme řešit systémově.

Investiční náklady (stavba a zařízení) bylo uhrazeno cca ze 60% ze státní dotace MZd občanským sdružením a ze 40% ze sbírek a z darů dárců a sponzorů, tuzemských i zahraničních. Provozní náklady jsou hrazeny cca ze 60% zdravotními pojišťovnami, 13% se podílí pacient a 27% zůstává nekrytý deficit v rozpočtu. Ten představuje asi 2,5 milionů Kč ročně (kromě odpisů), které hospic musí vydělat a vysbírat. Proto máme v Kostelci tři second hand prodejny a proto se snažíme průběžně motivovat dárcce a sponzory.

První zkušenosti z Hospice Anežky České lze shrnout asi takto – nemocní a jejich rodiny oceňují především to, čím se hospic výrazně liší od většiny zdravotnických zařízení u nás:

- a) respektování lidské důstojnosti za všech okolností,
- b) komplexní paliativní péči zohledňující všechny čtyři okruhy potřeb pacienta,
- c) nedirektivní přístup a partnerský vztah personálu k nemocným.

Problémem ještě dlouho bude spolupráce s mnoha lékaři, kteří pokládají „milosrdnou lež až do konce“ za to nejlepší pro pacienta. Naším vzdáleným cílem je změnit přístup k umírajícím (v postkomunistické a materialistické společnosti) i mimo budovy hospice, t.j. v nemocnicích, v domovech důchodců, v ústavech a ve společnosti vůbec.

Přijďte se do Hospice Anežky České podívat. Návštěvu je nutno předem domluvit (tel. 0441 /465 028), aby se vám mohl někdo věnovat. Děkuji vám za pozornost.

Psychologická problematika bolesti

Blanka ŠESTÁKOVÁ

Fakultní nemocnice Plzeň, Anesteziologicko-resuscitační klinika

Ambulance pro bolest

Bolest je velmi složitý smyslový prožitek spojený s výrazným emocionálním zážitkem. Její jedinečná, nepříjemná afektivní kvalita ji odděluje od ostatních smyslových prožitků a pro každého z nás je osobitou zkušeností. Vnímání bolesti je možné hodnotit v pojmech intenzity a kvality bolesti.

Podstatnější je však reakce na bolest, tj. psychické zpracování tohoto negativního pocitu. Nelze od sebe oddělit vnímání bolesti a její emocionální zpracování. Reakce na bolestivý podnět je plně závislá na našem vnitřním prožívání. Bolest je tedy zákonitě individuální a tím se stává složitým chorobným procesem, který jedince zatěžuje.

Bolest má 3 vzájemně propojené stránky:

- senzorickou (smyslovou = lokalizace, intenzita, kvalita)
- emoční (motivace a tendence bolest zmírnit nebo odstranit)
- hodnotící (uplatňují se myšlenkové procesy, zkušenosti, očekávání a jednání)

Z hlediska odezvy na bolest rozlišujeme:

- a) psychickou (stížnost, sténání)
- b) změny senzomotorické (úlevová poloha, mimika a gestikulace)
- c) fyziologické a biochemické (produkce serotoninu)

Které znaky musíme respektovat při identifikaci bolestivých stavů

1) věkové hledisko:

děti a staří lidé prožívají bolestivé stavy intenzivněji než lidé ranné a střední dospělosti, u dětí a starých lidí je zvýšený pocit ohrožení a bezmocnosti

2) pohlaví:

muži – reagují zvýšenou senzitivitou tam, kde bolest ohrožuje jejich pohybovou, profesní, sexuální a zájmovou aktivitu

ženy – jsou senzitivnější v oblastech, kde bolest zapříčiňuje jejich sociální izolovanost, změnu zevnějšku, ohrožení ženské a mateřské role

3) osobnostní znaky:

extravert - má vyšší práh bolesti, tzn. lépe snáší bolest, méně trpí

extravert + emoční labilita – má tendenci zveličovat své obtíže, zahrnovat jimi své okolí a často je bolest pro něj sekundárním ziskem

introvert - má nižší práh bolesti, méně ji sociálně transformuje, ale více trpí

introvert + emoční labilita – prožívá bolest jako vlastní selhání, na zátěžovou situaci bolesti reaguje intenzivněji

4) osobní historie nemocného:

– zkušenosti s bolestí, tzn. emocionální paměť, která se vytváří již v dětství

– sociální vztahy

– profesní nebo ekonomická historie

– životní bilance

5) topografie bolesti:

prožívání bolesti

snesitelněji

v dolní části těla

v oblasti pohybového aparátu

intenzivněji

v horní části

na kůži

bolest hlavy

bolest břicha

6) akutní bolest: (trvá dny až týdny)

– výrazné fyziologické změny

– jedinec se snaží odstranit její zdroj

– v prožívání je anxieta, panika, agrese

7) chronická bolest: (trvá měsíce, roky)

– etiologie bývá neznámá nebo nejde odstranit

– reakce pacienta je depresivně-anxioní, vyčerpanost, bezmocnost, poruchy spánku, sociálních kontaktů, sexuálních potřeb, tzn. uzavírá se do sebe a žije „ve své bolesti“

Vliv vnějšího okolí na umocňování bolestivých prožitků

úzkost a strach bolest zhoršují – otevírají vrátka k bolesti

postoj ošetřujícího lékaře k bolesti nemocného:

- 1) bagatelizování, ironizování
- 2) projevy nedůvěry k popisování bolestivých stavů
- 3) nemocný je vnímán jako simulant
- 4) nesprávné informace o průběhu zatěžujících a bolestivých diagnostických vyšetření
- 5) cítí, že svou bolestí si znepřátelí zdravotnický personál (strach z odmítnutí)
- 6) agresivita ze strany zdravotníků, neboť popisovanou bolest vnímají jako svůj odborný neúspěch

Jaké psychologické přístupy tlumí bolest

empatie a vstřícnost – vrátka se před bolestí zavírají

- 1) Rogersova metoda rozhovoru – aktivní naslouchání nemocnému
- 2) důvěra ve sdělování potíží nemocného
- 3) komplexní léčba:
 - odstranění příčiny
 - medikamentózní (analgetika, antidepresiva, anxiolytika)
 - rehabilitační (masáže, vodoléčba, ergoterapie)
 - psychologická (relaxace, hypnoza, imaginace, skupinová a individuální psychoterapie, arteterapie)
- 4) změna životního stylu
- 5) časový prostor pro uzdravení

Závěr

Uvedená problematika byla dlouhodobě sledována při psychologických intervencích u bolestivých stavů. Je v souladu i s poznatky v zahraničí. Jde o významné fenomény, které by mohly pomoci zmírnit bolest jako výraznou nadlimitní zátěž pacienta. Včasný komplexní zásah může zamezit přechodu akutní bolesti do chronického stadia. Likvidace chronické bolesti je mnohem zdoluhavější, ekonomicky náročnější a pro nemocného vyčerpávající.

Psychonkologie

Zdeňka CHOVANCOVÁ

Onkologické centrum, České Budějovice

Když jsem na radě ČMPS při debatě o programu psychologický dnů navrhla téma psychonkologie, nebylo námitek a návrh byl přijat bezeslovně, v tichu. Tato reakce – tiché mlčení – bývá nejčastější, když se vysloví slovo onkologie, karcinogenita, malignita, rakovina - to slovo budí strach, nejistotu, tichou hrůzu jak v „caretakers“, tak i v „caregivers“ nebo taky v „consumers“ a „providers“. Pojmové označení pro ty, kteří psychosociální péči potřebují (ceretakers, consumers) nebo těch, kteří ji poskytují (caregivers, providers) přesně vystihuje šíří „cílové skupiny“ (pojem sociálního marketingu), na kterou se psychonkologická péče zaměřuje ať už na straně potřebných tak i na straně péči poskytujících. Pojem pacient–lékař se pomalu z psychonkologické literatury vytrácí vyjma prací analyzujících vztah a způsoby komunikace. Pojmové označení caretakers, consumers a caregivers, providers vystihuje rozsah životního pole, do kterého rakovina zasahuje a vystihuje i četnost zdravotnického „regimentu“, který se musí „nasadit“, aby kvalita života s rakovinou byla lidsky důstojná. Druhotným efektem takto široce větvené péče o onkologicky nemocné a jejich rodiny je významný dopad na prevenci tohoto onemocnění.

Rakovinná onemocnění patří mezi tzv. život ohrožující onemocnění a jsou považována za nejčastější onemocnění z tohoto okruhu chorob spolu s AIDS. Podle amerických statistik je v 23% příčinou všech úmrtí a předpokládá se, že v populaci onemocní každý třetí občan. V naší republice je statisticky vykazována četnost onemocnění u každého čtvrtého obyvatele a možná jste četli slogan, komentující zdravotní stav našeho obyvatelstva »nedožijete-li se do 50 svého infarktu, jistě se pak dožijete „své“ rakoviny«. Vyjdeme-li z těchto čísel, je vysoce pravděpodobné, že se každý z nás v psychologické praxi ať poraden či ambulancí poměrně často setkává buď se samotným onkologicky nemocným nebo členem rodiny, která se musela vyrovnat s faktem maligního onemocnění (jako př. v literatuře citované depresivní stavy u mužů žen léčených pro rakovinu prsu, které jsou hlubší než u léčených žen a objevují se zhruba 4 měsíce po ukončení léčby, opakované vlastní zkušenosti – rozvoj anorektického chování u dospívajících dívek onkologicky nemocných matek apd.). Samozřejmě je na každém z nás, nakolik skutečnost onkologického onemocnění zaregistrujeme pouze jako anamnestický údaj anebo obrátíme-li na něho pozornost, „otestujeme“ míru zpracování stresového prožitku, a to i v případě, že pacient-klient (caretaker) přichází s jiným, třeba i nezdravotním problémem. Onkologické onemocnění zasahuje osobnost nemocných a nejbližších (dítě, dospělý) široce (prožívání, adaptace, koping styly, revalvace životních cílů apod.) a do různých hloubek. Upozornit na tuto skutečnost je i cílem mého sdělení.

Pro četnost rakovinných onemocnění, a proto, že postihují populaci obyvatelstva ve všech věkových kategoriích je onkologická oblast považována výzkumnými pracovníky za dobře výzkumně postihnutelnou, tj. jako vhodný výzkumný model život ohrožujících onemocnění (obzvlášť rakovina prsu). Výzkumy, které proběhly na poli psychonkologie do poloviny 80. let jsou zatíženy četnými metodologickými chybami – např.: pracovalo se bez kontrolních skupin, nerespektovalo se při výběru sledované skupiny stádium onemocnění, výzkum prováděli ti, kteří vedli psychotherapeutické skupiny (z tohoto pohledu jsou kritizovány i rozsáhlé studie Eysenka a Maticzenka a Fawezy a Cousina, o kterých jsem referovala obsáhle na 1. psychonkologickém klinickém dni). Touto skutečností se vysvětlují rozpaky, tápání v psychonkologické oblasti,

ale také tichá rivalizace s alternativními přístupy a aby se použila nejnovějšího označení pak rivalizace s „komplementárními“ nebo taky „medicínsky nekonvenčními přístupy“. Psychonkologie je oblast, kde klinický tlak vyvinul formu péče (tzv. psychosociální onkologické poradenství) bez dostatečného teoretického a výzkumně podloženého zázemí. Teprve od poloviny 80. let se „tento skluz“ dohání, v roce 1989 vyšla první učebnice „Handbook of Psychooncology“, New York od Jimmie Holland.

Samozřejmě, že psychosociální zájem a péče o psychiku tělesně nemocných byl mnohem dříve (např. suportivní skupiny pro tělesně nemocné se datují od r.1900). Pro péči o onkologicky nemocné jsou důležité práce Yalomého a Franzina (1976, 1977) se skupinami pacientů v terminálních stádiích nemoci. Klinický tlak, o kterém jsem už mluvila, podnítl silné hnutí self-helpers skupin a rozvoj komunit onkologicky nemocných. K rozvoji profesionálně řízeného poradenství a psychoterapie pro onkologicky nemocné přispěl kromě výše zmíněného tlaku z praxe rozvoj agresivní chemoterapie, zdokonalování zářičů–lineárů, při operacích laserové nástroje, tzv. pokrok v medicínské oblasti. Pacienti začali žít déle, ale také léčba se prodloužila, a tím se logicky vynořily psychické, sociální a tělesné problémy a komplikace života s rakovinou jak pro pacienty, jejich rodiny a přátele, ale i pro personál, který na řadu požadavků pacientů neuměl reagovat. Proto se dneska v psychonkologické péči uplatňují tyto formy péče:

- 1) profesionálně vedené poradenství (sestry, sociální pracovníci)
- 2) profesionálně vedené skupiny pro caretakers (psychologové a psychiatři)
- 3) self-helpers skupiny
- 4) komunity

Základní informace o psychonkologii by nebyly úplné, kdybych neuvedla, že se v říjnu 1996 koná už 3. světový psychonkologický kongres v New Yorku, jejímž hlavním tématem je „Globální psychonkologie pro příští milenium“, bude paralelně probíhat v 20 sekcích zacílených např. na: prevenci rakoviny, psychologickou léčbu během onkologické léčby, psychologickou intervenci, sexuální poruchy u onkologicky nemocných, poruchy spánku truchlení a ztrátu, specifické problémy staršího věku, rodinnou léčbu atd.

Psychologové se uplatňují v psychonkologii zejména ve výzkumu a prevenci. Řadu výzkumníků, které jsme navštívili na jejich pracovištích, jsme zároveň i potkávali na odborných přednáškách a besedách pro veřejnost, které pořádala klinická pracoviště nebo self-helpers skupiny. Výzkumná data podávána přímo „od pramene“, otázky zodpovídané pohotově a srozumitelně mají samozřejmě značnou argumentační váhu.

V klinické práci převažuje jednoznačně práce v dyádě před skupinovou (skupinová práce je především doménou sociálních pracovníků). V teoretické výbavě psychologů dominuje přístup kognitivně-behaviorální (nácvik problém – řešících dovedností tzv. problem-solving skills) se zabudovanou a vycvičenou jemnou rogersovskou empatickou schopností.

Péče je simultánně věnována jak pacientovi tak nejbližším a velmi přísně se akceptuje fáze léčby a provokují a nacvičují se problem-solving dovednosti pro dané stádium nemoci. Tento základní psychoterapeutický postoj je typický pro psychonkologickou péči a definuje její specifikum a odlišnost od jiných psychoterapeutických přístupů v psychosomatické oblasti.

Pedagogická, poradenská a školní psychologie

Pedagogická psychologie a její současná situace

Stanislav ŠTECH

Pedagogická fakulta UK, Praha

1. Není žádným tajemstvím, že pedagogická psychologie jako obor vystupuje mezi ostatními psychologickými disciplínami spíše jako popelka. Nepatří mezi studenty psychologie k atraktivním a žádaným a těch, kteří jsou ochotni se k ní v rámci různých anket a stavovských grupování hlásit, je také poskrovnu. Chci se nad touto situací krátce zamyslet.

2. Pedagogická psychologie jako obor je vlastně jen akademická disciplína, a jako taková má trochu nejasnou finalitu. Nenabízí ani soubor praktických technik a návodů, které by obor emblematicky symbolizovaly a tvořily jeho atraktivnost. Neexistuje ani funkce „pedagogický psycholog“ jako tabulkové profesní místo. Zvažována v hitparádě psychologických oborů ocitá se v situaci vzhlížení k disciplínám prestižnějším, jaksi „psychologičtějším“, a projevuje se v přebírání jejich konceptů a metod a u praktiků pracujících na poli edukativním ve snaze o nápodobu a absolvování stejných školení, jako mají psychologové v těchto prestižnějších disciplínách.

Otázka v tomto psychologickém kontextu zní: v jakém vztahu je pedagogická psychologie k ostatním psychologickým disciplínám a v čem spočívá její svébytnost?

Ve vztahu k poradenské a školní psychologii např. by měla plnit dvojí úlohu (a) teoretizace těchto aplikovaných psychologických disciplín. (b) elaborace konceptů a metod určených k aplikaci v poradenství, ve školách a v dalších institucích.

Obávám se však, že nelze říci, že pedagogická psychologie žije v takovéto úzké symbióze a je např. teoretizací výše uvedených disciplín, že je axiomaticky, metodologicky a konceptuálně vybavuje.

Při vymezování se vůči dalším psychologickým disciplínám, jako je klinická nebo sociální psychologie, se zdůrazňuje, že její svébytnost je dána především odlišností předmětu či jiným aspektem předmětu (člověk ve výchovné či vzdělávací situaci) spíše než odlišným modelem či logikou myšlení. Zdá se mi, že pedagogická psychologie poněkud zbytečně opouští hledání své specifičnosti, což vyplývá z jistých jednostranností v její současné orientaci. Ty souvisejí s prioritním definováním se v referenčním poli psychologických disciplín (na tom by nakonec nebylo ještě nic špatného) a v současné nadřazenosti či pýše vůči svému předmětu, resp. institucím a jejich reprezentantům, které tento předmět sociálně ztělesňují.

3. Pedagogickou psychologii lze totiž nahlížet také jinak: jako obor, který se konstituje právě díky svému místu na problémovém poli edukačním mezi tzv. vědami o výchově (Erziehungswissenschaften: Sciences de l'Education: educational sciences), v první řadě antropologií, filozofií a sociologií výchovy, historií výchovy a didaktikou představuje

pedagogická psychologie specifický reflektor, který nezastupitelně osvětluje problémy výchovy ze svého hlediska. Nejde o to, že si každá disciplína rozdělí předmět („edukace“) na „aspekty“ a ten svůj studuje, aniž si všímá druhých, resp. komunikuje s nimi jen z pozice jakési exteriority. Jde o porozumění otázkám, které tyto disciplíny kladou a nutí psychologa, aby poučen jejich specifickým viděním světa výchovy konfrontoval s nimi svůj pohled. Otázky transmise kultury, dějin vztahu institucí výchovy, školní neúspěšnosti, pojetí dítěte, dokonce vnímání ontogenetických stadií jako sociohistorický fenomén – to vše nabízí pedagogické psychologii mocné impulsy a zároveň po ní vyžaduje odpovědi na otázky, které jsou jiné povahy než otázky z ostatních psychologických disciplín. Zde nikoho nezajímá, zda situování se pedagogického psychologa je vnitropsychologicky košer, zda použité metodické postupy patří pod tu či onu nálepku a může-li si pedagogický psycholog dovolit je užívat.

4. Domnívám se proto, že pedagogické psychologii hrozí, že zůstane jen akademickou (archivní) disciplínou, jestliže setrvá ve své nadřazenosti:

a) vůči škole jako instituci, nadřazenosti projevující se tendencí k její demonizaci a jednostranné kritice jako instituce především znásilňující spontaneitu zdravého vývoje dítěte (jako noxy). Tj. tendencí mající své kořeny především v jednostranném orientování se v referenčním poli psychologických disciplín: na dítě (méně už na „žáka“), s doprovodným vnímáním školy jako komplementárního „prostředí“ atd.

Škola jako psychologové přitom mnohdy vůbec nerozumíme, nehledáme logiku jejího fungování, historické kořeny této logiky, základy, projevy a pilíře její autority, legitimacy a legality. Projevuje se to potom na výsostně psychologických tématech, jako je např. aktuálně téma agrese, násilí či šikany. Bez odlišení násilí školy páchaného školou legitimně na dětech (srv. např. s tematikou tzv. symbolického násilí pocházející ovšem z prací sociologů a sociolingvistů nebo s analýzou působení selektivních mechanismů školy) od násilí ve škole, tj. násilí pocházejícího „odjinud“ nacházejícího ve škole pouze místo pro své vyjádření (souvisí se ztrátou jisté „exteriority“ školy, není to již prostor „chráněný“, pronikají do něj logiky a projevy násilí vnějšího světa) a od násilí proti škole, tj. násilí, jež je zkratkovitou odpovědí např. na zklamaná očekávání, sociální etiketizace apod., nemůžeme pochopit nutnou existenci agresivity v institucích určitého typu ani její pozitivní roli v utváření osobnosti a společenství (např. ovládnutí sublimovaných forem agrese).

b) vůči učitelům, kteří symbolizují profesionály, k jejichž službám zde vlastně pedagogická psychologie je. Zde expertská nadřazenost projevující se ne vždy dobrou komunikací a tendencí k poučování a moralizování (když ne nic horšího) tento „služebný“ vztah obrací. A to často bez znalosti podstaty profese, jejích hlavních nároků a dilemat. Jaký to rozdíl oproti době dávno minulé, kdy Zeitschrift für psychoanalytische Paedagogik (1926–1937) analyzoval „s pokorou“ a víceméně neutrálně klinickou náročnost této profese. Vážně byl brán Freudův bonmot, že psychoanalýza jako nová věda se přiřazuje ke dvěma již existujícím nejnáročnějším („nemožným“) profesím: k profesi politika a vychovatele. Současný stav v psychologickém poznání a přístupu k učitelství a vychovatelství se mi jeví ve srovnání s výše citovanou dobou jako značný ústup a ochuzení.

c) vůči ostatním vědám o výchově, které u nás zastupovala bohužel jen pedagogika, po 40 let věda normativní a ideologická. Nadřazenost psychologů se zde projevuje nejen v totálním ignorování těchto věd (pro psychology mnohdy netušící nic o jejich úrovni ve světě jde ovšem o „pavědy“), ale někdy dokonce v paradoxní snaze vystřídat pedagogy právě v roli stanovovatele normy. Přitom disciplíny jako např. oborové didaktiky představují dnes v řadě případů silné inspirace pro kognitivní psychologii, pro studium mentálních reprezentací, pro

hlubší poznání procesů učení a vyučování. Bez sledování těchto disciplín a jejich otázek by se pravděpodobně i psychologie rozvíjela pomaleji.

Tvrdím, že pedagogická psychologie má šanci se od ostatních psychologických disciplín odlišovat logikou a způsobem svého myšlení, a tím je obohacovat. Není jen aplikací obecného psychologického poznání na „aspekt“ předmětu. nemůže být ani souborem poznatků přenášejících jednostranně psychologii do „výchovné praxe“, ani souborem technik umožňujících zvýšit účinnost této praxe nebo ji normativně napravovat. Jako vědní disciplína má především zvyšovat inteligibilitu, tj. srozumitelnost či čitelnost reality, a ne být především a přímo účinnou v nápravě světa. Toho ovšem docílí, když bude nepředpojatě a nepředsudečně vnímat sociální reprezentanty svého předmětu nejen z pozice expertské nadřazenosti. Pak bude zároveň vytvářet předpoklady pro účinné zásahy a korekce.

Není pochyb o tom, že při uvědomění si těchto otázek, při jejich zřetelné artikulaci a při společné diskusi o nich bychom mohli lépe rozumět sami sobě, účinněji kooperovat a také obohacovat psychologické poznání i příbuzné obory.

Autodiagnostika učitele

Isabella PAVELKOVÁ

VŠCHT Praha

V učitelské profesi jde mimo jiné o dvě podstatné věci: 1. Dobře učit, 2. Mít profesionální uspokojení (radost z práce). Obě oblasti spolu souvisejí a předpokládají hlubší sebezpoznání a zvládnutí autodiagnostických postupů (poznání a hodnocení vlastní pedagogické činnosti a jejich výsledků, poznání specifik vlastního pedagogického působení apod.).

V příspěvku se nebudeme věnovat východiskům ani jednotlivým autodiagnostickým metodám. V tom odkazují na průkopnickou knihu V. Hrabala: „Jaký jsem učitel“. Z široké škály problémů bránících většímu využívání autodiagnostických postupů učiteli bych ráda upozornila na jeden.

Při autodiagnostice učitele využívá nejrůznější srovnání. Například srovnává výkony žáků na počátku a na konci určitého vzdělávacího bloku, využívá i srovnání svého pohledu s pohledem žáků. Významnou roli sehrává také porovnání výsledků s odhady (představami), jak by výsledky žáků měly vypadat v optimálním případě. Dalším pomocným kritériem pro interpretaci učitelských zjištění by však měly být i jisté orientační normy získané na učitelské populaci a základní přehledové údaje o žákovské populaci. Jde například o zmapování vstupních podmínek (např. podnětnost rodinného prostředí), které učitel či škola může ovlivňovat jen zčásti nebo vůbec ne. Domnívám se, že takovéto výzkumné analýzy, např. studijních předpokladů žáků, chybí. Následující řádky jsou míněny jako drobný příspěvek do chybějící mozaiky. Zároveň bych ráda upoutala pozornost na velice palčivý problém současné české školy, kterým je situace na II. stupni ZŠ.

Na rozdíl od relativní shody, jak by měla či mohla vypadat primární škola (první stupeň), je na druhém stupni mnoho nejasného, a to již na koncepční úrovni. Po roce 1990 zasáhly II. stupeň výrazné změny:

a) Nejdříve na mnoha školách proběhl pokus o určitou vnitřní diferenciaci na třídy tzv. „studijně orientované“ a „prakticky orientované“. Tento „pokus“ se převážně ukázal jako silně nezvládnutý. Důvodů, proč se od něho začalo velmi rychle pouštět, bylo mnoho. Problémem se např. ukázal výběr do tříd – nejasná kritéria (jednou podle prospěchu, jednou podle odhadu schopností atd.). Ještě větším problémem se ukázala nepřipravenost učitelů v oblasti kurikulární a nepřipravenost využívat takovouto diferenciaci a předcházet rizikům s ní spojeným (hrubé nálepkování tříd na třídy tzv. „chytré a hloupé“ atd.).

b) S pozvolným ústupem od takovéto nezvládnuté diferenciaci však začal sílit odchod relativně velké části dětí do víceletých gymnázií (převážně 8letých). I když odchod dětí se podle místní nabídky velmi lišil (někde odcházela až třetina dětí), začala upozorňovat značná část učitelů působících na II. stupni, že odchod „nejlepších žáků“ (míněno v oblasti schopnostních předpokladů, motivačních i postojoyých) natolik limituje a mění jejich práci, že není možné, aby splnili požadavky na ně kladené. Není možné zvládnout osnovy, není možné připravit srovnatelné děti, které by z takto tzv. přebraných tříd mohly jít studovat. Celá školní práce se podle nich posouvá spíše do oblasti řešení kázeňských problémů, učení je ve škole stále obtížnější. Slovy jednoho učitele: „Dvě třetiny i více své práce vynaložím na kázeňsko

konzolidálně motivační činnosti, než se vůbec můžeme začít učit.“ U učitelů na II. stupni můžeme nejčastěji pozorovat profesionální neuspokojení, velkou bezradnost a dosti často apatii.

c) Třetí moment, který se však netýká pouze II. stupně, se vztahuje k změnám v dětské populaci obecně. Velmi často učitelé hovoří o nárůstu agresivity a šikany, způsobu trávení volného času (televize, video, počítačové hry), velké nesoustředěnosti dětí, fixaci na materiální výhody atd. O změnách v dětské populaci hovoří i nejnovější výzkumy (např. Rabušicová, Pol, Pedagogika 1/96).

Položme si nyní několik otázek:

– Máme dostatečný vhled do toho, co se v současné době děje na II. stupni ZŠ? Percipují učitelé danou situaci adekvátně? Jak na ni reagují?

– Jaké je složení dnešních tříd na ZŠ?

– Kterí žáci odcházejí? Jaké to má důsledky pro třídu?

– Jsou mezi třídami výrazné rozdíly? V čem ano, v čem ne? Co tyto rozdíly způsobují, jaké mají důsledky při výuce, v postoji žáků ke škole, v jejich motivaci atd.

– V čem nastal ten nejdůležitější posun proti situaci před r. 1989?

Obávám se, že nejsme schopni seriózně na dané otázky odpovědět. Musíme konstatovat, že se v současné době neprovádějí výzkumy, které by hledaly řešení takovýchto otázek. Učitelům jsme však dlužni pomoc s vysvětlením současného stavu a hledáním řešení.

Dovolte mi nyní uvést již daleko konkrétněji některá zjištění, která by alespoň částečně osvětlila některé výše naznačené otázky, především mi však jde o inspiraci možných šetření.

Většina učitelů konstatujících výrazné zhoršení edukační situace učila již před r. 1989. Při svých soudech se opírají o určité srovnání stavu dříve a nyní. Jak to tedy bylo dříve?

Oficiálně publikovanou práci synteticky mapující rozdíly mezi školami respektive třídami před rokem 1989 jsem nenašla. Zajímavé výsledky z hlediska našich otázek však přinesl rozsáhlý výzkum, který jsme prováděli těsně před r. 1989. I když tato šetření sloužila k jiným výzkumným cílům, jsou zároveň bohatým zdrojem pro popis situace před r. 1989. Šetření byla dělána na relativně širokém populačním vzorku (kolem 1000 dětí – celý populační ročník domažlického okresu), výzkum měl longitudinální charakter (děti byly sledovány od 6. třídy až do prvního ročníku střední školy). Pro nás je podstatné, že byl aplikován rozsáhlý soubor metod, umožňujících analyzovat komplexy údajů týkající se psychologických charakteristik, získaných psychologickými testy a dotazníky, dotazováním učitelů a na základě sebevýpovědi samotných žáků.

Konkrétně byly sledovány následující bloky proměnných:

- 1) Intelektové schopnosti (VIT celkově i jednotlivé subtesty)
- 2) Prospěch a jeho vývoj (celkově i ve vybraných předmětech)
- 3) Relativní neprospěch (diskrepance mezi reálným prospěchem a možným prospěchem za předpokladu plného využití intelektových schopností)
- 4) Profesní přání (kam po ZŠ – změny zájmu)
- 5) Vzdělání rodičů
- 6) Rodinné výchovné styly a převažující orientace rodiny

7) Motivační proměnné – struktura hlavních motivačních pohnutek k učení:

- a) jak ji u sebe hodnotí žáci
- b) jak ji u svých žáků percipují učitelé
- Výkonová motivace

8) Vztah k budoucnosti, ke svým perspektivám:

- Perspektivní orientace
- Obsahové zmapování vztahu k budoucnosti
- Vztah k budoucnosti z hlediska časového

9) Postoje ke vzdělání

Nejdříve jsem se snažila zjistit, zda byly v „jednotné vnitřně nediferencované škole“ před r. 1989 statisticky významné rozdíly mezi školami a mezi jednotlivými třídami ve výše zmíněných charakteristikách dětí. Průkaznost náleží mezi skupinami (školami, třídami) byla vždy ověřována několika různými statistickými metodami. Pro toto sdělení se však omezím na výsledky získané na základě analýzy variance (GLM ANOVA), která rozhoduje, zda mezi vzorky existují statisticky signifikantní průměrné rozdíly. Výsledky výzkumu budou uvedeny jen výběrově a v určitém souhrnu (podrobnější informace jsou k dispozici u autorky).

Rozdíly mezi školami (13 škol)

Výsledky potvrzují relativně malé rozdíly mezi školami ve schopnostních a prospěchových proměnných, významné rozdíly v profesních přáních (kam chtějí jít děti po ZŠ), vysoce významné rozdíly ve vzdělání rodičů a rodinné orientaci (rodinných výchovných stylech). Vysoce významné rozdíly se mezi školami ukázaly také v motivačních proměnných a ve vztahu k budoucnosti. Přitom je velice zajímavé, že u motivačních proměnných se prokázaly daleko větší rozdíly mezi školami v percepci učitelů, než v sebepercepci motivační struktury u žáků.

Rozdíly mezi třídami

Z testovaných 35 tříd domažlického okresu se výrazně vymykaly 3 výběrové třídy v intelektových schopnostech a prospěchových ukazatelích. V intelektových schopnostech se především odlišovala výběrová matematická třída (průměrné IQ 131). Zajímavé je, že i když můžeme pozorovat u těchto tříd příznivější konstelace ostatních charakteristik (především vyšší vzdělání rodičů, orientace rodiny na rozvoj dítěte, rozvinutí poznávací motivace atd.), odlišnosti v těchto a ostatních motivačně postojových charakteristikách už nejsou tak výrazné.

Vyloučíme-li tyto tři výběrové třídy, zvýrazní se výsledky zjištěné při srovnání škol. Mezi třídami nebyl prokázán významný rozdíl v intelektových a prospěchových proměnných s výjimkou prospěchu v pololetí 8. třídy (kdy pravděpodobně dochází k výraznějším posunům vzhledem k přijímacímu řízení). Vysoce významné rozdíly se ukázaly v motivačně postojových charakteristikách. Opět rozdíly v tom, jak učitelé charakterizují z motivačního hlediska jednotlivé třídy, jsou daleko větší než rozdíly mezi třídami z pohledu žáků.

Při detailnější anlyze jednotlivých tříd z hlediska zjišťovaných charakteristik lze vysledovat příznivé motivačně postojové konstelace, které se pozitivně promítají jednak do profesionální volby (žáci z těchto tříd mají větší tendenci jít studovat na gymnázium případně SOŠ, než jít do učení). Zároveň v těchto třídách dochází k lepšímu využití potencialit (prospěch odpovídá schopnostem).

Při vši opatrnosti a omezenosti při vyvozování závěrů z výše popsaných zjištění je možné konstatovat, že dříve nebyly prokázány rozdíly mezi třídami z hlediska intelektových schopností a prospěchu (s výjimkou výběrových tříd), přesto byly prokázány velké rozdíly v motivačně postojových charakteristikách. Dnes nevíme, zda jsou a jaké rozdíly mezi třídami v intelektových schopnostech. Výsledky z celé řady našich dílčích výzkumů však naznačují větší rozdíly v prospěchu a opět značné rozdíly v postojově motivačních charakteristikách. Za velice zajímavé považuji, že zůstávají i některé obecnější tendence, které byly zjištěny dříve. Například struktura motivačních důvodů, proč se žáci učí, percipovaná žáky je obdobná jako dříve, rovněž vnímání této struktury učiteli je obdobné. I u dnešních učitelů se ukazuje podcenění výkonové a kognitivní motivace ve srovnání s percepcí žáků. Pro autodiagnostickou práci učitele mohou být takováto zjištění významným korektivem. Převažujícím míněním učitelů například je, že zhoršená práce na II. stupni je dána především tím, že odcházejí nejschopnější, zhoršená motivace je pak druhotným jevem. Další analýzy by měly např. ověřit otázku: „Co je pro třídy bolestivější, odchod nejschopnějších či nejmotivovanějších?“ Zajímavé jsou názory některých učitelů, kteří říkají, že neodcházejí nejchytřejší, ale nejmotivovanější, se silným, přiměřeně ambiciózním rodinným zázemím, kteří jsou zároveň dostatečně bystří. V ochuzenějším motivačním klimatu dochází velmi často u nejchytřejších ke stagnaci.

Literatura

Hrabal, V.: Jaký jsem učitel. SPN, Praha 1988.

Hrabal, V., Pavelková, I., Pstružinová, J.: Autodiagnostika učitele jako předpoklad jeho pedagogickopsychologické diagnostiky žáka. PÚ JAK ČSAV, Praha 1988.

Rabušicová, M., Pol, M: Vztahy školy a rodiny dnes: hledání cest k partnerství (1). Pedagogika 1/96, s. 49–61.

Ke kritériím posuzování úrovně odborných činností odborných psychologů v pedagogicko-psychologických poradnách

Jiří DAN

PsÚ FF MU, Brno

Posuzování úrovně odborných činností psychologů je nepochybně problém nejen aktuální, ale i nadčasový. Zatím posuzují úroveň svých odborných činností sami psychologové, i když často, a to pod vnějším tlakem, reflektují spíše počet klientů či strukturu činností než kvalitu své práce v jednotlivém případě nebo globálně.

Problematika jasně definovaných kritérií se jistě zvýrazní poté, až bude založena psychologická komora a občané se na ni budou obracet s požadavkem, aby se její komise vyjádřila k odbornosti postupu psychologa v konkrétním případě.

Pokud se účastníme diskusí o odborných činnostech psychologů v poradnách, musíme si dát pozor na to, abychom jasně odlišili dva okruhy problémů: (1) je to diskuse a argumentace ve prospěch tvrzení, že psychologická erudice je ta neadekvátnější pro řešení většiny problémů klientů poraden, a za (2) posuzování odborné psychologické činnosti v konkrétní poradně, konkrétního psychologa, v jednotlivém konkrétním případě. K prvnímu okruhu diskutujeme i s odborníky jiných oborů. Ze zkušenosti radím, abychom si délku těchto diskusí časově ohraničili, jinak bychom se nedostali k bodu 2. Vyslechneme často hodně chvály na úspěchy odborníků příbuzných oborů a hodně kritiky na způsob práce psychologů. Úspěchy přejme jiným i sobě, nad kritikou se zamysleme a budme kritičtí i sami k sobě.

O kritériích kvality odborné psychologické činnosti a kvalitě psychodiagnostických nástrojů diskutujeme raději jen mezi sebou. Krátce zdůvodním na dvou příkladech.

Jako upravovatel Amthauerova testu I-S-T 70 pozorně naslouchám hodnocení české úpravy testu uživateli. Test není dobrý z důvodů, které umím v kuloárech jasně definovat, ale není zase až tak špatný, jak ho popisují některé uživatelky. Stěžují si například, že v testu není možno dosáhnout nadprůměrných výkonů, že neviděly klienta, který by dosáhl více jak 120 bodů na stupnici váženého skóre, stupnici IQ. Je možno s nimi diskutovat a upozornit je, že vysvětlení je obsaženo v příručce testu. Jde o test struktury inteligence, nikoli test celkové úrovně nadání, test primárně zjišťuje úroveň dílčích intelektových výkonů a pouze jako doplněk se zjistí celková inteligence, ovšem na stupnici s průměrnou hodnotou 100 bodů a se směrodatnou odchylkou – jak je v příručce zvláště zdůrazněno – 10 bodů. Jak si umí posluchači 2. ročníku studia psychologie odvodit, výkon 120 bodů odpovídá tedy výkonu 130 bodů na stupnici IQ se směrodatnou odchylkou 15. Diskuse s uživatelkami testu by tedy spočívala v rozšíření jejich znalostí o pasáž učiva 2. ročníku, resp. doporučení např. Říčanova Úvodu do psychometrie.

Stručně druhý příklad: v Hospodářských novinách ze 27. května 1996 se ptá jeden pracovník katedry personalistiky VŠE Praha, zda „mohou být psychologické testy opravdu spolehlivým nástrojem výběru pracovníků“. Samozřejmě si odpovídá, že nemohou, a dále se čtenář dozví, že objektivními nástroji jsou pohovor, dotazník a reference. Upoutá nás mj. podtitulek Test kontra pohovor. Odpověděli bychom mu, že nejdůležitější je znalost faktorů determinujících výkon pracovníka v určité profesi, a teprve sekundární je znalost a dovednost

použít psychologických testů ke zjištění některých proměnných. Ale to je pro značnou úroveň 3. ročníku studia psychologie. Dále proto budu hovořit už jen o druhém okruhu problémů.

Na úroveň odborných činností psychologů v poradnách můžeme samozřejmě usuzovat nepřímo, např. zda se nějakým způsobem dále vzdělávají, nebo také z materiálních podmínek poradny. Máme přitom za to, že absolvování různých kursů, výcviků usnadňuje udržování, resp. zvyšování odborné úrovně psychologa, a že v nevyhovujících materiálních podmínkách poradny získáme nepředpověditelné, většinou však zkreslené výsledky. Tiše a nenápadně a s dobře znějícím zdůvodněním se však ustoupilo od praxe, která byla v Psychologické výchovné klinice v Brně samozřejmě už na konci šedesátých let, kdy každý začínající psycholog pracoval minimálně 6 měsíců na klinice pod supervizí, poznal všechny druhy poradenských činností a i poté měl zaručenou možnost supervize. Dávám do závorky, že bezplatné supervize.

Psychology v pedagogicko-psychologických poradnách kontroluje také Česká školní inspekce, jak nás o tom informují dr. Hradecký a dr. Masáková ve čtivém článku nazvaném Odborná funkčnost PPP, který vyšel ve zpravodaji Výchovné poradenství č. 6 v listopadu 1995.

Moje sdělení nemá být polemikou s autory, zmiňuji jejich článek proto, že je svojí přehledností inspirující a svým obsahem způsobem výjimečný. Není mnoho statí jako je tato, které by se zabývaly kvalitou odborné práce psychologů.

Zadání inspekce předpokládalo zaměření na následující otázky:

- soulad mezi příslušnými předpisy o činnosti PPP a realitou,
- personální obsazení,
- materiální podmínky pro činnost,
- používané diagnostické nástroje,
- využitelnost, efektivita, okruh zájemců o služby a
- podíl PPP na problematice integrace zdravotně postižených žáků.

Formulace otázek a dokonce i jejich seřazení mají svoji srozumitelnou a pochopitelnou logiku.

Jako poradenského psychologa s praxí, kterou už mohu žet označit za dlouholetou, a vysokoškolského učitele předmětu Psychodiagnostika mě zaujala zejména kapitola 5. zmíněného článku: Používané diagnostické nástroje a odborné postupy PPP.

V článku jsou v přehledu vypočteny používané osobnostní dotazníky, výkonové testy, projektivní a semiprojektivní metody specifické zkoušky, testy rodinných vztahů a jiné.

Podle mého názoru vystupují do popředí v souvislosti s hodnocením úrovně odborných činností psychologů v poradnách dvě velké skupiny problémů: (1) jak definovat kritéria kvality odborných činností, a za (2) jakých metod k diagnostice úrovně odborných činností psychologů užít, tedy co zjistíme, když máme k dispozici písemnou dokumentaci poradny a můžeme vést s ředitelem řízený rozhovor. Povězme si, že nemáme jednoznačnou odpověď, že asi ani neexistuje, že ji ani v tomto tisíciletí nebudeme mít. To je ta chvíle pro diskusi a výměnu zkušeností. Snad ale něco už nyní můžeme s určitostí říci. Při následné kontrole úrovně psychologické diagnostiky dítěte je prvořadé posouzení, zda byla užita adekvátní diagnostická strategie (nezbytný je až na naprosté výjimky anamnesticko-explorační přístup), zda kontrolovaný zná potřebnou škálu diagnostických kategorií, spisy klientů také implicitně obsahují systém faktorů determinujících školní výkon diagnostikovaných dětí, který psycholog

více či méně reflektovaně užívá. Teprve druhořadá z hlediska možných chyb při diagnostice je otázka kvality užívaných psychodiagnostických metod.

Jednu zkušenost a jeden nápad dávám plénu v plen a k lepšímu už nyní. Je známo, že použití testů IST a IST 70 při vyšetření pro výběr a volbu povolání znevýhodňuje špatné čtenáře ve srovnání s použitím testu PDW. Což takhle zkontrolovat, jak se provádí sestavování skupin pro skupinové zadání tohoto testu? Podotýkám, že špatní čtenáři nemusí být jen dyslektici. Určitě tím vznikají větší chyby než v důsledku nejasných psychometrických charakteristik testu. A ten nápad: v článku je přehledná tabulka o výskytu různých závěrů vyšetření, tzn. kolik procent dětí odcházelo z poradny s diagnózou LMD apod. Jistě museli autoři pro potřeby kategorizace počet diagnostických kategorií snížit. Ale už příště by se mohli kontroloři v poradně poptat po spise dítěte s disharmonickým vývojem osobnosti na podkladě psychického infantilismu nebo DVO psychastenického typu. Proč po těchto diagnostických kategoriích? Protože ne všude jsou známy a užívány, a přitom mají stejné oprávnění jako třeba syndromy LMD. Tím se už ale dostáváme k jinému tématu.

K niektorým otázkam psychológie učenia

Ivan SARMÁNY SCHULLER

Ústav experimentálnej psychológie SAV, Bratislava

Motto: Začiatkom a koncom našej didaktiky nech je: hľadať a nachádzať spôsoby, podľa ktorého by učiteľia menej učili, ale žiaci sa viac naučili, aby bolo v školách menej zhonu, nechuti a márnej práce, no viac voľného času, potešenia a zaručeného úspechu, v kresťanskom štáte menej temnôt, zmätku a roztržiek, no viac svetla, poriadku, mieru a pokoja.

J. A. Komenský, *Didactica Magna* (text pred Venovaním).

Všeobecne enormný nárast poznatkov a informácií zo všetkých oblastí života na jednej strane, ako aj ich rýchla praktická dostupnosť na strane druhej, nutne navodzujú potrebu sústrediť sa na tie procesy, ktoré môžu významne zvyšovať účinnosť edukačného procesu. Záujem o možnosti zvyšovania efektívnosti tohoto procesu možno v odbornej literatúre (hlavne psychologickej, pedagogickej ale aj manažmentu) pozorovať približne v ostatných 10 rokoch, pričom stále väčšiu obľubu (vychádzajúce z prirodzenej potreby) naberajú témy „učiť sa ako sa učiť“, v prípade samotných pedagógov témy „učiť sa ako učiť“, resp. rôzne mutácie pojmu učenie.

Ako typický príklad možno uviesť závery 6. Európskej konferencii o učení z roku 1995, na ktorej centrálnie dominovali dané témy a vyššie uvedené problémové okruhy. Iným výrazným príkladom, ktorý poukazuje na potreby zvyšovania kvality učenia, môže slúžiť Holandsko. Podľa J. D. Vermunta (1995), holandský minister školstva nariadil, aby „seba-regulačné učenie“ v budúcnosti tvorilo centrálny princíp reorganizácie stredného školstva, a že „zvýšenie kvality štúdia a edukácie“ bude tvoriť hlavné sústredenie pozornosti vo vyššom vzdelávaní v budúcich rokoch. Otázky týkajúce sa problémov učenia majú v psychológii veľmi dlhú históriu. Otázky, ako a prečo sa ľudia navzájom tak extrémne líšia v spôsobe ako i výsledku učenia má okrem teoretického prínosu, tiež veľký praktický význam pre človeka vo všetkých oblastiach života. Diferenciálna psychológia učenia má za cieľ hlavne vysvetľovať individuálne charakteristiky a zvláštnosti špecifických typov učenia. Nemenej významný je však prínos učenia pre ďalší vývin osobnosti jedinca, ktorý v konečnom dôsledku slúži aj na optimalizáciu procesu učenia. Wiliam Stern už v roku 1911 upriamil pozornosť na otázky diferenciálnej psychológie, ktorá je špecifickou formou základných problémov diferenciálnej analýzy psychológie učenia dodnes:

1. skúmanie a vysvetľovanie interindividuálnych rozdielov,
2. intraindividuálna variabilita, ktorá sa uplňuje v učení,
3. dedukcia a určenie špecifického „typu“, ktorú možno urobiť na základe výskumných zistení intra- a interindividuálnej variability,
4. najzložitejšia úloha diferenciálnej psychológie spočíva potom v priblížení sa k individualite, ktorá by mala prevládať nad komplexnými typovými klasifikáciami.

Značné výskumné úsilie bolo venované porozumeniu vzťahu medzi osobnostnými charakteristikami a akademickým úspechom. Podľa Furnhama (1992), prakticky všetky

výskumy potvrdili, že vzťah osobnosti a školskej úspešnosti je moderovaný na jednej strane štýlom výuky, ale nemenej významný je aj štýl učenia sa. Psychologické otázky skúmania individuálnych rozdielov v aspektoch učenia a osobnosti sa veľmi často riešia pod spoločným pohľadom tzv. štýlov učenia. Štýl učenia však možno do značnej miery stotožniť s tzv. kognitívnym štýlom. Poznanie individuálnych rozdielov, jednotlivých typov a štýlov akými študenti pracujú, pomáha do značnej miery pedagógovi (učiteľovi) v zlepšení komunikácie, vytvorenia dobrej pracovnej klímy a podobne. Jedným z dobre rozpracovaných prístupov k tejto problematike patrí oblasť kognitívnych štýlov. Kognitívny štýl predstavuje osobnostný invariant, typický a prevládajúci spôsob akým človek vníma – prijíma informáciu, spracováva a napokon i charakteristickou formou vonkajšieho pozorovateľného správania. V teórii kognitívnych štýlov sa vychádza z predpokladu, že ide o stabilizované a preferované formy správania, ktoré sa uplatňujú pri stretnutí sa so situáciou či problémom; všeobecne, v centre kognitívnych štýlov je proces rozhodovania a riešenia problému. I keď preferenciu niektorého štýlu nemožno stotožňovať s reálnymi schopnosťami jedinca, je veľmi pravdepodobné, že naprostá väčšina ľudí preferuje štýly, ktoré kapitalizujú ich „silné stránky“.

Najväčšie individuálne rozdiely v štýlových termínoch možno podľa Čápa (1993) pozorovať predovšetkým vo vnímaní – sústredenie sa na podrobnosti vs globálne vnímanie, sústredenosť na zhodu a rozdiely vnímaného materiálu, zúžené vs prispôsobivé vnímanie a pod. Typickými príkladmi môžu byť v tomto smere štýlové aspekty závislosti a nezávislosti od poľa, kde závislí jedinca mávajú vážne problémy pri spracovávaní takého materiálu, kde sa vyžaduje reštruktúracia podnetu, resp. prekonanie vloženého kontextu a diskriminácie jednotlivých častí. Konkrétosť vs abstraktnosť je ďalší štýlový komponent, kde tzv. „konkrétni“ jedinca ulpievajú na konkrétnych znakoch a podrobnostiach, majú ťažkosti pri zovšeobecňovaní, pre „abstraktný“ typ na druhej strane je bezproblémové zovšeobecňovanie a abstrakcia. Impulzivita vs reflexívnosť tvorí ďalší štýlový prvok, kde sa dostávajú do hry dva faktory – rýchlosť a presnosť. Impulzívny jedinca je rýchly ale často nepresný, s potrebnými následnými korekciami pôvodného rozhodnutia, naproti tomu reflexívny jedinca máva presnejšie riešenia, ale na úkor predĺženého času rozhodovacieho procesu. Problém typických štýlových prejavov nie je prirodzene nový, no najčastejšie býva riešený v rámci iných psychologických problémov. Výskumy so štýlmi učenia možno nájsť aj v domácich zdrojoch, (J. Mareš a H. Skalská, 1994), ktorí upravili škálu na meranie štýlov učenia od autorov Dunnovcov.

Naše predchádzajúce výsledky výskumu kognitívneho štýlu šírky kategorizácie a anxiety (Sarmány Schuller, 1995), poukázali na to, že tzv. širokí kategorizátori sú významne viac anxióznejší s nepresnejším kategorizačným odhadom. Široká kategorizácia sa v tomto prípade viaže na globálnejšie spracovanie informácie – dokáže viac ťažiť z integrovanej holistickej stratégie, úzka kategorizácia sa naopak vyznačuje detailným a analytickým spracovaním informácií – je viac opatrný a rigidný, ale s vysokou istotou v kognitívnom rozhodovaní. Široký štýlový komponent sa týka okrem rozsahu podnetov, aj vzatia do úvahy takých informácií, ktoré vyzerajú odťažito či dokonca neprijateľne bez cenzurovania ich vhodnosti a naopak, pri úzkom selektívnom výbere ide iba o prijímanie niekoľkých informácií, ktoré majú vysoký vzťah k úlohe.

Otázky vplyvu anxiety – úzkosti a úzkostnosti sú široko výskumne skúmané a frekventované v súčasnej psychologickú literatúre. Sledovanie hladiny anxiety, predovšetkým sebvýpovedovými škálami, ukazuje, že hlavný dôraz sa kladie na anxiu ako komplexný fenomén, ktorý obsahuje tri odpovedové systémy (kognitívny, fyziologický a behaviorálny). Rozdiel medzi stavom a črtou anxiety pôvodne formulovali Cattell a Scheier (1961), neskôr Spielberger (1972) konceptualizoval črtu anxiety ako relatívne stabilnú charakteristiku, zatiaľ čo

stav anxiety, ako situačne navodené fluktuácie v hladine tenzie. Anxiety môže významne redukovať nielen napr. výkonovú motiváciu a samotný výkon človeka, ale i hladinu optimizmu v širokom pásme hodnotení, ako na to upozorňujú napr. Dewberry & Richardson (1990). Vysoká anxiety negatívne pôsobí predovšetkým na výkon v úlohách s časovým limitom a to u osôb s vysokou hladinou anxiety, na rozdiel od jedincov s nízkou hladinou anxiety, u ktorých mierne zvýšenie anxiety pôsobí v smere zlepšenia výkonu.

Anxieta a impulzivitu ako faktory osobnosti, navrhli merať Torrubia et al. (1993) pomocou škál citlivosti na odmenu (impulzivita) a citlivosti na trest (anxieta), škála SPSR-R. Hladina aktivácie dvoch neuropsychologických systémov, tzv. behaviorálny aktivačný systém (BAS) a behaviorálny inhibičný systém (BIS) sú zodpovedné za individuálne rozdiely v dimenziách impulzivity a anxiety. Impulzivita a anxiety v tomto ponímaní sú ortogonálne dimenzie, ktoré vznikli rotáciou o 45° eysenckových dimenzií neurotizmu a extravenzie. Črta impulzivity vychádza zo stabilného introverta do neurotického extraverta, a vzťahuje sa k individuálnym rozdielom v citlivosti na signály odmeny alebo netrestania. Črta anxiety vychádza od stabilného extraverta do kvadrantu neurotického introverta, a vzťahuje sa k individuálnym rozdielom v citlivosti na signály potrestania a nie-odmeny.

Jeden z najznámejších konceptov štýlov učenia pochádza od Kolba (1984), ktorý kombinuje dve bipolárne dimenzie kognitívneho zrenia tzv. skúsenostnú teóriu učenia (ELT - Experiential learning theory); učenie je podľa neho cyklický proces, ktorý pozostáva zo štyroch stavov alebo typov:

1. konkrétna skúsenosť – vnímanie a prežívanie udalostí
2. reflexívne pozorovanie – reflexia zážitku z rôznych perspektív
3. abstraktná konceptualizácia – vytvorenie istej teórie, ktorá integruje pozorovanie
4. aktívne experimentovanie – aktívne používanie teórií v rozhodovaní a riešení problémov.

Preferencia získavania informácie môže byť na jednom extrémne pomocou konkrétnej skúsenosti vs abstraktnej konceptualizácie (CA), alebo reflexívnym pozorovaním vs aktívnym experimentovaním (RA). Vyššie uvedené typy učenia podľa Kolba predstavujú dva extrémne póly kontinuí alebo dimenzií:

- a) konkrétnosť versus abstraktnosť
- b) reflexia versus akcia.

Napriek značnej obľube výskumnej metodiky LSI (Learning Style Inventory), ktorá meria jednotlivé typy učenia, tieto konštrukty boli podrobené značnej kritike, a to hlavne pre ich nedostatočnú validitu a nízku reliabilitu.

Podľa Romera et al. (1992), je výhodnejšie merať štýl učenia na dimenziách, než získať skóre zo štyroch typov riešenia problému. Výsledkom výskumného úsilia Romera et al. (1992) bolo vytvorenie novej škály učenia, ktorú nazvali PSSQ (Problem Solving Style Questionnaire). Škála postihuje dve bazálne dimenzie učenia, tak ako boli abstrahované podľa Kolba, t. j. konkrétnosť vs abstraktnosť a reflexia vs akcia.

Výskum

V našom výskume sme urobili porovnanie slovenskej verzie škály PSSQ (Romero et al. 1992) s výsledkami, ktoré získali autori s originálnou verziou škály. Škála PSSQ je určená na meranie dvoch bazálnych štýlov učenia, konkrétne versus abstraktnosť (CA) – kde vysoké skóre predstavuje schopnosť abstraktnej konceptualizácie, a reflexia versus akcia (RA) – kde vysoké skóre predstavuje schopnosť aktívnej experimentácie; Romero et al., (1992). Ďalším postupom sme urobili korelačné analýzy škál CA a RA a škály SPSR-R (Torrubia et al., 1993). Širšie koncipovaného výskumu sa zúčastnilo spolu 471 vysokoškolských študentov, 129 mužov a 342 žien vo veku od 18 do 26 rokov, priemerný vek 19,6 roka. Išlo o študentov pedagogických fakúlt v Nitre a Banskej Bystrici a strojárstva na STU (Trnava).

Výsledky

Porovnanie výsledkov všetkých slovenských študentov bez zohľadnenia veku a medzipohlavných rozdielov s originálnym skóre od 516 univerzitných študentov v USA v dvoch bazálnych štýloch učenia CA a RA sú uvedené v tabuľke č.1.

Tabuľka č.1

	americkí študenti			slovenskí študenti			t	p<
	AM	SD	n	AM	SD	n		
CA	23.53	7.03	516	23.31	4.95	471	0.564	non
RA	26.67	7.06	516	23.15	3.91	471	9.564	0.001

Z tabuľky č. 1 zreteľne vidieť, že rozdiely v schopnosti abstraktnej konceptualizácie sú medzi slovenskými a americkými študentami minimálne a štatisticky nevýznamné, v prípade aktívneho experimentovania, majú slovenskí študenti významne nižšie skóre.

V ďalšom kroku sme urobili medzipohlavné porovnania v jednotlivých štýlových dimenziách a skóre anxiety a impulzivity, tabuľka č.2

Tabuľka č.2

	muži			ženy			t	p=
	AM	SD	n	AM	SD	n		
CA	22.55	4.51	129	23.59	5.08	342	2.038	0.042
RA	23.59	4.55	129	22.98	4.46	342	1.338	non
ANX	8.82	4.82	129	10.94	4.84	342	4.232	0.000
IMP	12.94	4.31	129	11.195	3.84	342	4.377	0.000

U žien sme zistili štatisticky významne vyššiu schopnosť abstraktnej konceptualizácie v porovnaní so skupinou mužov. V oboch výberoch mužov aj žien sú zastúpené jednotlivé študijné zamerania, treba však poznamenať, že skupinu žien tvorí 72.6 %. Podľa očakávania majú muži významne nižšie skóre anxiety a vyššie skóre impulzivity.

Porovnanie jednotlivých dimenzií štýlov učenia CA a RA, ako i skóre anxiety a impulzivity medzi študentami pedagogiky a strojnictva (bez zohľadnenia medzipohlavných rozdielov) udáva tabuľka č.3

Tabuľka č.3

	študenti pedagogiky			študenti techniky			t	p<
	AM	SD	n	AM	SD	n		
CA	23.37	5.06	396	22.95	4.31	76	0.679	non
RA	23.02	4.49	396	23.82	4.41	76	1.436	non
ANX	10.91	4.97	396	8.92	4.44	76	3.256	0.01
IMP	11.61	3.96	396	12.07	4.56	76	0.899	non

Napriek očakávaniam, že skupina študentov strojnictva bude mať v porovnaní so študentami pedagogiky rozdielne skóre v schopnosti aktívneho experimentovania (škála RA), vychádzajúc z rôznych študijných praktík v jednotlivých odboroch (napr. inštrumentálne vyučovanie vs výrazná verbalizačná zložka), výsledky poukázali na nevýznamné rozdiely v oboch štýlových dimenziách. Pozoruhodný je však významný rozdiel v hladine anxiety, ktorá je významne vyššia u študentov pedagogiky. Tento fakt zodpovedá zastúpeniu mužov (65.7%) a žien (34.3%) u študentov STU, v porovnaní s 80.1% žien medzi študentami pedagogiky. U žien vo všeobecnosti možno pozorovať vyššiu hladinu anxiety.

Tabuľka č.4

Korelačná matica medzi sledovanými parametrami u zlučeného súboru vysokoškolákov oboch študijných zameraní (n=471)

CA – štýl učenia konkrétne vs abstraktnosť

RA – štýl učenia reflexia vs akcia

ANX – anxiety

IMP – impulzivita

	Vek	CA	RA	ANX
CA	-0.010			
RA	0.051	-0.045		
ANX	-0.070	0.187**	-0.272**	
IMP	0.077	-0.121*	0.247**	-0.074

* p< .05, **p< .01

Napriek tomu, že vek študentov sa pohybuje od 18 do 26 rokov, nezistili sme ani jeden významný vzťah veku so sledovanými parametrami. Podľa predpokladu je vysoká hladina anxiety významne negatívne spojená so schopnosťou aktívneho experimentovania a naopak, pozitívne so schopnosťou abstraktnej konceptualizácie.

Literatúra

- Cattell, R. B., Scheier, I. H., 1961, The meaning and measurement of neuroticism and anxiety, Ronald Press, New York
- Čáp, J., 1993, Psychologie výchovy a vyučování, Univerzita Karlova, Praha
- Dewberry, C., Richardson, S., 1990, Effects of anxiety on optimism, The Journal of Social Psychology, 130 (6), 731–738
- Furnham, A., 1992, Personality and learning style: A study of three instruments, Personality and Individual Differences, 13(4), 429–438
- Kolb, D. A., 1984, Experiential learning, Englewood Cliffs, N. J., Prentice Hall
- Mareš, J., Skalská, H., 1994, LSI – dotazník stylů učení pro žáky základních a středních škol, Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 29(3), 248–264
- Romero, J. E., Tepper, B. J., Tetrault, L. A., 1992, Development and preliminary validation of new measures of Kolb's learning style dimensions, Educational and Psychological Measurement, 52, 171–180
- Sarmány Schuller, I., 1995, Cognitive style categorization width and anxiety, Studia Psychologica, 37(3), 142–145
- Spielberger, C. D., 1972, Anxiety as a emotional state, In: C. D. Spielberger (Ed.), Anxiety: Current trends in theory and research, Vol. 1, 23–49, Academic Press, New York
- Torrubia, R., Ávila, C., Moltó, J., Segarra, P., 1993, The sensitivity to punishment and sensitivity to rewards scales: Norms, reliability and construct validity, 6th Meeting of the International Society for the Study of Individual Differences, Baltimore, July 17–21, 1993

Sociálne-psychologický výcvik

Vplyv religiozity na niektoré postupy zvládania náročných situácií

František BAUMGARTNER

Spoločenskovedný ústav SAV, Košice

Viktória BAZANOVÁ, Branislav BODO

Katedra psychológie FF UPJŠ, Košice

V súčasnom výskume problematiky vyrovnávania sa so záťažou, riešenia náročných životných situácií dôležitá úloha je pripisovaná štúdiu copingu. Coping znamená zvládanie stresu, záťaže, ťažkostí; predstavuje úsilie vysporiadať sa s veľmi obťažnými, ťažko zvládnuteľnými situáciami. V kontexte štúdia copingu je venovaná pozornosť rôznym činiteľom, ktoré môžu riešenie situácií ovplyvňovať. Prezentovaný príspevok referuje o empirickom výskume, v ktorom sme sa zamerali na sledovanie pôsobenia religiozity na postupy zvládania uplatňované vo vymedzených typoch náročných životných situácií.

Intenzívne štúdium copingových procesov zaznamenávame najmä v období posledných pätnástich rokov. Značná pozornosť problémom zvládania je badateľná aj v súčasnej slovenskej a českej psychológii. Priekopníkom na poli výskumu copingu je R. S. Lazarus. Ten vo svojej koncepcii položil dôraz na myšlienkové spracovanie záťažovej situácie. Rozlišuje primárne a sekundárne hodnotenie situácie. Primárne hodnotenie chápe ako zvažovanie významu určitej udalosti s ohľadom na mieru ohrozenia. Sekundárne hodnotenie sa týka možností, ktoré má ohrozená osoba a ktoré jej môžu pomôcť pri zvládaní toho, čo ju ohrozuje (Lazarus, 1993). V početných prácach venovaných copingu sú popisované rozličné postupy a stratégie zvládania. Autori sa však usilujú odhaliť základné dimenzie copingu. Tak Folkman a Lazarus rozlíšili coping zameraný na emócie a coping zameraný na problém. Endler a Parker (1990) identifikovali tri typy copingových štýlov, a to úlohovo orientovaný, emocionálne orientovaný a únikovo orientovaný coping. Blízke tomuto pohľadu je aj členenie Amirkhana (1990 – pozri aj Sarmány, 1992), ktorý dospel k trom základným stratégiám: riešenie problému, hľadanie sociálnej podpory a vyhýbanie. Carver et al. (1989 – pozri aj Ficková, 1992) naopak popisujú až 13 copingových stratégií. Tie však z väčšej časti predstavujú detailnejšie rozpracovanie línie „na problém, vs. na emócie orientovaný coping“.

Viaceri autori sa zhodujú v tom, že jedným z činiteľov, ktoré môžu ovplyvňovať a moderovať negatívne efekty náročných životných udalostí je religiozita (napr. Park, Cohen, Herb, 1990, McIntosh, Silver, Wortman, 1993, Ryan, Rigby, King, 1993, Stríženec, 1995). Napriek tomu sa konštatuje určitý deficit empirických výskumov tohoto problému. Religiozita (náboženskosť) sa chápe ako osobný vzťah človeka k náboženstvu (Bohu), ktorý zahŕňa komplex rôznych javov (rôzne formy myslenia, prežívania a konania). Zahŕňa tiež postoj k náboženským obsahom, ktorý sa prejavuje v individuálnom hodnotovom systéme (Stríženec, 1994). Funkcie religiozity spočívajú v tom, že predstavuje určitý systém zdieľaných významov a sociálnych zvyklostí, prispieva k vysvetľovaniu neznámych javov a poskytuje tiež ochranu

pred možnými ohrozeniami (Ryan, Rigby, King, 1993). Aby tieto funkcie mohla splňať musí byť reflektovaná členmi určitého kultúrneho spoločenstva. Ľudia sa však v svojom religióznom zameraní líšia. Existuje niekoľko koncepcií interpretujúcich tieto odlišnosti. Najstaršia a pravdepodobne aj najznámejšia je koncepcia Allporta a Rossa z roku 1967 (podľa Donahue, 1985). Títo autori uvádzajú dichotómiu zvnútornenej a vonkajškej religiozity. Prvá vychádza zo zdôraznenia hodnoty a významu náboženstva, druhá reprezentuje skôr utilitárny prístup. Z r.1982 je koncepcia Batsona a Ventisa (podľa Ryan, Rigby, King, 1993), ktorí rozlíšili tri orientácie: náboženstvo ako prostriedok, ako cieľ a ako hľadanie. Najnovším príspevkom je prístup Ryana, Rigbyho a Kinga (1993). Autori vychádzajú z teórie sebadeterminácie a jej aplikácie na oblasť religiozity. Kľúčovú úlohu má pojem internalizácie označujúci proces, v rámci ktorého individuum transformuje pôvodne externe navodené pravidlá, normy alebo hodnoty na vnútorné a tie potom pôsobia aj keď vonkajšie vplyvy nie sú prítomné. V procese internalizácie sa realizuje pohyb od heteronómii k autonómii. Rozlišujú sa dve formy internalizácie regulácie, a to introjekcia a identifikácia. Introjekcia reprezentuje čiastočnú internalizáciu regulácie a je charakterizovaná pocitmi vonkajšieho tlaku („čo by sa malo robiť“) a snahou vyhnúť sa anxiety, vine alebo strate sebaúcty, znamená teda nižšiu mieru sebadeterminácie. Identifikácia vyjadruje prijatie istej regulácie (presvedčení) ako osobných hodnôt a je charakterizovaná pocitmi slobodnej voľby; predstavuje tak vyššiu mieru sebadeterminácie. Medzi uvádzanými prístupmi sú paralely – náboženstvo ako prostriedok, vonkajšková orientácia, introjekcia na jednej strane a náboženstvo ako cieľ, zvnútornená orientácia, identifikácia na druhej strane. Výsledky empirických výskumov potvrdzujú teoretické predpoklady o tom, že rôzne religiózne orientácie majú odlišné konzekvencie vo sfére psychického zdravia, pre pocity spokojnosti a životnej pohody, v širšom zmysle v procese adjustácie. Prítom sa pozitívnejšie pôsobenie spája s orientáciou, ktorá je označovaná ako identifikácia (zvnútornený typ).

Bezprostredne z hľadiska vzťahu religiozity a copingu je veľmi podnetný príspevok McIntosha, Silvera a Wortmana (1993). Autori chápu religiozitu ako kognitívnu schému. Náboženstvo ako schéma potom môže ako iné schémy viesť k vyššej rýchlosti spracovania informácií relevantných k schéme a asimilovať podnety do formy kongruentnej so schémou. Navyše schémy umožňujú pochopiť význam, zmysel javov. Religiózne schémy obsahujú aj propozície týkajúce sa náročných situácií a negatívnych udalostí a vzhľadom k uvedenému môžu byť percipované ako menej ohrozujúce a zmyslupnejšie. Podľa McIntosha, Silvera a Wortmana (1993) dve stránky religiozity (náboženská participácia a dôležitosť religiozity) ovplyvňujú percepciu sociálnej podpory, nachádzanie zmyslu a kognitívne spracovanie ako aspekty copingu. Prostredníctvom copingových procesov religiozita pôsobí na úroveň prispôbenia.

V literatúre sa veľmi často možno stretnúť s názorom upozorňujúcim na potrebu ďalšieho štúdia úlohy religiozity v copingových procesoch, v situáciách riešenia ťažkostí. Aj so zreteľom k tomu sme v rámci nášho výskumu náročných životných situácií a ich riešenia (grant č. 2/1308/96 VEGA MŠ SR a SAV) pristúpili aj k tejto oblasti. Sledovali sme uplatňovanie ôsmich postupov riešenia v štyroch typoch náročných životných situácií. Ako postupy riešenia, tak aj typy situácií boli odvodené empirickou cestou (Výrost et al., 1995). Položili sme si otázku, ako religiozita môže ovplyvňovať preferenciu postupov riešenia. Vychádzali sme pritom z porovnávania skupín zložených z príslušníkov viacerých náboženských spoločenstiev (podobný postup použili napríklad Park, Cohen a Herb, 1990). Zisťovali sme niektoré stránky ich religiozity a mieru používania sledovaných postupov zvládania negatívnych udalostí.

Metóda

Výskumná vzorka

Vzorka pozostávala zo 195 osôb vo veku od 18 do 25 rokov. Priemerný vek respondentov bol 20,9 rokov. z celkového počtu bolo 105 žien a 90 mužov. z hľadiska príslušnosti k náboženskej obci sa 66 (29m, 37ž) respondentov prihlásilo k rímsko-katolíckej cirkvi, 25 (8m, 17ž) k evanjelickej cirkvi Augsburgského vyznania, 46 (19m, 27ž) respondentov patrilo k sekte Svedkovia Jehovovi a 58 (34m, 24ž) osôb sa neprihlásilo k žiadnej náboženskej obci.

Procedúra

Empirický výskum bol realizovaný v mesiacoch marec–apríl 1996. Pozostával zo skupinovej administrácie dotazníka PSNŽS 2 (Postupy správania v náročných životných situáciách 2) a dotazníka NV (Náboženská viera).

Metodika

Dotazník PSNŽS 2 – je to dotazník zisťujúci mieru použitia niektorých variant správania v náročných situáciách. Obsahuje všeobecne formulované popisy štyroch náročných situácií, ktoré reprezentujú obsahové oblasti zdravia, vs. choroba (prítomnosť vážnych príznakov choroby), interpersonálne vzťahy v rodine, medzi partnermi alebo priateľmi (konflikt s blízkou osobou), finančné problémy (nedostatok peňazí) a existenciálne otázky (pocity zbytočnosti, strata zmyslu života). Respondenti si mali predstaviť, že prežívajú tieto situácie a uviesť, ako by sa v nich zachovali. Dotazník obsahoval 8 variant správania: (1) po premyslení postupu samostatne riešim situáciu, (2) pred prijatím rozhodnutia sa budem snažiť získať ďalšie informácie o situácii, ktorá vznikla, (3) požiadam iných ľudí o podporu a rady, ktoré využijem pri riešení danej situácie, (4) radšej počkám na riešenie iných, aby som sa vyhol riziku vlastného nesprávneho postupu, (5) obrátim sa k Bohu s vierou, že usmerní moje rozhodnutie, (6) prijmem situáciu ako fakt, ktorý nemôžem zmeniť, neurobím nič a čakám, ako sa situácia vyvinie, (7) budem vzniknutú situáciu zľahčovať, hľadať rozptýlenie, aby som na ňu zabudol, (8) situácia vo mne vyvoláva prudké citové reakcie v podobe hnevu, plaču, paniky, strachu. Výber týchto ôsmich variant riešenia vychádzal zo zhlukovej analýzy pôvodnej 16 položkovej verzie dotazníka. Respondenti na 6-bodovej škále (s krajnými polohami „určite áno“ a „určite nie“) vyjadrovali, či by ten-ktorý spôsob správania použili alebo nie.

Dotazník NV – obsahoval celkovo 6 otázok. Prvé dve otázky sa týkali príslušnosti respondenta k nejakej náboženskej obci (k vierovyznaniu), a to v minulosti a teraz. Nasledujúce štyri otázky zisťovali mieru dôležitosti viery (viera v existenciu Boha, súlad správania s vierou, získavanie informácií o predmete viery, účasť na živote veriaceho spoločenstva). Respondenti odpovedali na 5-bodovej stupnici s krajnými pólmi 1 – určite nie a 5 – určite áno. Údaje o vnútornej konzistencii, korelačnej i faktorovej štruktúre umožňujú odvodiť súhrnný údaj o význame viery z týchto štyroch otázok.

Štatistické spracovanie

Výsledky výskumu boli analyzované v programovom súbore STATISTICA. Boli použité programy Základná štatistika, ANOVA/MANOVA, Faktorová analýza a Reliabilita/položková analýza.

Výsledky

Prezentáciu výsledkov otvoríme pohľadom na to, ako sa líšia sledované štyri skupiny respondentov v štyroch indikátoroch, ktorými sme sa usilovali zachytiť dôležitosť viery pre jednotlivca. Pre zisťovanie vplyvu príslušnosti k náboženskej obci sme použili analýzu rozptylu z programu ANOVA/MANOVA zo súboru STATISTICA. Výsledky prezentujeme v tabuľke č. 1. Signifikantný efekt príslušnosti k náboženskej obci bol zistený vo všetkých štyroch prípadoch. Smer rozdielov medzi skupinami je zrejímavý z priemerov, ktoré kvôli väčšej názornosti uvádzame na obrázku č. 1. Pripomíname, že respondenti odpovedali na päťbodových škálach, vyššie skóre pritom reprezentuje vyššiu mieru charakteristiky. Badateľné je, že v skupine tvorenej osobami, ktoré sa neprihlásili k žiadnej náboženskej obci bolo dosahované skóre najnižšie a signifikantne sa líšilo od hodnôt ostatných troch skupín (zistené na základe výsledkov testu LSD používaného v rámci ANOVA/MANOVA na testovanie rozdielov priemerov). Celkovo s najvyššou mierou súhlasu respondenti odpovedali na otázku existencie Boha. resp. nadprirodzeného sveta. Pokiaľ ide o podriaďovanie správania zásadám viery, aktívne získavanie informácií vzťahujúcich sa k viere a spoluúčasť na živote veriaceho spoločenstva pohybujú sa skóre katolíkov, evanjelikov a svedkov Jehovových (resp. osôb hlásiacich sa k tej-ktorej obci) na o niečo nižšej, približne vyrovnanej úrovni. Pritom však existujú rozdiely medzi týmito tromi skupinami. Evanjelici skórovali vo všetkých ukazovateľoch o niečo vyššie ako katolíci, avšak diferencie nie sú štatisticky významné. Signifikantné sú však rozdiely medzi priemermi príslušníkov sekty Svedkovia Jehovovi na jednej strane a katolíckmi a evanjelikmi na strane druhej (podľa výsledkov testu LSD), v smere vyšších skóre u jehovistov.

Určili sme ďalej aj celkové skóre dôležitosti viery zo štyroch spomínaných indikátorov, pretože to umožňovala hodnota Cronbachovho alfa (0.878), ako aj signifikantné hodnoty interkorelácií. Analýza rozptylu potvrdila signifikantný efekt príslušnosti k náboženskej obci ($F = 67.735$; $p < 0.0001$). V tabuľke č. 2 uvádzame priemerné skóre pre jednotlivé skupiny respondentov. Následný test LSD potvrdil vyššie konštatované rozdiely, t.j. vyššie skóre všetkých skupín veriacich oproti tým, ktorí sa neprihlásili k žiadnemu náboženstvu. Spomedzi veriacich sa najvyššia hodnota dôležitosti potvrdila u jehovistov.

Vo výskume sme predložili 4 typy náročných životných situácií. Poradie variant riešenia týchto situácií podľa priemerných hodnôt vyjadrujúcich súhlas s ich využitím je pritom veľmi podobné vo všetkých štyroch situáciách. Prvé miesto patrí vždy variantu 2, ktorý je vyjadrením snahy doplniť si informácie o situácii pred prijatím rozhodnutia. Varianty 1 (samostatné riešenie), 3 (hľadanie pomoci u iných ľudí) a 5 (hľadanie opory v Bohu) sa striedajú na ďalších troch miestach. Priemery týchto štyroch variant sú temer výhradne pod hodnotou 3, čo na 6-bodovej škále znamená, že respondenti uvádzajú, že sa budú takto správať v kritických situáciách. V prípade ďalších štyroch variant sa naopak priemery pohybujú zväčša nad hodnotou 4. S ich využívaním sa teda príliš neráta, pričom najvýraznejšie sa to týka variantu 6 (prijatie, zmierenie sa so vzniknutou situáciou).

Vzhľadom k tomu, že štruktúra odpovedí respondentov je viac-menej rovnaká vo všetkých štyroch situáciách (i keď konkrétne hodnoty od situácie k situácii kolidujú), pristúpili sme k faktorovej analýze, v ktorej vstupné dáta predstavovali sledované varianty správania vo všetkých štyroch situáciách (t.j. $8 \times 4 = 32$ premenných). Zámerom bolo odhaliť univerzálnejšie platné postupy, stratégie správania. Použili sme metódu hlavných komponentov s rotáciou Varimax normalized. Počet faktorov bol určený na základe scree testu. Výsledky prezentujeme v tabuľke č. 3. Zistili sme 5 faktorov (pri Eigenvalue 2.0), ktoré vyčerpávajú spolu 56.6%

rozptylu. Prvý faktor je sýtený predovšetkým položkou č. 4 zo všetkých situácií (očakávanie riešenia zo strany iných ľudí) a v menšej miere aj položkou č. 6 (akceptácia situácie). Tento faktor môžeme označiť „pasívne vyčkávanie“ (PAS). Druhý faktor je v rozhodujúcej miere definovaný variantom samostatného prístupu k riešeniu situácií (variant č.1). Obsah faktora dotvára variant č. 3, avšak svojim opačným pólom (hľadanie pomoci u iných ľudí). Budeme používať označenie „samostatný postup“ (SAM). V poradí tretí faktor je v podstate jednoznačne určený položkou vyjadrujúcou obrátenie sa na Boha v snahe nájsť vo viere oporu pri riešení problému. Je to faktor „opora vo viere“ (OPV). Štvrtý faktor je v rozhodujúcej miere sýtený položkou 2 (získavanie ďalších informácií pred rozhodnutím) a v menšej aj tretím variantom, ktorý vyjadruje hľadanie pomoci u iných. Označíme ho „získavanie informácií“ (INF). Napokon piaty faktor je určený najmä váhami položky 8 zo všetkých situácií (emocionálne reakcie hnevu, plaču a pod.) s prispením variantu č. 7 (zľahčovanie situácie, snaha o rozptýlenie). Faktor nazveme „emocionálne reakcie“ (EMO).

Pre zisťovanie charakteristík stratégií postupu jednotlivých skupín respondentov bola aplikovaná analýza rozptylu. Nezávislou premennou na štyroch úrovniach bola príslušnosť k náboženským obciam (katolíci, evanjelici, jehovisti, bez príslušnosti). Závislými premennými boli faktorové skóry piatich zistených faktorov. Výsledky uvádzame v tabuľke č. 4. Významný efekt sa prejavil voči štyrom z piatich faktorov. Najsilnejší je v prípade faktora „opora vo viere“. Žiadny účinok nebol zistený v prípade faktora INF („získavanie informácií“). Priemerné hodnoty faktorov pre štyri skupiny respondentov vyjadrujú preferenciu postupov, stratégií riešenia náročných situácií. Sú zobrazené na obrázku č. 2. Vo všeobecnosti nižšie. skóre indikuje vyšší stupeň preferencie faktora. Výnimkou je faktor SAM („samostatný postup“), kde nižšie skóre indikuje orientáciu na spoluprácu s inými ľuďmi a odmietanie samostatného riešenia. Najmarkantnejší rozdiel vo faktore OPV („opora vo viere“) vyplýva z toho, že osoby, ktoré sa neprihlásili k žiadnej náboženskej obci neprikladajú tomuto postupu príliš veľkú váhu na rozdiel od troch skupín veriacich. Medzi nimi sa aj v tomto prípade potvrdil rozdiel v smere silnejšieho preferovania tohoto postupu v skupine osôb patriacich k sekte Svedkovia Jehovovi. Výrazné sú ďalej rozdiely medzi skupinami vo faktore „samostatný postup“. Evanjelici a jehovisti sa viac orientujú na spoluprácu s inými, naopak katolíci a „neveriaci“ (chápané skôr v zmysle, že sa nehlásia ku konkrétnemu vierovyznaniu; nie v absolútnom výz.name) sa skôr spoliehajú na vlastné sily. Vo faktore „emocionálne reakcie“ sa od ostatných odlišujú jehovisti, ktorí im, ako sa zdá, podliehajú výrazne menej. O niečo menšie sú rozdiely vo faktore „pasívne vyčkávanie“. Evanjelici výraznejšie preferujú tento postup v porovnaní najmä s jehovistami a „neveriacimi“. Pri celkovom pohľade vidíme, že sa sledované skupiny líšia v štruktúre preferencií postupov zvládania, riešenia náročných životných situácií. Výraznejšia tendencia k hierarchizácii sa prejavuje najmä v skupine príslušníkov sekty Svedkovia Jehovovi.

Diskusia a záver

V kontexte štúdia náročných životných situácií je venovaná pozornosť rozličným činiteľom, ktoré môžu ovplyvňovať procesy vyrovnávania sa s nimi, zvládania týchto situácií. Možno to presvedčivo dokumentovať aj na prácach domácich autorov – napr. riešia sa otázky vzťahov zvládania a anxiety, úzkostlivosti (Prokopčáková, 1995, Medved'ová, 1995), koherencie (Ruiselová, 1995), tvorivosti (Kusá, 1995, Kováč, Senka, 1995), sociálnej kompetencie (Páleník, 1995), zvládania a čít interpersonálneho správania (Výrost, 1995) a pod. Ako sme naznačili v teoretickej časti, viacerí autori v tejto súvislosti poukazujú na úlohu religiozity. Religiozita má od individua k individuu svoju osobitú, špecifickú podobu. Vyčleňujú sa viaceré typy religióznej orientácie. V našom skúmaní sme vyšli z predpokladu, že príslušnosť

k určitému náboženskému spoločenstvu sa premieta aj v ponímaní viery. Inými slovami ide o to, že medzi rozličnými skupinami veriacich zrejme existujú isté rozdiely ich religiozity. Tieto diferencie sa vo svojich konzekvenciách môžu odzrkadľovať aj v tom, ako človek pristupuje k obtiažným, zaťažkávajúcim situáciám. Dôležitú úlohu tu zohráva stupeň internalizácie presvedčení a noriem spojených s vierou (Ryan, Rigby, King, 1993). Usilovali sme sa k tomu priblížiť prostredníctvom niekoľkých otázok mapujúcich úlohu viery v živote jednotlivca. Z odpovedí, ako sme ich analyzovali sa zdá, že najväčšiu dôležitosť viere prikladajú ľudia hlásiaci sa k sekte Svedkovia Jehovovi. Otázkou zostáva, či máme do činenia so skutočne autentickým prejavom internalizácie náboženskej viery. Zaujímavé boli odpovede ľudí, ktorí sa nehlásili k žiadnemu vierovyznaniu (označení niekedy v texte ako „neveriaci“) na otázku viery v existenciu Boha, nadprirodzeného sveta. Ich odpoveď v priemere nevyznela negatívne, skôr poukazuje na neurčitosť, nejednoznačnosť, v absolútnom zmysle ich nemožno považovať za neveriacich. Vo vzťahu k religiozite sa sledované 4 skupiny respondentov skutočne zväčša líšili, nepotvrdilo sa to však pri porovnaní katolíkov a evanjelikov.

Koncipovanie náboženstva ako schémy (McIntosh, Cohen Silver, Wortman, 1993) vytvára rámec pre štúdium vzťahu religiozity a postupov správania, spôsobov riešenia náročných situácií. Zistili sme päť stratégií zvládania. Ak odhliadneme od hľadania opory vo viere, v ktorej sa veriaci sledovaných vierovyznaní odlišujú od „neveriacich“, potom môžeme konštatovať, že medzi katolíkami a „neveriacimi“ nie sú natoľko výrazné rozdiely v predpokladanom použití jednotlivých stratégií. Pre obe skupiny je dosť typické akcentovanie samostatného úsilia o zvládanie problému. Evanjelici a jehovisti sa viac orientujú na spoluprácu s inými ľuďmi pri riešení. U evanjelikov sa to ďalej spája s istým vyčkávacím postojom. Pre jehovistov je príznačné veľmi silné zdôraznenie viery, prejavuje sa tiež odolnosť voči silnejším emocionálnym prejavom. Výsledky výskumu takto naznačujú, že rôzne vierovyznania môžu reprezentovať rozličné typy religiozity aj vo vzťahu k používaniu určitých línií, postupov, orientácií ako preklenúť zložité situácie a udalosti. Treba pripomenúť, že obsah situácií taktiež vstupuje do voľby toho-ktorého postupu správania (v našej analýze sme tomu však nevenovali bližšiu pozornosť, pretože by si to vyžadovalo väčší priestor).

Výsledky výskumu vo svojom súhrne potvrdili zmyslupnosť štúdia vzťahov religiozity a procesov spojených so zvládaním náročných situácií. Predkladaný príspevok je pritom potrebné ponímať ako úvodnú sondu do problematiky, pričom v budúcnosti počítame s rozvinutím skúmania do komplexnejšej a prepracovanejšej podoby.

Literatúra

- Amirkhan, J. H.: A factor analytically derived measure of coping: The coping strategy indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, 59, 1066–1074.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K.: Assessing *coping* strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, 56, 267–283.
- Donahue, M. J.: Intrinsic and extrinsic religiousness: Review and meta-analysis: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1985, 48, 400–419.
- Endler, N. S., Parker, J. D. A.: Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, 58, 844–854.

- Ficková, E.: Multidimenzionálny dotazník copingových stratégií. In: Prokopčáková, A., Ruisel, I. (Eds.): Praktická inteligencia II.: Vybrané metodiky, Ústav experimentálnej psychológie SAV, Bratislava, 59–68.
- Kováč, T., Senka, J.: Zvládanie a tvorivosť. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 1995, 30, 98–101.
- Kusá, D.: Zátťaž učiteľov – jej dimenzie a vzťah k tvorivosti. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 1995, 30, 93–97.
- Lazarus, R. S.: Coping theory and research: Past, present and future. Psychosomatic Medicine, 1993, 55, 234–247.
- McIntosh, D. N., Cohen Silver, R., Wortman, C. B.: Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child. Journal of Personality and Social Psychology, 1993, 65, 812–821.
- Medved'ová, L.: Úzkostlivosť ako moderátor zvládania stresu u detí. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 1995, 30, 68–72.
- Páleník, L.: Sociálna kompetencia – predpoklad zvládania sociálnych situácií. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 1995, 30, 55–58.
- Park, C., Cohen, L. H., & Herb, L.: Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for Catholics versus Protestants. Journal of Personality and Social Psychology, 1990, 59, 562–574.
- Prokopčáková, A.: Zvládacie stratégie s ohľadom na typ situácie, anxiету a kontrolu. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 1995, 30, 51–54.
- Ruiselová, Z.: Koherencia ako charakteristika zvládania a jej vzťah k subjektívnym charakteristikám riešenia problému. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 1995, 30, 73–78
- Ryan, R. M., Rigby, S., King, K.: Two types of religious internalization and their relations to religious orientations and mental health. Journal of Personality and Social Psychology, 1993, 65, 586–596.
- Sarmány, I.: Indikátor stratégií zvládania. In: Prokopčáková, A., Ruisel, I. (Eds.): Praktická inteligencia II.: Vybrané metodiky, Ústav experimentálnej psychológie SAV, Bratislava, 44–51.
- Stríženec, M.: Psychológia náboženstva (encyklopedické heslá). Bratislava, ÚEP SAV, 1994, 57s.
- Stríženec, M.: Coping strategies and religiosity. Studia psychologica, 1995, 37, 170–172.
- Výrost, J.: Vzťah štruktúry črt interpersonálneho správania a copingu. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 1995, 30, 59–62.
- Výrost, J., Lovaš, L., Baumgartner, F., Bolfíková, E., Frankovský, M., Hadušovská, S.: Possibilities of empirical classifications of demanding life situations. Studia psychologica, 1995, 37, 93–106.

Tabuľka 1. Vplyv činiteľa „príslušnosť k náboženskej obci“ na posudzovanie niektorých stránok religiozity.

Výsledky analýzy rozptylu.

STAT. ANOVA	Nezávislá premenná: Príslušnosť k náb. obci	
Závislé premenné	F(df1,2) 3,191	hodnota p
VIERA	36.64397	0.000000
SPRÁV.	25.25509	0.000000
INFORM.	34.35690	0.000000
AKTIV.	71.28439	0.000000

Pozn.: viera – viera v existenciu Boha, správ. – podriadenie správania viere, inform. – získavanie informácií o viere, aktiv. – účasť na živote náb. spoločenstva.

Tabuľka 2. Celkové skóre indikátorov sledovaných stránok religiozity.

Priemery štyroch skupín respondentov.

STAT. ZÁKL. ŠTAT	Tabuľka priemerov N=195		
Náboženská obec	Miera relig. Priemer	N	Miera relig. Štd.odch.
Katol.	3.541667	66	0.766590
Evanjel.	3.770000	25	0.865785
Svedk. Jeh.	4.565217	46	0.343328
Žiadna	2.534483	58	0.839601
Celkove	3.512821	195	1.040031

Tabuľka 3. Výsledky faktorovej analýzy dotazníka PSNŽS 2.

Osem variánt správania v štyroch situáciách.

STAT. FAKTOR. ANALÝZ A	Faktorové náboje (Varimax normalized) Metóda hlavných komponentov (Označené váhy > .50000)				
	Faktor 1 PAS	Faktor 2 SAM	Faktor 3 OPV	Faktor 4 INF	Faktor 5 EMO
SI V1	.102690	-.729886*	-.074703	.125963	-.062244
SI V2	-.120528	-.171292	.031344	.544221*	.101244
SI V3	.152719	.934981	.024323	.508513*	.133881
SI V4	.635250*	.188672	-.004068	.191268	.069707
SI V5	.007280	.148906	.993004*	.037961	-.119307
SI V6	.539442*	-.252980	.106932	-.313055	.217721
SI V7	.231766	-.246995	-.209899	-.267297	.475287
SI V8	.008197	.125905	-.059362	.039543	.828340*
SII V1	-.159363	-.780656*	-.140562	.034249	.129017
SII V2	-.025328	-.165181	.179163	.580928*	-.072225
SII V3	.160172	.424159	.194560	.318473	-.127741
SII V4	.745613*	.170861	.099662	.137893	-.121729
SII V5	.045688	.156167	.992726*	.083248	-.129599
SII V6	.560552*	-.196707	-.096846	-.118539	.227596
SII V7	.321266	-.172564	-.216003	-.199998	.457902
SII V8	.047003	.064586	-.051429	.056525	.793081*
SIII V1	.003347	-.771570*	-.190490	.161353	.034643
SIII V2	.007438	-.153811	-.169989	.701698*	-.033534
SIII V3	.076561	.355003	.090999	.472800	.019350
SIII V4	.676507*	.173529	.102199	.054307	-.058683
SIII V5	.102578	.151373	.921152*	.023776	-.036270
SIII V6	.518093*	-.241918	.052035	-.377379	.240797
SIII V7	.379780	-.259978	-.089661	-.237687	.357829
SIII V8	-.055083	.094308	.096189	.133855	.806847*

STAT. FAKTOR. ANALÝZ A	Faktorové náboje (Varimax normalized) Metóda hlavných komponentov (Označené váhy > .50000)				
Premenné	Faktor 1 PAS	Faktor 2 SAM	Faktor 3 OPV	Faktor 4 INF	Faktor 5 EMO
SIV V1	.028989	-.777189*	-.148268	.123635	-.079038
SIV V2	.029007	.099099	.058971	.679143*	-.147203
SIV V3	-.063272	-.559875*	.019159	.318295	.052828
SIV V4	.725363*	.198986	.004798	.098098	.016302
SIV V5	-.020173	.126129	.933081*	.023823	-.094846
SIV V6	.444707	-.199987	-.158650	.135768	.354297
SIV V7	.155373	-.209831	-.381252	-.133681	.506161*
SIV V8	-.022973	.043954	-.098911	-.079717	.787199*
Eigenval.	6.165586	4.272924	2.907110	2.540446	2.224213
Variancia	19.26796	13.35289	9.08972	7.93889	6.95066

Pozn. 1: SI – situácia vážneho ohrozenia zdravia, SII – situácia konfliktu v blízkych interpersonálnych vzťahoch, SIII – situácia nedostatku finančných prostriedkov, SIV – situácia existenciálnej krízy.

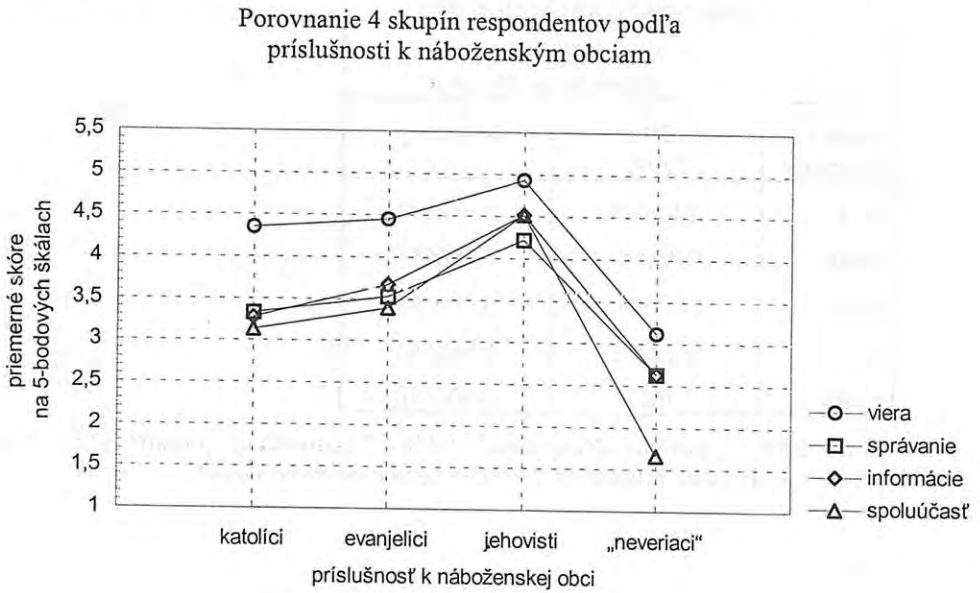
Pozn. 2: V1 – po premyslení postupu samostatne riešim situáciu, V2 – pred prijatím rozhodnutia sa budem snažiť získať ďalšie informácie o situácii, ktorá vznikla, V3 – požiadam iných ľudí o podporu a rady, ktoré využijem pri riešení danej situácie, V4 – radšej počkám na riešenie iných, aby som sa vyhol riziku vlastného nesprávneho postupu, V5 – obrátim sa k Bohu s vierou, že usmerní moje rozhodnutie, V6 – príjmem situáciu ako fakt, 5 ktorý nemôžem zmeniť, neurobím nič a čakám, ako sa situácia vyvinie, V7 – budem vzniknutú situáciu zľahčovať, hľadať rozptýlenie, aby som na ňu zabudol, V8 – situácia vo mne vyvoláva prudké citové reakcie v podobe hnevu, plaču, paniky, strachu.

Tabuľka 4. Vplyv činiteľa „príslušnosť k náboženskej obci“ na preferenciu všeobecnejších postupov (stratégií) riešenia náročných situácií.

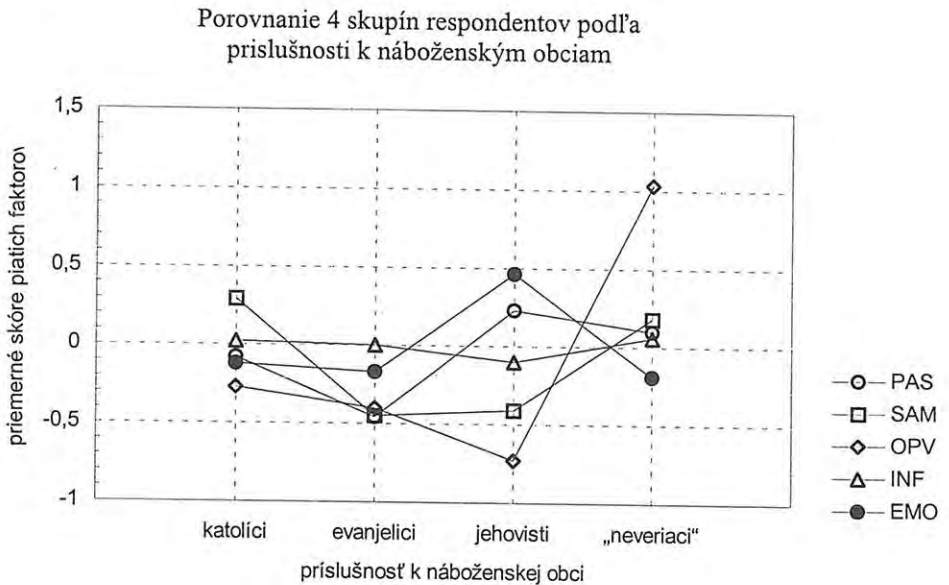
STAT. ANOVA	Nezávislá premenná: príslušnosť k náb. obci	
	Závislé premenné	F (df1,2) 3,191
PAS	2.84967	0.038691
SAM	7.49900	0.000090
BOH	62.86668	0.000000
INF	0.22211	0.880962
EMO	4.76236	0.003170

Pozn.: PAS – „pasívne vyčkávanie“, SAM – „samostatný postup“, OPV – „opora vo viere“, INF – „získavanie informácií“, EMO – „emocionálne reakcie“.

Obrázok 1. Ukazovatele religiozity



Obrázok 2. Preferencia stratégií zvládania náročných situácií



Skupinové riešenie a zvládanie situácií psychickej záťaže

Mária BRATSKÁ

Katedra psychológie Filozofickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave

Človek sa počas svojho biodromálneho vývinu stretáva so širokým spektrom situácií psychickej záťaže (neprimerané úlohy, problémové, frustrujúce, deprivujúce, konfliktové, stresové situácie, životné krízy). Od narodenia po smrť tvoria míľniky na životnej ceste každého z nás a súčasne sú tým najprirodzenejším učebným materiálom, ktorý máme k dispozícii.

Mnohé situácie psychickej záťaže, či už vo vyhrotených, alebo aj v bežných životných podmienkach môžu predstavovať miernejší stupeň psychickej záťaže pre človeka, keď bol dopredu s ich podstatou adekvátne odborne oboznámený a vie o čo v nich ide. Taktiež spôsoby, akými pristupuje k ich riešeniu a zvládaniu závisia od toho, či dôsledky rôznych možností pozná, uvedomuje si ich a či vôbec ovláda konštruktívne, efektívne formy postupov, či je na ne pripravený. V takých prípadoch sa človek ľahšie zorientuje, neústredí sa len na prekážky a ujmu, hľadá a berie do úvahy aj možné podporné faktory smerujúce k riešeniu danej situácie a zvládnutiu záťaže.

Autorka najskôr v príspevku objasňuje čo spôsobilo, že problematika riešenia a zvládania situácií psychickej záťaže sa stala centrom zamerania jej práce. Vďaka za to triáde: veda, výučba, prax. Výskumné zistenia dokumentujú pestrosť zastúpených typov situácií psychickej záťaže, rôzne spôsoby ich riešenia a množstvo stratégií zvládania, čo robí túto tému príťažlivou a zaujímavou. Počas výučby sociálnej psychológie na viacerých katedrách FFUK v Bratislave a výberových prednášok zameraných na danú problematiku na katedre psychológie sa stretáva so záujmom študentov osvojiť si veľa poznatkov z tohto, ako zdôrazňujú pre život dôležitého okruhu. Oceňuje najmä ich snahu narušiť častý stereotyp – vnímať situácie psychickej záťaže prevažne v negatívnej polohe. Uvedené dva veľmi silné impulzy dopĺňa tretí. Sú to požiadavky praxe. Rozhodnutie venovať sa danej problematike najviac ovplyvnili besedy, školenia a výcviky na základe konkrétnych požiadaviek z praxe. Záujem žiakov, učiteľov, vychovávateľov, školských psychológov o tieto otázky v rámci projektov: Zdravá škola, Primárna prevencia drogovej závislosti. Hľad po problematike efektívneho riešenia a konštruktívneho zvládania situácií psychickej záťaže zo strany pracovníkov v adaptačnej dobe na niektorých inštitúciách, ale aj zo strany vedúcich pracovníkov, ľudí telesne a zdravotne postihnutých, poslucháčov Univerzity tretieho veku v Bratislave a iných.

V ďalších častiach príspevku autorka informuje o tom, ako vznikol model programu sociálnopsychologického výcviku (ďalej SPV): Konštruktívne riešenie a zvládanie situácií psychickej záťaže (ďalej program). Približuje východiská, zameranie a cieľ programu.

Program poskytuje účastníkom vzhľad do skupinového riešenia a zvládania situácií psychickej záťaže s možnosťou oboznámiť sa, porovnať a osvojiť si rôzne varianty postupov, v súlade s uvedením si možných dôsledkov. Keďže ide o model programu, možno ho upravovať podľa potrieb skupín i jednotlivých účastníkov výcviku.

Program je zameraný na: – konštruktívne, efektívne a tvorivé riešenie a zvládanie situácií psychickej záťaže, – podporu aktívnej adaptácie na zložité podmienky v sociálnom systéme, – rozvoj spôsobilosti komunikovať a jednať s ľuďmi, – prehĺbenie asertívneho sebaapresadzovania

vania a empatie. Na základe lepšieho sebazpoznania umožňuje reálnejšie plánovať využitie osvojených zručností.

Základným psychologickým cieľom programu je zvýšiť sociálnu kompetenciu účastníkov v smere konštruktívneho, efektívneho a tvorivého riešenia a zvládania situácií psychickej záťaže. Tento cieľ sa dosahuje prostredníctvom špecifických cieľov, v ktorých si účastníci osvojujú a prehľbujú: – základné spôsobilosti komunikovať a jednať s ľuďmi zvyšovaním vlastnej verbálnej a neverbálnej komunikácie; – vlastné sebazpoznanie a poznanie iných, ktoré tvorí základ účinnej interakcie s ľuďmi v školskej, pracovnej a mimopracovnej oblasti; – adekvátnejšie vnímanie a poznávanie iných ľudí, vcítenie sa do ich postavenia, myslenia a prežívania, ich primeranejšie posudzovanie; – poznatky v podstate, výskyte a dôsledkoch rôznych typov situácií psychickej záťaže v sociálnom systéme; – rôzne varianty postupov riešenia a stratégie zvládania situácií psychickej záťaže v sociálnom systéme, v súlade s uvedovaním si možných dôsledkov; – spôsobilosti utvárať atmosféru spolupráce, konštruktívneho, efektívneho a tvorivého riešenia i zvládania záťažových situácií v skupine, asertívneho správania a komunikácie; – základy metód prevencie nadmernej psychickej záťaže.

Citovaný model programu predkladá realizáciu obsahu prostredníctvom moderných aktivizujúcich metód sociálnej psychológie.

Sociálnopsychologický výcvik sa uskutočňuje na princípe aktívneho sociálneho učenia v širšom chápaní, ktorým sa rozumie systém zámerného a cieľavedomého osvojovania si poznatkov, postojov a spôsobilostí vlastnou činnou účasťou na práci skupiny, resp. na riešení problémov v interakcii s ostatnými členmi výcvikovej skupiny. Za podstatu takto chápaného aktívneho sociálneho učenia sa považuje utváranie postojov v priebehu činnosti a získavanie zručností v realizovaných aktivitách, na základe vlastnej skúsenosti, prostredníctvom prežívania a spätnej väzby v rámci intraskupinovej interakcie.

Po priblížení aj ďalších predpokladov autorka rozoberá skúsenosti a poskytuje odporúčania na základe početných aplikácií programu Konštruktívne riešenie a zvládanie situácií psychickej záťaže, v malých skupinách.

Za veľmi podnetné a účinné považuje autorka prepojenie tréningových možností empatickej asertivity a zvládania reálnych záťažových situácií účastníkov. Ich zvýšená motivácia môže utvárať dobrú východiskovú bázu pre vhl'ad do aktuálnej záťažovej situácie. Vedie k zvýšenej snahe pochopiť motívy činnosti jej aktérov, zamýšľať sa nad účinnými formami ich riešení, voľbe prostriedkov a zvažovaní dôsledkov.

Osobitnú časť príspevku tvorí rozbor najčastejších stimulov a bariér objavujúcich sa u účastníkov počas skupinového riešenia a zvládania situácií psychickej záťaže.

Na záver autorka informuje a možnostiach využitia programu Konštruktívne riešenie a zvládanie situácií psychickej záťaže.

Je to tá najpraktickejšia príprava na život. Domnieva sa, že aplikácia takéhoto programu je opodstatnená nielen v pregraduálnom a postgraduálnom vzdelávaní psychológov (vrátane školských psychológov), ale aj v rámci vzdelávania pedagógov, sociálnych pracovníkov, managerov, i ďalších odborníkov, v činnosti ktorých dominuje priamy kontakt s ľuďmi. V modifikovanej podobe by bolo možné takto zameraný program aplikovať u rôznych skupín v rámci biodromálneho vývinu, prostredníctvom celoživotného vzdelávania (napr. žiaci ZŠ, študenti stredných škôl, vysokoškooláci, poslucháči postgraduálnych, doplnkových foriem štúdia, UTV a i.).

Literatúra

BRATSKÁ, M.: Vieme riešiť záťažové situácie? 1. vyd. Bratislava, SPN 1992a. 152 s.

BRATSKÁ, M.: Metódy aktívneho sociálneho učenia a ich aplikácia. 1. vyd. Bratislava, Univerzita Komenského 1992b. (dotlač 1994). 137 s.

BRATSKÁ, M.: Konštruktívne riešenie a zdoľovanie situácií psychickej záťaže. (Záverečná práca postgraduálneho štúdia Metódy aplikovanej sociálnej psychológie.) Praha 1993. 55 s., Univerzita Karlova. Fakulta filozofická. Katedra psychológie.

HERMOCHOVÁ, S.: Metody aplikované sociální psychologie. 1. vyd. Praha, SPN 1982. 208 s.

HERMOCHOVÁ, S.: Kurz metódy aplikovanej sociálnej psychológie II. 1. vyd. Bratislava, Dom techniky 1990.

MEDZIHORSKÝ, Š.: Širší pojetí aktivního sociálního učení. In: Sedlák, J. a kol.: Metody aktivního sociálního učení. 1. vyd. Praha, SPN 1985. s. 117–128.

MEDZIHORSKÝ, Š.: Sociálně psychologické aspekty vysokoškolské výuky. In: Kapitoly o vysokoškolské výuce. II. část. Formy a metody výuky na vysoké škole. 1. vyd. Praha, Ústav rozvoje vysokých škol ČSR 1989, s. 196–213.

Súhrn

Autorka najskôr v príspevku objasňuje čo spôsobilo, že problematika riešenia a zvládania situácií psychickej záťaže sa stala centrom zamerania jej práce. Vďaka za to triáde: veda, výučba, prax.

V ďalších častiach príspevku autorka informuje o tom, ako vznikol model programu sociálnopsychologického výcviku (ďalej SPV): Konštruktívne riešenie a zvládanie situácií psychickej záťaže (ďalej program). Približuje východiská, zameranie a cieľ programu. Program poskytuje účastníkom vhlad do skupinového riešenia a zvládania situácii psychickej záťaže s možnosťou oboznámiť sa, porovnať a osvojiť si rôzne varianty postupov, v súlade s uvedením si možných dôsledkov. Keďže ide o model programu, možno ho upravovať podľa potrieb skupín i jednotlivých účastníkov výcviku.

Základným psychologickým cieľom programu je zvýšiť sociálnu kompetenciu účastníkov v smere konštruktívneho, efektívneho a tvorivého riešenia a zvládania situácii psychickej záťaže. Citovaný model programu predpokladá realizáciu obsahu prostredníctvom moderných aktivizujúcich metód sociálnej psychológie, v malých skupinách (od 5 do 15 účastníkov). Sociálnopsychologický výcvik sa uskutočňuje na princípe aktívneho sociálneho učenia v širšom chápaní.

Za veľmi podnetné a účinné považuje autorka prepojenie tréningových možností empatickej asertivity a zvládania reálnych záťažových situácií účastníkov. Ich zvýšená motivácia môže utvárať dobrú východiskovú bázu pre vhlad do aktuálnej záťažovej situácie. Vedie k zvýšenej snahe pochopiť motívy činnosti jej aktérov, zamýšľať sa nad účinnými formami ich riešení, voľbe prostriedkov a zvažovaní dôsledkov.

Osobitnú časť príspevku tvorí rozbor najčastejších stimulov a bariér objavujúcich sa u účastníkov počas skupinového riešenia a zvládania situácií psychickej záťaže.

Na záver autorka informuje o možnostiach využitia programu Konštruktívne riešenie a zvládanie situácií psychickej záťaže. Domnieva sa, že aplikácia takéhoto programu je opodstatnená nielen v pregraduálnom a postgraduálnom vzdelávaní psychológov (vrátane školských psychológov), ale aj v rámci vzdelávania pedagógov, sociálnych pracovníkov, managerov, i ďalších odborníkov, v činnosti ktorých dominuje priamy kontakt s ľuďmi. V modifikovanej podobe by bolo možné takto zameraný program aplikovať u rôznych skupín v rámci biodromálneho vývinu, prostredníctvom celoživotného vzdelávania (napr. žiaci ZŠ, študenti stredných škôl, vysokoškoláci, poslucháči postgraduálnych, doplnkových foriem štúdia, UTV a i.).

Nové trendy v péči o zdravotne postihené

Podajme ruku psoriatikom

Milina BUBENÍKOVÁ

Ústav ošetrovateľstva JLF UK, Martin

Názov mojej prednášky by mohol možno znieť aj ako otázka „**PODÁME RUKU PSORIATIKOM?**“. Svoj príspevok chápem ako snahu obrátiť pozornosť psychológov a iných odborníkov aj na túto skupinu chorých, ale súčasne aj nadviazanie spolupráce s tými, ktorí majú v tejto oblasti väčšie skúsenosti.

K práci s pacientami s psoriázou a atopickým ekzémom som sa dostala skôr náhodou. Bola mi daná ponuka aj na neskoršiu spoluprácu, keď bude vytvorené Denné centrum chronických kožných ochorení. Bola by to práca v tíme viacerých odborníkov, tak ako je to v zahraničí. Pacienti s psoriázou totiž nepotrebujú tak často nemocničné liečenia, stačilo by im denne dochádzať do centra, kde by sa mohli podrobiť potrebnej liečbe.

Čím sa viacej dostávam do problematiky týchto pacientov, tým viacej zisťujem, že potrebujú našu pomoc. Presvedčajú ma o tom aj osobné stretnutia s nimi v klube, kedy hovoria o svojich problémoch. Vďaka tomu, že náš kontakt zatiaľ nie je na profesionálnej úrovni **psychológ-pacient**, mám možnosť sa dozvedieť o problémoch, ktoré by som možno inak nezistila.

Význam kože pre náš život si uvedomíme obyčajne až vtedy, keď sa objavia nejaké problémy. Koža je **hranicou** medzi našim telom a vonkajším prostredím. Práve preto, že je v kontakte s vonkajším prostredím je tu aj väčšia možnosť poškodenia. Zmeny na koži môžu byť spôsobené aj vnútornými činiteľmi, napr.: hormonálnymi, metabolickými, emocionálnymi. Zmena spôsobená vonkajším prostredím vyvolá zmenu aj v správaní, prežívaní človeka. Čiže ak očerveníme, lebo nám je príliš teplo, poškrabali sme sa vetvou stromu, alebo sme si kožu poranili pri páde, ovplyvní to aj naše správanie, prežívanie. Významné aj to, ktorej časti tela sa to týka. Omnoho horšie vnímame zmeny na tvári a na rukách, čiže na viditeľných častiach. Ale napr. aj na tvári nie každá časť je vnímaná rovnako negatívne. Zmeny na nose sú prežívané horšie ako na iných častiach. Ale aj tu vidíme interindividuálne rozdiely. Každý človek môže mať inú oblasť, na ktorú je citlivejší. Nie je vzťah medzi veľkosťou poškodenia alebo zmeny a veľkosťou reakcie. Prečo sa vlastne zmeny na koži prežívajú negatívne? Koža je vnímaná ako „**výkladná skriňa**“ človeka. Často sa vzhľad kože spája so spôsobom života. Preto zmeny na koži ovplyvnia sebaobraz, imidž človeka. Ťažko si môžem o sebe myslieť, že som pekná žena, ak moja koža nie je hladká. Ovplyvní to aj sebaúctu, sebavedomie. Pritom sa nemusí jednať o nejaké závažné ochorenie.

Napriek tomu, že si to málo uvedomujeme, koža je druhým najdôležitejším **zmyslovým orgánom**. Ľudia často nevedia, aké množstvo informácií prijímame kožou. Väčšinou si to uvedomíme len v niektorých situáciách ako napr. pri potyku s milovanou osobou alebo naopak s osobou pre nás nepríjemnou. **Koža je dôležitá aj pri komunikácii**. To čo prežívame, ako sa cítíme často nášmu sociálnemu prostrediu odovzdávame kožou (začervenanie, zblednutie, potenie atď.), ale aj iné informácie ako pokoj, nepokoj, lásku. A práve v tejto oblasti

kommunikácie a zmyslového kanálu majú ľudia chorí na psoriázu ťažkosti. Nielen v kontakte s inými ľuďmi, ale aj v kontakte s blízkymi, s intímny partnerom. Preto práca s touto skupinou by mala zahŕňať nielen **klienta**, ale aj **jeho rodinu**. Mali by sme sa zamerať aj na **širšiu spoločnosť**, snažiť sa o **zmenu postoja zdravých ľudí**. Chronické ochorenie kože totiž znamenajú problémy nielen pre chorého ale aj pre jeho okolie. Zatiaľ zdraví ľudia by si mali uvedomiť, že toho ochorenie nie je infekčné, ale taktiež, že nikto z nás nie je imunný voči nemu. Prípadov ochorenia na psoriázu pribúda. Žijeme v dobe plnej stresových situácií a práve **stres** je jedným zo **spúšťačích mechanizmov** psoriázy. To znamená, že každý človek môže byť potenciálnym chorým, ak získal (zdedil) predispozície. Ale môže sa stať aj to, že niekto s predispozíciou nemusí vôbec ochoriť. Negatívny vzťah k týmto ochoreniam spôsobuje aj to, že niektorí pacienti sa vyhýbajú návšteve dermatológa a predkladajú iné ochorenie ako dôležitjšie.

Okrem týchto problémov, ktoré im sťažujú vyrovnávanie sa s chorobou som sa stretla aj s problémom **časovým**, skôr v negatívnej podobe. Vyjadrovali pocit beznádeje, neúspešnosti liečby, nezlepšovania zdravotného stavu. Mali dojem, že aj liečba, ktorá bola v minulosti úspešná, ako by sa stala menej úspešnou, alebo dokonca ako by zhoršovala ich zdravotný stav.

Toto všetko ma presvedča, že títo pacienti naozaj potrebujú našu pomoc, čiže okrem dermatológov aj **pomoc psychologickú, psychoterapeutickú**. A to nielen pre zlepšenie liečby, ale aj ako pomoc pri vyrovnávaní sa s chorobou a pri zvládaní stresových situácií.

Psychologická péče o pacienty léčené Gama nožem

Martin KORÁN

Neurochirurgické odd., Nemocnice Na Homolce, Praha 5

Souhrn

I přes prohlubující se kritiku našeho zdravotnictví se objevují stále nové a sofistikované diagnostické a léčebné techniky, které umožňují zachraňovat životy lidem, odsouzeným ještě před několika lety k jisté smrti. Nukleární magnetická rezonance, Leksellův gama nůž či Viewing Wand jsou jen příklady toho, s čím se může pacient v dnešní nemocnici setkat. Psycholog pracující v současném zdravotnickém zařízení se stává důležitým členem lékařského týmu, obohacujícím technickou stránku léčení o dimenzi empatické pomoci člověku v tíživé životní situaci.

Referát používá Leksellův gama nůž jako určitý modelový příklad, upozorňuje na výskyt negativních emočních stavů spojených s očekáváním určitého léčebného výkonu. Na základě zjištění subjektivního prožívání nemocných pomocí jednoduchých dotazníků a sebeposuzujících škál je prováděna individuální psychoterapie.

Dovolte mi zauvažovat krátce nad podtitulem našeho setkání, který zní „Rozumíme si ještě?“. Možná, že je užitečné, abychom si sami navzájem porozuměli, vždyť jednotlivých psychologických disciplin a specializací je takové množství, že se jen obtížně dohovoříme absolventi jednoho ročníku působící v různých oblastech aplikované psychologie. Co však pokládám za ještě závažnější, než abychom si navzájem rozuměli, je to, abychom se snažili porozumět svým klientům a pacientům, abychom je dokázali chápat a pomohli jim vyznat se v soudobé medicíně. Moderní medicína je technicky specializovaná až superspecializovaná a novodobý lékař je presentován jako vševědoucí a nechybující muž v bílém, jehož výrazným charakteristickým rysem je podle H. Haškovcové (Lékařská etika, 1994) evidentní technokraticismus. Nemocní oceňují pokroky v medicíně, jsou vděční za záchranu života, ale současně kritizují technokratickou atmosféru a sníženou empatii u lékařů. Klinický psycholog působící v nemocnici může tuto technickou medicínu humanizovat, obohatit ji o dimenzi lidské účastné pomoci. Rád bych tento příspěvek pojal poněkud obecněji, protože i když pracuji na NCH oddělení NNH a někteří pacienti se podrobují radiochirurgickému výkonu na Leksellově Gama noži, může být celý postup brán jako určitý model psychologické péče o somaticky nemocné.

Radiochirurgie je stereotaktická intrakraniální operace, při níž jsou výkony prováděny nikoliv typicky chirurgickou cestou, ale pomocí fokusovaného ozáření, centrovaného z několika míst do jednoho ložiska, takže odpadá potřeba trepanace. Leksellův gama nůž je tvořen radiační jednotkou s 201 zdrojem Co^{60} (gama nůž), stereotaktickým instrumentariem (rámem) a plánovacím systémem (gamaplánem). Radiochirurgická operace začíná nasazením stereotaktického koordinačního rámu na hlavu pacienta, pokračuje neuroradiologickým vyšetřením dle povahy onemocnění (CT, NMR, angiografie). Poté následuje vypracování plánu

ozáření a konečně vlastní provedení radioterapeutického výkonu na gama noži, což může trvat od několika minut až po několik desítek minut.

Léčení pomocí Gama nože se svým výrazně přírodovědně-technickým přístupem k nemocnému může být nezaujatým pozorovatelem hodnoceno jako manipulativně neosobní tím, že poněkud opomíjí psychosociální stránku. Jak se zdá, jedná se o problém celosvětový. Automatické rešerše biomedicínské literatury (MEDLINE), aktualizované ke konci roku 1995, nepřinesly zatím žádné konkrétní poznatky o sledování psychologické problematiky nemocných léčených pomocí Gama nože, o sledování změn jejich psychického stavu či o možnosti jejich psychologického ovlivňování kdekoli ve světě. Dokonce ani základní literatura (8), či dostupné sborníky referátů z mezinárodních konferencí o léčení pomocí Gama nože, neuvádějí žádné konkrétní poznatky o těchto psychosociálních souvislostech. Dle osobního sdělení prof. B. Larsona na předloňské konferenci o Gama noži na Homolce má zdejší pracoviště v tomto směru určité prvenství.

Dlouhá léta jsem se zabýval zkoumáním chování člověka v zátěži, v přirozených životních podmínkách, především u nemocných, podrobujících se závažnému chirurgickému výkonu a tímto tematem se zabývám dosud.

Každé složitější onemocnění či operace vyžadující hospitalizaci je považováno za závažnou životní událost – Life-events (16), představující pro pacienta změnu navyklého způsobu života a rozvinutí nové, nezvyklé či zvýšené aktivity a přizpůsobování. Psychologický význam hospitalizace se liší podle individuality nemocného a jeho osobnostní struktury, povahy, rozsahu a trvání nemoci, dřívějších výkonů, anticipované perspektivy a rovněž dle charakteru nemocnice a důvěry v lékaře.

Pacienti, podrobující se léčení Leksellovým Gama nožem, mají jednak strach a obavy z vlastního onemocnění, jednak obavy z procedury, která je pro většinu z nich přes dosavadní osvětu laické i odborné veřejnosti zatím poměrně málo známá. Dokonce samo označení „Gama nůž“ implikuje u nemocných spíše negativní konotace.

Z přehledu literatury, týkající se klasické radioterapie, je známo, že radioterapie (obdobně jako chirurgické výkony) je považována za fyzický a emoční stres (5, 10, 11). Pacienti od počátku léčby vykazují zřetelný stupeň obav, úzkosti, deprese a sociální izolace. Jiná studie konstatuje, že podrobení se radioterapii znamená především schopnost vyrovnat se (coping) se stresem (9). Studie prováděné u chirurgicky nemocných dokazují, že psychologická příprava a zejména přípravné informace snižují negativní emoční reakce po operaci (1, 4, 12). Rovněž studie u nemocných léčených radioterapeuticky naznačují, že tito nemocní oceňují poskytování informací (9, 17). Důležité jsou zejména konkrétní objektivní informace, charakterizované následovně:

1. popisy fyzických prožitků vyskytující se u většiny jedinců v průběhu léčby, tj. co může být pacienti očekáváno v různých smyslových modalitách.

2. popis prostředí, v němž se léčebný postup realizuje.

3. časové charakteristiky léčebného postupu, včetně následnosti jednotlivých kroků.

Literární poznatky o efektu psychologické přípravy u chirurgicky nemocných (15, 18), o individuální a skupinové psychoterapii v průběhu radioterapie (6, 7), i vlastní předchozí zkušenosti s kardiochirurgicky nemocnými (10, 11), hodnotí pozitivně efekt psychoterapeutické intervence na snížení negativních emočních reakcí v průběhu i po ukončení léčby. Proto bylo od začátku zahájení léčby pomocí Leksellova Gama nože na oddělení stereotaktické a radiační

neurochirurgie Nemocnice Na Homolce základní úlohou psychologa v péči o nemocné léčené Gama nožem:

1. zjišťování subjektivního prožívání nemocných
2. možnost jejich záměrného psychologického ovlivňování

Psycholog má v terapeutickém týmu na starost psychosociální dimenzi léčby a zaměřuje se jednak na objektivizaci prožívání jednotlivých nemocných v průběhu celé hospitalizace, tj. před, během i po výkonu. Na základě těchto poznatků pak psycholog provádí psychologickou přípravu pacientů na výkon, odstraňuje jejich negativní prožitky, zejména úzkost, strach a obavy z celého postupu, event. klaustrofobii při ozařování v uzavřeném ozařovacím prostoru. Díky předchozím zkušenostem s komplexní psychologickou péčí o kardiochirurgicky nemocné (11), byl zvolen následující postup:

a) Rozsáhlý vstupní rozhovor s každým nemocným bezprostředně po jeho příchodu na oddělení, postihující jeho očekávání, vyrovnání se s nutností výkonu, jeho subjektivní význam nemoci, jeho představy o připravovaném výkonu, včetně jeho dosavadní informovanosti. V této fázi je kladen důraz na navázání pozitivního emočního vztahu, napomáhajícího rychlejší adaptaci nemocného na očekávaný výkon. Verbální informace o celé proceduře poskytované psychologem a dalšími členy týmu jsou vhodně doplněny písemnou brožurou, která obsahuje souhrn všech potřebných informací. Jako nesmírně užitečný se osvědčil instruktážní videofilm pro pacienty, který názorně seznamuje pacienty se všemi nezbytnými informacemi o délce hospitalizace, přípravě před vlastním výkonem i o průběhu celé procedury, což napomáhá vytvoření přesných kognitivních očekávání podle přísloví, že „jednou vidět je lepší než stokrát slyšet“. Z důvodů pozitivního ovlivňování je rovněž výhodné umístit čekajícího pacienta na pokoj, v němž leží pacient po prodělaném výkonu na Gama noži.

b) Po vstupním rozhovoru následovalo úvodní psychologické vyšetření, zaměřené na základní osobnostní rysy (emoční labilita–stabilita, extroverze–introverze) pomocí Eysenckova dotazníku (13), dále na globální psychopatologické projevy (např. úzkost, subdepresivní ladění, somatizaci potíží, senzitivitu, apod. pomocí dotazníku SCL 90 (3) a zejména na dynamiku jejich subjektivního prožívání (např. psychické pohody, čínorodosti, aktivity–napětí, úzkosti, sklíčenosti a deprese) pomocí jednoduchého dotazníku SUPOS 7 (14). Tato sebeposuzující škála subjektivních pocitů a stavů byla aplikována nejen v den příchodu nemocného k hospitalizaci, ale i ráno před vlastním výkonem na Gama noži a rovněž i v den ukončení hospitalizace. Tak bylo možno určit, které změny jsou podmíněny trvalejší osobnostní strukturou nemocného, a které jsou spíše situační povahy. Psychologické vyšetření se provádělo pouze u nemocných ve věku mezi 17 a 65 lety, kteří vyjádřili kvalifikovaný souhlas s účastí ve studii.

Celkový počet je 212 osob, z toho 104 žen a 108 mužů, v průměrném věku 39,2 roku. Tento počet není shodný s konečným počtem nemocných léčených na Gama noži.

Nyní se pokusím stručně uvést některé dílčí výsledky, které jsou zatím ještě ve fázi definitivního zpracování a které jsou ve shodě s našimi hypotetickými očekáváními. V období před operací byla hodnota extroverze spíše nižší, zatímco neuroticismus ve srovnání s obecnou populací byl poněkud zvýšen. Z projevů globální psychopatologie vystoupily do popředí v den příchodu do nemocnice zvýšené hodnoty somatizace potíží, obsese, subdepresivní ladění a úzkost. Naopak hrubší psychopatologické projevy (fobie, paranoidní tendence a psychotismus) byly nižší. Pokud jde o ukazatele aktuálního psychického stavu, je možno obecně říci, že v den přijetí do nemocnice jsme pozorovali u nemocných nižší hodnoty pozitivně laděných stavů (pohoda, aktivita, čínorodost), zatímco negativní stavy byly výrazněji zvýšené.

V den propuštění se naopak pozitivní dimenze aktuálního psychického stavu výrazně zvýšily, zatímco negativní statisticky významně poklesly. Je samozřejmé, že se jedná o průměrné hodnoty, platné pro celou skupinu nemocných léčených Gama nožem.

c) Na základě takto zjištěných poznatků bylo možno u jednotlivých nemocných, jejichž vstupní hodnoty vysoce překračovaly parciální normy, začít s cíleným, individuálně zaměřeným psychoprophylaktickým a psychoterapeutickým postupem s využitím metod racionální a empatické psychoterapie (19, 20). S úspěchem byly použity psychoterapeutické techniky (vzhledem k délce hospitalizace) spíše krátkodobého charakteru, zaměřené zejména na snižování negativního prožívání v období před výkonem (2) – např. formování přesných kognitivních očekávání na základě verbálního, písemného i vizuálního informování (1), tzv. „emoční inokulace“ (12), techniky vyrovnání se – „coping“ se stresovými podmínkami (18), povzbuzování a dodávání odvahy, krizové intervence, využívání sugesce, některé zkrácené relaxační techniky, event. v odůvodněných případech i použití hypnozy. V praxi se osvědčil eklektický, vysoce individuální přístup k jednotlivým nemocným, čímž se snižuje negativní dopad onemocnění, ale především léčby a hospitalizace na nemocného. Opakované rozhovory psychologa s jednotlivými nemocnými odhalily některé nové aspekty prožívání vlastního onemocnění a očekávání terapie pomocí Leksellova Gama nože. Zejména na počátku výzkumu udávali nemocní nedostatek adekvátních informací ze strany lékařů, odesílajících je k tomuto výkonu. Pacienti se rovněž vyjadřovali o potřebě důvěry, upřímnosti a o ubezpečení oprávněné naděje. Ukazuje se, že díky empatické psychoterapii a objektivnímu informování napomáhajícímu přesnému kognitivnímu očekávání se snižují negativní prožitky nemocných. Kladné výsledky psychologické péče o nemocné léčené Leksellovým Gama nožem jsou jednak přímo pozorovány v chování nemocných v průběhu hospitalizace, jednak jsou zjišťovány z výsledků dotazníků vyplňovaných nemocnými v den propuštění (event. v některých případech z rozhovorů a katamnesticky zadávaných dotazníků při kontrolním vyšetření po šesti měsících). Je pochopitelné, že v takto předběžně koncipované studii zatím chybí podrobně zpracované číselné údaje, dokládající výše uvedené.

Cílem a smyslem takto koncipované psychologické péče o nemocné léčené Leksellovým Gama nožem (pochopitelně v nezbytné spolupráci s ostatními členy týmu) musí být vždy prospěch nemocného, zejména pokud jde o poskytování účinné a kvalifikované pomoci tomu, kdo ji v této závažné životní situaci potřebuje. A zde má psycholog díky své erudici, empatickému přístupu i celkovému zaměření na humanitní stránku, své nezanedbatelné místo. Zkušenosti našich pacientů jsou v tomto směru jednoznačné.

Rád bych proto pozornost mladších psychologů zaměřil tímto směrem a upozornil je na to, co je pacienty vysoce oceňováno a co by se mohlo stát náplní práce klinického psychologa na obdobných pracovištích – tj. pomoc, podpora a empatický přístup k člověku v tíživé životní situaci.

Literatura

1. Andrew, J. M.: Recovery from surgery with and without preparation instruction for three coping styles. *J. Pers. soc. Psychol.*, 15, 1970, 223–226
2. Birkinshaw, K. Preoperative Approach to Patients. *Anesthesia*, 33, 1978, 483–487
3. Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Covi, L.: HSCL-90: an out-patient psychiatric scale. *Psychopharmacol. Bull.* 9, 1973, 1, 13–28.
4. Egbert, L. D.: Reduction of Postoperative Pain by Encouragement and Instruction of Patients. *N. Engl. J. Med.*, 270, 1964, 825–827
5. Forester, B. M., Kornfeld, D. S., Fleiss, J.: Psychiatric aspects of radiotherapy. *Am. J. Psychiatry*, 135, 1978, 960–962.
6. Forester, B. M., Kornfeld, D. S., Fleiss, J. L.: Psychotherapy During Radiotherapy: Effects on Emotional and Physical Distress. *Am. J. Psychiatry*, 142, 1985, 22–27.
7. Forester, B. M., Kornfeld, D. S., Fleiss, J. L., Thompson, S.: Group Psychotherapy During Radiotherapy: Effects on Emotional and Physical Distress. *Am. J. Psychiatry*, 150, 1993, 1700–1706.
8. Ganz, J. C.: *Gamma Knife Surgery*. Springer Verlag, Wien, New York, 1993.
9. Johnson, J. E., Nail, L.M., Lauer, D., King, K. B., Keys, H.: Reducing the Negative Impact of Radiation Therapy on Functional Status. *Cancer*, 61, 1988, 46–51.
10. Kořán, M.: Psychologická péče o nemocné na chirurgickém oddělení. *Čas. Lék. čes.* 45, 1984, 1361–1365.
11. Kořán, M.: Možnosti a perspektivy uplatnění klinické psychologie v péči o těžce nemocné. *Čs. psychol.* 2, 1986, 163–165.
12. Langer, E. J., Janis, I. L., Wolfer, J. A.: Reduction of Psychological Stress in Surgical Patients. *J. Exp. soc. Psychol.* 1975, 11, 155–165.
13. Miglierini, B., Vonkomer. J.: Eysenckův osobnostní dotazník EOD. *Psychodiagnostika* Bratislava, 1979.
14. Mikšík, O., Břicháček V.: K postihování struktury a dynamiky psychických stavů subjektivní posuzovací škálou SUPOS 7. *Čs. psychol.* 1984, 6, 543–561
15. Mumford, E., Schlesinger. H., Glass, G.: The effect of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks. *Am. J. Public Health*, 1982, 72, 141–151
16. Paykel, E. S., Prusoff, B. A., Uhlenhuth, J.: Scaling of Life Events. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 25, 1971, 340–347
17. Rainey, L.C.: Effects of preparatory patient education for radiation oncology patients. *Cancer*, 1985, 56, 1056–1061
18. Ridgeway, V., Mathews, A.: Psychological Preparation for Surgery: A Comparison of Methods. *Brit. J. Clin. Psychol.*, 1982, 21, 261–280.
19. Salmon, P.: Psychological Factors in Surgical Stress: Implications for Management. *Clinical Psychology Review*, 12, 1992, 681–704.

20. Wallace, L. M.: Psychological Preparation as a Method of Reducing the Stress of Surgery. *J. Human Stress*, 1984, 3, 62-77.

1. Linder, J. M.: Recovery from surgery with and without preparation methods for heart surgery. *Psychiatry*, 1978, 43, 125-138.

2. Bickman, J.: Psychological preparation of patients. *Psychiatry*, 1977, 42, 483-492.

3. Bergman, J. H., Lipman, A. S., Levy, E.: Psychological preparation in outpatient psychiatric clinic. *Psychosomatics*, 1977, 18, 13-20.

4. Linder, J. M.: The Reduction of Preoperative Pain by Investigation and Instruction in Learning. *Psychiatry*, 1978, 43, 452-457.

5. Linder, J. M., Bickman, J. H., Pines, A.: Psychological preparation of patients. *Psychiatry*, 1978, 43, 458-464.

6. Forman, B. M., Kamin, J. H., Pines, A.: Psychological preparation through behavioral rehearsal and physical relaxation. *Am J Psychiatry*, 1982, 139, 22-27.

7. Forman, B. M., Kamin, J. H., Pines, A. I., Thompson, S.: Group Psychotherapy During Preoperative Practice on Emotional and Physical Distress. *Am J Psychiatry*, 1983, 140, 1500-1506.

8. Clark, A. D.: *Group Psychotherapy*. Springer, New York, 1963.

9. Forman, B. M., Pines, A., Kamin, J. H., Pines, A.: Behavioral rehearsal and physical relaxation in the reduction of preoperative distress. *Psychiatry*, 1982, 47, 125-138.

10. Forman, B. M.: Psychological preparation for surgery. *Psychiatry*, 1982, 47, 125-138.

11. Forman, B. M.: Psychological preparation for surgery. *Psychiatry*, 1982, 47, 125-138.

12. Forman, B. M.: Psychological preparation for surgery. *Psychiatry*, 1982, 47, 125-138.

13. Forman, B. M.: Psychological preparation for surgery. *Psychiatry*, 1982, 47, 125-138.

14. Forman, B. M.: Psychological preparation for surgery. *Psychiatry*, 1982, 47, 125-138.

15. Forman, B. M.: Psychological preparation for surgery. *Psychiatry*, 1982, 47, 125-138.

16. Forman, B. M.: Psychological preparation for surgery. *Psychiatry*, 1982, 47, 125-138.

17. Forman, B. M.: Psychological preparation for surgery. *Psychiatry*, 1982, 47, 125-138.

18. Forman, B. M.: Psychological preparation for surgery. *Psychiatry*, 1982, 47, 125-138.

19. Forman, B. M.: Psychological preparation for surgery. *Psychiatry*, 1982, 47, 125-138.

20. Forman, B. M.: Psychological preparation for surgery. *Psychiatry*, 1982, 47, 125-138.

Canisterapie zdravotně postižených

Jiřina LACINOVÁ

Brno

Léčebné působení pomocí kontaktu se zvířetem má dlouhou historii, protože člověk žil vždy v nejtěsnějším kontaktu s různými zvířaty a měl z toho prospěch hmotný i duševní. Protože je přírodou uzpůsoben tak, aby vnímání živých tvorů pro něj mělo prvořadý význam (biofilie), je přirozené, že kontakt s ostatními živými tvory má pro něj význam ve všech důležitých oblastech jeho fungování. Civilizační odcizení a vykořenění z přirozených základů se zákonitě promítlo do psychických, psychosomatických a somatických problémů. Východiskem z nich se stalo znovuobjevení ozdravných sil, pramenících z přírody, mimo jiné též kontaktu se zvířaty a využívání jeho terapeutického efektu.

Prakticky již od 8. století se datuje záměrné terapeutické nasazování zvířecích pomocníků v léčebných zařízeních (Belgie, Anglie, Německo). Již před 200 lety věděli mniši z kláštera v Yorku, že „nemocnému na těle a na duchu pomáhá motlitba a zvíře“. V USA bylo dokumentováno první záměrné terapeutické nasazení zvířat pro rehabilitaci válečných zranění r. 1942 v New Yorku.

Projevy skutečně vědeckého zájmu se datují k začátku 60. let tohoto století, opravdový průlom znamenal rok 1969, kdy byla – zásluhou osobní zkušenosti amerického psychiatra Borise Levinsona s úspěšným použitím psa coby terapii usnadňujícího faktoru – obrácena pozornost lékařů k této nové možnosti. Léčebný efekt „pet-facilitated therapy“ spočívá v použití technik, posilujících dlouhodobé kamarádké vztahy se zvířetem a doplňujících oslabené mezilidské vztahy. Využívá blahodárné účinky soužití se zvířaty na pohybový a kardiovaskulární aparát člověka, využívá silného působení hmatové stimulace na psychiku, pracuje s aktivací pozitivních citů, pocity radosti a potěšení. Podle medicínských kritérií působí dlouhodobý kontakt se zvířetem blahodárně přes mechanismy protiúzkostné, antidepressivní a antistresové. Vliv na psychiku lze hodnotit jako katalyzátor společenských funkcí, regulátor lidského chování a aktivátor vyšších nervových, rozumových funkcí.

Od r. 1980 (Londýn) jsou výsledky bádání v oblasti využívání zooterapií konfrontovány na mezinárodních konferencích o tomto tématu (pořádají se každé 3 roky, pokaždé v jiném státě). K největšímu rozvoji této nové vědní disciplíny došlo v USA, kde se tématu věnovali renomovaní výzkumníci i praktici (Levinson, Corsonovi, Katcher, Lynch, Friedmannová aj.). Všichni zainteresovaní odborníci se shodli, že blízký a dlouhodobý kontakt se zvířaty je provázen příznivými fyziologickými, psychologickými a společenskými stavy, které zlepšují celkové zdraví, upravují psychiku a tím i kvalitu života. Poznatky prolínají do výzkumu lidského a zvířecího chování, všeobecné a speciální pedagogiky, psychologie, psychoanalýzy, psychiatrie, sociologie, gerontologie a gerontopsychiatrie, výzkumu socializace, humánní a veterinární medicíny. Praktické využívání výzkumných poznatků je aplikováno v léčebnách, domovech důchodců, dětských domovech a léčebných zařízeních, věznicích, školách apod. V západní Evropě se praktické použití zvířecích terapií prosadilo trochu později, ale zato rychlým tempem. Z východního bloku jsme zatím dospěli nejdále my a Slovinci.

Nejvíce rozpracovanými oblastmi výzkumu přínosu zooterapií jsou kardiovaskulární medicína (USA, Austrálie), geriatrická socioterapie, pedagogika, psychiatrie, forenzní psychologie, pomoc zdravotně postiženým.

Za nejméně používané terapeutické pomocníky lze přirozeně označit psy, dále kočky, koně, ptáky a drůbež, hlodavce, kozy, ovce, rybičky, využívají se dokonce i plazi a obojživelníci.

S nejnovejšími poznatky v oblasti teorie a praktické aplikace pet-terapií se mohla odborná veřejnost i zánícení amatéři seznámit na poslední, v pořadí již 7. mezinárodní konferenci s názvem „Animals, health and quality of life“, která se konala 6.–9. září 1995 v Ženevě. Pořádala ji mezinárodní asociace IAHAIO (International Association of Human-Animal Interaction Organizations), jejímž 13. členem je od loňska i naše republika (jako první zástupce východní Evropy), a sice prostřednictvím Asociace zastánců odpovědného vztahu k malým zvířatům, jejímž předsedou je Prof. Zdeněk Matějček, CSc. Naše země se na této konferenci mohla prezentovat již dvěma referáty (Mgr. Alice Chamrádová, Praha a PhDr. Jiřina Lacinová, Brno). Účastnilo se jí kolem 600 návštěvníků, předneseno bylo přes 130 referátů v pěti paralelních sekcích. Stěžejními tématy konference byly stanoveny zdraví a kvalita života, a to jak v normální populaci, tak ve zvláštním prostředí a pro zvláštní skupiny lidí, definování problémů, otázek a způsobů měření, a dále otázky udržení kvality života zvířecích společníků v normálním a specifickém prostředí. Cílem konference bylo prezentovat a integrovat nové výzkumné výsledky, diskutovat k teoretickým a metodologickým problémům v základním a aplikovaném výzkumu, stimulovat mezinárodní zájem o toto pole mezi humánními a zvířecími zdravotnickými profesemi, a dále snažit se udržet etický standart v programech se zvířecím společníkem. V tomto smyslu byl vznesen i apel na všechny národní vlády a zainteresované orgány formou deklarace, snažící se o legislativní zakotvení podmínek pro oboustranně přijatelné soužití člověka se zvířaty a zajištění zvláštního statusu terapeutickým zvířecím pomocníkům.

Účasti na této konferenci čeští návštěvníci vděčí též za získání vzácných teoretických podkladů a literatury, již se u nás jinak zcela nedostává.

V naší republice je zatím oficiálně uznána pouze jedna forma terapeutického působení zvířat, a sice hippoterapie – ta jediná má rovněž schválenou metodiku. Zde se jedná o především fyzioterapeutický efekt (i když psychologický přínos rovněž není zanedbatelný), ale u ostatních – dosud podceňovaných – forem jde o psychoterapeutické působení.

O zavádění jiných – tudíž u nás netradičních – forem se pokoušejí např. psychiatrická léčebna v Bohnicích (Dr. Surovátka), Ústav pro postiženou mládež v Brně na Kociánce (K. Krejčí), dále některá menší sdružení, hlavně brněnské sdružení FILIA, pracující již několik let na zavádění a využívání neobvyklé formy působení pomocí psího spřežení na děti a mládež, především zdravotně postiženou. Toto je i ve světovém kontextu velmi originální a vysoce účinná terapeutická forma, o jejichž výsledcích a metodologii právě referovala členka sdružení dr. Lacinová na ženevské konferenci, kde vzbudila značný zájem a ohlas (např. mezi Švýcary, Angličany, Rakušany, Australany aj.)

Programy se psím spřežením (pracovní název canisterapie, který se mezitím – zdá se – zcela vžil) dr. Lacinová realizuje již od r. 1993 (první rok pod hlavičkou jiného sdružení). Jsou stavěny na geneticky zakódované neagresivitě a přátelském vztahu k dětem u rasy aljašský malamut. Přes původní nedůvěru a malou podporu ze strany našich státních orgánů se podařilo realizovat celou řadu programů, jimiž do současnosti prošlo asi 1.000 dětí, z toho zhruba dvě třetiny zdravotně postižených. Postižení dětí byla různá, od mentálních defektů přes smyslové

vady (nevidomí, neslyšící), autismus, tělesná postižení až po kardiaky a revmatiky. Některé akce umožňovaly integraci do zdravé populace.

Terapeutické i propagační programy se dělí na jednorázové akce (např. vystoupení na Dnu dětí, Mikulášské besídce apod.), krátkodobé programy (víkendové pobyty v různých zařízeních a ústavech) a dlouhodobé programy (letní a zimní prázdninové tábory, celoroční výcvikové středisko na škole pro nevidomé). Obsahem těchto programů je systematické působení – různými formami – ve smyslu získávání informací i emočně libých zážitků se saňovými psy. Používá se 12 aljašských malamutů obojího pohlaví, z nichž všichni jsou sportovně využitelní, upřednostňují se romantické přírodní scenérie. Aniž nám bylo (finančně) umožněno provést vědecký výzkum, měli jsme možnost pozorováním konstatovat řadu přínosných efektů u zúčastněných dětí, a sice: zmírnění či odstranění kynofobie, zlepšení schopnosti komunikace, odstranění agresivních projevů vůči zvířatům i sobě navzájem, zlepšení emocionality a porozumění zvířatům a přírodě.

Sdružení spolupracuje při programech i s hippoterapeutickým střediskem z Vyškova, přičemž jako zvlášť pozitivní konstatujeme skutečnost, že děti mají možnost seznámit se nejdříve s menším zvířetem než je kůň (u mnohých úzkostnějších dětí vyvolává tenzi).

Za zajímavé zjištění považujeme fakt, že saňoví psi spolehlivě rozlišují situaci závodů a práci se zdravotně postiženými, kdy se intuitivně chovají zcela jinak.

Několiikaleté zkušenosti nám umožnily stanovit řadu exaktních zjištění, konkretizujících výhody tohoto způsobu terapeutického využití psa (pro vysokou finanční i personální náročnost nelze sice počítat s jeho masovým rozšířením – ovšem o to více by mělo být podpořeno, pokud se tato málo běžná možnost vyskytne, neboť zase vydá za řadu těch tradičních způsobů). Stejně tak jsme se pokusili stanovit obecné metodologické zásady této terapeutické formy (napodobitelům doporučujeme dodržovat, proto byly již publikovány, naposledy v časopise „Pes přítel člověka“ 8/96).

Nejnověji se sdružení FILIA s dr. Lacinovou orientuje na rozvoj koncepce využití saňových psů při nových formách sportu pro zdravotně postižené, především pro nevidomé a vozičkáře (skijöring, jízda na SACCO vozíku).

Za velmi přínosnou považujeme i expozici našich psů dětem sociálně handicapovaným, zvláště ústavním, pro něž bývá tato možnost jedinou příležitostí seznámit se zblízka se psem coby přítelem (což je významným přínosem k jejich citovému obohacení).

Potěšitelný je zájem studentů psychologie a pedagogiky (především na pražských a brněnských fakultách), kteří se ujali tématu ve svých ročníkových a disertačních pracích. Lze tedy doufat, že asi dvacetileté zdržení, které má naše země vůči nejvyspělejšími zemím v této vědní oblasti, úspěšně doženeme. Mocným stimulem by měl být i fakt, že dalším městem, pořádajícím již 8. mezinárodní konferenci o vztazích člověka a zvířat, by měla být v r. 1998 právě Praha. Proto věříme, že nám bude umožněno předvést světu, co jsme v této oblasti mezitím dokázali...

KBT u mentálně postižených (kazuistika)

Mariana ŠTEFANČÍKOVÁ

DC – Diakonie, Praha

Kognitivně behaviorální terapie (dále KBT) vychází z předpokladu, že problémové chování nebo neadaptivní reakce na různé situace jsou důsledkem z dřívějšíka naučeného způsobu chování a reagování. Problém se tedy může vyřešit tak, že se v těchto situacích subjekt naučí reagovat jinak, adaptivněji. Problém i řešení problému se také stanovuje v pozorovatelných a měřitelných projevech chování.

KBT lze velmi dobře využít i u dětí a lidí s mentálním postižením. Kognitivní přístup lze uplatnit u mírnějšího stupně retardace. Etická pravidla se samozřejmě dodržují i zde. To znamená, že se zajímáme především o potřeby klienta (i když je s mentální retardací), a to i tehdy, když nás o řešení problému nežádá on, ale jeho okolí.

Zde bych chtěla uvést názornou kazuistiku holčičky s mentální retardací, jak u ní bylo využito přístupu KBT. Její problém byl diagnostikován jako poruchy chování s agresivními projevy.

Fyziologický věk holčičky byl v době začátku terapie 9 let a 7 měsíců, mentální úroveň přibližně jako u 2-letého dítěte. Mentální retardace je podmíněna hereditálně – morbus Down. Dítě navštěvuje zařízení Dětského centra Diakonie, kde je umístěno na týdenní pobyt (od pondělí do pátku). Jinak žije v úplné rodině s vlastními rodiči, s babičkou a zdravým starším bratrem.

Holčička přišla do zařízení Dětského centra Diakonie v r. 1993. V prvních dnech pobytu seděla schoulená v koutě, odmítala kontakt s dětmi i s dospělými, odtahovala se. Asi po třech měsících začala sama vyhledávat vychovatele. Občas se je pokusila poštipat, ale když jí dospělí předvedli hravý mazlivý kontakt, začala se také tulit a mazlit. V té době se začala také kontaktovat s dětmi. V kontaktu s dětmi zůstala na pokusech poštipat je. Kontakty však nebyly časté, někdy si také hrála v blízkosti ostatních dětí, aniž by se pokusila je štípat.

Na podzim 1994 se u holčičky objevily první noční epileptické záchvaty. Po těchto záchvatech začala velmi často útočit na ostatní děti a kromě štípání se pokoušela je také poškrábat. Byla rovněž útočnější na dospělé. Jakmile se přiblížilo nějaké dítě na její dosah, pokusila se ho poštipat nebo poškrábat.

Nyní se četnost a intenzita škrábání mění jednak v průběhu dne, jednak den ode dne.

Provedla jsem jednodenní pozorování holčičky v průběhu 8 hodin a zjistila jsem a zaznamenala tato fakta:

Holčička se pokusila o kontakt s dětmi častěji, než s dospělými. Při kontaktu s dospělými se mazlila nebo škádlila. Při kontaktu s dětmi se pokusila je poškrábat, ale častěji také provedla alternativní chování, někdy sama od sebe, někdy na výzvu vychovatelky (např. dala dítěti pusinku). Kromě toho si také několikrát samostatně hrála nebo pozorovala okolí (ostatní osoby).

Problémové chování se projevuje takto: holčička natáhne ruku k dítěti, zatím prsty do kůže druhého dítěte, častěji škrábne dítě do obličeje nebo řidčeji štípne do ruky. Dospělé osoby neškrábe, ale tahá za oděv nebo škádlí jinak.

Jako spouštěč by bylo možné označit samotnou přítomnost jiného dítěte. Vnitřním spouštěčem by mohl být jednak pokus o kontakt s druhým dítětem, jednak snaha získat pozornost dospělých. Usuzují tak podle toho, že pozornost dospělých po tomto chování holčičky skutečně pravidelně následuje. Vnitřní motivaci holčičky však není možné jinak přesněji zjistit, protože holčička není schopna toto sdělit.

Jako okamžité důsledky byly pozorovány tyto: Poškrábané dítě křičí nebo brečí. Tím upozorní dospělé, že se něco stalo. Dospělí přiběhnou k holčičce a dávají najevo polekání, hněv, rozčilení, chytí ji za ruku, křičí na ni, ukazují ji poraněné dítě, napomínají ji, že to nesmí dělat, někdy ji plácnou (po ruce, po zadečku). Tím vším projevují holčičce pozornost. Poraněné dítě pak dospělí konejší a uklidňují.

Četnost problémového chování zmírňují tyto okolnosti: Když se holčička baví vlastní samostatnou hrou. Když je pod dohledem dospělého vedena, jak se má k druhému dítěti chovat. Častěji pak útočí na děti, které výrazněji reagují (velmi nahlas křičí nebo už předem před ní utíkají, apod.).

V dlouhodobých důsledcích jsou poranění dětí ze zdravotního hlediska nemilou záležitostí. Také při předávání poraněného dítěte rodičům musí vychovatelé nehodu vysvětlovat a omlouvat se. Rodiče zraněného dítěte reagují rozhořčeně. Děti před holčičkou utíkají a nechťejí si s ní hrát. Některé děti však holčičku napodobují (napadají ostatní děti, např. když chtějí jejich hračku apod.), a pak obviňují holčičku, že poranění způsobila ona. Některé děti holčičku také provokují, aby na ně zaútočila (tahají ji za oděv, zblízka a upřeně se jí dívají do obličeje, někdy ji plácnou), lze se domnívat, že důvodem k tomu je snaha vyvolat rozruch a pozornost dospělých.

Pokud vyjdeme z teorie učení, pak toto problémové chování vzniklo na základě instrumentálního podmiňování, a to pozitivním posílením. Víme, že odměna působí jako stimul na opakování určitého chování. V tomto případě je odměnou pozornost okolí, která následuje právě po nevhodném chování holčičky. Tato odměna je však důvodem, proč holčička toto nevhodné chování znovu opakuje.

Na schůzce s vychovateli – mými kolegy jsme se domluvili na jednotném postupu spočívajícím v přístupu KBT u této holčičky:

1) S holčičkou bude cíleně nacvičováno alternativní chování k dětem. Bude se to učit pod supervizi dospělého při různých vhodných příležitostech. V kontaktu s dospělým, s jiným dítětem, při hře s panenkou, atd.

2) Holčička bude výrazně chválena a odměněna poté, co si bude chvíli samostatně hrát nebo když projeví alternativní způsob chování vůči jinému dítěti (dá mu pusinku, pohladí ho).

3) Jednou za den udělat velký a bouřlivý „rozruch“ chválením, když něco zvládne (radostnými výkřiky a voláním, nějakým rámem, smíchem, apod.).

4) Když škrábne nějaké dítě, odvést ji bez řečí do kouta, vyhnout se rovněž očnímu kontaktu, a tam ji nechat chvíli stát bez povšimnutí, neplácát, nedopřát žádný kontakt.

Zraněnému dítěti věnovat jen nejnnutnější pozornost, pokud potřebuje ošetřit. Pozornost obrátit na ostatní děti, které si hrají.

Cílem je: Snižet četnost dosavadního způsobu chování holčičky vůči ostatním dětem a podpořit holčičku v alternativních způsobech chování vůči nim a v samostatném zaměřování se jinými činnostmi i v blízkosti dětí.

Chyby, kterých jsme se při postupu terapie dopouštěli a museli jsme je odstranit:

a) Přetrvávající obrácení pozornosti na nežádoucí chování holčičky. Při alternativním chování holčičky byla reakce, že vlastně není důvod si holčičky všimnout, protože „nic“ nedělá, namísto toho, aby právě tehdy byla odměněna pozorností a pochvalou.

b) Byl vznesen požadavek nasadit holčičce psychofarmaka. Mylná představa o účinku psychofarmak na chování holčičky spočívala v očekávání, že holčička přestane škrábat ostatní děti. Skutečnost je však taková, že by dítě sice bylo relativně utlumeno, ale problémové chování by přetrvávalo.

c) Holčička je postavena do kouta za každý přestupek. Tento způsob trestu měl být používán jen při škrábnutí ostatních dětí. Jestliže bude takto používáno nadměrné trestání, ztratí na své účinnosti vůči základnímu problému.

d) Holčička jde do kouta až za dlouho poté, co nějaké dítě poškrábala. Mezitím však provede ještě mnoho dalších aktivit, které jsou vhodné. Z jejího pohledu je tedy trestána za něco jiného, protože nemá kontinuitu s původním chováním, které je skutečnou příčinou trestu.

e) Když holčička vzdoruje a nechce jít do kouta, je jí opět věnována zvýšená pozornost, dospělí ji domlouvají a snaží se ji do kouta dostrkat.

f) Na škrábání holčičky nereagují všichni stejným způsobem. Holčička podle těchto různých reakcí zjišťuje, že trest nebo odnětí odměny po nežádoucím chování není zákonité, a že jí to někdy přece jen „projde“.

g) Holčičku trestají osoby, které nebyly přítomny problémové situaci. Osoby, které nebyly přítomny této situaci, nemohou adekvátně zasahovat do situace a nemohou situaci ani přiměřeně usměrnit.

Dokud se vyskytovaly tyto chyby, neprojevoval se efekt terapeutického postupu. Situace se stále jevila jako neřešitelná, takže se mých kolegů začal zmocňovat pocit beznaděje. Také samotný terapeutický postup vypadal jako nesmyslný a zbytečný. Když se podařilo odhalit tyto chyby a dalšími opatřeními je odstranit, dostavil se úspěch.

V současné době holčička během týdne někdy poškrábe jedno dítě, jsou i týdny, kdy nepoškrábe vůbec nikoho (dříve poškrábala několikrát za den). Při kontaktu s ostatními dětmi se snaží dát pusinku nebo je hladí a umí se častěji zabavit sama vlastní hrou.

Neuropsychologie

Možnosti neuropsychologické rehabilitace kognitivních funkcí

Petr KULIŠŤÁK

Katedra neurologie IPVZ, Praha

Velmi opomíjenou a díky tomu výrazně zaostávající oblastí uplatnění psychologické erudice v medicínské oblasti u nás je cílená neuropsychologická rehabilitace kognitivních funkcí. Patří k nim např. percepce, pozornost, paměť, vizuokonstruktivní funkce, exekutivní funkce, jazyk a řeč, myšlení a další. Oblast narušení kognitivních funkcí se obvykle vymyká jen psychoterapeutickému ovlivnění a jak se často ukazuje v praxi, psychologové bez vřledu do neuropsychologické problematiky zůstávají nad těmito pacienty bezradní. Stereotypně tito pacienti-klienti, např. po úrazech hlavy, cévních mozkových příhodách, operativních zásazích na mozku, mohou pak procházet různými typy individuálních a skupinových terapií rozličných psychoterapeutických škol a jejich stav se nelepší (či dokonce mohou upadat do hlubší deprese a řešit svou situaci neadekvátně).

Problémem je skutečnost, že v těchto psychoterapiích chybí specifické postupy pro práci s pacienty s absentujícími, anebo oslabenými kognitivními funkcemi. Cílem péče o takového jedince je v první řadě zjištění stavu jednotlivých elementárních psychických funkcí, jejich kooperace a funkčnosti v denních aktivitách a sociálním prostředí (Prigatano et al., 1986). Na tento proces navazuje dlouhodobá a pečlivě kontrolovaná restituce příslušných oslabených, nebo budování „nových“, zástupných funkcí mozku. Je samozřejmé, že i při neurokognitivní rehabilitaci tvoří psychoterapeutické prostředí nezbytný rámec péče o pacienty. Není ovšem primárním, neboť jedinec s narušenými mozkovými funkcemi nemusí být schopen reagovat na psychoterapeutické cíle tak, jak předpokládá terapeut, anebo odezva je žádná či kontraproduktivní. Obdobně je tomu třeba i při nadměrné rehabilitaci pohybové a opomíjení práce s defekty psychickými (Foster, Young, 1992).

Proč o tom hovoříme? Současná situace pregraduálního psychologického vzdělávání i postgraduálního zvyšování kvalifikace klinických psychologů (specializační zkouška) klade důraz především na oblast psychoterapeutické erudice psychologa. Žádná, anebo minimální zmínka se věnuje znalostem problematiky zjišťování deficitů kognitivních funkcí v souvislosti s mozem; zástupně zde funguje amorfní pojem tzv. „organicity“. Psychologové nejenže neznají nejprimitivnější diagnostické postupy, nazvěme je třeba neuropsychologické, natož aby byli orientováni ve vnitřní diferenciaci jednotlivých kognitivních funkcí (kupř. paměti) a od této znalosti se odvíjejícího formulování plánů k jejich obnově. Na druhé straně se touto nepoučeností vyvarují skeptických úvah „zda to vůbec k něčemu je“, rehabilitovat (obnovovat) funkce, které zde nejsou (Berrol, 1990).

Laaksonen (1994) uvedl tuto inspirující definici neuro-psychologické rehabilitace: „NPR je specializovanou oblastí klinické neuropsychologie, vyžadující multidisciplinární znalosti

v neurovědách, kognitivní a experimentální psychologii, jakož i obeznámenost s psychoterapeutickými modely a teorií“ (str. 125). Jejím cílem je léčit „skutečného člověka“ ve „skutečném světě“ (Diller, Gordon, 1981). Powell (1981) rozdělil mechanismy údravy ve vztahu k času do tří kategorií: (a) biologické, (b) reorganizační, (c) nové mechanismy učení. Biologické mechanismy mají vliv několik dnů po vzniku onemocnění, zatímco reorganizace funkce je možná po dlouhý časový úsek, v trvání měsíců a let. A nové učení je možné tak dlouho, pokud je zachována pacientova intelektuální nebo duševní kapacita. Nové učení můžeme tedy nazírat jako centrální mechanismus, jehož cílem je vyrovnání se s handicapem (Wilson, 1987).

Některé nejnovější neurobiologické poznatky nám dovolují optimističtější pohled, než zjištění laureáta Nobelovy ceny v roce 1906, Ramóna y Cajala, že nervové buňky CNS neregenerují Kolb, Whishaw (1989), původně „zvířecí“ psychologové, dospěli k názoru, že restituci mozkových, tedy i kognitivních funkcí, umožňují některé jeho morfologické předpoklady. Plasticita je podmíněna změnami: (a) anatomickými (axonální prorůstání, regenerace, expanze dendritických povrchů, reaktivní synaptogeneze), (b) neurochemickými (zvýšení transmitterové syntézy a postsynaptické odpovědi na transmitter, tzv. denervační supersenzitivita) a (c) metabolickými (kolísání korové a podkorové mozkové aktivity ipsilaterálně i kontralaterálně k lézi). Obecně lze říci, že plasticita je jev strukturálně či systémově specifický; kapacita pro něj je vyšší u mladého mozku; neuronální odpověď je pomalejší u staršího mozku; reaktivní synaptogeneze probíhá i v procesu stárnutí a dokonce i u degenerativních onemocnění typu Alzheimerovy choroby.

Snad i těchto několik uvedených důvodů dává opodstatnění našim snahám v oblasti rehabilitace kognitivních funkcí, která je také jednou z oblastí profesionální realizace klinických psychologů (neuropsychologů), dnes již dokonce i v mnoha rozvojových zemích.

Literatura

- BERROL, S. (1990), Issues in cognitive rehabilitation. 1981. Archives of Neurology 47: 219-220
- DILLER, L., GORDON, W. (1981), Interventions for cognitive deficits in brain injured adults. Journal of Consulting Clinical Psychology 49: 822-834
- FORSTER, A., YOUNG, J. (1992), Stroke rehabilitation: can we do better? Emphasizing physical recovery may be counterproductive. British Medical Journal 305: 1446-1447
- KOLB, B., WHISHAW, I. Q. (1989), Plasticity in the neocortex: mechanisms underlying recovery from early brain damage. Progress in Neurobiology 32: 235-276
- LAAKSONEN, R. (1994), Cognitive training methods in rehabilitation of memory. In: A.-L. Christensen, B. P. Uzzell, Brain injury and neuropsychological rehabilitation. International perspectives. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 125-132
- POWELL, G. E. (1981), Mechanisms underlying the recovery of function. In: G.E. Powell (Ed.), Brain function therapy, England: Gover, 1-19
- PRIGATANO, G.P. et al. (1986), Neuropsychological rehabilitation after brain injury. London: Johns Hopkins University Press, Ltd.
- WILSON, B.A. (1987), Rehabilitation of memory. New York: Guilford

Neurologické aspekty neuropsychologické rehabilitace

Vojmír MATĚCHA, Petr KULIŠTÁK, Miloslav KUBÍČEK

Vojenský rehabilitační ústav, Slapy n.V.

V posledních 20 letech z důvodu zavedení zcela revolučních neuroradiologických metodik neinvazivního charakteru, z nichž pro neurologii a neurochirurgii jsou nejdůležitější CT - Computer Tomography, MRI - Magnetic Resonance Imaging, DS - Doppler Sonography, PET - Positron Emission Tomography, SPECT - Single Photon Emission Computed Tomography, MRI AG - Angiography a jiné, ustoupila relativně do pozadí klinická topická diagnostika nemocí nervové soustavy. Od doby druhé světové války na základě dobře dokumentovaných lokalisačních úrazů mozku (nejvíce penetrujících poranění a operačních nálezů) vznikla a postupně se vyvinula velmi precizní neuropsychologická diagnostika, bezprostředně navazující na jednodušší neurologickou. Pro odlišnou medicínskou a psychologickou metodologii, časovou náročnost vyšetření kognitivních funkcí, neznalost lékařů, a nevyhraněnost odlišných pojetí neuropsychologie samotné, nebyla v tomto období začleněna do běžné klinické praxe. Dnes již je kognitivní neuropsychologie integrální součástí klinické medicíny - neurologie, psychiatrie, neurochirurgie a zvláště neurorehabilitace, se svou vlastní specialisovanou diagnostikou a specifickou terapií v odstraňování přesně definovaných deficitních funkcí. Bohužel, v našem státě je erudovaných neuropsychologů ještě velmi tristní nedostatek. Zcela novými aspekty posledních let v rehabilitační medicíně je celosvětově její **klinifikace a psychologizace** s návazností na psychosociální funkce. Poslední období se snažíme integrovat klinickou neurologii, neurorehabilitaci, neuropsychologii a logopedii v rámci rehabilitační medicíny. Za **minimální neurorehabilitační tým** považujeme úzkou spolupráci rehabilitačního lékaře, neurologa, neuropsychologa a logopeda. V tomto smyslu jsme začali před 5 lety kooperovat v reedukaci těžkých kraniocerebrálních poranění, cévních mozkových příhod a jiných mozkových lezí. U stavů po závažných kontuzích mozku jsme pozorovali pacienty, u kterých se neurologický deficit upravit během několika měsíců až roku, aktivity denního života (ADL dle Barthelova indexu) vykazovaly nejvyšší hodnoty. Nejzávažnějším deficitem, který invalidisoval pacienty, byl kognitivní - porucha paměti a učení, komplexního zpracování dat, percepce a komunikace, ne však neurologický. Domníváme se, že dominantní neuropsychologický deficit by měl být také prioritně rehabilitován, samozřejmě se základními fyzickými aktivitami - léčebnou tělesnou výchovou, vhodným rekreačním sportem, případně facilitačními metodikami, relaxačními a pod., dle aktuálního stavu pacienta. Zavedli jsme neuropsychologickou rehabilitaci speciálních nácviků kognitivních poruch pomocí počítačových programů. Dnes již jsou vyvinuty komplexní programy zcela nebo částečně nahrazující některá klasická neuropsychologická vyšetření (Reitan), nebo jsou zaměřeny na odstranění diagnostikované poruchy. Používáme PC software pro: 1. vyšetření (*investigation*) užívané neuropsychology - podrobné a složité úlohy, pro nepsychology - jednoduché úkoly (*screening*), 2. průběžné sledování (*watching*) a nejdůležitější 3. pro nácvik (*training*), které je nutné aplikovat velmi frekventně, nejlépe každodenně, případně i vícefázově. Pro cvičení na PC jsme vypracovali metodiku vedení pacienta, registraci důležitých údajů, pozorování chování během treningu atd. Výsledky jsou velmi povzbudivé, u těžkých úrazů mozku s několikátýdenním bezvědomím se nám některé pacienty podařilo úspěšně zapojit až do téměř normálních psychosociálních vztahů. Důležitý je přechod z počítačového nácviku v ústavních („laboratorních“) podmínkách plynule do rodiny, školy, případně zaměstnání. U části pacientů **časné dosažení kratších reakčních časů, až jejich normalisace, stabilisace vysokých**

paměťových výkonů s nejmenšími oscilacemi a snižování počtu zpoždění a chyb, v postakutní fázi úrazů mozku mohou být prognosticky příznivé známky pro další vývoj pacienta. S pacienty je nutno neuropsychologicky aktivně, pravidelně, dlouhodobě a komplexně rehabilitovat, protože recentní publikace prokazují signifikantní zlepšování u těchto případů mladých osob ještě 13,5 let po úrazech. Jsou vysvětlovány zlepšením funkce synaptických přenosů, zmnožením dendritických spojů, a remyelinisačí poškozených axonů. Pacienty před a po komplexní rehabilitaci prezentujeme na videozáznamu.

Neuropsychologie vnáší do medicinských neurověd svým přístupem obrovský pozitivní přínos a výrazně koriguje obsolentní klasické medicinské myšlení.

Williamsov syndróm: Osobitosti neuropsychologického profilu

Katarína JARIABKOVÁ

Kabinet výskumu sociálnej a biologickej komunikácie SAV, Bratislava

Vladimír BZDÚCH

I. detská klinika DFN, Bratislava

Marián KOŠČ

Psychiatrická klinika FN, Bratislava

Popri tradičných zdrojoch poznatkov sa v neuropsychológii sústreďuje záujem na vývinové poruchy a syndrómy s behaviorálnym a kognitívnym fenotypom.

Williamsov syndróm (ďalej WS) je zriedkavé ochorenie s multisystémovým postihnutím. K najtypickejším znakom WS sa zaraďujú zvláštne škriatkovské črty tváre (elfin facies), stenózy veľkých artérií a prechodne sa vyskytujúca hyperkalcémia. Z psychologického hľadiska dominuje pri WS mentálna retardácia, zväčša ľahkého až stredného stupňa, s nerovnomerným kognitívnym profilom (pozri Bzdúch a spol., 1990).

Klinické pozorovania aj výsledky štandardizovaných metodík ukazujú lepšie verbálne výkony v porovnaní so zrakovo-percepčnými a motorickými výkonmi (napr. Bennett a spol., 1978; Janišová, Bzdúch, 1992). U väčšiny osôb s WS je rečový prejav fluentný, s dobrou artikuláciou. U niektorých zodpovedá črtám „cocktail party“ syndrómu. Slovník, štýl rečového prejavu a kontrast medzi verbálnymi a zrakovo-priestorovými spôsobilosťami pri WS spôsobujú, že rečový prejav sa javí odlišný od reči iných osôb s mentálnou retardáciou (Udwin, Yule, 1990). Osoby s WS používajú aj menej frekvencované slová a frázy, ktoré častokrát dokážu primerane vysvetliť (Bellugi a spol., 1988; Jariabková a spol., 1994), čo naznačuje, že nejde iba o echoickú reč (Bellugi a spol., 1988). Pozoruhodné jazykové spôsobilosti prejavujú aj v niektorých úlohách zameraných na oblasť gramatiky a metalingvistiky (Bellugi a spol., 1988). Zachovaná je aj naratívna schopnosť s výraznými emočnými prozodickými charakteristikami reči. Expresívnosť prejavu má však rovnakú úroveň bez ohľadu na sociálny kontext rozprávania, môže sa teda ukázať ako aberantná (Reilly a spol., 1990).

Relatívne dobré výkony v porovnaní s osobami s mentálnou retardáciou inej etiológie, ale rovnakej úrovne celkovej, resp. verbálnej inteligencie, podávajú osoby s WS aj vo fonologickej krátkodobej pamäti (Bellugi a spol., 1994), resp. verbálnej pamäti (Udwin, Yule, 1991).

V protiklade s relatívne zachovanými rečovými a jazykovými spôsobilosťami je úroveň zrakovo-priestorových a percepčno-motorických spôsobilostí. Ťažkosti sa môžu prejavovať už pri odkresľovaní jednoduchých geometrických tvarov (Glós a spol., 1994). Zreteľné sú deficity v zrakovo-motorickej integrácii, napríklad pri odkresľovaní, či pri skladaní kociek podľa predlohy. Častokrát sa prejavuje zameranie na detaily na úkor celku, narušená je priestorová orientácia, schopnosť postrehnúť globálnu konfiguráciu a chyba integrácia častí do celku (pozri Bellugi a spol., 1994; Wang a spol., 1995).

Medzi osobitosťami neuropsychologického profilu pri WS patrí dobrá schopnosť rozlišovania a rekognície tvárí (pozri Bellugi a spol., 1994; Udwin, Yule, 1991; Wang a spol., 1995)

v kontexte celkovo narušných zrakovo-priestorových schopností. Popritom osoby s WS dobre rozlišujú emočný výraz tváří a odvodzujú úmysly zo smeru pohľadu očí (pozri Karmiloff-Smith a spol., 1995).

Neuropsychologický profil pri WS s relatívne zachovanými jazykovými spôsobilosťami v kontraste s výraznými deficitmi v zrakovo-priestorových spôsobilostiach navodzuje otázku poškodenia, resp. dysfunkcie pravej hemisféry. U. Bellugi a spol. (1994) však podrobnejšie rozoberajú charakteristiky profilu WS, ktoré sú v rozpore s predpokladom pravohemisferickej dysfunkcie (napr. dobrá schopnosť diskriminácie tváří). Taktiež morfometrické štúdie mozgu pri WS nezistili signifikantné laterálne rozdiely, poukazujú však na relatívne zachované frontálne, limbické a neocerebelárne štruktúry vzhľadom na celkovo menší objem mozgu (Jernigan a spol., 1993).

Tieto morfometrické nálezy, spolu s výsledkami iných výskumov naznačujú, že úloha mozočka sa neobmedzuje iba na motorické funkcie ako sa donedávna predpokladalo. Porovnanie morfometrických nálezov v korelácii s neuropsychologickým profilom pri WS, Downovom syndróme a autizme podporujú predpoklady, že neocerebellum môže hrať úlohu v kognitívnych procesoch aj v regulácii emócií (pozri Bellugi a spol., 1994, Wang a spol., 1992).

Možno očakávať, že skúmanie neuropsychologického profilu WS v multidisciplinárnom kontexte prinesie ďalšie poznatky o vzťahoch kognitívnych funkcií a mozgových štruktúr.

Literatúra

Bellugi, U., Marks, S., Bihle, A., Sabo, H.: Dissociation between language and cognitive functions in Williams syndrome. In: D. Bishop and K. Mogford (Eds.), *Language Development in Exceptional Circumstances*. London: Churchill Livingstone, 1988, 177–189.

Bellugi, U., Wang, P. P., Jernigan, T. L.: Williams syndrome: An unusual neuropsychological profile. In: S.H. Broman and J. Grafman (Eds.): *Atypical Cognitive Deficits in Developmental Disorders. Implications for Brain Function*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1994, 23–56.

Bennett, F. C., LaVeck, B., Sells, C. J.: The Williams elfin facies syndrome: The psychological profile as an aid in syndrome identification. *Pediatrics*, 61, 1978, 303–306.

Bzdúch, V., Janišová, M., Beránková, M., Mašura, J.: Ako poznáme Williamsov-Beurenov syndróm? *Čas. Lék. čes.*, 129, 1990, 1235–1238.

Glós, J., Jariabková, K., Bzdúch, V.: Neurologické nálezy pri Williamsovom syndróme. *Lek. obzor*, 43, 1994, 655–659.

Janišová, M., Bzdúch, V.: Psychologická charakteristika Williamsovho syndrómu. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 27, 1992, 237–241.

Jariabková, K., Glós, J., Bzdúch, V.: Neuropsychologické charakteristiky Williamsovho syndrómu. Referát prednesený na 1. medzinárodnom kongrese ZPMP v SR. Sumáre – Abstracts. Bratislava 1994.

Jernigan, T. L., Bellugi, U., Sowell, E., Doherty, S., Hesselink, J. R.: Cerebral morphologic distinctions between Williams and Down syndromes. *Arch Neurol*, 50, 1993, 186–191.

- Karmiloff-Smith, A., Klima, E., Bellugi, U., Grant, J., Baron-Cohen, S.: Is there a social module? Language, face processing, and theory of mind in individuals with Williams syndrome. *J Cognit Neurosci*, 7, 1995, 196–208.
- Reilly, J., Klima, E. S., Bellugi, U.: Once more with feeling: Affect and language in atypical populations. *Development and Psychopathology*, 2, 1990, 367–391.
- Udwin, O., Yule, W.: Expressive language of children with Williams syndrome. *Am J Med Genet Suppl.* 6, 1990, 108–114.
- Udwin, O., Yule, W.: A cognitive and behavioural phenotype in Williams syndrome. *J Clin Exp Neuropsychol*, 13, 1991, 232–244.
- Wang, P. P., Doherty, S., Rourke, S. B., Bellugi, U.: Unique profile of visuo-perceptual skills in a genetic syndrome. *Brain and Cognition*, 29, 1995, 54–65.
- Wang, P. P., Hesselink, J. R., Jernigan, T. L., Doherty, S., Bellugi, U.: Specific neurobehavioral profile of Williams' syndrome is associated with neocerebellar hemispheric preservation. *Neurology*, 42, 1992, 1999–2002.

Týrané děti

Některé sociální aspekty problematiky týraného dítěte

Naděžda BARTOŠÍKOVÁ

Diagnostické oddělení při ÚSP, Ostrava-Muglinov

Vážené dámy a pánové,

pracuji jako psycholog na Diagnostickém oddělení pro mentálně postižené děti a mládež (a to i s kombinovaným postižením) při Ústavu sociální péče v Ostravě.

Ve svém příspěvku bych se ráda zmínila o některých sociálních aspektech problematiky týraného a zanedbávaného dítěte. Zkráceně vás seznámím se dvěma případy.

Touto problematikou se nezabývám speciálně, ale pracuji s rizikovou skupinou dětí – a to jsou mentálně postižené děti nebo děti s kombinovaným postižením. Zároveň je naše zařízení napojeno na „Ostravský systém pomoci týraným, zneužívaným a zanedbávaným dětem“ – nabíjíme 2 pohotovostní lůžka + základní nezbytně nutné služby k tomu.

A nyní vlastní případy:

První případ je z roku 1993:

V květnu tohoto roku se na nás obrátili z odboru sociálních věcí Úřadu městského obvodu s prosbou o umístění dítěte – 9-ti leté dívky – na předběžné opatření odůvodněné takto: Péče matky nezletilé dívky vykazuje tak závažné nedostatky, že tyto by mohly mít za následek i vážnou újmu na zdraví a psychice dítěte. Šetřením v místě bydliště bylo zjištěno, že matka nezletilou dívku nadměrně trestá, dítě křičí, pláče. Situace je nejhorší zvláště ráno, když matka spěchá do práce a dítě ji zdržuje. Jedná se o dítě se závažným psychickým a fyzickým postižením, které vyžaduje individuální přístup a trpělivost, kterou její matka zřejmě nemá. Nezletilá byla hospitalizována na dětském oddělení pro bití – zjištěny četné hematomy a stopy po škrcení (což byla pro rozhodující osoby asi významná indicie, ale byla mylná, protože byla špatně opsaná z lékařské zprávy, kde se správně uvádělo: „...až strangulační rýha v pravém předloktí“). Občasné stopy po bití hlásili i ze školy, matka odmítala spolupracovat, bránila se hospitalizaci dítěte, lázeňské léčbě nebo jinému umístění dítěte. I na základě dalších zpráv považují odborníci sociální opatření za nezbytné.... Máme za to, že za této situace je zdraví dítěte a jeho zdravý vývoj ohrožen a situace by mohla na dítěti zanechat následky i do budoucna.

Zdůvodnění je ukončeno právní formulací: „O předběžném opatření úřad rozhodne, jestliže se dítě ocitne bez jakékoli péče nebo jsou – i jeho život, zdraví nebo vývoj tak vážně ohroženy, že úprava poměrů nesnese odkladu. V tomto případě byly zákonné podmínky splněny“ – konec rozhodnutí.

K nám nastoupila dívka až v červnu, protože pro infekční onemocnění bratra nemohla do kolektivu (jak akutní byl tedy případ?).

Stručně z anamnézy:

Jde o předčasně narozené dítě s četnými ranými riziky a konečnou Dg.: DMO–spastická kvadraparesa s levostrannou prevalencí na podkladě defektu CNS (prokázáno na CT), secun. epi. syn. typu GM, oligofrenie v pásmu debility, Strabismus-nosí brýle, primární Enuresis nocturno. Epi.medikace...2x byla v láních. Od 3 1/2 let v Rehabilitačním stacionáři denní pobyt, pak doporučena ZvŠ, kterou nezvládala a byla přeřazena do pomocné třídy. Před nástupem do školy měla odloženou školní docházku. V pomocné třídě je stále.

Z RA: rodiče zdraví, jednodušší, matka má dvě děti s bratrem svého manžela, děti ho mají za otce. Bratr r. 1985, zdrav, ZŠ, učí se velmi dobře, matka je na něj pyšná. Matka je původně ze Slovenska, kde má i rodiče, ke kterým jezdila s dětmi na prázdniny. Manžel matky pochází z napůl romské rodiny, z 8 dětí, které většinou vyrůstaly v DD.

Žijí v bytě 1 + 1, druhé kategorie, manželství bylo v krizi, manžel se přestal podílet na péči o děti i o domácnost, jen občas finančně přispíval, byt a inkaso platili napůl. Přitom matka pracovala na zkrácený úvazek jako pomocná síla v kuchyni, s velmi nízkým platem. Matka zde nemá nikoho, kdo by jí s velmi náročnou péčí o děti pomohl. Velmi často si neví s výchovou dcery rady. Zdálo se, že při dobrém úmyslu z dívky něco „vycepovat“ a pravděpodobně i při nedokonalém zpracování rad spousty odborníků užívala někdy nepřiměřené výchovné metody, nepopírá to, ale nevěděla, jak jinak by to měla dělat. Neměla pocit, že by užívala něco, co by jiní jako výchovné metody neužívali. Cítí se péčí o dívku značně vyčerpaná, někdy bezradná, bezmocná. Má strach, aby jí dceru někdo neodebral, když přizná, že si s ní neví rady, má strach se rozvést, že by jí řekli, že se sama o postiženou dceru nemůže starat. Je plná zábran, predsudků, neumí jednat s úřady, má pocit ohrožení, nedůvěřuje, občas potíže jazykové.

Popíšu stručně denní režim této rodiny:

Matka ráno vstala s oběma dětma, mezi nachystáním do školy bylo nutné „zlikvidovat“ prádlo a povlečení po enuretičce, pak s oběma dětmi jela přes celou Ostravu do škol (každé dítě v jiné škole) hromadnou dopravou (dívka je špatně chodící kvadraparetička), potom zpět na jinou stranu Ostravy do zaměstnání, odpoledne ze zaměstnání zpět pro děti do škol a potom na druhou stranu Ostravy zase domů, zabezpečit domácnost, nákupy. Mezitím pravidelné kontroly a sledování u různých lékařů (oční, neurologie, gynekologie, endokrinologie, psychiatrie), kam vždy poctivě docházela.

Tuto složitou a velmi náročnou situaci by obtížně zvládali odborníci v týmu, natož jednoduchá matka v životní krizi (já osobně tvrdím na základě zkušeností, že „jednoduchost“ této matky jí „ochránila“ minimálně před tím, aby to všechno dávno vzdala a – jak pěkně u nás říkáme – se nezbláznila).

Proto se domnívám, že na místě byla maximální pomoc celé rodině jak v péči o postižené dítě, tak v sociální situaci i v manželské krizi. Forma sankcí v době, kdy se krize pravděpodobně vyhrotila, není zcela na místě, protože situaci jednak neřeší a jednak tu je jakýsi dluh všech zúčastněných – včetně mnoha odborníků – kteří věděli, že jde o rizikovou rodinu s vysoce náročnou péčí o postižené dítě.

Je v zájmu dítěte, abychom takové případy řešili formou sankcí vždy až poté, co vyčerpáme všechny ostatní možnosti. Na první místo je nutné klást prevenci, která mohla být v tomto případě účinná, protože rodina byla ve sledování, byly známy rizikové faktory, jež by mohly vést k ohrožení dítěte nebo celé rodiny (faktory jako: dítě s kombinovaným postižením, ekonomicky i sociálně slabá rodina, jednoduchá matka, nevlastní otec, nevyhovující bydlení, osamocená rodina ...).

My jsme se snažili především získat co nejvíce informací, situaci analyzovat a rodinu vést formou porozumění, pochopení, nabídnutí pomoci, která je pro rodinu přijatelná. Matka byla schopná navázat účinnou spolupráci až po odejmutí dcery – těžko zcela objektivně zhodnotit, proč se to nepovedlo dříve – ze zkušeností a po pohovorech s matkou se přikláním jednak k „nedostatku“ času ze strany odborníků a co vím jistě, že my jsme se nestavěli ani do role kritiků, ani jsme matku neodsuzovali (to přísluší jiným a občas si tyto role pletou i kolegové). Všechny zúčastněné strany jsme poprosili o spolupráci, pomoc a co nejrychlejší vyřízení všech náležitostí, protože dlouhým pobytem u nás hrozí nebezpečí výskytu druhotných problémů, vyplývajících z odloučení od rodiny – tím je vlastně další druh týrání, který někteří nazývají systémový a patří tam i delší odloučení od rodiny. Dále hrozí odvyknutí si od vzájemného soužití apod.

Z našeho hlediska jsme nedoporučili nařízení ústavní výchovy, jako nejvhodnější se nám jevil návrat do rodiny, který jsme později revidovali na dobrovolné umístění dívky do spec. zařízení s týdenním pobytem a možností výuky (ZvŠI) – dobrovolnost nám zaručuje lepší spolupráci s rodinou a týdenní pobyt jistí pravidelný styk s dítětem s naučeným víkendovým soužitím. Potřebná je pomoc rodině v otázce vhodného bydlení, finanční situace, manželského soužití.

Případ dopadl tak, že byla nařízená ústavní výchova, dívka byla přijata do ZvŠ internátní s celoročním pobytem do pomocné třídy. U nás byla celý rok – za tu dobu došlo nutně k narušení vztahu s rodinou. Do internátu chodila zpočátku matka za dívkou 2x do měsíce, v poslední době za ní už 4 měsíce nebyla, na prázdniny si ji nevezme, protože jak sděluje internátu – nemá peníze a čas. Zájem o dívku se vytrácí.

Pro všechny zúčastněné strany bylo toto řešení nejjednodušší – jenom pro dívku, jejíž zájmy měly být hájeny – ne!!

Můžeme si klást otázku – kolik je takových případů a nebylo-li možné skutečně udělat něco víc (?).

Druhý případ jen ve zkratce:

V dubnu 1996 k nám byla na předběžné opatření umístěná čtyřletá holčička z nemocnice na jejich doporučení. Rodiče nebyli schopni zajistit pravidelné užívání léků, lékaři sdělili, že dítě v takovém případě je ohroženo na zdraví a životě, protože bylo opakovaně hospitalizováno a mělo velmi nízké hladiny léků – dítě je epileptička, po DMO (pravostranná hepiparesa). Z těchto důvodů vydáno předběžné opatření a dítě (protože je i mentálně postižené) umístěno u nás.

My jsme zjistili, že potíže s podáváním léků měli i v nemocnici – dítě léky rovněž odmítalo, nechtělo je polykat, pro personál to byl značný problém, bylo nutné užít síly, léky

dávila nebo i hodinu držela v puse, příp. vyzviacela, totéž bylo v Rehabilitačním stacionáři, doma i u nás na oddělení. Nebyl to tudíž problém výhradně vázaný na rodinu nebo špatnou péči. Celá rodina byla z tohoto stavu nešťastná, nevěděli si rady. Kolem podávání bylo již vytvořeno spoustu rituálů, dítě bylo výrazně zablokováno.

U nás, mimo jiné, píšu: potíže s polykáním léků má řada lidí. Dívka léky potřebuje, proto je žádoucí bloky odstranit a vhodným přístupem a terapií dítě léky naučit užívat. Řešení rozhodně není odejmutí dítěte z rodiny (ve které jsou mimo jiné – velmi pěkně vzájemné vztahy), ale pomoc rodině i dalším zúčastněným (u kterých léky užívá) tak, aby nevzniklo další „poškození“ dítěte formou deprivace v mimorodinném prostředí. Domnívám se, že lékaři se se svým návrhem na předběžné opatření unáhli, aniž by vyčerpali všechny možnosti řešení v rodině samotné. Je to zarážející především vzhledem k tomu, že léky jí rovněž nebyli schopni „podávat“. Ze stran lékařů to cítím jako odložení problému na někoho jiného, aniž by nabídli terapii, pomoc a pravděpodobně aniž by si byli vědomi následků předběžného opatření.

Z naší stránky doporučujeme zrušit předběžné opatření, pracujeme s dítětem i rodinou, dítě nyní užívá léky jen s občasnými menšími potížemi.

Lze polemizovat v prvním případě, druhý případ považuji za jednoznačně nedobré řešení – kde podle mě selhali především lékaři svým přístupem (minimálně mohli požádat psychologa v nemocnici o pomoc, příp. terapii).

Na jaké problémy jsme narazili při řešení těchto případů?

- otázka vědomí si závažnosti takového rozhodnutí ze strany všech zúčastněných stran a možných důsledků na život a další vývoj dítěte
- z toho vyplývá malá nebo žádná znalost legislativy v těchto případech
- kvalita práce sociálních pracovníků v terénu
- kvalifikace těchto pracovníků, jejich další vzdělání zaměřené na tuto problematiku
- schopnost zúčastněných stran zjištěné skutečnosti kvalitně popsat, analyzovat a interpretovat
- lepší spolupráce mezi jednotlivými odborníky, pracovišti
- nebezpečí navázání dalších traumat vyplývajících např. z odloučení od rodiny, zhoršení vztahů v rodině, kriminalizace rodiny, zátěž mnoha vyšetřeními apod.
- legislativa je problematická především v dlouhých termínech, problémem zůstává asi i skutečnost, že legislativa nastupuje v některých případech jako první, jako prevence, místo aby byla první snaha pomoci (pokud se nejedná o poškození dítěte z prodlení)
- na to navazuje otázka nejen sankcí, které by měly přijít po vyčerpání všech možností (pokud není dítě ohroženo), ale také přístup zainteresovaných stran, které mají častou tendenci jednat z pozice síly, karatele, soudce, kritika – a tím často zablokují cestu – tzn. odborníci mimo legislativu by měli nabízet především porozumění, pochopení, pomoc, být partnerem, který respektuje druhou stranu, její individualitu, při zachování práv a sebeúcty partnera v jednání
- pro mě je otázkou, zda by při soudním projednávání neměl být advokát

– otázka specializovaných pracovišť, která by se touto problematikou zabývala od fáze prevence, vyhledávání rizikových rodin až k vyšetření případu, včetně možnosti určovat, zda se dítě podrobí vyšetření apod...

– znalost široké veřejnosti i odborníků o místech, kam se mohou obrátit o pomoc, radu – tzn. propagace těchto míst, zařízení.

Problematika je to velmi široká a nedorušených otázek je mnoho. V našem městě se na tomto poli udělalo již mnoho práce, jsou kontaktní místa, pobytová zařízení, spolupráce s úřady, soudy, ale stále bude řada otázek, které je nutno zodpovědět, řada těžkostí, se kterými se budeme potýkat. Věřím, že vždy budeme tyto případy řešit ve prospěch dítěte.

PC metody v psychologickém experimentu a ve výuce psychologie

PC formy metod psychologické diagnostiky

Miroslav FRANKOVSKÝ

Spoločenskovedný ústav, SAV, Košice

Ak uvažujeme o možnostiach využitia výpočtovej techniky v psychológii, upúta nás skutočnosť, že sa v tomto prípade stretávajú vedné disciplíny, ktoré boli v minulosti označované za „pavedy“ a neskôr boli skôr len trpené, než naplno rozvíjané. Preto je len logickým dôsledkom, že obidve zaznamenali v posledných rokoch prudký rozvoj a ako dlho odstriekovaní súrodenci si dnes hľadajú, a dúfajme, že aj nájdú cestu k sebe.

Prienik počítačov do všetkých oblastí života, ktorý má za sebou vo svete už niekoľko desaťročnú tradíciu, „postihol“ v dobrom slova zmysle aj našu spoločnosť a neobyšiel ani psychológov. Zasiahol ich rôzne pripravených na viacerých úrovniach, ktoré súvisia s psychologickou prácou.

Pravdepodobne budeme všetci súhlasiť s tým, že v súčasnosti si už ani v psychologickej obci nevieme predstaviť vedenie korešpondencie, publikovanie, vývoj nových metódik a výskum bez využitia širokej ponuky software produktov.

Iná situácia je však v oblastiach, ktoré sa bezprostredne dotýkajú psychologické práce s klientom.

V širšom meradle psychológovia používajú, ale zároveň ešte stále objavujú výhody využitia počítačov pri archivácii, vyhľadávaní, dopĺňovaní a triedení údajov o klientoch. Zo strany psychológov sme sa nestretli s podstatnými výhradami proti takto vedenej evidencii klientely. Práve naopak, jednotliví psychológovia v rámci jednej inštitúcie, ale aj medzi niekoľkými inštitúciami sa museli, pre potreby kompatibility svojich databáz, zhodnúť na jednotnej forme vedenia záznamov, čo umožnilo zaviesť určitý systém do ich práce a zabezpečilo bezproblémový prechod klienta od jedného psychológa k druhému, resp. z jednej inštitúcie do druhej (napr. pri zmene bydliska a pod.). Nie je to náhoda, že práve v tejto oblasti sa stretlo zapojenie výpočtovej techniky priamo do práce psychológa s najmenšími prekážkami a bolo uskutočnené ako prvé.

Väčšiu až do dnešných dní trvajúcu diskusiu vyvolávajú otázky využitia výpočtovej techniky pri psychologické diagnostike a následne pri vyhodnocovaní získaných údajov a ich interpretácie. Z touto oblasťou úzko súvisí aj ďalší okruh otázok súvisiacich s predikciou, návrhmi korektúr a zásahov, ktoré môže počítač poskytnúť psychológovi v jeho následnej práci s klientom. Psychológovia či už z praxe alebo výskumu väčšinou upozorňujú na riziká prenenenia možností výpočtovej techniky pri tvorbe diagnostických záverov a odporúčaní v zmysle mechanického prijímania počítačom ponúkaných výstupov. Pozornosť si zaslúžia aj názory, ktoré poukazujú na nebezpečenstvo nekvalifikovaných prístupov k tvorbe

psychologických metód (počítačových aj klasických) a komercionalizácii ich čírenia. Užší okruh otázok, ale o to významnejších je orientovaný na problematiku psychometrických parametrov počítačom podporovanej diagnostiky, ako sú validita, reliabilita, kompatibilita s klasickými formami testov a pod.

Možnosti využitia výpočtovej techniky pri psychologickej diagnostike sú vo svete dokumentované vyše 30-ročnou tradíciou výskumov. Naše skúsenosti nemajú takú bohatú minulosť (dlhé roky jednoducho nebolo čo skúmať), vychádzajú však z analýzy konkrétnych podmienok uplatnenia počítačom podporovanej psychodiagnostiky. Pojmové označenie „počítačom podporovaná psychodiagnostika“ používame v zhode s Marešom (1992) a považujeme ho v danej etape zavádzania výpočtovej techniky do práce psychológa za vhodné.

Celé uvedené snaženie, tak vo svete ako aj u nás, má však jeden spoločný cieľ – vymedziť určité princípy a pravidlá, ktoré budú usmerňovať uplatnenie počítačom podporovanú diagnostiku v psychologickej praxi a výskume.

Pozitívny výsledok v tomto smere môže byť dosiahnutý za predpokladu, že sa prítomnosť počítačov v práci psychológa bude považovať za reálnu skutočnosť a budú racionálne analyzované ich možnosti, hranice ich uplatnenia, pomenované rizika ich využívania a to všetko bude dokladované vecnou argumentáciou, vychádzajúcou z výskumov a praktických skúseností a nie emotívne silne podfarbenými dojmami (predsudkami), ktoré majú často svoje korene vo vzťahu k prítomnosti počítačov ako takých a nie v počítačom podporovanej psychodiagnostike.

Pre počítačom podporovanú diagnostiku sú, podľa nášho názoru, charakteristické dve úrovne zapojenia počítača do tohto procesu:

- úroveň tuška–papier
- úroveň počítačová administrácia

Úroveň tuška–papier

Na tejto úrovni je test administrovaný klasickou formou „tuška–papier“, resp. pomocou určitej prístrojovej techniky a získané údaje sú prenesené do vopred zvolenej predpísanej formy počítačového programu (buď sa jednoducho prepíšu pomocou počítačovej klávesnice, alebo sa prenesú špeciálnym zariadením, ktoré nazývame scanner).

Program následne vykoná kontrolu údajov (napr. na prípustné intervaly) a podľa zadaných pokynov vykoná matematické operácie, výsledkom ktorých sú skórové hodnoty. Tieto sú prezentované vo zvolenej forme na obrazovke monitora väčšinou s možnosťou výstupu na tlačiareň. Nadstavbou, ktorá môže, ale nemusí byť prítomná, je možnosť archivácie výsledkov vo vybranom databázovom systéme. Tento typ počítačom podporovanej psychodiagnostiky kladie na psychologický vklad najmenšie nároky, podstatnú časť práce vykoná programátor, ktorý na základe manuálu testu a našich požiadaviek naprogramuje potrebné výpočty a výstupy.

Domnievame sa, že na tejto úrovni využívania počítača pre potreby diagnostiky ide len o „quazi“ počítačom podporovanú psychodiagnostiku, čo dokumentuje aj skutočnosť, že sa k tejto forme nerozvinula širšia odborná diskusia.

Problémy, s ktorými sa psychológovia pri takomto zapojení počítača do diagnostického procesu stretávajú, sú koncentrované do dvoch skupín:

- zvládnutie práce s počítačom aspoň na minimálnej užívateľskej úrovni,
- komunikovanie a spolupráca s odborníkmi z oblasti počítačového programovania.

Týmto spôsobom môžeme využiť výhody výpočtovej techniky pre ľubovoľný test bez toho, aby sme museli riešiť otázky validity, spoľahlivosti, štandardizácie testu, alebo kompatibility klasickej a počítačovej verzie testu. Z hľadiska prínosu počítačom podporovaná psychodiagnostika na tejto úrovni prináša zjavnú časovú úsporu práce, spresnenie vyhodnotenia a skvalitnenie výstupov. Je značne rozšírená hlavne pri testoch so zložitým spôsobom výpočtu výsledného skóre a jej praktická realizácia sa nestretáva s výraznejším odporom, nevyvoláva rozsiahlejšiu diskusiu.

Úroveň počítačová administrácia

Na tejto úrovni, podľa nášho názoru už skutočne počítačom podporovanej psychodiagnostiky, je test prezentovaný na obrazovke monitora (monochromatického alebo farebného), vizuálne alebo zvukovo, resp. kombináciou audio-vizuálnych podnetov. Klient odpovedá pomocou počítačovej klávesnice alebo iného odpovedového zariadenia (panely, pedále, joystiky a pod.). Podnety môžu byť podávané bez časového obmedzenia (klient pracuje vlastným tempom), alebo s časovým obmedzením (nútené tempo), pričom klient môže, alebo nemusí byť informovaný o časovom priebehu. Položky testov sú na obrazovke prezentované buď jednotlivito alebo hromadne (dve, tri a viac súčasne) s možnosťou, alebo bez možnosti spätnej korekcie svojich odpovedí.

Naše skúsenosti potvrdili skutočnosť, že táto forma zapojenia počítačov do diagnostiky zvyšuje mieru štandardizácie testovej situácie (počítač nie je unavený, ani keď zadáva test poslednému klientovi, neoplyvňujú ho sprievodné faktory testovej situácie), čo považujeme za jednu z podstatných výhod. Naopak hlavné riziko súvisí s neprispôbením komunikácie (počítač – klient) možnostiam klienta. Poruchy komunikácie môžu nastať na troch základných rovinách:

- nepochopenie inštrukcie,
- neadekvátnosť odpovedových kľúčov,
- nezrozumiteľnosť spätnoväzbových informácií.

Je zaujímavé, že s uvedenými problémami sa častejšie stretávame pri testoch, ktoré boli do počítačovej formy transformované z klasickej podoby, než pri testoch, ktoré boli ako počítačové aplikácie priamo vyvíjané.

V nasledujúcej časti uvedieme skúsenosti a poznatky, ktoré sme získali pri tvorbe počítačových verzií psychologických testov vo firme Pregnant s.r.o. a dúfame, že aj keď nie úplne vyčerpávajúco, ale aspoň čiastočne zodpovieme niektoré otázky, na ktoré psychológovia dnes celkom oprávnene žiadajú odpovede.

Testy, ktoré na slovenskom a prostredníctvom firmy Horkel elektronik test aj na českom trhu ponúka firma Pregnant s.r.o., patria do tejto druhej skupiny psychologických metodík. Všetky boli vyvinuté ako pôvodné psychologické metodiky, od prvého momentu až po výslednú podobu ako počítačové aplikácie.

Počítačové verzie psychologických metodík sú vyvíjané **psychológmi**. Úloha programátorov je v tomto procese presne špecifikovaná a nezasahuje do odborných (psychologických) otázok vývoja testov. Určitá gramotnosť z oblasti programovania u psychológov je však potrebná pre zabezpečenie komunikácie medzi týmito odborníkmi na prvý pohľad dosť vzdialených dvoch vedných disciplín. z uvedeného vyplýva aj rozdelenie zodpovednosti, ktorú v plnej miere za test nesie autor-psychológ.

Vývoj vlastných (pôvodných) psychologických metodík rieši otázku autorských práv. Máme na mysli nielen nezákonné používanie najčastejšie z angličtiny preložených testov, ale aj vytvorenie software podoby legálne zakúpeného testu.

Vývoj testov od začiatku v ich computerovej podobe so všetkými teoretickými a metodologickými súvislosťami rieši často skúmanú otázku ekvivalentnosti pôvodných (klasických) foriem testov a ich software verzii.

Diskusia okolo otázok neprirodenosti situácie počítačom podporovanej diagnostiky je zo značnej časti sústredená na problematiku spôsobu odpovedania klienta na jednotlivé položky testu. Vychádzame z princípu, že používaný odpoveďový kľúč musí byť pri všetkých testoch čo najjednoduchší. Klient väčšinou pracuje len s numerickou časťou počítačovej klávesnice, ostatné klávesy sú nefunkčné. To znamená, že stlačenie hociktorej z nich nemá žiaden vplyv na prezentáciu testu. Týmto spôsobom sa snažíme zjednodušiť spôsob odpovedania, znížiť obavu klienta pred následkami z mylného stlačenia ľubovoľnej klávesy a zabezpečiť nerušený priebeh testu. Svoju odpoveď môže klient stále meniť, až po jej odsúhlasenie klávesou „Enter“. Položky testov sú prezentované samostatne jedna za druhou, pričom nie je možný návrat a oprava odpovede. Pri rozhodovaní o takomto postupe sme vychádzali z predpokladu, že prvá odpoveď (chybné stlačenie klávesy je možné opravovať až do momentu odsúhlasenia odpovede) tak ako je to často v teórii a metodológii uvádzané, je pre psychológa najcennejšia. Nepripúšťame tak možnosť špekulácie klienta nad kombináciami jednotlivých odpovedí a minimalizujeme pravdepodobnosť výskytu situácií, v ktorých klient odpovedá podľa predošlej odpovedi a nie podľa vlastného presvedčenia.

Ochrana testov je ďalšou dôležitou oblasťou. Testy sú ako celok chránené pred neoprávneným používaním a kopírovaním software alebo v prípade rozsiahlejších testových batérií hardware ochranou. Týmto spôsobom sú testy nielen chránené, ale zároveň existuje možnosť identifikácie neoprávneného poskytnutia metodiky inej osobe. Samozrejme testy aj ich jednotlivé časti je možné podľa potreby konkrétneho užívateľa chrániť jeho vlastným heslom.

Testy sú psychológom (len tým) poskytované s úplnou dokumentáciou, ktorá obsahuje teoretické zarámčovanie problematiky testu, vývoj testu, validizačné štúdie, údaje o reliabilite, štandardizácii, normy a stručné interpretačné popisy výstupných skóre. Súčasťou dokumentácie sú aj inštrukcie pre inštaláciu programu a požiadavky na hardware a software.

Využívanie možností výpočtovej techniky v psychodiagnostickej praxi nepredstavuje len kvantitatívnu zmenu (šetrenie času, rýchle výstupy a pod.). Jej podstatný význam spočíva v obohatení diagnostiky v zmysle využívania výhod vzťahu klient – počítač ako interaktívneho systému. Počítač v tomto smere rozširuje diagnostické možnosti, o ktorých sme mohli doteraz len teoreticky uvažovať. Jeden príklad za všetky. Pri skúmaní stratégií rozhodovania klient rieši určitým spôsobom situáciu a následne v závislosti od jeho riešenia je mu prezentovaná ďalšia situácia, ako prirodzený vývoj predchádzajúcej.

V tomto príspevku sme sa pokúsili na základe vlastných skúseností upozorniť na vybrané problémy PC foriem metód psychologickéj diagnostiky a zároveň naznačiť určité riešenia týchto otázok na praktickej úrovni. Veríme, že svojimi postrehmi prispejeme, ako sme už uviedli, do racionálnej časti diskusie o možnostiach počítačom podporovanej psychodiagnostiky.

Literatúra

Mareš, J.: Psychodiagnostika podporovaná počítačom. VIV, Praha 1992.

Rejstřík autorů

- BARTOŠÍKOVÁ Naděžda, 161
BAUMGARTNER František, 121
BAZANOVÁ Viktória, 121
BODO Branislav, 121
BRATSKÁ Mária, 133
BŘICHÁČEK Václav, 25
BUBENÍKOVÁ Milina, 137
BZDŮCH Vladimír, 157
- ČÁLEK Oldřich, 77
- DAN Jiří, 111
DITTRICHOVÁ Jaroslava , 25; 29
DOČKAL Vladimír, 63
DOSTÁLOVÁ Vladimíra, 21
- FRANKOVSKÝ Miroslav, 167
- HALAJOVÁ Alena, 57
HOŠEK Václav, 13
- CHOVANCOVÁ Zdeňka, 101
- JARIABKOVÁ Katarína, 157
- KOPASOVÁ Dorota, 39
KOŘÁN Martin, 139
KOŠČ Marián, 157
KROČANOVÁ Ľubica, 15
KŘIVOHLAVÝ Jaro, 35
KUBÍČEK Miloslav, 155
KULIŠŤÁK Petr, 153; 155
- LACINOVÁ Jiřina, 145
LAZNIBATOVÁ Jolana, 67
- MATĚCHA Vojmír, 155
MATULA Štefan, 57
MEDVEĐOVÁ Ľuba, 43
- NOVÁKOVÁ Katarína, 15
- PÁLENÍK Lubomír, 51
PAVELKOVÁ Isabella, 107
PILAŘOVÁ Martina, 21
POTAŠOVÁ Alena, 49
PROCHÁZKOVÁ Eva , 25; 29
- RŮŽIČKA Jiří, 77
- ŘEHULKA Evžen, 55
ŘÍČAN Pavel, 85
- SEDLÁKOVÁ Miluše, 7
SEHRINGER Wolfgang, 89
SENKA Ján, 51
SCHULLER Ivan Sarmány, 115
SOBOTKOVÁ Daniela, 25; 29
SVATOŠOVÁ Marie, 93
- ŠESTÁKOVÁ Blanka, 97
ŠTEFANČÍKOVÁ Mariana, 149
ŠTECH Stanislav, 103
ŠULOVÁ Lenka, 33
ŠVANCARA Josef, 1
- VONDRÁKOVÁ Eva, 73
- ZBORTEKOVÁ Katarína, 9

Nabídka programů a testů pro psychology z produkce naší firmy a firmy Pregnant, s.r.o. v Košicích.

Všechny produkty naší firmy jsou konzultovány s odborníky z univerzitních pracovišť.

Test barevného sémantického diferenciálu (TBSD)

Test autorů doc. PhDr. V. Ščepichina a PhDr. A. Ricklové je vhodný pro oblast výchovného poradenství, pro dětské diagnostické ústavy, psychiatrické ambulance i léčebny, pro soudně znaleckou praxi, pro soukromá psychologická pracoviště. Umožní příjemné a citlivé poznávání dětí od 7 do 14 let.

Program pro počítačovou interpretaci TBSD

Program provede hlubokou analýzu testu a během několika minut slovní hodnocení klienta jako kvalifikovaný podklad pro Váš závěr.

Chromatický asociační experiment (CAE)

Původní projektivní osobnostní barvový test autorů V. Ščepichina, G. J. Ščepichinové a K. Malé, kde se barvy přiřazují slovům. Klient pracuje s pastelkami a s dotazníkovým archem s podnětovými slovy. Hodí se pro vyšetřování normální populace i pro praxi klinicko-psychologickou.

Program pro vyhodnocení CAE na počítači

Program po zadání odpovědi klienta z dotazníku vypočte všechny důležité hodnoty a parametry testu podle metodiky, dané manuálem. Program trvale archivuje základní údaje o klientovi a vypočtené výsledky včetně všech odpovědí.

Porovnávání pocitů a přání (PPP-92)

Sebepojetí (SP-93)

Obě dotazníkové (semiprojektivní) metody doc. PhDr. Milana Břichcína, CSc. se osvědčily při odborné činnosti psychologických poradců i psychologů v personálních útvarech.

Metoda PPP-92 přináší informace o mnoha charakteristikách osobnosti. Test je určen osobám od 15 let.

Metoda SP-93 poskytuje kvantitativní údaje o osobních aspiracích (ambicích), o stupni sebevědomí, o pocitu méněcennosti; vyhodnocuje subjektivní odhady úspěšnosti při více či méně náročných činnostech, i v sociálním styku. Lze aplikovat od 13 let.

Test volní regulace (TVOR-91)

Test doc. PhDr. Milana Břichcína, CSc. je zaměřen na schopnosti a vlastnosti osobnosti, objektivně nezjistitelné jinými psychodiagnostickými metodami u nás ani v zahraničí.

Kartotéka pro psychology

Programy pro evidenci klientů a práci s jejich osobními údaji i s výsledky vyšetření umožňují zapisovat i stručné závěry rozhovorů a pozorování i výsledky všech Vámi používaných testů, tisknout je a archivovat. Ze zadaných údajů lze na obrazovce zobrazit či vytisknout důležité informace.

Statistické zpracování dat

Program navazuje na „Kartotéku“ a nabízí tak možnost, kterou zatím žádný z podobných programů nedává, výsledky testů statisticky zpracovat, vytvářet a ověřovat pro vlastní klientelu „regionální normy“. **Původní testy v počítačové verzi**

Program pro týmovou terapii

Program s rozsáhlou kartotékou dětských klientů umožní vkládat zprávy specialistů i další zprávy a důležité informace téměř neomezeného rozsahu. Program je vybaven možností vytváření různých sestav podle potřeb uživatele, vytváření jakýchkoli vlastních formulářů a jejich tisk s údaji z pořízené databáze.

Přístrojové výkonové testy

PerLa – Laboratoř pro psychologickou diagnostiku.

*K testům dodáváme speciální
odpověďový panel a světelné pero.*

Test dlouhodobé zátěže

Test generuje posloupnost znaků, podobnou Bourdonovu testu.

Disjunktivní reakční čas

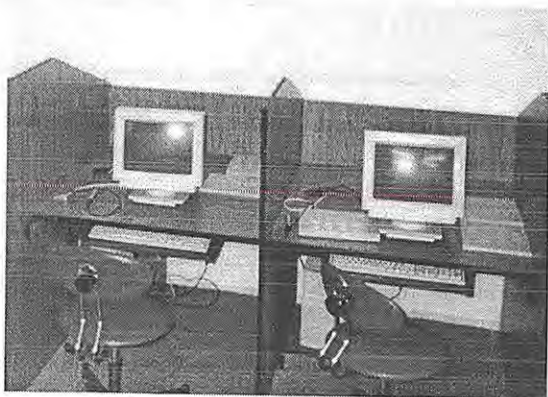
Test na principu přístrojového Vídeňského determinančního přístroje.

Dispozitivní přístrojový test

Dnes již klasický, avšak původní test, pro zjištění rychlosti a kvality psychomotorické koordinace jednoduchých rozhodovacích procesů a dalších dimenzí.

Reakční čas

Test je vybaven bohatým podnětovým polem (obrazce, zvuky a jejich kombinace). V důsledku toho měří jednoduchý i složený reakční čas.



Prostorový koordinační přístroj

Test je založen na principu sledování cíle (pohyb generován počítačem) střelou (ovládanou klientem ve třech souřadnicích).

Pexeso

Test svými možnostmi připomíná známý test Číselný čtverec.

Figurální test

Princip testu spočívá ve výběru čtveřice terčů (z deseti), pospojované třemi čarami.

Kupecký test

Test vyžaduje řešení základních aritmetických operací nebo pouhé počítání (podle úrovně početních návyků klienta).

Psychologické testy fy Pregnant, s. r. o. Košice.

Testy jsou určeny pro administraci na počítači. Programy umožňují prezentaci testů, sběr dat a vyhodnocení výsledků.

Baterie DRIVER 2000

Silný nástroj pro psychologické vyšetření řidičů a operátorů různých profesí. Sestává z 6-ti subtestů, obsahujících 18 psycholog. charakteristik: 7 výkonových parametrů, 10 osobnostních charakteristik, L-skóre.

Optický postřeh (TOP)

Tato metoda, založená na optickém postřehu, zachycuje rychlost a přesnost orientace v krátké expozici strukturovaných optických podnětů. Vhodný pro mládež od 15 let a pro dospělé.

Koncentrace pozornosti a vigilance (TKPV)

Test umožňuje sledování průběhu aktivity v sériově vykonávaných činnostech vyjádřením dvou parametrů koncentrace pozornosti - vigilance a doby řešení. Pro mládež od 15 let a pro dospělé.

Kruhy – Neverbální zkouška logického úsudku (TK)

Krátká zkouška pro orientační posouzení intelektových schopností, jmenovitě pro zachycení či odhalení logických sledů. Test je vhodný pro orientační vyšetření intelektu. Výsledek je vyjádřen v deviační IQ-škále. Pro děti od 10 let a pro dospělé.

Strategie sebeuplatnění (SAS)

Metodika testu vychází z předpokladu, že v situacích, vyznačujících se akcentem na rezultativnost, lze najít určité stabilní prvky způsobu vyrovnávání se jedince s požadavky jeho sociálního prostředí. Test je vhodný pro mládež od 15 let a dospělé.

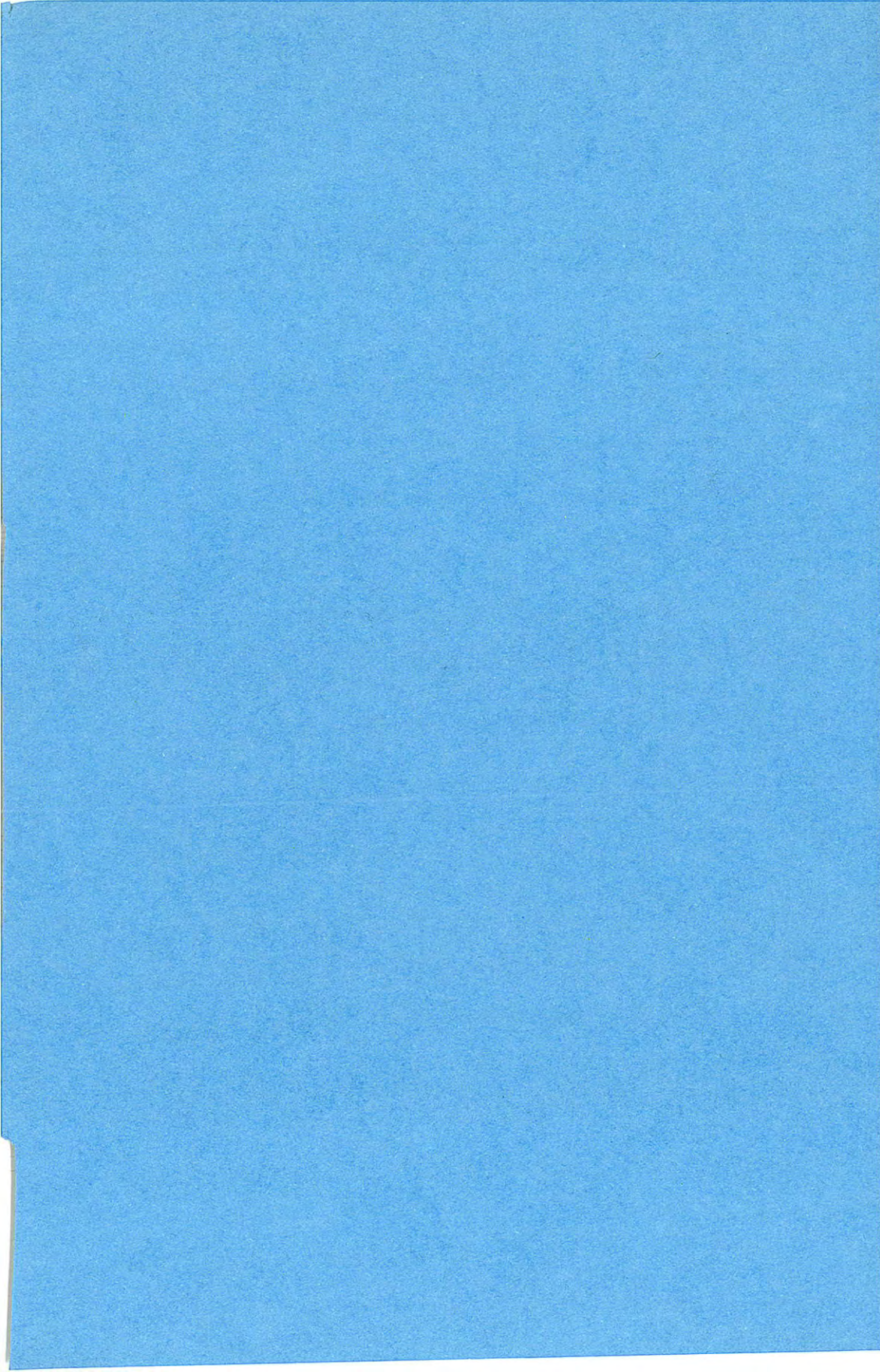
Multidimenzionální škála hněvu (MŠH)

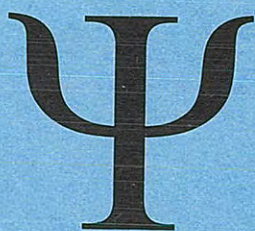
Ve 20 situacích z různých oblastí života, na které klient reaguje v pětistupňové škále, postihuje transsituační, tj. generalizovanou tendenci odpovídat hněvivými reakcemi. Test je vhodný pro mládež od 15 let a pro dospělé.

Multidimenzionální škála argumentativnosti (MŠA)

Zde je argumentace chápána jako momentální stav a individuální rozdíly jsou podmíněny argumentativností jako predispozicí a situačními charakteristikami komunikace. Vhodný pro mládež od 15 let a dospělé

Podrobnější informace o všech programech a testech najdete v námi vydávaném časopise „Psychologické aktuality“ a na naší adrese nebo telefonu.
Všechny uvedené produkty můžete v České republice zakoupit pouze u nás, na Slovensku u firmy Pregnant, s. r. o. v Košicích, která je našim výhradním zástupcem.





Psychologické dny

Sborník příspěvků z Psychologických dnů, 21. až 22. června 1996, Praha

Odborný garant: Českomoravská psychologická společnost
Vydavatel: Jindřich Horkel Elektronik Test
Náklad: 400 výtisků
Počet stran: 182
Rozšiřuje: ČMPS, Kladenská 48, Praha 6

Sazbu zhotovil vydavatel
Vytiskl: Oftis,
Chelčického 7, Ostrava

Cena: 150 Kč

Na vydání sborníku se finančně podíleli: Českomoravská psychologická společnost a firma
Jindřich Horkel Elektronik Test